

SHKUD

SAĞLIK HİZMETLERİNDE KURAM VE UYGULAMA DERGİSİ

Yılda üç kez yayımlanır

ISSN: 2718-0794 Baskı ISSN : 2757-5861

Cilt: 2 Sayı: 2 Ocak 2022

Türkiye'deki Kamu Hastaneleri Web Siteleri Performansının
İncelenmesi

Abdülkadir CİZLEV – Gülpembe OĞUZHAN

Psikolojik Sağlık Ve Yaşam Doyumu: Hemşirelik Alanına İlişkin Bir
Literatür İncelemesi

Mücahit KARAMAN

Annelik Rol Kazanımını Desteklemeye Yönelik Yapılan Müdahaleler:
Sistemik Derleme

Merve ÇAKIRLI

Hastane Polikliniklerinde Vaka Başına Ve Hizmet Başına Ödeme
Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Emine ÇETİN ASLAN

Yardımlı İntihar Ve Turizmi: Ülke Uygulamaları

Gizem Zevde AYDIN

Mitler Ormanında Kaybolmak: Şizofreni

Türkan PEŞKİRCİ – Esra USLU



ISSN:

e-ISSN : 2718-0794 - Baskı ISSN : 2757-5861

DERGİ HAKKINDA

Bağımsız bir akademik yayın organı olan “Sağlık Hizmetlerinde Kuram ve Uygulama Dergisi” Eylül, Ocak ve Mayıs aylarında, yılda üç kez yayınlanan hakemli bir dergidir.

Yayın Türü

Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda Üç Sayı

Yayımcı

Doç. Dr. Şükrü Anıl TOYGAR

Yayın Kurulu Başkanı

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK

Yayın Kurulu Başkan Yardımcısı

Dr. Deniz Tugay ARSLAN

Yayın Sekreteri

Arş. Gör. Elif ERBAY

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Jebağı Canberk AYDIN

İngilizce Dil Editörü

Ezgi TOYGAR

Türkçe Dil Editörü

Erol TANRIBUYURDU

İstatistiksel Analiz Editörü

Dr. Öğr Üy. Gözde TEREKLİ YEŞİLAYDIN

Teknik Editörler

Arş. Gör. Şura MUSHTAQ - Arş.Gör. Damlanur ARI - Sema DÖKME YAĞAR - Ali İhsan ÖKSÜZ

Dizgi - Grafik Tasarım

Pelikan Yayınevi Grafik Birimi

Basım Yeri

SAGE Yayıncılık Rek. Mat. San. Tic. Ltd. Şti Tel: (312) 341 00 02

YAYIN KURULU

- Çağdaş Erkan AKYÜREK, Ankara Üniversitesi
Şükrü Anıl TOYGAR, Tarsus Üniversitesi
Jebağı Canberk AYDIN, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Deniz Tuğay ARSLAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Altuğ Murat KÖKTAŞ, Necmettin Erbakan Üniversitesi
Aliye Aslı SONSUZ, İstanbul Medipol Üniversitesi
Gözde TEREKLİ YEŞİLAYDIN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Elif ERBAY, Ankara Üniversitesi
Mustafa Said YILDIZ, Sağlık Bakanlığı
Mario A. PFANNSTIEL, Neu-Ulm University of Applied Sciences
Menderes TARCAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Mehmet TOP, Hacettepe Üniversitesi
Bernard TAHİRBEGOLLİ, Heimerer College Kosovo
Nebahat ÖZERDOĞAN, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Ersen ALOĞLU, Hacettepe Üniversitesi
Işıl Şirin SELÇUK, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Hüseyin ARSLAN, Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi
Vjosa HAJRULLAHU, Heimerer College Kosovo
Gaye ATİLLA, Süleyman Demirel Üniversitesi
Emine ÇETİN ARSLAN, İzmir Bakırçay Üniversitesi
Mine BAYDAN, Ankara Üniversitesi
Mustafa Berkay AYDIN, Bursa Uludağ Üniversitesi
Aysu KURTULDU ZEKİOĞLU, Trakya Üniversitesi
Yasemin ÇEKİÇ, Ankara Üniversitesi
Duygu HATİPOĞLU AYDIN, Hacettepe Üniversitesi
Erdinç KALAYCI, Ankara Üniversitesi
Çağdaş CEYHAN, Anadolu Üniversitesi
Hasan Hüseyin TEKİN, Necmettin Erbakan Üniversitesi
Fulya AKGÜL GÖK, Ankara Üniversitesi
Mustafa ÖZGÜR, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Selim TOSUN, Ankara Üniversitesi
Ali ÜNAL, Hitit Üniversitesi
Tuğba YÜCEER KARDEŞ, Süleyman Demirel Üniversitesi
Taşkın TAŞTEPE, Ankara Üniversitesi
Çağdaş Salih MERİÇ, Gaziantep Üniversitesi
Eda Özge YAZGAN, Ankara Üniversitesi
İbrahim H. CANSEVER, Süleyman Demirel Üniversitesi
Hatem H. ALSAQQA, Ankara Üniversitesi
Tamadur SULEIMAN SHUDAIFAT, Al al-Bayt Üniversitesi
Ebru YÜKSEL HALİLOĞLU, Gazi Üniversitesi

ENDEKS BİLGİSİ



ÖN SÖZ

Bilimin ve bilginin ışığıyla çalışanlara, üretenlere,

Yeni Yaşımızla Merhaba!

Her geçen gün daha geniş bir okur kitlesinin ilgisiyle karşılaşyoruz ve belki de en doğrusu söze, bu kıymetli ilgiye teşekkür ederek başlamak. SHKUD olarak biz de okurlarımızın ilgisine gereken karşılığı verebilmek adına yayın başvurularında çeşitliliğe olabildiğince yer vermeye çalışıyoruz çünkü özgür irade ile emek vererek sarf edilmiş her sözcüğün, yazılmış her cümlenin değerine sonuna kadar inanıyoruz.

Bu sayımızla birlikte uluslar arası bağlamda tarama yapan üç yeni indekste daha yer almaya başlamanın memnuniyetini yaşıyoruz: **Advanced Science Index**, **Citefactor** ve **Scientific Indexing Service**. Dergimizin her adımda yeni kitlelere ulaşabilmesi için farklı indekslerde yer almasının öneminden hareketle bu konudaki çabalarından ötürü sevgili **Dr. Deniz Tugay ARSLAN**'a bir kere daha teşekkür ediyor ve ekibimizin en genç üyesi Teknik Editör **Arş.Gör. Damlanur ARI**'ya "Hoş geldin" diyoruz.

Ve yine her bir sözcüğünün altına imzamızı atarak:

Biz **Sağlık Hizmetlerinde Kuram ve Uygulama Dergisi** olarak, araştırmacıları dayanaksız biçimde kalıplara sokmaya çalışmayan, farklı sesleri ve görüşleri değersizleştirme çabası gütmeyen, şans tanıyan ve bunu bilimsel ve etik kurallardan ödün vermeden gerçekleştirme amacıyla, **bağımsız** bir yayın organı olmayı sürdüreceğiz. İlkeli, dürüst, sadece kendi emeğine güvenerek, kendi zekâsını kullanma cesaretini göstererek sorgulayan, yazan, üreten ve paylaşan araştırmacılara, akademisyenlere ve okurlara selam olsun.

SHKUD Yayın Kurulu Adına

Doç. Dr. Çağdaş Erkan AKYÜREK

Yayın Kurulu Başkanı

SAĞLIK
KURUMLARINDA
İŞLEMLER
YÖNETİMİ

Doc. Dr. Sağıf Erkan Akçörek

Dr. Deniz Tugay Arslan

Dr. Öğr. Üyesi Gözde Yesilaydın

Doç. Dr. E. Asuman Atilla

As. Gör. Elif Erbey



TÜRKİYE'DEKİ KAMU HASTANELERİ WEB SİTELERİ PERFORMANSININ İNCELENMESİ

EXAMINING THE PERFORMANCE OF TURKISH PUBLIC HOSPITALS WEBSITES

Abdülkadir Cizlev¹ * Gülperembe Oğuzhan²¹ Sağlık Yöneticisi Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Hastane İşletmeciliği Bölümü² Tarsus Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

ARTICLE INFO	ÖZET
<p>Makale Türü: Araştırma Makalesi</p> <p>Anahtar Sözcükler: Kamu Hastaneleri, Kurumsal Web Siteleri, Performans</p> <p>Keywords: Public Hospitals, Official Websites, Performance</p> <p>Sorumlu Yazarlar Abdülkadir Cizlev Gülperembe Oğuzhan</p> <p>Adres: ¹ Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Hastane İşletmeciliği Bölümü ² Tarsus Üniversitesi, Uygulamalı Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü</p> <p>E-mail: ¹ abdulcadircizlev@ gmail.com ² gulperembe@tarsus. edu.tr</p>	<p>Sağlık hizmeti veren ve alanlar arasında ilk bağlantı internet ile sağlanabilmektedir. Bu nedenle bir hastane veya sağlık sistemi için web sitesi, mevcut ve potansiyel hastalar için önemli bir iletişim kanalı haline gelmiştir. Bu çalışmanın amacı, kamu hastanelerinin web sitelerini teknik hizmetler, hastane bilgisi ve hizmetleri, kabul ve sağlık hizmetleri, interaktif çevrimiçi hizmetleri, dış faaliyetleri, sosyal medya kullanımı, medya ilişkileri, açılmayan/çalışmayan sekmeler ve güvenilirlik başlıkları altında incelemektir. Analizler 80 T.C. Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, 14 T.C. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastanesi ve 39 Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi web sitesi verisi ile yapılmıştır. Bu analiz sonucunda hastane skorları çıkarılmış, web sitelerinin karşılaştırmalı performansı sunulmak istenmiştir. Hastanelerin teknik hizmetler, sosyal medya kullanımı, açılmayan/çalışmayan sekmelerin dağılımı, web sayfalarının güvenirliliği hizmetleri ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p<0,005). Anlamlı farkın olduğu tüm boyutlarda Sağlık Bakanlığı hastanesi web siteleri performans ortalama skorlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.</p> <ul style="list-style-type: none">TÜBİTAK Bilim İnsanı Destek Programları Başkanlığı (BİDEB) tarafından yürütülen, 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı kapsamında desteklenen "1919B012000202 Başvuru No'lu Türkiye'deki Kamu Hastaneleri Web Siteleri Performansının İncelenmesi" adlı projeden üretilmiştir.
	<p>ABSTRACT</p> <p>The first connection between health care providers and recipients can be provided via the internet. For this reason, the website for a hospital or health system has become an important communication channel for current and potential patients. The aim of this study is to examine the websites of public hospitals under the headings of technical services, hospital information and services, admission and health services, interactive online services, external activities, social media use, media relations, tabs that do not open / do not work, and reliability. Analyzes were made with the website data of 80 T.R. Ministry of Health Training and Research Hospitals, 14 T.R. Ministry of Health City Hospitals and 39 University Medical Faculty Hospitals. As a result of this analysis, hospital scores were obtained and the comparative performance of the websites was presented. It was found that there was a statistically significant difference between the technical services, use of social media, the distribution of tabs that do not open/work, the reliability of web pages, and the total scores of the hospitals (p<0.005). It is seen that the average performance scores of the Ministry of Health websites are higher in all dimensions where there is a significant difference.</p> <ul style="list-style-type: none">It was produced from the project titled "Examination of the Performance of Public Hospitals Websites in Turkey with Application No. 1919B012000202" supported within the scope of 2209-A University Students Research Projects Support Program carried out by TÜBİTAK Scientist Support Programs Presidency (BİDEB).

GİRİŞ

Yaşamakta olduğumuz pandemi durumu ile sağlık sektörünün diğer tüm sektörlerden daha önemli olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık piyasasının kendine özgü özellikleri bulunmaktadır. Hizmeti alan ve veren arasında bilgi asimetrisi bulunmaktadır. Ayrıca sağlık teknolojisi çok gelişmiş, nüfus yaşlanma eğiliminde ve sağlık hizmeti talep edeceklerde bilinç artmıştır. Sağlık okuryazarlığı da gün geçtikçe daha iyi duruma gelmektedir. Sağlık hizmeti veren ve alanlar arasında ilk bağlantı internet ile sağlanabilmektedir. Bu nedenle bir hastane veya sağlık sistemi için web sitesi, mevcut ve potansiyel hastalar için önemli bir iletişim kanalı haline gelmiştir. Kullanıcıların bir hastanenin web sitesine ilişkin değerlendirmeleri ve buna bağlı olarak tesisin kendisine ilişkin algıları, kısmen Amazon ve eBay gibi diğer tüketici web sitelerini kullanma deneyimleriyle karşılaştırmalara dayanacaktır. Bir hastanenin web sitesi, müşterinin önceki deneyimlerine dayanarak beklentilerini karşılamıyorsa veya aşmıyorsa, tesis kalitesiyle ilgili olumsuz çıkarımlar karar verme sürecini etkileyecektir (Huerta vd, 2014).

Günümüzde internet ortamında gerçekleştirilen kurumsal iletişim faaliyetleri geleneksel yöntemlere göre hem daha ucuz hem de daha etkili olabilmektedir. İnternet, sunduğu yeni iletişim yollarıyla iletişim stratejilerinin geliştirilmesinde, özellikle halkla ilişkiler ve reklamcılık alanı için pek çok uygulama ve yenilikler sağlamaktadır. İnternetin sağladığı olanaklar geleneksel medya ile kıyaslandığında, etkileşim, iki yönlü iletişim, ucuz üretim ve küresel erişim gibi özelliklerinin çıktığı görülmektedir (Genç, 2019).

Hastane web siteleri gelişmişlik düzeyine göre 3 nesilde sınıflandırılabilir. 1. nesil web siteleri, örgütün basılı tanıtım materyallerinin elektronik sürümlerine benzemektedirler. Çoğu sağlık kuruluşu internet yolculuğunu 1. nesil düzeyinde başlatır. Kolayca ve ucuz olarak geliştirilebilir olmakla birlikte kurumun tarihçesi, misyonu, ürün ve hizmet listesi, basın haberleri ve kurum bilgileri gibi tanıtımları içerir. 2. nesil web siteleri etkileşimli olarak tasarlanır ve temel hedef kitesinin ihtiyaçlarına daha fazla odaklanırlar. Ziyaretçiler, mevcut bilgileri basitçe incelemek ve site sağlayıcısı ile e-posta yoluyla etkileşim kurmak yerine, sağlık hizmeti sağlayıcısı ile iki yönlü etkileşime girebilir. 2. Nesil sitelerin ortak özellikleri arasında anketler, açılır menüler, arama motorları, özel teklifler veya ödüller, aranabilir dizinler ve ziyaretçinin geri bildirim sağlamasına, bilgi talep etmesine ve hizmetleri planlamasına olanak tanıyan özel formlar bulunur. 3. nesil web siteleri ise, ziyaretçilerin özellikleri ve ihtiyaçlarına göre değişip şekillenebilen ve ziyaretçilerine pek çok kişisel hizmet sunabilen bir yapıdadırlar. Bu kişisel hizmet, önceki ziyaret ve etkileşim bilgilerini saklayarak geri gelen ziyaretçileri tanıyan veritabanları aracılığıyla mümkün olmaktadır (Shepherd ve Fell, 1998).

Potansiyel hastalar, tıbbi problemler ve prosedürler ile ilgili bilgi toplamak için hastane web sitelerini inceleyebilmektedir. Ayrıca hastane web siteleri hastane politikaları ve hastane hakkındaki genel bilgilerin bulunduğu kullanışlı bir kaynak olabilmektedir. Bununla birlikte hastaneler web siteleri sayesinde randevu işlemleri, tetkik sonuçları gibi hizmetleri potansiyel hastalar için kolaylaştırabilmektedir. Web siteleri özellikle kişisel gelişim ve koruyucu bakım hakkında hastaların eğitilmesinde de kullanılabilir. Şüphesiz pek çok tıbbi prosedür, hasta ve hizmet sunucunun direkt etkileşimini gerekli kılmaktadır. Bununla birlikte iyi tasarlanmış hastane web siteleri sağlık hizmetlerinin erişimini ve hasta memnuniyetini artırma potansiyeline sahiptir. Web siteleri hastaneler tarafından maliyetleri azaltan, mali işlemlerini kolaylaştıran, iş başvurularına olanak tanıyan bir araç olarak da kullanılabilir. Ayrıca bir web sitesi ile tüm dünyaya ulaşmak mümkündür. Bu da özellikle sağlık turizmi açısından stratejik önem oluşturmaktadır (Uğurluoğlu, 2009).

Türkiye İstatistik Kurumu "Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması"na göre özel amaçla kamu kurum ya da kuruluşları ile iletişime geçmek veya kamu hizmetlerinden yararlanmak için 2020 yılı Nisan ayı ile 2021 yılı Mart ayını kapsayan on iki aylık dönemde İnterneti kullanan bireylerin oranı %58,9'dur. E-devlet hizmetlerini kullanım amaçları arasında, kamu kurum ya da kuruluşlarına ait web sitelerinden bilgi edinme %55,8 ile ilk sırayı almıştır (TÜİK, Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2021). Bu veriler web sitesi kullanımı eğiliminin ülkemizde de oldukça fazla olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye kamu hastanelerinin web sitelerini, teknik hizmetler, hastane bilgisi ve hizmetleri, kabul ve sağlık hizmetleri, interaktif çevrimiçi hizmetleri, dış faaliyetleri, sosyal medya kullanım hizmetleri, medya ilişkileri boyutunun dağılım hizmetleri, açılmayan/çalışmayan sekmelerin dağılımı ve web sayfalarının güvenilirliği hizmet boyutları açısından incelemektir. Bu analiz sonucunda hastane skorları çıkarılarak, web sitelerinin karşılaştırmalı performansı sunulmak istenmiştir. Çalışmanın hedefi hastane yönetimine web siteleri performansı bilgisi sunarak, sağlık turizmine ve potansiyel hastalara katkı sağlamaktır.

2. YÖNTEM

2.1 Evren ve Örneklem

Araştırmanın amacına uygun olarak Türkiye'deki Üniversite Hastaneleri, Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Eğitim Araştırma Hastaneleri çalışmaya dâhil edilmiştir. Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı dönemde faaliyet gösteren 40 Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi, 11 Sağlık Bakanlığı Şehir Hastanesi ve 81 Eğitim Araştırma Hastanesi oluşturmaktadır. Örneklem seçilmemiş olup evrenin tamamına ulaşılması amaçlanmıştır. Ancak Üniversite Hastanelerinden 1 tanesinin Sağlık Bilimleri Üniversitesine bağlı Hamidiye Tıp Fakültesinin Hastanesi web sitesi olmadığından bu Üniversiteye ait web sitesi araştırma dışında tutulmuştur. Ayrıca Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi statüsünden Şehir Hastanesi statüsüne geçtiğinden Şehir Hastanesi olarak değerlendirilmeye alınmıştır. Analizler bu 80 Eğitim Araştırma Hastanesi, 14 Sağlık Bakanlığı Şehir Hastanesi ve 39 Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi üzerine yapılmıştır.

2.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma 19.08.2020-08.01.2021 tarihleri arasında bilgisayar ortamında gerçekleştirilmiştir. Eğitim Araştırma Hastanelerinde 19.08.2020 (Adıyaman Eğitim Araştırma Hastanesi), ile başlayıp, 10.12.2020 (Karabük Eğitim Araştırma Hastanesi) ile sonlanmıştır. Üniversite Hastanelerinde ise 10.12.2020 (İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi) ile başlayıp 25.12.2020 tarihin de (Fırat Üniversitesi) ile bitmiştir. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastanelerinde ise 27.12.2020 tarihinde (Adana Şehir Hastanesi) ile başlayıp 08.01.2021 tarihin de ise (Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi) ile son bulmuştur.

2.3 Sınırlılıklar

Hastane web sitelerinin anlık güncellenme olasılığının bulunması araştırmanın sınırlılığı olarak görülmektedir.

2.4 Araştırmanın Problem Cümlesi ve Hipotezi

Araştırmanın problem cümlesi "Sağlık Bakanlığı Hastaneleri (Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri) ve Üniversite Hastanelerinin web sitelerinin performansı nedir? Hangi özelliklerde eksiklikleri bulunmaktadır?" olarak belirlenmiştir.

Hipotezler ise;

- H1a: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri web sitesi *teknik hizmetler* puanı arasında anlamlı bir fark vardır.
- H1b: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri web sitesi *hastane bilgisi ve hizmetleri* puanı arasında anlamlı bir fark vardır.
- H1c: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri web sitesi *kabul ve sağlık hizmetleri* puanı arasında anlamlı bir fark vardır.
- H1d: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri *interaktif çevrimiçi hizmetler* puanı arasında anlamlı bir fark vardır.
- H1e: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri web sitesi *dış faaliyetler* puanı arasında anlamlı bir fark vardır.
- H1f: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri web sitesi *sosyal medya kullanımı* hizmetleri puanı arasında anlamlı bir fark vardır.
- H1g: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri web sitesi *medya ilişkileri dağılım hizmetleri* puanı arasında anlamlı bir fark vardır.

H1h: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri web sitesi *açılmayan / çalışmayan sekmelerin dağılımı* puanı arasında anlamlı bir fark vardır.

H1i: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri web sayfalarının *güvenirliliği hizmetleri* puanı arasında anlamlı bir fark vardır.

H1j: Sağlık Bakanlığı Hastaneleri ve Üniversite Hastaneleri web sitesi *toplam puanları* arasında anlamlı bir fark vardır.

2.5 Veri Toplama

Verilerin toplanmasında Maifredi vd. (2010) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin yanında, Genç (2019)'un Özel Hastanelerin Kurumsal İletişim Faaliyetlerinde Kurumsal Web Sitelerinin Kullanımı başlıklı çalışmasında kullandıkları ölçekten yararlanılmıştır. Maifredi vd. (2010) tarafından geliştirilen ölçek, Bildiri ve Buzcu (2014) tarafından Türkçeye çevrilerek uygulaması yapılmıştır. Ölçeğin orijinalinde teknik, hastane bilgisi ve hizmetleri, kabul ve sağlık hizmetleri, interaktif çevrimiçi hizmetler, dış faaliyetler olmak üzere 5 boyut, toplam 89 ifade bulunmaktadır. Ölçeği Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastaneleri, Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri ve Üniversite Hastanelerine uyarlamak için 35 madde çıkarılarak ifade sayısı 54'e indirilmiştir. Genç (2019)'dan sosyal medya kullanımı hizmetleri, medya ilişkileri boyutunun dağılım hizmetleri, açılmayan / çalışmayan sekmelerin dağılımı boyutları eklenmiştir. Bu ölçeklerden oluşturulan kontrol listesi ile bir pilot çalışma yapılmış ve ayrıca web sayfalarının güvenliğinin olup olmadığına yönelik maddeler ekleme ihtiyacı oluşmuştur. Bu ölçeklere göre oluşturulan kontrol listesi ve eklenen maddelerin neler olduğu aşağıda açıklanmıştır:

Teknik hizmetler: Tarayıcı başlık çubuğunda sitenin adı, Web sitesi üzerinde hastane adı, Web sitesi üzerinde hastane logosu, Yabancı dilde siteye erişim imkânı, Web site haritası, Site içi arama imkanı, Web sitesi son güncellenme tarihi, Yararlı sitelere erişim için link, Web sitesi sayfalarının yazdırılabilme imkanı, Siteyi ziyaret eden kişi sayısı bilgisi.

Hastane bilgisi ve hizmetleri: Hastane tarihçesi, Hastane telefon, faks ve e-mail bilgisi, Misyon ifadesi, Vizyon ifadesi, Hastane organizasyon şeması, Yabancı hastalar için bilgi/ sağlık turizmi bilgisi, Sıkça sorulan sorular, Ana sayfada ISO sertifikası bilgisi, Hastanenin açık adresi, Hastane haritası, 360 derece sanal tur imkanı, Halkla ilişkiler ofisi telefon, faks ve e-mail bilgisi, Hasta hakları ve sorumlulukları hakkında bilgi.

Kabul ve sağlık hizmetleri: Anlaşmalı ödeme kurumları bilgisi, Hasta kabul sürecinde uyulması gereken kurallar, Hastanede kalış süresince uyulması gereken kurallar, Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar, Hastanedeki tüm branşların bilgisi, Hastane branşlarının telefon, faks ve e-mail bilgisi, Hastane yatak kapasitesi, Ayaktan hasta hizmetleriyle ilgili bilgiler, Hekim özgeçmişleri, Hekim fotoğrafları, Hastane kaynaklı enfeksiyon bilgisi, Hastane kalite göstergeleri bilgisi, Hekimlerin uzmanlıklarına göre listesinin bulunması.

İnteraktif çevrimiçi hizmetler: İnternette randevu alma imkânı, Çevrimiçi tıbbi doküman alma/laboratuvar sonuçları, Hastaneyle internet üzerinden maile iletişim kurma imkanı, İnternet üzerinden hekime soru sorabilme imkanı, İnternet vasıtasıyla dilek/şikâyet formları, Sağlıkla ilgili blok ve forumlar, Çevrimiçi gazete/dergi/broşür/ rapor veya e-kitap, Çevrim içi destek hizmeti

Dış faaliyetler: Sağlıkla ilgili doküman indirme ve okuma imkanı, Hastanenin desteklediği/gerçekleştirdiği bilimsel çalışmalar, Hastanece yapılan kurs/kongre/konferans/seminer, Hastane tanıtım videosu, Medyada hastanenin yeri (medyada biz), Hastane tanıtım fotoğrafları, Basın bildirisi veya bültenleri, Hastanenin faaliyet takvimi, Hastanenin sponsorluklarına dair bilgiler(anlaşmalı kurumlar), Hastanenin sosyal sorumluluk projelerine dair bilgiler.

Sosyal Medya Kullanımı hizmetleri: Facebook, Twitter, Blog, Youtube, İnstagram, LinkedIn vb.

Medya ilişkileri boyutunun dağılım hizmetleri: Basın bültenleri, Basın arşivi, Grafik ve fotoğraflar, Etkinlik takvimi, İletişim Adresi.

Açılmayan / Çalışmayan Sekmelerin Dağılımı: Sosyal medya uygulamalarının hiçbiri çalışmıyor, e-Randevu çalışmıyor, e-Laboratuvar çalışmıyor, Menüler çalışmıyor, Tanıtım filmi, Hekimlerimiz, Doktorunuza danışın, Online dergi ve gazete, Youtube, Instagram/Facebook/Twitter/LinkedIn, canlı destek, misyon, vizyon, basın bültenleri(haberler- duyurular), grafik ve fotoğraflar, 360 sanal tur bulunmakta.

Web sayfalarının güvenilirliği hizmetleri: Güvenli, bilgi veya güvenli değil, güvenli değil ya da tehlikeli, HTTPS bağlantı güvenliği sertifikası

2.6 Veri Analizi

Bu çalışmada web siteleri incelenirken aynı bilgisayar ve bağlantıdan yararlanılmıştır. Üniversite Hastanelerinin web sitelerine girilmiş ve ilgili hastane uzantılı web sayfası dikkate alınmıştır. Ölçek boyut ve özellikleri ve hastane adlarına göre Microsoft Excel Programında veri giriş tablosu oluşturulmuştur. Hastane web sitesi ziyaretinde elde edilen bilgiler senkronize bir şekilde bu veri giriş tablosuna işlenmiştir. Ölçekte yer alan ifadelerin karşılığı var ise 1, yok ise 2 olarak girilmiştir. İnceleme sonucunda “=(alınan değer * 100)/ hastane sayısı” formülü kullanılarak verilerin hastane sayılarına göre yüzdelik oranlanması sağlanmıştır. Hastanelerin web siteleri için 9 boyutun ortalama, ortanca, maksimum ve minimum puanlarına göre analizi yapılmıştır.

Excel veri tablosundan veriler hipotezlerin test edilmesi için istatistik programına aktarılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Skewness ve Kurtosis değerleri (± 2.0) ile incelenmiştir. Veriler normal dağıldığından bulguların yorumlanmasında ortalama ve standart sapma değerleri esas alınmıştır. Araştırma kapsamında sunulan hipotezleri test etmek için t testinden faydalanılmıştır. Sağlık Bakanlığı Hastaneleri bir arada alınarak, üniversite hastanesi ile karşılaştırılmıştır.

3. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastanelerin türlerine göre dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1 Hastane Türlerinin Dağılım Oranı

Hastane Türü	Sayı	Yüzde
Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastaneleri	80	60,2
Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri	14	10,5
Üniversite Hastaneleri	39	29,3
Toplam	133	100,0

Hastanelerin genel olarak web siteleri performans skorları ile ilgili bilgiler Tablo 2’de sunulmaktadır. Web sitesi analiz sonuçları dokuz başlık altında incelenmiştir.

Tablo 2. Hastane Web Siteleri Performans Skorları

Boyut	Hastane Ortalama Puanı	Maksimum Puanları	Minimum Puanları	Alınabilecek Maksimum Puan
Teknik hizmetler	6,75	9	2	10
Hastane bilgisi ve hizmetleri	8,11	11	4	13
Kabul ve sağlık hizmetleri	6,32	13	1	13
İnteraktif çevrimiçi hizmetler	4,55	7	1	8
Dış faaliyetler	5,77	10	1	10
Sosyal medya kullanım	2,98	6	0	6
Medya ilişkileri	2,83	5	0	5
Açılmayan/çalışmayan sekmeler	10,26	14	5	16
Web sayfalarının güvenilirliği hizmetleri	1,7	2	0	4

Tablo 2. İncelendiğinde web sitesi performansı ortalama toplam puanı ortalama olarak 49,27 olarak hesaplanmıştır. Tam performans puanı 85 ile karşılaştırıldığında bu puanın düşük olduğu anlaşılmaktadır. Makaledeki akışı etkilememek adına hastanelerin teker teker performans skorları uzun tablolar olması nedeni ile verilememiştir. Hastaneler içinde en yüksek puan 65 iken, en düşük 21 puan olmuştur. Grupların toplam puanlarına bakıldığında en yüksek puan açılmayan/çalışmayan sekmeler olurken en düşük puan ise Web sayfalarının güvenilirliği hizmetleri olmuştur.

Tablo 3. Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastaneleri Web Sitesi Performans Skorları

Boyut	Hastane Ortalama Puanı	Maksimum Puanları	Minimum Puanları	Alınabilecek Maksimum Puan
Teknik hizmetler	7,53	9	6	10
Hastane bilgisi ve hizmetleri	8,16	10	4	13
Kabul ve sağlık hizmetleri	5,96	10	2	13
İnteraktif çevrimiçi hizmetler	4,53	6	3	8
Dış faaliyetler	6,01	9	1	10
Sosyal medya kullanım	3,35	5	0	6
Medya ilişkileri	2,72	5	0	5
Açılmayan/çalışmayan sekmeler	10,63	13	5	16
Web sayfalarının güvenilirliği hizmetleri	1,98	2	0	4

Eğitim Araştırma Hastaneleri web sitesi performans skorları tablosu incelendiğinde web sitesi performansı ortalama toplam puanı ortalama olarak 50,9 olarak hesaplanmıştır. Tam performans puanı 85 ile karşılaştırıldığında bu puanın düşük olduğu anlaşılmaktadır. Aynı zaman da Eğitim Araştırma Hastanelerin genel boyutlarının toplam puanlarına bakıldığında en yüksek puan ile Açılmayan/çalışmayan sekmelerin dağılımı ile ilgili özellik olduğu bulunurken, en düşük puan ise Web sayfalarının güvenilirliği hizmetleri ile ilgili özellik olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4. Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri Web Sitesi Performans Skorları

Boyut	Hastane Ortalama Puanı	Maksimum Puanları	Minimum Puanları	Alınabilecek Maksimum Puan
Teknik hizmetler	7,92	8	7	10
Hastane bilgisi ve hizmetleri	7,5	9	6	13
Kabul ve sağlık hizmetleri	5,28	9	2	13
İnteraktif çevrimiçi hizmetler	4,35	6	2	8
Dış faaliyetler	5,92	8	4	10
Sosyal medya kullanım	4,5	6	4	6
Medya ilişkileri	2,71	3	1	5
Açılmayan/çalışmayan sekmeler	11,07	13	9	16
Web sayfalarının güvenilirliği hizmetleri	1,85	2	0	4

Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri web site performans skorları tablosu incelendiğinde web sitesi performansı ortalama toplam puanı ortalama olarak 51,14 olarak hesaplanmıştır. Tam performans puanı 85 ile karşılaştırıldığında bu puanın düşük olduğu anlaşılmaktadır. Aynı zaman da Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneler genel boyutlarının toplam puanlarına bakıldığında en yüksek puan ile Açılmayan/çalışmayan sekmelerin dağılımı ile ilgili özellik olduğu bulunurken, en düşük puan ise Web sayfalarının güvenilirliği hizmetleri ile ilgili özellik olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5. Üniversite Hastaneleri Web Sitesi Performans Skorları

Boyut	Hastane Ortalama Puanı	Maksimum Puanları	Minimum Puanları	Alınabilecek Maksimum Puan
Teknik hizmetler	4,65	7	2	10
Hastane bilgisi ve hizmetleri	8,21	11	4	13
Kabul ve sağlık hizmetleri	7,44	13	1	13
İnteraktif çevrimiçi hizmetler	4,65	7	1	8
Dış faaliyetler	5,21	10	1	10
Sosyal medya kullanım	1,63	5	0	6
Medya ilişkileri	3,07	4	0	5
Açılmayan/çalışmayan sekmeler	9,15	14	5	16
Web sayfalarının güvenilirliği hizmetleri	1,05	2	0	4

Üniversite Hastaneleri web sitesi performans skorları tablosu incelendiğinde web sitesi performansı ortalama toplam puanı 45,10 olarak hesaplanmıştır. Tam performans puanı 85 ile karşılaştırıldığında bu puanın düşük olduğu anlaşılmaktadır. Aynı zaman da Üniversite Hastaneleri genel boyutlarının toplam puanlarına bakıldığında en yüksek puan ile Açılmayan/çalışmayan sekmelerin dağılımı ile ilgili özellik olduğu bulunurken, en düşük puan ise Web sayfalarının güvenilirliği hizmetleri ile ilgili özellik olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada ele alınan ilk grup teknik hizmetler ile ilgilidir. Tablo 6'da teknik hizmetler ile ilgili özelliklerin hastane web sitesinde bulunanların sayısı, kendi grupları içindeki yüzdesi ve toplam hastane içindeki yüzdeleri karşılaştırmalı olarak yer almaktadır.

Tablo 6. Teknik Hizmetleri Özelliklerini Web Sitesinde Bulunduran Hastane Sayı ve Yüzdeleri

Teknik hizmetler ile ilgili özellikler	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri				Üniversite Hastaneleri (n=39)		Toplam	
	Eğitim Araştırma Hastaneleri (n=80)		Şehir Hastaneleri (n=14)		Sayı	%	Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%				
Tarayıcı başlık çubuğunda sitenin adı	75	94	13	93	37	95	125	94
Web sitesi üzerinde hastane adı	79	99	14	100	36	92	129	97
Web sitesi üzerinde hastane logosu	5	6	2	14	26	67	33	29
Yabancı dilde siteye erişim imkanı	49	61	12	86	22	56	83	68
Web site haritası	79	99	14	100	2	5	95	68
Site içi arama imkanı	79	99	14	100	19	49	112	83
Web sitesi son güncellenme tarihi	79	99	14	100	10	26	103	75
Yararlı sitelere erişim için link	79	99	14	100	17	44	110	81
Web sitesi sayfalarının yazdırılabilme imkanı	77	96	14	100	3	8	94	68
Siteyi ziyaret eden kişi sayısı bilgisi	2	3	0	0	6	15	8	6

Bu çalışmada ele alınan ikinci grup hastane bilgisi ve hizmetleri ile ilgilidir. Tablo 7’de Hastane bilgisi ve hizmetleri hastane web sitelerinde olma durumu, kendi grubu ve toplam içindeki yüzdesi karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.

Tablo 7. Hastane Bilgisi ve Hizmetleri Özelliklerini Web Sitesinde Bulunduran Hastane Sayı ve Yüzdeleri

Hastane bilgisi ile ilgili özellikler	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri				Üniversite Hastaneleri		Toplam	
	Eğitim Araştırma Hastaneleri		Şehir Hastaneleri					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hastane tarihçesi	73	91	8	57	34	87	115	78,3
Hastane telefon, faks ve e-mail bilgisi	77	96	14	100	37	95	128	97
Misyon ifadesi	79	99	14	100	34	87	127	95,3
Vizyon ifadesi	79	99	14	100	34	87	127	95,3
Hastane organizasyon şeması	66	83	9	64	27	69	102	72
Yabancı hastalar için bilgi/ sağlık turizmi bilgisi	47	59	8	57	23	59	78	58,3
Sıkça sorulan sorular	19	24	3	21	8	21	30	22
Ana sayfada ISO sertifikası bilgisi	6	8	0	0	11	28	17	12
Hastanenin açık adresi	79	99	14	100	38	97	131	98,6
Hastane haritası	71	89	12	86	36	92	119	89
360 derece sanal tur imkanı	1	1	0	0	0	0	1	0,3
Halkla ilişkiler ofisi telefon, faks ve e-mail bilgisi	4	5	0	0	8	21	12	8,6
Hasta hakları ve sorumlulukları hakkında bilgi	55	69	9	64	25	64	89	65,6

Bu çalışmada ele alınan üçüncü grup kabul ve sağlık hizmetleri ile ilgilidir. Tablo 8’de Kabul ve sağlık hizmetleri ile ilgili özelliklerin hastane web sitelerinde bulunma durumları, kendi grubu ve toplam içindeki yüzdesi karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.

Tablo 8. Kabul ve Sağlık Hizmetleri Özelliklerini Web Sitesinde Bulunduran Hastane Sayı ve Yüzdeleri

Kabul ve sağlık hizmetleri ile ilgili özellikler	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri				Üniversite Hastaneleri		Toplam	
	Eğitim Araştırma Hastaneleri		Şehir Hastaneleri					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anlaşmalı ödeme kurumları bilgisi	29	36	4	29	15	38	48	34,3
Hasta kabul sürecinde uyulması gereken kurallar	34	43	9	64	23	59	66	55,3
Hastanede kalış süresince uyulması gereken kurallar	27	34	4	29	14	36	45	33
Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar	76	99	12	86	27	69	115	84,6
Hastanedeki tüm branşların bilgisi	44	55	5	36	27	69	76	53,3
Hastane branşlarının telefon, faks ve e-mail bilgisi	6	8	1	7	17	44	24	19,6
Hastane yatak kapasitesi	64	80	11	79	32	82	107	80,3
Ayaktan hasta hizmetleriyle ilgili bilgiler	34	43	11	79	30	77	75	66,3
Hekim özgeçmişleri	40	50	4	29	23	59	67	46
Hekim fotoğrafları	42	53	4	29	28	72	74	51,3
Hastane kaynaklı enfeksiyon bilgisi	9	11	0	0	8	21	17	10,6
Hastane kalite göstergeleri bilgisi	23	29	0	0	11	28	34	19
Hekimlerin uzmanlıklarına göre listesinin bulunması	50	63	9	64	32	82	91	69,6

Bu çalışmada ele alınan dördüncü grup İnteraktif çevrimiçi hizmetleri ile ilgilidir. Tablo 9'da İnteraktif çevrimiçi hizmetleri ile ilgili özelliklerin web sitelerinde olan hastane sayısı, kendi grubu ve toplam içindeki yüzdesi karşılaştırmalı olarak sunulmuştur.

Tablo 9. İnteraktif Çevrimiçi Hizmetler Özelliklerini Web Sitesinde Bulunduran Hastane Sayı ve Yüzdeleri

İnteraktif çevrimiçi ile ilgili özellikler	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri				Üniversite Hastaneleri		Toplam	
	Eğitim Araştırma Hastaneleri		Şehir Hastaneleri		Sayı	%	Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%				
İnternette randevu alma imkanı	76	95	9	64	36	92	121	83,6
Çevrimiçi tıbbi doküman alma, laboratuvar sonuçları	74	93	13	93	37	95	124	93,6
Hastaneyle internet üzerinden maille iletişim kurma imkanı	61	76	13	93	33	85	107	84,6
İnternet üzerinden hekime soru sorabilme imkanı	0	0	0	0	3	8	3	2,6
İnternet vasıtasıyla dilek, şikayet formları	75	94	12	86	34	87	121	89
Sağlıkla ilgili blok ve forumlar	31	39	7	50	12	31	50	40
Çevrimiçi gazete, dergi, broşür, rapor veya e-kitap	41	51	7	50	21	54	69	51,6
Çevrim içi destek hizmeti	0	0	0	0	3	8	3	2,6

Bu çalışmada ele alınan beşinci boyut Dış faaliyetler ile ilgilidir. Tablo 10'da Dış faaliyetler ile ilgili özelliklerin hastane web sitelerinde yer alma durumu karşılaştırmalı olarak sayı ve yüzde olarak sunulmuştur.

Tablo 10. Dış Faaliyetler Özelliklerini Web Sitesinde Bulunduran Hastane Sayı ve Yüzdeleri

Dış faaliyetler ile ilgili özellikler	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri				Üniversite Hastaneleri		Toplam	
	Eğitim Araştırma Hastaneleri		Şehir Hastaneleri		Sayı	%	Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%				
Sağlıkla ilgili doküman indirme ve okuma imkanı	74	93	14	100	33	85	121	92,6
Hastanenin desteklediği / gerçekleştirdiği bilimsel çalışmalar	33	41	7	50	10	26	50	39
Hastanece yapılan kurs, kongre, konferans, seminer vb.	69	86	12	86	23	59	104	77
Hastane tanıtım videosu	23	29	6	43	10	26	39	32,6
Medyada hastanenin yeri (medyada biz)	34	43	9	64	15	38	58	48,3
Hastane tanıtım fotoğrafları	46	58	10	71	19	49	75	59,3
Basın bildirisi veya bültenleri	79	99	14	100	37	95	130	98
Hastanenin faaliyet takvimi	17	21	0	0	17	44	34	21,6
Hastanenin sponsorluklarına dair bilgiler (anlaşmalı kurumlar)	66	83	8	57	20	51	94	63,6
Hastanenin sosyal sorumluluk projelerine dair bilgiler	40	50	3	21	16	41	59	37,3

Bu çalışmada ele alınan altıncı grup sosyal medya kullanımı ile ilgilidir. Tablo 11'de sosyal medya kullanımı ile ilgili özelliklerin hastane web sitelerinde bulunma durumları karşılaştırmalı olarak sayı ve kendi ve toplam içindeki yüzdeleri sunulmuştur.

Tablo 11. Sosyal Medya Kullanımını Web Sitesinde Bulunduran Hastane Sayı ve Yüzdeleri

Sosyal medya kullanımı ile ilgili özellikler	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri				Üniversite Hastaneleri		Toplam	
	Eğitim Araştırma Hastaneleri		Şehir Hastaneleri					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Facebook	73	91	14	100	19	49	106	80
Twitter	72	90	13	93	14	36	99	73
Blog	11	14	7	50	11	28	29	30,6
Youtube	49	61	14	100	8	21	71	60,6
Instagram	62	78	14	100	10	26	86	68
Linkedin	1	1	2	14	0	0	3	5

Bu çalışmada ele alınan yedinci boyut Medya ilişkileri ile ilgilidir. Tablo 12’de Medya ilişkileri ile ilgili özelliklerin hastane web sitelerinde bulunma durumu karşılaştırmalı olarak yer almaktadır.

Tablo 12. Medya İlişkileri Özelliklerini Web Sitesinde Bulunduran Hastane Sayı ve Yüzdeleri

Medya ilişkileri ile ilgili özellikler	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri				Üniversite Hastaneleri		Toplam	
	Eğitim Araştırma Hastaneleri		Şehir Hastaneleri					
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Basın bültenleri	78	98	14	100	38	97	130	98,3
Basın arşivi	36	45	11	79	27	69	74	64,3
Grafik ve fotoğraflar	73	91	13	93	37	95	123	93
Etkinlik takvimi	20	25	0	0	18	46	38	23,6
İletişim Adresi	9	11	0	0	0	0	9	3,6

Bu çalışmada ele alınan sekizinci boyut Açılmayan / çalışmayan sekmeler ile ilgilidir. Tablo 13’te hastanelerin web sitelerinde yer alıp Açılmayan / çalışmayan sekmeler ile ilgili bilgiler sunulmuştur.

Tablo 13. Açılmayan / Çalışmayan Sekmeler Sayı ve Yüzdeleri

Açılmayan / Çalışmayan Sekmeler ile ilgili özellikler	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri				Üniversite Hastaneleri		Toplam	
	Eğitim Araştırma Hastaneleri		Şehir Hastaneleri		Sayı	%	Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%				
Sosyal medya uygulamalarının hiçbiri çalışmıyor	73	91	14	100	18	46	105	79
e-Randevu çalışmıyor	76	95	9	64	36	92	121	83,6
e-Laboratuvar çalışmıyor	75	94	13	93	37	95	125	94
Menüler çalışmıyor	79	99	14	100	39	100	132	99,6
Tanıtım filmi	22	28	6	43	6	15	34	28,6
Hekimlerimiz	68	85	9	64	20	51	97	66,6
Doktorunuza danışın	0	0	0	0	1	3	1	1
Online dergi ve gazete	30	38	6	43	17	44	53	41,6
Youtube	46	58	14	100	14	36	74	64,6
Instagram, facebook, twitter, linkedin	68	85	14	100	16	41	98	75,3
Canlı destek	0	0	0	0	1	3	1	1
Misyon	79	99	14	100	35	90	128	96,3
Vizyon	79	99	14	100	35	90	128	96,3
Basın bültenleri(haberler- duyurular)	79	99	14	100	39	100	132	99,6
Grafik ve fotoğraflar	77	96	14	100	39	100	130	98,6
360 sanal tur	0	0	0	0	0	0	0	0

Bu çalışmada ele alınan dokuzuncu boyut Web sayfalarının güvenilirliği ile ilgilidir. Tablo 14'te Web sayfalarının güvenilirliği ile ilgili özelliklerin hastane web sitelerinde olup olmadığı karşılaştırmalı olarak sayı ve yüzde olarak sunulmuştur.

Tablo 14. Web Sayfalarının Güvenirliğini Sahip Hastane Sayı ve Yüzdeleri

Web sayfalarının güvenilirliği ile ilgili özellikler	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri				Üniversite Hastaneleri		Toplam	
	Eğitim Araştırma Hastaneleri		Şehir Hastaneleri		Sayı	%	Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%				
Güvenli	79	99	13	93	21	54	113	82
Bilgi veya güvenli değil	1	1	1	7	18	46	20	18
Güvenli değil ya da tehlikeli	1	1	1	7	18	46	20	18
HTTPS bağlantı güvenliği sertifikası	79	99	13	93	21	54	113	82

Araştırma hipotezlerini test etmek için t testi kullanılmıştır. Araştırmanın hipotezlerine ilişkin bulgular Tablo 15'de yer almaktadır.

Tablo 15. Sağlık Bakanlığı ve Üniversite Hastaneleri Web Sitesi Performansları Farklılıklarına İlişkin Bulgular

Web sitesi performans başlıkları	Hastaneler	n (%)	Ort. (SS)	Test İstatistiği	p
Teknik hizmetler	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	94 (71,2)	7,60 (0,610)	t=12,626	0,000*
	Üniversite Hastaneleri	38 (28,8)	4,66(1,381)		
Hastane Bilgisi ve Hizmetleri	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	94 (71,2)	8,06(1,171)	t= -0,606	0,064
	Üniversite Hastaneleri	38 (28,8)	8,21(1,455)		
Kabul ve sağlık hizmetleri	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	94 (71,2)	5,86(2,098)	t= -3,687	0,535
	Üniversite Hastaneleri	38 (28,8)	7,45(2,554)		
İnteraktif çevrimiçi hizmetler	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	94 (71,2)	4,51(0,925)	t= -0,663	0,51
	Üniversite Hastaneleri	38 (28,8)	4,66(1,236)		
Dış faaliyetler	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	94 (71,2)	6,00 (1,600)	t= 2,382	0,075
	Üniversite Hastaneleri	38 (28,8)	5,21 (2,002)		
Sosyal medya kullanımı	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	94 (71,2)	3,52 (1,065)	t= 6,762	0,000*
	Üniversite Hastaneleri	38 (28,8)	1,63 (1,584)		
Medya ilişkileri	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	94 (71,2)	2,72 (0,885)	t= -2,072	0,446
	Üniversite Hastaneleri	38 (28,8)	3,08 (0,912)		
Açılmayan/çalışmayan sekmelerin dağılımı	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	94 (71,2)	10,70 (1,335)	t= 4,057	0,000*
	Üniversite Hastaneleri	38 (28,8)	9,16 (2,188)		
Web sayfalarının güvenilirliği hizmetleri	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	94 (71,2)	1,96 (0,290)	t= 5,422	0,000*
	Üniversite Hastaneleri	38 (28,8)	1,05 (1,012)		
Toplam	Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	94 (71,2)	50,94 (5,139)	t= 4,040	0,000*
	Üniversite Hastaneleri	38 (28,8)	45,11 (8,275)		

Tablo 15 incelendiğinde hastanelerin teknik hizmetler, sosyal medya kullanımı, açılmayan/çalışmayan sekmelerin dağılımı, web sayfalarının güvenilirliği hizmetleri ve toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir ($p<0,005$). H1a, H1f, H1h, H1i ve H1j hipotezleri reddedilmiştir. Anlamlı farkın olduğu tüm boyutlarda Sağlık Bakanlığı web siteleri performans ortalaması skorlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

4. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu çalışmada, 80 Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, 14 Sağlık Bakanlığı Şehir Hastanesi ve 39 Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi web siteleri analiz edilmiştir. Hastane web siteleri teknik hizmetleri incelendiğinde Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı Şehir Hastanelerinin skorları birbirine yakın ve üniversite hastanelerine göre oldukça yüksektir. Bunun nedeninin üniversite Hastanelerinin web site haritası, web sitesi son güncelleme tarihi, yararlı sitelere erişim için link ve web sitesi sayfalarının yazdırılabilirlik imkânı gibi özelliklere daha az önem verdiği düşünülmekte, Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin bu özelliklerden tam not almış olmalarıdır. Web sitelerinin güncellenmesi siteyi kullananların yanılığa düşmemesi açısından önemli olduğundan, üniversite hastanelerinin buna daha dikkat etmeleri önerilebilir.

Hastane bilgisi ve hizmetleri skorları büyüken küçüğe sırasıyla Eğitim Araştırma Hastaneleri, Üniversite Hastaneleri, Sağlık Bakanlığı Şehir Hastaneleri olarak belirlenmiştir. Hastane bilgisi ve hizmetleri altında yer alan misyon, vizyon ve hastane açık adresi özellikleri tüm hastane gruplarında çok yüksek seyrederken, 360 sanal tur imkânı bir eğitim ve araştırma hastanesi dışında hiçbir hastane grubunda rastlanılmamıştır.

Kabul ve sağlık hizmetlerinin, Üniversite Hastanelerinde Sağlık Bakanlığı Hastanelerine oranla daha iyi olduğu bulunmuştur. Hastalar için önem taşıyan hekim özgeçmiş ve hekim fotoğraf boyutları Sağlık Bakanlığı Hastanelerine nazaran Üniversite Hastanelerinde daha yüksek bir oran ile gerçekleşmiştir. İnteraktif çevrimiçi hizmetler karşılaştırıldığında hastanelerin birbirine yakın olduğu görülmektedir. Dış faaliyetlere üniversite hastanelerinin diğer hastanelere göre daha az önem verdiği ortaya çıkmıştır.

Sosyal medya kullanımı incelendiğinde Sağlık Bakanlığı Şehir Hastanelerinin diğer iki hastane türüne göre daha çok sosyal medya kullanımına önem verdiği belirlenmiştir. Web sitelerinde yer verilen kurumsal sosyal medya uygulamalarının birçoğuna erişim sağlanamamaktadır. Erişim sağlanan sosyal medya uygulamaları ise sadece duyuru amacıyla kullanılmaktadır. Medya ilişkileri açısından hastanelerin birbirine yakın oldukları anlaşılmıştır. Üç hastane grubunda da basın bültenlerine yüksek oranda yer verildiği gözlemlenmiştir.

Açılmayan / Çalışmayan Sekmelerin Dağılımı tablosunun ortalaması ile hastanelerin karşılaştırılması ele alındığında Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin, Üniversite Hastanelerine göre daha fazla çalışan sekmesinin olduğu görülmektedir. Üniversite Hastanelerinin yarısına yakınının açılmayan ya da çalışmayan sekmesine sahip ortaya çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin web sitelerinin standartlar üzerine kurulmuş olması birçok olumsuzlukları ortadan kaldırmaktadır.

Web sayfalarının güvenilirliğine Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastaneleri ve Sağlık Bakanlığı Şehir Hastanelerinin tamamına yakını, Üniversite Hastanelerinin yarısı önem göstermiştir. HTTPS (bağlantı güvenliği) kullanan bir siteye giriş yapıldığında web sitesinin sunucusu, web sitesinin kimliğini tarayıcılara (ör. Chrome) kanıtlamak için bir sertifika kullanır. Bu nedenle kullanıcıların ve hastane yönetimin güvende kalması açısından "HTTP sertifikası" alması yararlı olacaktır.

Sağlık turizmi açısından nispeten daha çok önem taşıyan iki özellik yabancı dilde siteye erişim ve yabancı hastalar için bilgi/sağlık turizmi bilgisinin yer almasıdır. Yabancı dilde siteye erişime Sağlık Bakanlığı Şehir Hastanelerinin %86'sı, Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin %61'i ve Üniversite Hastanelerinin ise %56'sı sahiptir. Yabancı hastalar için bilgi/ sağlık turizmi bilgisi Eğitim Araştırma Hastanelerinin %59'unda, Sağlık Bakanlığı Şehir Hastanelerinin %57'sinde ve Üniversite Hastanelerinin ise %59'unda bulunmaktadır.

Genel olarak Sağlık Bakanlığı Eğitim Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Şehir Hastanesi ve Üniversitelerin Tıp Fakültesi Hastaneleri karşılaştırıldığında, Üniversite Hastanelerinin teknik hizmetler ile ilgili bulgulara, web sayfalarının güvenilirliği hizmetleri ve sosyal medya kullanımına ilişkin bilgilere yeterince önem vermedikleri ortaya çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin web sitelerinde ise, özellikle kabul ve sağlık hizmetleri konusunda eksiklikler olduğu anlaşılmıştır.

Türkiye'de bu konuda yapılan az sayıda diğer çalışmalardan biri olan Yurdakul ve Öksüz (2007) İzmir ilindeki hastane web sitelerini incelemişlerdir. İnceleme sonucunda geleceğe yönelik olarak gerek özel hastanelerin, gerekse eğitim hastanelerinin iletişim çalışmalarına daha fazla özen göstermesi gerekliliği ortaya çıkmış ve periyodik olarak bu çalışmaların yapılması önerilmiştir. Uğurluoğlu (2009)'a göre; İstanbul'daki eğitim araştırma ve özel hastanelerin web sitelerinin yaygınlığının, bu sitelerin içerdiği bilginin türleri ile bu bilgiler ve kurumsal mülkiyet arasındaki ilişkinin belirlenmesini amaçladığı çalışmada hastanelerin, %10,4'ünün web sitesinin olmadığını, %97,5'i internet sitelerinde temel iletişim bilgilerine, %49,4'ü ise genel sağlık bilgilerine yer verdiklerini bulmuştur. Bildir ve Buzcu (2014)'a göre; JCI akreditasyon belgesine sahip olan sağlık kuruluşlarının web sitelerini inceledikleri çalışmalarında dikkat çeken bazı önemli bulgular arasında yabancı dillerde hastanelerin web sitelerine girme oranı, hastanelerin konumları ve iletişim konularında bilgi verme oranı, anlaşılabilir kurumların sunulması ve internet üzerinden randevu olanaklarının bulunması oranının yüksek olmasıdır. Ancak hastanelerin, hizmetlerinin ücretleri ve maliyetleri konusunda bilgi vermedikleri bulunmuştur. Özsarı vd. (2016)'da farklı temel sağlık göstergelerine sahip olan Türkiye, Hindistan ve İrlanda'daki JCI akreditasyonu sertifikasına sahip olan hastanelerin kurumsal web sitelerinin halkla ilişkiler ve tanıtım konusundaki performanslarını değerlendirmek ve performanslarını ne düzeyde kullandıklarını kıyaslamak amacıyla yaptıkları çalışmada web sitesi toplam puanlarının sırasıyla İrlanda (61,8 puan), Türkiye (55,5 puan) ve Hindistan (49,5 puan) olduğu bulunmuştur. İrlanda'daki hastanelerinin web sitelerini etkili kullandıkları, Türkiye ve Hindistan'daki hastanelerin ise orta düzeyde etkili kullandıklarını belirtmişlerdir.

Sağlık turizmi ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda da hastane web sitesi performanslarına yer verilmiştir. Yiğit (2016)'a göre; Türkiye'de kamu sağlık kuruluşlarında medikal turizm gelişmesini etkileyen faktörleri incelediği çalışmada hastane yöneticilerinin görüşlerini değerlendirmiştir. Hastane yöneticilerinin temel faktörlerden birinin tanıtım eksikliği ve bunda da hastane internet sayfalarının yetersiz oluşu diyenlerin oranının %41,67 olduğu ortaya çıkmıştır. Mesci ve Sağlık (2020)'ye göre; çalışmalarında Türkiye'de sağlık turizm hizmeti sunan ve uluslararası alanda geçerliliği kabul edilmiş JCI akreditasyon belgesine sahip 35 hastanenin web siteleri ve sosyal medya hesaplarını analiz etmişlerdir. Hastanelerin kurumsal web

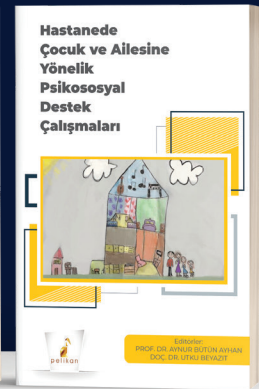
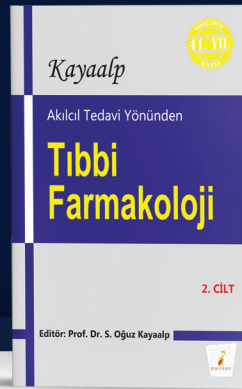
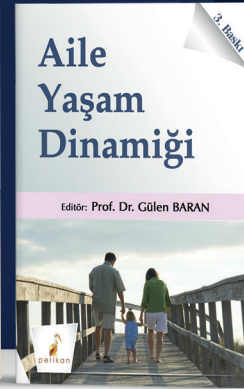
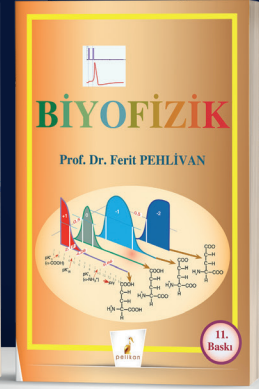
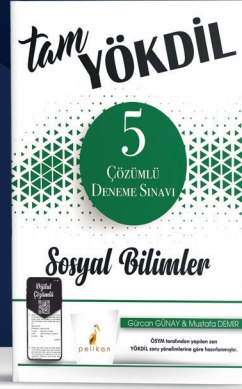
sitelerinin iyi bir performans gösterdikleri ancak sosyal medya performanslarının iyi olmadığını bulmuşlardır. Şahin ve Şahin (2018)'e göre; Türkiye'de sağlık turizmini SWOT analizi yardımıyla incelemişlerdir. Web sitesi gibi teknolojilerin Türkiye'nin sağlık turizmi alanında gelişmesine katkı sağlayacak fırsat olarak belirlemişlerdir.

Bu çalışmada Türkiye'deki kamu hastanelerinin web siteleri incelenmiş ve performansları değerlendirilmiştir. Web sitelerinin performansının hastaneler için bir fırsat olarak görüldüğü düşünüldüğünde bu çalışmadan elde edilen ayrıntılı bilgilerin yöneticiler için değerli olduğu düşünülmektedir. Web sitelerinin tüm paydaşlar özellikle kullanıcı dostu olup olmadığını ölçmek için hasta ve yakınları tarafından da değerlendirilmesi bundan sonraki çalışmalar için önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Aksoy, C., & Yılmaz, S. (2019). *Sağlık Turistlerinin Hastane Tercih Kriterleri Yönetici Görüşleri*. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, 1(2), 27-39.
- Birdir, K., & Buzcu, Z. (2014). *JCI Akreditasyon Belgesine Sahip Olan Sağlık Kuruluşlarının Web Sitelerinin Medikal Turizm Açısından Değerlendirilmesi*. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1), 1-19.
- Boydak, S., & İleri, Y. Y. (2021). Türkiye'deki Kamu Ve Özel Hastane Web Sitelerinin İşleyiş Kalitesi, Güncellik Ve Tasarım Altyapısı Bakımından Analizi. AJIT-e: Bilişim Teknolojileri Online Dergisi, 12(44), 71-92.
- Çağlar, Genç. (2019). Özel Hastanelerin Kurumsal İletişim Faaliyetlerinde Kurumsal Web Sitelerinin Kullanımı. Selçuk İletişim, 12(2), 879-913.
- Çoban, S., & Tüfekçi, S. (2015). *Kurumsal İletişim Bağlamında Türkiye'deki Devlet Üniversitelerinin Web Sayfaları Üzerine Bir İnceleme*. Turkish Studies (Elektronik), 10(6), 387-402.
- Günak, M. S. (2018). *Sağlık Kuruluşları Web Sitelerinin Medikal Turizm Açısından Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Ana Bilim Dalı.
- [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2021-37437). Erişim Tarihi:07.10.2021).
- Huerta T. R., MS, Hefner J. L., Ford E. W., McAlearney A. S., Menachemi N. (2014). *Hospital Website Rankings in the United States: Expanding Benchmarks and Standards for Effective Consumer Engagement*, J Med Internet Res 2014;16(2):e64 doi: 10.2196/jmir.3054.
- Karataş, M., Selçuk, E. B., Karataş, T., & Zırlı Şelçuk, Ş. (2019). *Veteriner Fakültesi Hastanesi Web Sayfaları: Etik Açısından Bir Araştırma*. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 27(1):25-9. doi: 10.5336/mdethic.2018-62331
- KHGM. (2020). Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğüne Bağlı 2. ve 3. Basamak Kamu Sağlık Tesisleri Güncel Listesi. Erişim: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR-75221/kamu-hastaneleri-genel-mudurlugune-bagli-2-ve-3-basamak-kamu-saglik-tesisleri-guncel-listesi.html> Erişim Tarihi: 13.04.2021.
- Kopmaz, B., Kılıç Aksu, P., Kitapçı, O. C. , Şişman, N., & Mumcu, G., (2017). *Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmeti Veren Kurumların Web Sitelerinin Sağlık Turizmi Kapsamında İncelenmesi*. Sağlık Bilimleri Eğitim – Araştırma ve Uygulamalarında Güncel Yönelimler Kongresi, Türkiye.
- Maifredi, G., Orizio, G., Bressanelli, M., Domenighini, S., Gasparotti, C., Perini, E., ... & Gelatti, U. (2010). *Italian Hospitals On The Web: A Cross-Sectional Analysis Of Official Websites*. BMC Medical Informatics And Decision Making, 10(1), 1-13.
- Mesci, G. & Sağlık, E. (2020). *Sağlık Turizminde Dijital İletişim: JCI Akreditasyon Belgesini Almış Hastaneler Üzerinde Bir Araştırma*. Journal of Hospitality and Tourism Issues , 2 (1) , 74-90.
- Morkoç, D. K., & Doğan, M. (2014). *Üniversite "WEB" Sitelerinin Tanıtım Amaçlı Kullanımı: Üniversitelerin Turizm Bölümleri Üzerine Bir Araştırma*. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, (1), 56-66.
- Özdemir, A., Bakan, S., & Naralan, A. (2013). *The Comparison Between Public, Private And University Hospitals In Terms Of Online Webservices In Turkey*. The Journal of Academic Social Science Studies, Volume 6 Issue 3,p. 1299-1311
- Özsarı, S. H., Hoşgör, H., & Hoşgör, D. G. (2016). *Hastane Web Site Performanslarının Halkla İlişkiler Ve Tanıtım Açısından İncelenmesi: Türkiye, Hindistan Ve İrlanda Örnekleri*. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (4), 209-217.
- Shepherd, C. D., and Daniel Fell. (1998). *Building Web Sites that Attract Visitors*. Marketing Health Services 18.1: 44-5. Print.
- Şahin, Ö. U., & Şahin, M. (2018). *Türkiye'de Sağlık Turizminin Potansiyeli Ve Geleceği: Swot Analizi*. Journal of Awareness, 3(5), 287-300.

- Uğurluoğlu, Ö. (2009). İstanbul'daki *Hastanelerin Web Sitesi Özellikleri Üzerine Bir İnceleme*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 12(1), 87-104.
- Yiğit, V. (2016). *Kamu Hastanelerinde Medikal Turizminin Gelişimini Etkileyen Faktörler*. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 7(15), 107-119.
- Yurdakul, N., & Öksüz, B. (2007). *Hastanelerde Bir Tanıtım Aracı Olarak Web Siteleri: İzmir İli Eğitim Hastaneleri ve Özel Hastanelerin Kurumsal Web Sitelerinin Kıyaslamalı Analizi*. Selçuk İletişim, 5(1), 118-134.



www.pelikan

Tüm Kitaplarımız için



Alışveriş Sitemizi
Ziyaret Edin!..

kitabevi.com.tr

PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE YAŞAM DOYUMU: HEMŞİRELİK ALANINA İLİŞKİN BİR LİTERATÜR İNCELEMESİ

PSYCHOLOGICAL STRENGTH AND LIFE SATISFACTION: A LITERATURE REVIEW ON NURSING

Mücahit Karaman¹¹ Hemşire, NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi, Hemşirelik/Hemşirelik Anabilim Dalı/Hemşirelikte Yönetim

ARTICLE INFO	ÖZET
<p>Makale Türü: Geleneksel Derleme</p> <p>Anahtar Sözcükler: Psikolojik Sağlık, Yaşam Doymu, Hemşirelik</p> <p>Keywords: Psychological Resilience, Life Satisfaction, Nursing.</p> <p>Sorumlu Yazarlar Mücahit Karaman</p> <p>Adres: Hemşire, NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi, Hemşirelik/Hemşirelik Anabilim Dalı/Hemşirelikte Yönetim</p> <p>E-mail: mucahit.krmn@gmail.com</p>	<p>Bu derleme; insan hayatı gibi çok daha dikkat gerektiren, hatanın yerinin olmadığı bir alanda çalışan ve stresli bir meslek grubunda yer alan hemşirelerin etkin, yeterli ve standart bir şekilde hizmetlerini sunabilmesi, öğrenim hayatlarından itibaren mesleklerine bağlı olması, stresli durumlarda etkin baş edebilmesi, tükenmişlik gibi olumsuz duyguları yaşamaması amacıyla psikolojik sağlık ve yaşam doymu kavramlarının hemşirelik mesleğinde oldukça önemli birer kavram olduklarına vurgu yapmak ve gelecekte bu iki konu üzerine yürütülebilecek çalışmalara temel oluşturmak amacıyla hazırlanmıştır.</p> <p>Araştırma bulgularına göre hemşirelerin kendilerine verilen değerin artırılmasıyla, mobinge maruz kalmamasıyla, sosyoekonomik iyileştirmelerin yapılmasıyla, mesleki yaşamlarında ilerleme fırsatı tanınmasıyla psikolojik sağlık ve yaşam doymu düzeylerinde anlamlı bir artış sağlanacağı gözlemlenmiştir.</p> <p>Literatür taraması olarak hazırlanan bu çalışma hemşirelerin psikolojik sağlık ve yaşam kaliteleri ile araştırma sonuçlarının ortaya konması adına özgü sorunların saptanmasına ve erken müdahale ile kaldırılmasına olanak sağlayacağı ifade edilebilir. Dolayısıyla bu çalışmada hemşirelerin psikolojik sağlık ve yaşam doymu düzeyleri arasındaki ilişkiye değinilmiştir. Çalışma sonucunda elde edilecek sonuçların riskli hemşirelik gruplarının belirlenmesine, mevcut durumun saptanmasına, gelecekte yapılacak eğitim ve çalışmaların planlanmasına yardımcı olması açısından önemlidir.</p>
	<p>ABSTRACT</p> <p>This compilation; Nurses who work in a stressful profession and work in an area that requires much more attention, such as human life, where there is no place for error, can provide their services effectively, adequately and in a standard way, be connected to their profession since their education life, cope effectively in stressful situations, not experience negative feelings such as burnout. It has been prepared with the aim of emphasizing that the concepts of resilience and life satisfaction are very important concepts in the nursing profession and to lay the groundwork for future studies on these two subjects.</p> <p>According to the research, it has been observed that, with the expansion of the living areas, the completion of the socioeconomic developments, the robustness that cannot be grown widely in the living areas and that will be widely grown in the living areas.</p> <p>It can be stated that this study, which was prepared as a literature review, will enable nurses to reveal their psychological resilience and quality of life, as well as the results of the research, to detect field-specific problems and to eliminate them with early intervention. Therefore, in this study, the relationship between nurses' levels of psychological resilience and life satisfaction was mentioned. The results to be obtained as a result of the study are important in terms of helping to determine the risky nursing groups, to determine the current situation, and to plan the training and studies to be done in the future.</p>

GİRİŞ

İnsanın ve toplumun bakım gereksinimleri doğrultusunda şekillenmiş olan hemşirelik, “*hastalığı iyileştirmek için hasta çevresini düzenleme ve iyileştirme eylemi*” ve “*bireyin sağlığına ve bağımsızlığına kavuşmasında ki dinamik güç*” şeklinde tanımlanan profesyonel bir meslektir (Öztunç 2015). Günümüzde insan ve çevreyi etkileyen her şey hemşireliği ve hemşireyi de etkiler. Bu etkileşim öğrencilik yıllarından itibaren başlayıp iş hayatı boyunca devam eder, meslek mensuplarının yaşam doyumları ve psikolojik sağlıklarını şekillendirdiği gibi bu iki kavramdan da etkilenir (Kahraman ve ark 2011, Tümlü Ülker ve Receptoğlu 2013, Tanrıverdi ve ark 2014, Aydın ve ark 2017).

Yaşam doyumu, bireyin öznel iyi oluşunun bilişsel yansımasıdır. “Tümlü Ülker ve Receptoğlu (2013), yaşam doyumunun “*Bireylerin kendi seçtikleri kriterlere göre yaşamının niteliği hakkındaki genel değerlendirmesi*” ya da “*bireyin genel memnuniyeti ve hayata ilişkin olumlu değerlendirmelerinin toplamını*” kapsadığını ve farklı alanlarda doyumu (iş aile serbest zaman, sağlık, para, benlik vb.) ifade ettiğini belirtmektedir.” Yaşam doyumu, kişinin “*hâlihazır yaşamdan doyumu, yaşamı değiştirme isteği, geçmişten doyumu, gelecekteki doyumu ve kişinin yakınlarının o kişinin yaşamı hakkındaki görüşlerini*” kapsar ve farklı alanlarda doyumu (iş, aile, serbest zaman, sağlık, para, benlik vb.) ifade eder (Tümlü Ülker ve Receptoğlu 2013).

Hemşirelerin yaşanan olumsuz durumlarla baş etmesinde etkili olan bir diğer kavram ise psikolojik sağlıktır. Psikolojik sağlık/dayanıklılık kavramı farklı şekillerde tanımlansa bile temelde travmaya sebep olan durumlar veya stresli olaylar karşısında bireyin krizi başarılı bir şekilde yönetebilmesi ve uyum sağlayabilmesi şeklinde ifade edilmektedir . (Basım ve Çetin 2011). Hemşirelik ile ilgili yayınlarda ise kavram hemşirelerin görevleri başında karşılaştığı istenmeyen durum ya da istekler ile etkili ve efektif bir şekilde baş edebilme durumu şeklinde ifade edilmektedir (McGowan ve Murray 2016, Delgado ve ark 2017).

1. PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK

Psikolojik sağlamlık kavramının farklı tanımları bulunsa da genel olarak stresli durumlara rağmen iyi halde kalabilme, zorluklara karşı uyum sağlama, olumsuzluklara karşı güçlü kalabilme anlamları taşır. Bir başka tanımda ise psikolojik sağlamlık sorunların üstesinden hızlı bir şekilde gelebilme yeteneğidir. İnsanın kendini yaşantıların ardından toparlayabilme gücü ve yılmazlık tanımları da bulunmaktadır (Taşgın ve Çetin 2006; Gizir, 2007; Karairmak, 2007; Doğan ve Altundağ, 2013).

Hemşirelikte psikolojik sağlamlık *ilgilenilen konuya göre bir süreç, durum ya da sonuç* olarak irdelendiği gibi; *bireysel, toplumsal ya da dinamik sistemler* içinde de incelenmiştir (Delgado ve ark 2017). Çalışmalarda psikolojik sağlamlığın gelişmesini ve şekillenmesini etkileyen içsel ve dışsal geliştirici faktörlerin olduğu bildirilir. İçsel geliştirici faktörler arasında kişisel ya da kişilerarası tutumlar (iyimserlik, amaca sahip olma, inanç, kendilik algısı, empati, kendine bakım umut, öz yeterlilik, baş etme, esneklik, uyum sağlama, duygusal zeka vb.) yer alır. Dışsal ya da çevresel geliştirici faktörler ise sosyal destek sistemleri, işyerinde destek ve destekleyen kaynaklar, rol modeller olarak ifade edilmektedir (Basım ve Çetin 2011, Karairmak ve Çetinkaya 2016, Delgado ve ark 2017).

Hemşirelerin psikolojik sağlıklarını etkileyen faktörleri ele alan bir çalışmada hemşirenin cinsiyeti, ekonomik durumu, geldiği coğrafi bölge ve babasının eğitimi ile psikolojik sağlamlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bayan hemşirelerin erkek hemşirelere göre, geliri giderine denk ve fazla olanları geliri giderinden az olanlara göre, İç Anadolu Bölgesinden gelenlerin diğer bölgelerden gelenlere göre; babasının ortaokul ve lise mezunu olanların diğerlerine göre psikolojik sağlıklarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin yaşları, sınıfları ve anne eğitim durumlarının ise psikolojik sağlamlığı etkilemediği bildirilmiştir (Güngörmüş ve ark 2015). Diğer bir çalışma da ise son sınıf hemşirelik öğrencilerinin birinci sınıflara göre psikolojik sağlıklarının yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ifade edilmiştir (Öz ve ark 2012). Ayrıca hemşirelerin sosyal destek düzeylerinin psikolojik sağlamlığı etkilediği de bildirilmektedir (Malkoç ve Yalçın 2015, Gu ve ark 2016). Literatüre göre psikolojik sağlamlığın sahip olması gereken bazı temel özellikler vardır. Bunlar (Basım ve Çetin 2011, Tümlü Ülker ve Receptoğlu 2013):

- Bireyin olumsuzluklara rağmen mevcut zorlukları aşabilmesi, beklenenden daha iyi gelişim gösterebilmesi, bireyin ayakta kalabilmesi, duruma çabuk uyum sağlayabilmesi
- Bireyin kendisinde zorluklar ile baş edebilecek özel bir yeteneğin olduğuna inanması
- Bireyin farklı yaşam deneyimleri ile psikolojik sağlamlığı öğrenebilmesidir.

Hemşirelik hizmetlerinin etkin, yeterli ve standart bir şekilde sunulabilmesi için hemşirelik eğitimi kadar meslek mensuplarının öğrenim hayatlarından itibaren mesleğe bağlı olması, stresli durumlarda etkin baş edebilmesi, tükenmişlik gibi olumsuz duyguları yaşamaması son derece önemlidir (Atasoy ve Sütütemiz 2014, Ateş ve ark 2014). Diğer meslek gruplarının yaşadığı olumlu ya da olumsuz deneyimlerin benzerleri hemşireler de yaşanmakta olup; hemşireler sağlık bireyi ve toplumun sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürme yönünde de stresli mesleki deneyimler yaşayabilmektedir (Aydın ve ark 2017, Elkin 2017).

Bir çalışmada, hemşirelerin psikolojik sağlamlıklarını ile cinsiyet, ekonomik durum, geldikleri coğrafi bölge ve baba eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bayan hemşirelerin erkek hemşirelere göre, geliri giderine denk ve fazla olanları geliri giderinden az olanlara göre, iç Anadolu bölgesinden gelenlerin diğer bölgelerden gelenlere göre; babasının ortaokul ve lise mezunu olanların diğerlerine göre psikolojik sağlamlıklarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin yaşları, sınıfları ve anne eğitim durumlarının ise psikolojik sağlamlığı etkilemediği bildirilmiştir (Güngörmüş ve ark 2015).

Yapılan araştırmalarda hemşirelerin, psikolojik sağlamlık düzeylerine etki edebilecek birçok risk faktörüne sahip olduğu tespit edilmiştir (Gillespie, Chaboyer, Wallis, & Grimbeek, 2007; McCann et al., 2013). Özellikle meslekleriyle ilgili bilgi ve yeteneklerinin, mesleklerini icra ettikleri sırada stres faktörlerinin üstesinden gelme ve duygularını yönetme yeteneklerinin, hemşireler arası ve ekipte bulunan farklı meslek grubuna ait sağlık çalışanlarının ekibe olan desteklerinin yeteri seviyede olamaması; meslek hayatlarında geleceklerine dair pozitif beklentiler içerisine girememeleri ve hemşirelik mesleğinin gerektirdiği yeteri düzeyde yaşam doyum doyumunu sağlayamama gibi sebeplerle hemşireler, bir hayli zorlu durumlara kısacası risk faktörleri ile yüz yüze gelebilmektedirler. Bu durum sağlık çalışanları ve hemşirelerin fiziksel ve ruhsal iyi olma durumlarını negatif anlamda tesir etmekte, iş ve yaşam doyumunu düzeyinde azalmaya sebep olmakla birlikte, ruhsal sorunlara yol açmaktadır. (Çam & Büyükbayram, 2017; Foureur, Besley, Burton, Yu, & Crisp, 2013; Gito, Ihara, & Ogata, 2013; McCann et al., 2013). Ayrıca bu durum hemşirelerin işten ayrılmaya niyet etmeye daha da ilerisi mesleklerini bırakmalarına sebep olabilmektedir (Çam & Büyükbayram, 2017; Foureur et al., 2013; Scholes, 2008; Zander, Hutton, & King, 2010).

Hemşirelerde psikolojik sağlamlık stratejilerinin geliştirildiği bazı önemli çalışmalarda sorunların çözümüne yönelik öneriler getirilmiştir. Psikolojik sağlamlık ve yaşam doyumunu düzeylerini yükseltebilmek için yapılması gerekenler şunlardır; hemşirelerin sorunlarla etkili baş edebilme yeteneklerini geliştirebilmek için öncelikle problemlerini realist bir şekilde tanımlamayıp sorunu saptamaları, çözümüne inanmaları ve çözüme yönelik kaynaklara ulaşabilme hususunda kendilerine güvenmeleri önem arz etmektedir (Abel, 2002; Cuadra & Famadico, 2013; Gillespie et al., 2007). Hemşirelerin sorunlarını görev yapılan kurum içinde, sorunlarla alakalı duygu ve düşüncelerini çözüm önerilerini açık bir şekilde dile getirebilecekleri ortam hazırlanmalı ve benzer sorunlarla karşılaşan hemşirelerin olumlu ya da olumsuz tecrübelerini aktarabilecekleri, problemlere yönelik ortak çözüm önerileri geliştirebilecekleri eğitim programları düzenlenmelidir (S. Chesak, 2013; S. S. Chesak et al., 2015; Foureur et al., 2013; Gillespie et al., 2007; McDonald, Jackson, Wilkes, & Vickers, 2012; Mealer et al., 2012).

2. YAŞAM DOYUMU

Yaşam doyumunu kavramı genel olarak bireyin kendi yaşam kalitesini yine kendisinin karakterize etmiş olduğu ölçütlere göre değerlendirmesidir (Shin ve Johnson, 1978). Bir başka tanımda ise yaşam doyumunu bireyin hayattan beklentileriyle sahip olduğu imkanların kıyaslanmasıyla vardığı sonuç ya da durumdur (Haybron, 2004). Genel olarak yaşam doyumunu kişinin kendini mutlu hissetmesi, olumlu duygular beslemesi olarak ifade edilmektedir (Diener, 2000).

Hemşirelerin algıladıkları sosyal destek ve psikolojik iyi oluşluklarını inceleyen bir çalışmada hemşirenin kadın olmasının, akraba yanında kalma, babanın vefat etme durumunun, ebeveynin ayrı olmasının ve akademik olarak son sınıfa devam etmesinin psikolojik iyi oluşluğu farklı yönlerden ama olumlu şekilde etkilediği ve bulunan farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bildirilmiştir (Aydın ve ark 2017). Akademisyenlerin yaşam doyumları ve psikolojik sağlamlık düzeylerini inceleyen bir çalışmada psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça yaşam doyumunun arttığı, farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada akademik personelin yaşam doyumunun %7'sinin psikolojik sağlamlık durumu ile açıklanabileceği ifade edilmiştir. Kadınların erkeklere göre, bekarların evlilere göre psikolojik sağlamlık puanları daha yüksek bulunmasına rağmen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tümlü Ülker ve Receptoğlu 2013).

Hemşirelerin klinik uygulamada mobing ile karşılaşma durumlarını ele alan bir çalışmada, hemşirelerin yaklaşık olarak yarısı (bayanların yarısından fazlası, erkeklerin 1/3'ü) klinik uygulama sırasında mobinge maruz kaldığını, bu hemşirelerin ise yarıya yakını mobing karşısında ya sessiz kaldığını ya da davranışı görmezden geldiğini ifade etmiştir. Aynı çalışmada hemşirelerin büyük çoğunluğu yaptıkları için önemsiz ve değersiz görülmesinden dolayı mobing yaşadıklarını ifade etmiştir. (Ateş ve ark 2014). Acil serviste çalışan hemşirelerin yaklaşık yarısı orta derecede tükenmişlik yaşamakta olup iş doyumları orta düzeydedir (Kavlu ve Pınar 2009). Hemşireler en fazla duygusal tükenmişlik ile karşılaşmaktadır (Metin ve Özer Gök 2007). Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaşam doyum düzeyleri arttıkça, mesleki tükenmişlik ve eş tükenmişlik düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Yaşam doyumunu arttıkça hemşirelerin mesleki ve aile hayatlarında daha az yıpranma ve tükenme hissettiği bildirilmiştir (Çapri ve Güler 2016).

Hemşirelik mesleği gerek eğitim koşulları (yoğun teorik bilgi, klinik uygulama azlığı, yoğun sınıflar vb.) ve gerekse mesleki hayatta yaşananlar (hemşireler yoğun çalışma koşulları, nöbet usulü çalışma, eksik personel ile çalışma, amir ya da diğer meslektaşların olumsuz tutumu, toplumsal algı gibi) nedeniyle meslek mensuplarına zorlu yaşam deneyimlerini yaşatabilmektedir (Dizer ve ark 2008, Duygulu ve Korkmaz 2008, Kahraman ve ark 2011, Atasoy ve Sütütemiz 2014, Ateş ve ark 2014, Tanrıverdi ve ark 2014, Mealer ve ark 2017). Sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada hemşirelik mesleği diğer sağlık profesyonellerine göre hem en stresli hem de iş doyumunu en az olan meslek olarak ifade edilmiştir (Nur 2011). Bir başka çalışmada ise öğrenci hemşirelerin yaklaşık yarısı yaptıkları işin değersiz ve önemsiz görülmesinden dolayı klinik uygulamalarda mobinge maruz kaldığını ifade etmiştir (Ateş ve ark 2014). Benzer durum çalışan hemşireler içinde geçerlidir. Hemşirelerin mobinge uğrama durumları incelendiğinde, hemşirelerin yarıdan fazlasının mobinge uğradığı; yapılan mobingin ise çoğunlukla "konuşurken sözlerinin kesilmesi, çabalarının karşılığının verilmemesi, yaptıkları işlerden dolayı haksız eleştiriyeye maruz kalma" şeklinde bireysel ve duygusal boyutları olduğu bildirilmiştir (Günay ve ark 2016).

Günlük yaşamdan alınan mutluluk, yaşama yüklenen anlam, amaçlara ulaşma konusunda uyum, pozitif bireysel kimlik, bireyin kendisini iyi hissetmesi, ekonomik güvenlik ve sosyal ilişkiler vb. bireylerin yaşam doyum algısını şekillendirir (Özgür ve ark 2010, Tümlü Ülker ve Receptoğlu 2013, Elkin 2017). Algılanan yaşam doyumunu ile baş etme, duygusal tepki verme ve yaşam beklentileri arasında olumlu yönde bir etkileşim vardır (Duygulu ve Korkmaz 2008, Çivitçi 2012). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada yaşam doyumunu arttıkça öğrencinin başarı ihtiyacının arttığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada bölüme isteyerek gelen, akademik ve mesleki beceriler bakımından kendini daha başarılı hisseden ve yeterli gereksinimlerini karşılayabilen, başarıya önem gösteren yaşam doyumunu düzeyi yüksek öğrencilerin başarılı olmayı daha fazla istediği saptanmıştır (Çivitçi 2012). Benzer bir durum hemşireler içinde ifade edilebilir (Metin ve Özer Gök 2007, Duygulu ve Korkmaz 2008, Kavlu ve Pınar 2009). Yapılan bir çalışmada her üç hemşireden birisinin meslekte ilerleme olanağı olmadığı yani doyumuna ulaşamadıkları için mesleği bırakmak istedikleri bulunmuştur (Duygulu ve Korkmaz 2008).

Hemşireler sosyoekonomik ve mesleki sorunlarının (mesleki gelişimlerini sağlayabilme, görevini en iyi şekilde yerine getirebilme kaygısı gibi) yanı sıra bakım verdiği birey ya da toplumun yaşadığı sorunlarla da karşılaşmaktadır (Karairmak ve Çetinkaya 2016, Aydın ve ark 2017). Etkin ve yeterli baş edebilmeleri ise psikolojik sağlamlıklarından etkilenir (Öz ve ark 2012, Güngörmüş ve ark 2015). Literatür incelendiğinde hemşirelerin psikolojik olarak iyi olma düzeyleri akademik geleceğine yönelik verecekleri kararları, iş ortamında karşılaşacakları stresli durumlar ile baş etmelerini olumlu yönde etkilemektedir (Smith ve Yang 2017). Hemşirelerin psikolojik sağlık durumu, iş ilişkilerinde gelişme, mesleki yaşam kalitesi ve iş doyumunda artma ile psikolojik sağlamlık/dayanıklılık arasında ilişki olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca stres, tükenmişlik, yorgunluk, travma, psikolojik ve fiziksel sağlıkta bozulmanın önlenmesinde de psikolojik sağlamlığa yatırım yapılması gerektiği vurgulanmaktadır (Delgado ve ark 2017). Dolayısıyla yaşanan olumsuzlukların giderilmesinde hemşirelerin yaşam doyumlarının ve psikolojik olarak sağlamlıklarının desteklenmesi gerekmektedir (Çapri ve Güler 2016). Psikolojik sağlamlık düzeyi yüksek olan hemşireleri zorlu koşullarla baş etme ve uyum sağlama sürecine girdiği (Mealer ve ark 2017); diğerlerinin ise yeterli destek kaynağı olmadığından yaşanan zorluklara tepki olarak yüksek düzey stres ve tükenmişlik yaşadığı bildirilmiştir (Delgado ve ark 2017, Mealer ve ark 2017). Hemşireler üzerinde yapılan bir çalışmada hemşirelerin yaşam doyum düzeyleri arttıkça, mesleki tükenmişlik ve aile hayatında tükenmişlik düzeylerinin azaldığı da belirlenmiştir (Çapri ve Güler 2016).

Araştırma bulgularına göre, bireyin kendine verdiği değer arttıkça gelişimsel krizleri çözmesi, travmatik yaşantılardan sonra uyum sağlaması ve zorlu yaşam koşulları ile başa çıkması kolaylaşır. Kişinin benlik saygısını geliştirici yönde bireysel ve grupla psikolojik danışma hizmetlerinin verilmesi, temelde bireyin sağlıklı kişilik gelişimine katkıda bulunacağı gibi, bireyin psikolojik olarak daha dayanıklı olmasına katkıda bulunabilir (Karairmak ve Çetinkaya 2016). Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik sağlamlıklarını ele alan bir çalışma da ise son sınıf öğrencilerinin birinci sınıflara göre psikolojik sağlamlıklarının yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hemşirenin ölüm deneyimi yaşamaması durumunun psikolojik sağlamlığı etkilemediği bildirilmiştir (Öz ve ark 2012).

Görev yapılan kurumda sorunlara karşı olumlu davranış gösterebilmek için; problemle karşılaşıldığı zamanlarda hemşirelerin ekip arkadaşları tarafından desteklenmeleri meslektaşları ile iyi ilişkiler geliştirmeleri, böyle bir durumda psikolojik sağlıklarını kaybetmeyen meslektaşlarının başarıları takdir edilmeli, onları örnek olarak almak önemlidir (Cuadra & Famadico, 2013; Gillespie et al., 2009; Grant & Kinman, 2014; Karreman & Vingerhoets, 2012; Kornhaber & Wilson, 2011; McAllister, 2013; McCann et al., 2013).

Hemşireler sosyal hizmet sistemlerinin iyileştirilerek geliştirilmesi ve bu sosyal hizmet ağlarından yararlanabilmesi amacıyla sıkıntılı bir durumda iken, destek alınabilecekleri aile, arkadaş, meslektan ya da farklı meslek mensubu herhangi bir ekip arkadaşı gibi bir çevreden ve dernek, sivil toplum kuruluşları, vakıf gibi sosyal destek kurumlarının varlığından haberdar olmalıdır. Buna ek olarak hemşireler yardım isteyebilmeli, ihtiyacı olan kişilere yardım eli uzatabilmeli ve sosyal gruplar dahilinde aktif olarak görev almalıdırlar (Cameron & Brownie, 2010; Grant & Kinman, 2014; McAllister & Lowe, 2011; McDonald et al., 2012; Öz & Yılmaz, 2009). Çalışılan kurumlardaki yaşanan problemlere karşı olumlu davranış geliştirebilmek amacıyla, görev yapılan klinikte ekip kararına önem gösterilen, görev yetki ve sorumlulukların adaletli bir şekilde paylaşıldığı yönetim sisteminin uygulanmasının, hemşireler için çalışılan servislerde süpervizyon, klinik içi eğitim gibi uygulamaların yapılması ve düzenli hale getirmesi, görevine yeni başlayan tecrübesiz hemşirelerin mentor ve süpervizör gibi yönetici hemşireler tarafından desteklenerek onlara tecrübelerin aktarılması gerekli ve önemli olduğu ifade edilmektedir (Grant & Kinman, 2014; Jackson et al., 2007; McAllister, 2013; McAllister & Lowe, 2011; McCann et al., 2013; Seo, Kim, & Park, 2014).

Psikolojik dayanıklılığı olan ve yaşam doyumu düzeyi yüksek olan hemşirelere seminer, konferans ve kongre gibi platformlarda bildiri sunma, otobiyografi yazma gibi uygulamalarla tecrübelerini ve bu tecrübelerinden çıkarımlarını meslek grubu üyeleriyle paylaşma imkanı sağlanmalıdır (Cameron & Brownie, 2010; Gillespie, Chaboyer, & Wallis, 2009; Grant & Kinman, 2014; Kornhaber & Wilson, 2011; McAllister, 2013; McCann et al., 2013; Scholes, 2008). Ayrıca klinikte sık karşılaşılan bir sorun olduğunda hemşirelerin daha öncesinde konu ile ilgili hazırlanmış olan bilgi ve beceri temelli rehber broşürlerden kullanılabileceği ifade edilmektedir (Gillespie et al., 2007; Grant & Kinman, 2014; Jackson, Firtko, & Edenborough, 2007; Mealer et al., 2012).

3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Psikolojik sağlık ve yaşam doyumu kavramları hemşirelik mesleğinde önemli bir yer edinmektedir. Bu bağlamda tedavi, sağlık bakım hizmeti veren işgörenleri ve çevrelerini ardından çalışılan kurumu sonunda ülkeden verilen sağlık hizmeti kalitesini önemli ölçüde etkilediği ifade edilebilir. Bu sebeple literatür incelendiğinde yaşam doyumu ve psikolojik sağlıkla ilgili hemşireler üzerinde farklı çalışmalar olsa bile her iki konuyu birlikte alan çalışmaya rastlanmamıştır.

Hemşirelerin psikolojik sağlık ve yaşam kalitelerini etkileyen unsurların ortaya konması alana özgü sorunlar yaşanmadan saptanmasına, olası sorunların ise erken müdahale ile kaldırılmasına olanak sağlar. Bu bağlamda psikolojik sağlık ve yaşam doyumu düzeyi seviyelerini etkileyen unsurların erken fark edilmesi riskli hemşirelik gruplarının öngörülmesine, mevcut durumun saptanmasına, gelecekte yapılacak eğitim ve çalışmaların planlanmasına yardımcı olması bakımından önemli olduğu düşünülmektedir.

Hemşirelerin sosyoekonomik şartlarının iyileştirilmesi, yaptıkları mesleğe verilen değerini yerini bulması, mobingi bitirecek caydırıcı önlemlerin alınması, sağlık meslek çalışanlarının önemli bir ekip üyesi olarak bilim kurullarında ve yönetimlerde alana yönelik sorunların çözümüne dair karar verme aşamasında söz sahibi olması, mesleki ilerleme fırsatlarının sağlanması psikolojik sağlık ve yaşam doyumu düzeylerini anlamlı düzeyde artıracaktır düşünülmektedir. Bununla birlikte zaten stresli ve hatanın yerinin olmadığı bir meslek grubu üyesi olan hemşirelerin psikolojik sağlık ve yaşam doyumu düzeylerinin yükselmesiyle stres düzeylerinde olumlu bir düşüş gözleneceği düşünülmektedir. Hemşirelerin psikolojik sağlık ve yaşam doyumu düzeylerinin yüksek olması, stres altında olmaması işlerine daha iyi odaklanabilmesi, hataya imkan vermemesi ve daha kaliteli bakım verebilmesi açısından önemlidir.

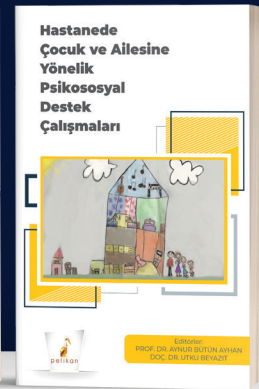
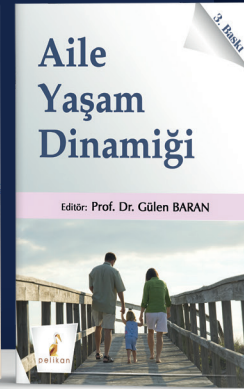
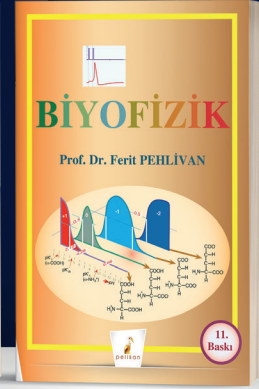
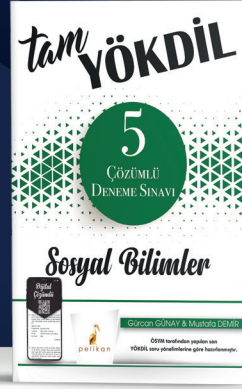
KAYNAKÇA

- Abel, M. H. (2002). Humor, stress, and coping strategies.
- Altay, B., Gönener, D., & Demirkıran, C. (2010). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tükenmişlik düzeyleri ve aile desteğinin etkisi. *Fırat Tıp Dergisi*, 15(1), 10-16.
- Aşçı, Ö., Hazar, G., Kılıç, E., & Korkmaz, A. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Stres Nedenlerinin ve Stresle Başa Çıkma Biçimlerinin Belirlenmesi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(4), 213-231.
- Atasoy, I., & Sütütemiz, N. (2014). Bir grup hemşirelik son sınıf öğrencisinin hemşirelik eğitimi ile ilgili görüşleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(2), 94-104.
- Ateş, D., Kaplan, A., Öztürk, S., Zorlu, Ö., Akburak, M., Çelikel, E., . . . Özkan, T. (2014). Hemşirelik bölümü öğrencilerinde klinik stajda mobbing. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 30-38.
- Aydın, A., Kahraman, N., & Hiçdurmaz, D. (2017). Hemşirelik öğrencilerinin algılanan sosyal destek ve psikolojik iyi olma düzeylerinin belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 8(1), 40-47.
- Basım, H., & Çetin, F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.
- Beauvais, A. M., Stewart, J. G., DeNisco, S., & Beauvais, J. E. (2014). Factors related to academic success among nursing students: a descriptive correlational research study. *Nurse Educ Today*, 34(6), 918-923. doi:10.1016/j.nedt.2013.12.005
- Beyazsaçlı, M., & Serin Bulut, N. (2010). *Devlet hastanelerinde görev yapan hemşirelerin iş doyum düzeylerinin incelenmesi (KKTC örneği)*. Paper presented at the International Conference On New Trends In Education and Their Implications 11-13 November.
- Bölükbaş, N. (2006). ordu sağlık yüksekokulu öğrencilerin sosyodemografik özellikleri VE eğitimleri ile ilgili görüşleri. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 9(1).
- Bulut, S., Doğan, U., & Altundağ Y. (2013) Adolescent Psychological Resilience Scale: Validity and reliability study, *Portal of Scientific Journals of Croatia*, 16 (1), July 2013.
- Cameron, F., & Brownie, S. (2010). Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australasian journal on ageing*, 29(2), 66-71.
- Chesak, S. (2013). Integration and impact of stress management and resiliency training (SMART) in a nurse residency program: A feasibility study.
- Chesak, S. S., Bhagra, A., Schroeder, D. R., Foy, D. A., Cutshall, S. M., & Sood, A. (2015). Enhancing resilience among new nurses: feasibility and efficacy of a pilot intervention. *Ochsner Journal*, 15(1), 38-44.
- Cuadra, D. S., & Famadico, L. F. (2013). Male nursing students' emotional intelligence, caring behavior and resilience. *International Journal of Arts & Sciences*, 6(3), 243.
- Çam, O., & Büyükbayram, A. (2017). Nurses' Resilience and Effective Factors. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 8(2).
- Çapri, B., & Güler, M. (2016). Yaşam doyumları düzeyleri farklı hemşirelerin mesleki ve eş tükenmişliklerinin incelenmesi. *International Journal of Eurasia Social Sciences (IJOESS)*, 7(25), 55-69.
- Çivitçi, A. (2012). Üniversite öğrencilerinde genel yaşam doyumları ve psikolojik ihtiyaçları arasındaki ilişkiler. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 21(2), 321-336.
- da Silva, R. M., Goulart, C. T., Lopes, L. F. D., Serrano, P. M., Costa, A. L. S., & de Azevedo Guido, L. (2014). Hardy personality and burnout syndrome among nursing students in three Brazilian universities—an analytic study. *BMC Nursing*, 13(9), 1-9. doi:10.1186/1472-6955-13-9
- Dağlı, A., & Baysal, N. (2016). Yaşam doyumları ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 15(59), 1250-1262.
- Dağlı, A., & Baysal, N. (2017). Investigating teachers' life satisfaction. *Universal Journal of Educational Research*, 5(7), 1250-1256.
- Delgado, C., Upton, D., Ransie, K., Furness, T., & Foster, K. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *Int J Nurs Stud*, 70, 71-88. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.

- Diener, E. (2000), Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for anational index. *American Psychologist*, 55 (1), 34-43.
- Dizer, B., İyigün, E., & Kılıç, S. (2008). Yoğun bakım hemşirelerinin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 12(1-2), 1-11.
- Doğan, T. (2015). Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği'nin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102.
- Duygulu, S., & Korkmaz, F. (2008). Hemşirelerin örgüte bağlılığı, iş doyumları ve işten ayrılma nedenleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(2), 9-20.
- Elkin, N. (2017). Bir vakıf üniversitesinin sağlık bilimleri yüksekokulu öğrencilerinin genel yaşam doyumu düzeyleri ve ilişkili faktörler. *IGUSABDER*, 2, 123-141.
- Erdoğan, E., & Erdem, R. (2017). Hemşirelerin bireysel sosyal sorumluluk düzeyleri ile yaşam doyumunun demografik değişkenlere göre araştırılması. *Journal of Süleyman Demirel University Institute of Social Sciences Year*, 3(28), 293-312.
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulnessbased program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary nurse*, 45(1), 114-125.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2009). The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: A predictor study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 968-976.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M., & Grimbeek, P. (2007). Resilience in the operating room: Developing and testing of a resilience model. *Journal of advanced nursing*, 59(4), 427-438.
- Gito, M., Ihara, H., & Ogata, H. (2013). The relationship of resilience, hardiness, depression and burnout among Japanese psychiatric hospital nurses. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(11), p12.
- Gizir, C. A. (2007). Psikolojik sağlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Dergisi*, 28, 113-128.
- Grant, L., & Kinman, G. (2014). Emotional resilience in the helping professions and how it can be enhanced. *Health and Social Care Education*, 3(1), 23-34.
- Gu, Y., Hu, J., Hu, Y., & Wang, J. (2016). Social supports and mental health: a cross-sectional study on the correlation of self-consistency and congruence in China. *BMC health services research*, 16(1), 207-214.
- Günay, U., Oltuluoğlu, H., Aylaz, R., Çalışkan, Z., & Tuncay, S. (2016). Hemşirelerin mobbing davranışlarına maruz kalma durumlarının belirlenmesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 12-18.
- Güngör, N., Çıray, N., Vatanserver, Ş., & Akyol, A. D. (2007). Yoğun Bakım Hemşirelerinin Yaşam Kalitesi, İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeylerinin Saptanması.
- Güngörmüş, K., Okanlı, A., & Kocabeyoğlu, T. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve etkileyen faktörler. *Journal of Psychiatric Nursing*, 6(1), 9-14.
- Haybron D.M. (2004). "Happiness and The Importance of Life Satisfaction", Delivered at the Department of Philosophy, University of Arizona.
- Jackson, D., Firtko, A., & Edenborough, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *Journal of advanced nursing*, 60(1), 1-9.
- Kahraman, G., Engin, E., Dülgerler, Ş., & Öztürk, E. (2011). Yoğun bakım hemşirelerinin iş doyumları ve etkileyen faktörler. *DEUHYO ED*, 4(1), 12-18.
- Karaca, A., Yıldırım, N., Ankaralı, H., Açıkgöz, F., & Akkuş, D. (2015). Hemşirelik Öğrencileri İçin Algılanan Stres, Biyo-psiko-sosyal Cevap ve Stresle Başetme Davranışları Ölçeklerinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 6(1).
- Karairmak, Ö. (2007). *Investigation of personal qualities contributing to psychological resilience among earthquake survivors: A model testing study*. (Unpublished Doctorate Dissertation). Middle East Technical University, Ankara.
- Karairmak, Ö., & Çetinkaya, R. S. (2016). Benlik saygısının ve denetim odağının psikolojik sağlık üzerine etkisi: Duyguların aracı rolü. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(35).

- Karremen, A., & Vingerhoets, A. J. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences, 53*(7), 821-826.
- Kavlu, İ., & Pinar, R. (2009). Acil servislere çalışan hemşirelerin tükenmişlik ve iş doyumlarının yaşam kalitesine etkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences,*
- Kornhaber, R. A., & Wilson, A. (2011). Building resilience in burns nurses: a descriptive phenomenological inquiry. *Journal of Burn Care & Research, 32*(4), 481-488.
- Malkoç, A., & Yalçın, İ. (2015). Relationships among Resilience, Social Support, Coping, and Psychological Well-Being among University Studentss. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 5*(43), 35-43.
- McAllister, M. (2013). Resilience: a personal attribute, social process and key professional resource for the enhancement of the nursing role. *Professionni infermieristiche, 66*(1).
- McAllister, M., & Lowe, J. B. (2011). Preparing for practice: becoming resilient. In *The Resilient nurse: Empowering your practice* (pp. 1-22): Springer Publishing Company, New York.
- McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., & Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing, 3*(1).
- McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., & Vickers, M. H. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse education today, 32*(4), 378-384.
- McGowan, J. E., & Murray, K. (2016). Exploring resilience in nursing and midwifery students: a literature review. *J Adv Nurs, 72*(10), 2272-2283. doi:10.1111/jan.12960
- Mealer, M., Jones, J., & Meek, P. (2017). Factors affecting resilience and development of posttraumatic stress disorder in critical care nurses. *American Journal of Critical Care, 26*(3), 184-192. doi:10.4037/ajcc2017798
- Mealer, M., Jones, J., Newman, J., McFann, K. K., Rothbaum, B., & Moss, M. (2012). The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies, 49*(3), 292-299.
- Metin, Ö., & Özer Gök, F. (2007). Hemşirelerin tükenmişlik düzeyinin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 10*(1), 58-66.
- Nur, D. (2011). Kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinde iş doyum ve stres ilişkisi. *Relationship Between Job Satisfaction and Stress The Employee of Health Personnel in Public Hospitals., 14*(4), 230-240.
- Önder, A., & Gülay, H. (2007). Annelerin kabul red düzeyi ile çocuklarının empati becerisi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 22*(22), 23-30.
- Önder, A., & Gülay, H. (2010). İlköğretim 8. sınıf öğrencilerinin psikolojik sağlamlığının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi, 23*(23), 192-197.
- Öz, F., İnci, F., & Bahadır-Yılmaz, E. (2012). Hemşirelik öğrencilerinin ölüm kaygısı ile psikolojik sağlamlık düzeyleri ve aralarındaki ilişki. *Yeni Symposium, 50*(4), 229-236.
- Öz, P. D. F., & Yılmaz, U. H. E. B. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 16*(3), 82-89.
- Özbay, Y., Palancı, M., Kandemir, M., & Çakır, O. (2012). Üniversite öğrencilerinin öznel iyi oluşlarının duygusal düzenleme, mizah, sosyal öz-yeterlik ve başa çıkma davranışları ile yordanması. *Journal of Turkish Educational Sciences, 10*(2), 325-345.
- Özgür, G., Gümüş Babacan, A., & Durdu, B. (2010). Evde ve yurttan kalan üniversite öğrencilerinde yaşam doyumunu. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1*(1), 25-32.
- Öztunç, G. (2015). Hemşireliğin doğası. In T. Aştı Atabek & A. Karadağ (Eds.), *Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Tarihi* (pp. 26-33). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Peker, A., Eroğlu, Y., & Özcan, N. (2015). Özel gereksinimli çocuğa sahip anneler ile tipik gelişim gösteren çocuğa sahip annelerin psikolojik sağlamlık, iyilik hali ve mutluluk düzeylerinin incelenmesi. *Sakarya University Journal of Education, 5*(3), 142-150.
- Pınar Ertekin, Ş., Bilgiç, D., Demirel, G., Akyüz, M. B., Karatepe, C., & Sevim, D. (2015). Sağlık alanlarında okuyan üniversite öğrencilerinin tükenmişlik ve yaşam doyumları arasındaki ilişki. *TAF Preventive Medicine Bulletin, 14*(4), 284-292.

- Por, J., Barriball, L., Fitzpatrick, J., & Roberts, J. (2011). Emotional intelligence: Its relationship to stress, coping, well-being and professional performance in nursing students. *Nurse education today*, 31(8), 855-860.
- Scholes, J. (2008). Coping with the professional identity crisis: Is building resilience the answer? *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), 975-978.
- Seo, K. S., Kim, M., & Park, J. (2014). Effects of resilience and job satisfaction on organizational commitment in Korean-American registered nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 20(1), 48-58.
- Shin, D. C., and Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*, 5, 475-492
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *International journal of behavioral medicine*, 15(3), 194-200.
- Smith, G. D., & Yang, F. (2017). Stress, resilience and psychological well-being in Chinese undergraduate nursing students. *Nurse education today*, 49, 90-95.
- Tambağ, H., Can, R., Kahraman, Y., & Şahpolat, M. (2015). Hemşirelerin çalışma ortamlarının iş doyumuna üzerine etkisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 11(4), 143-149.
- Tanrıverdi, H., Akova, O., & Zorlu, R. (2014). Hemşirelik mesleğine yaklaşım ile toplumsal statü arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Sağlık Performans ve Kalite Dergisi*, 7, 115-142.
- Taycan, O., Kutlu, L., Çimen, S., & Aydın, N. (2006). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerde depresyon ve tükenmişlik düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7(2), 100-108.
- Taylor, H., & Reyes, H. (2012). Self-efficacy and resilience in baccalaureate nursing students. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 9(1), 1-13.
- Tekir, Ö., Çevik, C., Arık, S., & Çetin, G. (2016). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik, iş doyumuna düzeyleri ve yaşam doyumunun incelenmesi. *18(2)*, 51-63.
- Temel, E., Bahar, A., & Çuhadar, D. (2007). Öğrenci hemşirelerin stresle baş etme tarzları ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(5), 107-118.
- Terzi, Ş. (2008). Üniversite öğrencilerinde kendini toplama gücü'nün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35(35), 297-306.
- Tümlü Ülker, G., & Receptoğlu, E. (2013). Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumuna arasındaki ilişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 3(3), 205-213.
- Yılmaz, S., Hacıhasanoğlu, R., & Çiçek, Z. (2006). Hemşirelerin genel ruhsal durumlarının incelenmesi. *Sted*, 15(6), 92-97.
- Zander, M., Hutton, A., & King, L. (2010). Coping and resilience factors in pediatric oncology nurses CE. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(2), 94-108.



www.pelikan

Tüm Kitaplarımız için



Alışveriş Sitemizi Ziyaret Edin!..

kitabevi.com.tr

ANNELİK ROL KAZANIMINI DESTEKLEMeye YÖNELİK YAPILAN MÜDAHALELER: SİSTEMATİK DERLEME

INTERVENTIONS TO SUPPORT MATERNAL ROLE ATTAINMENT: A SYSTEMATIC REVIEW

Merve Çakırlı¹¹ Araştırma Görevlisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

ARTICLE INFO	ÖZET
Makale Türü: Sistematiik Derleme	Amaç: Annelik rol kazanımı, annelik davranışlarını öğrenme sürecidir ve bu sürecin başarılı bir şekilde atlatılabilmesi için desteğe ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmanın amacı annelik rol kazanımını desteklemeye yönelik yapılan çalışmaların incelenmesi ve bu doğrultuda annelere yardımcı olurken kullanılabilir müdahaleler hakkında hemşirelere rehber olmaktır.
Anahtar Sözcükler: Annelik kimlik gelişimi, Annelik rol kazanımı, Müdahale, Sistematiik derleme	Yöntem: Sistematiik derleme yöntemi kullanılan bu çalışmada PRISMA metodu dikkate alınmıştır. Çalışmada “Maternal Role Attainment” ve “Maternal Identity Development” anahtar kelimeleri kullanılarak 01.07.2021-01.08.2021 tarihleri arasında “Web of Science”, “PubMed” ve “Science Direct” veri tabanlarında 2012-2021 (son 10 yıl) yılları arasında yayımlanan uluslararası makaleler taranmıştır.
Keywords: Maternal Identity Development, Maternal Role Attainment, Intervention, Systematic Review	Bulgular: Tarama sonucunda toplam 98 yayına ulaşılmıştır. Ancak dahil edilme kriterleri doğrultusunda yalnızca 7 çalışma incelemeye alınmıştır. Bu çalışmalar incelendiğinde riskli gebelik, ilk kez anne olma, planlanmamış gebelik gibi annelik rolüne uyumu zorlaştıracak özelliklere sahip örneklemelerin seçildiği görülmüştür. Annelik rolünü desteklemeye yönelik yapılan müdahaleler incelendiğinde ise 7 çalışmanın 6’sında eğitim yönteminin kullanıldığı ancak eğitimlerin farklı teknikler ile gerçekleştirildiği belirlenmiştir. Bir çalışmada ise müzik terapi yönteminin kullanıldığı saptanmıştır. İncelenen çalışmaların sonuçları müdahale grubundaki annelerin annelik streslerinin daha az, anne rolü yeterliliklerinin daha iyi olduğunu göstermiştir.
Sorumlu Yazarlar Merve Çakırlı	Sonuç: Bu sistematiik derleme annelik rolünü desteklemeye yönelik yapılan müdahale çalışmalarının niceliksel yetersizliğini ortaya koymuştur. Eğitim ve müzik olmak üzere sadece iki yöntemin kullanılmış olması, benzer özelliklerde örneklemelerin seçilmesi, farklı yöntem ve örneklemelerin kullanıldığı çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermiştir.
Adres: Araştırma Görevlisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü/ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	ABSTRACT
E-mail: ckrli.mrv@gmail. com	Purpose: Motherhood role acquisition is a process of learning motherhood behaviors and the person needs support in order to overcome this process successfully. The purpose of this study was to review studies on supporting motherhood role acquisition and accordingly guide nurses concerning the interventions to use when helping mothers.
	Method: The study using a systematic compilation method was based on the PRISMA method. The study reviewed the international papers published from 2012 to 2021 (past 10 years) on the “Web of Science”, “PubMed” and “Science Direct” databases using keywords such as “Maternal Role Attainment” and “Maternal Identity Development” between 01.07.2021 and 01.08.2021.
	Findings: As a result of the review the study reached a total of 98 publications. However, the study included only seven studies to review in line with the inclusion criteria. We saw that the studies chose samples with features to complicate adaptation to the motherhood role such as risky pregnancy, being a mother for the first time and unintended pregnancy. Examining the interventions aimed at supporting the motherhood role, we determined that six out of the seven studies used the training method; however, the trainings were performed via different technics. We found that one of the studies used the music therapy method. The results of the studies reviewed demonstrated that the intervention group mothers had less motherhood stress and better motherhood role competence.
	Conclusion: The systematic review revealed the quantitative inadequacy of intervention studies aiming to support the motherhood role. The use of only two methods, education and music, and the selection of samples with similar characteristics showed that there is a need for studies using different methods and samples.

GİRİŞ

İnsan yaşamındaki en önemli gelişimsel olaylardan biri de anne olmaktır. Annelik sevindirici bir olay olmasının yanında, kadına yeni rol ve sorumluluklar yüklediği için zorlu bir süreçtir (Körükçü ve Kabukcuoğlu, 2014). Anneden bu süreçte kendinin ve bebeğinin bakımını karşılaması, yaşadığı fizyolojik, psikolojik değişikliklere ve annelik rolüne uyum sağlaması beklenmektedir (Beydağ, 2007).

Annelik rolü kavramı ilk kez Rubin (1967) tarafından ortaya çıkarılmıştır. Daha sonra Rubin'in öğrencisi olan Mercer tarafından yapılan çalışmalar ile bu teori geliştirilmiştir (Fouquier, 2013). Mercer'e göre annelik rolü kazanımı, annenin gebeliğini öğrendiği ilk andan itibaren başlar. Gebelik dönemi boyunca sürer ve doğum sonrası dönemde de gelişmeye devam eder. Annenin normal yaşantısına annelik davranışlarını entegre edebilmesi ile rol kazanımı başarılı bir şekilde tamamlanmış olur (İrak ve Parlar, 2019). Mercer, annelik rolü kazanımının "Beklentiler Safhası", "Formal Safha", "İnformel Safha" ve "Kişisel Safha" olmak üzere dört aşamada oluştuğunu belirtmiştir (Çolak vd., 2020). Anneliğe uyumun ilk adımı olan beklentiler safhası, gebelik dönemini kapsamaktadır. Bu aşamada anne çevresindeki rol modelleri izleyerek "nasıl bir annelik" sorusunun cevabını aramaktadır. Annenin gebeliğini kabul edip yaşamına yerleştirebilmesi bu aşamaya uyumunun başarılı olduğunu göstermektedir (Mercer, 2006). Bebeğin doğumu ile birlikte formal safhaya geçilir. Annenin rolünü öğrenmesi, bebeğin ve kendisinin bakımını gerçekleştirebilmesi ile tamamlanır. Doğum sonrası iyileşme sürecinin sağlıklı ilerlemesi ve annenin bebeğin bakımını sağlayabilmesi rol kazanımını kolaylaştırır. Bu süreçte anneyi bebek bakımı konusunda cesaretlendirmek ve gereksinimlerine yönelik danışmanlık hizmeti vermek önemlidir (Beydağ, 2007; Mucuk ve Özkan, 2018). Annenin önceki aşamada edindiği bilgiler doğrultusunda kendi annelik bakım tarzını geliştirmesi ile informal safhaya geçilmiş olur. Annelik rolünün yanında eş olma gibi diğer rollerini de yerine getirebilmesi bu aşamanın sağlıklı bir şekilde tamamlandığını gösterir (Çolak ve ark., 2020). Yaşadığı deneyimler sayesinde annelik ile ilgili kendi fikir ve davranışlarına sahip anne kişisel safhaya geçmiş demektir. Anne bebek ilişkisinin keyfini çıkarmaya başlar ve artık bir anne olarak rahattır. Böylece annelik rolü kazanılmıştır (Mucuk ve Özkan, 2018; Özkan ve Polat, 2011). Rol kazanımı anneler arasındaki farklılığa bağlı olarak ortalama 4 ayda gelişmekte olup 3-10 ay arasında sürebilmektedir (Beydağ, 2007). Başarılı bir uyum ebeveynlik davranışlarının kalitesini artırarak beslenme, barınma, temel bakım gibi bebeğin hayati tüm faktörlerini doğrudan etkilediği için oldukça önemlidir (Rafii vd., 2020).

Mercer birçok faktörün rol kazanım sürecini etkileyebileceğini belirtmiştir. Bunlardan bazıları; annenin kişilik özellikleri, sosyoekonomik durum, doğum öncesi ve sonrası bakım alma, maternal ve fetal sorunlar, plansız gebelik, sosyal destek, ebeveynliğe hazırlık gibi faktörlerdir (Meleis vd., 2000). Gebelerin psikososyal sağlık durumları ile annelik rolü arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacı ile yapılan bir çalışmada (Uçar, 2014) gebeliğin planlanma durumunun annelik rolünde etkili olduğu ve gebelik dönemindeki psikososyal sağlık ile annelik rolü arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Demirbaş ve Kadioğlu'nun (2014) çalışmasında da yüksek veya iyi gelir düzeyine sahip, isteyerek gebe kalan ve gebelik hakkında bilgi alan kadınların annelik rolüne uyumlarının daha iyi olduğu saptanmıştır. Başer ve arkadaşları (2005) ise ilk kez anne olan kadınların daha fazla uyum sorunu yaşadıklarını belirtmiştir.

Gebelik süresince ve doğumdan sonraki dönemde anne ve bebek ile primer ilişkide bulunan sağlık ekibi üyelerinden biri de hemşirelerdir. Bu nedenle yaşanan geçiş sürecini anlamak, annenin ihtiyaçlarını ve karşılaşılabileceği riskleri belirlemek ve iyilik halini yükseltmeye yönelik etkili girişimleri planlamak hemşirelerin sorumluluğu olmalıdır (Körükçü ve Kabukcuoğlu, 2014). Mercer'e göre anneliğe geçiş sürecinde uyumun kolaylaşmasına katkı sağlamada hemşirelere önemli görevler düşmektedir. Bunlar, anne olma sürecinden nasıl etkilendiğini anlamaya çalışmak, onu dinlemek, bebeğine yönelik bakım girişimlerini desteklemek ve motivasyonunu artıracak tepkiler vermektir. Bu girişimleri planlarken de bilimsel bilgilerden ve kanıta dayalı uygulamalardan yararlanılması önemlidir.

Bu çalışma annelerin uyum sürecine katkıda bulunurken hemşirelerin kullanabileceği etkili uygulamalar konusunda rehber olmak amacıyla planlanmıştır. Çalışma kapsamında annelik rolünün kazanılmasını destekleyen uygulamaların kullanıldığı çalışmalar incelenmiştir.

2. YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Amacı

Betimsel bir araştırma niteliği olan çalışmada, 2012-2021 yılları arasında uluslararası literatürde annelik rol kazanımını desteklemeye yönelik girişimleri içeren bilimsel makalelerin sistematik değerlendirilmesinin yapılması amaçlanmıştır. Kapsama alınan yayınlar doğrultusunda hangi müdahalenin/müdahalelerin annelik rol kazanımında etkili olduğu değerlendirilmiştir.

2.2. Veri Toplama Yöntemi

Verilerin toplanmasında sistematik derleme yöntemi kullanılmıştır. Sistematik derleme, ilgili alanda yayınlanmış tüm çalışmaların kapsamlı bir şekilde taranarak, dâhil etme ve dışlama kriterleri doğrultusunda hangi çalışmaların derlemeye alınacağı belirlenmesi ve alınan çalışmalarda yer alan bulguların sentez edilmesidir (Karaçam, 2013). Uluslararası literatürde, sistematik derleme ve meta-analiz araştırmalarının PRISMA Bildirimi Kontrol Listesi'ne göre yapılması önerildiği için çalışma PRISMA metoduna uygun şekilde hazırlanmıştır (Page vd., 2021).

Çalışmada 01.07.2021-01.08.2021 tarihleri arasında "Web of Science", "PubMed" ve "Science Direct" veri tabanları kullanılarak 2012-2021 (son 10 yıl) yılları arasında yayımlanan uluslararası makaleler taranmıştır. Anahtar kelimeler ve dahil etme kriterleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Anahtar Kelimeler ve Dahil Etme Kriterleri

Veri Tabanları	Web of Science PubMed Science Direct
Anahtar Kelimeler	Maternal Role Attainment Maternal Identity Development
Dahil Etme Kriterleri	2012-2021 yılları arasında yayımlanmış olması Hakemli bir dergide yayımlanmış olması İngilizce dilinde yazılmış olması Tam metine ulaşılabilir olması Annelik rol kazanımını desteklemeye yönelik bir müdahalenin kullanılmış olması (Müdahale araştırması) Sağlık alanında yapılmış olması

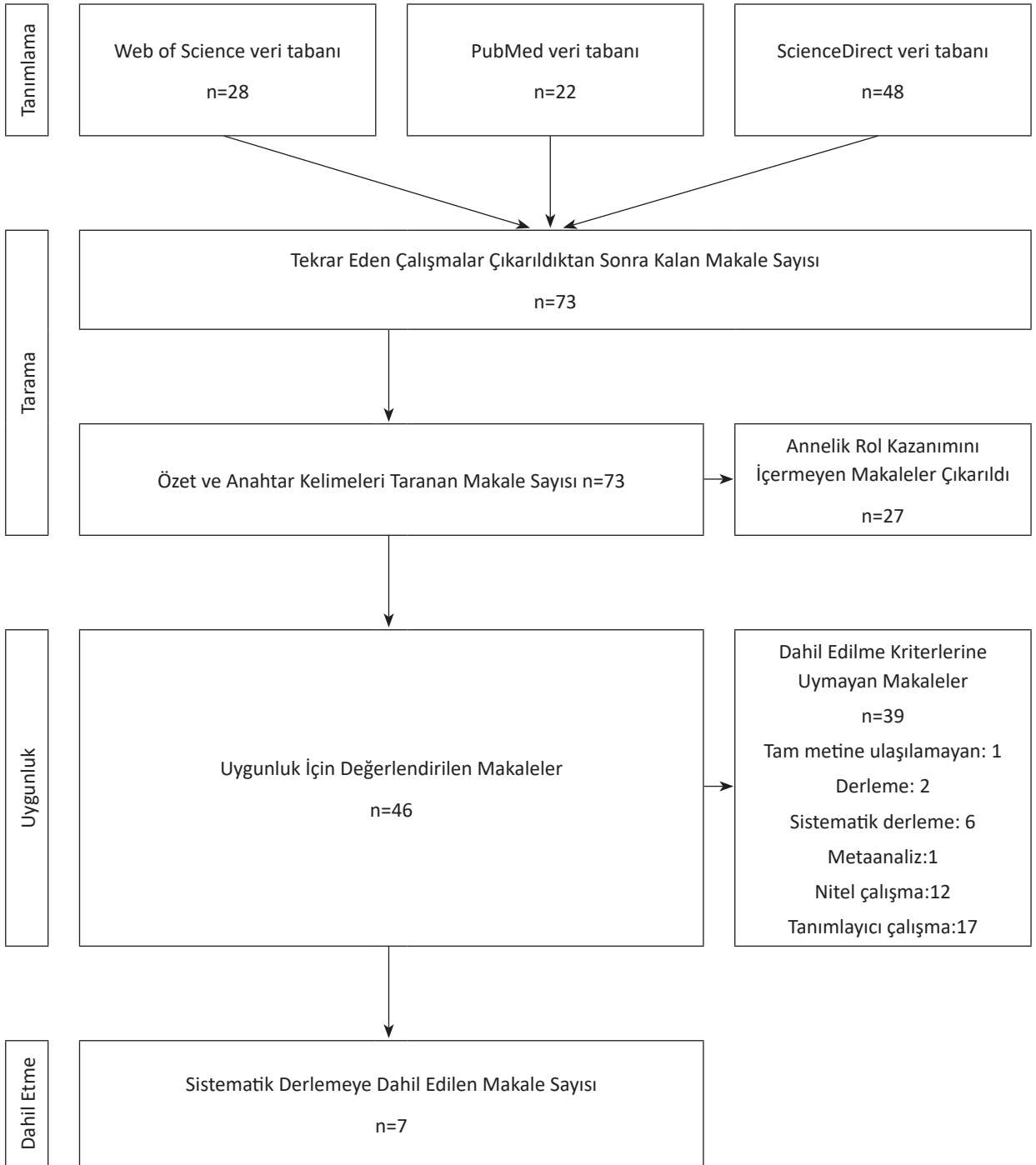
2.3. Araştırma Soruları

1. Annelik rol kazanımını desteklemeye yönelik yapılan etkili müdahaleler nelerdir?
2. Annelik rol kazanımını desteklemeye yönelik müdahaleler hangi örneklerde kullanılmıştır?

3. BULGULAR

PRISMA metodu doğrultusunda gerçekleştirilen tarama işleminin tanımlama, tarama, uygunluk ve dahil etme aşamaları Şekil 1'de belirtilmiştir. Üç farklı veri tabanında belirlenen anahtar kelimeler ile gerçekleştirilen taramada toplam 98 yayına ulaşılmıştır. Farklı veri tabanlarında aynı çalışmaya ulaşılan birbirinin tekrarı 25 yayın çıkarıldıktan sonra kalan 73 çalışmanın özet ve anahtar kelimeleri incelemeye alınmıştır. Annelik rol kazanımı teorik çerçevesini içermeyen 27 çalışma çıkarıldıktan sonra 46 yayın tam metin üzerinden değerlendirilmiştir. Dahil edilme kriterleri doğrultusunda nedenleri belirtilerek 39 çalışma kapsam dışı tutuldu ve 7 araştırma ile sistematik derleme çalışması gerçekleştirilmiştir.

Şekil 1. PRISMA Metodu Doğrultusunda Çalışma Akış Şeması



Sistematik derlemeye dahil edilen 7 çalışmanın incelenmesi sonucu elde edilen veriler Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. İncelemeye Alınan Çalışmaların Özellikleri

Yazar-Yıl	Amaç	Örneklem	Müdahale	Veri toplama aracı	Sonuç
Morey ve Gregory, 2012	Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) bebek sahibi olma deneyimine ilişkin hemşire liderliğindeki bir müdahalenin anne stresi üzerindeki etkisini değerlendirmek	Yüksek riskli gebeliği bulunan 42 kadın	(1) eğitim videosu, (2) prematüre ve prematüre bebeklerin bakım gereksinimleri hakkında ayrıntılı bir açıklama (3) YYBÜ turu.	Ebeveyn Stresör Ölçeği Annenin prematüre bebekler ve YYBÜ hakkındaki bilgilerine ilişkin beş soru	Müdahale YYBÜ (p=0.01) ve bebek (p=0.035) ile ilgili anne stresini önemli ölçüde azaltmıştır. Annelik rolünün kazanılmasıyla ilgili stres ise müdahale sonrası azalmış ancak bebeğin yoğun bakıma kabulünün ardından bir miktar artmıştır. YYBÜ turu, aynı gestasyonel yaşta bir bebeği ziyaret etme ve YYBÜ hemşiresi tarafından yapılan sunumun en yararlı uygulamalar olduğu belirtilmiştir.
Gao vd., 2015	Doğum sonrası psiko eğitim programının, ilk kez anne olan kadınların doğum sonrası depresif belirtiler, sosyal destek ve annelik rolü yeterliliği üzerindeki etkilerini araştırmak	Doğum sonrası 24. saatinde olan anneler Müdahale grubu=90 Kontrol grubu=90	Kontrol grubuna rutin doğum sonrası bakımı. Çalışma grubuna rutin bakımın yanında Kişilerarası psikoterapi odaklı psiko eğitim.	Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ebeveynlik Yeterlilik Ölçeği	Doğum sonrası psiko eğitim programı alan annelerde doğum sonrası rutin bakım alanlarla karşılaştırıldığında; anlamlı olarak daha az depresif belirtiler (p = 0.026), daha yüksek düzeyde sosyal destek (p = 0.009) ve daha iyi anne rolü yeterliliği (p < 0.001) saptanmıştır.
Chang vd., 2015	Gebelik sırasında müzik dinlemenin psikosozal stres ve maternal-fetal bağlanma üzerindeki etkilerini incelemek	Gebelik haftası 17 ve üzeri olan 296 gebeler Müdahale grubu=145 Kontrol grubu = 151	Farklı türlerde oluşturulan 5 farklı CD'den istedikleri müziği 2 hafta boyunca günde en az 30 dakika dinlerken veya yatarken dinlemeleri istenmiştir.	Demografik form, Gebelik Stres Derecelendirme Ölçeği (PSRS), Algılanan Stres Ölçeği (PSS) Maternal-Fetal Bağlanma Ölçeği (MFAS)	Bebek bakımı, değişen aile ilişkileri (p<0.05) ve anne rolü tanımlaması (p=0.05) ile ilgili stresler açısından, deney grubunda kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha düşük bir psikosozal stres düzeyi tespit edilmiştir.
Navidian vd., 2017	Ev temelli destekleyici eğitim danışmanlığının ilk kez anne olan kadınların doğum sonrası stresi üzerindeki etkisini belirlemek	Doğum sonrası 3-5. günde rutin bakım için sağlık merkezine başvuran 100 kadın Müdahale grubu=50 Kontrol grubu=50	Müdahale grubuna evde 30-45 dakikalık üç destekleyici eğitim seansı uygulanmıştır. Kontrol grubu normal doğum sonrası bakım ve eğitimlerini almıştır.	Hung Postpartum Stres Ölçeği (HPSS) Demografik ve doğum stresi ile ilgili bilgileri içeren form	Müdahale grubunda ev temelli destekleyici eğitim müdahalesi uygulandıktan sonra, doğum sonrası stresin ortalama puanının yanı sıra, anne rolünü kazanma, olumsuz vücut değişiklikleri ve sosyal destek eksikliğine yönelik stres puanları da kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p<0.001).

Tablo 2. İncelemeye Alınan Çalışmaların Özellikleri (devam)

Yazar-Yıl	Amaç	Örneklem	Müdahale	Veri toplama aracı	Sonuç
Kordi vd., 2017	Anne rol eğitim programının rol kazanma ve rol doyumuna etkisini belirlemek	Planlanmamış gebeliği olan, 33 haftalık gebe nullipar kadınlar Müdahale grubu=35 Kontrol grubu=32	Müdahale grubu, olağan gebelik bakımına ek olarak, eğitim almış ve takip telefon görüşmeleri yapılmıştır. Kontrol grubu normal gebelik bakımı almıştır.	London anketi, Anne Olarak Kendim Ölçeği (SD-Self), Benim Bebeğim Ölçeği (SD-Baby), Algılanan Yeterlilik Ölçeği Ebeveynlik Yetkinlik Duygusu Ölçeği	Müdahale grubunun %60'ı ve kontrol grubunun %31,3'ü anne rolüne ulaşmıştır (p=0.019). Müdahale grubunda anne rolüne ulaşmak için yapılan değişiklikler kontrol grubuna göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur (p<0.01). Müdahale grubundaki anne rolü memnuniyeti ortalama puanlarındaki değişiklikler, kontrol grubundan önemli ölçüde daha fazla saptanmıştır (p<0.001).
Fasanghari vd., 2019	Annelik rol eğitim programının anne kimliği oluşumuna etkisini belirlemek	Planlanmamış gebeliği olan 33 haftalık gebe primipar kadınlar Müdahale grubu=35 Kontrol grubu=32	Müdahale grubu, Mercer'in Maternal Rol Kazanma Teorisine dayalı olarak anne rolü eğitimi alırken kontrol grubu yalnızca rutin gebelik bakımını almıştır.	Demografik bilgi formu, London anketi, Anne Olarak Kendim, Bebeğim ve Algılanan Yeterlilik Ölçeği Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) Genel Bebek Mizaç Anketi	Doğumdan dört ay sonra, müdahale grubunun %80'i ve kontrol grubunun %56'sı başarılı bir şekilde anne kimliği oluşturmuştur (p= 0.036)
Kakaşçı vd., 2021	Doğum öncesi eğitimin anne adaylarının doğuma yönelik tutumlarına, annelik rollerini kazanmalarına ve özgüven düzeylerine etkisini belirlemek	28 ve üzeri gebelik haftasında olan kadınlar Müdahale grubu=60 Kontrol grubu=60	Eğitim grubuna 6 haftalık bir eğitim verilmiştir. Kontrol grubu ise yalnızca rutin gebelik izlemlerine gelmiştir.	Doğum Tutumları Anketi (CAQ) Pharis Kendine Güven Ölçeği (PSCS) Semantik Farklılaşma Ölçeği-Anne Olarak Kendim (MIMS)	Doğum tutumları puanının ikinci ölçümde, Kendine güven ve Anne olarak kendim ölçeği puanlarının da, üçüncü ölçümde istatistiksel olarak anlamlı derecede eğitim grubu lehine olduğu bulunmuştur (p<0.05).

Çalışmalardan elde edilen bulgular araştırma soruları dikkate alınarak “örneklem” ve “müdahale ve prosedür” başlıkları altında sunulmuştur.

3.1. Örneklem

Değerlendirmeye alınan ilk çalışma (Morey ve Gregory, 2012) anne veya fetüs sağlığı sorunları nedeniyle hastaneye başvuran yüksek riskli gebe kadınlar ile yapılmıştır. Bebeğin yoğun bakım ünitesinde bulunması anne bebek bağlanmasını ve anne stresini birincil etkileyen nedenlerdendir. Bu nedenle doğum sonrasında bebeği yoğun bakım ünitesine yatma ihtimali yüksek olduğu için yüksek riskli gebe kadınlar örnekleme alınmıştır.

Gao ve arkadaşlarının (2015) çalışması ise ilk kez anne olan ve bebeği sağlıklı (gebelik yaşı 37-40 hafta, vücut ağırlığı 2500 g'ın üzerinde ve Apgar skoru 8'e eşit veya üzeri) olan anneler ile yapılmıştır. Majör doğum sonrası komplikasyonları olan ve gebelik sırasında kişilerarası psikoterapi doğum eğitimi programı alan anneler çalışma dışı tutulmuştur. Randomizasyon yöntemi ile deney (n=90) ve kontrol gruplarına (n=90) atanan 180 anne ile çalışma tamamlanmıştır.

Bir diğer çalışma (Chang vd., 2015) doğum öncesi kliniğine başvuran, daha önce ölü doğumu bulunmayan ve komplike olmayan vajinal doğum düşünülen gebe kadınlar ile yapılmıştır. Deney grubunda 145 ve kontrol grubunda 151 olmak üzere 296 kadın ile çalışma tamamlanmıştır.

Navidian ve arkadaşlarının (2017) çalışması da doğumdan sonraki 3-5. günlerde doğum sonrası bakım için rutin olarak sağlık merkezine başvuran, ilk doğumu olan, vajinal doğum yapan ve sağlıklı bebeği olan 100 anne ile yürütülmüştür. Anneler deney grubunda 50, kontrol grubunda 50 olmak üzere randomizasyon yöntemiyle gruplara atanmıştır.

Kordi ve arkadaşlarının (2017) çalışması fetal ya da maternal herhangi bir risk faktörü bulunmayan, 33 haftalık planlanmamış gebeliği olan nullipar kadınlar ile yapılmıştır. Deney grubunda 35, kontrol grubunda 32 olmak üzere 67 anne ile çalışma tamamlanmıştır.

Değerlendirmeye alınan diğer çalışma (Fasanghari vd., 2019) planlanmamış gebelikleri olan, gebelik yaşı 33 hafta olan primipar kadınlar ile yapılmıştır. Fetal ya da maternal komplikasyonları olanlar çalışma dışı tutulmuştur. Anneler gruplara randomizasyon yöntemiyle atanmış ve deney grubunda 35 kontrol grubunda 32 olmak üzere 67 anne ile çalışma tamamlanmıştır.

Kakaşçı ve arkadaşlarının (2021) örneklemini ise doğum öncesi izlem için polikliniğe başvuran planlı gebeğili olan ve herhangi bir risk faktörü bulunmayan gebeler oluşturmuştur. Eğitim gruplarına katılmayı kabul edenler deney grubuna alınırken, diğer gebeler kontrol grubuna alınmıştır. Deney grubunda 50, kontrol grubunda 50 gebe olmak üzere toplam 100 kişi ile çalışma tamamlanmıştır.

3.2. Müdahaleler, Prosedürler ve Sonuçlar

Amacı YYBÜ deneyimi yaşayacak yüksek riskli gebeliği bulunan annelere hemşire liderliğindeki bir müdahalenin anne stresi üzerindeki etkisini değerlendirmek olan çalışmada (Morey ve Gregory, 2012) 3 ana bileşenden oluşan müdahale uygulanmıştır. İlk olarak YYBÜ ekibi tarafından hazırlanan eğitim videosu izletilmiştir. Daha sonra prematüreliliğin klinik yönleri ve prematüre bebek bakımı hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Son olarak da YYBÜ turu yapılmıştır. Bu tur sırasında anneler hem yoğun bakım ortamını görmüş hem de benzer özellikteki bebekleri görme şansı elde etmiştir. Çalışma sonucunda müdahale grubundaki annelerin YYBÜ (p=0.01) ve bebek (p=0.035) ile ilgili streslerinin önemli ölçüde azaldığı bulunmuştur.

Değerlendirmeye alınan diğer çalışmada (Gao vd., 2015) kontrol grubundaki kadınlara taburcu olurken yalnızca rutin bakım olarak bir broşür verilmiş ve hemşire tarafından kısa bir bilgilendirme yapılmıştır. Deney grubundaki kadınlara ise rutin bakımın yanında taburculuk öncesi 1 saat ve taburculuktan sonraki 2 hafta içinde bir telefon takibinden oluşan kişilerarası psikoterapi odaklı psikoeğitim verilmiştir. Psikoeğitimin içeriğini doğum sonrası fiziksel iyileşme, yeni annelik rollerini keşfetme, doğum sonrası dönemde karşılaşılabilecek zorluklarla baş etme, sosyal desteğin önemi ve kaynakları, eş ve kayınvalide ile ilişkileri geliştirme ve iletişim becerileri gibi konular oluşturmuştur. Taburculuktan sonraki 2 hafta içinde yapılan bir telefon görüşmesi ile de eğitim oturumunda öğrendikleri gözden geçirilmiş ve bu bilgileri hayatlarında uygulamaları için anneler teşvik edilmiştir. Çalışma sonucunda doğum sonrası psikoeğitim programı alan annelerde depresif belirtilerin daha az (p=0.026), sosyal destek düzeyinin (p=0.009) ve anne rolü yeterliliğinin daha yüksek (p<0.001) olduğu saptanmıştır.

Chang ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında kontrol grubu rutin doğum öncesi bakım almıştır. Dene grubundaki kadınlara ise rutin doğum öncesi bakımlarına ek olarak dinlemeleri için bir müzik CD'si verilmiştir. Her biri yaklaşık 30 dakikalık kristal müzik, doğa sesleri, klasik müzik, ninniler ve senfonik müzikten oluşan beş tür müzik CD'si oluşturulmuştur. Müzik seçimlerinin temposu, insan kalp atış hızını (60-80 vuruş/dakika) taklit edecek şekilde seçilmiştir. Kendilerini daha rahat hissetmeleri için 2 hafta boyunca günde en az 30 dakika dinlenirken veya yatarken tercih ettikleri kategorideki müziği dinlemeleri istenmiştir. Çalışmanın sonucunda müdahale grubundaki annelerin bebek bakımı, değişen aile ilişkileri ($p<0.05$) ve anne rolü tanımlaması ($p=0.05$) ile ilgili psikososyal stres düzeylerinin kontrol grubundaki annelere göre önemli ölçüde daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Navidian ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında kontrol grubu yalnızca doğumdan sonraki 10-15 ve 42-45. günlerde sağlık merkezlerindeki personel tarafından rutin olarak verilen normal doğum sonrası bakımı almıştır. Dene grubuna ise 30-45 dakikadan oluşan üç seanslık bir eğitim verilmiştir. Ayrıca müdahalenin uygulanması sırasında ortaya çıkan soru veya sorunlar karşısında araştırma grubunu arayabilmeleri için bir telefon numarası da verilmiştir. İlk seans klinikte yapılırken diğer seanslar ev ziyaretleri yapılarak uygulanmıştır. Fiziksel ve psikolojik öz bakım, çocuk bakımı eğitimi ve sosyal destek konularından oluşan eğitimler CD ve doğum sonrası destek filmi yardımıyla yapılmıştır. Sonuç olarak müdahale grubunda anne rolünü kazanma, olumsuz vücut değişiklikleri ve sosyal destek eksikliğine yönelik stres puanlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

Kordi ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da müdahale grubundaki kadınlara gebeliğinin 34, 35 ve 36. haftalarında 4-7 kişilik gruplarla, doğumdan sonraki birinci günde de bireysel eğitim programı uygulanmıştır. İlk oturumda fetüse bağlanma davranışları anlatılmış, annelik rolünü anlatan CD izletilmiş ve daha sonra zihinlerinde annelik rollerini hayal etmeleri istenmiştir. İkinci oturumda bebeğe bağlanma ve genel bebek bakımı, üçüncü oturumda da emzirme, annenin emzirme döneminde beslenmesi, vitamin alımı ve bebek uyarı işaretlerine yer verilmiştir. Doğumdan sonraki 1. günde yapılan eğitimde ise yenidoğan ile etkileşim, bebek bakımı, emzirme gibi beceriler öğretilmiş ve annelerin soruları yanıtlanmıştır. Taburculuktan sonraki süreçte de haftada bir kez olmak üzere 4 hafta boyunca anneler aranmış, eğitimde aldıkları bilgileri uygulayıp uygulamadıkları kontrol edilmiş ve yaşadıkları sorunlarla ilgili soruları yanıtlanmıştır. Kontrol grubundaki gebelerle gebeliğin 34, 35 ve 36. haftalarında ve doğumdan sonraki 1. günde anketlerin doldurulması için iletişime geçilmiştir. Daha sonra müdahale grubunda olduğu gibi haftada bir kez olmak üzere 4 hafta boyunca aranarak soruları yanıtlanmıştır. Çalışma sonucunda müdahale grubunun %60'ı ve kontrol grubunun %31,3'ü anne rolüne ulaşmıştır ($p=0.019$). Müdahale grubundaki anne rolü memnuniyeti ortalama puanlarındaki değişiklikler, kontrol grubundan önemli ölçüde daha fazla saptanmıştır ($p<0.001$).

Değerlendirilen diğer çalışmada (Fasanghari vd., 2019) kontrol grubundaki anneler rutin bakım almış ve gebeliklerinin 34, 35 ve 36. haftalarında ve hastaneden taburcu olmadan önce veri toplama formları doldurulmuştur. Ardından her hafta doğumdan sonra almaları gereken bakım önlemlerini hatırlatmak için 4 hafta boyunca telefonla aranmıştır. Müdahale grubundaki anneler ise gebeliklerinin 34, 35 ve 36. haftalarında 45-60 dakikalık ve hastaneden taburcu olmadan önce de 30-45 dakikalık eğitim seansları almıştır. İlk seansta fetal bağlanma davranışları ve annelik rolünü içeren bir eğitim verilmiştir. Oturumun sonunda da fetüs ve bebeğe bağlanma, genel bebek bakımı, emzirme, annenin emzirme döneminde beslenmesi ve vitamin takviyeleri konularını içeren bir CD ve kitapçık verilmiştir. İkinci oturum bebek bağlanma davranışları ve genel bebek bakımı, üçüncü oturum ise emzirme eğitimi, emzirme döneminde annenin beslenmesi, vitamin takviyesi ve yenidoğan risk faktörlerini içermiştir. Ayrıca anneler her hafta telefonla aranarak planlanan doğum tarihleri öğrenilmiştir. Doğum sonrasında annelerin aldıkları eğitimi kendi bebekleri üzerinde uygulamaları istenmiş ve taburcu olmadan önce soruları yanıtlanmıştır. Doğumdan dört ay sonra, müdahale grubunun %80'inin ve kontrol grubunun %56'sının başarılı bir şekilde anne kimliği oluşturduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p=0.036$).

Kakaşçı ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında da kontrol grubundaki kadınlar rutin doğum öncesi bakım alırken, müdahale grubundaki kadınlar belirlenen gün ve saatte, eşleri veya yakınları ile birlikte 6 haftalık 3 saatlik seanslardan oluşan bir eğitim almıştır. Eğitim konuları sağlıklı gebelik, doğum ve solunum egzersizleri, emzirme ve anne sütü, bebek bakımı, doğum sonrası süreç ve aile planlaması gibi konuları içermiştir. Eğitimlerde yoga, psikodrama, zihin egzersizleri, çift oyunları ve film gösterimi yöntemleri kullanılmıştır. Eğitim sonrasında kadınların doğumhane ve doğum sonrası odalarını ziyaret etmeleri, çevreyi ve çalışanları tanımaları sağlanmıştır. Çalışma sonucunda doğum tutumları puanının ikinci ölçümde, kendine güven ve anne olarak kendim ölçeği puanlarının da üçüncü ölçümde eğitim grubu lehine olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

4. TARTIŞMA

Annelik rolü kazanımı, bebeğin beslenmesi ve temel bakımı gibi hayati tüm faktörleri, kadının fiziksel ve psikososyal sağlığını, aynı zamanda da tüm aile bireylerini etkileyen dinamik bir süreçtir. Dolayısıyla bu sürecin ne düzeyde başarılı olduğu oldukça önem taşımaktadır (Beydağ, 2007). Ancak belirlenen anahtar kelimeler ile üç veri tabanında yapılan tarama sonucunda son 10 yılda yalnızca 73 çalışmaya ulaşılmaması annelik rol uyumuna yeterli önemin gösterilmediğini düşündürmektedir.

Ulaşılan çalışmaların çoğu tanımlayıcı türde yapılmış olup genellikle annelik rol uyumunu etkileyen risk faktörleri ele alınmıştır. Tanımlayıcı çalışma sonuçları adolesan gebelik (Kagawa vd., 2017; Panthumas ve Kittipichai, 2019), doğum sonrası kalınan yer (Hung vd., 2014), planlanmamış gebelik (East ve Barber, 2014), eş desteği (Malette vd., 2015), bebeğin yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışı (Erbaba ve Pinar, 2021; Rossman vd., 2015) gibi faktörlerin annelik uyumunu etkilediğini göstermiştir. Bu sürecin sağlıklı bir şekilde sürdürülebilmesi ve sorunlarla baş edilebilmesi için de annelerin profesyonel desteğe ihtiyacının olduğu belirtilmiştir. Ancak tarama sonuçlarına bakıldığında son 10 yılda sadece 7 çalışmanın anneleri desteklemeye yönelik müdahale içerdiği görülmektedir. Ulaşılan bu 7 deneysel çalışmanın hangi örneklerle yapıldığına dair bulgular incelendiğinde ise; riskli gebelik (Morey ve Gregory, 2012), ilk kez anne olma (Fasanghari vd., 2019; Gao vd., 2015; Kakaşçı vd., 2021; Kordi vd., 2017; Navidian ve ark., 2017) planlanmamış gebelik (Fasanghari vd., 2019; Kordi vd., 2017) gibi özelliklere sahip örneklerin seçildiği dikkat çekmektedir. Bu gruplarda annelik rolüne uyumun daha zor olduğu bilinen bir gerçek olmasına karşın sağlıklı ve multipar olanlarla, doğum sonu farklı sorunları olan bebeğe sahip anneler ile yapılacak çalışmalara da ihtiyaç olduğu söylenebilir.

İncelemeye alınan çalışmalardaki müdahale ve prosedürlere bakıldığında; yalnızca bir tanesinde müzik dinleme yönteminin kullanıldığı diğer çalışmaların hepsinde eğitim müdahalesinin yer aldığı görülmektedir. Ancak her çalışmada psikoterapi, ev ziyaretleri, video, broşür, kitapçık vb. gibi farklı teknikler kullanılarak eğitimler verilmiştir. Literatürde de sağlığın korunması, yükseltilmesi ve geliştirilmesinde hemşirenin bağımsız rollerinden biri olan eğitimin önemi vurgulanmaktadır. Çalışmalar (Aytekin Şahin vd., 2020; Başbakkal vd., 2009; Doğan vd., 2013; Öztürk ve Erci, 2016; Vazir vd., 2013) sağlıklı ve hasta bireylerin alınan eğitimden fayda sağladığını göstermektedir. İncelenen çalışmalarda da eğitim sonrası annelerin annelik streslerinin azalması, anne rolü yeterliliklerinin daha iyi olması ve başarılı bir şekilde annelik kimliği oluşturmaları eğitimin önemini ortaya koymaktadır.

Chang ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında diğer çalışmalardan farklı olarak müzik dinleme yöntemi kullanılmış ve bu gruptaki annelerin bebek bakımı, değişen aile ilişkileri ve anne rolü tanımlaması ile ilgili streslerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Müzik terapi, endorfin salgılanmasına neden olarak kaslarda gevşemeyi sağlar, kalp atımını, solunum hızını ve kan basıncını düşürerek bireylere konfor sağlar (Ölçer ve Oskay, 2015). Stres ve anksiyetenin azaltılmasında da sıklıkla kullanılmaktadır (Tekkaş Kerman ve Bahar, 2019). Yapılan çalışmalar müzik yönteminin kalp atım hızını düşürmede (Thoma vd., 2013), antepartum hastaneye yatıştaki stresi azaltmada (Bauer vd., 2010; Yang vd., 2009), uyku kalitesinin artmasında (Altan Sarıkaya ve Oğuz, 2016) ve ağrının azalmasında (Gökyıldız Sürücü vd., 2018) etkili olduğunu göstermektedir. İncelenen çalışmada da (Chang vd., 2015) doğum öncesinde müzik dinlemenin gebelik stresini azaltıcı etkisine bağlı olarak annelik rolünü olumlu etkilediği söylenebilir.

4.1. Çalışmanın Sınırlılıkları

- Yalnızca İngilizce dilinde yazılmış çalışmaların ele alınması
- Sadece 01.07.2021-01.08.2021 tarihleri arasında yapılan tarama sonucunda 2012-2021yılları arasındaki çalışmaların dahil edilmesi
- “Web of Science”, “PubMed” ve “Science Direct” olmak üzere sadece üç veritabanında tarama yapılmış olması

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sistemik derleme kapsamında incelenen çalışma sonuçlarında müdahale gruplarındaki annelerin bebek bakımı ve annelik rolü kazanma ile ilgili stres düzeylerinin önemli ölçüde azaldığı görülmüştür. Müdahale grubundaki anneler kontrol grubundaki annelere göre daha başarılı annelik kimliği oluşturmuştur. Bu sonuçlar annelerin çeşitli müdahaleler ile desteklenmesinin önemini göstermektedir. Ancak bu sistemik derleme, annelik rolünü desteklemeye yönelik yapılan müdahale çalışmalarının niceliksel yetersizliğini ortaya koymuştur. İncelenen çalışmalarda benzer özelliklerde örneklemelerin seçilmesi, farklı örneklemeler ile yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğunu göstermiştir. Ayrıca çalışmaların neredeyse hepsinde eğitim yönteminin kullanılmış olması farklı yöntemlerin de kullanılması gerektiğine dikkat çekmektedir. Ancak tüm çalışmalarda müdahale grubundaki annelerin rol kazanımlarının olumlu yönde etkilenmesi sağlık profesyonellerine rehber olması açısından önemlidir.

KAYNAKÇA

- Altan Sarıkaya N, & Oğuz S. (2016). Effect of passive music therapy on sleep quality in elderly nursing home residents. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*; 7(2): 55-60.
- Aytekin Şahin G, Kaya, N, & Kondolot M. (2020). Annelere verilen eğitimin tamamlayıcı beslenme üzerine etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*; 48(1): 10-19.
- Başbakkal Z, Sönmez S, Şen N, & Esenay F. (2009). 3-6 yaş grubu çocukların hastaneye yatışa karşı davranışsal tepkileri konusunda verilen eğitimin annelerin anksiyete düzeyi üzerine etkisinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 12(4): 59-65.
- Başer M, Mucuk S, Korkmaz Z, & Seviğ Ü. (2005). Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*; 14 (Ek Sayı:Hemşirelik Özel Sayısı): 54-58.
- Bauer CL, Victorson D, Rosenbloom S, Barocas J, & Silver RK. (2010). Alleviating distress during antepartum hospitalization: a randomized controlled trial of music and recreation therapy. *J Womens Health*; 19: 523- 31.
- Beydağ K. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*; 6(6): 479-484.
- Chang HC, Yu CH, Chen SY, & Chen CH. (2015). The effects of music listening on psychosocial stress and maternal-fetal attachment during pregnancy. *Complementary therapies in medicine*; 23(4): 509-515.
- Çolak B, Demirbağ BC, & Kahrıman İ. (2020). Ramona Thieme Mercer'ın annelik rolü yeteneği ve anne olma kuramını anlamak: planlanmamış adölesan gebelik örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 9(4): 416-426.
- Demirbaş H, & Kadioğlu H. (2014). Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*; 4(4): 200-206.
- Doğan N, Yiğit R, & Erdoğan S. (2013). Annelere doğum öncesinde verilen yenidoğan bakımı ile ilgili eğitimin doğum öncesi ve doğum sonrasında değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 6(3): 10-18.
- East PL, & Barber JS. (2014). High educational aspirations among pregnant adolescents are related to pregnancy unwantedness and subsequent parenting stress and inadequacy. *Journal of Marriage and Family*; 76(3): 652-664.
- Erbaba H, & Pinar G. (2021). Association of perceived social support and maternal adaptation with postpartum depression in mothers of infants hospitalized in neonatal intensive care units. *Journal of Neonatal Nursing*; 27(4): 251-256.
- Fasanghari M, Kordi M, & Asgharipour N. (2019). Effect of a maternal role training program on maternal identity in primiparous women with unplanned pregnancies. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*; 45(3): 565-572.
- Fouquier KF. (2013). State of the science: does the theory of maternal role attainment apply to African American motherhood?. *Journal of midwifery & women's health*; 58(2): 203-210.
- Gao LL, Xie W, Yang X, & Chan SWC. (2015). Effects of an interpersonal-psychotherapy-oriented postnatal programme for Chinese first-time mothers: A randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*; 52(1): 22-29.
- Gökıldız Surucu S, Ozturk M, Vurğec BA, Alan S, & Akbas M. (2018). The effect of music on pain and anxiety of women during labour on first time pregnancy: A study from Turkey. *Complementary therapies in clinical practice*; 30: 96-102.
- Gün Kakaşçı Ç, Karabalut Ö, Abbasoğlu DE, Coşkun Potur D, Doğan Merih Y, & Demirci N. (2021). The effect of antenatal education on expectant mother's childbirth attitudes, maternal role attainment, and self-confidence levels. *Health Care for Women International*; 4: 1-21.

- Hung CH, Stocker J, & Hsu HT. (2014). Comparing Taiwanese women's biopsychosocial features by location of postpartum recovery. *Applied Nursing Research*; 27(2): 121-126.
- İrak EE, & Parlar H. (2019). Travma yaşamış annelerin tutumlarının çocuklarının psikososyal gelişimine etkisi. *Akademik Platform Eğitim ve Değişim Dergisi*; 2(1): 24-37.
- Kagawa RM, Deardorff J, Dominguez Esponda R, Craig D, & Fernald LC. (2017). The experience of adolescent motherhood: An exploratory mixed methods study. *Journal of Advanced Nursing*; 73(11): 2566-2576.
- Karaçam Z. (2013). Sistematik Derleme Metodolojisi: Sistematik Derleme Hazırlamak İçin Bir Rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*; 6(1): 26-33.
- Kordi M, Fasaghari M, Asgharipour N, & Esmaily H. (2017). The effect of maternal role training program on role attainment and maternal role satisfaction in nulliparous women with unplanned pregnancy. *Journal of Education and Health Promotion*; 6(1): 61.
- Körükçü Ö, & Kabukcuoğlu K. (2014). Preterm erken membran rüptürü olan gebelerin anneliğe geçişlerinin meleis'in geçiş teorisine göre incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 17(4): 253-260.
- Mallette JK, Futris TG, Brown GL, & Oshri A. (2015). The influence of father involvement and interparental relationship quality on adolescent mothers' maternal identity. *Family Relations*; 64(4): 476-489.
- Meleis AI, Sawyer LM, Im E, Messias DK, & Schumacher K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*; 23(1): 12-28.
- Mercer RT. (2006). Nursing support of the process of becoming a mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*; 35(5): 649-651.
- Morey JA, & Gregory K. (2012). Nurse-led education mitigates maternal stress and enhances knowledge in the NICU. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*; 37(3): 182-191.
- Mucuk Ö, & Özkan H. (2018). Doğum sonrası annelerin doğum memnuniyeti ve annelik rol kazanımında ebenin rolü. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi*; 12: 169-185.
- Navidian A, Sarasiyabi AS, & Koochakzai M. (2017). The Effect of Home-Based Supportive-Educational Counseling on Primigravidas' Postpartum Stress. *International Journal of Womens Health and Reproduction Sciences*; 5(2): 112-118.
- Ölçer Z, & Oskay Ü. (2015). Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(2), 85-92.
- Özkan H, & Polat S. (2011). Annelik davranışını öğrenme süreci ve hemşirelik desteği. *Bozok Tıp Dergisi*; 1(3): 5-9.
- Öztürk S, & Erci B. (2016). Postpartum dönemdeki primipar annelere loğusa ve yenidoğan bakımı konusunda verilen eğitimin annelik özgüvenine etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*; 5(2): 25-31.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*; 372: 71.
- Panthumas S, & Kittipichai W. (2019). Validation of the maternal identity scale for primiparous Thai teenage mothers. *Asian Nursing Research*; 13(1): 69-75.
- Rafii F, Alinejad-Naeini M, & Peyrovi H. (2020). Maternal role attainment in mothers with term neonate: A hybrid concept analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*; 25(4): 304-313.
- Rossmann B, Greene MM, & Meier PP. (2015). The role of peer support in the development of maternal identity for "NICU moms". *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*; 44(1): 3-16.
- Tekkaş Kerman K, & Bahar Z. (2019). *Stresle baş etmede hemşirelerin kullandığı kanıt çalışmaları*. İçinde: Z Bahar (Ed.), Yaşam Döngüsünde Sağlık Geliştirme: Hemşirelik Uygulamaları (ss. 78-83). Ankara: Türkiye Klinikleri.
- Thoma MV, La Marca R, Brönnimann R, Finkel L, Ehlert U, & Nater UM. (2013). The effect of music on the human stress response. *PLoS one*; 8(8): e70156.
- Uçar H. (2014). Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları İle Annelik Rolü Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Erzurum.
- Vazir S, Engle P, Balakrishna N, Griffiths PL, Johnson SL, Creed-Kanashiro H, et al. (2013). Cluster-randomized trial on complementary and responsive feeding education to caregivers found improved dietary intake, growth and development among rural Indian toddlers. *Matern Child Nutr*; 9(1): 99-117.
- Yang M, Li L, Zhu H, Alexander IM, Liu S, Zhou W, Ren X. (2009). Music therapy to relieve anxiety in pregnant women on bedrest: a randomized, controlled trial. *Am J Matern Child Nurs*; 34: 316-23.

SAĞLIK
KURUMLARINDA
İŞLEMLER
YÖNETİMİ

Doc. Dr. Sağıdas Erkan Akçüreç

Dr. Deniz Tugay Arslan

Dr. Öğr. Üyesi Gözde Yesilaydın

Doç. Dr. E. Asuman Atilla

As. Gör. Elif Erbey



HASTANE POLİKLİNİKLERİNDE VAKA BAŞINA VE HİZMET BAŞINA ÖDEME YÖNTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

COMPARISON OF CASE-BASED PAYMENT AND FEE-FOR-SERVICES PAYMENT IN HOSPITAL POLYCLINICS

Emine ÇETİN ASLAN¹¹ Dr. Öğr. Üyesi, İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü

ARTICLE INFO	ÖZET
<p>Makale Türü: Araştırma Makalesi</p> <p>Anahtar Sözcükler: Poliklinik hizmetleri, Vaka başına ödeme, Hizmet başına ödeme.</p> <p>Keywords: Case-based payment, Fee-for-services, Polyclinic services</p> <p>Sorumlu Yazarlar Emine ÇETİN ASLAN</p> <p>Adres: İzmir Bakırçay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Gazi Mustafa Kemal Mahallesi, Kaynaklar Caddesi Seyrek, Menemen, İzmir</p> <p>E-mail: emine.aslan@bakircay.edu.tr</p>	<p>Bu çalışmanın amacı; hastane poliklinik ödemelerinde vaka başına ödeme yöntemiyle hizmet başına ödeme yönteminin, hastane gelirleri açısından karşılaştırılmasıdır. Araştırma retrospektif, kesitsel, bir kayıt araştırmasıdır. Araştırma İzmir’de faaliyet gösteren bir A2 grubu Sağlık Bakanlığı hastanesinde yapılmıştır. Çalışma verileri, 2019 yılını kapsamaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihte, hastanenin hizmet verdiği, acil poliklinik dışındaki 34 poliklinik verileri incelenmiştir. 21’i ana dal ve 13’ü yan dal branşlara ait olan polikliniklerde, toplam 1.096.135 başvurusu incelenmiştir. Ana dal polikliniklerine başvuran hastaların %60,45 ve yan dal polikliniklerine başvuranların %67,80’si kadın olup, yaş ortalamaları sırasıyla 42,62±22,281 ve 38,45±23,221 bulunmuştur. Çalışma bulgularına göre, polikliniklere göre vaka başına ödemenin hizmet başına ödeme tutarlarını karşılama oranı farklılık göstermektedir. 21 ana dal branş polikliniklerinden sekizi ve 13 yan dal branş polikliniklerinden yedisinde vaka başına ödeme tutarları, vaka başına ödemeye dahil olan işlemleri karşılamamaya yetmemektedir. Çalışmanın bir diğer bulgusu, genel olarak Sosyal Güvenlik Kurumu’nun hasta başına ortalama ödemesi, belirlenen vaka başına ödeme tutarlarından yüksek olduğudur. Bu durumu ilave faturalanabilen işlemlerin varlığı açıklayabilmektedir. Ana dal branş polikliniklerinde hastanenin gelirin gideri karşılama oranı %93,95, yan dal branş polikliniklerinde %82,62 ve toplamda %92,87 bulunmuştur. Hastane poliklinik ödemelerinde, vaka başına ödemelerin hizmet başına ödemelere göre hastane için dezavantaj yarattığı sonucuna varılmıştır.</p>
	<p>ABSTRACT</p> <p>The aim of this study is to compare the case-based payment and the fee-for-service payment methods in terms of hospital revenues for polyclinics payments to hospitals. This research is a retrospective, cross-sectional, registry-based study. The research was conducted in an A2 group Ministry of Health Turkey hospital operating in Izmir. Study data belong to 2019 year. In the study, the data of 34 polyclinics that the hospital serves, excluding the emergency outpatient clinic, were examined. A total of 1,096,135 applications were examined in polyclinics, 21 of which belong to the general specialty and 13 to the subspecialty. 60.45% of the patients who applied to the general specialty polyclinics and 67.80% of the patients who applied to the subspecialty polyclinics were women; the mean ages were 42.62±22.281 and 38.45±23,221, respectively. According to the findings of the study, the ratio of the payment per case to the payment fee-for-service differs according to the type of the polyclinics. In eight of the 21 major general specialty polyclinics and in seven of the 13 subspecialty polyclinics, the per-case payment is not enough to cover the transactions included in the per-case payment. Another finding of the study is that, in general, the average payment per patient of the Social Security Institution is higher than the amount of payment per case. The existence of additional billable transactions can explain this situation. We found the income-expense coverage ratio of the hospital to be 93.95% in the general specialty polyclinics and 82.62% in the subspecialty polyclinics, and 92.87% in total. It has been concluded that in the hospital polyclinics payments, payments per case create a disadvantage for the hospital compared to payments fee-for-service payment.</p>

GİRİŞ

Bir hastanenin en önemli işlevlerinden birisi, ihtiyaç sahiplerine poliklinik hizmeti sunmaktır (Bell, 1958). Hastaneler yatarak tedavilerin yanında, büyük ölçüde poliklinik hizmeti sunmaktadır (Çıraklı, 2019). Poliklinik hizmetlerini, akut ve kronik hastalıklara ve koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik, hastaların yatışı yapılmadan; hekim muayenesi ve tanı testlerinin yanı sıra, fizyoterapi, psikoterapi, hasta eğitimi ve diş sağlığını kapsayan hizmetler olarak tanımlamak mümkündür (Berman, 2000; NSW, 2021; Pallipedia, 2021; Sturgess & Proudfoot, 2009) Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, poliklinik hizmetlerini hastanelerde verilen altı hizmetten birisi olarak değerlendirmiş ve ilk sırada yer vermiştir. Aynı yönetmelik poliklinik hizmetlerini, “ayaktan muayene, tetkik, teşhis ve tedavi hizmetlerinin yapıldığı hastaların yataklı tedavi kurumlarında ilk müracaat üniteleridir” şeklinde tanımlamıştır (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, 1983). Bu tanımda da açıkça ortaya konulduğu gibi, poliklinik hizmetleri önemli birçok sağlık hizmetinin sunulduğu bir alan olması yanında, diğer sağlık hizmetlerine geçiş için de zorunlu bir aşama olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifade ile poliklinikler, hastaneler ile sağlık hizmetinin sunulduğu toplum arasında ilk temas noktası özelliği taşımaktadır (Çıraklı, 2019).

Poliklinik hizmetleri toplum sağlığı ve sağlık sistemi açısından önemli işlevlere sahiptir (Bell, 1958). Poliklinik hizmetleri sağlık sistemi ile ilk temas noktası olmasının yanında, sevkler ve takip tedavilerinin sunumu açısından da önemlidir (Berman, 2000). Toplumdaki hastalıkların önemli bir kısmının ayakta tedavi ile yönetilmesi mümkündür. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporuna göre, gelişmekte olan ülkelerde toplumun geneli değerlendirildiğinde, tüm Engelliliğe Ayarlanmış Yaşam Yıllarının (Disability Adjusted Life Years-DALY) yaklaşık %62'si ve DALY'ye yol açan ilk 10 nedenin %83'ü ayakta tedavi edilebilmektedir. 5 yaşın altındaki çocuklar için de en büyük DALY kaybına neden olan sağlık sorunlarının %75'inin yine ayakta tedaviler ile yönetilebildiği bildirilmiştir (Berman, 2000).

Poliklinik hizmetleri ayakta tedavi gören hastalara sadece tanı ve tedavi hizmeti vermekle kalmamaktadır. Ayrıca, toplumda artan kronik hastalıkların iyi bir koordinasyon ile hastaların hastane yatışı ihtiyacını azaltır, kliniklerden taburcu olduktan sonraki takip ve tedavilerini yürüterek hastane kalış süresini kısaltabilir. Diğer taraftan yatarak tedaviler ile kıyaslandığında, gerekli sabit maliyetlerin daha düşük olması nedeniyle, daha ucuzdur. Dolayısıyla sağlık hizmeti finansörleri ve geri ödeme kurumları için bir maliyet tasarrufu olanağı sunmaktadır (Bell, 1958).

Genel olarak ayakta tedaviler ve özelden poliklinik hizmetlerinin, sayılan avantajlar nedeniyle kullanımı artmaktadır. Elbette ayakta ya da poliklinikte tedavi her hasta için alternatif olamadığı için yatarak tedavi bir hastanenin temel bir işlevi olmaya devam etmektedir. Ancak ayakta tedaviyi kolaylaştıran, destekleyici hizmetlerdeki gelişmeler (Vitikainen et al., 2010), yenilikçi ilaçların ortaya çıkması ve teletıp uygulamaları birçok hastanın hastane yatışına ihtiyaç kalmadan tedavi edilmesine olanak sağlamaktadır. Yatarak tedaviden ayakta tedaviye doğru kayma sağlık harcamalarının dağılımına da yansımıştır. Zaman içerisinde ayakta tedavi harcamalarının artış oranının diğer tedavi gruplarından daha yüksek gerçekleşmektedir. 2018 verilerine göre OECD ülkelerinde ayakta tedavi (evde tedavi edici ve rehabilite edici bakım ve yan hizmetler dahil) hizmetlerinin toplam sağlık harcamaları içerisindeki payı %31 olarak gerçekleşerek, yatarak tedavi harcamalarını (%30) aşmıştır. 27 OECD ülkesinden 17'si için bu durum geçerli olup, Portekiz'de, yarıya yakındır (%47) (OECD, 2020). Türkiye'de yapılan bir çalışmada da benzer olarak, hastanelerde sunulan sağlık hizmetlerinde yatarak tedavilerin payı azalırken, poliklinik hizmetlerinin arttığı bulunmuştur (Çıraklı, 2019).

Özellikle düşük gelirli ülkelerde kişisel ayakta sağlık hizmeti sunumu, sağlık hizmeti sunumunun tipik olarak en çeşitli ve rekabetçi bölümüdür. Aynı zamanda sağlık sistemi performansındaki en büyük potansiyel kazanım alanlarından birisini oluşturmaktadır. Ayakta tedavi hizmetlerinin performansını artırmak ve daha fazla kazanım elde edebilmek için, bu alan hakkında daha fazla bilgiye sahip olunması; tüketiciler ve hizmet sunucular için yenilikçi geri ödeme yöntemleri, düzenlemeler ve bilgi sağlanması yoluyla devlet müdahalesi önerilmektedir (Berman, 2000).

Ülkeler arasında ve bazen aynı ülke içerisinde poliklinik hizmetlerinde farklı modeller uygulandığı görülebilmektedir. Poliklinik hizmetlerine dahil edilen hizmetlerin çeşitliliği ve kapsamı, hizmeti kimin sunduğu, sağlık sisteminin geri kalanı ile ilişkileri (Imison et al., 2008) ve geri ödeme yöntemleri farklılık gösterebilmektedir. Türkiye'de uzman poliklinik ağırlıklı olarak kamu (Sağlık Bakanlığı) hastanelerinde verilmektedir (Paris et al., 2010). Sağlık Bakanlığı verilerine göre de Türkiye uzman hekim başvurularını içeren 2. ve 3. basamak sağlık kurumu başvurularının yaklaşık %70'i Sağlık Bakanlığı hastanelerine yapılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2021). Sağlık sistemlerinde uygulanan geri ödeme yöntemleri, sağlık kurumlarının sunduğu hizmetin kalitesini ve finansal sürdürülebilirliğini etkilemektedir (Yiğit, 2016). OECD ülkelerinde genel olarak uzman poliklinik bakımı hizmet başına ödeme yöntemi ile finanse edilmektedir. Ancak Türkiye'de kamu hastanelerinin bünyesinde sunulan bu hizmetler (Kanada, İngiltere, İtalya, Norveç, Portekiz vb. olduğu gibi) hastanelere ödenen global bütçenin içerisinde yer almaktadır (Kumar et al., 2014).

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümü Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından finanse edilmektedir. SGK sağlık kurumlarından sözleşmeler yoluyla hizmet almaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler SGK ile sözleşme yapmak durumundadır ve ağırlıklı olarak Kurum sigortalılarına hizmet vermektedir. Dolayısıyla araştırmanın yapıldığı hastanenin poliklinik hizmeti ödemeleri Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümlerine göre yapılmaktadır. Mevcut uygulamada Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelere global bütçe ile ödeme yapılıyor olsa da poliklinik faturaları SUT hükümlerine göre düzenlenmekte (Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 2013) ve global bütçelerin belirlenmesinde, hastane fatura tutarları önemli rol oynamaktadır.

SUT’ta poliklinik hizmetlerinin ödeme ilkeleri 2.2.1.B-1 maddesinde “Ayakta tedavilerde ödeme uygulaması” başlığı altında açıklanmıştır. Belirtilen hükümlere göre; ödeme hastanenin bulunduğu sınıfa ve başvuru yapılan branşa göre, her başvuru için sabit bir tutar ödenmektedir. Bu tutarlar “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Ayakta Tedavilerde Sınıflandırılması Listesi”nde (EK-2/A-1) belirtilmiştir. Bu ödeme uygulaması vaka başı ödeme yöntemini yansıtmaktadır. Ayrıca polikliniğe başvuran hastalara, “Ayaktan Başvurularda İlave Olarak Faturalandırılabilir İşlemler Listesi”nde (EK-2/A-2) belirtilen işlemlerin yapılması durumunda, belirlenmiş olan vaka başına ödemeye ek olarak, işlem bedelleri ayrıca hastaneye ödenmektedir. Belirlenmiş olan vaka başına ödeme tutarı, hastanın aynı hastaneye ve aynı branşa başvurularında (acil servisler hariç) 10 gün içerisinde yapılan başvuruları da kapsamaktadır. Diğer bir ifade ile belirlenen zaman içerisinde kalan başvurular için tekrar vaka başına ödeme yapılmamaktadır. Yalnızca, istenmiş olması halinde, ilave olarak faturalanabilecek işlemler ödenmektedir (Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 2013).

Poliklinik hizmetlerinde asıl ödeme yaklaşımı vaka başına ödeme olmakla birlikte; hastaya aynı gün içerisinde poliklinik hizmetleri dışında bir işlem yapılması, yatış verilmesi, hastanın aynı hastanedeki başka bir branşta polikliniğe başvurması, başka sağlık kurumuna sevk edilmesi durumunda, ödeme yöntemi ve ödenecek tutarlar değişebilmektedir. Ayrıca, acil başvuruları ve dış tedavilerine yönelik hizmetler ile; iş kazası ve meslek hastalıkları, onkolojik tedavi gibi bazı sağlık durumları için hizmet başına ödeme yöntemi benimsenmiştir (Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 2013).

Avrupa Birliği ülkeleri genelinde, poliklinik gelirlerinin hastane gelirleri içerisindeki payı %22’dir (OECD, 2020). Yiğit (2016) de poliklinik gelirlerinin üniversite hastanesi toplam gelirlerin %21,40’ını oluşturduğunu bulmuştur (Yiğit, 2016). Bu verilere dayanarak, poliklinik gelirlerinin, toplam hastane gelirleri içerisinde önemli bir paya sahip olduğunu söylemek mümkündür. Ancak vaka başına ödeme yönteminde, her başvuru için (muayene, tetkik ve işlemler dahil) önceden belirlenmiş sabit tutar ödenmesine rağmen, hastalara verilen muayene dışındaki hizmetler farklılık göstermektedir. Dolayısıyla hastaya sunulan hizmetlerinin toplam tutarının vaka başına ödeme yönteminin altında ya da üzerinde olması mümkündür. Bir branşta ya da hastane genelinde, vaka başına ödemenin hizmet toplam tutarını karşılamamasının hastanenin finansal sürdürülebilirliği açısından sorun teşkil edebilmektedir. Bu çalışmada, vaka başına yapılan poliklinik ödemelerinin, tüm hizmetlerin ayrı ayrı fiyatlanabildiği hizmet başına ödeme yöntemine göre hastane maliyetlerini karşılayıp karşılamadığını belirlemek amaçlanmıştır. Her bir poliklinik için ve hastane genelinde bir yıllık vaka başı ve hizmet başına gelirler karşılaştırılmıştır.

1. YÖNTEM

Araştırma retrospektif, kesitsel, bir kayıt araştırmasıdır. Araştırmanın verileri, Sağlık Bakanlığına bağlı İzmir’de faaliyet gösteren bir A2 grubu hastaneden alınmıştır. Veriler hastanenin 01.01.2019-31.12.2019 tarihleri arasındaki, acil poliklinik dışındaki poliklinik başvurularını kapsamaktadır. Acil poliklinikler, hizmet başına ödeme yöntemi ile fatura edilmesi nedeniyle dışarıda bırakılmıştır. Veriler hastane bilgi sisteminden sağlanmıştır.

Araştırma verilerinin alınmasında ilgili hastaneden ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Çalışmanın etik kurul izni, İzmir Bakırçay Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun 25.03.2021 tarih ve 235 nolu kararıyla alınmıştır.

Poliklinik başvuruları ile ilgili; başvuru sayıları, başvuran hastaların yaş ve cinsiyetleri, SGK fatura tutarları, yapılan işlemlerin hizmet başına tutarları ve vaka başına ödemeye dahil olan işlemlerin tutarları incelenmiştir. SGK fatura tutarları, hastanenin her hasta için Medula üzerinden SGK’ya fatura ettiği ve onaylanan tutarları göstermektedir. Bu tutar; SUT ek 2-A’da (Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesi) belirlenen vaka başına ödeme tutarları ile SUT Ek 2/A-2’da (Ayaktan Başvurularda İlave Olarak Faturalandırılacak İşlemler Listesi) belirtilen tutarlardan oluşmaktadır. Yapılan işlemlerin hizmet başına tutarları; poliklinik hastalarına sunulan tüm hizmetlerin (muayene, tetkik ve işlemlerin) SUT ek 2/B’de yer alan

ödemeye esas puanların 0,593 katsayısının çarpımından oluşan tutar (hesaplama araştırmacı tarafından yapılmamış, hastane bilgi sisteminde kayıtlı tutarlar doğrudan alınmıştır) ile SUT Ek 2/A-2'da yer alan ilave faturalandırılan işlemlerin bedelleri toplamından oluşmaktadır. Vaka başına ödemeye dahil işlem tutarları ise; hastaya sunulan vaka başı ödemeye dahil olan işlemlerin tutarlarına eşittir. Diğer bir ifade ile Ayaktan Başvurularda Ödeme Listesinin hizmet başına ödeme yöntemine göre hesaplanmasıdır. Hesaplamalarda, başvuruların yapıldığı tarihte (2019 yılı) geçerli olan SUT fiyatları ve puanları kullanılmıştır.

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Polikliniklere göre başvuru sayıları ve hastaların cinsiyetleri frekans; hasta yaşları, SGK fatura tutarları, yapılan işlemlerin hizmet başına tutarları, pakete dahil olan işlemlerin tutarları ortalama, standart sapma ile sunulmuştur. Analizlerin yapılmasında, Excel ve SPSS 23 programından yararlanılmıştır.

2. BULGULAR

Araştırmanın yapıldığı hastane 2019 yılında, 21 ana dal ve 13 yan dal olmak üzere, toplam 34 uzmanlık alanında poliklinik hizmeti sunmuştur. Yıl içerisinde 1.096.159 poliklinik başvurusu gerçekleşmiştir. Ancak dört başvuruya ilişkin cinsiyet ve 20 başvuruya ilişkin yaş bilgisi olmaması nedeniyle analizden çıkarılmış ve 1.096.135 başvuru verisi ile analizler gerçekleştirilmiştir. Poliklinik verileri ana dal ve yan dal olarak ayrı ayrı sunulmuştur. Toplam hasta sayıları içerisinde yan dal poliklinik hasta sayısı oldukça düşük olup, %8,16 olarak hesaplanmıştır. Bu oranda, yan dal poliklinik ihtiyacının daha düşük olması yanında; hekim azlığına bağlı olarak bazı polikliniklerinin daha kısıtlı süre hizmet verebilmesinin ve hekimin hastaneden ayrılması nedeniyle tam yıl çalışmamış olmasının da payı bulunmaktadır.

Tablo 1. Ana dal polikliniklerine başvuran hasta sayıları ve demografik özellikleri

Poliklinik	Kadın		Erkek		Toplam	Yaş Yaş (Ort.±SS)
	n	%	n	%		
Beyin ve Sinir Cerrahisi	18.849	64,09	10.561	35,91	29.410	48,26±15,883
Çocuk Cerrahisi	202	31,17	446	68,83	648	6,53±5,686
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	49.457	48,46	52.609	51,54	102.066	5,55±4,920
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	4.185	32,43	8.721	67,57	12.906	10,38±4,127
Deri ve Zührevi Hastalıkları	18.384	57,56	13.556	42,44	31.940	36,73±19,936
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	473	26,23	1.330	73,77	1.803	37,60±14,915
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	33.492	71,32	13.466	28,68	46.958	51,90±15,757
Genel Cerrahi	50.384	66,13	25.808	33,87	76.192	47,27±15,866
Göğüs Cerrahisi	1.394	41,64	1.954	58,36	3.348	47,13±18,036
Göğüs Hastalıkları	22.456	55,56	17.961	44,44	40.417	53,21±17,097
Göz Hastalıkları	41.332	56,62	31.662	43,38	72.994	47,32±22,527
İç Hastalıkları	53.826	66,94	26.589	33,06	80.415	51,99±16,595
Kadın Hastalıkları ve Doğum	81.390	100	0	0	81.390	35,82±12,287
Kalp ve Damar Cerrahisi	10.708	56,32	8.305	43,68	19.013	54,57±15,665
Kardiyoloji	19.609	50,95	18.875	49,05	38.484	58,98±15,170
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	58.193	55,36	46.918	44,64	105.111	40,75±21,692
Nöroloji	26.745	63,73	15.221	36,27	41.966	53,84±18,315
Ortopedi ve Travmatoloji	46.524	60,1	30.889	39,9	77.413	46,20±19,802
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	5.086	59,67	3.438	40,33	8.524	44,62±19,164
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	45.875	63,87	25.948	36,13	71.823	47,92±16,960
Üroloji	19.973	31,3	43.844	68,7	63.817	42,28±22,388
Toplam	608.537	60,45	398.101	39,55	1.006.638	42,62±22,281

Tablo 1’de ana dal uzmanlık dallarında sunmuş olduğu poliklinik sayıları ve hastaların demografik özellikleri sunulmuştur. Ana dal polikliniklerinde toplam 1.006.638 hastaya hizmet verilmiştir. Polikliniklerde bakılan hasta sayılarının önemli farklılık gösterdiği görülmektedir. En fazla hizmet sunan poliklinikler, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları (KBB) ve çocuk sağlığı ve hastalıklarıdır. Her iki poliklinik hasta sayıları da yüz binin üzerindedir. En az hizmet vermiş olan çocuk cerrahisi polikliniğidir.

Ana dal poliklinik hastalarının cinsiyet dağılımı incelendiğinde en fazla kadın oranı, beklenildiği gibi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine aittir. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon (FTR), iç hastalıkları ve genel cerrahi kadın ağırlığının en fazla olduğu polikliniklerdir. Buna karşın enfeksiyon hastalıkları, çocuk cerrahisi ve üroloji polikliniklerinde kadın oranı üçte birden azdır. Uzmanlık dalına göre hastaların yaşları incelendiğinde en yüksek yaş ortalamasının kardiyoloji ve Kalp ve Damar Cerrahisi (KVC) polikliniklerinde, en düşük yaş ortalamasının ise, çocuk sağlığı ve hastalıkları ve çocuk cerrahisi polikliniklerinde olduğu görülmektedir. Tüm ana dal poliklinik türlerinde ortalama yaşın ise 42,62±22,281 olduğu bulunmuştur.

Tablo 2. Yan dal polikliniklerine başvuran hasta sayıları ve demografik özellikleri

Poliklinik	Kadın		Erkek		Toplam	Yaş (Ort.±SS)
	n	%	n	%		
Algoloji (FTR)	206	68,21	96	31,79	302	55,59±15,568
Çocuk Gastroenterolojisi	3.956	55,11	3.223	44,89	7.179	7,81±5,844
Çocuk Kardiyolojisi	1.354	47,31	1.508	52,69	2.862	7,44±5,564
Çocuk Nefrolojisi	1.869	53,37	1.633	46,63	3.502	6,19±5,298
Çocuk Nörolojisi	2.759	50,69	2.684	49,31	5.443	9,00±5,573
Çocuk Ürolojisi	233	25,13	694	74,87	927	6,94±4,868
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	12.465	77,27	3.666	22,73	16.131	47,88±15,332
Gastroenteroloji	11.022	58,43	7.843	41,57	18.865	51,28±15,769
Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi	3.680	100	0	0	3.680	44,47±12,778
Nefroloji	2.523	50,8	2.444	49,2	4.967	63,35±16,178
Neonatoloji	1.208	46,73	1.377	53,27	2.585	0,30±1,686
Perinatoloji	5.531	100	0	0	5.531	28,70±5,664
Romatoloji (İç Hastalıkları)	13.875	79,18	3.648	20,82	17.523	50,92±13,853
Toplam	60.681	67,8	28.816	32,2	89.497	38,45±23,221

Tablo 2’de yan dal uzmanlık polikliniklerinde gerçekleşen poliklinik sayıları ve hastaların demografik özellikleri verilmiştir. Ana dal polikliniklerinde olduğu gibi yan dal polikliniklerinde de başvuru sayıları arasında önemli farklılık bulunmamaktadır. Yan dal uzmanlıkları içerisinde en fazla hasta başvurusu gastroenteroloji, romatoloji ve endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları polikliniklerine yapılmıştır. En az hastası olan poliklinikler ise algoloji ve çocuk ürolojisidir. Cinsiyet dağılımı açısından değerlendirildiğinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık alanı olan jinekolojik onkoloji cerrahisi ve perinatoloji polikliniğinin tüm hastaları kadındır. Bu poliklinikler dışında romatoloji ve endokrinoloji ve metabolizma hastalıklarında kadın hastaların yoğunlukta olduğu görülürken, yetişkin ürolojide olduğu gibi çocuk ürolojisinde kadın oranı, yaklaşık dörtte birdir. Yaş ortalamaları açısından en yüksek değer nefroloji ve algoloji polikliniklerinde iken, en düşük değer çocuk hastalıklarının yan dallarında görülmektedir. Yan dal hastalarının yaş ortalaması, çocuk branşlarının varlığına bağlı olarak, ana dal polikliniklerinden daha düşük olarak, 38,45±23,221 bulunmuştur.

Tablo 3. Ana dal polikliniklerinde sunulan hizmetlerin vaka başına ve hizmet başına ödeme yöntemlerine göre karşılaştırılması

Poliklinik	VBÖ	Fatura Tutarı	Hizmet Başına Ödeme Tutarı	VBÖDİT	Karşılama Oranı
Beyin ve Sinir Cerrahisi	27	60,68±37,972	55,41±40,991	18,52±13,697	145,82
Çocuk Cerrahisi	25	32,09±17,368	31,07±21,011	19,30±8,762	129,54
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	27	28,00±7,912	27,58±21,028	23,25±16,298	116,14
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	32	40,46±7,387	32,86±13,997	23,29±10,704	137,4
Deri ve Zührevi Hastalıkları	24	23,10±5,376	20,41±11,956	19,39±9,918	123,8
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji	27	38,06±39,231	51,99±53,228	37,01±37,885	72,95
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon	30	54,20±84,053	64,93±111,169	22,41±13,545	133,84
Genel Cerrahi	28	31,84±21,706	34,20±31,517	27,25±20,221	102,76
Göğüs Cerrahisi	28	39,55±64,042	36,57±65,585	21,59±10,042	129,67
Göğüs Hastalıkları	26	30,32±21,786	35,26±28,020	26,92±14,140	96,6
Göz Hastalıkları	23	25,72±15,008	30,98±27,931	23,04±17,670	99,82
İç Hastalıkları	28	31,34±11,834	42,76±30,812	36,19±23,509	77,37
Kadın Hastalıkları ve Doğum	31	37,94±15,990	42,85±29,728	32,44±20,427	95,57
Kalp ve Damar Cerrahisi	27	59,44±46,071	55,49±55,044	20,94±16,503	128,91
Kardiyoloji	34	36,15±15,135	38,70±31,170	34,15±23,638	99,55
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	24	29,06±15,729	31,22±20,469	23,70±12,454	101,26
Nöroloji	29	54,77±37,469	49,01±42,340	19,63±11,047	147,75
Ortopedi ve Travmatoloji	24	38,57±37,181	42,61±41,332	25,09±15,607	95,67
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	26	25,55±11,442	19,93±14,603	17,69±9,543	147
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	36	35,84±8,292	25,99±12,592	21,70±9,499	165,86
Üroloji	26	31,23±22,125	39,07±29,799	31,05±19,013	83,73
Toplam		35,22	37,49±39,044	25,93±17,628	

VBÖ: Vaka başına ödeme

VBÖDİT: Vaka başına ödemeye dahil olan işlemlerin tutarı

Oran: Vaka başına ödeme tutarlarının, vaka başına ödemeye dahil olan işlemleri karşılama oranı

Tablo 3'te ana dal uzmanlıkları ve Tablo 4'te yan dal uzmanlık polikliniklerinin vaka başına ve hizmet başına ödeme tutarlarına ilişkin verileri özetlenmiştir. İlk sütunda, SUT Ek- 2/A'ya göre vaka başına ödeme tutarları yer almaktadır. İkinci sütunda yer alan fatura tutarı, her hasta için SGK tarafından geri ödenen tutarların ortalamasını yansıtmaktadır. Üçüncü sütunda yer alan hizmet başına ödeme tutarı, hastaların poliklinik başvurusunda sunulan vaka başına ödemeye dahil ve ayrıca faturalandırılabilen işlemlerinin tamamının hizmet başına ödeme yöntemine göre tutarlar toplamının ortalamasını yansıtmaktadır. Dördüncü sütunda sunulmuş olan vaka başına ödemeye dahil olan işlemlerin tutarı, yalnızca vaka başına ödemeye dahil olan işlemlerin hizmet başına ödeme yöntemine göre tutarlarının ortalamasını yansıtmaktadır. Son sütunda verilen oran ise, vaka başına ödeme tutarlarının, vaka başına ödemeye dahil olan işlemlerin tutarlarını karşılama oranını ifade etmektedir. Tüm tutarlar, araştırmanın kapsadığı 2019 yılında hastanenin bulunduğu A2 grubu bir hastane için belirlenmiş fiyatları yansıtmaktadır. İşlem tutarları ve vaka başı ödemeye dahil olan işlemlerin fiyatlarının belirlenmesinde poliklinik ücreti 15,5 TL olarak alınmıştır.

Polikliniklerde gerçekleşen tutarlar içerisinde önemli olduğu düşünülen parametrelerden birisi, SUT'ta belirlenen vaka başına ödemeni, vaka başına ödemeye dahil olan işlemleri karşılama durumudur. Ana dallar içerisinde vaka başına fiyatlar 23 TL ile 36 TL arasında değişmektedir. En yüksek fiyat ruh sağlığı ve hastalıkları ve en düşük fiyat göz hastalıkları için belirlenmiştir. Vaka başına ödemeye dahil olan işlem tutarları incelendiğinde en yüksek işlem tutarlarının enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji polikliniğinde gerçekleştiği görülmüştür. En düşük tutarların plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi polikliniğinde olduğu görülmektedir. Yalnızca muayene ücretinin 15,5 TL olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu poliklinikte, pakete dahil olan tetkiklerin ortalama maliyetinin 2,19 TL olduğunu söylemek mümkündür. Buna karşın bu tutar, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji için 21,51 TL'dir.

Tablonun en son sütununda vaka başına fiyatın, vaka başına ödemeye dahil işlem tutarlarını karşılama oranı hesaplanmıştır. Bu verilere göre sekiz poliklinikte, vaka başına ödemenin vaka başına ödemeye dahil işlem tutarlarını karşılamamaktadır. İki poliklinikte ise oran %100'ün hemen üzerindedir. Geriye kalan 11 poliklinikte bu hesaplamanın daha yüksek bulunduğu görülmektedir. Ruh sağlığı ve hastalıkları ile nöroloji poliklinikleri en yüksek orana sahip polikliniklerdir.

Tabloda sunulan veriler içerisinde önemli olduğu düşünülen bir diğer özellik, vaka başına ödeme ile fatura tutarları arasındaki farklılıktır. Vaka başına ödemede SGK'nın hasta başına bu fiyatı ödediği düşünülebilmektedir. Ancak ayakta başvurulara ilave olarak faturalandırılabilen işlemler nedeniyle, önemli farklılıkların oluşabileceği tabloda görülmektedir. İki tutar arasındaki farklılık en fazla beyin ve sinir cerrahisi ile kalp ve damar cerrahisi polikliniklerinde oluşmuştur. Bu farklılık en fazla, genel olarak ilave faturalandırılabilen, radyoloji işlemlerine ihtiyaç duyan polikliniklerde oluşmaktadır. Aksine tetkiklerinde laboratuvar ağırlığı bulunan polikliniklerde bu farklılığın minimal olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo verilerinde dikkat çekecek bir diğer husus ise plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi ile deri ve zührevi hastalıkları polikliniklerindeki fatura ödemelerinin vaka başına ödemenin altında kalmış olmasıdır. Tam anlamıyla vaka başına ödeme uygulandığı durumlarda bu bulgunun hesaplama ya da kayıt hatası olduğu akla gelecektir. Ancak SUT hükümlerine göre, aynı gün içerisinde birden fazla polikliniğe başvurulara ve konsültasyon istemlerinde hizmet başına faturalama yapıyor olması durumu açıklayabilmektedir.

Tablo 4. Yan dal polikliniklerinde sunulan hizmetlerin vaka başına ve hizmet başına ödeme yöntemlerine göre karşılaştırılması

Poliklinik	VBÖ	Fatura Tutarı	İşlem Tutarı	VBÖDİT	Karşılama Oranı
Algoloji (FTR)	30	39,92±29,628	35,25±33,161	19,37±8,190	154,89
Çocuk Gastroenterolojisi	29	27,76±9,200	29,17±26,471	26,81±22,188	108,16
Çocuk Kardiyolojisi	36	34,89±5,549	49,02±12,789	49,02±12,789	73,44
Çocuk Nefrolojisi	31	31,84±10,618	41,29±27,108	37,56±21,394	82,53
Çocuk Nörolojisi	31	57,81±36,432	50,99±42,922	19,81±10,359	156,48
Çocuk Ürolojisi	31	29,14±12,353	25,74±17,827	23,44±12,443	132,24
Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	27	31,99±17,314	48,67±37,550	38,70±27,639	69,77
Gastroenteroloji	27	28,06±20,046	33,25±34,500	27,83±22,519	97,01
Jinekolojik Onkoloji Cerrahisi	31	44,63±35,979	48,70±46,941	29,28±17,903	105,88
Nefroloji	27	28,03±11,525	37,85±24,601	34,91±20,389	77,34
Neonatoloji	28	38,34±21,802	49,80±32,968	41,96±26,516	66,73
Perinatoloji	31	64,82±24,014	57,48±23,806	21,85±5,095	141,89
Romatoloji (İç Hastalıkları)	28	39,94±25,322	52,85±43,050	29,35±22,421	95,38
Toplam		36,54±24,171	44,23±36,767	30,99±22,742	

VBÖ: Vaka başına ödeme

VBÖDİT: Vaka başına ödemeye dahil olan işlemlerin tutarı

Oran: Vaka başına ödeme tutarlarının, vaka başına ödemeye dahil olan işlemleri karşılama oranı

Tablo 4'te hastanede bulunan yan dal polikliniklerinin vaka başına ödeme, fatura, hizmet başına ödeme, vaka başına ödemeye dahil olan işlemlerinin hizmet başına fiyatlandırması ve vaka başına ödemeye dahil işlem tutarlarını karşılama oranı sunulmuştur. Yan dal polikliniklerinde vaka başına ödeme tutarları 27 TL ile 36 TL arasında değişmektedir. Yan dal poliklinikleri içerisinde en yüksek vaka başına ödemenin çocuk kardiyojisi için yapıldığı görülmektedir. Ancak vaka başına ödemeye dahil olan işlemlerin tutar toplamları, daha geniş bir aralığa dağılmış, 19,37 TL ile 49,02 TL bulunmuştur. En düşük vaka başına ödeme ise iç hastalıklarının yan dalları olan; gastroentoroloji, nefroloji ve endokrinoloji poliklinikleri için belirlenmiştir. Vaka başına ödemenin 13 polikliniğinin yedisinde, vaka başına ödemeye dahil olan işlemleri karşılamadığı bulunmuştur. En düşük karşılama oranına sahip polikliniklerin; neonatoloji, çocuk kardiyojisi ve endokrinoloji polikliniklerinde oluşmuştur. Burada çocuk kardiyojisinin en yüksek vaka başına ödemeye sahip olmasına rağmen, hastane giderlerinin yaklaşık %73'ünü karşılayabilmesi dikkat çekicidir.

Vaka başına ödeme fiyatları ile fatura tutarları karşılaştırıldığında, ana dal polikliniklerinde de olduğu gibi önemli farklılık olduğu görülmektedir. Ortalama fatura tutarının, vaka başına ödemeye oranı, perinatoloji polikliniğinde iki kattan fazla iken, çocuk nörolojisinde iki kata oldukça yakındır. Ancak çocuk gastroenterolojisi polikliniğinde tersi bir durum söz konusudur.

Tablo 5. Fatura tutarları ve sunulan hizmetlerin hizmet başına ödeme yöntemine göre tutarlarının karşılaştırılması

Branşlar	Başvuru Sayısı	Fatura Tutarı	İşlem Tutarı	Fark	Oran
Ana dal Branşları	1.006.638	35.450.688,04	37.733.990,52	-2.283.302,48	93,95
Yan dal Branşları	89.497	3.270.651,99	3.958.629,72	-687.977,73	82,62
Toplam	1.096.135	38.721.340,03	41.692.620,24	-2.971.280,21	92,87

Tablo 5'te hastane genelinde poliklinik hizmetleri karşılığı toplam fatura tutarları ile sunulan hizmetlerin hizmet başına ödeme yöntemi ile hesaplanmasına karşılık gelen toplam işlem tutarlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Tabloda görüleceği gibi, hem ana dal hem de yan dal polikliniklerde hastanenin sunmuş olduğu hizmetlerin bedeli, bu hizmetler karşılığında almış olduğu ödemeden daha düşüktür. Hastanenin gelirinin giderlerini karşılama oranı, ana dal branşları toplamında yaklaşık %94 iken, yan dal branşlarında %83'ün altında kalmıştır. Toplam poliklinik hizmetleri karşılığında yaklaşık 3 milyon TL daha düşük ödeme almıştır.

3. TARTIŞMA

Bu çalışma, ulaşılabildiği kadarıyla, Türkiye'de ayakta tedavilerde uygulanan vaka başına ödeme ya da paket fiyat uygulaması ile hizmet başına ödeme yöntemini karşılaştıran ilk çalışmadır. Ayrıca çalışmada hem ana dal hem de yan dal poliklinikleri ayrı ayrı ve birlikte incelenebilmiştir. İncelenen toplam 1.096.135 başvuru ile oldukça geniş katılımlı bir çalışmadır.

Çalışma bulgularına göre; 21 ana dal branşlarından sekizi ve 13 yan dal branşlarından yedisi ve toplamda 34 branşta 15'i için belirlenmiş vaka başına ödeme tutarları, vaka başına dahil olan işlemlerin tutarlarını karşılamamaktadır. Enfeksiyon hastalıkları, çocuk kardiyojisi ve endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları branşlarında vaka başına ödemenin vaka başına işlemleri karşılama oranı %75'in altındadır. Literatürde karşılaşılan çalışmaların tamamı (Bülüç & Ağırbaş, 2017; Büyükmirza & Durukan Köse, 2014; Durukan et al., 2007; Mut & Ağırbaş, 2017; Özkan et al., 2014; Yiğit, 2016) vaka başı tutarları ile maliyet analizi sonuçlarını karşılaştırmışlar ve birçok branşta vaka başına poliklinik ödemelerinin maliyetleri karşılamadığını bulmuşlardır. Bu çalışmada ise yapılan karşılaştırma vaka başına ödeme ile hizmet başına ödeme karşılaştırılmasıdır. Diğer bir ifade ile her iki yöntemde belirlenen tutarlar SGK fiyatlandırmasını ve bakış açısını yansıtmaktadır. Bu yöntemi, hizmet sunum hacminden etkilenmemesi nedeniyle bir anlamda daha objektif bir yaklaşım olarak değerlendirmek mümkündür. Her iki yaklaşımın ortak sonucunda hem gerçek maliyetler hem de hizmet başına ödeme ile kıyaslandığında, polikliniklerde vaka başına ödemenin hastaneler için önemli bir finansal risk barındırdığı ifade edilebilir.

Bu çalışmada vaka başına ödemelerin, vaka başına dahil işlemleri karşılama oranı, diğer bir ifade ile karlılığı en yüksek olduğu ana dal branşlar; ruh sağlığı ve hastalıkları (%165,86), nöroloji (%147,75), plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi (%147,00), beyin ve sinir cerrahisi (%145,82) ve FTR (%133,84) poliklinikleridir. Yan dal branşları arasında ise; çocuk

nörolojisi, algoloji ve perinatoloji poliklinikleri bu özelliği sağlamaktadır. Ancak bu branşlarda elde edilen sonuçların farklı nedenleri olduğu görülmektedir. Beyin ve sinir cerrahisi, FTR, nöroloji, çocuk nörolojisi ve perinatoloji branşlarının karlı bulunmasının nedeni, bu polikliniklerde yapılan pahalı tetkiklerin (örn. MR, BT ve ultrason gibi) ayrıca faturalanabilmesi, buna karşın vaka başına dahil olan işlemlerden istenen tetkiklerin daha az ya da daha ucuz olmasıdır. Bu durum, vaka başına ödemeye dahil olan işlemlerin tutarı ile işlem tutarları arasındaki farklılıktan anlaşılabilir. Zaten iki tutar arasındaki farkı yaratan da ilave faturalandırılabilen işlemlerdir. Bu çalışmanın aksine bahsedilen branşların, literatürde yer alan çalışmalarda (Bülüş & Ağırbaş, 2017; Mut & Ağırbaş, 2017; Özkan et al., 2014) SUT fiyatlarında daha yüksek olarak değerlendirilmesine de ilave faturalanabilen işlemlerin neden olabileceği düşünülmektedir. Zira bu branşlarda SGK tarafından yapılan ödeme tutarını yansıtan fatura bedelleri de vaka başına ödeme fiyatlarının oldukça üzerindedir. Ancak Büyükmirza ve Durukan Köse çalışmasında, tetkik fiyatları dikkate alınmadan yapılmış olmasına rağmen, yalnızca kardiyoloji ve üroloji polikliniklerinde vaka başına ödemenin maliyetleri karşılayabiliyor olması farklı bulguların mümkün olabileceğini göstermektedir (Büyükmirza & Durukan Köse, 2014).

Önceki paragrafta tartışılan branşların aksine, plastik, rekonstrüktif, estetik cerrahi ve ruh sağlığı ve hastalıkları ile algoloji polikliniklerini karlı hale getiren ise muayene dışında daha az tetkik gerektirmeleridir. Pakete dahil olan işlem tutarları ile işlem tutarları arasındaki farkın düşüklüğü bu durumu açıklamaktadır. Literatürdeki çalışmaların çoğunun da (Bülüş & Ağırbaş, 2017; Mut & Ağırbaş, 2017; Özkan et al., 2014) bu branşlara ek olarak, deri ve zührevi hastalıkları, göz hastalıkları ve KBB hastalıkları gibi branşların maliyetinin, vaka başına ödeme tutarlarından düşük bulunmasına çok fazla tetkik gerektirmemelerinin nedeni olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada önemli olduğu düşünülen bulgulardan bir diğeri, birçok branş için hasta başına ortalama SGK ödemelerinin vaka başına belirlenmiş tutarlardan çok daha yüksek olabileceğidir. Beyin ve sinir cerrahisi, KVC ve perinatoloji polikliniklerinde ortalama fatura tutarı açıklanan vaka başına fiyatların ikişer katından fazladır. Bu farkı yaratan, önceki paragraflarda da bahsedilmiş olduğu gibi, ilave faturalandırılabilen işlemlerdir. Bu nedenle, SUT fiyatları ile yapılan karşılaştırmalarda, yalnızca vaka başına SUT fiyatları yerine bu farklılığın da dikkate alınması gerekmektedir. SGK açısından değerlendirildiğinde ise, maliyet tasarrufu amacının ön planda olduğu vaka başına ödeme yönteminin yüksek fiyatlı tetkikleri kontrol etmek yerine, daha düşük maliyetli olan kan ve röntgen tetkiklerini kontrol edebileceğini söylemek mümkündür.

Fatura tutarlarının, vaka başına ödeme tutarlarından daha yüksek olmasının her poliklinik için geçerli olmadığı görülmektedir. Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, ruh sağlığı ve hastalıkları, çocuk gastroenterolojisi, çocuk kardiyolojisi ve çocuk ürolojisi polikliniklerinde, ortalama fatura tutarları vaka başına ödeme tutarından daha yüksek olması bir yana, düşüktür. Bu duruma SUT geri ödeme ilkeleri gereği, hastanın kendi kararıyla aynı günde birden fazla branşa muayene olması ve konsültasyon talepleri nedeniyle hizmet başına ödeme yöntemi ile faturalandırılması gerekliliğinden kaynaklanmış olması beklenmektedir.

Hastanenin poliklinik hizmeti sunumunda hem ana dal branşları hem de yan dal branşlarında, vaka başına ödeme yönteminde aldığı geri ödemenin, hizmet başına ödeme yöntemine göre daha düşük ödeme aldığı bulunmuştur. Araştırma bulgularına göre 34 branştan 19'unda vaka başı ödemeler hizmet başına ödemelerden daha yüksektir. Bu polikliniklerin bazılarında, gelirin gideri karşılama oranı %165'in üzerindedir. Ancak ana dallar içerisinde; başvuru sayıları en yüksek olan göz hastalıkları, iç hastalıkları, kadın hastalıkları ve doğum, ortopedi ve travmatoloji polikliniklerinde gelirin gideri karşılama oranının düşük olması ve toplam başvuruların %10'unu oluşturan kulak burun boğaz hastalıklarının sınırdaki oluşu bu duruma neden olmuştur. Yan dal branşlarında gelirin, gideri karşılama oranının daha olumsuz olduğu bulunmuştur. Yine yan dal polikliniklerinde de pozitif değer alan branşlar olmasına rağmen, başvuru sayısı yüksek olan polikliniklerin birçoğunun gelirinin giderini karşılayamaması nedeniyle farklılık daha büyük olmuştur. Yan dal poliklinik başvurularının %74'ü gelirinin gideri karşılayamadığı branşlarda bulunmaktadır.

Bu araştırmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak çalışma bir kayıt araştırmasıdır ve verilerin doğru olduğu varsayılmıştır. İkinci olarak, çalışmada kullanılan SUT tutarları 2019 yılında geçerli olan fiyatları yansıtmaktadır. 2019 yılından günümüze ve karşılaştırma yapılan çalışmaların yapıldığı tarihler arasında SUT fiyatlarında ve geri ödeme ilkelerinde birden fazla güncelleme yapılmıştır. Dolayısıyla, güncellemeler sonrasında polikliniklerde, gelirin gideri karşılama oranlarının değişmiş olması mümkündür.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

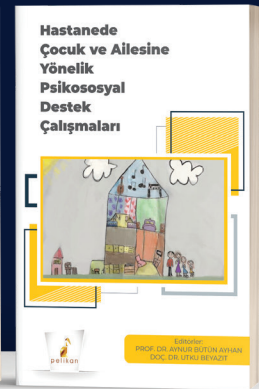
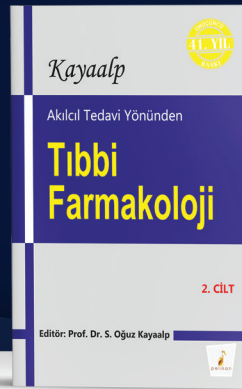
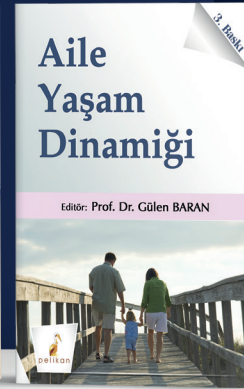
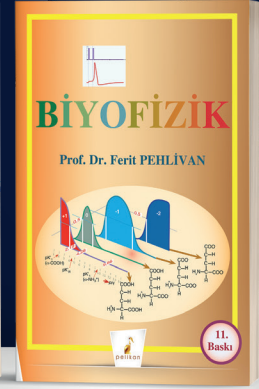
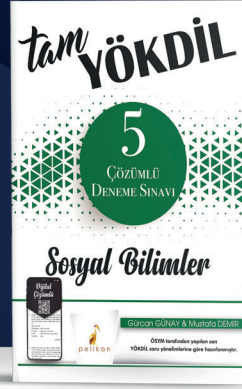
Araştırma sonucunda, poliklinik türlerine göre sunulan hizmetlerin vaka başına ödeme yöntemi ile ve hizmet başına ödeme yöntemleri tutarları arasında önemli farklılıklar olduğu sonucuna varılmıştır. Bazı polikliniklerde, vaka başına ödeme tutarı hizmet başına ödeme yöntemine göre daha fazla iken, diğer polikliniklerde çok altında kalmaktadır. Bu farklılığın azaltılması için polikliniklerde vaka başına ödemeye dahil olan işlemlerin çeşitleri ve tutarlarının yeniden gözden geçirilmesi ve vaka başına fiyatların güncellenmesi önerilmektedir.

Bu araştırmanın ve önceki yapılan çalışmaların sonuçları, hastane polikliniklerinde sunulan hizmetlerin bedelini, birçok poliklinikte SGK'nın mevcut ödeme yönteminin hastanelerin kaynak kullanımını karşılamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yan dal polikliniklerinde, bu farklılık çok daha yüksektir. Özel hastaneler, söz konusu olumsuz farkı hastalardan aldıkları katkı payları ile karşılama yoluna gitmektedirler. Ancak topluma sağlık hizmeti sunumunda ağırlıklı role sahip olan başta Sağlık Bakanlığı hastaneleri olmak üzere, kamu hastaneleri için bu alternatif söz konusu değildir. Hastanelerin hizmet sunumu ve gelirleri içerisinde poliklinik hizmetlerinin önemli bir paya sahip olduğu düşünüldüğünde, bu durumun hastanelerin finansal sürdürülebilirliğini olumsuz etkileyebileceği öngörülmektedir. Hastaneleri finansal anlamda destekleyecek ek önlemler alınmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Bell, L. G. (1958). The Importance of an Outpatient Department in a Teaching Hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 78(7), 477–480. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1830034/>
- Berman, P. (2000). *Organization of Ambulatory Care Provision: A Critical Determinant of Health System Performance in Developing Countries*. [https://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)791.pdf](https://www.who.int/bulletin/archives/78(6)791.pdf)
- Bülüş, F., & Ağırbaş, İ. (2017). Hastanelerde Maliyet Analizi : Kamu Hastanesi Örneği. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 7(2), 181–210.
- Büyükmirza, H. K., & Durukan Köse, S. (2014). Sağlık Uygulama Tebliği'nin Poliklinik Birim Maliyetleri Açısından Değerlendirilmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(8), 28–37.
- Çıraklı, Ü. (2019). Türkiye'de Yataklı Sağlık Kurumlarında Poliklinik ve Klinik Hizmetlerinin 2008-2017 Yılları Arası Gelişimi ve Mevcut Durumu. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi*, 2(1), 37–46. <https://dergipark.org.tr/pub/jhqa/584006>
- Durukan, S., Akar, Ç., & Şahin, İ. (2007). Seçilmiş Hastanelerde Karşılaştırmalı Poliklinik Gider Yeri Birim Maliyetleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 10(1), 19–47.
- Imison, C., Naylor, C., & Maybin, J. (2008). *Under One Roof: Will polyclinics deliver integrated care? - Imison, Naylor, Maybin - The King's Fund, June 2008*. www.kingsfund.org.uk/publications
- Mut, S., & Ağırbaş, İ. (2017). Hastanelerde Maliyet Analizi: Ankara'da Hizmet Sunan İkinci Basamak Bir Kamu Hastanesi'nde Uygulama. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(18), 202–217. <https://doi.org/10.20875/makusobed.302908>
- NSW. (2021). *Outpatient services*. <https://www.health.nsw.gov.au/Performance/Pages/outpatients.aspx>
- OECD. (2020). Health at a Glance: Europe 2020 State of health in the EU cycle. In *Health at a Glance 2020*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- Özkan, O., Kutlu, G., Aydemir, I., & Ağırbaş, İ. (2014). Hastanelerde Maliyet Analizi ve Örnek Bir Uygulama. 8. *Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi*. <https://www.researchgate.net/publication/323552173>
- Pallipedia. (2021). *Ambulatory care*. <https://pallipedia.org/ambulatory-care/>
- Paris, V., Devaux, M., & Wei, L. (2010). *Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries*. <https://doi.org/10.1787/5kmfxq9qbnr-en>
- Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, (1983). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=85319&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5>
- Sağlık Bakanlığı. (2021). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 Haber Bülteni*. www.saglik.gov.tr
- Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, (2013). <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17229&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>

- Sturgess, I., & Proudfoot, A. (2009). Ambulatory care: what is it and do we need it? *British Journal of Hospital Medicine, Supplement 1*, 70(1), 15–18. https://www.researchgate.net/publication/26288046_Ambulatory_care_What_is_it_and_do_we_need_it
- Vitikainen, K., Linna, M., & Street, A. (2010). Substituting inpatient for outpatient care: what is the impact on hospital costs and efficiency? *The European Journal of Health Economics*, 11, 395–404. <https://doi.org/10.1007/s10198-009-0211-0>
- Yiğit, V. (2016). *Hastanelerde Ayaktan Vaka Başı Ödeme Modeli: Poliklinik Maliyetleri ile Geri Ödeme Fiyatlarının Karşılaştırılması*. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bsbd/issue/43860/539537>



www.pelikan

Tüm Kitaplarımız için



Alışveriş Sitemizi
Ziyaret Edin!..

kitabevi.com.tr

YARDIMLI İNTİHAR VE TURİZMİ: ÜLKE UYGULAMALARI

ASSISTED SUICIDE AND TOURISM: COUNTRY PRACTICES

Gizem Zevde AYDIN¹¹ Arş. Gör., Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

ARTICLE INFO	ÖZET
<p>Makale Türü: Geleneksel Derleme</p> <p>Anahtar Sözcükler: Hekim yardımcı intihar, İntihar, İntihar turizmi, Yardımlı intihar</p> <p>Keywords: Assisted suicide, Physician assisted suicide, Suicide, Suicide tourism</p> <p>Sorumlu Yazarlar Gizem Zevde AYDIN</p> <p>Adres: Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Samsun/ TÜRKİYE</p> <p>E-mail: gizemzevde.aydin@omu.edu.tr</p>	<p>İntihar turizmi, kendine özgü birtakım tartışmalı sorularla ortaya çıkmış güncel, merak uyandıran ve bazı ülkelerde artan ilgiye sahip bir konudur. Bunun yanı sıra artan yardımcı intihar talepleri nedeniyle etik anlamda da önemli konulardan biri haline gelmektedir. Yardımlı intihar genellikle kişinin kendisini öldürmesine yardım etmek için yapılan herhangi bir eylem olarak tanımlanmaktadır. İntihar turizmi ise, yardımcı intihar eylemini gerçekleştirmek için yapılan seyahatleri ifade etmektedir. Yaşam kalitesinin göz ardı edilemeyecek ağrılar, acılar ya da sakatlıklar nedeniyle düşüşü kişilerin niteliksiz bir yaşamı tercih etmemelerine ve ölümü arzulamalarına neden olabilmektedir. Dünya’da yardımcı intihar hizmeti sunma amacıyla faaliyet gösteren ve belirlenen koşulları yerine getirmeleri şartıyla üyelerine yardımcı intihar hizmeti sunan organizasyonlar bulunmaktadır. Bu çalışma derleme niteliğinde olup, yardımcı intihar ve intihar turizmi kavramlarına, kavramların yasal çerçevesine ve hizmeti sunan uluslararası kuruluşlara ilişkin bilgi sunmayı amaçlamaktadır. Çalışmanın, konu ile ilgili gelecekte yapılacak araştırmalara temel oluşturması hedeflenmiştir. Çalışma, tartışmalı bir konuya ışık tutması açısından önem arz etmektedir.</p>
	ABSTRACT
	<p>Suicide tourism is a topic that has arisen with several controversial questions of its own, arousing curiosity and gaining increasing interest in some countries. It is also becoming one of the critical issues in ethical terms due to the increasing assisted suicide demands. Assisted suicide is generally defined as any action taken to help a person kill herself/himself. Suicide tourism refers to the travels made for assisted suicide. The decline in the quality of life due to aches, pains, or injuries that cannot be ignored may cause people not to prefer an unqualified life and desire death. There are assisted suicide service organizations in the world that operate to provide assisted suicide service and provide that they meet the specified conditions. This study is a compilation and aims to provide information on suicide tourism and assisted suicide, the legal framework of the concepts, and international organizations that provide services. The study aims to form a basis for future research on the subject. The study is essential in terms of shedding light on a controversial issue.</p>

GİRİŞ

İçinde bulunduğumuz çağda yeni ve etkili tedavi tekniklerinden ve yöntemlerinden bahsedilmektedir. Gelişen teknoloji ve tedavi yöntemleri, beraberinde daha az acı ile daha uzun yaşam beklentisini getirmektedir. Yaşanan gelişmeler, sadece acıyı hafifletmekle kalmayıp, aynı zamanda yaşamı uzatmayı da mümkün kılmaktadır. Fakat uzayan yaşamın kalitesi de göz ardı edilmemesi gereken bir konudur. Aylarca hatta yıllarca yaşam desteği ile hayata devam etme olasılığı, yaşlı ve hasta bireyler arasında endişeye neden olabilmektedir. Bu nedenle hastalar ve aileleri yaşamı sonlandıran tıbbi kararlara katılmaya giderek daha fazla istekli hale gelmektedir. Tüm bu gelişmeler ölümcül hastalığı olan bir hastanın ölmesine izin verilmeli mi? , hekimlerin böyle bir hastanın ölmesine yardım etme seçeneği olmalı mı? gibi zor sorularla karşı karşıya kalınmasına sebep olmuştur (Frileux ve ark., 2003).

Pek çok insan acılı ve uzun süren bir ölümden korkmakta ya da ölümü üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmayı istemektedir (Snyder & Sulmasy, 2001). Artık, bireyin yapay yaşam destek prosedürlerinin ve cihazlarının yönetimi olmadan ölüme tercihi birçok ülkede daha kapsamlı ele alınan bir fikir haline gelmektedir (Miller & Gonzalez, 2013). Yaşamı çok zorlaştıran ve bazen ölümü bir tehdit olmaktan çıkarıp son çare haline getirebilen acı dereceleri olabilmektedir. Bu tür ıstıraplar, tıbbi müdahale yoluyla iyileştirilebilmekte hatta ortadan kaldırılabilir. Ancak iyileştirilmiş bakıma rağmen, yaşamlarının son anlarında dahi acı çeken kişilerin olduğu da düşünülmektedir (Ahlzen, 2020). Hayat, kuşkusuz ki bize verilmiş en değerli hediyedir. Ancak yaşamın kalitesi, zamanla çekilen acılar nedeniyle düşülebilmektedir. Günümüzde yaşam kalitesi ölümcül hastalıklar ve tedavi edilemeyen sakatlıklar nedeniyle düşen bireyler yardımcı intiharı bir çıkış yolu olarak görebilmektedir.

İntihar, dünya genelinde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır (Bauwelink ve ark., 2017). İntihar turizmi de kendine özgü etik, yasal ve pratik zorluklarla karşımıza çıkan ve dikkatle ele alınması gereken bir konudur (Huxtable, 2009). İntihar eyleminin ya da intihar turizminin hassas doğası göz önüne alındığında, konuyla ilgili çok az tanım yapıldığı görülmektedir. İntihar turizmi, insanın ıstırapına ve sefaletine çözümü ölümden araması nedeniyle yurtdışına seyahat etmesi olarak ifade edilmektedir (Yu ve ark., 2020). İntihar turizmi kavramının ortaya çıkışının temel nedeni yardımcı intihar hizmetidir. Yardımlı intihar, medikal turizmin niş bir bölümü ve uluslararası turizmin alt bileşeni olarak nitelendirilmekte (Higginbotham, 2011) ya da karanlık turizm kapsamında ele alınabileceği öne sürülmektedir (Miller & Gonzalez, 2013). Yardımlı intihar, ötanazinin farklı bir uygulaması olarak görülmektedir (Radbruch ve ark., 2016). Bu bağlamda, yardımcı intihar ve ötanazi kavramları arasında ayırım yapılması önem arz etmektedir. Yunanca "euthanatos" kelimesinden türetilen ötanazi, "iyi ölüm" anlamına gelmektedir. Ötanazi, ölümü hızlandırmak, acıyı ve ıstırapı hafifletmek için bilerek bir yaşamı sona erdirmeye amacıyla hekimin ilaç veya tedavi uygulamasıdır (Cannistraci-Vazquez, 2009; Frileux ve ark., 2003; Radbruch ve ark., 2016). Hekim bunu genellikle ölümcül bir enjeksiyon uygulayarak veya hastayı bir tür yaşam desteğinden çıkartarak gerçekleştirmektedir. Eylem ne olursa olsun ötanazinin belirleyici özelliği, hastanın değil hekimin yaşamı sona erdiren nihai eylemi gerçekleştirmiş olmasıdır (Safyan, 2010). Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeler Çalıştayı Sonuç Raporuna (2008) göre yardımcı intihar, "hekimin hastanın ölümünü kolaylaştıracak eylemi yapması için hastaya intihar etme yolları hakkında bilgi ya da intihar etme araçları sağlayarak kişinin yaşamının başka bir yardıma ihtiyacı kalmaksızın sona erdirilmesi durumu" dur. Yardımlı intihar, bir hekimin hastanın kendi yaşamına son verebilmesi amacıyla verdiği ölümcül ilaçların gönüllü olarak hasta tarafından kullanılması yoluyla yaşamın sona ermesini tanımlamak için kullanılmaktadır (Mitchell, 2007). Hekim, yaşamı sona erdiren bir eylemi mümkün kılmakta ve bu eylemden sorumlu tutulmamaktadır (Radbruch ve ark., 2016). Birçok kişi bu terimlerin eş anlamlı olduğuna inansa da, hastanın ölümüne neyin yol açtığına odaklanan bir tanımın daha doğru olacağı düşünülmektedir. "İntihar" kelimesinden de anlaşılacağı gibi, yardımcı intihar neticesinde hayata son veren kişi, hastanın kendisidir. Amerikan Tabipler Birliği, hekim yardımcı intiharda rolü olan hekimi, "hastanın ölümcül eylemini gerçekleştirmesini sağlamak için gerekli araç ve bilgileri sağlayarak hastanın ölümünü kolaylaştıran hekim" olarak tanımlamaktadır. Bu senaryo ışığında hasta, hekimden ilaç, talimat veya tavsiye şeklinde yardım almakta ve hekim yerine son eylemi kendisi gerçekleştirmektedir (Safyan, 2010). Yardımlı intihar, hastanın intihar etmesine olanak tanıyan bir ilacı reçete etmeyi de içermektedir (Burkhardt ve ark., 2006).

Hekim yardımcı intihar konusunda birçok farklı görüş bulunmakla birlikte My Death My Decision (MDMD) organizasyonuna göre, iyi bir ölümün içermesi gereken özellikler:

- Fiziksel acıdan kurtulmak,
- Genellikle hastanede değil evde ölmek ya da seçilen/istenilen bir yerde ölmek,
- Yakın akraba veya arkadaşlarla olmak,

- Sadece huzur içinde uyunacağı ve uyanılmayacağı düşüncesi,
- Beslenme ve kişisel bakım gibi temel ihtiyaçlar için uzun süre başkalarına bağımlı olmadan, yaşlanmadan ölmek,
- Nerede olduğunu bilmek, ne olduğunu anlamak,
- Aile, arkadaşlar ve yakın akrabalarla iletişim kurabilmek gibi temel zihinsel yetenekleri kalıcı olarak kaybetmeden önce ölme isteği,
- Hayatının tamamlandığını ve ölmeye hazır olduğunu hissetmek,
- Mevcut ve en iyi palyatif bakıma rağmen tahammül edemeyecekleri bir durumda kapana kısılma korkusu olmadan ölmek ve
- Kendilerine yakın olan insanların ölümlerini kabul edebildiklerini bilmektir (My Death My Decision(c), 2020).

1. YASAL ÇERÇEVE

İntihar turizminin yeni bir endüstri olarak ortaya çıkmasının, yardımcı intihar ve ötanazi mevzuatı ile ilgili uluslararası tartışmaları yeniden canlandırdığı belirtilmektedir. Yardımlı intihar arayışındaki bireyler, aradıkları prosedürlerin kendi ülkelerinde yasadışı oluşu, onurlu ölüm düşüncesi ve acısız bir ölümün gerçekleşebileceği yer arayışı gibi nedenlerle seyahat planlamak için motive olabilmektedir (Miller & Gonzalez, 2013). Yardımlı intihar ile ölüm konusu birçok yerde yasadışı ve tartışmalı bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyanın dört bir yanındaki ülkeler ve eyaletler, doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının belirli durumlarda, bir hastanın ölümüne kasıtlı olarak neden olup olmadığını ve toplumun bu uygulamayı ahlaki olarak kabul edip etmeyeceğini uzun zamandır tartışmaktadır (Higginbotham, 2011). Snyder ve Sulmasy'e göre hekim yardımcı intihar uygulaması, hasta-hekim ilişkisini ve onu sürdürmek için gerekli olan güveni baltalamakta ve toplumdaki savunmasız bireylerin hayatlarına verdiği değeri tehlikeye atmaktadır (2001). Hekimin, hastanın yardımcı intihar isteğine yol açmış olan hususlar üzerinde durması gerektiği, son dönemde olan hastalara bile pek çok konuda yardım edilebileceği de düşünülmektedir (Snyder Sulmasy & Mueller, 2017). TTB Etik Bildirgeler Çalıştay Sonuç Raporunda, hekimlik açısından ölümcül eylemin savunulmaması ve ölmeye yardım isteyen hastaya tıbbi, psikolojik ve sosyal danışmanlık sağlanması gerektiği belirtilmektedir (2009). Öldürme eyleminin ahlaki açıdan kabul edilemez olması, yeterli palyatif bakımın tüm yardımcı intihar taleplerini ortadan kaldıracığı düşüncesi, yardımcı intihar taleplerinin depresyondan kaynaklandığına inanılması, uygulamanın yasallaşması durumunda palyatif bakımın gelişmeyeceğinin düşünülmesi ve yardımcı intihara uygun bireylerin belirlenmesi gibi sorunlar bulunmaktadır. Sayısız etik ve yasal soruna rağmen, intihar ve yardımcı intiharın haklı bir talep olduğu konusunda taraf olanlar da bulunmaktadır. Uygulamanın yasal olduğu ülkelerde konuyla ilgili bilgi arttıkça, hem hekimler hem de halk tarafından daha kabul edilebilir hale gelmektedir. Yardımlı intiharı yasallaştırmak için girişimler son yıllarda yavaşlamış olsa da, bu konuya olan ilgi azalmamıştır ve konunun önemi giderek artmaktadır. Yardımlı intiharın kişisel özerklik ve özgürlük ile tutarlı olması, bütün acılardan palyatif bakım ile kurtulmanın mümkün olmaması, ölümü hızlandırma arzusu, uygulamanın ölümcül hastalığı olan bireyler için güven verici olması gibi etkenler yardımcı intihara taraf argümanlardır (Rosenfeld, 2004). 2021 yılı içerisinde yardımcı intiharın gerçekleştirilmesine yardımcı olabilecek 3D baskılı bir kapsül icat edilmiştir ve İsviçre'de kullanıma sunulması planlanmaktadır (Wakefield, 2021). Bu gelişme ışığında uygulamanın, bazı ülkelerde büyük ölçüde kabul gördüğü görülmektedir.

Artan yardımcı intihar talepleri nedeniyle hekim yardımcı intihar konusu etik anlamda da önemli konulardan biri haline gelmektedir. ABD'nin Oregon eyaletinde hekim yardımcı intihar yasası, Hollanda'da ötanazinin sosyal onayı ve Japonya'da aktif ötanazinin ilke olarak yasallığı konunun geleceği ile ilgili işaretler olarak kabul edilmektedir. Temel etik mesele, kişinin ölümüne giden yolu seçme özgürlüğü ve eğer varsa, bu özgürlüğü sınırlandırmanın gerekçesi olarak ifade edilmektedir. Oregon eyaleti hekim yardımcı intihar yasasına göre, ölüm için geçerli bir yardım talebi düzenlenen ölümle ilgili yasal kusuru ortadan kaldırır, ancak geçerli bir talebin yokluğunda aynı eylem öldürme hatta cinayettir. Hekim yardımcı intihar konusunun artan özgürlükle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca kişinin yetkisi dışında gerçekleştiği ve haksız zarar ve kayıplara neden olduğu için bir kişinin ölümüne neden olmak ahlaki açıdan yanlış kabul edilmektedir. Fakat kişi, ölümü özgürce seçer ve buna izin verirse ve bu olayı aksilikten ziyade kişisel bir çıkar olarak görürse, o kişinin talebinin yerine getirilmesi net bir zarar veya ahlaki yanlış içermemektedir. Taraf görüşlere karşın bazı topluluklar ve ülkeler hekim yardımcı intihar konusunda değişmeyen katı bir tutum sergilemektedir (Beauchamp, 1999). Birçok ülke hem ötanazi hem de intihar yardımını yasaklamakta ve cezalandırmaktadır. Örneğin İsviçre'de yardımcı intiharı yasaklayan herhangi bir mevzuat yoktur fakat, pratikte bu eylemi gerçekleştiren kişiler hakkında yasal işlem başlatılmaktadır (Burkhardt ve ark., 2006).

Turist tanımına en az uyan, seyahatlerin en uç biçimini gerçekleştirdikleri söylenebilecek turistler yardımcı intihar talep eden bireylerdir (Miller & Gonzalez, 2013). İsviçre'ye intihar için birçok insan, bir diğer deyişle ölüm turistleri seyahat gerçekleştirmektedir (Cohen, 2012; Schmidt, 2011). İsviçre doğrudan aktif ötanaziyi yasaklamıştır, ancak yardımcı intiharı onaylamaktadır (Burkhardt ve ark., 2006). İsviçre'de intihara yardım etmek suç değildir. Bir İsviçreli doktorun, ölümcül bir ilaç reçete ederek yardımcı intiharı desteklemesi için, kişinin ciddi bir hastalıktan tahammülsüz şekilde muzdarip olması ve hekim raporları tarafından belgelenen tıbbi bir tanı alması yeterli olabilmektedir (My Death My Decision(b), 2019). Yardımlı intihar için başvuranların ise, ölümcül bir hastalıktan, kabul edilemez bir sakatlıktan veya dayanılmaz bir acıya sebep olduğu düşünülen ciddi bir hastalıktan muzdarip olması beklenmektedir (Baezner-Sailer, 2008). Dünya'da çeşitli yerlerde yardımcı intiharın yasal olarak izinli olduğu yerler varken, İsviçre eyaletlerinin İsviçreli olmayan kişilere de Dignitas gibi kuruluşlar vasıtasıyla hekim yardımcı intihar hizmeti sunması, İsviçre'yi, kendi ülkesinin ya da devletin konuyla ilgili yasasını aşmak isteyenlerin hedefi haline getirmektedir (Cohen, 2012; Schmidt, 2011). Hollanda'ya da bu konuda bir talep olmuştur (Connell, 2006). Hollanda parlamentosu Nisan 2002'de yürürlüğe giren Talep Üzerine Hayatın Sona Erdirilmesi ve Yardımlı İntihar Yasası'nı kabul etmiştir. Belçika ve Lüksemburg'da da benzer bir yasa kabul edilmiştir. Genel olarak, Belçika, Hollanda ve Lüksemburg'da ötanazi yasası aynıdır (Fitzpatrick & Smook, 2015). Hollanda'da tedavisi olmayan, dayanılmaz acılarla karşılaşan ve zihinsel olarak yetkin kişiler, gönüllü ötanazi veya yardımcı intihar için uygun görülmektedir. Hollanda'da yardımcı intiharın gerçekleşmesi için, ölümcül hasta olan kişinin baskı altında olmaması, intiharı için çok sayıda talepte bulunması, diğer tıbbi seçenekleri araştırması ve bunların yanı sıra dayanılmaz acıya maruz kalması beklenmektedir. Belçika Ötanazi Yasası, hafifletilemeyen, sürekli ve dayanılmaz fiziksel veya zihinsel acıları olan yetişkinlerin gönüllü ötanazi talep etmelerine izin vermektedir. Belçika parlamentosu 2014 yılında ötanazi yasasının çocuklara da ötanazi hakkı tanınacak şekilde değiştirilmesini onaylamıştır (Deutsche Welle Türkçe(a), 2020). Bu hüküm, Belçika'da ölümcül hastalığı olan çocukların yardımcı intihar talebinde bulunmasına izin vermektedir (Sermeno, 2015). Şubat 2008'de Lüksemburg Parlamentosu Onurlu Ölme Hakkı Yasası'nı onaylamıştır. Bu yasa, bir hastalıktan dayanılmaz şekilde acı çeken ve zihinsel olarak yetkin kişinin ölmek için tıbbi yardım talep etmesine izin vermektedir (Campaign for Dignity in Dying, 2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde de yardımcı intihar için yasası olan beş eyalet bulunmaktadır. Bu eyaletler, Montana, New Mexico, Oregon, Vermont ve Washington'dur (Sermeno, 2015). Oregon Eyaletinde kabul edilen Onurlu Ölüm Yasası, ölümcül hastalığı bulunan Oregon eyaleti sakinlerinin kendilerini öldürebilmelerini sağlayacak ölümcül içeriği bulunan ilaçların hekim tarafından reçete edilebilmesini sağlamaktadır. Bu yasaya göre, birinin hayatını yasaya uygun olarak bitirmesi intihar sayılmamaktadır (Mitchell, 2007). Amerika Birleşik Devletleri'nde 2015 itibarıyla Kaliforniya'da, 2016 itibarıyla Colorado ve Columbia bölgesinde, 2018 itibarıyla de Hawaii'de hekim yardımcı intihar gerçekleştirilebilmektedir (Death With Dignity, 2020). Yaşamı Sonlandırma Seçeneği Yasası, Kaliforniya'da intihar etmek isteyenlere hekim desteğini öngörmektedir. Yasa, ümitsiz hastaların hekimler yardımıyla acısız şekilde hayatına son vermesine belirli koşullar altında izin vermektedir (Deutsche Welle Türkçe(a), 2020). Bu ülkeler ya da eyaletlerin ardından, Kanada Yüksek Mahkemesi de hekim yardımcı intihar konusundaki yasağı bozma kararı almıştır (Madesha, 2017). Alman Anayasa Mahkemesi, 26.02.2020 tarihinde bireylerin kendi yaşamlarına son verme kararı alma hakkı bulunduğuna hükmetmiş, yaşamlarına son vermek isteyen bireylerin tıbbi yardım almalarını mümkün kılmıştır (Deutsche Welle Türkçe(b), 2020). Yeni Zelanda Aotearoa'da da 7 Kasım 2021'den itibaren yardımcı ölüm hizmeti sunulmaya başlanmıştır (health.govt.nz, 2022). Yardımlı intiharla ilgili olarak şu anda evrensel olarak kabul edilmiş bir mevzuat modeli bulunmamakta olup, her ülkenin kendine özgü kuralları ve rehberleri vardır (Sermeno, 2015).

Özetle, ötanazi ve hekim yardımcı intihara ilişkin ülkelerin farklı uygulamaları bulunmaktadır. Konuya ilişkin farklı bakış açıları, konunun ülkelerde yasal olarak ele alınmasında da farklılıkların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Ötanazi ve hekim yardımcı intihar çoğu ülkede yasadışıdır. Bazı ülkeler ise, uygulamalardan birini veya her ikisini yasallaştırmıştır. İtalya, İsrail, İrlanda, Birleşik Krallık, Norveç, İsveç, Hindistan, Türkiye, Meksika, Danimarka, Çin, Fransa ve Rusya'da her iki uygulama da yasadışıdır. Avusturya, Finlandiya, Almanya, Yeni Zelanda ve İsviçre'de ötanazi yasadışı iken, hekim yardımcı intihar yasalıdır. ABD'de ötanazi yasadışı olmakla birlikte hekim yardımcı intihar bazı eyaletlerde yasallaştırılmıştır. Belçika, Kanada, Lüksemburg, Hollanda ve İspanya'da ise, her ikisi de yasalıdır (ProCon.org, 2022). Bu kapsamda yardımcı intihar uygulamasıyla ilgili yanıt aranılması gereken sorular olduğu düşünülmektedir. Uygulamanın yasal olmadığı ülkelerden canlı olarak ayrılan bireyin ülkesine ölü dönmeye ilişkin bir düzenlemeye ya da ülkeler arası anlaşmaya rastlanmamıştır. Bu sorunun yanıt bulmasının konunun aydınlatılması açısından önem taşıdığı düşünülmektedir.

2. ORGANİZASYONLAR

Yardımlı intihar hizmeti sunma amacıyla faaliyet gösteren organizasyonlar, çeşitli koşulları yerine getirmeleri şartıyla üyelerine yardımlı intihar hizmeti sunmaktadır. Koşullar organizasyona göre farklılık gösterebilmektedir. Yardımlı intihar, ölümcül hastalığı ya da tedavi edilemeyen sakatlığı bulunan bireylerin faydalanabildiği bir hizmettir. Yaşam kalite algılarının kötü olduğunu dile getiren her birey bu hizmetten faydalanamamaktadır. Yardımlı intihar talepleri, bir istekten ziyade, yeterli iyileşme sağlayamayan hastaların yardım çığı olarak da görülmektedir. Dignitas, “onurlu yaşa, onurlu öl” sloganı ile yola çıkan İsviçre yasaları doğrultusunda kurulmuş bir dernektir. 17 Mayıs 1998’de Zürih yakınlarındaki Forch’da hizmet sunmaya başlamıştır. Organizasyonun herhangi bir ticari çıkar amacı gütmeyeceği yalnızca üyelerine onurlu bir ölüm sağlamak amacıyla varlığını sürdürdüğü ifade edilmektedir. 26 Eylül 2005’te Dignitas’ın uygulamalarını takip etmek üzere Alman girişimcilerin destekleriyle Hannover’da da benzer bir klinik kurulmuştur. Bugün, bu iki dernek 69 farklı ülkeden 7100’den fazla üyeye sahiptir. Her iki dernek de Dünya Ölüm Dernekleri Federasyonu (WFRtDS) ve Avrupa Ölme Hakkı (RTDe) üyesidir (Dignitas, 2020). Yardımlı intiharın farklı ülke ya da eyaletlerde yasallaştırılmasından bu yana yardımlı intihar konusuna dikkat çekmek ve destek sağlamak amacıyla çeşitli ölme hakkı organizasyonları kurulmuştur (Cannistraci-Vazquez, 2009). Dünya Ölüm Dernekleri Federasyonu (WFRtDS), 1980 yılında, bireylerin hayatlarının sonlandırılması konusunda kendi kaderlerini belirleme hakkını korumak ve faaliyette bulunan organizasyonlar için uluslararası bir bağlantı sağlamak amacıyla kurulmuştur. Federasyon, 26 ülkeden toplamda 49 organizasyondan oluşmaktadır (WFRtDS, 2020). Avrupa Ölme Hakkı organizasyonu ise amaçlarını:

- Avrupa’da ölmekte olan kişiler için seçim hareketini güçlendirmek,
- Organizasyon bulunmayan ülkelerde organizasyon oluşumunu teşvik etmek,
- Üye toplumların bilgi ve deneyimlerini diğer toplumlarla paylaşmak,
- Avrupa organizasyonlarında, ölümü tercih etmek isteyenlerin çıkarlarını temsil etmek,
- Yaşamın sonlanmasında kendi kaderini tayin etmeyi reddedenlere karşı çıkmak,
- Kişilerin iradelerinin yasal olarak tanınması için kampanya başlatmak ve
- Avrupa’da ölüm ve kendi kaderini tayin etme konusunda sosyal ve yasal kabul edilebilirliği sağlamak olarak ifade etmektedir (RTDe, 2019).

Dignitas, nazikçe, risksiz, güvenle ve genellikle aile üyelerinin veya arkadaşlarının refakatinde hayatlarını sona erdirmeleri için bireylere yardımcı olduklarını ileri sürmektedir. Klinik, birey ölümcül hastalıktan mı muzdarip yoksa kabul edilemez bir sakatlık mı var tespit etmektedir. Bu durum, yardım için aranan bir kriterdir. Bireyin ayrıntılı bir tıbbi değerlendirmesinin yapılabilmesi için bir hekim ayarlanmakta, bütün bu süreç tamamlanmış ise bir Dignitas gönüllüsü, hastaya yardımlı intihar sürecinin son aşaması için yardımcı olmaktadır. Son aşama öncesinde bireye hala ölme isteği olup olmadığı tekrar sorulmakta ve intihar beyanı imzalatılmaktadır. Bireye, kusma önleyici ilacın ardından yatıştırıcı verilmektedir. Birey kendisine verilen ilaçları içtikten sonra Dignitas temsilcisi klinikte yardımlı intihar gerçekleştiğini polise bildirmektedir (Ost, 2010). Sodyum pentobarbital, yardımlı intihar için en yaygın kullanılan ilaç olup, İsviçre’deki ilaçlar hakkındaki kanuna göre sadece belirli koşullar altında reçete edilebilmektedir (Gauthier ve ark., 2015). Bu ilaç, suistimal edilmemesi için asla başvuru sahibine verilmemekte, başvuran kişi adına yalnızca hekime, yardımlı intihar kliniğine veya yardımlı intihar görevlisine teslim edilmektedir. İlaç hastaya verildikten sonra hasta anestezi altında ve hiçbir acı duymadan komaya girmektedir. Solunum 10-30 dakika içerisinde durmakta, bazı durumlarda ise daha uzun sürebilmektedir. Olay gerçekleşirken yardımlı intihar görevlisine ek olarak en az bir tanık daha bulunmaktadır. Bu kişi ikinci bir görevli, bir aile üyesi, bir arkadaş veya hastanın hekimi olabilmektedir (Baezner-Sailer, 2008). Yardımlı intihar sırasında hekimin bulunması gerekmez de, hekimin hastayı değerlendirmesi ve öldürücü ilacı yazması gerekmektedir (Cannistraci-Vazquez, 2009). Yardımlı intihar arayışındaki bireyler yaşamlarına son vermek için İsviçreli grup Dignitas’ın hizmetlerini kullanmakla beraber üye de olmaktadır (Huxtable, 2009; Smith, 2010). Dignitas’ın yardımlı intihar hizmetinden faydalanan kişiler arasında Daniel James’de bulunmaktadır. İngiltere Gençlik takımları ragbi oyuncusu Daniel James, Mart 2007’de antrenman sırasında sakatlanmış ve göğüs hizasından aşağısı felç olmuştur. Bir ragbi maçında sakatlanmış ve felç olan yirmi üç yaşındaki James, hayatını Dignitas’ta yanında ebeveynleri ile sona erdirmiştir. İngiliz orkestra şefi Sir Edward Downes ve eşi Leydi Joan’da 7 Temmuz 2009’da Zürih’te birlikte yaşamlarını sona erdirmiştir. 7 Temmuz 2009’da, seçkin İngiliz orkestra şefi Sir Edward Downes karısı Lady Joan ile birlikte Zürih’e gitmiş, üç gün sonra, çift yardımlı intihar kliniği Dignitas’ı ziyaret etmiştir. Klinik gönüllüleri onlara hayatlarını birlikte sonlandırmalarını sağlayacak bir içecek vermiştir. Sir Edward ve Lady Joan, “barbitüratların kokteyli”

isimli içeceği içmiş, yan yana ve el ele uzanmış ve hayatlarına son vermişlerdir. Lady Joan yetmiş dört yaşında ve kanser hastalığının terminal dönemindeyken; Sör Edward seksen beş yaşında ve neredeyse kör ve sağırken bu seçimi yapmıştır. Bu tarz hikayeler hastalara, hayatlarını acısız bir şekilde sona erdirmeye fırsatı sunulduğunu düşündürmüştü ve Dignitas gibi yardımcı intihar kliniklerini ilgi çekici hale getirmiştir. Hikayeler, hayatına son verme konusunda yardım aramak için yurtdışına seyahat eden kişilerin yaşadıkları konusunda fikir vermektedir. Bu tür hikayelerin yaygınlaşması, yaşamlarını sona erdirmek için yardım arayışında olan ve yabancı ülkelere seyahat etmek isteyen bireyleri tanımlayan intihar turizmi kavramını popüler hale getirmiştir (Safyan, 2010). Prosedürler ve hikayeler deneyimli bir intihar görevlisinin önemine vurgu yapmaktadır. İntihar görevlisi, ölmekte olan kişinin yanında durmakta, isteklerinin yerine getirildiğini izlemekte, öngörülemeyen olaylara karşı onları korumakta, aileye duygusal destek sunmakta ve yetkililere karşı mücadelede yasal hasta yakınlarına yardımcı olmaktadır (Baezner-Sailer, 2008). Yardımlı bir intihar teşkilatına gönüllü olarak katılmak için resmi olarak hiçbir nitelik gerekmez de sıklıkla hemşireler, din adamları, sosyal hizmet görevlileri ve avukatlar bu görev için tercih edilmektedir (Cannistraci-Vazquez, 2009). Son anlarında bir turizm deneyimi yaşamak isteyen ve bu konuda istekli olan bireyler bu tür hizmetler aramaktadır.

İsviçre, Dignitas'ın yanı sıra birçok yardımcı intihar kliniği bulunduran bir ülkedir. Bu kliniklerden bazıları, EXIT DS, EXIT ADMD, Ex-International ve Sterbehilfe'dir. EXIT DS'ye 18 yaş üzeri İsviçre vatandaşı ya da İsviçre'de ikamet eden/kalıcı oturma izinleri bulunan göçmenler üye olabilmektedir. Organizasyon 3 Nisan 1982 yılında Zürih'te kurulmuş olup, 130.000 üyeye sahiptir. İsviçre'deki ilk ve en deneyimli organizasyondur. Yalnızca 18 yaşını doldurmuş İsviçre vatandaşlarına ya da İsviçre'de ikamet eden dernek üyelerine hizmet sunmaktadır. İsviçre vatandaşı olmayan ve İsviçre'de ikamet etmeyen bireylerin, EXIT DS'den yardımcı intihar hizmeti alması olası değildir. Organizasyon, yaşamda ve ölümden insanların kendi kaderini tayin etme hakları olduğu inancıyla kurulmuştur. Organizasyon, Dünya Ölüm Dernekleri Federasyonu üyesidir (EXIT DS, 2020). EXIT ADMD, 23 Ocak 1982'de Cenevre'de kurulmuş olup, 30.000 üyesi bulunmaktadır. EXIT ADMD de EXIT DS gibi 18 yaşını doldurmuş İsviçre vatandaşlarına ya da İsviçre'de ikamet eden dernek üyelerine hizmet sunmaktadır. Ücretsiz yardımcı intihar için asgari üyelik süresi 3 yıldır. 3 yıldan az süredir üye olan kişiler için sunulan hizmet ücretlidir. Organizasyon, Dünya Ölüm Dernekleri Federasyonu üyesidir (EXIT ADMD, 2020). İsviçre'deki bir diğer organizasyon Ex-International ise, 1996 yılında Bern'de kurulmuştur.

Dignitas, tüm yetişkinlere açık olup yalnızca İsviçre'de hizmet sunmaktadır. Organizasyondan yardımcı intihar hizmeti alabilmek için, üye olmak ve asgari düzeyde hareket edebiliyor olmak gerekmektedir. Dignitas'ın Almanya şubesi de bulunmaktadır. Dignitas Almanya, 26 Eylül 2005'te Hannover'de kurulmuştur (Dignitas, 2020). Dignity in Dying, Friends at the End (FATE) ve EXIT (Voluntary Euthanasia Society Scotland) İngiltere'de bulunan ölüm kliniklerinden bazılarıdır. Dignity in Dying, İngiltere'de yardımcı intihar hizmeti sunan ve en bilinen organizasyondur (My Death My Decision(a), 2019). Bunların yanı sıra SPIRIT kurumu eski bir Dignitas danışman hekimi tarafından kurulmuştur ve İsviçre vatandaşı olmayanlar için de yardımcı intihar hizmeti sunmaktadır. Exit-International 1997 yılında Avustralya'da kurulmuş bir ölüm organizasyonudur. Organizasyonun 30.000'den fazla üyeye sahip olduğu belirtilmektedir. Organizasyonun, İrlanda, Hollanda, ABD, Yeni Zelanda ve İngiltere'de ofisleri bulunmaktadır (Exit-International, 2020).

Yardımlı intihar hizmeti sunan organizasyonların yanı sıra yönlendirmeler yapan kurumlar da bulunmaktadır. The Last Choice-Switzerland, İsviçre vatandaşı olmayan fakat yardımcı intihar hizmeti almak isteyen bireylere İsviçreli organizasyonlardan birini tercih etmeleriyle ilgili yönlendirmeler yapan ve süreçler hakkında kişilere tavsiyeler sunan aracı organizasyondur. Lifecircle, insanlığın onuru ile ilişkilendirilen, zor şartlarda ve yaşamın sonuna doğru bireyin kendi kaderini tayin etmesinin doğru olduğu inancına bağlı olarak kurulmuş bir dernektir. Lifecircle yöneticileri, derneği bir kriz, fiziksel sakatlık, evde bakım ya da palyatif bakımın söz konusu olması durumunda bireyleri bilgilendiren ve destekleyen bir kuruluş olarak tanımlamaktadır. Lifecircle, İsviçre yasaları ve konu ile ilgili düzenlemelere yönelik olarak kurulmuş İsviçre'de veya yurtdışında yaşayan yetişkin bireylere açık bir dernektir (Lifecircle, 2019).

Yardımlı intihar, kişinin intiharı için profesyonel danışmanlık sağlayan bir seçenektir. Uykuya ve nihayetinde ölüme, hızlı ve ağrısız ulaşmayı sağlayabilecek ilaçlara yasal olarak erişme şansı sunmaktadır. İşlemin doğru şekilde gerçekleştiğinden emin olmak için hekim veya deneyimli bir kişi bulunmaktadır. Yaşamını sona erdiren kişiye aile ve arkadaşları eşlik edebilmektedir. Bunlar yardımcı intiharın avantajları olarak öne sürülmektedir. Seyahatin avantajları olduğu belirtilse de, zaten acı çeken ve evlerinden çok uzaklara seyahat etmek ve muhtemelen diledikleri iyi ölümü elde etmek için İsviçre'de birkaç gün kalmak zorunda olan insanlar için zorlu bir yolculuğu da kapsamaktadır. Pek çok insan bu seçeneğin maliyetini karşılayamamaktadır. 2008-2012 yıllarını kapsayan bir araştırmaya göre yardımcı intiharı tercih eden kişilerin büyük çoğunluğunu kanser hastaları oluşturmaktadır. Yardımlı intihar gerçekleştirmek için en çok Almanya, İngiltere ve Fransa'dan seyahatler yapılmaktadır (Gauthier ve ark., 2015). Kanseri, kardiyovasküler hastalıklar ve acı sendromu takip etmektedir (Cannistraci-Vazquez, 2009).

3. SONUÇ VE ÖNERİLER

Tıp ölümü ortadan kaldıramadığı gibi, tedavi sürecinde de insanların tüm acılarını dindirememektedir. Yardımlı intiharın savunucularının ve karşıtlarının ortak amacı, ölmekte olan hastaların acılarını hafifletmektir (Snyder Sulmasy & Mueller, 2017). Wittwer, yardımlı intiharın yasallaştırılmasına karşı argümanlardan bahsettiği çalışmasında insanların sadece fiziksel olarak ağır hasta olmaları nedeniyle intihara meyilli olmadığını ve konunun vaka bazında değerlendirilmesi gerektiğini ifade etmektedir (2013). Yeterli palyatif bakım sağlanması durumunda hastaların ölümü hızlandırmak istemeyecekleri ve yardımlı intiharı tercih etmeyecekleri görüşü de benimsenmektedir (Rosenfeld, 2004). Goligher ve ark., sağlık hizmeti sunumu bağlamında ve yaşamın sonunda hastaların tedavisinde, sağlık uzmanının hastanın yaşamına kasıtlı olarak son vermesinin etik olmadığını, söz konusu eylemin hekimlik mesleğinin özüne aykırı olduğunu dile getirmiştir. Hekimler, yardımlı intihar taleplerini hastanın acılarını ve korkularını araştırmak için bir fırsat olarak görmeli ve bu sorunları ele almak için seçenekleri tartışmalıdır (2017). Bu doğrultuda bireylerin yardımlı intihar konusundaki motivasyonlarının araştırılması ve üzerinde durulması gerektiği düşünülmektedir. Çalışma kapsamında söz konusu yardımlı intiharın olumlu veya olumsuz bir eylem olduğu ile ilgili görüş bildirmek amaçlanmamıştır. Uygulamaya taraf ve karşı argümanlar genel hatlarıyla ele alınmaya çalışılmış ve ülke örnekleriyle yardımlı intihar uygulamasına ilişkin bilgi sunulmuştur.

İntihar turizmi kavramı, alışlagelmiş turizm tanımına uymamaktadır. Turizm genellikle neşeli deneyimlerle ilişkilendirilirken; intihar turizmi keyifli zaman geçirmekle ilgili olamayacak amaçları içermektedir (Yu ve ark., 2020). Turizm, insanların yaşadıkları yerlerden farklı yerlere seyahatlerini, konaklamalarını, çeşitli hizmetlerden faydalanmalarını ve faaliyetleri sonrasında yaşadıkları yere dönmelerini ifade etmektedir. Fakat intihar turizminde kişi canlı olarak yaşadığı yere dönememektedir (Çoban ve ark., 2017). Bu nedenle kavramın turizm çeşidi olarak değerlendirilip değerlendirilemeyeceğine dair farklı görüşler bulunmaktadır. Yardımlı intihar, sağlık turizmi literatürü içerisinde net bir şekilde kendine yer bulmuş bir kavram değildir. Medikal turizmin niş bir bölümü olarak değerlendirilebilmekte (Higginbotham, 2011) veya karanlık turizm kapsamında ele alınabilmektedir (Miller & Gonzalez, 2013). İntihar amaçlı seyahat ile turizmin geleneksel tanımı arasındaki farklılıklara rağmen kavram dikkat çekmektedir (Wen ve ark., 2021). İntihar turizmi, uluslararası literatürde "suicide tourism" ya da "physician assisted suicide tourism" olarak adlandırılmaktadır (Gauthier ve ark., 2015; Gross ve ark., 2007; Higginbotham, 2011; Huxtable, 2009; Miller & Gonzalez, 2013; Richards, 2017; Sperling, 2019; Wen ve ark., 2021; Yu ve ark., 2020).

Yardımlı intihar ve intihar turizmi konuları, çok fazla tartışmaya yol açan güncel konulardır. Bunun yanı sıra; tıp, hukuk, sosyoloji, felsefe, din ve ahlakın farklı yönlerini kapsamaktadır (Banovic ve ark., 2017). Bu nedenle konunun tüm yönleriyle ele alınması gerekmektedir. Hayatı hızlı ve acısız bir şekilde sonlandırabilen tekniklerin mevcudiyeti, ötanazi, insanların yaşamlarını sonlandırmak için seyahat gerçekleştirmeleri ve kişilerin ölüm motivasyonu özenle ele alınması gereken konulardır. Yaşam kalitesinin göz ardı edilemeyecek düzeydeki ağrılar, acılar ya da sakatlıklar nedeniyle düşüşü kişilerin nitelsiz bir yaşamı tercih etmemelerine ve ölümü arzulamalarına neden olabilmektedir. Bireylerin yükseltilemeyen yaşam kaliteleri ve iyi bir ölüm istekleri onları yardımlı intihar için seyahat etmek durumunda bırakabilmektedir. Yardımlı intiharın onurlu bir ölüm şekli olduğu konusundaki görüşler ve ölüm hakkı organizasyonlarının varlığı kişilerin tercihlerini etkileyebilmektedir. Yardımlı intiharın bazı ülke ya da bölgelerde yasallaştırılmasıyla birlikte kamusal ve politik tartışmalar yaşanmaktadır.

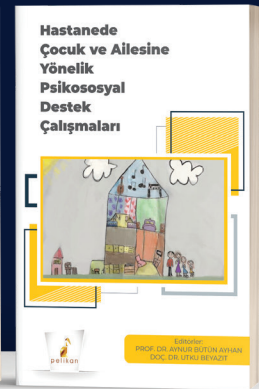
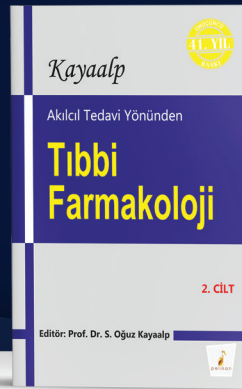
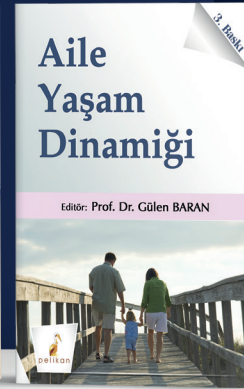
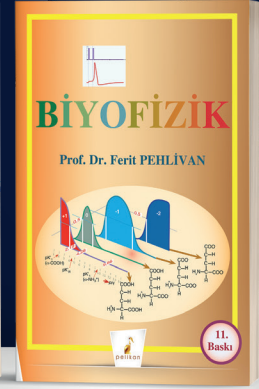
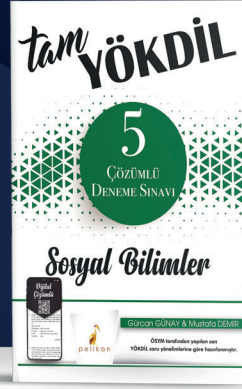
Yardımlı intihar eylemi, ülkelerin ahlaki ve yasal yapılanmasına göre farklılık göstermektedir (TTBM, 2009). Dünya'da bu hizmetin en fazla sunulduğu ülke İsviçre'dir. İsviçre dışında bu hizmeti sunan başka ülkeler ya da eyaletler de bulunmaktadır. Türkiye'de ise ötanazi ya da yardımlı intihar yasal değildir. Yurtdışında belirli ülkelerde gerçekleştirilen yardımlı intiharların yanı sıra, tedavisi olanaksız hastalara sunulan bakım ve palyatif bakım da güncel konular arasında yer almaktadır. Tedavisi olanaksız hastalara sunulan bakım, ölümcül hastalığı bulunan kişinin yaşam kalitesine odaklanırken, ölmekte olan kişinin ölüm sürecini kısaltmamakta ya da hastalığı iyileştirmemektedir. Özünde hastalığa değil, hastanın ve yakınlarının yaşam kalitelerine odaklanan bir bakım türüdür. Tedavisi olanaksız hastalara sunulan bakım, intiharı seçenek olarak görmeyen ve ömrünün son dönemlerinde olan hastalar için yurtdışında bir alternatif olarak sunulmaktadır. Yardımlı intihar, palyatif bakım ve tedavisi olanaksız hastalara sunulan bakım konularının birlikte ele alınabileceği ve yardımlı intihar konusuna ilişkin farklı bakış açıları sunmak amacıyla disiplinler arası çalışmalar gerçekleştirilebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Ahlzen R. (2020). Suffering, authenticity, and physician assisted suicide. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 23(3), 353-359.
- Baezner-Sailer E.M. (2008). Physician-Assisted Suicide in Switzerland: A Personal Report. In *Giving Death a Helping Hand*, Springer, 141-148.
- Banović, B., Turanjanin, V., & Miloradović, A. (2017). An ethical review of euthanasia and physician-assisted suicide. *Iranian Journal of Public Health*, 46(2), 173-179.
- Bauwelinck M, Deboosere P, Willaert D, Vandenheede H. (2017). Suicide mortality in Belgium at the beginning of the 21st century: differences according to migrant background. *The European Journal of Public Health*, 27(1), 111-116.
- Beauchamp T.L. (1999). The medical ethics of physician-assisted suicide. *Journal of medical ethics*, 25(6), 437.
- Burkhardt S, La Harpe R, Harding T. W, Sobel J. (2006). Euthanasia and assisted suicide: comparison of legal aspects in Switzerland and other countries. *Medicine, science and the law*, 46(4), 287-294.
- Campaign for Dignity in Dying. Erişim: <https://www.dignityindying.org.uk/assisted-dying/international-examples/benelux/>. Erişim Tarihi: 26 Kasım 2020.
- Cannistraci-Vazquez J. (2009). *Suicide in the land of milk and chocolate: The legalization of assisted suicide and death tourism in Switzerland*. Master Thesis. Fullerton: California State University.
- Cohen I.G. (2012). How to regulate medical tourism (and why it matters for bioethics). *Developing world bioethics*, 12(1), 9-20.
- Connell J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. *Tourism management*, 27(6), 1093-1100.
- Çoban Ö., Dilek S. E., & Harman S. (2017). İntihar Bir Turizm Türü Olarak Değerlendirilebilir Mi?. *Neşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 7(1), 137-151.
- Death With Dignity. Erişim: <https://www.deathwithdignity.org/>. Erişim Tarihi: 30 Kasım 2020.
- Deutsche Welle Türkçe(a). Erişim: <https://www.dw.com/tr/kaliforniyada-%C3%B6tanazi-serbest-b%C4%B1rak%C4%B1ld%C4%B1/a-18763150>. Erişim Tarihi: 10 Kasım 2020.
- Deutsche Welle Türkçe(b). Erişim: <https://www.dw.com/tr/alman-anayasa-mahkemesinden-ya%C5%9Fama-son-verme-hakk%C4%B1na-ye%C5%9Fil-%C4%B1%C5%9F%C4%B1k/a-52543433>. Erişim Tarihi: 10 Kasım 2020.
- Dignitas. Erişim: <http://www.dignitas.ch/>. Erişim Tarihi: 30 Kasım 2020.
- EXIT ADMD. Erişim: <https://www.exit-romandie.ch/>. Erişim Tarihi: 30 Kasım 2020.
- EXIT DS. Erişim: <https://exit.ch/>. Erişim Tarihi: 30 Kasım 2020.
- Exit-International. Erişim: <https://exitinternational.net/>. Erişim Tarihi: 30 Kasım 2020.
- Fitzpatrick K. Smook, A. (2015). Health Management. Benelux: Focus on Euthanasia, 15(3). Erişim: <https://healthmanagement.org/c/healthmanagement/issuearticle/benelux-focus-on-euthanasia>. Erişim Tarihi: 26 Ekim 2020.
- Frileux, S, Lelièvre C, Sastre M.M, Mullet E, Sorum P.C. (2003). When is physician assisted suicide or euthanasia acceptable?. *Journal of Medical Ethics*, 29(6), 330-336.
- Gauthier S, Mausbach J, Reisch T, & Bartsch C. (2015). Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. *Journal of Medical Ethics*, 41(8), 611-617.
- Goligher, E. C., Ely, E. W., Sulmasy, D. P., Bakker, J., Raphael, J., Volandes, A. E., & Downar, J. (2017). Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the Intensive Care Unit: A Dialogue on Core Ethical Issues. *Critical care medicine*, 45(2), 149-155.
- Gross, C., Piper, T. M., Bucciarelli, A., Tardiff, K., Vlahov, D. ve Galea, S. (2007). Suicide tourism in Manhattan, New York City, 1990–2004. *Journal of Urban Health*, 84(6), 755-765.
- Higginbotham G. (2011). Assisted-Suicide Tourism: Is It Tourism?. *Tourismos: An International Multidisciplinary Journal Of Tourism*, 6(2), 177-185.
- Huxtable R. (2009). The Suicide tourist trap: compromise across boundaries. *Journal of Bioethical Inquiry*, 6(3), 327-336.
- Lifecircle. Erişim: <https://www.lifecircle.ch/en/>. Erişim Tarihi: 15 Ocak 2019.
- Madesha K. (2017). *The Future of Canada's Medical Assistance in Dying (MAID) for the Mentally Ill and Physically Disabled*. Master

Thesis. Toronto: University of Toronto, Faculty of Law.

- Miller D.S., Gonzalez C. (2013). When death is the destination: the business of death tourism—despite legal and social implications. *International Journal of Culture, Tourism and Hospitality Research*, 7(3), 293-306.
- Ministry of Health. (2022). Assisted Dying Service. <https://www.health.govt.nz/our-work/life-stages/assisted-dying-service>. Erişim Tarihi: 31 Ocak 2022.
- Mitchell J. B. (2007). *Understanding assisted suicide: Nine issues to consider*. University of Michigan Press.
- My Death My Decision(a). Erişim: <https://www.mydeath-mydecision.org.uk/links/>. Erişim Tarihi: 15 Ocak 2019.
- My Death My Decision(b). Erişim: <https://www.mydeath-mydecision.org.uk/info/options/assisted-suicide-switzerland/>. Erişim Tarihi: 15 Ocak 2019.
- My Death My Decision(c). Erişim: <https://www.mydeath-mydecision.org.uk/info/issues/what-is-a-good-death/>. Erişim Tarihi: 26 Ekim 2020.
- Ost S. (2010). The de-medicalisation of assisted dying: is a less medicalised model the way forward?. *Medical Law Review*, 18(4), 497-540.
- ProCon.org. (2022). Euthanasia & Physician-Assisted Suicide (PAS) around the World. 10 Ocak 2022. <https://euthanasia.procon.org/euthanasia-physician-assisted-suicide-pas-around-the-world>. Erişim Tarihi: 31 Ocak 2022.
- Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., Müller-Busch, C., Ellershaw, J., De Conno, F., ... & board members of the EAPC. (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 30, 104–116.
- Richards, N. (2017). Assisted Suicide as a Remedy for Suffering? The End-of-Life Preferences of British “Suicide Tourists”. *Medical Anthropology*, 36(4), 348-362.
- Rosenfeld B. (2004). Assisted Suicide And The Right To Die: The Interface Of Social Science, Public Policy and Medical Ethics, American Psychological Association, Washington, DC.
- RTDe Right To Die Europe. Erişim: <https://www.rtde.eu/constitution/>. Erişim Tarihi: 15 Ocak 2019.
- Safyan A.R.A (2010). Call for International Regulation of the Thriving Industry of Death Tourism. *Loy. LA Int'l & Comp. L. Rev*, 33, 287.
- Schmidt W.C. (2011). Medicalization of aging: the upside and the downside. *Marq. Elder's Adviser*, 13, 55.
- Sermeno J. R. (2015). A Policy Analysis of Oregon's Death with Dignity Act of 1997 and Comparison to California's End of Life Options Act of 2015. Master Thesis. Los Angeles: California State University, School of Social Work.
- Smith G. P. (2010). Refractory pain, existential suffering, and palliative care: releasing an unbearable lightness of being. *Cornell JL & Pub. Pol'y*, 20, 469.
- Snyder Sulmasy L, Mueller P.S. (2017). Ethics and the legalization of physician-assisted suicide: an American College of Physicians position paper. *Annals of internal medicine*, 167(8), 576-578.
- Snyder, L., & Sulmasy, D.P. (2001). Physician-assisted suicide. *Annals of Internal Medicine*, 135(3), 209-216.
- Sperling, D. (2019). Suicide tourism: understanding the legal, philosophical, and socio-political dimensions. Oxford University Press.
- TTBM Konseyi (2009). Türk tabipleri birliği, etik bildirgeler çalıştay sonuç raporları. *Türk Kardiyol Dern Arş*, 37(3), 51-66.
- Wakefield, J. (2021). Maker of suicide pod plans to launch in Switzerland 09.12.2021 <https://www.bbc.com/news/technology-59577162> Erişim Tarihi: 31 Ocak 2022.
- Wen, J., Goh, E., & Yu, C. E. (2021). Segmentation of physician-assisted suicide as a niche tourism market: An Initial Exploration. *Journal of Hospitality & Tourism Research*.
- WFRtDS World Federation Right to Die Societies. Erişim: <https://wfrtds.org/ensuring-choices-for-a-dignified-death/>. Erişim Tarihi: 30 Kasım 2020.
- Wittwer, H. (2013). The problem of the possible rationality of suicide and the ethics of physician-assisted suicide. *International journal of law and psychiatry*, 36(5-6), 419-426.
- Yu C.E, Wen J, Meng F. (2020). Defining physician-assisted suicide tourism and travel. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 44(4), 694-703.



www.pelikan

Tüm Kitaplarımız için



Alışveriş Sitemizi Ziyaret Edin!..

kitabevi.com.tr

MITLER ORMANINDA KAYBOLMAK: ŞİZOFRENI

GETTING LOST IN A JUNGLE OF MYTHS: SCHIZOPHRENIA

Türkan Peşkirici¹ * Esra Uslu²¹ Yüksek Lisans Öğrencisi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü² Dr. Öğr. Üyesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

ARTICLE INFO	ÖZET
<p>Makale Türü: Geleneksel Derleme</p> <p>Anahtar Sözcükler: İnanç, Hemşirelik, Mit, Şizofreni, Tutum</p> <p>Keywords: Attitude, Belief, Myth, Nursing, Schizophrenia</p> <p>Sorumlu Yazarlar Türkan Peşkirici¹, Esra Uslu²</p> <p>Adres: ¹ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Meşelik Kampüsü-26480 Eskişehir ² Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı</p> <p>E-mail: ¹ tpeşkirici@ogu. edu.tr ² esra.uslu@ogu. edu.tr</p>	<p>Mit; bilimsel gerçeklerden uzak, halk tarafından ortaya atılmış bilgilerden oluşan efsane olarak tanımlanmaktadır. Şizofreniye ilişkin pek çok mit bulunmaktadır. Şizofreni tanılı bireyler ve aileleri, hastalığa uyum sürecinin ve hastalığın getirdiği bakım yükünün yanı sıra toplum tarafından ortaya atılan bu mitler ile de mücadele etmek zorunda kalmakta, yalnızlaşmakta, damgalanmakta ve tedaviye uyum sorunları yaşamaktadırlar. Bu durum beraberinde şizofreni tanılı bireylerin toplumdaki diğer bireylerle uyum içerisinde yaşamalarını da engellemektedir. Bu doğrultuda derlemenin amacı şizofreniye ilişkin mitleri ortaya koymaktır. Derlemede şizofreni tanılı bireylerin çift kişilikli, saldırgan, davranışlarının öngörülemez olduğu, hastalığın çok sevme, Tanrı tarafından cezalandırılma, meni kaybı, duygusal travma gibi nedenler ile oluşabileceği, seyrinin kötü olduğu ve tedavi edilemeyeceği gibi mitler belirlenmiştir. Hastalık sürecinin yönetilebilmesi için mitlerin tanımlanması, mitlere ilişkin problemlerin yönetiminde kilit rolde bulunan hemşirelerin uygun yol haritasını belirleyebilmesi açısından gerekli ve önemlidir. Buna karşın konu ile ilgili çalışmalar nicel sınırlılık göstermekte olup çoğunlukla uluslararası literatürü kapsamaktadır. Ülkemizde ise konu ile ilgili literatür güncel bilgi yönünden sınırlıdır. Bu kapsamda toplumda şizofreniye ilişkin mitlerin araştırılması, hemşirelerin önderliğinde mitlere yönelik toplumsal bilinçlendirme çalışmalarının yapılması önerilmektedir.</p>
	<p>ABSTRACT</p> <p>A myth is defined as a legend consisting of information put forward by the public and being far from scientific facts. There are many myths about schizophrenia. Individuals with a diagnosis of schizophrenia and their families have to cope with these myths put forward by society, the process of adjustment to the disease, and the burden of care brought by the disease. Eventually, they get lonely, are stigmatized, and have problems adjusting with treatment. This situation also prevents individuals diagnosed with schizophrenia from living in harmony with other individuals in society. Accordingly, this review is aimed to reveal the myths about schizophrenia. In the review, some myths that individuals diagnosed with schizophrenia had double personalities, were aggressive, and had unpredictable behaviors, the disease originated from reasons such as loving too much, being punished by God, loss of semen, or emotional trauma, it had a bad course, and that it could not be treated were identified. Defining myths is important so that the disease process can be managed and nurses, who play a key role in the management of the problem of myths, can determine an appropriate roadmap. On the other hand, much of the research into the subject involves quantitative studies and mostly belongs to international literature. In our country, the literature on the subject is limited in terms of up-to-date information. In this context, it is recommended to investigate the myths about schizophrenia in society and to carry out social awareness studies on myths under the leadership of nurses.</p>

GİRİŞ

Şizofreni dünyada 20 milyon insanı etkileyen, düşünce, algı, duygu, dil, benlik duygusu ve davranışta bozulmalarla karakterize, halüsinasyon ve sanrıları içeren, kronik bir ruhsal bozukluktur (GBD, 2018; World Health Organization, 2014, 2019a, 2019b, 2022). Oldukça yorucu olabilecek güçte olan bu belirtilerin yanı sıra bu bireyler damgalanmaya ve ayrımcılığa da maruz kalmaktadır (WHO, 2008, 2019a, 2019b, 2022). Kişiyi, ailesini ve toplumu pek çok alanda etkileyen şizofreni mitler nedeniyle daha karmaşık ve anlaşılmaz olabilmektedir. Bu kapsamda bu derlemede şizofreni mitler kapsamında değerlendirilecektir.

Mit; “geleneksel olarak yayılan veya toplumun hayal gücü etkisi ile biçim değiştiren, alegorik bir anlatımı olan, halk hikayesi, mitos, efsaneleşen kavram veya kişi” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2020). Bir başka tanıma göre; bilimsel ve deneysel kanıtlar yerine dilden dile dolaşan masallar üzerine kurulmuş efsanelerdir (Sungur, 2000). Diğer bir ifade ile temelini din ve doğaüstü güçlerin oluşturduğu unutulmuş ya da belirsiz hikayelerdir (Kishore et al., 2011). Mitler üzerine birçok çalışma yürüten Curtis ve Kelly’e göre ise mit; fikirlerin hikayeleri olarak tanımlanmıştır (Curtis & Kelley, 2017, 2019). Tanımlardan anlaşılacağı üzere mitlerin; gerçeği yansıtmayan bilgiler olduğu görülmektedir.

Ruh sağlığı alanındaki mitler, diğer bir isim ile psikolojik mitler (Lilienfeld et al., 2011), doğru bilgiler kadar yaygındır (Curtis & Kelley, 2021; Lilienfeld et al., 2011). Bu mitlerin oluşmasına bireylerin ruhsal hastalığa ilişkin inanç, tutum ve davranışları aracılık etmektedir (Barkeloo-Carter & Gonzalez, 2021; Bekiroğlu, 2021) Yanı sıra filmler (Owen, 2007), televizyon programları (Owen, 2007; Srivastava et al., 2018; Warner, 2001), sosyal medya ve internet (Curtis & Kelley, 2017) mitlerin kaynakları arasında yer almaktadır. Özellikle ruhsal hastalıklar ile ilgili şiddet içerikli medya tasvirleri mitlerin ortaya çıkmasında etkilidir (Mestdagh & Hansen, 2014). Medya aynı zamanda şizofreni hakkındaki birçok mitin ortaya çıkmasına ve yayılmasına da neden olmaktadır (Barkeloo-Carter & Gonzalez, 2021; González-Torres et al., 2007; İnan et al., 2021; Warner, 2001). Medyada şizofreni hakkındaki başta “tehlikelilik” olmak üzere oluşturulan benzeri olumsuz algılar, olumsuz tutum ve davranışlara sebebiyet vermekte ve mitlerin oluşumuna zemin hazırlamaktadır (İnan et al., 2021; Srivastava et al., 2018). Programlarda, alanında uzman olmayan kişilerin yaptığı hatalı/yanlış psikolojik yorumlar ve öneriler bu durumun ortaya çıkmasında etkilidir (Lilienfeld et al., 2011). Ayrıca kişinin deneyimleri, önyargıları, mit ile ilişkili konuya olan eğilimi ve bilgi birikimi de bu konuda önemli bir etkidir (Barkeloo-Carter & Gonzalez, 2021; Curtis & Lindberg, 2018).

Güvenilir bilgiler olmaksızın mitleri gerçeklerden ayırmak güçtür. Bu durum yanlışlarla dolu bir ormanda kaybolmak gibidir (Lilienfeld et al., 2011). Çünkü mitler kişi için yanıltıcı ve zararlı olabilir, onu dolaylı olarak incitebilir, kişinin kritik düşünmesini ve doğru kararlar almasını engelleyebilir (Lilienfeld et al., 2011), uygun tedavi almasını ve sosyal uyumunu bozabilir (González-Torres et al., 2007). Literatürde mitlerin şizofreninin anlaşılabilirliğini güçleştirdiği (Curtis & Lindberg, 2018), hastaların hayatını olumsuz etkilediği (Zvonkovic & Lucas-Thompson, 2015), damgalamaya, yardım arayışında sınırlılığa sebep olduğu (Barkeloo-Carter & Gonzalez, 2021), sosyal izolasyona (Zahid & Best, 2021), tedavide uyum problemlerine yol açtığı (Sungur, 2000) ve karamsarlığa neden olarak iyileşme olasılığını azalttığı bildirilmektedir (Abdel-Baki et al., 2011).

Şizofreni tanılı bireyler ve aileleri hastalıktan kaynaklanan birçok güçlüğün yanında (Baysan Arabacı et al., 2018), hastalığın getirdiği yük (Fekih-Romdhane et al., 2020; Ramezani et al., 2018; Sinha et al., 2017) ve stres ile de mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar (Arslantaş & Adana, 2011; Caqueo-Urizar et al., 2016; Gater et al., 2014; Kate et al., 2013; Lök & Bademli, 2021; Sabancioğulları & Pinar, 2020; Villalobos et al., 2017). Tüm bunlara ek olarak hastalığa ilişkin ortaya atılmış mitler hasta ve yakınlarının hayatını daha da güçleştirmektedir (Taşkın, 2007; Zvonkovic & Lucas-Thompson, 2015). Şizofreni tanılı bireylerin ebeveynleri mitlerin ortadan kaldırılmasına yönelik girişimlerde bulunulmasını ve bu yanlış bilgilerin doğrusu ile yer değiştirmesi için medya dahil tüm imkanların kullanılmasını talep etmektedir (İnan et al., 2021). Bu doğrultuda durumun yönetilebilmesi için mitlerin tanımlanması, mitlere ilişkin problemlerin yönetiminde kilit rolde bulunan hemşirelerin uygun yol haritasını belirleyebilmesi açısından gerekli ve önemlidir.

Şizofreniye ilişkin kanıt temelli bilgiler ve bakım temelli rehberler küresel anlamda artış göstermektedir (Fergusson & Gutiérrez-Peláez, 2017). Bu alandaki artışa karşın şizofreniye ilişkin mitleri araştıran kaynak sayısı yetersizdir (Lilienfeld et al., 2011). Var olan kaynaklar ise çoğunlukla gri literatürü (kitaplar, bilimsel içerikli olmayan raporlar) kapsamaktadır (Curtis & Kelley, 2021). Araştırma makaleleri ise nicel sınırlılık göstermektedir. Bunun nedeni ruhsal hastalıklara yönelik inanç, tutum ya da algıyı değerlendiren ölçeklerin bulunmasına karşın şizofreniye ilişkin mitleri değerlendiren ölçüm aracı yokluğundan kaynaklanabilir. Türkiye’de de konu ile ilgili yayınlanan en yakın tarihli makale 2007 yılına aittir (Taşkın, 2007). Bu tablo konu ile ilişkili bilimsel temelli çalışmaların planlanması gerekliliğine de işaret etmektedir. Ayrıca şizofreni

tanılı bireylerin bakımına katkı sunacak güçte olan hemşirelerin; mitlerin tespit edilmesinde, ölçülmesinde, nedenlerinin belirlenmesinde, mit kaynaklarının yönetiminde, mitlerin sebep olduğu sınırlılıklar konusunda bireyin/ailenin/toplumun güçlendirilmesinde ve alandaki boşluğu dolduracak bilimsel bilginin sağlanmasında sorumluluk üstlenmesi gerektiği söylenebilir.-

Özetle; şizofreniye ilişkin mitlerin yaygın olarak hayatımızda yer aldığı, bireyi, aileyi ve toplumu olumsuz etkilediği ve konu ile ilgili literatürün sınırlı olduğu bilgisi göz önünde bulundurulduğunda bu derleme makalenin literatüre katkı sunacağına inanılmaktadır. Bu bilgiler ışığında araştırma sorusu “şizofreniye ilişkin mitler nelerdir?” şeklinde belirlenmiştir. Çalışmanın amacı ise şizofreniye ilişkin mitleri ortaya koymaktır. Bu kapsamda 2021 yılında “inanç, hemşirelik, mit, şizofreni, tutum” ve “attitude, belief, myth, nursing, schizophrenia” anahtar kelimeleri kullanılarak literatür taraması yapılmıştır. Tarama sırasında “EbscoHost, Proquest, Science Direct, Wiley Online Library” veri tabanları kullanılmıştır. Elde edilen bilgiler doğrultusunda derlemenin “şizofreni tanılı bireyin özelliklerine, şizofreninin epidemiyolojisine, nedenlerine, belirtilerine, seyrine ve tedavisine ilişkin mitler” başlıkları ile sunulması planlanmıştır.

1. Şizofreni Tanılı Bireylerin Özelliklerine İlişkin Mitler

Şizofreni tanılı bireylerin özelliklerine ilişkin mitlerin oluşmasında kişilerin “şizofreni” kelimesine yükledikleri anlamlar etkilidir. Şizofreni kelimesi Yunancada schizein (bölünmek, yarılmak) ile phrén (his, mantık) kelimelerinin birleşiminden meydana geldiği için şizofreniye “yarılmış ruh” da denilmektedir. Bu nedenle “Şizofreni hastalarında yarılmış ruh vardır” ya da “Şizofreni hastaları çift kişiliktir” şeklinde mitler ortaya çıkmıştır (Wunderink & Kaymaz, 2002).

Şizofreniye ilişkin mitlerin ortaya çıkmasında hastalara yönelik kullanılan ifadeler ve anlamları da etkilidir. Psikiyatri ile ilgili terimler yüzeysel ve dikkatsiz kullanılmaktadır. Örneğin bir çalışmada şizofreni tanısı almış birey kendisini “komşularım hastalığımı öğrendiklerinde ilk dedikleri şey; ‘Bu deli yalnız bırakılmalı’ oldu” cümleleri ile ifade etmiştir (Rose et al., 2011). Özensizce seçilen kelimeler ve konuşma içerikleri nedeniyle hastalar anlaşılmadıklarını, kendileri ile alay edildiğini, yalnız bırakıldıklarını düşünebilmektedirler (Mestdagh & Hansen, 2014).

Toplumda şizofreni tanılı bireylerin damgalanmasına ve toplumdan izole olmasına sebep olabilecek pek çok farklı mit bulunmaktadır. Örneğin bu hasta grubunun davranışlarının öngörülemez olduğu düşünülmektedir. Ayrıca onların “tembel”, “yalancı” (González-Torres et al., 2007), “saldırgan” (Durat et al., 2016), “cinayet işleyen”, “zarar verici” ve “güvenilmez” (Şizofreni Dernekleri Federasyonu, 2020a) olduğu da düşünülmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada katılımcıların yarısından fazlasının “şizofreni hastaları yaşamları hakkında doğru kararlar alamaz” şeklinde bir inancı olduğunu tespit etmişlerdir (Taşkın, 2002). Yine bu hasta grubuna ilişkin “iş yapamaz”, “hiçbir zaman çalışamaz” (Şizofreni Dernekleri Federasyonu, 2020b; Fergusson & Gutiérrez-Peláez, 2017; Zahid & Best, 2021), “evlenemez ve ebeveyn olamaz” (Mestdagh & Hansen, 2014) şeklinde mitler de mevcuttur. Şizofreninin özelliklerine ilişkin bir diğer mit ise şizofreninin çözülemeyecek kadar “karmaşık” ve “istisnai” bir hastalık olduğu, bu nedenle şizofreninin anlaşılamayacağıdır (McGrath et al., 2004). İfadelerden de anlaşılacağı üzere bu gerçek ile örtüşmeyen değerlendirmeler (mitler), şizofreni tanılı bireyler ve aileleri için incitici olabilmektedir.

2. Şizofreninin Epidemiyolojisine İlişkin Mitler

Şizofreni tüm toplumlarda en çok görülen ruhsal hastalıklardan biri olmasına karşın şizofreni epidemiyolojisi ile ilgili yapılan sistematik derlemeler şizofreni görülme sıklığının ve yaygınlığının kültürler ve ülkeler arasında farklılıklar gösterdiğini ortaya koymaktadır (Karakuş et al., 2017; McGrath et al., 2004; Saha et al., 2005). Toplumda şizofreni tanısı alma ile ilgili de mitler mevcuttur. Yapılan bir çalışmada katılımcıların %65,9’u bir ebeveyn veya akrabanın şizofreni tanısı olması durumunda, yaşamlarında herhangi bir zamanda kesinlikle şizofreni tanısı alacaklarına inanmaktadırlar (Curtis & Lindberg, 2018). Bu durum, toplumun önemli bir bölümünün şizofreninin ortaya çıkışında yalnızca genlerin etkisi olduğuna inandığına, çevresel faktörlerin yok sayıldığına işaret etmektedir.

Şizofreninin epidemiyolojisine ilişkin mitler hakkında literatür taraması yapıldığında bu konudaki çalışmaların sayıca yetersiz olduğu görülmektedir. Toplumda şizofreni tanılı bireylere ve şizofreniye ilişkin korkuların yoğun yaşandığı düşünüldüğünde, şizofreni epidemiyolojisi ile ilgili mitleri içeren kaynakların sınırlılığı dikkat çekicidir. Konu ile ilgili planlanan araştırmalarda bu boşluğun doldurulması uygun bir yaklaşım olacaktır.

3. Şizofreninin Nedenlerine İlişkin Mitler

Şizofreninin nedenlerine yönelik mitler; psikososyal (Taşkın, 2002), dini, biyolojik ve psikolojik (Kishore et al., 2011; Said et al., 2020; Taşkın, 2007) olarak dört grup altında incelenebilir. Toplum şizofreni ile ilgili ilk neden olarak psikososyal faktörleri sorumlu tutmaktadır. Bu mitler “madde bağımlılığı” (Doris & Sylvia, 2015; Holzinger et al., 2003) ve toplumda “kara sevda” diye tabir edilen “çok sevme” şeklinde sıralanabilir. Aynı zamanda “çok okumak”, “çok çalışmak” veya “çok dayak yemek” (Şizofreni Dernekleri Federasyonu, 2020a) gibi nedenlerden dolayı şizofreninin ortaya çıktığı inancı hakimdir. Tüm bu nedenlerin yanı sıra işsizlik, aile ve iş yaşamındaki sorunlar, ilişki sorunları da toplum tarafından şizofreni nedenleri arasında gösterilmektedir (Taşkın, 2002).

Şizofreninin nedeni olarak görülen dini mitler; kötü ruhlara sahip olma, büyücülük (Holzinger et al., 2003), Tanrı tarafından cezalandırılma (Said et al., 2020), geçmişte günah işleme, Tanrının laneti, nazar (Kishore et al., 2011), kişiyi etkisi altına almış olan şeytanın işi (Wunderink & Kaymaz, 2002), doğüstü güçler (Taşkın & Özmen, 2004) şeklinde sıralanabilir. Dini içerikli mitlerin, din temelli öğeler ile ilişkili olduğu görülmektedir. Şizofreninin dini içerikli soyut kavramlar ile açıklanması toplum tarafından hastalığın anlaşılabilirliğini daha da güçleştireceğini söyleyebiliriz.

Şizofreninin nedeni olarak görülen bir diğer mit grubu biyolojik mitlerdir. Ani olarak yaşanan korku veya kafa travması (Said et al., 2020) gibi beklenmedik durumların (Doris & Sylvia, 2015; Holzinger et al., 2003) şizofreniye neden olduğuna dair bir inanış vardır. Aynı zamanda uzun vadede hava kirliliğine maruz kalma ve kötü beslenmenin de şizofreniye neden olduğuna inanılmaktadır (Kishore et al., 2011). Bunlara ek olarak şizofreninin meni kaybı (Kishore et al., 2011) ve genler (Said et al., 2020; Taşkın & Özmen, 2004) nedeniyle de ortaya çıkabileceği savunulmaktadır.

Şizofreninin nedeni olarak görülen birçok psikolojik kökenli mit bulunmaktadır. Kişilik yapısı (Taşkın, 2007), psikolojik zayıflık (Holzinger et al., 2003), duygusal travma, çoklu kişilik bozukluğu (Said et al., 2020), stres, bilinçdışı çatışmalar (Taşkın, 2002) gibi durumlar şizofreninin nedeni olarak görülmektedir. Ayrıca aile tarafından bebeklik/çocukluk döneminde şımartılmış ya da aşırı korunmuş olma, küçüklükte yaşanan olayların etkisinden kurtulamama (Holzinger et al., 2003; Wunderink & Kaymaz, 2002), aşırı disiplinli bir ailede yetişme, ihmal edilme (Taşkın & Özmen, 2004), kötü ebeveyn sahip olma (Kishore et al., 2011) gibi durumların da etkili olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak şizofreninin nedenlerine ilişkin mitler şizofreni tanılı bireylerin ve ailelerinin hayatını sınırlayacak, yaşam kalitesini azaltacak güçte olabilir. Bu nedenle şizofreni tanılı bireyleri ve ailelerini anlamak, toplum içinde kabul görmelerini sağlamak, sosyal uyumlarını artırmak, tedavi süreçlerini en iyi şekilde yürütmelerine destek olmak ve insanca yaşam haklarını korumak için mitlerin tanımlanması ve toplumun hemşireler tarafından bilinçlendirilmesi bu durumun yönetilebilmesi için etkili bir adım niteliği taşıyabilir.

4. Şizofreninin Belirtilerine İlişkin Mitler

Şizofreninin belirtilerine ilişkin pek çok mit bulunmaktadır. Bu mitlerden biri sıklıkla medya kaynaklı olarak ortaya çıkan “şizofreni şiddet içerikli davranışlara neden olur” şeklindeki inanıştır (González-Torres et al., 2007; Mestdagh & Hansen, 2014; Warner, 2001). Bu sebeptendir ki toplum saldırganlığın bir şizofreni belirtisi olduğuna inanmaktadır. Araştırma sonuçları da bu inanışı destekler nitelikte olup şizofreni hastalarının davranışlarının “öngörülemez ve tehlikeli” olduğunu bu nedenle hastalardan korkulduğunu ortaya koymuştur (Curtis & Lindberg, 2018; González-Torres et al., 2007; İnan et al., 2021; Lampropoulos & Apostolidis, 2018; Lien & Kao, 2019; Taşkın & Özmen, 2004; Zahid & Best, 2021).

Şizofreninin belirtilerine ilişkin bir diğer mit halüsinasyonlar konusundadır. Buna göre yapılan bir çalışmada katılımcıların %54,1’inin şizofreni tanılı bireylerin işitsel halüsinasyonlar yaşarken duydukları seslerin diğer kişiliklerinden gelen sesler olduğuna inandıklarını belirtmişlerdir (Curtis & Lindberg, 2018). Bu durum şizofreninin kelime anlamından gelen “yarılmış ruh” tabirinden kaynaklanmaktadır. “Şizofreni hastaları çift kişiliktir” miti ile ilişkili olarak işitsel halüsinasyonların diğer kişiliklerden gelen sesler olduğu inancı ile de açıklanabilir.

Şizofreninin ruhsal bir problem değil bir zekâ problemi olduğuna dair inanış şizofreni belirtilerine ilişkin mitler arasındadır. Bu kapsamda şizofreni tanılı bireylerin zihinsel engelli oldukları, bu nedenle kimseyle arkadaşlık kuramayacakları (Doris & Sylvia, 2015), her zaman konuşurken saçmaladıkları ne dediklerinin anlaşılmadığı ve ne zaman ne yapacaklarının belli olmayacağı ifade edilmektedir (Şizofreni Dernekleri Federasyonu, 2020b). Şizofreni belirtileri konusunda ortaya çıkan mitlerin de diğer alanlardaki pek çok mit gibi insan ruhunu incitebilecek güçte olduğu görülmektedir.

5. Şizofreni Seyrine İlişkin Mitler

Şizofreninin seyrine ilişkin de birçok mit bulunmaktadır. Bu mitlere göre şizofreninin iyi bir seyre sahip olmadığına (Taşkın, 2007), hastaların hiçbir zaman tedavi edilemeyeceğine ve asla iyileşemeyeceğine inanılmaktadır (Şizofreni Dernekleri Federasyonu, 2020c; Fergusson & Gutiérrez-Peláez, 2017). Olumlu seyrin ancak büyük mucizeler ile mümkün olabileceği de belirtilmektedir (Taşkın, 2007). Bu da hastalık sürecinin olumlu ilerlemesi ve tedavi sürecine yönelik hasta bireyin ve ailesinin umutsuzluğa kapılmasına neden olabilir. Umutsuzluğa kapılan şizofreni tanılı bireyler ve aileleri bu süreci yönetmekte güçlük yaşayabilir ve bu onlara zarar veren bir döngüye dönüşebilir.

Oluşan umutsuzluk sonucunda yaşamlarında meydana gelen bu kısır döngü nedeniyle şizofreni tanılı bireylerin kendilerini izole etmeleri ve hastalıklarının gizleme eğiliminde olmaları sık görülen davranışlardır (González-Torres et al., 2007). Ancak sosyal izolasyonun tek nedeni hasta bireylerin tercihleri değildir. Ailenin ve çevrenin hastalık ile ilgili olumlu ve olumsuz, reddedici tutumlarının süreci etkilediği belirtilmektedir (Çam et al., 2020). Hastalık sürecinin en iyi şekilde yönetilmesi ve damgalanma/içselleştirilmiş damgalanma ile mücadelede etkili olabilecek adımlardan biri de mitlerin doğru bilgiler ile değiştirilmesidir. Bu da hemşirelerin bilim temelli gücüne ve girişimlerine duyulan ihtiyaca işaret etmektedir.

6. Şizofreninin Tedavisine İlişkin Mitler

Şizofreniye ilişkin mitlerin değerlendirileceği son alan tedavi alanıdır. Bu alana özgü mitler şizofreni hastalarını olumsuz etkilemektedir. Öyle ki mitler nedeniyle hastalar ya da aileleri ilaçlar ile ilgili olumsuz düşüncelere sahip olmakta, uygun olmayan tedavi arayışları içerisine girmekte (Uslu & Buldukoğlu, 2018; Taşkın, 2007) ve hatta tedavi için bir sağlık kuruluşuna başvurmayı reddetmektedirler (Çam & Bilge, 2013).

Mitler hasta bireyleri ilaç tedavisine uyum konusunda olumsuz etkilemektedir. Hasta bireylerin ilaçların yan etkilerine ilişkin korkuları, ilaçların gerekli olmadığına dair inançları, tedavinin karmaşık olduğuna ilişkin düşünceleri ve ilaçlara karşı olumsuz tutumları (Uslu & Buldukoğlu, 2018) ilaç tedavisine uyumu etkileyen mitler arasında yer alabilir. Şizofreni hastalarının kullandığı psikoaktif ilaçların onları uyuşturduğu ve bağımlılık yaptığı (Çam & Bilge, 2013; Durat et al., 2016), çoğunlukla yararlı değil zararlı olduğu (Şizofreni Dernekleri Federasyonu, 2020c; Taşkın, 2007) ve yaşamları boyunca sürekli ilaç kullanmak zorunda oldukları (Fergusson & Gutiérrez-Peláez, 2017) ile ilgili mitler de bulunmaktadır. Bu mitler hasta bireylerin ve ailelerinin tedaviye olan inancını, hastanın hastalığına ve tedavisinin yararlılığına olan inancı da tedaviye uyumu etkilemektedir (Uslu & Buldukoğlu, 2016).

Mitler nedeniyle hastalığın nedenleri olarak doğaüstü güçlere inanan bireyler, tedavisinde de geleneksel ya da dinsel tedavi seçeneklerinin daha fazla yarar sağlayacağına inanmakta ve uygun olmayan tedavi arayışlarına girmektedirler (Taşkın, 2007). Bu bağlamda şizofreni hastasını bir din görevlisine götürerek ve ona dua okuyarak (Çobanoğlu et al., 2003; Durat et al., 2016) ya da kurşun döktürerek iyileştirmeye çalışmaktadırlar. Şizofreni tanılı bireylerin evlenince iyileşeceğine yönelik inanışlar da bulunmaktadır (Şizofreni Dernekleri Federasyonu, 2020c). Taşkın (2007)'in belirttiğine göre; yurtdışı kaynaklı bir çalışmada şizofreni hastalarının tedaviye ihtiyacı olmadığına, kişinin kendi çabası ile iyileşebileceğine inanıldığı belirtilmektedir (Taşkın, 2007). Psikoterapinin de şizofreni hastalarının tedavisinde hiçbir faydası olmadığına inanılmaktadır (Fergusson & Gutiérrez-Peláez, 2017). Bu bilgiler ışığında bilimsel bilginin yerini alan mitlerin şizofreni hastalarının tedavi uyumları konusunda bir risk niteliği taşıdığı söylenebilir.

İlaçlara ilişkin mitler nedeniyle tedaviye olan inancın azalması, hasta bireylerin ve ailelerinin tedaviye uyum sürecini olumsuz etkilemekte, bu durum da hastaların randevularını aksatmasına sebep olmaktadır. Randevularını aksatan ya da gelmeyen hastalarda tedavi rutinleri bozulduğu için uyum sorunları ve hastalık belirtilerinde artış görülmektedir (Coodin et al., 2004). Buna karşın şizofreni tanılı bireylerin randevuya gelmeme oranı %20 olmakla birlikte, bu oran diğer hastalıklara göre iki kat daha fazladır (Coodin et al., 2004; Mitchell & Selmes, 2007). Ülkemizde ise bu oran %44,7'dir (Balıkcı et al., 2013). Mitler nedeniyle ortaya çıkan tedaviye yönelik inanç eksikliği tedaviye uyum problemlerini bir kısır döngüye dönüştürdüğü söylenebilir.

Şizofreni tanılı bireyler ruhsal hastalıklar arasında en fazla damgalanmaya maruz kalan hasta grubu olarak belirtilmektedir (Bahar, 2007; Koçak & Taylan, 2018; Valery & Prouteau, 2020). Mitler nedeniyle de bu durum şizofreni tanılı bireyler ve aileleri için daha güç hale gelmektedir. Damgalanma sonucunda da hastaların tedavi sürecine başlaması gecikmekte, tedaviye başlanmış olsa dahi tedaviye uyum sorunları görülmektedir (Buchman-Wildbaum et al., 2020; Tel & Pınar,

2012). Şizofreni tanılı bireylerin ve ailelerinin yaşamında ciddi bir problem olan damgalamanın önüne geçebilmenin yolu, mitlerin doğru bilgiye dönüşmesi ile mümkündür. Bu bilgiler ışığında şizofreni tanılı bireylerin tedaviye uyum sürecini pek çok noktada olumsuz etkileyen mitlerin bu etkisini azaltmada hemşirelerin kilit noktada yer aldığı unutulmamalıdır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Derlemede mitler “şizofreni tanılı bireyin özelliklerine, şizofreninin epidemiyolojisine, nedenlerine, belirtilerine, seyrine ve tedavisine ilişkin mitler” şeklinde gruplandırılmıştır. Şizofreni tanılı bireylerin çift kişilikli, saldırgan, güvenilmez oldukları, evlenemeyecekleri ve ebeveyn olamayacakları, hiçbir zaman çalışmayacakları, şizofreninin çok sevmek, çok okumak, doğa üstü güçler, ani travmalar, kötü ebeveyne sahip olma gibi nedenlerden olabileceği, hastaların davranışlarının öngörülemez ve tehlikeli olabileceği ve ne zaman ne yapacaklarının belli olmayacağı, konuşurken saçmaladıkları ve kimse ile arkadaşlık kuramayacakları gibi belirtilerin olabileceği, hastalığın hiçbir zaman tedavi edilemeyeceği ve kötü seyre sahip olduğu, tedavide kullanılan ilaçların uyuşturduğu, çoğunlukla yararlı değil zararlı olabileceği, kişilerin tedaviye ihtiyacının olmadığı ve kendi çabaları ile iyileşebilecekleri gibi mitler belirlenmiştir. Bu çalışma ayrıca mitlerin şizofreni tanılı bireylerin toplumdaki diğer sağlıklı bireylerle uyum içerisinde yaşamasını güçleştirdiğini ve bu durumun yönetilebilmesi için aşılması gereken en önemli engellerden birinin mitler olduğunu ortaya koymuştur. Bununla birlikte bu konuda yapılan çalışmaların nicel sınırlılık göstermesi bu çalışmanın ortaya koyduğu diğer bir sonuçtur. Konu ile ilgili literatür nicel yönden sınırlı olmasının yanı sıra güncel de değildir.

Bakım verici, eğitici, lider ve savunucu rolleri olan hemşireler toplumun güvenli, erişilebilir ve uygun sağlık hizmeti almasında önemli bir yere sahiptir (ICN, 2020). Birey, aile ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek, hastalık durumunda iyileşmeye yönelik uygun tedavi ve doğru sağlık davranışı kazandırmak amacıyla eğitimler planlamak hemşireliğin temel eğitici rolüdür (Aydemir Gedük, 2018; Taylan, 2009). Bu sonuçlar doğrultusunda kaliteli sağlık bakımı ve bilinçlendirme çalışmaları ile insanların hayatlarını değiştirme gücüne sahip olan hemşirelerin (ICN, 2019) şizofreniye ilişkin mitlerin belirlenmesi, tanımlanması ve güncel literatürün oluşması amacı ile araştırmalar planlaması ve araştırma sonuçları doğrultusunda toplumsal bilgilendirme çalışmalarını yürütmesi önemli ve gereklidir.

KAYNAKÇA

- Abdel-Baki, A., Lesage, A., Nicole, L., Cossette, M., Salvat, E., & Lalonde, P. (2011). Schizophrenia, an illness with bad outcome: myth or reality? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(2), 92-101.
- Arslantaş, H., & Adana, F. (2011, 06/01). The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 3.
- Aydemir Gedük, E. (2018). Hemşirelik Mesleğinin Gelişen Rollerini . *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* , 5 (2) , 253-258 . DOI: 10.17681/hsp.358458
- Bahar, A. (2007). Şizofreni ve damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 101-110.
- Balikci, A., Erdem, M., Zincir, S., Bolu, A., Zincir, S. B., Ercan, S., & Uzun, O. (2013). Adherence with outpatient appointments and medication: a two-year prospective study of patients with schizophrenia. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 23(1), 57-64.
- Barkeloo-Carter, A. K., & Gonzalez, K. A. (2021). Origins and Perpetuation of Stigma Against Mental Illness. *Chancellor's Honors Program Projects*. https://trace.tennessee.edu/utk_chanhonoproj/2410
- Baysan Arabacı, L., Büyükbayram, A., Aktaş, Y., & Taşkın, N. (2018). Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerine verilen psikoeğitimin yaşadıkları güçlük ve psikososyal uyumlarına etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(3), 175-185.
- Bekiroğlu, S. B. (2021). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylere Yönelik Damgalama: Etkileyen Faktörlere ve Bireyler Üzerindeki Etkilerine Dair Kavramsal Bir Çalışma. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 17(33), 595-618.
- Buchman-Wildbaum, T., Váradi, E., Schmelowszky, Á., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Urbán, R. (2020). The paradoxical role of insight in mental illness: The experience of stigma and shame in schizophrenia, mood disorders, and anxiety disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34(6), 449-457.
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Jamett, P. R., & Irrrazaval, M. (2016, Mar 30). Objective and subjective burden in relatives of patients with schizophrenia and its influence on care relationships in Chile. *Psychiatry Res*, 237, 361-365. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.030>

- Coodin, S., Staley, D., Cortens, B., Desrochers, R., & McLandress, S. (2004). Patient factors associated with missed appointments in persons with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry, 49*(2), 145-148.
- Curtis, D., & Kelley, L. (2017). *Abnormal Psychology: Myths of 'Crazy'*. Published exclusively by Kendall Hunt Publishing Company.
- Curtis, D., & Kelley, L. (2019). Myth-checking: Evaluating Teaching Activities in Abnormal Psychology. *North American Journal Of Psychology*
- Curtis, D., & Kelley, L. (2021, 06/15). Psychomythology of Psychopathology: Myths and Mythbusting in Teaching Abnormal Psychology. *Teaching of Psychology, 1-12*. <https://doi.org/10.1177/00986283211023195>
- Curtis, D., & Lindberg, R. (2018). *Myths in Schizophrenia*. <http://hdl.handle.net/2346.1/30814>
- Çam, O., & Bilge, A. (2013). Türkiye’de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4*(2), 91-101.
- Çam, O., Durgu, N., & Gülere, C. (2020). The Process of Recovery from Schizophrenia: A Qualitative, Systematic Review. *Türkiye Klinikleri Hemsirelik Bilimleri, 12*(2).
- Çobanoğlu, Z. S. Ü., Aker, T., & Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. *Düşünen Adam, 16*, 211-218.
- Doris, F. A., & Sylvia, A. A. (2015). Perceptions and Beliefs about Mental Illness (Schizophrenia) among Adults in Zaare Community.
- Durat, G., Atmaca, G. D., Açıl, H. C., & Oksal, H. A. (2016). Şizofreni hastası olan hasta yakınlarının şizofreniye ilişkin tutumları. *Osmangazi Tıp Dergisi, 38*, 1-8.
- Fekih-Romdhane, F., Ben Ali, S., Ghazouani, N., Tira, S., & Cheour, M. (2020). Burden in Tunisian family caregivers of older patients with schizophrenia spectrum and bipolar disorders; associations with depression, anxiety, stress, and quality of life. *Clinical gerontologist, 43*(5), 545-557.
- Fergusson, A., & Gutiérrez-Peláez, M. (2017). Rethinking Schizophrenia in the Light of new Evidence Thirty Years after the Vermont Longitudinal Study of Persons with Severe Mental Illness. *Avances en Psicología Latinoamericana, 35*(2), 199-204.
- Gater, A., Rofail, D., Tolley, C., Marshall, C., Abetz-Webb, L., Zarit, S., & Galani Berardo, C. (2014, 04/03). "Sometimes It's Difficult to Have a Normal Life": Results from a Qualitative Study Exploring Caregiver Burden in Schizophrenia. *Schizophrenia research and treatment, 2014*, 368215. <https://doi.org/10.1155/2014/368215>
- GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2018; 392: 1789–858. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)
- González-Torres, M. A., Oraa, R., Arístegui, M., Fernández-Rivas, A., & Guimon, J. (2007). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia and their family members. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 42*(1), 14-23. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-006-0126-3>
- Holzinger, A., Kilian, R., Lindenbach, I., Petscheleit, A., & Angermeyer, M. C. (2003). Patients' and their relatives' causal explanations of schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 38*(3), 155-162. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-003-0624-5>
- International Council of Nurses (2019). Nurses Play Key Role in Health for All: everyone, everywhere, Erişim: <https://www.icn.ch/news/nurses-play-key-role-heath-all-everyone-everywhere> Erişim Tarihi: 01.01.2022
- International Council of Nurses (2020). ICN Nurses Voice to Lead, Erişim:https://2020.icnvoicetolead.com/wp-content/uploads/2020/05/IND2020_Toolkit_TURKISH.pdf Erişim Tarihi: 05.02.2022
- İnan, F. Ş., Duman, Z. Ç., & Sarı, A. (2021). Şizofreni hastalarının ebeveynlerinin damgalanma deneyimleri: Kalitatif araştırma. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dergisi, 12*(1).
- Karakuş, G., Kocal, Y., & Sert, D. (2017). Schizophrenia: etiology, clinical features and treatment. *Arch. Med. Rev. J., 26*(2), 251-267.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., & Nehra, R. (2013, Oct). Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian J Psychiatr, 6*(5), 380-388. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.03.014>
- Kishore, J., Gupta, A., Jiloha, R. C., & Bantman, P. (2011). Myths, beliefs and perceptions about mental disorders and health-seeking

- behavior in Delhi, India. *Indian journal of Psychiatry*, 53(4), 324. <https://www.indianjpsychiatry.org/article.asp?issn=0019-5545;year=2011;volume=53;issue=4;spage=324;epage=329;aulast=Kishore>
- Koçak Z, Taylan HH. (2018). Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın yaşam kalitesi üzerindeki etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(78):621-640.
- Lampropoulos, D., & Apostolidis, T. (2018). Social dominance orientation and discrimination against people with schizophrenia: Evidence of medicalization and dangerousness beliefs as legitimizing myths. *The Spanish journal of psychology*, 21.
- Lien, Y.-J., & Kao, Y.-C. (2019). Public beliefs and attitudes toward schizophrenia and depression in Taiwan: A nationwide survey. *Psychiatry Research*, 273, 435-442.
- Lilienfeld, S. O., Lynn, S. J., Ruscio, J., & Beyerstein, B. L. (2011). *50 great myths of popular psychology: Shattering widespread misconceptions about human behavior*. John Wiley & Sons.
- Lök, N., & Bademli, K. (2021, Feb). The Relationship Between the Perceived Social Support and Psychological Resilience in Caregivers of Patients with Schizophrenia. *Community Ment Health J*, 57(2), 387-391. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00665-w>
- McGrath, J., Saha, S., Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC medicine*, 2(1), 1-22.
- Messias, E. L., Chen, C.-Y., & Eaton, W. W. (2007). Epidemiology of schizophrenia: review of findings and myths. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(3), 323-338. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2727721/pdf/nihms30677.pdf>
- Mestdagh, A., & Hansen, B. (2014). Stigma in patients with schizophrenia receiving community mental health care: a review of qualitative studies. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(1), 79-87. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-013-0729-4>
- Mitchell, A. J., & Selmes, T. (2007). Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement with psychiatric services. *Advances in psychiatric treatment*, 13(6), 423-434.
- Owen, P. (2007). Dispelling myths about schizophrenia using film. *Journal of Applied Social Psychology*, 37(1), 60-75.
- Ramezani, A., Azimi Lolaty, H., Bastani, F., & Haghani, H. (2018). Family Caregivers Burden and its Related Factors Among Iranian Elderly Psychiatric Patients' Caregivers [Original Article]. *Iran J Psychiatry Behav Sci*, 12(2), e9311. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.9311>
- Rose, D., Willis, R., Brohan, E., Sartorius, N., Villares, C., Wahlbeck, K., & Thornicroft, G. (2011). Reported stigma and discrimination by people with a diagnosis of schizophrenia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(2), 193-204.
- Sabancıoğulları, S., & Pinar, Ş. E. (2020). Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinin Bakım Yükü Ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(1), 109-117.
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS medicine*, 2(5), e141.
- Said, S., Maruli, M. F., & Diatri, H. (2020). Developing Guideline on Patient and Family Education in Promoting Mental Health and Preventing Schizophrenia. 4th International Symposium on Health Research (ISHR 2019),
- Sinha, P., Desai, N., Prakash, O., Kushwaha, S., & Tripathi, C. (2017). Caregiver burden in Alzheimer-type dementia and psychosis: A comparative study from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 26, 86-91.
- Srivastava, K., Chaudhury, S., Bhat, P. S., & Mujawar, S. (2018, Jan-Jun). Media and mental health. *Ind Psychiatry J*, 27(1), 1-5. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_73_18
- Sungur, M. Z. (2000). Şizofreni: Mitler ve gerçekler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3(Supp: 1), 5-12.
- Şizofreni Dernekleri Federasyonu. (2020a). "Jilet gibi bir sözcük: Şizofreni". Erişim: <https://sizofrenifederasyonu.org/852/jilet-gibi-bir-sozcuk-sizofreni/> Erişim tarihi: 22.04.2020
- Şizofreni Dernekleri Federasyonu. (2020b). "Şizofreni toplum tarafından nasıl algılanıyor, gerçeğe uygun algı nasıl olmalı?". Erişim: <https://sizofrenifederasyonu.org/faq-items/sizofreni-toplum-tarafindan-nasil-algilaniliyor/> Erişim tarihi: 22.04.2020
- Şizofreni Dernekleri Federasyonu. (2020c). "Şizofreni: Soru ve Cevaplar". Erişim: https://sizofrenifederasyonu.org/e-yayinlar/sizofreni_sorular_ve_yanilar.pdf Erişim tarihi: 22.04.2020
- Taşkın, E. (2007). Şizofreniye yönelik tutumlar ve damgalama; Stigma Ruhsal Hastalara Yönelik Tutumlar ve Damgalama, E. *Oryal Taşkın (Editör)*, 131.
- Taşkın, E., & Özmen, E. (2004). Ruhsal hastalıklara yönelik tutumları etkileyen etmenler: bilgi, temas, etiket, psikopatoloji tipi, medya. *3P Dergisi* 3, 25-40.

- Taşkın E.O, Şen, F. S, Aydemir Ö, Demet MM, Özmen E, İçelli İ. (2002). Türkiye’de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13, 205 - 214.
- Taylan S (2009), Özerklik İlkesi Çerçevesinde Hemşirenin Bağımsız Rollerini. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Deontoloji Ve Tıp Tarihi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. Adana
- Tel, H., & Pinar, Ş. E. (2012). Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleştirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 3(2).
- Türk Dil Kurumu, (2020). Mit. Erişim: <https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 09.03.2020.
- Uslu, E., & Buldukoğlu, K. (2016). Tele-Hemşirelik Uygulamalarının Şizofreni Hastalarının Bakımına Etkisi: Sistemik Derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(1), 47-56.
- Uslu E, & Buldukoğlu, K. (2018). Şizofrenide ilaç tedavisine uyum ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 61-72.
- Valery, K.-M., & Prouteau, A. (2020). Schizophrenia stigma in mental health professionals and associated factors: A systematic review. *Psychiatry Research*, 290, 113068.
- Villalobos, B. T., Ullman, J., Krick, T. W., Alcántara, D., Kopelowicz, A., & López, S. R. (2017, Sep). Caregiver criticism, help-giving, and the burden of schizophrenia among Mexican American families. *Br J Clin Psychol*, 56(3), 273-285. <https://doi.org/10.1111/bjc.12137>
- Warner, R. (2001). Combating the stigma of schizophrenia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 10(1), 12-17.
- World Health Organization, (2008). Erişim: <https://www.who.int/news/item/09-10-2008-millions-with-mental-disorders-deprived-of-treatment-and-care>
- World Health Organization, (2014). Erişim: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- World Health Organization, (2019a). Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- World Health Organization, (2019b). Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- World Health Organization, (2022). Erişim: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Wunderink, A., & Kaymaz, N. (2002). *Sizofreni/Türkçe editie/druk 1*. Inmerc.
- Zahid, A., & Best, M. W. (2021). Stigma towards individuals with schizophrenia: Examining the effects of negative symptoms and diagnosis awareness on preference for social distance. *Psychiatry Research*, 297, 113724.
- Zvonkovic, A., & Lucas-Thompson, R. G. (2015). Refuting the myth of the “violent schizophrenic”: Assessing an educational intervention to reduce schizophrenia stigmatization using self-report and an Implicit Association Test. *Social Work in Mental Health*, 13(3), 201-215.

J T P H

JOURNAL OF THEORY AND PRACTICE IN HEALTHCARE

3 issues per year

ISSN: 2718-0794 Print ISSN : 2757-5861

Volume: 2 Issue: 2 Jan 2022



Examining The Performance Of Turkish Public Hospitals Websites

Abdülkadir CİZLEV – Gülpembe OĞUZHAN

Psychological Strength And Life Satisfaction: A Literature Review
On Nursing

Mücahit KARAMAN

Interventions To Support Maternal Role Attainment: A Systematic
Review

Merve ÇAKIRLI

Comparison Of Case-Based Payment And Fee-For-Services
Payment In Hospital Polyclinics

Emine ÇETİN ASLAN

Assisted Suicide And Tourism: Country Practices

Gizem Zevde AYDIN

Getting Lost In A Jungle Of Myths: Schizophrenia

Türkan PEŞKİRCİ – Esra USLU

