



***JOURNAL OF HEALTH SCIENCES
OF KOCAELİ UNIVERSITY***

<http://kosbildergi.kocaeli.edu.tr>

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi
Ocak, Mayıs ve Eylül aylarında olmak üzere yılda 3 sayı çıkar
Three issues annually: January, May, September
Yayın dili: Türkçe ve İngilizcedir
Publishing Language: Turkish and English

Sahibi (Owner)

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
The Directory of Institute of Health Sciences of Kocaeli University

Yayın yönetmeni (Editor in Chief)

Prof. Dr. Sema Aşkın Keçeli, Kocaeli Üniversitesi

Yayın Yönetmen Yardımcıları (Associate Editors)

Prof. Dr. Mustafa Yıldız, Kocaeli Üniversitesi Arş. Gör. Doğanhan Kadir Er, Kocaeli Üniversitesi
Prof. Dr. Deniz Şahin, Kocaeli Üniversitesi Arş. Gör. Esra Acar, Kocaeli Üniversitesi
Arş. Gör. Dr. Tuğçe Şahin, Kocaeli Üniversitesi Arş. Gör. Fatih Hunç, Kocaeli Üniversitesi

Yazı İşleri Müdürü (Publishing Manager)

Doğanhan Kadir Er

Bu Sayının Danışma Kurulu (Advisory Board for This Issue)

Prof. Dr. Arif Kaygusuz, İstanbul Üniversitesi	Doç. Dr. Gül Ünsal, Marmara Üniversitesi
Prof. Dr. Aynur Karadenizli, Kocaeli Üniversitesi	Doç. Dr. Haldun Soygür, Ankara
Doç. Dr. Canan Baydemir, Kocaeli Üniversitesi	Yard. Doç. Dr. Halil İbrahim Taş, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Doç. Dr. Dr. Elif Karagün, Kocaeli Üniversitesi	Doç. Dr. Leyla Baysan Arabacı, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
Yard. Doç. Dr. Emel Azak Karali, Kocaeli Üniversitesi	Yard. Doç. Dr. Nermin Gündüz, Dumlupınar Üniversitesi
Yard. Doç. Dr. Emel Çalışkan, Düzce Üniversitesi	Doç. Dr. Seval Alkoy, Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Doç. Dr. Fatma Yasemin Kutlu, İstanbul Üniversitesi	
Doç. Dr. Gamze Varol Saraçoğlu, Namık Kemal Üniversitesi	

Yazışma Adresi (Corresponding Address)

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Tıp Fakültesi 3.Kat, Umuttepe, 41380, Kocaeli
Dergi Yazı Gönderimi Sayfası: <http://dergipark.gov.tr/kusbed>
E-posta: yy.kosbildergi@gmail.com
Tel: 0262 303 73 50

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, “Türkiye Atf Dizini”, “Türk Medline”, “Google Scholar” dizininde yer almaktadır

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi <i>Journal of Health Sciences of Kocaeli University</i>		
KAPAK SAYFASI / COVER PAGE		I
İÇİNDEKİLER / TABLE OF CONTENTS		II
ÖZGÜN ARAŞTIRMA / ORIGINAL ARTICLES		
Kübra İpçi, Aysel İncedere, Fatma Kiras, Mustafa Yıldız	Şizofreni Hastalarında Öznel İyileşme İle Bilişsel İçgörü Arasındaki İlişkinin Araştırılması <i>Examination Of The Relationship Between Subjective Recovery And Cognitive Insight In Patients With Schizophrenia</i>	1 - 4
Utku Urgan, Çiğdem Çağlayan	Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastaların Ruhsal Hastalıklar İçin İlk Başvuru Yerlerinin Ve Birinci Basamağı Tercih Etmeme Nedenlerinin Belirlenmesi <i>Determination Of The Reasons For Not Applying Primary Health Care Facility And The First Recoursed Place Of Patients Who Admitted To Kocaeli University Medical School Hospital Psychiatric Clinic For Mental Illness</i>	5 - 10
Begüm Altınçapa, Bihter Yasemin Adalı Kaya, Nurhan Eren	Inter-Model Dışavurumcu Grup Sanat Terapisinin Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Stresle Başa Çıkma Düzeylerine Etkisi <i>The Effect Of Inter-Model Expressive Group Art Therapy On The Final Year Nursing Students' Level Of Overcoming Stress</i>	11 - 19
Yeliz Tanrıverdi Çaycı, Figen Haslı, Kemal Bilgin, Asuman Birinci	2014-2017 Yılları Arasında Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi'nde Kan Kültüründen İzole Edilen <i>Staphylococcus aureus</i> Suşlarının Antimikrobiyal Ajanlara Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi <i>Evaluation Of Susceptibility Of Staphylococcus aureus Strains That Isolated From Blood Cultures In Samsun Ondokuz Mayıs University Hospital Between 2014-2017</i>	20 - 22
Çiğdem Çağlayan, Alp Aker, Seval Çoker, Gül Anıl Mutlu	Bir Eğitime Katılan Sendikalı Kadın İşçilerin Sağlık Durumlarının Ve İşçi Sağlığı Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi <i>Evaluation Of The Level Of Knowledge On Occupational Health And Safety And Health Status Of A Trade Union Workplace Representative Women Workers</i>	23 - 26
DERLEME / REVIEW		
Selim Öncel	Soğuk Algınlığı Ve Klinik Yaklaşımlar <i>Common Cold And Clinical Approaches</i>	27 - 31

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

ŞİZOFRENİ HASTALARINDA ÖZNEL İYİLEŞME İLE BİLİŞSEL İÇGÖRÜ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN ARAŞTIRILMASI

AN EXAMINATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SUBJECTIVE RECOVERY AND COGNITIVE INSIGHT IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

¹Kübra İpçi, ^{1*}Aysel İncedere, ²Fatma Kiras, ²Mustafa Yıldız

ÖZ

Amaç: Çalışmamızda şizofreni hastalarının öznel iyileşme duygularının klinik şiddet ve bilişsel içgörü ile ilişkisini incelemek amaçlanmıştır.**Yöntem:** DSM-5 tanı ölçütlerine göre şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısı alan ve sürdürüm tedavisi devam eden 151 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik ve klinik veri formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Klinik Global İzlenim, İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi, Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği ve Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği ile değerlendirildi.**Bulgular:** Çalışmaya katılan 151 hastanın yaş ortalaması 37,2, ortalama eğitim süresi 10,4 yıl ve ortalama hastalık süresi 14,2 yıl idi. Grubun %77'sini erkekler oluşturmakta, %71'i bekâr, %68'i ailesi ile birlikte yaşamakta ve %62'si herhangi bir işte çalışmamakta idi. Çalışmamızda öznel iyileşme duygusu klinik durum ve bilişsel içgörü ile ilişkili bulundu.**Sonuç:** Bu çalışmanın bulguları öznel iyileşme duygusunun klinik durum ve bilişsel içgörü düzeyinden etkilendiğini göstermektedir. İyileştirim çalışmalarında başatme becerileri, umut, özgüven ve bilişsel içgörü geliştirmeye yönelik girişimlere yer verilmesinin hastaların öznel iyileşme duygularının artmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.**Anahtar sözcükler:** Şizofreni, öznel iyileşme, bilişsel içgörü.**Objectives:** The aim of this study was to examine the relationship between subjective feeling of recovery, clinical severity and cognitive insight of the patients with schizophrenia.**Methods:** One hundred and fifty one patients who were diagnosed with schizophrenia or schizoaffective disorder according to DSM-5 diagnostic criteria and receiving maintenance treatment were included in this study. Patients were evaluated with Positive and Negative Syndrome Scale, Clinical Global Impression, Global Assessment of Functioning, Subjective Recovery Assessment Scale, Beck Cognitive Insight Scale and a sociodemographic and clinical data form prepared by the researchers.**Results:** Mean age of the patients participated in the study was 37.2, average level of education was 10.4 years, and mean duration of illness was 14.2 years. Seventy seven percent of the participants were males, 71% were single, 68% were living with family and 62% were unemployed. Subjective feeling of recovery was found to be associated with clinical condition and cognitive insight.**Conclusions:** The results of this study shows that subjective feeling of recovery is affected by clinical condition and cognitive insight. It is suggested that inclusion of interventions to improve coping abilities, hope, self-confidence, and cognitive insight in rehabilitation programs would be beneficial for the patients in terms of improving their subjective feeling of recovery.**Key words:** Schizophrenia, subjective recovery, cognitive insight.

ABSTRACT

¹Ruhsal Rehabilitasyon
Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri
Enstitüsü, Kocaeli Üniversitesi,
Kocaeli, Türkiye²Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı, Tıp Fakültesi,
Kocaeli Üniversitesi,
Kocaeli, TürkiyeGeliş Tarihi
12.09.2017Kabul Tarihi
23.10.2017

Sorumlu yazar

Aysel İncedere

¹Ruhsal Rehabilitasyon
Anabilim Dalı, Sağlık Bilimleri
Enstitüsü, Kocaeli Üniversitesi,
Kocaeli, Türkiye

E-posta

ayselyazici@gmail.com

Giriş

Şizofreni süregelen ve yetiyitimiyle giden bir hastalık olarak değerlendirilmesine karşın, uzun süreli izlem çalışmalarında hastaların önemli bir kısmında iyileşme görüldüğü belirtilmektedir¹. Şizofrenide iyileşme kavramı sınırları tam belirli olmayan, değişik yaklaşımları içeren bir biçimde kullanılmıştır². İyileşme için belirtilerin düzelmesi ya da şiddetinde azalma ve genel işlevsellik düzeyini dikkate alan çalışmaların yanısıra belirtileri çok önemsemeksizin çalışma ve toplumsal yaşama katılma düzeyini ölçüt olarak kullanan çalışmaların sayısı da giderek artmaktadır³⁻⁶. İyileşme kavramı; umut, benlik saygısı, yaşam doyumu, toplumsal kaynaklardan yararlanabilme, sorumluluk alma, tatmin edici ilişkiler, amaç belirleme, hastalığı kabullenme, belirti yönetimi ve damgalama ile mücadele gibi öğeleri içerir⁷.

İyileşme sürecinde ilk aşama, hastanın hastalığının farkına varması ve doğası hakkında bilgilenmesidir. Bu farkındalık alanyazında içgörü kavramı ile ifade edilmektedir. Birçok çalışmada şizofreni hastalarında içgörü klinik olarak değerlendirilmekte; hastalığın kabulü, tedavinin kabulü ve belirtilerin

hastalıkla ilişkisinin kabulü şeklinde üç boyutta ele alınmaktadır. Ruh sağlığı uygulama alanında yapılan çalışmalar klinik içgörü kavramı üzerine yoğunlaşmakla birlikte bilişsel içgörü (cognitive insight) kavramının da ön plana çıktığı görülmektedir⁸.

Bilişsel içgörü, bireyin hatalı yorumlamaları ya da çarpıtılmış inançlarını değerlendirebilme süreçlerinin de içinde bulunduğu bilişsel akıl yürütme yeterliliği veya bireyin yeni deneyimlerini değerlendirerek olası hatalı çıkarımlarını sorgulayabilmesi ve işlevsel olanlarla değiştirebilmesine ilişkin yeterliliği olarak tanımlanmaktadır^{8,9}. Aldığı eğitimler ve çevreyle etkileşimi sonucu birey yüzeysel bir içgörü kazanmakta ancak yerleşmiş olan sanırsal inanç sistemini genellikle değiştirememekte ve yeterli bir bilişsel içgörü düzeyine ulaşamamaktadır⁸.

Bilişsel içgörü bir üstbiliş (metacognition) yetisidir. Kendini değerlendirme yetisi içgörü için gerekli öğelerden biridir. Bu yeti zekâ, bellek ve yürütücü işlevler gibi yüksek bilişsel işlevlerle bağlantılıdır¹⁰. İçgörünün şizofreni hastalarında tedaviye uyum ve iyileşmeye etkisi üzerine yapılan çalışmalarda

çelişkili bulgulara rastlanmaktadır. İçgörüyü şizofreni hastalarında daha az hastalık belirtisi, antipsikotik ilaç tedavisine daha iyi uyum ve daha yüksek düzeyde toplumsal ve mesleki işlevsellikle ilişkilendiren çalışmaların yanı sıra hastaların içgörü düzeylerindeki artışın depresyon, umutsuzluk ve intihar eğilimi ile bağlantılı olarak benlik saygısı ve yaşam kalitesinde azalmayla ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar da alanyazında yer almaktadır¹¹⁻¹⁸.

Şizofreni hastalarında yürütücü işlevlerin bozulması sonucunda kendilerini değerlendirme bozulmaktadır. Kendini değerlendirme içgörü ile yakından ilişkilidir. Kendini değerlendirmesi bozulan hastalarda bilişsel içgörünün oluşması zorlaşmakta ve bu da hastaların öznel iyileşmelerini değerlendirmesini etkilemektedir¹⁹.

Bu çalışmada şizofreni hastalarının öznel iyileşme duygularının hastalığın şiddeti ve bilişsel içgörü ile ilişkisi araştırıldı.

Gereç ve Yöntem

Örneklem

Çalışma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Polikliniğinde tedavisini ayakta sürdüren, Mart 2017-Ağustos 2017 tarihleri arasında DSM-5'e göre şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanısı almış, akut tedavilerini tamamlamış ve sürdürüm tedavisi devam eden en az ilkökul mezunu olan, 18-60 yaş aralığında bulunan ve çalışmaya katılmaya sözlü ve yazılı onay veren 151 hasta ile yapıldı.

Kocaeli Üniversitesi Etik Kurulundan (KÜ GOKAEK 2017/214) onay alındı. Son 6 ayda EKT tedavisi almış olan, epilepsi, parkinson gibi süregelen nörolojik hastalığı bulunan, zekâ geriliği olan, konuşma ve anlamayı engelleyecek düzeyde dil sorunu yaşayan, son bir yılda alkol ya da madde kullanım bozukluğu öyküsü bulunan, psikiyatrik ek tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Hastalar araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik ve klinik veri formu, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği, Klinik Genel İzlenim, İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi, Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği ve Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği ile değerlendirildi.

Veri toplama araçları

Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Otuz maddelik ve yedi puanlı yarı yapılandırılmış bir görüşme ölçeğidir²⁰. Otuz psikiyatrik parametreden yedisi pozitif belirtiler alt ölçeğine, yedisi negatif belirtiler alt ölçeğine ve on altısı genel psikopatoloji alt ölçeğine aittir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Kostakoğlu ve diğ. tarafından yapılmıştır²¹.

Klinik Genel İzlenim (KGI)

Herhangi bir hastalığın şiddeti ile hastalık belirtilerindeki düzelmeyi genel olarak değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Bu çalışmada ölçeğin hastalığın şiddeti kısmı kullanıldı. Klinisyen söz konusu hastalıkla ilgili bilgi ve deneyimlerinin ışığında hastalığın şiddetini hafiften şiddetliye 1'den 7'ye Likert tipi bir derecelendirme ile değerlendirir²².

İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD):

Kişinin fiziksel ya da çevresel faktörlerin neden olduğu bozulma dışındaki psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliğini değerlendiren bir ölçüm aracıdır. Puanlama

eğitilmiş bir uzman tarafından 0-100 arasında tek bir rakamın seçilmesiyle yapılır. Ölçek on işlevsellik aralığına bölünmüş olmakla birlikte değerlendirmeyi yapan uzman gerekli durumlarda ara değerler de kullanılabilir. Ölçekten alınan yüksek puanlar işlevselliğin yüksek olduğuna işaret eder²³.

Beck Bilişsel İçgörü Ölçeği (BBİÖ)

Kendini değerlendirme (self reflectiveness) ve kendinden eminlik (self certainty) olarak isimlendirilmiş iki ana boyutu bulunan ölçek 15 maddeden oluşmakta ve hastalar tarafından doldurulmaktadır⁸. Ölçeğin bileşik puanı; kendini değerlendirme puanından kendinden eminlik puanının çıkarılması ile elde edilir. İçgörü kendini değerlendirme kapasitesi arttıkça artış gösterir. Bu ölçeğin Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Aslan ve diğ.²⁴ tarafından yapılmıştır.

Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği (ÖİDÖ):

Yıldız ve diğ.²⁵ tarafından geliştirilen 17 maddelik likert tipi bir özbebildirim ölçeğidir. Her madde 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bireyin kendisini daha iyileşmiş olarak algıladığını göstermektedir.

Veri çözümlemesi

Çalışmanın istatistiksel çözümlemeleri SPSS 22 paket programı kullanılarak yapıldı. Sayısal değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Ölçek puanlarının normal dağılmadığı saptandığı için PANSS, Klinik Genel İzlenim, İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi puanları ile Beck Bilişsel İçgörü ve Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeğinden alınan puanlar arasındaki korelasyon analizlerinde Spearman Korelasyon Analizi yöntemi kullanıldı.

Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların nüfus ve klinik özellikleri Çizelge 1'de gösterildi.

Çizelge 1. Hastaların nüfus ve klinik özellikleri (Şizofreni=126, Şizoafektif bozukluk=25).

Yaş (ortalama±SS, aralık)	37,23±9,31 (19-64)
Eğitim yılı (ortalama±SS, aralık)	10,38±3,34 (5-20)
Kişi başına düşen gelir/ay (ortalama±SS, aralık)	1004,38±756,03 (100-7000)
Hastalık başlangıç yaşı (ortalama±SS, aralık)	23,03±6,53 (14-49)
Hastalık süresi/yıl (ortalama±SS, aralık)	14,13±8,58 (2-41)
Hastane yatış sayısı (ortalama±SS, aralık)	2,50±2,36 (0-13)
Hastane yatış günü (ortalama±SS, aralık)	74,34±85,79 (0-540)
Erkek (sayı, %)	117 (77.5)
Bekar (sayı, %)	107 (70.9)
Aileyle birlikte yaşama (sayı, %)	103 (68.2)
İşsizlik (sayı, %)	94 (62.3)

Yaş ortalaması 37 olan hastaların %77'si erkek ve %23'ü kadındı. Hastaların %71'i bekar, %68'i ailesi ile birlikte yaşamakta idi. Eğitim süresi ortalaması 10 yıl olan hastaların işsizlik oranı %62 idi.

151 hastanın klinik şiddet, işlevsellik, öznel iyileşme ve bilişsel içgörü puanlarının ortalama ve standart sapmaları Çizelge 2'de verildi.

Çizelge 2. Hastaların ölçeklerden aldıkları ortalama puanlar.

ÖLÇEKLER	Ortalama±SS
PANSS Toplam	63,7±21,0
PANSS Pozitif	14,6±5,6
PANSS Negatif	17,0±6,3
PANSS Genel Psikopatoloji	31,9±10,8
PANSS İlgörü	2,8±1,4
Klinik Genel İzlenim	4,0±0,9
İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi	64,2±10,0
Öznel İyileşme Ölçeği	60,5±17,7
Beck Bilişsel İlgörü Ölçeği: Bileşik Endeks	3,8±5,6
Beck Bilişsel İlgörü Ölçeği: Kendini Değerlendirme	13,8±5,7
Beck Bilişsel İlgörü Ölçeği: Kendinden Eminlik	10,6±3,9

Çizelge 3'te öznel iyileşme ile klinik (PANSS pozitif, PANSS negatif, PANSS genel psikopatoloji, PANSS toplam, PANSS ilğörü, KGI şiddet), işlevsellik ve ilğörü (BBİDÖ bileşik endeks, BBİDÖ kendini değerlendirme, BBİDÖ kendinden eminlik) puanları arasındaki bağıntı çözümlenmesinin sonuçları verildi.

Çizelge 3. Ölçek puanları arasındaki bağıntı katsayıları.

	PANSS +	PANSS -	PANSS GP	PANSS T	PANSS İ	KGI-Ş	İGDÖ	BBİDÖ BE	BBİDÖ KD	BBİDÖ KE
ÖİDÖ	-0,052	-0,192*	-0,167*	-0,171*	-0,055	-0,055	0,113	-0,019	0,175*	0,261**

*p<0,05, **p<0,001

ÖİDÖ: Öznel İyileşmeyi Değerlendirme Ölçeği.

PANSS: Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği.

PANSS +: Pozitif ve negatif sendrom ölçeği pozitif belirtiler alt ölçeği.

PANSS -: Pozitif ve negatif sendrom ölçeği negatif belirtiler alt ölçeği.

PANSS GP: PANSS genel psikopatoloji puanı.

PANSS T: PANSS toplam puanı.

PANSS İ: PANSS ilğörü puanı.

KGI-Ş: Klinik genel izlenim şiddeti.

İGDÖ: İşlevselliğin genel değerlendirme ölçeği.

BBİDÖ BE: Beck bilişsel ilğörü ölçeği, bileşik endeksi.

BBİDÖ KD: Beck bilişsel ilğörü ölçeği, kendini değerlendirme alt ölçeği.

BBİDÖ KE: Beck bilişsel ilğörü ölçeği, kendinden eminlik alt ölçeği.

Tartışma

Şizofreni hastalarında öznel iyileşmenin klinik şiddet ve bilişsel ilğörü ile ilişkisini araştırdığımız bu çalışmada öznel iyileşme duygusunun klinik durum ve bilişsel ilğörü ile ilişkili olduğu saptandı. Klinik şiddeti değerlendirmede kullanılan PANSS toplam, PANSS negatif ve PANSS genel psikopatoloji puanları ile öznel iyileşme puanları arasında anlamlı düzeyde negatif ilişki vardı. Pozitif belirtilerle öznel iyileşme arasında negatif bağıntı olsa da anlamlı bir ilişki saptanmazken negatif belirtilerin ve genel psikopatolojinin öznel iyileşme ile zayıf şiddette de olsa anlamlı ilişkili bulunması negatif belirtilerin ve diğer genel psikopatoloji belirtilerinin hastalar üzerinde daha çok yük oluşturduğu şeklinde yorumlanabilir. Hastaların öznel iyileşme duyguları daha çok negatif belirtiler ve genel psikopatoloji belirtilerinden etkileniyor gibi görünmektedir. Ancak, Çizelge 2'de görüldüğü gibi pozitif puanların yüksek olmaması ve klinik genel izlem orta şiddette olması psikopatolojinin bu boyutunun öznel iyileşme duygusu ile anlamlı bir bağıntı göstermemiş olmasını açıklayabilme olasılığı akılda tutulmalıdır. Başka çalışmalarda da öznel iyileşme ile klinik

durumun şiddeti arasında negatif ilişki olduğu gösterilmiştir²⁶⁻²⁸.

Öznel iyileşme ile PANSS ilğörü puanı ve BBİDÖ bileşik endeks puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum kabaca hastalığa olan ilğörü düzeyinin hastaların iyileşme duygularıyla bir ilişki içerisinde olmaması şeklinde yorumlanabilir. Ancak, öznel iyileşme ile BBİÖ'nün kendini değerlendirme ve kendinden eminlik alt ölçek puanları arasında zayıf da olsa görülen anlamlı pozitif bağıntı, hastaların kendileriyle ilgili değerlendirmelerinde klinisyenlerden farklı yerde durduklarını gösterir. Beck Bilişsel İlgörü Ölçeğine göre kendini değerlendirme puanının artması bilişsel ilğörünün artmasını karşılamaktadır. Hastaların bilişsel ilğörülerinin artışı ile öznel iyilik hallerini değerlendirme durumları arasında pozitif bağıntının saptanmış olması beklendik bir durumdur. Örneğin; Bazen, insanların bana karşı tavırlarını yanlış anladığımı olur (Soru 1), bana gerçekmiş gibi gelen bazı yaşantılarım meğer benim hayal ürünlerimmiş (Soru 5), doğru olduğuna kesinlikle emin olduğum bazı düşüncelerimin aslında yanlış olduğunu anladım (Soru 6) gibi maddelerden yüksek puan almak kişinin doğrudan iyileşme duygusu ve özgüvenini yansıtıyor olabilir. Ancak, BBİDÖ'nün kendinden eminlik boyutundaki maddeler bilişsel çarpıtmaları göstermektedir ve hastaların öznel iyileşme duyguları ile pozitif bağıntılı çıkmış olması dikkatli yorumlanması gereken bir durumdur. Bu beklenmedik bağıntı yanılsamalı bir şekilde hastaların özgüven artışı yansıtması olabilir. Örneğin; yaşadıklarımın çıkarttığım sonuçlar kesinlikle doğrudur (Soru 2), ben bir şeyin doğru olduğunu hissediyorsam o doğrudur (Soru 7), sorunlarımın ne olduğunu başkalarından daha iyi bilirim (Soru 9) gibi sorulardan alınan yüksek puanlar aslında hastaların hala birtakım yanlı düşüncelere sahip olduğunu göstermekle birlikte aynı zamanda özgüven duygusunu yansıtarak öznel iyileşmeyle pozitif bir bağıntı göstermiş olabilir. Beck Bilişsel İlgörü Ölçeğinin alt boyutlarında görülen pozitif bağıntı toplam puanda yani bileşik endekste kaybolmaktadır. Hastaların yaşam kalitesi ile ilğörü düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda öznel yaşam kalitesi ile kendini değerlendirme alt ölçeği puanları arasında pozitif ilişki saptanmıştır^{29,30}. Phalen ve diğ. çalışmasında³¹ öznel yaşam kalitesi ile BBİDÖ'nün kendinden eminlik alt ölçeği puanları arasında pozitif bağıntı saptanmıştır. Kendisini daha iyi olarak değerlendiren hastaların hastalık belirtilerinden çok işlevselliğe odaklandıkları söylenebilir. Öznel iyileşme duygusunu oluşturan ruhsal toplumsal dinamikler bireyi klinik iyileşmenin ötesinde değerlendirmek gerektiğini göstermektedir. Kişiler hastalık belirtilerinin etkisinden tam olarak kurtulamayabilirler, ancak iyileşme sürecini yaşamaları ve doyumlu bir yaşam sürmeleri tümünden ketlenmez. Klinik olarak bazı ilğörü sorunları yaşanabilir, yine de bireylerin hastalığa ve yaşama yeni bir anlam verme çabaları yani iyileşme ve yeni ilğörüler devam eder. Bulgular ilğörü kavramının içerdiği çelişkiye de dikkat çekmektedir. Hastalıkla ilgili bilgi, duygu ya da hisler ne olursa olsun, hastaların iyileşme durumları ya da yaşam kaliteleri ile ilgili değerlendirmeleri klinisyenlerden farklı olabilmektedir. Şizofreni süregelen ve yetiyitimiyle giden bir hastalıktır. Bu hastalığı yaşayan bireyler için iyileşme bir sonuç değil bir süreçtir. Bu süreçte hastaların öznel iyileşme durumları klinik iyileşme ölçeklerinin sonuçlarıyla fazlaca örtüşmeyebilir. Ancak onlar kendilerini daha iyi hissedebilirler ve özgüvenlerini artırarak yaşamlarını daha anlamlı kılabilirler. Sonuç olarak hastaların iyileşme duygularını artırmak için ruhsal toplumsal iyileştirim çalışmalarında

başetme becerileri, umut, özgüven ve içgörüyü artıracak girişimlere daha fazla vurgu yapılması gerektiği söylenebilir.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Hastaların bilişsel işlevlerini değerlendirmeye yönelik sinirbilimsel incelemelerin yapılmamış olması, klinik içgörünün yalnızca PANSS içgörü maddesi ile değerlendirilmiş olması, çalışmanın kesitsel olması nedeniyle öznel iyileşmenin bilişsel içgörü ve klinik durum ile uzun dönemdeki ilişkisinin belirlenememiş olması çalışmanın önemli kısıtlılıklarındandır. Bununla birlikte Türkiye’de öznel iyileşme ile bilişsel içgörü arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olması önemini artırmaktadır.

Kaynaklar

1. Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull.* 2013; 39(6):1363–1372.
2. Liberman RP. Recovery from disability. Manual of Psychiatric Rehabilitation. American Psychiatric Publishing Inc. Washington. 2008.
3. Tsuang D, Coryell W. An 8-year follow-up of patients with DSM-III-R psychotic depression, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *Am J Psychiatr.* 1993; 150:1182-8.
4. Rosen K, Garety P. Predicting recovery from schizophrenia: A retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes. *Schizophr Bull.* 2005; 31:735-50.
5. Leucht S, Lasser R. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry* 2006; 39:161-70.
6. San L, Ciudad A, Alvarez E et al. Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study. *Eur Psychiatr.* 2007; 22:490-98.
7. Schrank B, Slade M. Recovery in psychiatry. *Psychiatr Bull.* 2007; 31: 321-325.
8. Beck AT, Baruch E, Balter JM et al. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res.* 2004; 68(2-3):319–329.
9. Burton CZ, Vella L. Clinical and cognitive insight in a compensatory cognitive training intervention. *Am J Psychiatr Rehabil.* 2011; 14:307–326.
10. David AS, Bedford N, Wiffen B et al. Failures of metacognition and lack of insight in neuropsychiatric disorders. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2012; 367(1594):1379–1390.
11. Lincoln TM, Lullmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr Bull.* 2007; 33(6):1324–1342.
12. Mohamed S, Rosenheck R, McEvoy J et al. Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2009; 35(2):336–346.
13. Barrett EA, Sundet K, Faerden A et al. Suicidality in first episode psychosis is associated with insight and negative beliefs about psychosis. *Schizophr Res.* 2010; 123(2-3):257–262.
14. Cooke MA, Peters ER, Greenwood KE et al. Insight in psychosis: Influence of cognitive ability and self-esteem. *Br J Psychiatry.* 2007; 191:234–237.
15. Drake RJ, Pickles A, Bentall RP et al. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychol Medic.* 2004; 34(2):285–292.
16. Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T et al. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatr Res.* 2009; 167(3):231–238.
17. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull.* 2007; 33(1):192–199.
18. Valiente C, Provensio M, Espinosa R et al. Predictors of subjective well-being in patients with paranoid symptoms: is insight necessarily advantageous? *Psychiatr Res.* 2011; 189(2):190–194.
19. Fıstıkçı N, Keyvan A, Cesur E. Psikiyatrik hastalıklarda içgörü kavramı: bir gözden geçirme. *Yeni Symposium.* 2016; 54(2):25-29.
20. Kay SR, Fiszbein A, Opler La et al. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987; 13:261-76.
21. Kostakoğlu AE, Batur S, Tiryaki A ve diğ. Pozitif ve negatif sendrom ölçeğinin (PANSS) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Derg.* 1999; 14:23-34.
22. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Department of Health and Human Services Publication. Rockville. 1976.
23. Luborsky L. Clinicians' judgments of mental health. *Arch Gen Psychiatr.* 1962; 7:407-417.
24. Aslan S, Türkçapar H, Güney E ve diğ. Beck bilişsel içgörü ölçeği Türkçe formunun şizofrenik hastalar için güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Klinik Psikiyatri Derg.* 2005; 8:186-196.
25. Yıldız M, Erim R, Soygür H ve diğ. Development of the subjective recovery scale for the patients with schizophrenia. *Npj Schizophrenia.* 2016; 2. Article number: 16008; doi:10.1038/npschz.2016.8
26. Chino B, Nemoto T, Fuji C et al. Subjective assessments of the quality of life, well-being and self-efficacy in patients with schizophrenia. *Psych and Clin Neurosci.* 2009; 63:521–528
27. Roe D, Mashlach-Eizenberg M, Lysaker PH. The relation between objective and subjective domains of recovery among persons with schizophrenia-related disorders. *Schizophr Res.* 2011; 131:133–138.
28. Jørgensen R, Zoffmann V, Munk-Jørgensen P et al. Relationships over time of subjective and objective elements of recovery in persons with schizophrenia. *Psychiatr Res.* 2015; 228:14–19.
29. Phalen PL, Viswanadhan K, Lysaker PH et al. The relationship between cognitive insight and quality of life in schizophrenia spectrum disorders: Symptom severity as potential moderator. *Psychiatr Res.* 2015; 230:839–845.
30. Lien YJ, Chang HA, Yu Chen Kao YC et al. The impact of cognitive insight, self stigma, and medication compliance on the quality of life in patients with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci.* 2017; DOI 10.1007/s00406-017-0829-3.
31. De Vos AE, Pijnenborg GH, Aleman A et al. Implicit and explicit self-related processing in relation to insight in patients with schizophrenia. *Cogn Neuropsychiatry.* 2015; 20(4):311–329.

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ PSİKİYATRI POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN RUHSAL HASTALIKLAR İÇİN İLK BAŞVURU YERLERİNİN VE BİRİNCİ BASAMAĞI TERCİH ETMEME NEDENLERİNİN BELİRLENMESİ

DETERMINATION OF THE REASONS FOR NOT APPLYING PRIMARY HEALTH CARE FACILITY AND THE FIRST RECOURSED PLACE OF PATIENTS WHO ADMITTED TO KOCAELI UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL HOSPITAL PSYCHIATRIC CLINIC FOR MENTAL ILLNESS

¹*Utku Urgan, ¹Çiğdem Çağlayan

ÖZ

Amaç: Depresyon, anksiyete bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı gibi birçok ruhsal hastalık birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde sunulmasıyla önlenebilmektedir. Ancak bu hastalıklara sahip bireylerin yalnızca %18'i birinci basamakta tedavi almaktadır. Bu araştırma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastaların ilk başvuru yerlerini belirlemeyi ve birinci basamakta sunulan ruh sağlığı hizmetini tercih etmeme nedenlerini ortaya koymayı amaçlamıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne 11-29 Temmuz 2016 tarihleri arasında ilk kez başvuran 110 hastadan; %84,3'ü (n=92) araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmanın değişkenleri, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile ruh sağlığı hizmetleri hakkındaki bilgi ve deneyimleri olarak belirlenmiştir. Toplanan veriler SPSS 20,0 paket programı ile değerlendirilmiş, tanımlayıcı analizler, Ki-Kare ve Mann-Whitney U testleri yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 31,3 ± 11,4 yıl olup, %40,2'si (n=37) erkek, %59,8'si (n=55) kadındır. Araştırmada duygudurum bozukluğu sıklığı %34,8 (n=32), anksiyete bozukluğu %34,8 (n=32) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %24'ü (n=22) ruh sağlığı hizmeti almak için en az bir defa birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuru yaptığını belirtirken, %21,7'si aile hekiminin ruhsal hastalıklar konusunda bilgi ve becerisine güvendiğini belirtmiştir. Ruh sağlığının sadece psikiyatri uzmanının alanı olduğunu düşünmesi nedeniyle ilk başvuruyu birinci basamakta çalışan hekime yapmadığını belirtenlerin sıklığı %53,4 (n=47) olarak tespit edilmiştir.

Sonuç: Hasta tanılarının yaklaşık üçte ikisi birinci basamakta tedavi imkanı olan anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluklarıdır. Ancak yine de birinci basamak sağlık hizmetlerinin ruhsal hastalıkların tanı ve tedavisinde tercih edilmediği görülmektedir. Toplumun aile hekiminin bu hizmeti sunduğunu bilmemesi yada aile hekimini bu konuda yetersiz bulması bu durumun iki önemli nedeni olarak görülmektedir. Sevk zincirini aktif hale getirilmesi; öncelikle hastaların bağlı bulunduğu aile hekimini tanımasını, kişilerin hekime güven duymasını ve ruh sağlığı hizmeti almak için ilk olarak birinci basamağı kullanmasını sağlayabilir.

Anahtar sözcükler: Birinci basamak, sağlık hizmeti, ruh sağlığı.

Objectives: Many mental illnesses such as depression, anxiety disorder, alcohol and substance abuse can be prevented by presenting primary healthcare services successfully. However, only 18 % of these individuals receive first-line treatment. This study aimed to determine the first application places of those who want to get mental health services and to reveal the reasons why they do not prefer mental health service offered at the primary health care.

Methods: Research is descriptive study. One hundred and ten patients who applied to Kocaeli University Medical Faculty Psychiatric Outpatient Clinic for the first time between 11-29 July 2016; 84.3% (n=92) agreed to participate in the study. The variables of the study were the participants' socio-demographic characteristics and their knowledge and experience about mental health services. The collected data were evaluated with SPSS 20.0 package program, descriptive analyzes, Chi-Square and Mann Whitney U tests were performed.

Results: The mean age of the participants was 31.3 ± 11.4, 40.2% (n=37) male and 59.8% (n=55) females. In the study, mood disorder frequency was found to be 34.8% (n=32) and anxiety disorder was found to be 34.8% (n=32). While 24% (n=22) of the participants stated that they had applied to the primary health care facility at least once in order to receive mental health service, 21.7% of them stated that the family physician was safe and knowledgeable about mental illnesses. Fifty-three percent (n=47) of the first respondents stated that they did not do primary care because they believe that the mental health was the area of psychiatric specialists.

Conclusions: Approximately two-thirds of the patient diagnoses in this study are anxiety disorders and mood disorders, which are the first-line treatment possibilities. However, it is seen that primary health care services are not preferred in the diagnosis and treatment of mental illnesses. Whether the community's family physician does not know that it offers this service or finds the family physician inadequate in this regard are seen as two important reasons. Activation of the referral chain; first of all, to recognize the family physician to which the patients are attached, to ensure that the patients are trustworthy and to use the first step to get mental health services.

Key words: Primary care, health services, mental health.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre ruh sağlığı; kişilerin kendi potansiyelini fark edebildiği bir iyilik halinin olduğu, yaşamın normal stresleriyle başa çıkabildikleri, verimli ve yararlı bir şekilde çalışabildikleri, bulunduğu topluma katkı yapabildikleri durumdur¹.

Günümüzde ruhsal ve davranışsal bozukluklar oldukça yaygın olup, tüm dünyada insanların %25'i yaşamlarının bir döneminde bu hastalıklar-dan etkilenmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı

tarafından desteklenen Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması sonuçlarına göre; ruhsal bozukluk görülme sıklığı erişkinlerde %17,2'dir. Ancak erişkinlerde tedavi için başvuru sıklığı sadece %4,7'dir².

Tüm dünyada 2002 yılında Yeti Yitimine Ayarlanmış Yaşam Yılı'nın (The disability-adjusted life year (DALY)) %5,9'u ruhsal ve davranışsal hastalıklar ile ilişkili iken 2012 yılında bu sayı %7,3'e yükselmiştir³. Ülkemizde ise 2002

ABSTRACT

1Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Tıp Fakültesi,
Kocaeli Üniversitesi,
Kocaeli, Türkiye

Geliş Tarihi
19.09.2017

Kabul Tarihi
02.01.2018

Sorumlu Yazar

Utku Urgan

Halk Sağlığı Anabilim Dalı,
Kocaeli Üniversitesi,
Tıp Fakültesi

E-posta
drurgan@hotmail.com

yılında hastalıklar tüm DALYs'in %4'ünü oluştururken 2012'de bu sıklık artmış, %12,2'ye ulaşmıştır. Bu sayının 2020 yılında %15'e ulaşacağı tahmin edilmektedir⁴.

Ruhsal hastalıkları neden olduğu DALY'nin dörtte üçünü, depresyon, anksiyete bozukluğu, alkol ve madde bağımlılığı gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinin başarılı bir şekilde sunulmasıyla önlenebilecek hastalıklar oluşturmaktadır³.

Toplumun ruh sağlığının geliştirilmesi için birinci basamak sağlık kuruluşlarının etkin kullanımı oldukça önemlidir. Bu kuruluşlar yoluyla anne-baba eğitimi, alkol madde bağımlılığının etkileri hakkında hastaların bilgilendirilmesi, geçiş dönemlerinde (emeklilik, ayrılık) bireylere destek verilmesi, topluma ruh sağlığı kavramının benimsenmesi, ruh sağlığı hakkındaki toplumda var olan ön yargıların yıkılması gibi hizmetler daha kolay ve daha geniş nüfusa sunulabilir. Birinci basamakta Genel Sağlık Anketi (GSA) gibi kabul görmüş ölçeklerle yapılan tarama, tanı ve tedavi uygulamalarının yanı sıra bağlı nüfustaki hastalara ev ziyareti yapılarak üçüncül koruma hizmeti verilebilir⁵.

Aile hekimlerinin rutin öykü ve muayenelerinde ruh sağlığını da değerlendirmeleri, erken tanı ve tedavi sayılarını arttırabilmektedir. Hastalıkların kronikleşmesi önlenerek ileride ortaya çıkabilecek bireysel, sosyal ve ekonomik yıkımlar engellenebilmektedir⁴.

Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamakta sunulmasının en önemli avantajlarından biri, herhangi özel bir uzmanlık alanı olmaması nedeniyle başvuru yapan kişinin damgalanma korkusu yaşamamasıdır. Ayrıca aile hekimi tarafından ruh sağlığı hizmeti fiziksel hastalıkların tedavisi sırasında destekleyici bir sağlık hizmeti olarak aynı anda sunulabilir. Ulaşımın daha kolay ve ekonomik olması, zamanın daha verimli kullanılabilmesi hastaların ruh sağlığı için tıbbi bakım alma isteklerini arttıracaktır. Ayrıca birinci basamakta hasta başına düşen sağlık harcaması ikinci ve üçüncü basamaktaki sağlık hizmetindeki harcamadan daha az olmaktadır⁶.

Bazı ülkelerde ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegre edilmesi amacıyla çeşitli projeler yürütülmektedir⁷. Ülkemizde de ağır ruhsal rahatsızlığı olan kişileri tespit etmek ve sonrasında davet veya ziyaret yoluyla sağlık hizmetinden yararlanmalarını sağlamak amacıyla Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri 2008 yılında faaliyete başlamıştır⁸.

Ülkemizde ruh sağlığı hizmeti almak isteyenlerin yalnızca %21'i pratisyen hekimlere başvurmaktadır. Bu bireylerin yalnızca %18'i birinci basamakta tedavi almaktadır. Bu durum ruh sağlığı hizmetlerinde birinci basamağın yeterli bir rol almadığını ortaya koymaktadır. Ruh sağlığı hizmetleri konusunda birinci basamağın daha etkin olmasının önündeki; sağlık sisteminden, hekimden ve hastadan kaynaklanan engellerin tespit edilmesi önem taşımaktadır².

Bu araştırma Kocaeli Üniversitesi (KOÜ) Tıp Fakültesi'nde ruh sağlığı hizmeti alanların ilk başvuru yerlerini belirlemeyi, birinci basamakta sunulan ruh sağlığı hizmetini tercih etmeme nedenlerini ile ruh sağlığı hizmetleri hakkındaki deneyim ve bilgilerini ortaya koymayı amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini KOÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne ilk kez başvuran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneği için küme örnekleme yöntemi kullanılarak, 11-29 Temmuz 2016 tarihleri arasında ilk kez başvuran 110 hasta araştırmaya dahil edilmiştir.

Bu kişilerin %14,5'i (n=16) hastanın ya da yakınının araştırmaya katılmayı reddetmesi, %2'si (n=2) hastanın mental retardasyonu olması nedeniyle araştırmanın dışında bırakılmış ve toplam 92 (%84,3) hasta katılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak 24 sorudan oluşan, kişilerin sosyoekonomik özellikleri ile birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri hakkındaki deneyim ve bilgilerini sorgulayan anket formu kullanılmıştır. Soru formu katılımcılarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

Araştırmanın yürütülmesi için etik kurul ve başhekimlikten yazılı izin alınmış ve ilgili anabilim dalı başkanlığı bilgilendirilmiştir.

Araştırmanın değişkenleri birinci basamağa en az bir defa başvuru yapma durumu, sosyodemografik özellikler, ruh sağlığı ve genel sağlık sorunları için ilk başvuru merkezi, ilk başvurunun birinci basamakta çalışan hekime yapılmama nedenleri, ruh sağlığı hizmetinin sunumunda aile hekimine güven duyma durumu, ruh sağlığı hizmeti almak için birinci basamağı tercih etmeme nedeni, tıp fakültesini tercih etme nedeni, ruhsal hastalığı için tıp dışı tedavi tercihi, aile hekimini tanıma durumu, ruhsal hastalıklarla ilişkili eğitim toplantısına katılma durumu, birinci basamakta ruhsal hastalıklara yönelik sağlık hizmeti sunulduğunun farkındalığı, ruh sağlığı hizmetlerinde birinci basamak sağlık kuruluşunda verilen bilginin hasta tarafından yeterli bulunup/bulunmama durumu ve aile hekimine ruh sağlığı hizmeti için son başvurusunun sonucu olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan hastalar 20 farklı tanı almış, bu tanıları analizlerde kolaylık sağlamak amacıyla dört kategoriye ayrılmıştır. Üç hastalık tanısı duygudurum bozukluğu ve beş hastalık tanısı da anksiyete bozukluğu başlığında gruplandırılmıştır. Ayrıca uyum bozukluğu tek başına bir grup kabul edilmiş olup, geriye kalan 11 hastalık "diğer ruhsal hastalıklar" olarak tanımlanmıştır.

Birinci basamağa en az bir defa başvuru yapma bağımlı değişken olarak belirlendikten sonra ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Kişi başı gelir seviyesi; hane gelirinin ailedeki kişi sayısına bölünmesi ile hesaplanmıştır. Bu değişken, analizlerde kullanılması için kategorik hale getirilmiştir. Kesim değeri Türk-İş tarafından 2015 yılında belirlenen dört kişilik ailenin yoksulluk sınırı olan 4.500 TL'nin dörde bölünmesi ile elde edilen 1125 TL olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların yaşadığı yer değişkeni; ulaşım olanakları dikkate alınarak Kocaeli İline bağlı ilçe merkezlerinde yaşayanlar ile şehir dışı veya kırdaki yaşayanlar olarak 2 gruba ayrılmıştır. Medeni durum evli/beraber yaşayan ve diğer olarak gruplandırılmıştır.

Eğitim durumu lise altındaki seviye ile lise ve üstü seviye olarak belirlenmiştir. İşteki statü düzenli ücretli çalışanlar ve diğer olarak sınıflandırılmıştır.

Devlet hastanesi, dal merkezi, özel hastane ve muayenehane başvuruları ikinci basamak sağlık kuruluğu başvurusu, üniversite ve eğitim-araştırma hastaneleri de üçüncü basamak sağlık kuruluğu olarak tanımlanmıştır.

Veri çözümlemesi

Toplanan veriler SPSS 20,0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistik yapılmış sayı ve yüzdelik değerler belirlenmiştir. Sürekli değişken olan yaş için ortalama ve standart sapma kullanılmış ayrıca yaş değişkeni gruplandırılarak sayı ve yüzdelik değerler hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık değerlendirmesinde Ki-Kare ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlılık $p < 0,05$ olarak belirlenmiştir.

Bulgular

Araştırmaya 92 kişi katılmış olup, yaş ortalamaları $31,3 \pm 11,4$ yıl olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri Çizelge 1'de sunulmuştur.

Katılımcıların %34,8'i (n=32) duygudurum bozukluğu, %34,8'i (n=32) anksiyete bozukluğu, %9,8'i (n=9) uyum bozukluğu tanısı alırken, %20,7'si (n=19) diğer ruhsal hastalıklar arasından tanı almıştır.

Hem genel sağlık hem de ruh sağlığı hizmeti almak için katılımcılar ilk başvuru yeri olarak çoğunlukla ikinci basamak sağlık kuruluğlarını tercih etmiştir (Çizelge 2).

Araştırmaya katılanların %31,5'i (n=29) aile sağlığı biriminde ruhsal hastalıklara yönelik sağlık hizmeti sunulduğunu bilmediğini belirtmiştir.

Ruh sağlığının sadece psikiyatri uzmanının alanı olduğunu düşünmesi vebirinci basamakta çalışan hekiminin bu hizmeti sunduğunu bilmemesi nedeniyle ilk başvuruyu birinci basamakta çalışan hekime yapmadığını belirten katılımcıların sıklığı dikkat çekmektedir (Çizelge 3).

Katılımcıların %10,9'u (n=10) sevk, %55,4'ü (n=51) tavsiye, %13'ü (n=12) diğer aile bireylerinin kararı nedeniyle tıp fakültesi psikiyatri polikliniğini tercih ettiklerini belirtmektedir.

Katılımcıların %73,9'u (n=68) bağlı olduğu aile hekimini tanıdığını belirtirken katılımcıların sadece beşte biri aile hekimine kesinlikle güvendiğini belirtmiştir (Çizelge 4).

Katılımcıların %7,6'sı (n=7) ruhsal hastalıklar konulu bir eğitim toplantısına katıldığını belirtmiştir. Ruhsal hastalık tedavisi için tıp dışı sečenekleri (dua, bitkisel ilaç, müzik) deneyenler katılımcıların % 14,1'ini (n=13) oluşturmaktadır.

Çizelge 1. Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri.

	N	%	
Cinsiyet	Erkek	37	40,2
	Kadın	55	59,8
Yaş	15-19	24	26,1
	20-29	15	16,3
	30-39	30	32,6
	40-49	20	21,7
	50 ve üstü	3	3,3
İşteki Çalışma Statüsü	Öğrenci	32	34,8
	Emekli/Çalışmıyor	7	7,6
	Düzenli ücretli	24	26,1
	Yevmiyeli	3	3,3
	İşveren	2	2,2
	Kendi hesabına	3	3,3
	Ücretsiz aile işçisi	21	22,8
Medeni Durum	Evli/beraber yaşayan	45	48,9
	Bekar	44	47,8
	Dul/Boşanmış	3	3,3
Sosyal güvence durumu	Emekli sandığı	10	10,9
	Bağ kur	2	2,2
	SSK	75	81,5
	Özel	1	1,1
	Yeşil kart/Yok	4	4,3
Mezuniyet durumu	Hiç okula gitmemiş	4	4,3
	İlköğretim	39	42,4
	Lise	37	40,2
	Üniversite/yükseköğul	12	13,0
Kişi gelir seviyesi	1124 TL ve altı	72	78,3
	1125 TL ve üstü	20	21,7
Yaşadığı yer	Kocaeli İl-ilçe merkezleri	82	89,1
	şehir dışı-Kır-köy	10	10,9
ASM personellerini tanıma	Aile Hekimini tanıyanlar	68	73,9
	Aile Hekimini tanımayanlar	24	26,1

Çizelge 2. Araştırmaya katılanların genel sağlık sorunları ve ruhsal hastalık ile ilişkili sorunları için ilk başvurdukları sağlık kuruluğu.

	N	%
Genel sağlık sorunları için ilk başvurduğu sağlık kuruluğu		
İkinci basamak sağlık kuruluğu	46	50,0
Birinci basamak sağlık kuruluğu	34	37,0
Üçüncü basamak sağlık kuruluğu	12	13,0
Ruhsal hastalıklar için ilk başvurduğu sağlık kuruluğu		
İkinci basamak sağlık kuruluğu	54	58,7
Üçüncü basamak sağlık kuruluğu	34	37,0
Birinci basamak sağlık kuruluğu	4	4,3

Çizelge 3. Araştırmaya katılanların ilk başvurularını birinci basamakta çalışan hekime yapmama nedenleri.

Başvurmama nedeni	N	%
Sadece psikiyatri uzmanı ruh sağlığı hizmeti sunabilir	47	53,4
Birinci basamakta çalışan hekimin bu hizmeti sunduğunu bilmemem	17	19,3
Ebeveyn kararıydı	12	13,6
Birinci basamakta çalışan hekime güveniyorum ancak tercih etmedim	12	13,6

Çizelge 1. Katılımcıların aile hekimini tanıma ve ruhsal hastalıkların tanı-tedavisinde aile hekimine güvenme durumu.

	n	%
Aile Hekimini Tanıma Durumu		
Tanıyanlar	68	73,9
Tanımayanlar	24	26,1
Aile hekimine güvenme		
Kesinlikle, Güvenirim	20	21,7
Kısmen, Güvenirim.	38	41,3
Hayır, Güvenmiyorum	34	37,0

Ruhsal hastalıklar için ilk başvurusunu birinci basamak sağlık kuruluşuna yapan 4 kişi dışında 18 kişi de herhangi bir dönemde birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurduğunu belirtmiştir. Böylelikle katılımcıların %24'ünün (n=22) ruh sağlığı hizmeti almak için birinci basamak sağlık kuruluşuna en az bir defa başvuru yaptığı tespit edilmiştir.

Birinci basamakta sağlık kuruluşuna ruhsal hastalıklar için en az bir defa başvuran 22 katılımcının %22,7'si (n=5) hekim tarafından kendisine verilen bilgiyi yetersiz bulurken, %22,7'si (n=5) ise kendisine bilgi verilmediğini belirtmiştir. Birinci basamak sağlık kuruluşunda, ruh sağlığı hizmeti için başvuranların %72,7'sine (n=16) sadece ilaç yazılmış olup, %18,2'sine (n=4) ilaç yazılarak uzman hekime kontrole gitmesi söylenmiş, %4,5'ine (n=1) ilaç yazılarak kontrole gelmesi söylenmiştir. Başvuranların %4,5'ine (n=1) ise doğrudan uzman hekime gitmesi gerektiği belirtilmiştir.

Ruh Sağlığı hizmeti almak için en az bir defa birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranlar (n=22) ve başvurmayanların bazı özellikleri değerlendirilmiştir. Buna göre yaş, medeni durum ve aile hekimini tanıma ile birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Yapılan analizlerde diğer sosyodemografik özellikler ile birinci basamağa en az bir defa başvurma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 5).

Çizelge 5. Birinci basamağa başvuru yapanlar ve yapmayanların sosyoekonomik özellikleri ve aile hekimini tanıma durumu açısından karşılaştırılması.

	Birinci basamağa en az bir defa başvuru yapanlar		Birinci basamağa hiç başvuru yapmayanlar		X ²	p
	N	%	N	%		
Cinsiyet						
Erkek	9	24,3	28	75,7	0,000	1,000
Kadın	13	23,6	42	76,4		
Yaş (Ort±SS)	(38,0±6,9)		(29,3±11,8)		0,001**	
İşteki Çalışma Statüsü						
Düzenli ücretli	8	33,3	16	66,7	0,961	0,327
Diğer gruplar	14	20,6	54	79,4		
Medeni Durum*					10,858	0,001*
Evli/Berberer yaşıyor	18	40,0	27	60,0		
Diğer	4	8,5	43	91,5		
Eğitim durumu					0,356	0,551
İlköğretim ve altı seviye	12	27,9	31	72,1		
Lise ve üstü seviye	10	20,4	39	79,6		
Gelir seviyesi					0,699	0,403
1124 TL ve altı	14	20,9	53	79,1		
1125 TL ve üstü	8	32,0	17	68,0		
Yaşadığı yer					1,194	0,253
Kocaeli iline bağlı ilçe merkezleri	21	25,6	61	74,4		
Şehir dışı-kır-köy	1	10,0	9	90,0		
Aile Hekimini tanıma*					8,504	0,004*
Evet	22	32,4	46	67,6		
Hayır	0	0,0	24	100,0		

*Ki-Kare testi

**Mann-Whitney U testi

Tartışma

KOÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalarda yapılan bu araştırmanın tanımlayıcı bulguları ruhsal

sağlık sorunları için birinci basamağın kullanım durumu ile ilgili dikkat çekici bulgular sunmaktadır. Bununla birlikte araştırmanın tanımlayıcı tipte olması ve katılımcı sayısının az olması neden sonuç ilişkisi kurulmasını engellemektedir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; yaş ortalamaları 31,3 yıl olup, %59,8'i kadın ve %40'ı erkektir. Ülkemizde, 7479 kişinin dahil edildiği en kapsamlı ruh sağlığı araştırmalardan biri olan, 1998 yılında yürütülen Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması'nda katılımcıların yaş ortalaması 39,3 yıl olarak belirlenmiş olup ve %54,9 kadınlardan %45,1'ini erkeklerden oluşturmaktadır². Yaş ortalamaları arasında farklılığın nedeni zamansal bir değişim olabileceği gibi psikiyatri bölümü çocuk ve ergen polikliniğine başvuranların, araştırmamıza katılanların sayıca önemli bir bölümünü oluşturması ile ilgili olabilir.

Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasına göre ruhsal hastalık prevalansı erişkinlerde %17,2 olduğu ve ruhsal hastalık tanısı alanların %39'unda anksiyete bozukluğu, %36'sında duygudurum bozukluğu olduğu saptanmıştır². Dönmez ve diğ.'nin 2000 yılında yaptığı araştırmada birinci basamakta ruhsal hastalığı olanlar arasında duygudurum bozukluğu sıklığı %30,2, anksiyete bozukluğu %25,2 olarak bulunmuştur⁹. Birinci basamakta tanı ve tedavisi mümkün olan bu iki hastalığın sıklığı bizim araştırmamızda da diğer iki araştırma ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda aile sağlığı biriminde ruh sağlığı hizmeti sunulduğunu bilmeyenler, katılımcıların %71'ini oluşturmaktadır. Araştırmada ayrıca katılımcıların beşte biri bu hizmetin birinci basamakta verildiğini bilmediği için ilk olarak uzman hekimi tercih ettiğini belirtmiştir. Bu durum ruh sağlığı hizmetinin aile hekimi tarafından da sunulduğunun bilinmesinin önemini ortaya koymaktadır.

Katılımcılar arasında genel sağlık sorunları için birinci basamağa başvuru sıklığı %37 olarak bulunmuştur. Başka bir tıp fakültesinde 2011 yılında yapılan araştırmada ise bu sıklık %66,3 olarak tespit edilmiştir⁴. Bu durum son yıllarda sağlık sorunlarının tedavisi konusunda insanların ilk olarak uzman hekimi tercih etme eğilimindeki artış ile uyumludur.

Araştırmamızda ilk başvurusunu birinci basamak sağlık kuruluşuna yapanların sıklığı oldukça düşük (%4,3) bulunmuştur. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırmasında ise bu sıklık %21 olarak saptanmış olup, bu araştırmanın yapıldığı ve sağlık ocaklarının faal olduğu bu dönemde beş hastadan birinin ruh sağlığı hizmeti için ilk başvuruyu birinci basamağa yaptığını ortaya koymaktadır².

Katılımcıların önemli bir bölümü hem genel sağlık sorunlarına hem de ruh sağlığına yönelik hizmeti uzman hekiminin vermesi gerektiğini düşünmekte ve bu durum Gültekin'in araştırması ile uyum göstermektedir⁴. Günümüzde sadece tedaviye dayalı yaklaşımların ön plana çıkması, koruyucu sağlık hizmetlerinin ve birinci basamağın önemini vurgulanmaması toplumun büyük bir kısmının sadece ikinci ya da üçüncü basamakta çalışan hekimlere güven duymasına neden olmaktadır.

Ülkemizde özellikle ruhsal hastalıkların tedavisi için kişilerin tıp dışı seçeneklere yöneldiği görülmektedir^{2,10}. Ülkemizin batısında yer alan Kocaeli ilinde yapılan araştırmamıza göre tıp dışı seçenekleri (dua, bitkisel ilaç, müzik) tercih edenlerin sıklığı diğer araştırmalara göre daha az olup, katılımcıların %14,1'ini (n=13) oluşturmaktadır. Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasında katılımcıların %3,6'sı ruhsal hastalığı için ilk başvuruyu din görevlisine yaptığını belirtmiştir². Bahar ve diğ.'nin 2010 yılında Gaziantep'te devlet hastanesi polikliniğine başvuranlar arasında yaptıkları araştırmada 221 katılımcının %48'inin tıp dışı yöntemlere (dua, cin çıkarma, kurşun dökme, çeşitli yiyecek ve içecek) başvurduğu saptanmıştır¹⁰. Bu durum ülkemizin doğu ile batı bölgeleri arasındaki sosyokültürel yapı farklılıklarından kaynaklanabilir. Ayrıca araştırmamızın bulgularında tedavi ve rehabilitasyon sürecinde önemli bir yeri olan eğitim ve bilgilendirme toplantılarına katılımın oldukça düşük olduğu göze çarpmaktadır.

Birinci basamağa başvurma durumu ile yaş, medeni durum ve aile hekimi tanıma durumu ilişkisi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Kocaeli Tıp Fakültesi Psikiyatri bölümü çocuk ve ergen polikliniğine başvuran hastaların takip süreçlerini yine aynı birimde devam ettirme eğilimleri birinci basamağa hiç başvurmayan grupta yaş ortalamasının daha düşük olmasına neden olmuş olabilir. Araştırmamızda evli veya beraber yaşayanların %40'ı, bekar, dul veya boşanmış olanların ise %8,5'i ruhsal hastalıklar nedeniyle birinci basamağa başvuru yaptığını belirtmiştir. Gültekin'in araştırmasında da evli veya beraber yaşayanların ruh sağlığı hizmeti almak için birinci basamağı daha çok tercih ettiği görülmektedir⁴.

Araştırmamızda kişi başı gelir seviyesi ilk başvuru yapılan sağlık kuruluşunu arasında ilişki bulunmamıştır. Gültekin'in araştırmasında gelir durumu daha yüksek olanların ilk başvuruyu uzman hekime yaptıkları belirlenmiştir⁴. Her iki araştırmada da eğitim seviyesinin ruh sağlığı hizmeti almak için birinci basamağa başvuruları etkilemediği tespit edilmiştir.

Ruh sağlığı hizmeti için birinci basamağın yeterince kullanılmamasının diğer önemli nedeni; bu çalışmada sorgulamadığımız hekim kaynaklı nedenlerdir. Aile hekiminin bu bransa ilgisinin azlığı, daha çok fiziksel hastalıklara odaklanması ve ruhsal hastalıkların tanı-tedavisinde bilgi seviyesinin yetersizliği en önemli sorunlardır⁴. Mezuniyet öncesi dönemde ruh sağlığı alanında yeterli eğitiminin sunulmaması birinci basamak hekimlerinin bu alandaki ilgi ve becerilerini olumsuz etkileyebilmektedir¹¹. Oysaki İngiltere'de yapılan bir araştırma, yeterli eğitimi aldığı takdirde aile hekimlerinin, ruhsal hastalıkların tanı ve tedavisini sunma konusunda uzman hekimler gibi başarılı olabileceğini göstermiştir¹².

Sonuç

Bu araştırmada tespit edilen hasta tanılarının dörtte üçü birinci basamakta tedavi imkanı olan anksiyete bozuklukları ve

duygudurum bozukluklarıdır. Ancak yinede birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşların ruhsal hastalıkların tanı ve tedavisinde tercih edilmediği görülmektedir. Ülkemizde sevk zinciri olmadığı için kişiler herhangi bir sağlık sorununun çözümü konusunda sıklıkla doğrudan ikinci basamak sağlık kuruluşlarını tercih etmekte ve bu nedenle toplumun önemli bir bölümü aile hekimini veya aile sağlığı elemanını tanımamaktadır. Bu durum aile hekimine güven duyulmasının önünde bir engel oluşturmaktadır. Bulgularımıza göre ruh sağlığı hizmeti için birinci basamağın tercih edilmemesinin başlıca nedenleri bu hizmetin aile hekimi tarafından sunulduğunun bilinmemesi, hastaların aile hekimlerini yeterli bulmaması ve bu konuda kişilerin sadece psikiyatri uzmanına güvenmesidir.

Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetinin kaliteli bir şekilde sunumu için öncelikle hükümetlerin veya kurumların sağlık hizmeti sunumu ile ilgili planlamayı doğru yapması, sevk zincirini etkin hale getirmesi, yeterli kaynak ayırması, eğitimi ve uygun sayıda personeli sağlaması oldukça önemlidir.

Eğitim ve bilgilendirme toplantılarına katılımın azlığının nedenleri sorgulanmalıdır. Birinci basamak sağlık kuruluşları ile okulların rehberlik servisleri ve ilçelerdeki rehberlik yada danışma merkezleri gibi birincil korumaya yönelik hizmet veren kuruluşlar arasındaki işbirliği ruhsal hastalıkların toplumdaki sıklığını azaltabilir ve tanı almış bireylerde bu hastalıkların ilerlemesini engelleyebilir. Ayrıca Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin etkin kullanımı sağlanmalıdır.

Psikiyatri uzmanına başvuran her hastanın, bağlı bulunduğu aile hekimi ile iletişime geçebileceği konusunda bilgilendirilmesi ruh sağlığı hizmetlerinde birinci basamağın rolünü arttıracaktır. Birinci basamağın ruh sağlığı hizmet sunumuna dahil edilmesi için özel bir iletişim ağı kurularak uzman hekimlerin aile hekimlerine rehberlik yapmaları

sağlanabilir. Ayrıca birinci basamakta sınırlı sayıda ilacın reçetelenebilmesi ile başlanıp uzman hekimlerin denetimi altında kademeli bir şekilde reçete edilebilecek ilaç sayısının artırılması bir diğer seçenek olabilir.

Araştırmanın başlıca sınırlılıkları katılımcı sayısının az olması, verilerin katılımcıların beyanına dayalı olmasıdır. Ayrıca yeşil kartı olanların ekonomik nedenlerden dolayı ilk başvuruyu doğrudan üniversitemize yapamaması araştırmanın sosyodemografik özelliklerinin düzenli dağılımı açısından bir kısıtlılık oluşturmaktadır.

Kaynaklar

1. Mental health: a state of well-being Last update: 2014. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ Erişim Tarihi: 20.08.2016.
2. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M ve diğ. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Ankara. 1998.
3. WHO. Global Burden of Disease 2000-2012 www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html/Globals_ummayestimates Erişim Tarihi: 20.08.2016.
4. Gültekin BK. Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Ayaktan Başvuran Hastaların Birinci Basamak Deneyimleri. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011; 12(1): 25-30.
5. Aksaray G, Kaptanoğlu C, Oflu S. Koruyucu Ruh Sağlığı. *Yeni Symposium*. 1999; 37(3): 55-59.
6. WHO and Wonca Working Party on Mental Health What is primary care mental health? WHO and Wonca Working Party on Mental Health. *Ment. Health Fam. Med.* 2008; 5(1): 9-13.
7. Aydın S. Birinci Basamakta Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeklerinin Kullanımı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2005; 9(1): 26-31.
8. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. Ankara: Sağlık Bakanlığı. 2011; 26-27.
9. Dönmez L, Dedeoğlu N, Özcan E. Sağlık Ocaklarına Başvuranlarda Ruhsal Bozukluklar. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2000; 11(3):198-203.
10. Bahar A, Savaş HA, Bahar G. Psikiyatri Hastalarında Tıp Dışı Yardım Arama Davranışının Değerlendirilmesi. *Yeni Sempozyum Dergisi*. 2010; 48: 216-222.
11. Ocaktan ME, Özdemir O, Akdur R. Birinci basamakta ruh sağlığı hizmetleri. *Kriz dergisi*. 2004; 12(2): 63-73.
12. Ward E, King M, Lloyd M ve diğ. Randomised Controlled Trial Of Non-Directive Counselling, Cognitive-Behaviour Therapy, And Usual General Practitioner Care Forpatients With Depression I: Clinical Effectiveness. *BMJ*. 2000; 321(7273): 1383-1388.

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

INTER-MODEL DIŞAVURUMCU GRUP SANAT TERAPİSİNİN HEMŞİRELİK SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN STRESLE BAŞA ÇIKMA DÜZEYLERİNE ETKİSİ

THE EFFECT OF INTER-MODEL EXPRESSIVE GROUP ART THERAPY ON THE FINAL YEAR NURSING STUDENTS' LEVEL OF OVERCOMING STRESS

1*Begüm Altınçapa, 2Bihter Yasemin Adalı Kaya, 3Nurhan Eren

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, inter-model dışavurumcu grup sanat terapisinin hemşirelik son sınıf öğrencilerinin stresle başa çıkma düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Ön-son test kontrol gruplu randomize deneysel araştırma olarak tasarlanmıştır. Çalışma 2015-2016 eğitim öğretim yılında bir vakıf üniversitesi hemşirelik bölümü son sınıf öğrencilerinden sekiz katılımcı ve sekiz kontrol grubu üyesi olmak üzere on altı katılımcıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın nicel verileri randomize deneysel araştırma modelinden kontrol gruplu ön ve son test modeli aracılığıyla; nitel verileri ise betimsel yöntemden yararlanılarak elde edilmiştir. Veriler, oturumlarda üretilen sanat ürünleri, katılımcıların sözel paylaşımları ve süpervizyon raporları ile Kişisel Bilgi Formu, Hemşirelik Öğrencilerinde Algılanan Stres Ölçeği (HÖASÖ), Stresle Başa Çıkma Tazları Ölçeği (SBÇTÖ) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI 1-2) ile üzerinden elde edilmiştir. Ölçekler, "Shapiro Wilks Testi", "Mann Whitney U Testi", "Wilcoxon İşaretli Sıra Testi", "Spearman Rho Korelasyon Analizi", "Ki-Kare Testi" ve "Fisher Kesin Ki-Kare Testi" kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubunda başlangıçtaki HÖASÖ ile SBÇTÖ alt boyut puanlarının korelasyon değerlendirmesine göre deney grubunda; başlangıçtaki öğretim elemanları ve hemşirelerden kaynaklanan stres alt boyutu puanları ile sosyal desteğe başvurma alt boyutu puanları arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r:0,724; p<0,05$). Deney grubunda başlangıçtaki SBÇTÖ alt boyut puanları ile STAI 1-2 alt boyut puanlarının korelasyon değerlendirilmesinde ise deney grubunda; başlangıçtaki sosyal desteğe başvurma alt boyutu puanları ile durumluk kaygı alt boyutu puanları arasında pozitif yönde, ($r:0,712; p<0,05$); başlangıçtaki iyimser yaklaşım alt boyutu puanları ile sürekli kaygı alt boyutu puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r:0,704; p<0,05$).

Sonuç: Çalışmanın katılımcıların stres kaynaklarını tanımlamaya, strese karşı duygularını fark edebilme, ifade edebilme ve yeniden anlamlandırmaya yardımcı olduğu; grup içi iletişimi güçlendirdiği; katılımcılara alternatif bakış açısı kazandırarak, yaratıcı ve eleştirel düşüncenin geliştirilmesine destek olduğu düşünülmektedir. Bu sonuçtan yola çıkarak ileriki çalışmalarda geniş örneklemli grupların oluşturulması ve uzun süreli çalışmaların yapılması desteklenmelidir.

Anahtar sözcükler: İntermodel sanat terapisi, hemşirelik öğrencileri, stresle başa çıkma.

ABSTRACT

Objectives: The aim of this research is to examine the effect of inter-model expressive group art therapy on the final year nursing students' level of overcoming stress.

Methods: This study was designed as an experiential research with randomization technique in the type of pre-test and final test. It was carried out with sixteen participants (eight participants, eight control group members) who were last grade nursery students in a foundation university's faculty of health sciences in 2015-2016 academic year. The researcher collected the data using a Personal Information Form, Perceived Stress Scale in Nursery Students (PSSNS), Ways of Coping Inventory (WCI), The State-Trait Anxiety Inventory (STAI 1-2) and art pieces produced in sessions, oral expressions of participants, observations of the workshop leader and supervision reports. These scales were analyzed with "Shapiro Wilks test", "Mann Whitney U test", "Wilcoxon Signed-Rank Test", "Spearman Rho Correlation Analysis", "Chi Square Test", "Fisher's Exact Chi-Square Test".

Results: When the point averages taken by participants from scales were examined, a statistically significant positive relation (on the level of 72,4%) was found between beginning stress sub-dimension points caused by instructors and nurses with social support application sub-dimension points in the experimental group according to the beginning evaluation of correlation between sub-dimension points of PSSNS and those of WCI ($r: 0.724; p<0.05$). When correlation between WCI sub-dimension points and STAI 1-2 sub-dimension points was evaluated, a statistically significant and positive relation on a level of 71,2% between social support application beginning sub-dimension points and trait anxiety sub-dimension points ($r:0.712; p<0.05$); and another statistically significant and positive relation on a level of 70,4% between optimistic approach beginning sub-dimension points and state anxiety sub-dimension points were found in the experimental group ($r:0.704; p<0.05$).

Conclusions: This study is thought to have helped participants about defining their stressors, realizing, expressing and explaining their own feelings; empowered in-group communication; and supported creative and critical thinking giving a new perspective to participants. On the basis of this result, forming large sample groups and long-term studies must be supported.

Key words: Inter-model art therapy, nursing students, overcoming the stress.

Giriş

Sağlık sektörü, yoğun stres yaşayan hasta bireylere hizmet verme güçlüğüne yanı sıra, bu alanda görev yapanların günlük çalışmalarında sık sık stres yaratıcı olaylarla karşı karşıya kalmaları nedeniyle diğer iş ortamlarından farklılık göstermektedir¹. Sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığının korunmasından, geliştirilmesinden; hastalık halinde iyileştirmeye yönelik olarak bakım hizmetlerinin planlanmasından, uygulanmasından ve değerlendirilmesinden sorumlu olan hemşirelerin, görev ve sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için ruhsal yönden sağlıklı olmaları son derece önemlidir². Fakat iş yükü fazlalığı, hemşire sayısının

azlığı, hastaların duygusal destek gereksinimlerinin karşılanmasındaki yetersizlikler, sağlık hizmetlerinde karşılaşılan eksiklikler, otonomi azlığı, düşük ücret, rol belirsizliği, yükselme, gelişme ve ödüllendirme olanaklarının sınırlı olması, mesleğin imajı ve özgüven eksikliği gibi etmenler nedeniyle hemşireler iş ortamında yoğun baskı altında kalmakta ve büyük ölçüde stres yaşamaktadırlar³⁻⁵. Hemşirelerin hasta ve hasta yakınlarına sundukları hizmetin kalitesini arttırabilmeleri, sürdürülebilirliğini sağlayabilmeleri ve aynı zamanda kendi sağlıklarını koruyabilmeleri için stres kaynaklarını iyi tanıyabilmeleri ve onlara karşı sağlıklı baş etme yöntemleri geliştirebilmeleri

1Ü İTF Psikiyatri Anabilim Dalı
Sanat Psikoterapisi ve
Rehabilitasyon Programı,
İstanbul, Türkiye

2 İstanbul Sanatla
Yaşam,
İstanbul, Türkiye

3 İstanbul Tıp
Fakültesi, Psikiyatri
Anabilim Dalı, İstanbul
Üniversitesi,
İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi
30.09.2017

Kabul Tarihi
09.11.2017

Sorumlu Yazar
Begüm Altınçapa

1Ü İTF Psikiyatri Anabilim Dalı
Sanat Psikoterapisi ve
Rehabilitasyon Programı,
Ruhsal Bozukluklarda Sanat
Psikoterapileri Sertifika
Programı
İstanbul, Türkiye

E-posta
beaumaltincapa@gmail.com

oldukça önemlidir. Hemşirelerin bu becerileri kazanabilmeleri için öğrencilikten itibaren kendi duygularını tanımaları ve sağlıklı bir şekilde ifade etme yöntemlerini öğrenmeleri gerekmektedir.

Meslek hayatında olduğu gibi, hemşirelik eğitimi boyunca da, yoğun olarak kliniğe ilk başlama süreçlerinde, öğrenciler akademik performanslarını ve sağlıklarını olumsuz etkileyen strese maruz kalmaktadırlar⁶. Artan ve iyi yönetilmeyen stres akademik başarıyı olumsuz etkilerken⁷, az miktarda stres hayatta kalmayı, bir şeyi yapma isteğinin uyanmasını, eyleme geçmemizi sağlamaktadır⁸. Bu noktada önemli olan şey algılanan stresi iyi tanımak ve yönetebilmektir. Öğrencilerin stres hakkında farkındalıklarının artması, kendi duygularını fark edebilmelerini, ifade edebilmelerini, sağlıklı davranışlar geliştirebilmelerini, eğitim yaşantılarından istedik düzeyde yararlanabilmelerini ve olumlu profesyonel kimlik gelişimlerini sağlayabilmeleri için oldukça belirleyicidir⁹. Öğrencilerin stres hakkında farkındalıklarının artmasında sanat terapinin değerli kaynaklardan biri olduğu düşünülmektedir¹⁰.

Sanat terapi, görsel, işitsel, dokunsal birçok yolla kişinin kendini ifade etmesinin aracı olarak sanat yapma ve sanatı kullanma yoluyla uygulanan bir tedavi ve psikoterapi metodudur. Sanat, hem karmaşık ve yoğun duygular için bir çıkış bulmayı ve düşünsel düzeyde sözlü ifade edilmelerine olanak sağlar, hem de bireyin kendi içinde öz-farkındalık geliştirmesini amaçlamaktadır¹¹. Bunlarla birlikte sanat terapi bireyleri sadece duygusal anlamda etkilemez, aynı zamanda kendisine ve çevresindeki dünyaya karşı bakış açısını değiştirme kapasitesi de sunar¹². Sanat terapi çalışmalarının hemşire öğrencilerin stres kaynaklarını tanımlamaya, strese karşı duygularını fark edebilme, ifade edebilme ve yeniden anlamlandırmaya yardımcı olacağı; grup içi iletişimi güçlendireceği ve takım çalışmasını destekleyeceği; katılımcılara alternatif bakış açısı kazandırarak, yaratıcı ve eleştirel düşüncenin geliştirilmesine destek olacağı düşünülerek tasarlanan araştırma, inter-model dışavurumcu grup sanat terapisinin (Inter-Model Expressive Art Therapy) hemşirelik son sınıf öğrencilerinin stresle başa çıkma düzeylerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın amacı

Bu çalışmanın amacı, inter-model (Birleşik Sanat Yaklaşımı) dışavurumcu grup sanat terapisinin son sınıf hemşirelik öğrencilerinin stresle başa çıkma düzeylerine olan etkisini araştırmaktır.

Araştırmanın tipi

Araştırmanın nicel verileri randomize deneysel araştırma modelinden kontrol gruplu ön ve son test modeli aracılığıyla; nitel verileri ise betimsel yöntemden yararlanılarak atölye çalışmaları boyunca deney grubundaki öğrencilerin oturumdaki sözel paylaşımlardan ve çalışma bitiminde yapılan değerlendirme görüşmeleri sayesinde elde edilmiştir.¹³

Araştırmanın yeri ve zamanı

Atölye çalışmaları bir vakıf üniversitesinde 2015-2016 eğitim öğretim yılında üç ay süreyle devam etmiştir. Çalışmalar haftada bir gün gerçekleşmiş, her bir çalışma doksan dakika sürmüştür ve toplam on atölyeden oluşmuştur.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evrenini hemşirelik bölümü son sınıf öğrencisi 57 kişidir. Çalışmanın sağlıklı ilerleyebilmesi ve katılımcıların atölye çalışmalarından etkili yararlanabilmeleri için araştırmanın örnekleme 16 katılımcıdan oluşturulmuş, deney grubu 8 (8 kadın; 0 erkek), kontrol grubu 8 (7 kadın; 1 erkek) kişi olarak ayrılmıştır. Ölçeklerden çıkan stres seviyelerine göre deney ve kontrol grubu üyeleri basit rastlantısal yöntemle belirlenmiş, belirlenen kişilerden gönüllülük esasına göre çalışmaya katılmayı kabul eden sekiz öğrenci alınmıştır. Kadın ve erkek katılımcı sayıları belirlenirken programda öğrenim gören toplam öğrenci sayısının cinsiyet oranları dikkate alınmıştır.

Araştırma kapsamında hazırlanan atölye çalışmalarının içeriği

Sanat atölyeleri planlamasında veri toplama araçlarından çıkan sonuçlar göz önünde bulundurularak hazırlanmıştır. Atölye çalışmaları Birleşik Sanat Yaklaşımı olarak bilinen inter-model dışavurumcu sanat teknikleri ile yapılandırılmıştır. Bunun nedeni, iki veya daha fazla dışavurumcu sanat terapisini birbiriyle bağlantılı şekilde ve bir arada içermesi nedeniyle farkındalığı arttırma, duygusal gelişimi destekleme ve grup içindeki iletişimi arttırmakta oldukça etkili bir yöntem olmasıdır¹⁴. Çalışmalarda sanat dallarından dans, hareket, resim, müzik, vokal ve yazı tercih edilmiştir. Grup yürütücüsü, deneyimli bir dışavurumcu sanat terapistinden düzenli süpervizyon almıştır. Her bir seans açılış, bedensel ısınma ve atölye çalışması, ara, sözel ifade ve kapanış sıralamasında yapılandırılmış ve içeriği Çizelge 1. Atölye Çalışmalarının İçeriği'nde belirtilen tema, amaç ve hedefler çerçevesinde gerçekleştirilmiştir.

Çizelge 1. Atölye çalışmalarının içeriği.

No.	Tarih	Tema	Amaç / Hedefler
1	12.03.2016	Beden, Duygu ve Düşünce	Beden, duygu, düşünce üzerine farkındalık kazanma
2	26.03.2016	Stresi Kapatabilme	Stres karşısında kendini güçlü hissedebilme
3	02.04.2016	Kendilik Algısı	Zorlu koşullar karşısında kendini ve güçlü yönlerini keşfedebilme
4	05.04.2016	Güven İlişkisi	Birbirleriyle güven ilişkisi kurabilmelerini sağlama
5	16.04.2016	Kinesfer Çalışması	Bedensel sınırları fark etme, dışarıdan gelen uyarılara verilen içsel cevapları gözlemleyebilme
6	07.05.2016	İzden İmgeye	Güçlü ve kırılğan yanları fark edebilme ve bağ kurabilmeyi deneyimleyebilme
7	14.05.2016	Motive ve Demotive Eden Kaynaklar	Motive eden ve demotive eden kaynakların keşfi
8	21.05.2016	Dün - Bugün - Yarın	Kişisel tarihi hatırlama
9-10	28.05.2016	Dönüşüm ve Veda	Tüm atölye çalışmalarına bakış ve kapanış

Veri toplama araçları

Bu çalışmada veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Hemşirelik Öğrencilerinde Algılanan Stres Ölçeği (HÖASÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) ve

Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri (STAI 1-2) kullanıldı.

a. **Kişisel Bilgi Formu:** Öğrencilerin sosyodemografik

özelliklerine ilişkin; cinsiyet, yaş, fiziksel ya da kronik bir rahatsızlığı, ilaç kullanımı, yaşadığı yer, aile yapısı, kardeş sayısı, aile içi iletişim ve ilişkileri, ailenin gelir durumu, ebeveynlerinin öğrenim durumu ve meslekleri, çevresiyle iletişim ve ilişkileri, eğitim ve staj saatleri, mesleği seçme nedeni ve mesleki hedefleri, ilgilendiği sanat dalına ait soruları içeren, toplam 23 sorudan oluşan kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından geliştirildi.

b. Hemşirelik Öğrencilerinde Algılanan Stres Ölçeği (HÖASÖ):

Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin stres algılarını belirlemek amacıyla Sheu, Lin, ve Hwang tarafından 2002 yılında hazırlanmış algılanan stres ölçeği kullanılmıştır¹⁵. Ölçeğin 29 maddelik formunun Türkçe uyarlaması 2014 yılında Karaca, Yıldırım, Ankaralı ve ark. tarafından yapılmıştır¹⁶. Ölçeğin maddelerinin değerlendirilmesinde, '4-Benim için çok stres verici, 3,2,1,0- Benim için stres verici değil' olmak üzere beşerli likert tipi değerlendirilme kullanılmıştır. Bu ölçek; Mesleki bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan stres (2, 7, 11); hastaya bakım verirken yaşanan stres (1, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 19); ödevlerden ve iş yükünden kaynaklanan stres (3, 9, 13, 17, 21); öğretim elemanları ve hemşirelerden kaynaklanan stres (5, 16, 18, 20, 25, 27); ortamdan kaynaklanan stres (5, 23, 26); akranlarından ve günlük yaşamdan kaynaklanan stres (22, 24, 28, 29) alt gruplarından oluşmaktadır. Toplam puan 0-116 arasında değişmektedir. Yüksek puan, stres derecesinin yüksekliğini göstermektedir.

c. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBCTÖ):

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin etkili/etkisiz baş etme tarzlarını belirlemek için Folkman and Lazarus tarafından 1980 yılında geliştirilen "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği/ SBTÖ" (Ways of Coping Inventory) kullanıldı¹⁷. Ölçeğin 30 maddelik kısaltılmış formunun Türkçe geçerlik ve güvenirliği 1995 yılında Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır¹⁸. Ölçeğin maddeleri; Hiç Uygun Değil (0), Uygun Değil (1), Uygun (2) ve Çok Uygun (3) şeklinde puanlanmaktadır. Bu ölçeğin soruna yönelik etkili yollar ile duygulara yönelik etkisiz yollar olmak üzere iki boyutu vardır. Bu iki boyut, "Kendine Güvenli Yaklaşım", "İyimser Yaklaşım", "Çaresiz Yaklaşım", "Boyun Eğici Yaklaşım" ve "Sosyal Desteğe Başvurma" adı verilen beş faktörden oluşmaktadır. Soruna yönelik etkili yollar; "Kendine Güvenli Yaklaşım", "İyimser Yaklaşım" ve "Sosyal Desteğe Başvurma" dır. Duygulara yönelik etkisiz yollar ise; "Çaresiz Yaklaşım" ve "Boyun Eğici Yaklaşım" dır. Bu faktörlerin ölçeğin uyarlama araştırmasında yapılan üç çalışmadaki faktör analizlerine bağlı elde edilen alt boyutlarının cronbach alpha iç tutarlık katsayıları, kendine güvenli yaklaşım için ,62 - ,80, iyimser yaklaşım için ,49 - ,68, çaresiz yaklaşım için ,64 - ,73, boyun eğici yaklaşım için ,47 - ,72 ve sosyal desteğe başvurma için ,45 - ,47 olarak değiştiği belirtilmiştir. Her faktöre ait puanlar ayrı hesaplanmakta, toplam puan hesaplanmamaktadır. Ölçekten; soruna yönelik etkili yollara sahip kişilerin kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma puan ortalamalarının yüksek; çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının düşük olması beklenmektedir¹⁸. Bu çalışmada her bir faktörün iç tutarlık katsayıları; "Kendine Güvenli Yaklaşım" için ,80, "İyimser Yaklaşım" için ,70, "Sosyal Destek Arama" için ,62, "Çaresiz Yaklaşım" için ,72 ve "Boyun Eğici

Yaklaşım" için ,72 olarak bulundu. "Kendine Güvenli Yaklaşım" alt faktörüne ait maddeler 8., 10., 14., 16., 20., 23. ve 26. maddeler, "İyimser Yaklaşım" alt faktörüne ait maddeler 2., 4., 6., 12. ve 18. maddeler, "Çaresiz Yaklaşım" alt faktörüne ait maddeler 3., 7., 11., 19., 22., 25., 27. ve 28. maddeler, "Boyun Eğici Yaklaşım" alt faktörüne ait maddeler 5., 13., 15., 17., 21. ve 24. maddeler ve "Sosyal Desteğe Başvurma" alt faktörüne ait maddeler 1., 9., 29. ve 30. maddelerdir. Ölçekte 1. ve 9. madde ters puanlanmaktadır¹⁸.

d. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI 1-2):

Spielberger ve arkadaşları 1970'te geliştirilen Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri likert tipinde olup "hiç" ile "tamamiyle" arasında değişen dört derecelik bir ölçektir¹⁹. Envanterin Türkiye'deki geçerlilik ve güvenirliği 1977 yılında N. Öner tarafından yapılmıştır²⁰. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanterlerinde iki tür ifade vardır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine dönmüş ifadeler ise olumlu duyguları dile getirir. Durumluk Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Envanterindeki tersine dönmüş ifadeler ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Envanteri için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Envanteri için 35'tir. En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ), ani değişiklik gösteren heyecansal reaksiyonları değerlendirmede oldukça duyarlı bir araçtır. Envanterin ikinci bölümünde yer alan yine 20 maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ), kişinin genelde, yaşama eğilimi gösterdiği kaygının sürekliliğini ölçmeyi amaçlamaktadır. Skorlar 20 (düşük anksiyete) ile 80 (yüksek anksiyete) arasındadır²⁰.

e. Aydınlatılmış Onam Formu: Katılımcıların klinik araştırmaya kendi rızalarıyla katılmayı kabul ettiğini beyan ettiği, araştırma ile ilgili genel bilgileri, gönüllü haklarını ve katılım beyanını içeren aydınlatılmış onam formudur.

Araştırmanın etik yönü

Araştırmaya, çalışmanın yapılacağı kurumdan etik kurul izni alındıktan sonra başlanmıştır. Tüm veri toplama araçları öğrenciler tarafından rumuz kullanılarak doldurulmuştur. Atölye çalışmalarına başlamadan önce gönüllü katılımcılarla ön görüşme yapılarak araştırma hakkında bilgi verilmiş ve aydınlatılmış onam formlarına imza alınmıştır. Bilimsel amaçlarla sanatsal ürünlerinin fotoğraflarının paylaşılması hususunda katılımcılardan izin alınmıştır.

Veri çözümlemesi

IBM SPSS Statistics 22 (IBM SPSS) programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks Testi ile değerlendirilmiş ve verilerin normal dağılıma uygunluk göstermediği saptanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerin (Ortalama, Standart sapma, Frekans) yanı sıra niceliksel verilerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U Testi kullanılmıştır. Başlangıç ve 3 ay sonrasındaki verilerin değerlendirilmesinde Wilcoxon İşaretli

Sıra Testi kullanılmıştır. Alt boyut puanları arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman Rho Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare Testi ve Fisher Kesin Ki-Kare Testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular

Nicel bulgular

Çizelge 2'de deney ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri görülmektedir.

Çizelge 2. Deney ve kontrol gruplarının tanıtıcı özellikleri.

Deney ve kontrol gruplarına ilişkin genel özelliklerin dağılımı.

		Deney (N=8)		Kontrol (N=8)	
		N	%	N	%
Cinsiyet	Kadın	8	100,0	7	87,5
	Erkek	0	0,0	1	12,5
Yaş grubu	18-22 yaş	7	87,5	3	37,5
	23 yaş ve üzeri	1	12,5	5	62,5
Fiziksel veya kronik hastalık	Var	0	0,0	2	25,0
	Yok	8	100,0	6	75,0
Düzenli ilaç kullanımı	Var	1	12,5	1	12,5
	Yok	7	87,5	7	87,5
Yaşamın çoğunluğunun geçirildiği yer	Köy	1	12,5	0	0,0
	İl merkezi	4	50,0	5	62,5
	İlçe	3	37,5	3	37,5
Şuanda yaşanılan yer	Yurtta	0	0,0	3	37,5
	Aile yanı	4	50,0	2	25,0
	Yalnız	0	0,0	1	12,5
	Arkadaşlarıyla	4	50,0	2	25,0
Aile yapısı	Çekirdek aile	8	100,0	6	75,0
	Geniş aile	0	0,0	2	25,0
Anne baba yaşam durumu	Her ikisi de hayatta	8	100,0	7	87,5
	Baba hayatta değil	0	0,0	1	12,5
Kardeş sayısı	1	3	37,5	2	25,0
	2	1	12,5	2	25,0
	3	3	37,5	0	0,0
	4 ve üzeri	1	12,5	4	50,0
Aileyle iletişim ve ilişkiler	İyi	6	75,0	4	50,0
	Orta	2	25,0	4	50,0
Çevreyle iletişim ve ilişkiler	İyi	5	62,5	7	87,5
	Orta	3	37,5	1	12,5
Aile geliri durumu	Gelir giderden az	1	12,5	0	0,0
	Gelir gidere eşit	6	75,0	7	87,5
	Gelir giderden fazla	1	12,5	1	12,5

		N	%
Anne öğrenim durumu	Okur-yazar değil	1	6,3
	İlkokul mezunu	4	25,0
	Ortaokul mezunu	4	25,0
	Lise mezunu	6	37,5
	Yükseköğrenim mezunu	1	6,3
Baba öğrenim durumu	İlkokul mezunu	6	37,5
	Ortaokul mezunu	3	18,8
	Lise mezunu	4	25,0
	Yükseköğrenim mezunu	3	18,8
Anne meslek	Ev içi gelir getiren	1	6,3
	Ev içi gelir getirmeyen	13	81,3
	Ev dışı gelir getiren	2	12,5
Baba meslek	İşçi	2	12,5
	Memur	1	6,3
	Emekli	6	37,5
	Serbest çalışan	7	43,8

Deney ve kontrol gruplarının anne ve babalarına ilişkin özelliklerinin dağılımı.

		Deney (N=8)		Kontrol (N=8)	
		N	%	N	%
Anne öğrenim durumu	Okur-yazar değil	0	0,0	1	12,5
	İlkokul mezunu	2	25,0	2	25,0
	Ortaokul mezunu	2	25,0	2	25,0
	Lise mezunu	4	50,0	2	25,0
	Yükseköğrenim mezunu	0	0,0	1	12,5
Baba öğrenim durumu	İlkokul mezunu	4	50,0	2	25,0
	Ortaokul mezunu	1	12,5	2	25,0
	Lise mezunu	1	12,5	3	37,5
Anne meslek	Ev içi gelir getiren	0	0,0	1	12,5
	Ev içi gelir getirmeyen	1	12,5	6	75,0
	Ev dışı gelir getiren	7	87,5	1	12,5
Baba meslek	İşçi	2	25,0	0	0,0
	Memur	0	0,0	1	12,5
	Emekli	1	12,5	5	62,5
	Serbest çalışan	5	62,5	2	25,0

Deney ve kontrol gruplarının hemşirelik mesleğini seçme nedenlerinin dağılımı.

	Deney (N=8)		Kontrol (N=8)	
	N	%	N	%
Yardım etmeyi sevmesi	2	25,0	1	12,5
İş imkân olması	2	25,0	3	37,5
Daha önce sağlık meslek lisesi okuması	0	0,0	1	12,5
Hemşirelik mesleğini sevmesi	2	12,5	2	25,0
Sağlık alanında çalışmak istemesi	1	12,5	0	0,0
Diğer	1	12,5	1	12,5

Hemşirelik öğrencilerinin anne ve babalarına ilişkin özelliklerinin dağılımı.

Deney ve kontrol gruplarına ilişkin diğer özelliklerin dağılımı.

		Deney (N=8)		Kontrol (N=8)	
		N	%	N	%
Geleceğe yönelik hedefler	Akademik kariyer	1	12,5	0	0,0
	Yüksek lisans	3	37,5	3	37,5
	İmkânları geliştirmek	1	12,5	2	25,0
	Faydalı olmak	2	25,0	1	12,5
	Diğer	1	12,5	2	25,0
İlgilenilen sanat dalı	Var	2	25,0	3	37,5
	Yok	6	75,0	5	62,5

Çizelge 3'te görüldüğü gibi, deney grubunda başlangıçtaki Hemşirelik Öğrencilerinde Algılanan Stres Ölçeği alt boyut puanları ile Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyut puanlarının korelasyon değerlendirmesine göre deney grubunda; başlangıçtaki Öğretim elemanları ve Hemşirelerden Kaynaklanan Stres alt boyutu puanları ile Sosyal Desteğe Başvurma alt boyutu puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r:0,724$; $p < 0,05$). Diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3. Deney grubunda başlangıçtaki hemşirelik öğrencilerinde algılanan stres ölçeği alt boyut puanları ile stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut puanlarının korelasyon değerlendirmesi (Spearman Rho Korelasyon Analizi).

Deney Grubu	Kendine Güvenli Yaklaşım		İyimser Yaklaşım		Çaresiz Yaklaşım		Boyun Eğici Yaklaşım		Sosyal Desteğe Başvurma	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Başlangıç										
Mesleki Bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan stres	0,42	0,3	0,185	0,661	0,55	0,158	-0,247	0,555	0,238	0,571
Hastaya bakım cerirken yaşanan stres	0,414	0,308	0,105	0,805	0,593	0,121	-0,333	0,42	0,409	0,315
Ödevlerden ve iş yükünden kaynaklanan stres	0,42	0,3	-0,093	0,827	0,272	0,515	-0,123	0,771	0,299	0,472
Öğretim elemanları ve hemşirelerden kaynaklanan stres	0,199	0,637	-0,006	0,988	0,28	0,503	-0,422	0,297	0,724	0,042*
Ortamdan kaynaklanan stres	0,314	0,448	0,101	0,813	0,403	0,323	-0,34	0,41	0,547	0,161
Akrarlardan ve günlük yaşamdan kaynaklanan stres	0,482	0,227	-0,08	0,85	0,525	0,182	-0,494	0,213	0,592	0,122
Toplam	0,457	0,255	0,037	0,126	0,587	0,126	-0,42	0,3	0,427	0,292

* $p < 0,05$

Çizelge 4. Deney grubunda başlangıçtaki Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyut puanları ile Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği alt boyut puanlarının korelasyon değerlendirmesinde görüldüğü gibi *Deney grubunda*; Başlangıçtaki Sosyal Desteğe Başvurma alt boyutu puanları ile Durumluk Kaygı alt boyutu puanları arasında pozitif yönde düzeyinde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r:0,712$; $p < 0,05$). Başlangıçtaki İyimser Yaklaşım alt boyutu puanları ile Sürekli Kaygı alt boyutu puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($r:0,704$; $p < 0,05$). Diğer alt boyutlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 4. Deney grubunda başlangıçtaki stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut puanları ile durumluk-süreklilik kaygı ölçeği alt boyut puanlarının korelasyon değerlendirmesi (Spearman Rho Korelasyon Analizi).

Deney Grubu	Durumluk Kaygı		Süreklilik Kaygı	
	r	p	r	p
Başlangıç				
Kendine Güvenli Yaklaşım	0,037	0,930	-0,006	0,988
İyimser Yaklaşım	0,205	0,626	0,704	0,049*
Çaresiz Yaklaşım	0,311	0,454	0,0630	0,094
Boyun Eğici Yaklaşım	-0,652	0,080	-0,463	0,248
Sosyal Desteğe Başvurma	0,712	0,048*	-0,146	0,729

* $p < 0,05$

Çizelge 5'te belirtildiği gibi, Deney ve Kontrol gruplarına göre Hemşirelik Öğrencilerinde Algılanan Stres Ölçeği alt boyut puanlarının değerlendirilmesinin tüm alt boyutlarda

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 6'ya bakılığında, Deney ve Kontrol gruplarına göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyut puanlarının değerlendirilmesi deney ve kontrol gruplarına göre başlangıç

ve 3 ay sonrasındaki Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Çizelge 7'ye göre Deney ve Kontrol gruplarına göre başlangıç ve 3 ay sonrasındaki Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Çizelge 5. Deney ve kontrol gruplarına göre hemşirelik öğrencilerinde algılanan stres ölçeği alt boyut puanlarının değerlendirilmesi.

Hemşirelik Öğrencilerinde Algılanan Stres Ölçeği		Deney (N=8) Ort±SS (Medyan)	Kontrol (N=8) Ort±SS (Medyan)	¹ Z; p
Mesleki Bilgi ve Beceri Eksikliğinden Kaynaklanan Stres	Başlangıç	5,63±3,11 (4,5)	6,25±2,71 (7)	-0,476; 0,634
	3 ay sonrası	6,50±2,20 (7,5)	6,38±3,85 (6,5)	-0,053; 0,958
	² Z; p	-0,604; 0,546	-0,108; 0,914	-
Hastaya Bakım Verirken Yaşanan Stres	Başlangıç	18,63±6,78 (17,5)	18,25±6,43 (19,5)	0,001; 1,000
	3 ay sonrası	18,13±4,49 (20)	16,25±7,11 (17,5)	-0,527; 0,598
	² Z; p	-0,070; 0,944	-1,924; 0,054	-
Ödevlerden ve İş Yükünden Kaynaklanan Stres	Başlangıç	12,5±3,21 (13)	11,25±4,03 (12,5)	-0,424; 0,672
	3 ay sonrası	10,13±3,00 (9,5)	10,13±3,98 (11)	-0,159; 0,874
	² Z; p	-1,357; 0,175	-2,251; 0,024*	-
Öğretim Elemanları ve Hemşirelerden Kaynaklanan Stres	Başlangıç	13,25±3,99 (13)	12,63±5,5 (13)	-0,106; 0,916
	3 ay sonrası	11,00±4,07 (10,5)	10,50±5,01 (12)	-0,159; 0,874
	² Z; p	-0,704; 0,481	-2,120; 0,034*	-
Ortamdan Kaynaklanan Stres	Başlangıç	5,25±3,20 (3,5)	5,25±3,33 (5,5)	-0,106; 0,915
	3 ay sonrası	5,25±2,38 (5)	6,13±3,00 (6)	-0,849; 0,396
	² Z; p	-0,085; 0,932	-1,169; 0,242	-
Akranlardan ve Günlük Yaşamdan Kaynaklanan Stres	Başlangıç	9,25±3,15 (9)	9,00±4,04 (9,5)	0,001; 1,000
	3 ay sonrası	8,38±2,56 (8,5)	7,25±3,11 (7,5)	-0,635; 0,526
	² Z; p	-0,422; 0,673	-1,703; 0,089	-
Toplam	Başlangıç	63,50±21,37 (60)	62,63±23,16 (68)	-0,105; 0,916
	3 ay sonrası	57,88±15,70 (57,5)	56,25±24,55 (61,5)	-0,105; 0,916
	² Z; p	-0,280; 0,779	-2,103; 0,035*	-

¹Mann Whitney U Test

²Wilcoxon İşaretili Sıra Testi

* $p<0,05$

Çizelge 6. Deney ve kontrol gruplarına göre stresle başa çıkma tarzları ölçeği alt boyut puanlarının değerlendirilmesi.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği		Deney (n=8) Ort±SS (Medyan)	Kontrol (n=8) Ort±SS (Medyan)	¹ Z; p
Kendine Güvenli Yaklaşım	Başlangıç	10,63±2,39 (11)	9,00±1,69 (9,5)	-1,379; 0,168
	3 ay sonrası	11,75±1,67 (12)	11,00±2,14 (11)	-0,746; 0,456
	² Z; p	-0,986; 0,324	-1,550; 0,121	-
İyimser Yaklaşım	Başlangıç	8,38±2,33 (8,5)	7,25±1,58 (7,5)	-0,973; 0,331
	3 ay sonrası	8,88±2,75 (8,5)	6,25±2,38 (5)	-1,874; 0,061
	² Z; p	-0,108; 0,914	-1,364; 0,172	-
Çaresiz Yaklaşım	Başlangıç	13,13±3,56 (12)	11,75±3,11 (11,5)	-0,692; 0,489
	3 ay sonrası	13,63±2,97 (12,5)	11,88±4,26 (11,5)	-1,219; 0,223
	² Z; p	-1,194; 0,233	-0,141; 0,888	-
Boyun Eğici Yaklaşım	Başlangıç	8,88±1,89 (8)	8,75±2,82 (9,5)	-0,267; 0,790
	3 ay sonrası	8,38±1,19 (8)	8,75±1,16 (9)	-0,652; 0,514
	² Z; p	-1,089; 0,276	-0,105; 0,916	-
Sosyal Desteğe Başvurma	Başlangıç	6,38±2,26 (7)	7,25±1,67 (7)	-0,162; 0,872
	3 ay sonrası	6,63±2,13 (7)	6,75±1,83 (6)	0,001; 1,000
	² Z; p	-0,172; 0,863	-0,426; 0,670	-

¹Mann Whitney U Test

²Wilcoxon İşaretili Sıra Testi

Çizelge 7. Deney ve kontrol gruplarına göre durumluk-sürekli kaygı ölçeği alt boyut puanlarının değerlendirilmesi.

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği		Deney (N=8) Ort±SS (Medyan)	Kontrol (N=8) Ort±SS (Medyan)	¹ Z; p
Durumluk Kaygı	Başlangıç	39,63±8,94 (37,5)	35,50±13,22 (35)	-0,790; 0,430
	3 ay sonrası	39,38±5,37 (41,5)	41,50±4,66 (41)	-0,423; 0,672
	² Z; p	0,210; 0,833	-0,848; 0,396	-
Sürekli Kaygı	Başlangıç	47,75±4,17 (49)	45,75±6,16 (45,5)	0,673; 0,721
	3 ay sonrası	45,25±5,37 (46)	47,63±4,50 (47,5)	-0,634; 0,526
	² Z; p	-1,260; 0,208	-0,848; 0,396	-

¹Mann Whitney U Test

²Wilcoxon İşaretli Sıra Testi

Nitel bulgular

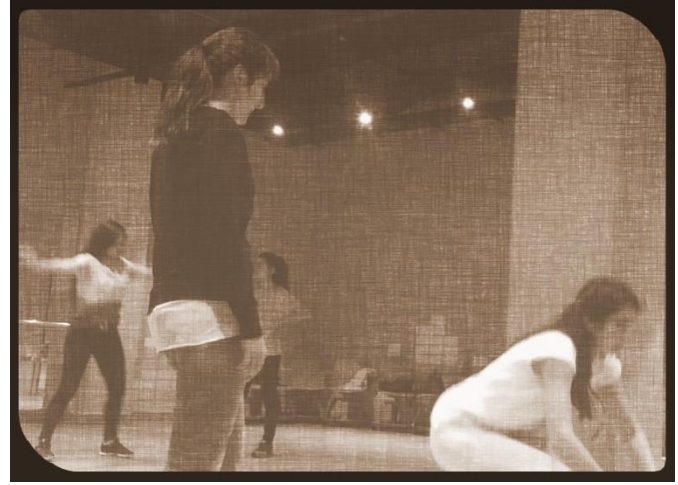
Nitel bulgular, grup süreci boyunca oturum sonlarında katılımcılarla yapılan değerlendirme görüşmelerinden elde edilen veriler çerçevesinde elde edilmiştir.

Katılımcıların stres karşısında kendilerini ve güçlü yönlerini keşfedebilmeleri amacıyla yapılandırılan bu çalışmada Beyaz Orkide rumuzlu katılımcı Resim 1.'i çizmiş ve "Coşku ve hırçınca akan su kayayı hiç etkilemiyor. Bu kaya emektar bir kaya, düzenli su kayaya şekil veriyor." demiştir.



Resim 1. Kendilik algısı.

Sözel paylaşımlarda katılımcılar tarafından stres karşısında hissedilen duyguların tanımlandığı, baş etme yöntemlerinin kişisel olarak gözlemlendiği ve farkındalıklarının arttığı belirtilmiştir. 5. hafta yapılan kinesfer çalışması buna örnek verilebilir. Katılımcılardan Sevgi rumuzlu öğrenci, partneri Umut rumuzlu katılımcının kendi dansına sürekli ve ısrarlı müdahaleleri karşısında partnerine yoğun öfke hissetmiş, bu duygu sayesinde müdahalelerin takibini bırakarak kendi dansına yoğunlaşmıştır. Sözel ifade sırasında deneyimini, aklından geçenleri ve duygusunu tam olarak gruba açıklamıştır. Öfke duygusuyla kendi dansına konsantre olmuş, daha önce yapamam diye denemekten bile çekindiği hareketleri, kendini sınırlamadan tereddütsüz bir şekilde yapabildiğini ve buna çok şaşırdığını ifade etmiş, performansını özgürleştirici bir deneyim olarak tanımlamıştır.



Resim 2. Kinesfer çalışması.

Hemşirelik bölümünü seçme nedenleri ve süreçleri gelecekle ilgili planları, hayalleri üzerine konuşulan, bu konuşmaların çerçevesinde kendileri için önemli olan sembolü çizmeleri istenen ve sonunda grup resmi çizilen bu oturumda (8. Oturum: Dün, Bugün ve Yarın) tüm katılımcıların yorumları şu şekildedir: "Benim dünyamın penceresi var.", "Mecidiyeköy'de güneş var. Karanlığın arkasında da güneş var. Biz çizdik ama pek görünmüyorlar.", "Benim simgem kalbi tutan bir eldir. Kalbe dönüştürebildim. Hastalara dokunmak önemli olduğunu düşündüm.", "Benim simgemde İstanbul köprüsüydü; çizmesem de önemli olan o köprüyü yıkmamak.", "Benim sembolüm beyaz orkideydi; beyaz geldi aklıma mesleği yaparken. Çiçek toplumumuzda kadına atfedilen bir simge, masumiyetin sembolü; bilgi ve merhamet harmanlanınca en üstte olsun istedim. Günlük güneşlik günlerde seni bekliyor. Tüm olanların üzerinde umut var.", "Ben toprak çizdim; toprak demek verimlilik ve üretkenlik demektir. Ne ekersen onu biçersin. Zaten dört sene boyunca meslek olarak da bunu edindim ne ekersen onu biçersin.", "Benimki de hortum; ama bu meslek olarak. Her kademesinde farklı renkler koydum; farklı farklı şeylere sahibiz. Genel durumuza bakınca; aslında herkes isteyerek gelmemiş fakat şu anda istiyoruz. Hortum içine almış bizi."



Resim 3. Grup resmi. Tüm katılımcıların son oturumda birlikte yaptıkları çalışma.

Son olarak, tüm oturumlarda, stres kaynaklarının başında gelen öğretim elemanları ve hemşirelerden kaynaklanan stres tüm çalışmalar boyunca sözel geri bildirimlerde sıkça dile getirilmiştir. Katılımcılar öğretim elemanları ve hemşirelerin öğrencilere karşı üslubundan, dayatmacı yaklaşımlarından ve öğrencilerle kurdukları iletişime kapalı ilişkiden; aynı zamanda sağlık hizmeti yapılanmasındaki doktor ve hemşireler arasındaki hiyerarşiden sıkıntı duydukları ifade edilmiştir. Bakım verme işinin büyük kısmının hemşireler tarafından yapıldığı, bu emeğin hasta, hasta yakınları, doktor ve hastane yönetimi tarafından görülmediği ve tüm takdiri sadece doktorların aldığı belirtilmiştir. Bu duruma öfke hissetmelerine rağmen içselleştirdikleri; bununla birlikte buna hemşirelerin kendilerinin müsaade ettiği, bunu değiştirmek için hiç mücadele vermedikleri söylenmiştir.

Tartışma

Inter-model dışavurumcu grup sanat terapi çalışması öncesi ve sonrasında katılımcılardan elde edilen ölçek sonuçlarına göre, deney grubunda başlangıçtaki öğretim elemanları ve hemşirelerden kaynaklanan stres alt boyutu puanları ile sosyal desteğe başvurma alt boyutu puanları arasındaki ilişki göz önünde bulundurulduğunda, atölye çalışmalarının katılımcıların sosyal desteğe başvurmada olumsuz, iyimser düşünce ve yaklaşımda olumlu yönde bir değişime yol açtığı düşünülmektedir. Deney grubunda başlangıçtaki sosyal desteğe başvurma alt boyutu puanları ile durumluk kaygı alt boyutu puanları arasında; başlangıçtaki iyimser yaklaşım alt boyutu puanları ile sürekli kaygı alt boyutu puanları arasında pozitif yönde istatistiksel ilişki ise durumluk kaygı düzeyi yüksek olanların sosyal desteğe başvurduğu; sürekli kaygı düzeyi yüksek olanların iyimserlik özelliğinin yüksek olduğu sonucuna varılabilir. Bu veri ışığında öğrencilerin durumluk kaygılarının onları yardım arayışına yönelttiğini, sürekli iyimser bir davranış içinde olmanın da kaygının kronik bir yapı oluşturduğu düşünülmektedir.

Atölye çalışmaları sonunda deney ve kontrol gruplarına göre tüm ölçeklerin başlangıç ve 3 ay sonrasındaki alt boyut puanlarının değerlendirilmesine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durumun çalışma örnekleminin kısıtlı ve çalışma süresinin limitli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla beraber sanat terapi, vaat ettiği güvenli ve kapsayıcı ortamı yaratarak hemşire öğrencilerin stres kaynaklarını tanımlamada, strese karşı duygularını fark edebilme, ifade edebilme ve yeniden anlamlandırmada, grup içi iletişimi güçlendirdiği ve takım

çalışmasını desteklediği; katılımcılara alternatif bakış açısı kazandırarak, yaratıcı ve eleştirel düşüncenin geliştirilmesinde etkili olduğu fark edilmiştir.

Atölye çalışmalarında elde edilen sanatsal ürünlere ve katılımcıların sözel geri bildirimlerine baktığımızda, nitel bulgular istatistiksel verilerle örtüşmektedir.

İlk olarak, nitel bulgularda ifade edildiği gibi stres kaynaklarının başında gelen öğretim elemanları ve hemşirelerden kaynaklanan stres tüm çalışmalar boyunca sözel geri bildirimlerde sıkça dile getirilmiştir.

Stres kaynaklarının sözel ifadesinin yanında, sanat yapma süreçlerinde katılımcıların stres karşısında hissettikleri duygularının farkına vardıkları ve yoğun duyguların dönüştürücü bir eylem olarak deneyimlendiği gözlemlenmiştir. Bunun nedeninin sanat terapinin, danışanlar ve terapist arasındaki alanda üçüncü bir unsur olarak sanat ürününün başka türlü ifade edilemez olan düşünce ve duyguların dışsallaştırılmasına olanak tanımakta ve onlara aracılık edebilecek alternatif bir yol sunabilmekte, bu sayede ifade edilmesi zor ya da duygusal yükü fazla olan durumların dışa vurulmasına ve olumlu bir deneyim olarak deneyimlenmesine olanak sağlamakta²¹ olduğu düşünülmektedir. Bu duruma, Resim 2'de görülebileceği gibi kinesfer çalışması örnek verilebilir. Bu deneyim ışığında yapılandırılmış bir çalışmanın öfke duygusunun kapsanmasını ve sağlıklı ifadeye alan açarak deneyiminin dönüştürücü, özgürleştirici bir eylem olarak deneyimlenmesini sağladığı söylenebilir. Stresle başa çıkma kapsamında sanat terapi içerikli literatürdeki diğer araştırmalara da bakıldığında, sanat terapinin katılımcıların stres karşısında duygularını fark etme ve ifade etmede etkili bir yöntem olduğu görüşü desteklenmektedir.²¹⁻²⁴

Sanat terapi çalışmaları, grup içi iletişimi güçlendirmekte ve takım çalışmasını kolaylaştırdığı düşünülmektedir¹⁰. Bu çalışma kapsamındaki tüm atölyeler boyunca katılımcıların birbirlerinin sanat ürünü oluşturmalarına, yaratıcı süreçlerine ve duygularını ifade etmelerine tanıklık etmeleri; bununla birlikte birbirine karşı yargılamaya, eleştirmeyen, akıl vermeyen üslupları, ben dilinden konuşmaları ve birbirlerine karşı kapsayıcı tutumları sayesinde grup bütünlüğünün sağladığı gözlemlenmiştir. Bu sayede ailevi ve kişisel ifade edilmesi zor durumlar grup içinde katılımcılar tarafından paylaşıldığında, diğerleri tarafından saygıyla dinlenmiş ve desteklenmiştir. Tüm bunlar göz önüne alındığında, bu araştırma kapsamındaki atölye çalışmaları süresince katılımcıların birbirleriyle iletişiminin güçlendiğini söylemek mümkündür. Yapılan araştırmalarda sanat terapi kapsamındaki grup çalışmalarının grup içi iletişimi güçlendirdiği ve takım çalışmasını kolaylaştırdığını destekler niteliktedir. Bunun nedeni olarak bu çalışmaların, grup katılımcılarının daha önce tanışmadıkları iş arkadaşlarıyla tanışma, kişisel olarak birbirlerini daha yakından tanıma, grup içinde kendini ve diğerlerini gözlemleyebilme fırsatı sunması söylenebilir.^{10,22-25}

Tüm bunların yanında, hemşire öğrencilerin yaratıcı ve eleştirel düşünebilme niteliklerini geliştirmeleri için son yıllarda hemşirelik eğitiminde aktif paylaşıma ve öğrenmeye, mizaha, oyun ve birbirinden öğrenmeye önem veren, öğrenci stresini azaltıcı ve motivasyonu artırıcı tekniklerin kullanıldığı eğitim modellerine daha fazla yer verildiği görülmektedir.²⁶⁻²⁸ Bu çalışmalarda, öğrencilerin yaratıcı düşünme potansiyellerini açığa çıkararak; öğrenmede çeşitlilik, özgür öğrenme, güven ile öğrenme ve grup çalışmaları yoluyla öğrenme gibi çeşitli yaklaşımların önemi

vurgulanmaktadır¹¹. Bazı üniversitelerde hemşire öğrencilerin yaratıcı ve eleştirel düşünebilme niteliklerini geliştirmeleri için sanat terapi çalışmaları seçmeli ders olarak öğrencilere sunulmaktadır. Sanat terapi çalışmalarının hemşirelik öğrencilerinin öz farkındalık seviyelerini arttırdığı, gelecekle ilgili karar vermelerine yardımcı olabildiği, değişik öz bakım teknikleriyle tanışma fırsatı sunduğu fark edilmiştir²⁹.

Bu araştırma kapsamında da yapılan sanatsal çalışmaların katılımcılara alternatif bakış açısı kazanmasına, yaratıcı ve eleştirel düşüncenin geliştirilmesine destek olduğu gözlemlenmiştir. Bu deneyimler ışığında sanat terapinin öğrencilere yaratıcı ve eleştirel düşünebilme niteliklerini geliştirmelerini sağlayarak stresi azaltmada etkili olduğu söylenebilir.

Sonuçlar

Ön test - son test kontrol gruplu randomizasyon tekniği ile deneysel araştırma olarak tasarlanan bu çalışmanın veri analizinde deney ve kontrol gruplarına göre tüm ölçeklerin başlangıç ve 3 ay sonrasındaki alt boyut puanlarının değerlendirilmesine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu durumun çalışma örnekleminin kısıtlı ve çalışma süresinin limitli olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bununla beraber, atölye çalışmalarında katılımcılar tarafından oluşturulan sanatsal ürünler, katılımcıların sözel geri bildirimleri, atölye yürütücüsünün gözlemleri ve süpervizyon raporları ve herbir oturum sonunda tutulan düzenli değerlendirme raporlarından elde edilen veriler dikkate alındığında sanat terapi çalışmalarının hemşire öğrencilerin stres kaynaklarını tanımlamada, strese karşı duygularını fark edebilme, ifade edebilme ve yeniden anlamlandırmada yardımcı olduğu; grup içi iletişimi desteklediği ve takım çalışmasını güçlendireceği; katılımcılara alternatif bakış açısı kazandırarak, yaratıcı ve eleştirel düşüncenin geliştirilmesine destek olduğu gözlemlenmiştir. Buradan yola çıkılarak, katılımcıların stres ve baş etme yöntemleri konusunda öz farkındalık düzeylerini arttırmada olumlu katkıları olduğu düşünülmektedir. İleride Inter-model dışavurumcu sanat terapi çalışmalarının katılımcı sayısı ve çalışma süresi arttırılarak geniş örneklemlili grupların oluşturulması ve uzun süreli çalışmaların yapılması desteklenmelidir.

Kaynaklar

1. Yıldız N, Yolsal N, Ay P ve diğ. İstanbul Tıp Fakültesinde Çalışan Hekimlerde İş Doyumu. *İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2003; 66 (1): 34-41.

2. Uğurlu N. Hemşirelerde Kontrol Odağı İnancı ile Stresle Başa Çıkma Stratejileri ve Psikolojik Belirti Gösterme Durumları Arasındaki İlişkiler. *Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum*, 2002.
3. Görgülü S. Hemşirelik ve Anksiyete. *Türk Hemşireler Dergisi* 1988; 38: 23-24.
4. Arıkan F, Gökçe Ç, Özer ZC ve diğ. Tükenmişlik ve Hemşirelik. *Hemşirelik Forumu* 2006; 2: 14-17.
5. Canbaz S, Sünter T, Dabak Ş ve diğ. Hemşirelerde Tükenmişlik Sendromu, İş Doyumu ve İşe Bağlı Gerginlik. *Hemşirelik Forumu* 2005; 4: 30-34.
6. Rhead MM. Stress Among Student Nurses: Is It Practical or Academic?. *Journal of Clinical Nursing* 1995; 4(6): 369-76. DOI: 10.1111/j.1365-2702.1995.tb00038.x
7. Altıok HÖ, Üstün B. Hemşirelik Öğrencilerinin Stres Kaynakları. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri* 2013; 13(2): 747-66.
8. Glesner BA. Fear and Loathing in the Law Schools, *23 Conn. L. Rev.* 1991; 627: 635-40.
9. Selye H. *The Stress of Life*. McGraw-Hill Book Company, New York, 1956.
10. Nainis NA. Art Therapy with an Oncology Care Team. *Art Therapy*. 2005; 22(3): 150-4 DOI: [10.1080/07421656.2005.10129491](https://doi.org/10.1080/07421656.2005.10129491)
11. Eren N. Psikiyatride Bakım için Sanatın ve Sanat Terapisinin Yeri, *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği Özel Dergisi*. 2015;1(1):95-104.
12. Levine SK. Art Opens to the World Expressive Arts and Social Action. *Art in Action, Expressive Arts Therapy and Social Change*, 1. Baskı, Levine SK and Levine EG. (Ed) Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia 2011; s. 21-30.
13. Kaptan S. Bilimsel Araştırma ve İstatistik Teknikler. Ankara: Tekışık Web Ofset Tesisleri, 1993; s. 67.
14. Knill P, Barba HN, Fuchs MN. *Minstrels of Soul: Intermodal Expressive Therapy*, 2. Baskı, Levine SK (Ed) EGS Press Toronto, Canada, 2004; s 85.
15. Sheu S, Lin HS, Hwang SL. Perceived Stress and Physio-Psycho-Social Status of Nursing Students During Their Initial Period of Clinical Practice: The Effect Of Coping Behaviors. *Int J Nurs Stud International Journal of Nursing Studies* 2002; 39 (2):165-75. DOI: [10.1016/S0020-7489\(01\)00016-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(01)00016-5).
16. Karaca A, Yıldırım N, Ankaralı H ve diğ. Hemşirelik Öğrencileri için Algılanan Stres, Biyo-Psiko-Sosyal Cevap ve Stresle Başetme Davranışları Ölçeklerinin Türkiye'ye Uyarlanması. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2015; 6(1):15-25. DOI: 10.5505/phd.2015.40316
17. Folkman S, Lazarus R S. *Ways of Coping Inventory*, University of California, San Francisco. 1980.
18. Şahin NH, Durak A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri için Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1995; 10(34): 56-73.
19. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *The State-Trait Anxiety Inventory (test manual)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.
20. Öner N., Le Compte A., Süreksiz Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı, İstanbul, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, 1983; 1-26. DOI: 10.12691/ajap-3-1-5
21. Killick K. Working with Psychotic Process in The Art Therapy. *Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*. 1993; 7(1): 25-38. DOI: [10.1080/02668739300700031](https://doi.org/10.1080/02668739300700031)
22. Julliard K, Intilli N, Ryan J ve diğ. Stress in family practice residents: An Exploratory Study Using Art. *Journal of the American Art Therapy Association*. 2002; 19(1), 4-11. DOI: [10.1080/07421656.2002.10129727](https://doi.org/10.1080/07421656.2002.10129727)
23. Murrant G, Rykov M, Amonite D ve diğ. Creativity and self-care for caregivers. *Journal of Palliative Care*. 2002; 16(2), 44-49.
24. Huet V. Literature Review of Art Therapy-Based Interventions for Work-Related Stress. *International Journal of Art Therapy*. 2015; 20(2), 66-76. DOI: [10.1080/17454832.2015.1023323](https://doi.org/10.1080/17454832.2015.1023323)
25. Heather LS, Nobel J. The Connection Between Art, Healing, and Public Health: A Review of Current Literature. *American Journal of Public Health*. 2010; 2, 254-263. DOI: 10.2105/AJPH.2008.156497
26. Çam MO, Turgut EÖ, Büyükbayram A. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliğinde Dayanıklılık ve Yaratıcılık. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2014;5(3):160-3. DOI: 10.5505/phd.2014.64326
27. Cardellini L. Fostering Creative Problem Solving in Chemistry Through Group Work. *Chemistry Education Research and Practice* 2006; 7(2):131-40. DOI: [10.1039/B5RP90019K](https://doi.org/10.1039/B5RP90019K)
28. Chan ZCY. Exploring Creativity and Critical Thinking in Traditional and Innovative Problem-based Learning Groups. *J Clin Nurs* 2013;22(15-16):2298-307. DOI: [10.1111/jocn.12186](https://doi.org/10.1111/jocn.12186)
29. Blum CA. Practicing Self-Care for Nurses: A Nursing Program Initiative. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2014; 19(3). DOI: 10.3912/OJIN.Vol19No03Man03

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

2014-2017 YILLARI ARASINDA SAMSUN ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ HASTANESİNDE KAN KÜLTÜRÜNDEN İZOLE EDİLEN *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* SUŞLARININ ANTİMİKROBİYAL AJANLARA DUYARLILIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF SUSCEPTIBILITY OF *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* STRAINS THAT ISOLATED FROM BLOOD CULTURES IN SAMSUN ONDOKUZ MAYIS UNIVERSITY HOSPITAL BETWEEN 2014-2017

^{1*}Yeliz Tanrıverdi Çaycı, ¹Figen Haslı, ¹Kemal Bilgin, ¹Asuman Birinci

ÖZ

Amaç: Kan dolaşımı enfeksiyonlarının en önemli nedenlerinden biri *Staphylococcus aureus*' tur. İzole edilen mikroorganizmaların sıklığının ve antimikrobiyal duyarlıklarının belirlenmesi, klinisyene ampirik tedaviye ilişkin bilgi sağlayabilmektedir. Çalışmamızda kan kültürlerinde izole edilen *S.aureus* izolatların antimikrobiyal duyarlılıkları MRSA-MSSA retrospektif olarak ele alınmıştır.

Yöntem: Ocak 2014- Eylül 2017 yılları arasında laboratuvarımıza 468 *S.aureus* izolatu tespit edilmiştir. Kan kültürü örneklerinin inkübasyonu tam otomatize BacT/ALERT 3D cihazı ile gerçekleştirilmiştir. İdentifikasyon Vitek MS (Biomeriux, Fransa) ve antimikrobiyal duyarlılıkları Vitek2 Kompakt (Biomeriux, Fransa) otomatize sistem ile belirlenmiştir. İzolatların antimikrobiyal duyarlılıkları EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing) standartlarına uygun değerlendirilmiştir.

Bulgular: MRSA izolatlarının penisilin, eritromisin, klindamisin, trimetoprim, gentamisin, vankomisin, teikoplanin, siprofloksasin ve linezolidle karşı direnç oranları MSSA izolatlarına göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Dahiliye servisinde yatan, invaziv girişim yapılan, idrar sondası olan ve oral yol dışında beslenen hastalarda MRSA bakteriyemi oranları, MSSA'dan daha yüksek saptanmıştır.

Sonuç: Antimikrobiyallerin kontrolsüz kullanımları direnç gelişimlerini artırmaktadır. Antimikrobiyallerin kontrollü bir şekilde kullanılması, her merkezin kendi direnç profilini periyodik olarak değerlendirip ilgili komitelere iletmesi direnç gelişimini engelleyebilir.

Anahtar sözcükler: Kan kültürü, metisilin direnci, *Staphylococcus aureus*, antimikrobiyal direnç.

Objetives: *Staphylococcus aureus* is known to be the most important cause of bloodstream system infections. Isolation frequency of the microorganism and drug resistance of it, might give a better sight to the physician to apply practical treatment. In this study, as a retrospective result, isolated *S. aureus* species are found in two MRSA and MSSA classes of drug resistance properties.

Methods: Total of 468 of *S. aureus* species are recorded in blood culture isolated samples during January 2014- September 2017. Incubation of cultured blood samples are all done by full-automatic BacT/ALERT 3D system. Antibiotic resistance assays and identifications are all done by full-automatic Vitek2 Kompakt and Vitek MS systems. Antimicrobial susceptibility was evaluated according to the EUCAST (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing).

Results: It is found to be a significant distance between MRSA and MSSA in resistance to antibiotics such as penicillin, erythromycin, clindamycin, trimethoprim, gentamycin, vancomycin, teicoplanin, ciprofloxacin and linezolid. Internal service inpatients, patients with invasive infection risk, urine catheter and patients with non-oral feeding circumstances are more reported as MRSA bacteraemia cases than MSSA.

Conclusions: Resistance to antibiotics is developing due to abuse and unnecessary administration of antibiotics. Controlled and under observation use of antibiotics besides of frequently profiling, evaluation, and report of antibiotic resistance to responsible committees can serve in favor of stopping antibiotic resistance development.

Key words: Blood culture, methicillin resistance, *Staphylococcus aureus*, antibiotic resistance.

ABSTRACT

Giriş

Kan dolaşımı enfeksiyonlarının en önemli sebeplerinden birisi *Staphylococcus aureus*'tur¹. Avrupa'daki çeşitli hastanelerde salgına neden olan epidemik metisilin dirençli *Staphylococcus aureus* (MRSA), daha sonra tüm dünyaya yayılmış ve nazokomiyal patojenler olarak önemli sağlık sorunları doğurmuştur. Hastanede yatan hastalarda ve sağlıklı bireylerde *S. aureus* ve MRSA kolonizasyonu oldukça sık görülür. Çoğunlukla asemptomatik olan kolonizasyon, enfeksiyon riskini artırmaktadır². Enfeksiyonun hastadan hastaya veya sağlık çalışanları arasında bulaşması söz konusudur. *S. aureus* intravasküler kateter, pnömoni, cerrahi girişimler, üriner sistem enfeksiyonları, yumuşak doku enfeksiyonları etkindir³. *S. aureus* 1961'de metisiline dirençli olduğu tespit edilmiştir. Yıllar i-

çerisinde *S.aureus* suşlarındaki antibakteriyel direnç değişebilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalara göre kan dolaşımı enfeksiyonları nedeniyle hastaneye yatış oranı %0,13 ile %1,45 arasındadır. Bu nedenle yılda yaklaşık 62,500 hasta eksitus olmaktadır⁴. *S.aureus* bakterisinin tedavisine rağmen beraberinde farklı komplikasyonlar nedeniyle mortalite oranı %20-40 arasında değişmektedir^{1,5,6}. MRSA verilerinin düzenlenmesi ve takip edilmesi klinisyen açısından vereceği ampirik tedavisinde önem kazanır. Her merkezin *S. aureus* suşlarında antibakteriyel direnç ve yüzdeleri değişiklik göstermektedir. Çalışmamızda kan kültürlerinden izole edilen *S. aureus* suşlarının duyarlılık oranları ve yıllarına göre dağılımlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Geliş Tarihi
07.11.2017

Kabul Tarihi
11.12.2017

Sorumlu Yazar

Yeliz Tanrıverdi Çaycı

Ondokuz Mayıs Üniversitesi,
Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,
Samsun, Türkiye

E-posta
yeliztanriverdi@gmail.com

Gereç ve Yöntem

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Hastanesi'nde Ocak 2014- Eylül 2017 yıllarında retrospektif olarak kan kültürlerinden izole edilen 468 *S. aureus* izolatı dahil edilmiştir. Kan kültür şişelerinde laboratuvara gönderilen örnekler tam otomatize BacT/ALERT 3D cihazda inkübe edilmiştir. Üreme sinyali alınan kan kültür şişelerinden % 5 koyun kanlı agar ve EMB agar besiyerlerine ekimleri yapılmıştır. Plaklar 36°C 'de 20-24 saat aerop ortamında inkübe edilmiş, konvansiyonel yöntemle (katalaz ve gram boyama gibi testler) bakterin genel özelliği belirlendikten sonra tanımlama yapmak için Vitek MS (Biomeriux, Fransa) otomatize sistemi kullanılarak bakteri tanımlanmıştır. Antibiyotik duyarlılıkları Vitek2 Compact (Biomeriux, Fransa) otomatize sistem ile belirlenmiştir.

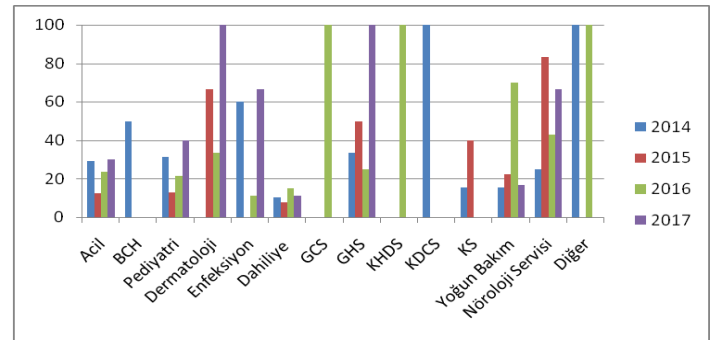
Bulgular

Ocak 2014 - Eylül 2017 dönemleri arasında 468 *S. aureus* izolatının %22,9'unun MRSA olduğu görülmüştür. MRSA izolatlarının %17'si acil servisten, %15'i dahiliye kliniklerinden ve %11'i yoğun bakım ünitesinden izole edilmiştir. MRSA yüzdeleri 2014, 2015, 2016, 2017 yıllarında sırasıyla %31,7, %19,6, %33,6 ve %14,9 olarak tespit edilmiştir (Şekil 1). MRSA suşların servislere ve yıllara göre dağılımı Çizelge 1.'de gösterilmiştir. Metisiline duyarlı 360 *S. aureus* (MSSA) izolatının %37,2 dahiliye servislerinde, %18,3 acil polikliniğinde, %7,2 yoğun bakım ünitesinde yatan hastalardan izole edilmiştir. İzole edilen *S. aureus* izolatlarında teikoplanin, vankomisin ve linezolid direnci görülmemiştir.

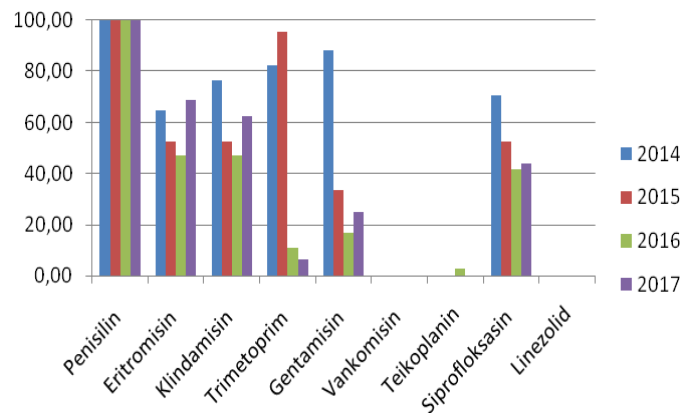
Çizelge 1. MRSA suşların servislere ve yıllara göre dağılımı.

Servis	2014		2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Acil	5	17,4	3	14,2	8	22,2	3	18,7
Beyin Cerrahi Servisi	1	2,9	0	0	0	0	0	0
Pediyatri	10	29,4	3	14,2	3	8,3	4	25
Dermatoloji Servisi	0	0	2	9,5	2	5,5	1	6,2
Enfeksiyon Hastahkları Servisi	3	8,8	0	0	1	2,7	2	12,5
Dahiliye	5	14,7	3	14,2	7	19,4	2	12,5
Genel Cerrahi Servisi	0	0	0	0	1	2,7	0	0
Göğüs Hastahkları Servisi	1	2,9	1	4,7	1	2,7	1	6,2
Kadın Hastahkları ve Doğum Servisi	0	0	0	0	2	5,5	0	0
Kalp Damar Cerrahi Servisi	1	2,9	0	0	0	0	0	0
Kardiyoloji Servisi	2	5,8	2	9,5	0	0	0	0
Yoğun Bakım	2	5,8	2	9,5	7	19,4	1	6,2
Nöroloji Servisi	2	5,8	5	23,8	3	8,3	2	12,5
Diğer (Göz, KBB, Ortopedi, Üroloji)	2	5,8	0	0	1	2,7	0	0
Toplam	34	100	21	100	36	100	16	100

Penisilin, trimetoprim, eritromisin, klindamisin, gentamisin, siprofloksasin için 4 yıllık süreçte ortalama direnç yüzdeleri MRSA izolatlarında sırasıyla %100, %49,5, %57, %59,8, %43,9, %53,3 olarak bulunmuştur. MSSA izolatlarında ise direnç yüzdeleri sırasıyla %82,8, %0,28, %11,9, %9,7, %0,56, %8,35 olarak bulunmuştur. MRSA suşlarının servislere ve yıllara göre dağılımı ve bu izolatlarda antimikrobiyal duyarlılık durumlarının yıllara göre dağılımı Şekil 1. ve Şekil 2.'de gösterilmiştir.



Şekil 1. MRSA suşlarının servislere ve yıllara göre dağılımı (%).



Şekil 2. MRSA izolatlarında antimikrobiyal duyarlılık durumlarının yıllara göre dağılımı (%).

Tartışma

Kan dolaşımı enfeksiyonlarının en önemli sebeplerinden birisi *S. aureus*'tur^{1,7}. Kan kültürlerinde izole edilen Gram pozitif mikroorganizmaların içinde *S. aureus* üremesi tespit edilmiştir⁸. En önemli risk faktörlerinden biri olan enfeksiyon varlığı, risk altında olması ve vasküler kateterin varlığı enfeksiyon açısından risk altında olduğu tespit edilmiştir.¹⁰ Mikroorganizmaların etken olduğu enfeksiyonların tedavisinde çoklu antimikrobiyal direncinin giderek yayılması son zamanlarda tedavilerde ciddi sorunlara yol açmaktadır.¹⁰ MRSA enfeksiyonunun mortalite ve morbidite riskini artırdığı gösteren araştırmalar yapılmıştır^{3,5}. Mikroorganizmaların antimikrobiyalere karşı artan direnci ekonomiyi olumsuz yönde etkiler. MRSA tüm dünyada yaygın bir şekilde görülür. Prevelansı ülkeden ülkeye sosyoekonomik bakımında değişebileceği gibi bu dünyanın kaçınılmaz bir sorunu olmuştur²⁰. MRSA prevelansı Amerika Birleşik Devletleri ve Asya ülkelerinde %50 ye ulaşmıştır. Kuzey Avrupa ülkelerinde %1'in altında görülmektedir.²⁰Enfeksiyon yayılmasını önlemek açısından hastanemizde yapacağımız eğitimler ve kontrol önlemleri MRSA yüzdelerinin azalmaya yardımcı olacaktır. Çoklu ilaç direnci göstermesi nedeniyle önemli bir patojen olan MRSA tüm beta-laktam antibiyotiklerin yanında, aminoglikozitlere ve makrolidlere karşı direnç göstermektedir¹⁰. Kandaki etkenlerin hızlı tanımlanabilmesi için geliştirilen tam otomatize sistemler laboratuvarlarda yaygın bir şekilde kullanılmalıdır¹¹. European

Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) Türkiye verilerine göre kanda izole edilen MRSA oranı 2003'te % 46 iken 2009'da %32 olduğu gözlenmiştir.¹⁴ Türkiye Halk Sağlığının Kurumu'nun başlatığı 55 laboratuvarın katılımıyla oluşturulan Ulusal Antimikrobiyal Direnç Surveyans Sistemi (UAMDSS), MRSA oranının 2011 yılında % 31,5 olduğu raporlamıştır.²⁰ UAMDSS'ye 2012 ve 2013 yılında on iki laboratuvarın eklenmesiyle MRSA yüzdeleri % 25 ve %26,9 olarak raporlanmıştır. Türkiye verilerine göre kan kültürlerinde izole edilen MRSA yüzdeleri %25 ile %38 arasında olduğu tespit edilmiştir.²⁰ Verilerin arasında en düşük oran olarak % 8,9 ve en yüksek oran olarak % 66 yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir.^(1,4,7,9,11,12,16-19) Özellikle yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalarda MRSA'nın kontrol altına alınması oldukça önemlidir. Kontrolsüz antimikrobiyallerin kullanımı direnç gelişimini artırdığı gözlenmiştir. Çalışmamızın 4 yıllık sürecinde MRSA sıklığı ve *S. aureus* izolatlarında antimikrobiyal yüzdelerinde görülen dalgalanmaları direnç sürveyslarının yakından takibinin öneminin bir göstergesidir.

Kaynaklar

1. Çelik C, Bakıcı MZ, diğ. Kan akımı enfeksiyonlarından izole edilen *Staphylococcus aureus* suşlarında antimikrobiyal direnç paterni, *Genel Tıp Derg* 2013;23(4):109-13.
2. Karakoç E. MRSA İnfeksiyonlarının Mikrobiyolojisi, Epidemiyolojisi, Direnç Sorunu .Yeni ve yeniden gündeme gelen enfeksiyonlar. *Ankara: Bilimsel Tıp Yayın Evi* 2009;14:193.
3. Kızırlanslanoğlu MC, Sancak B, Yağcı S, Haşçelik G, Ünal S, Metisiline dirençli *Staphylococcus aureus* incelenmesi ve bakteriyemisinin incelenmesi ve vankomisin MİK değerlerine göre prognozun karşılaştırılması: son on yıllık deneyim, *Mikrobiyol Bul* 2013;47(2):199-210.
4. Yılmaz S, Gümrall R, Güney M ve ark. İki yıllık dönemde kan kültürlerinden izole edilen mikroorganizmalar ve antibiyotik duyarlılıklarının değerlendirilmesi, *Gülhane Tıp Dergisi* 2013;55(4):247-52.
5. İppolito G, Ippolito G, Leone S, Lauria FN, Nicastrì E, Wenzel RP. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*: the superbug, *Int J Infect Dis* 2010;14 (Suppl 4):S7-11. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2010.05.003>
6. Yüksekçaya, Şerife, Et Al. "2009-2013 yılları arasında konya eğitim ve araştırma hastanesi'nde kan kültüründen izole edilen *Staphylococcus aureus* suşlarının antimikrobiyal ajanlara duyarlılıklarının değerlendirilmesi, *ANKEM Derg* 31.1 (2017): 1-6.
7. Altınöz Aytara A, Öksüz Ş, Şahin İ, Öztürk CE, Avcioğlu F. Kan kültürlerinden izole edilen *Staphylococcus aureus* suşlarında antibiyotiklere direnç, *ANKEM Derg* 2013;27(2):60-3
8. Duman Y, Kuzucu Ç, Çuğlan SS. Kan Kültürlerinden İzole edilen bakteriler ve antimikrobiyal duyarlılıkları, *Erciyes Tıp Derg* 2011;33(3):189-96.
9. Çetinkol Y, Özenç Çakır FÖ, Enginyurt Ö. Ş. Yüksekçaya ve ark. 6 Kan kültürlerinden izole edilen *Staphylococcus aureus* suşlarında metisiline direnç yıllara göre değişimi, *ANKEM Derg* 2013;27(1):38-42.
10. Sancak B. *Staphylococcus aureus* ve antibiyotik direnci, *Mikrobiyol Bul* 2011;45(3):565- 76.
11. Mehli M, Gayyurhan ED, Zer Y, Akgün S, Özgür Akın FE, Balcı İ. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde kan kültürlerinden izole edilen mikroorganizmalar ve antibiyotik duyarlılıkları, *İnfeksiyon Derg* 2007; 21(3):141-5
12. Güngör S, Karaayak Uzun B, Gülyurtsever S, Baran N. Kan kültürlerinden izole edilen *Staphylococcus aureus* suşlarında antibiyotiklere direnç, *ANKEM Derg* 2012;26(4):171-5.
13. Ünal S. MRSA problemi. *ANKEM Derg* 2009;23(Ek 2):
14. Gülmez D. Bakterilerde saptanan yeni direnç mekanizmalarının yansımaları, *ANKEM Derg* 2013;27(3):158-66.
15. Ulusal Antimikrobiyal Direnç Surveyans Sistemi, 2011 Yılı Yıllık Raporu, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sağlık Bakanlığı Ankara, (2011). <http://uamdss.thsk.gov.tr>
16. Çetin F, Mumcuoğlu İ, Aksoy A, Gürkan Y, Aksu N. Kan kültürlerinden izole edilen mikroorganizmalar ve antimikrobiyal duyarlılıkları, *Türk Hij Den Biyol Derg* 2014;71(2):6774.
17. Dündar D ve Sönmez Tamer G. Klinik örneklerden izole edilen *Staphylococcus aureus* suşlarının antimikrobiyal duyarlılıkları: üç yıllık değerlendirme, *ANKEM Derg* 2009;23(1):8-12
18. Gürsoy NC, Ersoy, Günay S, Kuzucu Ç. Kan kültürlerinden izole edilen *Staphylococcus aureus* suşlarının antibiyotiklere direnç durumlarının değerlendirilmesi, *ANKEM Derg* 2009;23(1):26-9.
19. Özkaya E, Tümer S, Kirişçi Ö, Çalışkan A, Erdoğan P. Son iki yılda Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi'nde kan kültürlerinden izole edilen mikroorganizmalar ve antibiyotik duyarlılıklarının değerlendirilmesi, *Türk Hij Den Biyol Derg* 2015;72(2):115
20. Sancak B. MRSA direnç mekanizmaları: dünyada ve Türkiye'de epidemiyolojisi, *ANKEM Derg* 2012; 26(Ek 2):38-47.

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

BİR EĞİTİME KATILAN SENDİKALI KADIN İŞÇİLERİN SAĞLIK DURUMLARININ VE İŞÇİ SAĞLIĞI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**EVALUATION OF THE LEVEL OF KNOWLEDGE ON OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY AND HEALTH STATUS OF A TRADE UNION WORKPLACE REPRESENTATIVE WOMEN WORKERS**

1*Çiğdem Çağlayan, 2Alp Aker, 3Seval Çoker, 1Gül Anıl Mutlu

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, bir sendikaya üye işyeri temsilcisi kadın işçilerin genel ve işle ilgili sağlık durumlarını, işçi sağlığı ve iş güvenliği (İSİG) konusundaki bilgi düzeylerini ve verilen eğitimin bilgi düzeyine katkısını değerlendirmektir.

Yöntem: Bu araştırma, bir sendikaya üye kadın işçilere, Eylül 2015’de verilen bir günlük İSİGeğitiminin değerlendirildiği bir müdahale çalışmasıdır. Ön teste 20 kadın işçi, son teste 18 kadın işçi katılmıştır. Veriler, eğitim öncesinde ve sonrasında katılımcılara dağıtılan soru formları ile toplanmıştır. İSİG ile ilgili sorulara verilen cevaplar 100 üzerinden skorlanarak eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları oluşturulmuştur.

Bulgular: Eğitime 20 kadın işçi katılmış olup, yaş ortalamaları 39,0±5,45’tir. Katılımcıların %30’u tekstil sektöründe, %25’i metal ürün imalatında, %20’si sağlık sektöründe çalışmaktadır. Katılımcıların İSİG ile ilgili bilgi düzeyleri, eğitim öncesinde 5,70±8,92 puan, eğitim sonrasında ise 46,72±19,86 puan olarak hesaplanmıştır. Eğitim sonrasında bilgi puanlarındaki bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Wilcoxon Testi $p<0,001$). Ön teste verilen yanıtlara göre doğru bilinme ve/veya fikir sahibi olma oranları; işyerindeki tehlikelerin vücuda giriş yolları %15, korunma önlemleri %30, meslek hastalığı tanımı %20, işle ilgili hastalık tanımı %0, kadınlarda en sık iş kazası ve meslek hastalığının görüldüğü işkolları %5’tir. Son teste aynı sırayla doğru bilinme ve/veya fikir sahibi olma oranları %94,4, %100, %72,2, %22,2 ve %83,3’tür.

Sonuç: İşçilerin, İSİG konusundaki bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının az olduğu, bunların artırılması için işçilere konuyla ilgili eğitim vermenin etkili bir yol olduğu saptanmıştır. Verilecek eğitimlerin periyodik olarak tekrarlanması konuyla ilgili bilinci artıracaktır. Sendikaların hak mücadeleleri kapsamında işçilere verdikleri desteğin yanında, İSİG eğitimlerine de öncelik vermeleri ve bu faaliyetleri artırmaları önemlidir.

Anahtar sözcükler: Sendika, kadın, işçi sağlığı ve iş güvenliği eğitimi

ABSTRACT

Objectives: The aim of this study is to assess the general and occupational health status of a trade union workplace representative women workers, the level of knowledge on occupational health and safety (OHS), and the contribution of given training to the knowledge level.

Methods: This research is an intervention study in which a one-day OHS training in September 2015 is evaluated for female workers who are members of a trade union. 20 female workers in the preliminary test and 18 female workers in the final test were participated. The data were collected with questionnaires distributed to the participants before and after the training. The answers given to the questions about OHS were scored over 100, and the scores of the pre- and post-training information scores were generated.

Results: Trainee 20 female workers participated and the average age was 39.0±5.45. 30% of participants are working in the textile sector, 25% are in metal product manufacturing and 20% are in the health sector. Participants’ knowledge levels of OHS were calculated as 5.70±8.92 points before training and 46.72±19.86 points after training. This increase in knowledge scores after training was found to be statistically significant (Wilcoxon Test $p<0.001$). Proportion of correct knowledge and/or having a correct opinion based on pre-test responses; ways of entry into the body of workplace hazards 15%, protection precautions 30%, definition of occupational disease 20%, work-related disease definition 0%, the most frequent business lines that occupational accidents and occupational diseases occur. Proportion of correct knowledge and/or having a correct opinion based on post-test responses were respectively; 94.4%, 100%, 72.2%, 22.2% and 83.3%.

Conclusions: It has been determined that workers have little knowledge and awareness of the OHS and giving training to the workers on the issue is an effective way to increase them. Periodic repetition of trainings will increase awareness about the subject. Besides trade unions’ supports to workers within the scope of rights challenges, it is important that they prioritize OHS trainings and increase these activities.

Key words: Trade union, woman, occupational health and safety training

Giriş

İşçiler, dünya nüfusunun yarısını oluşturmakta olup ekonomik ve sosyal gelişmeye başlıca katkıyı sağlamaktadırlar. İşyerinde meydana gelebilecek zararları önlemeye ve işyerinde sağlığı korumaya ve geliştirmeye yönelik etkili müdahaleler mevcut olmakla birlikte ülkeler arasında ve ülkelerin dahilinde bölgeler arasında çalışanların sağlık durumları ve işyerinde maruz kaldıkları riskler yönünden büyük farklılıklar bulunmaktadır¹.

Uluslararası Çalışma Örgütü’nün (ILO) verilerine göre dünyada her yıl 317 milyon işçide meslek hastalığı meydana geldiği, 337 milyon işçinin ise iş kazası geçirdiği bildirilmektedir. Ek olarak, her yıl 2,78 milyon kişi iş kazası ve meslek hastalıklarına bağlı olarak hayatını kaybetmektedir. Ekonomik

yönden bakıldığında ise, iş kazaları ve hastalıklarının maliyeti dünyada gayrisafı hasılanın %4’üne yani 3 trilyon ABD dolarına ulaşmaktadır. İş ve işyeriyle ilgili sorunların en önemli özelliği çoğunlukla önlenemez olmalarıdır. Veriler işle ilgili kaza ve hastalıklardan gençlerin yaşlılardan %40 daha sık etkilendiklerini de göstermektedir^{2,3}.

Türkiye’de 2014 yılı istatistiklerine göre çalışan nüfus 26 milyondur. Bir işyerine bağlı olarak çalışan nüfus 12,484,000 olup bunların $\frac{3}{4}$ ’ü erkek, $\frac{1}{4}$ ’ü kadındır⁴. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2015 yılında 206,922’ü erkek ve 34,625’i kadın olmak üzere toplam 241,547 kişi iş kazası geçirmiştir. Meslek hastalığına yakalananların sayısı ise 470’i erkek ve 40’i kadın

¹Kocaeli Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.D.
Kocaeli, Türkiye

²Tuzla Toplum Sağlığı Merkezi
İstanbul, Türkiye

³Kastamonu İl Sağlık Müdürlüğü
Kastamonu, Türkiye

Geliş Tarihi
21.11.2017

Kabul Tarihi
02.01.2018

Sorumlu Yazar
Çiğdem Çağlayan

¹Kocaeli Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı A.D.
Kocaeli, Türkiye

E-posta
cigdem.caglayan@gmail.com

olmak üzere 510'dur. İş kazası nedeniyle ayakta ya da yatarak tedaviye bağlı toplam geçici iş göremezlik süresi ise 2,992,070 gün olmuştur. İş kazası geçiren işçi sayısının en fazla olduğu sektörler inşaat ve imalat sektörleri iken (sırasıyla, 33,361 ve 19,221), kazalara bağlı en fazla iş günü kayıpları da bu sektörlerde meydana gelmiştir. Aynı yıl, iş kazası sonucu ölen sigortalı sayısı 1,219'dur⁵.

ILO iş sağlığının hedefini tüm iş alanlarında çalışanların sağlıklarını sosyal, ruhsal, bedensel olarak en üst düzeye çıkarmaya teşvik etmek bunu sürdürmek olarak tanımlamıştır. Bu hedefe varabilmek tüm çalışanlara güvenli ve sağlıklı bir iş ortamı ile işyeri sağlık hizmetlerine erişim sağlanması gerekmektedir⁶.

Meslek hastalıkları ve iş kazalarının nedenleri arasında güvensiz çalışma ortamı ve güvenli olmayan davranışlar öne çıkmaktadır. İşçilerin işyerindeki riskleri ve bunlardan korunma konusundaki bilgi düzeyleri arttıkça güvensiz davranışlar azalmaktadır^{7,8}. Bu nedenle işçilerin işçi sağlığı ve güvenliği (İSİG) konusunda eğitilmeleri önem kazanmaktadır. İSİG eğitimlerinin amacı; "işyerlerinde sağlıklı ve güvenli bir ortam temin etmek, iş kazaları ve meslek hastalıklarını azaltmak, çalışanları yasal hak ve sorumlulukları konusunda bilgilendirmek, karşı karşıya buldukları mesleki risklerle bu risklere karşı alınması gereken tedbirleri öğretmek ve İSİG bilinci oluşturarak uygun davranış kazandırmaktır"⁹.

Bireysel ve kurumsal alanda yerleşmesi beklenen iş sağlığı ve güvenliği bilincinin oluşturulmasında sendikalara çok önemli görevler düşmektedir. Her şeyden önce kendilerinden, bu bilinci üyelerine yerleştirmeleri beklenmektedir¹⁰.

Son yıllarda özellikle sanayileşmiş ülkelerdeki sendikalar, gelişen kadın hareketinin etkisiyle kadın çalışanlara ulaşmak, katılımı artırmak için teşvik ve destek politikaları geliştirmektedir. Bu politikalar içinde eğitim programları özel olarak öne çıkmaktadır. Ülkemizde de 80'li yılların ikinci yarısından itibaren sendikalarda kadın üyelere yönelik ilgi artmıştır ve kadın işçiler için komisyonlar kurulmuştur¹¹. Çalışma yaşamında kadınlara yönelik ayrımcılık uygulamaları nedeniyle kadınlar eğitim, mesleki eğitim ve çalışma olanaklarından erkeklere göre çok daha az yararlanmaktadır¹². Bu nedenle kadın işçilerin temel haklarının yanı sıra İSİG konularında da bilgi düzeyinin artırılması ve bilinçlendirilmesi önem kazanmaktadır.

Bu çalışmanın amacı, bir sendikaya üye işyeri temsilcisi kadın işçilerin genel ve işle ilgili sağlık durumlarını, İSİG konusundaki bilgi düzeylerini ve verilen eğitimin bilgi düzeyine katkısını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın tipi

Bu araştırma, bir sendikaya üye kadın işçilere, Eylül 2015'de verilen bir günlük İSİG eğitiminin değerlendirildiği bir müdahale çalışmasıdır. Eğitime alınan 20 kadın işçinin tamamı araştırmaya katılmıştır. Ön teste 20 kadın işçi, son teste 18 kadın işçi katılmıştır.

Araştırmanın değişkenleri

Veriler, eğitim öncesinde ve sonrasında katılımcılara dağıtılan soru formları ile toplanmıştır. Eğitim öncesinde kullanılan soru formlarında sosyodemografik özellikler, çalışma özellikleri, algılanan sağlık durumu, işle ilgili sağlık sorunları ve İSİG ile ilgili bilgileri içeren kısımlar yer almaktayken; eğitim sonrasında İSİG ile ilgili bilgiler tekrar değerlendiril-

miştir. Sorgulanan İSİG bilgileri; "işyerlerinde bulunabilecek tehlike türleri, tehlikelerin vücuda giriş yolları, sağlık risklerine karşı en etkili kontrol yöntemi, korunma önlemleri, meslek hastalığı ve işle ilgili hastalık tanımları, kadınlarda en sık iş kazası ve meslek hastalığının görüldüğü işkollarının neler olduğudur". İSİG ile ilgili sorulara verilen cevaplar 100 üzerinden skorlanarak eğitim öncesi ve sonrası bilgi puanları oluşturulmuştur.

Veri çözümlemesi

Verilerin analizinde SPSS 20 Paket Programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler yapılmış ve bilgi puanlarının karşılaştırılmasında normal dağılıma uygun olmadığı için Wilcoxon Testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak saptanmıştır.

Bulgular

Eğitime 20 kadın işçi katılmış olup, yaş ortalamaları 39.0±5.45'tir. Kadınların %60'ı evli, %20'si bekar, %20'si boşanmıştı. %40'ının iki çocuğu, %25'inin bir çocuğu bulunmaktaydı. Katılımcıların %50'si yükseköğrenim, %30'u lise ve dengi okul, %20'si ilköğretim veya ortaokul mezunuydu. Çalışılan sektörler değerlendirildiğinde %30'u tekstil sektöründe, %25'i metal ürün imalatında, %20'si sağlık sektöründe çalışmaktaydı. Tamamı tam zamanlı olarak çalışan katılımcıların, %45'i vardiyalı çalışmaktaydı. Ortalama çalışma süresi haftada 44,4±3,5 saattir (Çizelge 1).

Çizelge 1. Araştırmaya katılan kadın işçilerin sosyodemografik ve çalışma yaşamına ilişkin özellikleri.

	Sayı	Yüzde	
Medeni durum	Evli	12	60
	Bekar	4	20
	Boşanmış	4	20
Çocuk sayısı	Yok	8	40
	Bir	5	25
	İki	7	35
Eğitim durumu	İlk öğretim	4	20
	Lise ve dengi	6	30
	Yükseköğretim	10	50
Sektör	Tekstil	6	30
	Metal	5	25
	Sağlık	4	20
	Diğer	5	25
Çalışma süresi	Tam zamanlı	20	100
	Yarı zamanlı	0	0
Çalışma düzeni	Gündüz	9	55
	Vardiyalı	11	45

Kadın işçilerin sağlık durumlarını belirlemek amacıyla son 15 gün içindeki algılanan sağlık durumları sorulduğunda, % 70'i iyi, %15'i orta, % 10'u çok iyi olarak cevaplamışlardır. Katılımcıların %75'i son bir ay içinde günlük işini yapamayacak derecede bir hastalık/rahatsızlık geçirmediğini ifade etmiştir. Üç kişi kas-iskelet sistemi rahatsızlığı, bir kişi baş ağrısı, bir kişi de diabetes mellitus nedeniyle günlük işlerini yapamadıklarını belirtmişlerdir. Son bir ay içinde kadın işçilerin %80'i baş ağrısı, %65'i eklem-kas ağrısı, %55'i bitkinlik ve halsizlik belirtir/rahatsızlıklarını yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Çizelge 2).

Çizelge 2. Araştırmaya katılan kadın işçilerin sağlık durumu.

	Sayı	Yüzde
Son 15 Gün içinde algılanan sağlık düzeyi		
Kötü	1	5
Orta	3	15
İyi	14	70
Çok iyi	2	10
Son bir ayda günlük işlerini yapamayacak rahatsızlık durumu		
Yok	16	75
Kas-iskelet sistemi sorunu	3	15
Baş ağrısı	1	5
Diabetes mellitus	1	5

Kadın işçilere “işyerlerinde bulunabilecek tehlike türleri, tehlikelerin vücuda giriş yolları, sağlık risklerine karşı etkili kontrol yöntemi, korunma önlemleri, meslek hastalığı ve işle ilgili hastalık tanımları, kadınlarda en sık iş kazası ve meslek hastalığının görüldüğü işkollarının neler olduğu” ile ilgili sorular sorulmuş olup doğru yanıtlar 100 üzerinden puanlanmıştır. Buna göre katılımcıların İSİG ile ilgili bilgi düzeyleri, eğitim öncesinde 5,70±8,92 puan (n=20, min. 0, max. 33 puan); eğitim sonrasında ise 46,72±19,86 puan (n=18, min. 28, max. 98) olarak hesaplanmıştır. Eğitim sonrasında bilgi puanlarındaki bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Wilcoxon Testi $p=0,000$). Ön teste verilen yanıtlara göre doğru bilinme ve/veya fikir sahibi olma oranları; işyerindeki tehlikelerin vücuda giriş yolları %15, korunma önlemleri %30, meslek hastalığı tanımı %20, işle ilgili hastalık tanımı %0, kadınlarda en sık iş kazası ve meslek hastalığının görüldüğü işkolları %5 olarak bulunmuştur. Son teste aynı sırayla doğru bilinme ve/veya fikir sahibi olma oranları %94,4, %100, %72,2, %22,2 ve %83,3’tü (Çizelge 3).

Çizelge 3. Ön teste ve son teste verilen yanıtlara göre doğru bilinme ve/veya fikir sahibi olma oranları.

Sorular	Ön Test		Son Test	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İşyerindeki tehlikelerin vücuda giriş yolları	3	15,0	17	94,4
Korunma önlemleri	6	30,0	18	100,0
Meslek hastalığı tanımlarıyla ilgili hastalık tanımı	4	20,0	13	72,2
İşle ilgili hastalık tanımı	0	0,0	4	22,2
Kadınlarda en sık iş kazası ve meslek hastalığının görüldüğü işkolları	5	5,0	15	83,3
Toplam Puan (Ortalama ± SS)	5,70±8,92		46,72±19,86	
Wilcoxon Testi p değeri	<0,001			

SS=Standart Sapma

Tartışma

İSİG eğitimleri, güvenli ve sağlıklı çalışma ortamları açısından yaşamsal öneme sahiptir. ILO’nun 155 ve 161 sayılı sözleşmeleri ve 89/391 sayılı Avrupa Birliği İSG Çerçeve Direktifi başta olmak üzere uluslararası mevzuatta ve gelişmiş ülke mevzuatlarında da eğitim konusuna dikkat çekilmektedir. AB’nin son dönem İSG ile ilgili strateji ve eylem programları değişen önceliklere göre güncellenirken, eğitim ağırlık verilen konulardan birini oluşturmuştur¹³.

Ülkemizde de 6,631 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu işverene, işyeriyle ilgili sağlık tedbirlerini almak ve çalışanları eğitmek yükümlülüğünü vermektedir. Kanuna göre “İşveren, çalışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu çerçevede; mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dâhil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin

sağlanması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapmakla yükümlüdür.” Aynı kanunun 16. maddesine göre işveren işyerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması ve sürdürülebilmesi amacıyla çalışanları ve çalışan temsilcilerini işyerinde karşılaşılabilecek sağlık ve güvenlik riskleri, koruyucu ve önleyici tedbirler ve kendileri ile ilgili yasal hak ve sorumluluklar hakkında bilgilendirir denmekte, çalışanların eğitimiyle ilgili 17. maddede ise “İşveren, çalışanların iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerini almasını sağlar” hükmü yer almaktadır¹⁴.

Gerek uluslar arası gerekse ulusal mevzuatta yer alan İSİG eğitimlerinin yapılması ile ilgili zorunluluklara karşın araştırmamızda, kadın işçilerin ön teste aldıkları puanlar oldukça düşük olup, temel İSİG bilgi düzeyleri de oldukça düşük saptanmıştır. Ön test sonucuna göre işyerindeki tehlikelerin vücuda giriş yollarını bilenlerin oranı %15, işyerindeki tehlikelere karşı korunma önlemleri hakkında bilgi sahibi olanların oranı %30’dur. Bu durumun işyeri güvenliği konusunda bir eğitim açığı sorununa işaret ettiği söylenebilir. Çalışmaya katılan kadın işçilerin tamamının tam zamanlı çalışması ve sendika üyesi olması nedeniyle, daha önceden işçi sağlığı ve iş güvenliği konularında eğitim almış olmaları beklenirdi. Nitekim verilen eğitim sonrasında işyerindeki tehlikelerin vücuda giriş yollarını bilenlerin oranı %94,4’e ve işyerindeki tehlikelere karşı korunma önlemleri hakkında bilgi sahibi olanların oranı ise %100’e ulaşmıştır. Kayseri’de bir mobilya fabrikası işçileri arasında yapılan bir çalışmada işçilerin iş güvenliği ile ilgili eğitim alma oranları %54,8 olarak bildirilmiştir¹⁵. İnşaat şantiyelerinde çalışan işçilerle yürütülen bir başka çalışmada çalışanların iş sağlığı ve güvenliği konusundaki bilgi düzeyleri ile şantiyede iş güvenliği eğitimi verilip verilmemesi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Araştırmacılar şantiyelerde İSİG eğitimlerinin verilmesi ve mevzuatta belirlenen aralıklarla periyodik olarak tekrarlanmasının, çalışanların İSİG konularıyla ilgili bilgi ve farkındalık düzeylerini arttırmakta, iş kazalarının önlenmesinde önemli bir rol oynadığı sonucuna varmaktadırlar¹⁶.

Sonuç

İşçilerin, İSİG konusundaki bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının az olduğu, bunların artırılması için işçilere konuyla ilgili yasal mevzuatın da gerektirdiği şekilde eğitim vermenin etkili bir yol olduğu düşünülmektedir. Verilecek eğitimlerin periyodik olarak tekrarlanması konuyla ilgili bilinci arttıracaktır. Sendikaların hak mücadeleleri kapsamında işçilere verdikleri desteğin yanında, İSİG eğitimlerine de öncelik vermeleri ve bu faaliyetleri arttırmaları önemlidir.

Kaynaklar

1. WHO. Worker’s health:Global plan of action. Sixtieth World Health Assembly 23 May 2007. http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_en_web.pdf?ua=1, (erişim tarihi 12.09.2017)
2. ILO. International Labour Standards on Occupational Safety and Health. <http://www.ilo.org/global/standards/subjects-covered-by-international-labour-standards/occupational-safety-and-health/lang-en/index.htm> (erişim tarihi 15.11.2017)
3. ILO. XXI World Congress on Safety and Health at Work, Global action needed to tackle rising work-related injuries and diseases, ILO says http://www.ilo.org/safework/whatsnew/WCMS_573681/lang-en/index.htm (erişim tarihi 15.11.2017)
4. Bilir N. Occupational Safety and Health Profile: Turkey. ILO Office for Turkey, Ankara 2016.
5. TÜİK. 2015 Yılı İş Kazası ve Meslek Hastalıkları İstatistikleri. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1007, (erişim tarihi 19.09.2017)

6. ILO. Improving health in the workplace: ILO's framework for action http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_329366.pdf (erişim tarihi 15.11.2017)
7. Tüzüner VL, Özasan BÖ. Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği uygulamalarının değerlendirilmesine yönelik bir araştırma. *Istanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*. 2011; 40(2):138-154.
8. Ceylan, H. Türkiye'deki İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *EJOVC: Electronic Journal of Vocational Colleges*. 2012; 2(2).
9. Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, 15 Mayıs 2013. Resmi Gazete, sayı 28648.
10. Akın L. Sendikaların İş Sağlığı ve Güvenliğinin Sağlanmasına Katkısı. *Çalışma ve Toplum*. 2012; 34(3).
11. Toksöz G ve Sayılan F. Sendikaların eğitim programları ve kadın çalışanlar. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*. 1998; 53(1):297-306.
12. Çetinkaya Bozkurt Ö, Kaynar A. İşletmelerde Cinsiyet Ayrımcılığı ve Kadın Çalışanların Sorunları. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2015; 2(3): 66-81.
13. Kılıç İ, Demir S. İşverenin İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi Verme Yükümlülüğü Üzerine Bir İnceleme. *Çalışma İlişkileri Dergisi*. 2012; 3(1):23-47.
14. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 2012. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6331.pdf> (erişim tarihi 15.11.2017)
15. Balcı E, Gün İ, Kaya A, Öksüzkaya A. Kayseri'de bir mobilya fabrikasında işçilerin iş güvenliği konusunda bilgi-tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*. Ekim-Kasım-Aralık 2005; 28-33.
16. Çodur B, Yılmaz F. İnşaat şantiyelerinde çalışan işçilerin iş sağlığı ve güvenliği konusundaki tutum ve algılarının değerlendirilmesi. *Uluslararası Hakemli İş Güvenliği ve Çalışan Sağlığı Dergisi*. 2017; 2:20-24.

DERLEME

SOĞUK ALGINLIĞI VE KLİNİK YAKLAŞIMLAR

COMMON COLD AND CLINICAL APPROACHES

1* Selim Öncel

ÖZ

Soğuk algınlığı tıpta “üst solunum yolu enfeksiyonu”, “akut nazofarenjit” veya “akut rinofarenjit” olarak adlandırdığımız durumdur. Ebers papirüsünde (İ.Ö. 16. yy.) “Soğuk Algnlığı” diye bir başlık vardır. Ayaşlı Şaban Şifai (18. yy.), çocuklarda soğuk algınlığının tedavisinde hacamat ve soğuk uygulamayı önermiştir. Geredeli İshak bin Murad, 1390’da soğuk algınlığının ateş, öksürük ve balgamla seyreden için “tumuğu” terimini kullanmıştır. Hildegard von Bingen’e (12. yy.) göre, nezle beyinde soğuk, nemli maddelerin birikmesi ve bir zehire dönüşmesiyle meydana gelir. Benjamin Franklin (18. yy.) soğuk algınlığının insanların birbirlerine yakın durmalarıyla daha kolay yayıldığını gözlemlemiştir.

Soğuk algınlığının en sık etkeni rinovirüstür. Soğuk algınlığı daha çok damlacıklarla değil, doğrudan temasla bulaşır. Rino- ve koronavirüslerle solunum hücreleri tahribatı az olurken adenovirüsler ve influenza virüsleriyle hücreler neredeyse bütünüyle harap olmaktadır. Soğuk algınlığının semptomatolojisi, bir hiperenflamasyon sendromudur dolayısıyla bu hastalık, antienflamatuar özelliği olan bir analjezik/antipiretikle tedavi edilmelidir.

Altı yaşından küçük çocuklar, yılda ortalama altı-sekiz kez soğuk algınlığı geçirirler. Komplikasyon olarak akut otitis media, akut bakteriyel rinosinüzit, astma alevlenmesi ve alt solunum yolu enfeksiyonu gelişebilir.

Tedavide izotonik tuzlu suyla burun yıkaması, gargara, bal ve çinkonun yararı saptanmıştır. Artırılmış sıvı alımının, nezle-grip ilacı olarak satılan müstahzarların, C vitamininin, ekinazeyanın ve Çin bitkisel ilaçlarının tedavide yeri yoktur. El hijyeni ve bazı probiyotikler, profilakside yararlı bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: Soğuk algınlığı, Rinovirüs, C vitamini, ekinazeya

ABSTRACT

The common cold is what we call “upper respiratory tract infection”, “acute nasopharyngitis”, or “acute rhinopharyngitis” in medicine. There is a chapter titled “Common Cold” in Ebers papyrus (16th century B.C.). Şaban Şifai of Ayaş (18th century B.C.) proposed bloodletting and cold application in children with common cold. İshak bin Murad of Gerede used the term “tumuğu” for the common cold with fever, coughing, and expectoration in 1390. According to Hildegard von Bingen (12th century B.C.), rhinitis arises from accumulation of cold and damp substances and their transformation to a toxin in the brain. Benjamin Franklin (18th century B.C.) has observed that common cold spreads more easily when people stay closer to each other.

Rhinovirus is the most frequent pathogen of the common cold. Common cold spreads with direct contact rather than with droplets. Adenovirus and influenza viruses almost completely destruct respiratory epithelium whereas rhinovirus and coronavirus cause less cellular damage. The symptomatology of common cold is a hyperinflammation syndrome, and therefore the treatment of common cold should be carried out with an antipyretic/analgesic agent with anti-inflammatory properties.

Children less than six years of age experience an average of six to eight bouts of the common cold in a year. Complications include acute otitis media, acute bacterial rhinosinüzit, asthma exacerbations, and lower respiratory infections.

Nasal irrigation with isotonic saline, gargling, honey, and zinc preparations have been shown to have some benefit. Excessive fluid intake, over-the-counter common cold preparations, vitamin C, echinacea, and Chinese herbal medicine are not advisable for treatment. Hand hygiene and some probiotics may be useful for prophylaxis.

Key words: Common cold, Rhinovirus, vitamin C, echinacea

Giriş

Hepimiz soğuk algınlığına yakalanır, soğuk algınlığına yakalanmamak için önlemler alırız. Hastalığımızı çevreye yaymamaya çalışırız ve semptomlarımızın süresini ve şiddetini mümkün olduğunca azaltmaya gayret ederiz.

Tanım

Soğuk algınlığı, Merriam-Webster sözlüğünde “üst solunum yollarının burun, boğaz, gözler ve üstaki borusunun önce sulu, ardından pürülan akıntıyla kendini belli eden ve birkaç virüsten (rinovirüs veya adenovirüs olarak) herhangi birinin neden olduğu, akut bir hastalığı” olarak tanımlanmaktadır¹. Soğuk algınlığı tıpta “üst solunum yolu enfeksiyonu”, “akut nazofarenjit” veya “akut rinofarenjit” olarak adlandırdığımız hastalıktır. Soğuk algınlığı son derece yaygın olup, hakkında doğru bilinen yanlışlar da bir o kadar yaygındır.

Tarihçe

Soğuk algınlığı, çok uzun bir zamandır bizimledir. Kadim uygarlıkların tarihi kayıtlarında, örneğin Eski Mısırlılara ait bir hiyeroglifte soğuk algınlığından bahsedilmektedir. İ.Ö. 16 yüzyılda veya daha önce yazılmış olan ve dünyanın-mevcudiyetini koruyan- ilk tıp kitabı sayılan Ebers papirüsünde “Soğuk Algnlığı” diye bir başlık vardır. Papirüste soğuk algınlığını “defetmeye” yarayan büyü, şu satırlardan oluşmaktadır:

“Akıp git, kokuşmuş burun; akıp git, kokuşmuş burunun oğlu. Ak ve git seni kemik kıran, kafatası yıkıcı ve kafanın yedi deliğini hastalandırıcı!”². Doğaldır ki eski Mısırlılar soğuk algınlığına neyin neden olduğunu bilmiyorlardı.

Yaşamının çoğu 18. yüzyılda geçmiş olan Ayaşlı Şaban Şifai, çocuklarda soğuk algınlığının tedavisinde hacamat ve soğuk uygulamayı önermiştir: “Hummanın ilacı etfal ve sıbyanın

1 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı
Tıp Fakültesi,
Kocaeli Üniversitesi,
Kocaeli, Türkiye

Geliş Tarihi
01.11.2017

Kabul Tarihi
02.01.2018

Sorumlu Yazar
Selim Öncel

1 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı,
Tıp Fakültesi,
Kocaeli Üniversitesi,
Kocaeli, Türkiye

E- posta
selimocel@doctor.com

baldirilarından ve kulaklarından hacamat olunup mümkün olduğu mertebede soğutucu şeyler vereler^{3,4}.

Geredeli İshak bin Murad, soğuk algınlığının ateş, öksürük ve balgamla seyreden için 1390 yılında Türkçe olarak yazdığı Edviye-i Müfrede'de "tumagu" terimini kullanmıştır⁵. Başrahibe Hildegard von Bingen'e (1098–1179) göre, nezle beyinde soğuk, nemli maddelerin birikmesi ve bir zehire dönüşmesiyle meydana gelir ve vücuttan çıkarılmalıdır. Bu bakış açısında insan, evrenin yalnızca bir yansımasıdır; çünkü "Havadaki yıldızlar da kendilerini böyle temizler ve Dünya, belirli kirli, pis kokulu maddelerini başından defetmektedir"².

Soğuk algınlığının İngilizce karşılığı olan "common cold"ün kökeni 16. yüzyıla kadar uzanmaktadır. On sekizinci yüzyılda Benjamin Franklin (1706–1790), yıllar süren araştırmalardan sonra şu sonuca varmıştır: "İnsanlar, küçük odalarda, vagonlarda ve benzeri yerlerde kapalı kaldıklarında, birbirlerinin terini soluyacak kadar birbirlerine yakın oturduklarında ve sohbeti koyulaştırdıklarında şifayı kapmaktadırlar"⁶.

Benjamin Franklin haklıydı elbette; ancak soğuk algınlığının ve başka hastalıkların mikroplarla bulaştığını sezen ilk kişi değildi. Hastalık bulaşması kavramını ilk kez 1546'da Girolamo Fracastoro ortaya kondu. Fracastoro, salgınların muhtemelen kişiden kişiye geçen tohum benzeri şeylerle meydana geldiğini söylüyordu. Daha sonra 1835'te Agostino Bassi, ilk mikrop hipotezini ortaya koydu. Ona göre, o zamanlar ortaya çıkan ve bugün bir mantar salgını olarak bildiğimiz olayın nedeni, minicik yaratıklardı. Mikrop kuramı, 19. yüzyılın ikinci yarısına kadar pek yandaş bulmadı. Daha sonra bilimadamları soğuk algınlığının nedeninin bakteriler olduğunu düşündüler ve bu düşünce, soğuk algınlığına karşı aşı çalışmalarının kaynağı oldu. Bu görüşün doğru olmadığı ortaya çıktı⁷. Almanya'nın Leipzig şehrinde bir biyolog olan Walter Kruse (1864–1943), 1914 yılında soğuk algınlığına bakterilerin değil, virüslerin neden olduğunu gösterdi²; ancak vardığı sonuçlar, 1920'lerin ortalarına, yani bir on yıl sonra başka araştırmacıların aynı sonucu bulmalarına değin geniş kabul görmedi⁷.

Viroloji

Soğuk algınlığına neden olan yüzlerce virüs vardır. En sık etken, rinovirüstür (%30-50). Bunu koronavirüs (%10-15) ve influenza virüsleri (%5-15) izlemektedir. İnsan parainfluenza virüsleri, insan solunum sinsityal virüsü (RSV), adenovirüsler, enterovirüsler ve metapnömovirüs daha seyrek rastlanan soğuk algınlığı virüsleridir. Bu virüs bolluğu içinde insanların tekrar tekrar soğuk algınlığına yakalanmasına şaşmamak gerekir; çünkü her seferinde hastalığa neden olan farklı bir cins, tür ya da suştur⁷. Rinovirüsler, adenovirüsler, influenza virüsleri ve enterovirüsler uzun süren bir bağışıklık yanıtı bırakır; ancak RSV, parainfluenza virüsleri ve koronavirüslerin meydana getirdiği bağışıklık uzun sürmez⁸.

Epidemiyoloji

Soğuk algınlığı kış aylarında daha yaygındır. Bunun nedeni, Benjamin Franklin'in de gözlemlediği gibi, kişilerin kapalı ortamlarda daha uzun süre kalmalarıdır. Çocuklar, yaz tatilinin açık hava ortamından okulların kapalı ortamına dönerler. Yine çocuklar, okuldan edindikleri soğuk algınlığı mikroplarını aile ortamına yayarlar. Anababalar da bu mikropları işyerlerine taşır. Çocukların hijyen kurallarına tam uymayan bireyler

olmaları da bu yayılımı kolaylaştırıyor olabilir. Bazı soğuk algınlığı virüslerinin kendi çevrelerine proteinden bir zarf geliştirmiş ve soğuk ortama uyum sağlamış olmaları da bu virüslerin soğukta yayılmalarını kolaylaştırır⁷.

Yazın da soğuk algınlığına yakalanmak olasıdır. Temmuzun ortasında nezle olduysanız bunun nedeni muhtemelen bir enterovirüstür. Kışın nezle olduysanız, etken muhtemelen bir rinovirüstür⁷.

Soğuk algınlığı daha çok damlacıklarla değil, doğrudan temasla bulaşır; yani virüs bulaşmış elinizi ağzınıza, burnunuza ya da mukoza ile kaplı bir vücut bölgenize değdirmenizle "şifayı kapabilirsiniz". Örneğin, göz ovuşturma çok yaygın bir bulaş nedenidir. Soğuk algınlığı, yalnızca doğrudan değil, dolaylı temasla da bulaşabilir: Yani soğuk algınlığı geçirmekte olan kişilerin dokunduğu herhangi bir yüzeye dokunarak⁷. Rinovirüsler, düz yüzeylerde üç saate kadar, insan derisinde bir-üç saat canlı kalabilirler. Doğal rinovirüs enfeksiyonu geçirmekte olan erişkinlerin %40'ının ellerinde rinovirüse rastlanmıştır⁹. Rinovirüs enfeksiyonlu erişkinlerin kaldığı otel odalarının yüzeylerinin %35'inde rinovirüs vardır¹⁰. Kontamine yüzeylere ellerini dokuduran kişilerin %64'ünün ellerinden rinovirüs izole edilmiştir. Rinovirüsün bir kişinin elinden diğer bir kişinin eline geçişi olasılığı %40'tır¹¹. Rinovirüs bulaşmış bir deri kesimini ovaladığımızda elimize %42 olasılıkla rinovirüs bulaşır¹². Evli çiftlerde rinovirüs bulaşma riski, enfekte kişinin burnunda ve ellerinde rinovirüs olup olmamasıyla doğrudan ilişkilidir¹³. Enfekte kişilerin toplandığı evlerin havasının %82'lik bölümünde rinovirüs yoktur¹⁴. Uçaklarda havanın tekrar tekrar ortamda dolaşmasının yolcularda nezle semptomlarının başlama riskini artırmadığı görülmüştür¹⁵. Rinovirüs, aksırıkların yalnızca 1/13'ünde izole edilmiştir, öksürüklerin ise sekiz hastanın hiçbirinde izole edilememiştir¹¹. Uzun öpüşme ve doğrudan inokülasyonla enfeksiyon bulaşması nadirdir^{11,12}. Rinovirüsün parmaklarda kurumasından sonra parmakların göze veya buruna sokulmasıyla %36 oranında bulaş meydana gelmiştir. Başkalarının kontamine elleriyle temas edip gözlerini veya burunlarını karıştıranlarda %60-73 oranında bulaş meydana gelmiştir. Kontamine kahve fincanı kulplarıyla temas edenlerin yarısı enfekte olmuştur¹¹. Rinovirüsle enfekte kişilerle poker oynayanlarda enfeksiyona rastlanmamıştır¹⁶.

Soğuk algınlığı virüslerinin damlacık yoluyla bulaşmasını, hapşırırken ağzımızı mendille veya kolumuzla kapatarak azaltabiliriz. Kağıt mendille ağızımızı kapatmadan hapşırın kişilerin %83'ünün ellerinde rinovirüs bulunmuştur. Bu oran ticari mendil kullananlarda %42'ye, malik asit, sitrik asit ve loril sülfatla muamele edilmiş mendillere hapşırılarda %3'e düşmektedir¹¹.

Evde ve okulda alkollü mendil kullanılması evde ve okulda ikincil solunum yolu enfeksiyonu sıklığını azaltmamakta, ancak virüs emdirilmiş mendil kullanılan evlerde ve aile bireylerinden birinin hastalanmasından sonra annenin parmaklarının ucuna 3-4 saate bir iyot çözeltisi sürülmesi, evde ikincil solunum yolu enfeksiyonu sıklığını belirgin oranda düşürmektedir^{17,18}. Soğuk algınlığının aerosolle geçiş konusunda yeterli çalışmaya rastlanmamıştır¹¹.

Soğuk algınlığı virüslerinin saçılımı, enfeksiyonun üçüncü gününde en yüksek olup beşinci günde başlangıç düzeylerine

iner; iki haftaya kadar sürebilir⁸.

Fizyopatoloji

Soğuk algınlığının belirtileri, daha çok, doğuştan gelen bağışıklık yanıtına bağlı olup soğuk algınlığı kliniğinin ortaya çıkışında virüsün solunum yolu epitelinde yaptığı doğrudan tahribatının rolü azdır⁸. Rinovirüs enfeksiyonunda virüs replikasyonu burun epitel hücrelerinin çok azında gerçekleşmektedir. Rino- ve koronavirüslerle hücre tahribatı az olurken adenovirüsler ve influenza virüsleriyle hücreler neredeyse bütünüyle harap olmaktadır¹⁹. Enfekte hücrelerden sitokinler (örn. IL-8) salınır, polimorfonükleer hücreleri yangı alanına çeker. Bu alandaki polimorfonükleer hücre nüfusu, normalin 100 katına çıkar. Bu toplanma için geçen süre, soğuk algınlığı virüslerinin çoğu için söz konusu olan süre olan 24-72 saatle denk düşmektedir. Bu kalabalık ortamda mukoosilyer temizleme etkinliği azalır. Belirtilerin şiddeti, ortamdaki IL-8 derişimiyle doğru orantılıdır. Burun akıntısının şeffaftan beyaz/sarı veya yeşile dönmesi lökosit sayısı ile doğru orantılıdır, ancak bakteri kültürlerindeki pozitiflikle değil. Yeşil renk, lökositlerin enzim etkinliğiyle meydana gelen bir değişiktir. Bilinmeyen bir düzenle rinovirüs enfeksiyonunda nazal submukoza damarlarının geçirgenliği artar. Albümin ve kininler salgılanır^{8,20}. Bradikinin derişimi artar, histamin derişimi aynı kalır; bu durum, rinovirüs enfeksiyonunun fizyopatolojisinde mast hücrelerinin ve bazofillerin rol oynamadığını ve rinovirüs nezlesinin tedavisinde antihistaminiklerin yetersiz olduğunu gösterir²¹. Bradikinin buruna sprey olarak püskürtüldüğünde nezleye ve boğaz ağrısına neden olmaktadır²².

Fizyopatolojinin aydınlatılmış kısmının bize söylediği, çocuklardaki soğuk algınlığında ağrı kesici veya ateş düşürücü olarak parasetamolden çok, ibuprofenin tercih edilmesinin daha iyi olacağıdır; çünkü soğuk algınlığının semptomatolojisi bir hiperenflamasyon sendromudur ve antienflamatuvar özelliği olan bir ilaçla tedavi edilmelidir⁷. Soğuk algınlığı, daha çok soğuk algınlığının şiddeti, pekala, halk tabiriyle “bünye”sel olabilir²³.

Belirtiler ve bulgular

Altı yaşından küçük çocuklar, yılda ortalama altı-sekiz kez soğuk algınlığı geçirirler. Bunların her biri iki hafta kadar sürer. Bu hastalıkların çoğunun soğuk mevsimlerde geçirildiğini göz önünde bulundurursak kış aylarında bir çocuğun her iki gününden biri “hasta” geçecektir ve bu gerçekten normaldir.

En sık rastlanan belirtiler burun tıkanıklığı, burun akıntısı, öksürük ve ateştir. Kulak tıkanıklığı da olabilir. Soğuk algınlığı sırasında paranazal sinüslerde anormal (rinosinüzit) görünüm(ü) ortaya çıkabilir; bu görünüm antibiyotiksiz iyileşir⁸.

Komplikasyonlar

Soğuk algınlığının komplikasyonu olarak akut otitis media, akut bakteriyel rinosinüzit, astım alevlenmesi ve alt solunum yolu enfeksiyonu gelişebilir⁸.

Tanı

Soğuk algınlığının tanısı, anamnez ve fizik muayeneyle konur. Nezleli bir kişiyle temas öyküsü, burun tıkanıklığı, burun akıntısı, boğaz ağrısı, ateş, ön servikal lenfadenopati, orofarenks ve burun mukozasında eritem bunlardan başlıcalarıdır. Çocuklarda vücut sıcaklığının >39°C olması, hasta görünüm, burun akıntısının, hapşırığın olmaması, hışıltı, akciğer bulguları, hemoptizi gibi bulgular klinisyene bir komplikasyonu veya başka bir tanıyı telkin eder. Laboratuvar tetkikleri, tanıda yararlı değildir⁸.

Ayırıcı tanı

Ayırıcı tanı başka nedenlere bağlı rinitler (alerjik rinit, mevsimsel rinit, vazomotor rinit, rinitis medikamentoza), akut bakteriyel rinosinüzit, burun yabancı cisimi, aspire edilmiş yabancı cisim, pertussis, yapısal anomaliler, influenza ve akut bakteriyel farenjit/tonsillit ile yapılmalıdır⁸.

Tedavi

Bebeklerde nazal aspirasyon yapılır. İzotonik tuzlu suyla burun yıkaması, yararlı olabilir²⁴. Buhar uygulanabilir. Ortam havası nemlendirilebilir²⁵. Çocuğa boğaz ağrısının azalması için ılık-sıcak içecekler içirilmesi özendirilebilir; ancak sıvı alımının artırılmasının yararlı olduğu konusunda yapılmış randomize bir çalışma olmadığı gibi 1 ay-12 yaş arasındaki çocuklarda hiponatremiye neden olabileceği gösterilmiştir^{26,27}. Mümkün olduğunca dengeli beslenmeye devam edilir. Baş seviyesi yükseltilir. Boğaz ağrısı için gargara yapılabilir (bir su bardağı ılık suya 5 mL hacmindeki bir çay kaşığının dörtte biri kadar tuz koyarak). Dört yaşın üzerindeki çocuklar sert şeker veya boğaz pastili emebilirler; boğaz ağrısı için yararlı olabilir. Evden çıkmamacasına değil, yeterince istirahat edilir. Özellikle dört yaşın altındaki çocuklara nezle-grip ilacı verilmemelidir (beklenmeyen çocuk ölümleri, yan etkiler ve ilaçların etkisiz olması nedeniyle)²⁸⁻³². Antipiretikler yalnızca çocuğun rahatını temin etmek için, kullanılabilir; enfeksiyonun süresini, febril konvülsiyon geçirme olasılığını, yüksek ateşin hiçbir zaman kanıtlanmamış nörolojik komplikasyon bırakıcı etkisini azaltmaz. Antipiretiklerin dönüşümlü kullanılmasından, ateş üzerine bir miktar daha etkili görünmelerine karşın, dozaşımı ve entoksikasyon riskini azaltmak açısından, kaçınmak gerekir²⁵⁻³³. Çocukluk çağında aspirinin soğuk algınlığında antipiretik olarak kullanılması, Reye sendromu riskini artırdığı için, kontrendikedir. Bir yaşın üzerinde yatmadan önce bal yemek, öksürük sıklığını ve şiddetini azaltıp uyku kalitesini yükseltmektedir^{34,35}. VicksTM, soğuk algınlığının gece semptomlarını önleyebilir³⁶. C vitamini, -ancak günde 200 mg'ın üzerinde alındığında- çocuklarda nezle süresini kısaltabilmektedir³⁷. Çinko şurubu (10 gün boyunca 2×15 mg) nezle semptomlarının süresini kısaltabilir. Antibiyotiklerin soğuk algınlığında – bu arada, akut pürülan rinitte de- hiçbir yeri yoktur^{38,39}. Ekinazeya iyileşmeyi artırmamakta ve çabuklaştırmamaktadır; dahası ekinazeyalı olduğu iddia edilen ürünlerin içinde Ekinazeya bulunmayabilmektedir⁴⁰⁻⁴². Çin bitkisel ilaçlarının etkili olup olmadığı konusunda çelişkili sonuçlar alınmıştır⁴³. Nebülize ve intranasal kortikosteroidler semptom yatıştırıcı etkili

değildir^{44,45}. Adenoidektomide acele edilmesinin bir yararı olmayabilir²⁵. Bütün bu sayılanların yerine, gerekli ve sakinleştirici açıklamalarda bulunmak, hasta yakınlarını, çocukları için antibiyotik yazılmasından daha fazla tatmin etmektedir^{46,47}.

Önleme

Alkollü el dezenfektanlarıyla el ovma ve düz sabunla (antibakteriyel değil) el yıkama, soğuk algınlığını önlemektedir⁴⁸⁻⁵¹. Demir takviyesi, çinko ve D vitamini soğuk algınlığını önlemekte etkili iken C vitamininin böyle bir etkisi yoktur^{37,52-54}. Ekinazeyanın soğuk algınlığı profilaksisindeki rolü henüz bilinmemektedir⁵⁵. Probiyotikler (*Lactobacillus paracasei* (*L. casei*), *Streptococcus thermophilus*, *L. bulgaricus*, *L. plantarum*, *L. paracasei*, *L. rhamnosus* (GG suşu), *L. rhamnosus* + *Bifidobacterium lactis* Bb-12, *L. acidophilus* + *Bifidobacterium bifidum*, *L. acidophilus* + *L. casei*) profilakside yararlıdır⁵⁶.

Kaynaklar

- Common Cold: Definition of Common Cold by Merriam-Webster. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/common%20cold>. Accessed March 18, 2017.
- Atzl I, Helms R. A short history of the common cold. In: Eccles R, Weber O, eds. Common Cold. Basel/Switzerland: Birkhäuser Verlag. 2009 ;1-21.
- Yöntem AC. Şair ve tabip Şifâi Şaban Efendi. *Çocuk Sağlığı ve Hast Derg.* 2010; 53:244-250.
- Akdağ A. Bir tedavi yöntemi olarak "kan aldırma" ve klasik Türk şiiirindeki kullanımı. *Gazi Türkiyat.* 2014; 14:169-187.
- Güven M. Türk dili ve kültürü açısından xiv-xv. yüzyıl eski Anadolu Türkçesi Türkçe tıp yazmalarına eleştirel bir bakış. *Türkisch Stud.* 2011; 6(3):841-850.
- Doyle WJ, Cohen S. Etiology of the common cold: Modulating factors. In: Eccles R, Weber O, eds. Common Cold. Basel/Switzerland: Birkhäuser Verlag. 2009; 149-186.
- Novella S. The Great Courses: Medical Myths, Lies, and Half-Truths. United States of America; 2010.
- Pappas DE. The common cold in children: Clinical features and diagnosis. In: Post T, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc.; 2017.
- Pancic F, Carpentier DC, Came PE. Role of infectious secretions in the transmission of rhinovirus. *J Clin Microbiol.* 1980; 12(4):567-571.
- Winther B, McCue K, Ashe K ve diğ. Environmental contamination with rhinovirus and transfer to fingers of healthy individuals by daily life activity. *J Med Virol.* 2007; 79(10):1606-1610. doi:10.1002/jmv.20956.
- Pappas DE, Hendley JO. Transmission of colds. In: Eccles R, Weber O, eds. Common Cold. Basel/Switzerland: Birkhäuser Verlag. 2009; 197-210.
- Reed SE. An investigation of the possible transmission of Rhinovirus colds through indirect contact. *J Hyg (Lond).* 1975; 75(2):249-258.
- D'Alessio DJ, Peterson JA, Dick CR ve diğ. Transmission of experimental rhinovirus colds in volunteer married couples. *J Infect Dis.* 1976; 133(1):28-36.
- Gwaltney JM. Epidemiology of the common cold. *Ann N Y Acad Sci.* 1980; 353:54-60.
- Zitter JN, Mazonson PD, Miller DP ve diğ. Aircraft cabin air recirculation and symptoms of the common cold. *JAMA.* 2017; 288(4):483-486.
- Dick EC, Jennings LC, Mink KA ve diğ. Aerosol transmission of rhinovirus colds. *J Infect Dis.* 1987; 156(3):442-448.
- Sandora TJ, Shih MC, Goldmann DA. Reducing absenteeism from gastrointestinal and respiratory illness in elementary school students: a randomized, controlled trial of an infection-control intervention. *Pediatrics.* 2008; 121(6):e1555-62. doi:10.1542/peds.2007-2597.
- Sandora TJ, Taveras EM, Shih M-C ve diğ. A Randomized, Controlled Trial of a Multifaceted Intervention Including Alcohol-Based Hand Sanitizer and Hand-Hygiene Education to Reduce Illness Transmission in the Home. *Pediatrics.* 2005; 116(3):587-594. doi:10.1542/peds.2005-0199.
- Winther B, Gwaltney JM, Hendley JO. Respiratory Virus Infection of Monolayer Cultures of Human Nasal Epithelial Cells. *Am Rev Respir Dis.* 1990; 141:839-845. doi:10.1164/ajrccm/141.4_Pt_1.839.
- Eccles R. Mechanisms of symptoms of common cold and flu. In: Eccles R, Weber O, eds. Common Cold. Basel/Switzerland: Birkhäuser Verlag. 2009;23-45.
- Naclerio RM, Proud D, Kagey-Sobotka A ve diğ. Is histamine responsible for the symptoms of rhinovirus colds? A look at the inflammatory mediators following infection. *Pediatr Infect Dis J.* 1988; 7(3):218-222.
- Proud D, Reynolds CJ, Lacapra S ve diğ. Nasal provocation with bradykinin induces symptoms of rhinitis and a sore throat. *Am Rev Respir Dis.* 1988; 137(3):613-616. doi:10.1164/ajrccm/137.3.613.
- Ball TM, Holberg CJ, Martinez FD ve diğ. Is there a common cold constitution? *Ambul Pediatr.* 2002; 2(4):261-267.
- Slapak I, Skoupa J, Strnad P ve diğ. Efficacy of isotonic nasal wash (seawater) in the treatment and prevention of rhinitis in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008; 134(1):67-74. doi:10.1001/archoto.2007.19.
- Dynamed Editorial Team. Record No. 903639, Upper respiratory infection (URI) in children. In: [updated 2. Ipswich (MA): EBSCO Information Services; 1995:[about 108 screens].
- Guppy MPB, Mickan SM, Del Mar CB. "Drink plenty of fluids": a systematic review of evidence for this recommendation in acute respiratory infections. *BMJ.* 2004; 328(7438):499-500. doi:10.1136/bmj.328028.627593.BE.
- Guppy MP, Mickan SM, Del Mar CB ve diğ. Advising patients to increase fluid intake for treating acute respiratory infections. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (2):CD004419. doi:10.1002/14651858.CD004419.pub3.
- FDA Releases Recommendations Regarding Use of Over-the-Counter Cough and Cold Products. <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2008/ucm116839.htm>. Accessed March 15, 2015.
- FDA Statement Following CHPA's Announcement on Nonprescription Over-the-Counter Cough and Cold Medicines in Children. <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2008/ucm116964.htm>. Accessed March 15, 2015.
- Schaefer MK, Shehab N, Cohen AL ve diğ. Adverse events from cough and cold medications in children. *Pediatrics.* 2008; 121(4):783-787. doi:10.1542/peds.2007-3638.
- Paul IM, Yoder KE, Crowell KR ve diğ. Effect of dextromethorphan, diphenhydramine, and placebo on nocturnal cough and sleep quality for coughing children and their parents. *Pediatrics.* 2004; 114(1):85-90.
- Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 11:CD001831. doi:10.1002/14651858.CD001831.pub5.
- Wong T, Stang AS, Ganshorn H ve diğ. Combined and alternating paracetamol and ibuprofen therapy for febrile children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 10:CD009572. doi:10.1002/14651858.CD009572.pub2.
- Cohen HA, Rozen J, Kristal H ve diğ. Effect of honey on nocturnal cough and sleep quality: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Pediatrics.* 2012; 130(3):465-471. doi:10.1542/peds.2011-3075.
- Oduwale O, Meremikwu MM, Oyo-Ita A ve diğ. Honey for acute cough in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 12:CD007094. doi:10.1002/14651858.CD007094.pub4.
- Paul IM, Beiler JS, King TS ve diğ. Vapor rub, petrolatum, and no treatment for children with nocturnal cough and cold symptoms. *Pediatrics.* 2010; 126(6):1092-1099. doi:10.1542/peds.2010-1601.
- Hemila H, Chalker E. Vitamin C for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 1:CD000980. doi:10.1002/14651858.CD000980.pub4.
- Fahey T, Stocks N, Thomas T. Systematic review of the treatment of upper respiratory tract infection. *Arch Dis Child.* 1998; 79(3):225-230.
- Kenealy T, Arroll B. Antibiotics for the common cold and acute purulent rhinitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013; 6:CD000247. doi:10.1002/14651858.CD000247.pub3.
- Gilroy CM, Steiner JF, Byers T ve diğ. Echinacea and truth in labeling. *Arch Intern Med.* 2003; 163(6):699-704.
- Spasov AA, Ostrovskij O V, Chernikov M V ve diğ. Comparative controlled study of Andrographis paniculata fixed combination, Kan Jang and an Echinacea preparation as adjuvant, in the treatment of uncomplicated respiratory disease in children. *Phyther Res PTR.* 2004; 18(1):47-53. doi:10.1002/ptr.1359.
- Taylor JA, Weber W, Standish L ve diğ. Efficacy and safety of echinacea in treating upper respiratory tract infections in children: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2003; 290(21):2824-2830. doi:10.1001/jama.290.21.2824.
- Wu T, Zhang J, Qiu Y ve diğ. Chinese medicinal herbs for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007; (1):CD004782. doi:10.1002/14651858.CD004782.pub2.
- Ruohola A, Heikkinen T, Waris M ve diğ. Intranasal fluticasone propionate does not prevent acute otitis media during viral upper respiratory infection in children. *J Allergy Clin Immunol.* 2000; 106(3):467-471. doi:10.1067/mai.2000.108912.
- Clavenna A, Sequi M, Cartabia M ve diğ. Effectiveness of nebulized beclomethasone in preventing viral wheezing: an RCT. *Pediatrics.* 2014; 133(3):505-512. doi:10.1542/peds.2013-2404.
- Walsh A, Edwards H. Management of childhood fever by parents: literature review. *J Adv Nurs.* 2006; 54(2):217-227. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03802.x.
- Welschen I, Kuyvenhoven M, Hoes A ve diğ. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms: patients' expectations, GPs' management and patient satisfaction. *Fam Pract.* 2004; 21(3):234-237.
- Correa JC, Pinto D, Salas LA ve diğ. A cluster-randomized controlled trial of handrubs for prevention of infectious diseases among children in Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 2012; 31(6):476-484.
- Lanon EL, Lin SX, Gomez-Pichardo C ve diğ. Effect of antibacterial home cleaning and handwashing products on infectious disease symptoms: a randomized, double-blind trial. *Ann Intern Med.* 2004; 140(5):321-329.
- Luby SP, Agboatwalla M, Feikin DR ve diğ. Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2005; 366(9481):225-233. doi:10.1016/S0140-6736(05)66912-7.
- Jefferson T, Del Mar CB, Dooley L ve diğ. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (7):CD006207. doi:10.1002/14651858.CD006207.pub4.
- De Silva A, Atukorala S, Weerasinghe I ve diğ. Iron supplementation improves iron status and reduces morbidity in children with or without upper respiratory tract infections: a randomized controlled study in Colombo, Sri Lanka. *Am J Clin Nutr.* 2003; 77(1):234-241.

53. Camargo CA, Ganmaa D, Frazier AL ve diğ. Randomized trial of vitamin D supplementation and risk of acute respiratory infection in Mongolia. *Pediatrics*. 2012; 130(3):561-567. doi:10.1542/peds.2011-3029.
54. Singh M, Das RR. Zinc for the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 6:CD001364. doi:10.1002/14651858.CD001364.pub4.
55. Karsch-Völk M, Barrett B, Kiefer D ve diğ. . Echinacea for preventing and treating the common cold. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 2:CD000530. doi:10.1002/14651858.CD000530.pub3.
56. Hao Q, Dong BR, Wu T. Probiotics for preventing acute upper respiratory tract infections. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 2:CD006895. doi:10.1002/14651858.CD006895.pub3.

Yazarlara Bilgi

Makale Yazım Kuralları

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, sağlık bilimleri alanındaki çalışmalara yer verir ve sadece çevrimiçi (online) olarak Ocak, Mayıs ve Eylül aylarında yılda 3 kez yayınlanır. Derginin yayın dili Türkçe veya İngilizce'dir. Sağlık bilimleri ile ilgili olabilecek özgün araştırma, derleme, olgu sunumu ve editöre mektup dergimizde yayınlanmaktadır.

A. Genel Bilgiler

Dergiye gönderilen makalelerin daha önce başka bir yerde yayınlanmamış ya da yayın için kabul edilmemiş olması, bilimsel ve etik kurallara uygun olması gereklidir. Yazarlar, makalelerin bilimsel ve etik kurallara uygunluğundan sorumludur (<http://www.icmje.org/about-icmje/faqs/conflict-of-interest-disclosure-forms/>).

Etik kurul onayı zorunlu olan çalışmalarda makale içerisinde etik kurul onay numarasının belirtilmesi gereklidir. Makalenin değerlendirilmesi aşamasında, gerekli görüldüğü takdirde makale ile ilgili araştırma verilerinin ve/veya etik kurul onayı belgesinin sunulması yazarlardan talep edilebilir.

Sorumlu yazardan, yazarların kendi kurumu dışından, konu ile ilgili dört hakem önerisi vermesi istenilmektedir. Dergiye gönderilen yazı, editör ve en az iki hakemin incelemesinden geçer. Değişikliğe gerek görüldüğü takdirde, istenilen değişiklikler yazarlarca yapıldıktan sonra yayın tekrar incelemeye alınır, yazım ve dilbilgisi hataları makalenin içeriğine dokunulmaksızın yayın kurulu tarafından düzeltilir.

Derleme yazılarında, tüm yazarların derleme konusu ile ilgili en az bir SCI/SCI-expanded indekse giren yayınının bulunması gerekmektedir.

Makale gönderimi çevrimiçi olarak <http://dergipark.gov.tr/kusbed> adresine Microsoft Word dosyası olarak eklenmelidir. Öz, ana metin ve kaynaklar (çizelgeler dahil) 12 yazı boyutunda Times New Roman ve satır aralığı 1,5 olacak şekilde gönderilmelidir. Makalelerin değerlendirilmeye alınabilmesi için, başvuru esnasında 'Telif Hakkı devir formu' doldurulmalıdır. Bu formu içermeyen yazılar değerlendirmeye alınmaz.

B. Yazım Kuralları

Metin içi ve metin sonu kaynak gösterimi için, **AMA (Amerikan Tıp Birliği/American Medical Association)** stili kullanılmalıdır.

Yazarların varsa **ORCID** (Open Researcher and Contributor ID) numaraları başlık sayfasına eklenmelidir.

B. 1. Başlık Sayfası

Yazılar başlık sayfasından başlanarak numaralandırılmalı, sayfa numaraları sağ alt köşeye yazılmalıdır.

Başlık sayfasında; yazının başlığı (Türkçe ve İngilizce), başlık altında tüm yazarların ad ve soyadları, kurumları yer almalıdır. Sorumlu yazarın adı ve soyadı, telefon numarası, e-posta ve yazışma adresleri bulunmalıdır.

B. 2. Öz Sayfası

Öz (Abstract), Türkçe ve İngilizce olarak en fazla 300 sözcük olacak şekilde; ‘Amaç (Objectives)’, ‘Yöntem (Methods)’, ‘Bulgular (Results)’ ve ‘Sonuç (Conclusions)’ bölümlerinden oluşmalıdır.

Derleme ve olgu sunumunda öz sayfası bölümlere ayrılmadan yazılmalıdır.

Özün altına anahtar sözcükler (en az 3, en fazla 6) verilmelidir. Anahtar sözcükler Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. İngilizce anahtar sözcükler Index Medicus’da “Medical Subjects Headings” listesine uygun olmalıdır (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar sözcükler Türkiye Bilim Terimleri’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).

B. 3. Ana Metin

B. 3. 1. Özgün Araştırma

Sırasıyla ‘Giriş’, ‘Yöntem’, ‘Bulgular’ ve ‘Tartışma’ bölümlerinden oluşmalıdır.

En çok 15 sayfa (öz, teşekkür ve kaynaklar hariç) olmalıdır.

B. 3. 2. Derleme

En çok 20 sayfa (öz ve kaynaklar hariç) olmalıdır.

B. 3. 3. Olgu Sunumu

En çok 10 sayfa (öz, teşekkür ve kaynaklar hariç) olmalıdır.

-Olgu sunumlarında ise sırasıyla giriş, olgu sunumu ve tartışma bölümlerini içermelidir.

B. 3. 4. Editöre Mektup

En çok 5 sayfa (öz ve kaynaklar hariç) olmalıdır.

Çizim ve çizelge içermez.

Bir makaleye ithaf olarak yazılmış ise sayı ve tarih verilerek belirtilmeli ve metnin sonunda yazarın ismi, kurumu ve adresi bulunmalıdır.

B. 4. Çizim ve Çizelgeler

Metin içerisinde kullanılan fotoğraf, grafik, şekil, resim gibi görsel sunum araçları ‘**Çizim**’ olarak tanımlanır. ‘**Çizelge**’ ise sınıflandırılmış verilerin yer aldığı görsel sunum araçlarıdır.

Çizelgeler kaynaklardan sonra başlıklarıyla birlikte verilmelidir.

Çizelgeler, başlığın alt ve üstünde, ayrıca alt satırın altında yatay kenarlık ve sol sütunun sağ dikey kenarlığı olacak şekilde düzenlenmelidir.

Çizim ve çizelgeler, numaraları ile metin içinde geçtiği yerlerde ilgili cümlenin sonunda ayraç içinde belirtilmeli; sırayla numaralandırılmalıdır.

Örnek çizelge:

Çizelge 1. Araştırmaya katılanların ilk başvurularını birinci basamakta çalışan hekime yapmama nedenleri.

Başvurmama Nedeni	*n	%
Sadece psikiyatri uzmanı ruh sağlığı hizmeti sunabilir	47	53,4
Birinci basamakta çalışan hekimin bu hizmeti sunduğunu bilmemem	17	19,3
Ebeveyn kararıydı	12	13,6
Birinci basamakta çalışan hekime güveniyorum ancak tercih etmedim	12	13,6

*Toplam hasta sayısı.

Çizimler, metne dahil edilmemeli ve sistem üzerinden “Görseller” başlığı seçilerek yüklenmelidir. Görseller; JPG, GIFF, PNG veya TIFF formatında gönderilmelidir.

Metine ek olarak sisteme yüklenen tüm çizim başlıkları, “Çizim Başlığı” altında, kaynaklardan sonra listelenmelidir.

Kullanılan kısaltmalar çizim ve çizelgelerin altındaki açıklamada 10 yazı boyutunda belirtilmelidir.

Ondalıklı sayıların belirtilmesinde Türkçe metinlerde virgül işareti, İngilizce metinlerde nokta işareti kullanılmalıdır. Yüzde ile belirtilen sayılarda Türkçe metinlerde sayı önünde, İngilizce metinlerde ise sayı arkasında % işareti kullanılmalıdır.

B. 5. Teşekkür

Teşekkür kısmında; çalışmanın varsa daha önce sunulduğu kongre, çıkar çatışması olmadığı, maddi destek, bağış ya da teknik yardım varsa, metnin sonunda belirtilmelidir.

Araştırma desteği (Üniversite Bilimsel Araştırma projeleri , TÜBİTAK projeleri ve benzeri kurumlardan) alınmışsa, proje numarası belirtilmelidir.

C. Kaynak Gösterimi

C. 1. Metin İçinde;

Kaynaklar, metinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır ve kaynak numaraları üst simge olarak verilmelidir. Örneğin,"... belirtilmektedir⁸". Daha önce kullanılmış kaynak aynı numara ile yazılmalıdır. Birden fazla kaynak var ise aralarına virgül konularak ayrılmalıdır. Örneğin "... bildirilmektedir^{8,13,18}". Birbirlerini izleyen makalelerde, ilk ve son numara “-“ ile ayrılarak gösterilmelidir. Örneğin "... bildirilmektedir^{3,13-16}".

C. 2. ‘Kaynaklar’ Başlığı Altında;

Kaynaklar ayrı bir liste olarak metin içindeki sıralamalarına göre numaralandırılarak verilmelidir. Kaynak sayısı özgün araştırmalarda en çok 60, olgu sunumlarında en çok 20, editöre mektuplarda ise en çok 5 olmalıdır.

Kaynaktaki yazar sayısı 3 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli; 3’den fazla ise, sadece ilk 3 isim yazılmalı ve diğ. şeklinde gösterilmelidir.

Kişisel deneyimler ve basılmamış yayınlar kaynak olarak gösterilemez. Çevrim içi yayınlar için DOI numarası verilmelidir.

Kaynak listesindeki bir makale yazar soyadı, yazarın adının ilk harfi, kaynak makalenin adı, dergi adı, yayın yılı, cilt ve sayı numarası ve sayfa numarası yazılmalıdır. Dergi adları Index Medicus kısaltmalarıyla ya da dizinlere girmiyorsa tam adıyla italik olarak yazılmalıdır.

Örnek:

1. Keçeli S, Dündar D, Sönmez TG. Anti-candidal activity of clinical *Pseudomonas aeruginosa* strains and *in vitro* inhibition of *Candida* biofilm formation. *Mikrobiyol Bul.* 2012; 46(1):39-46.

Bir derginin ek sayısı (Supplement) kaynak gösterileceği zaman; İngilizce makalelerde (Suppl.) ve Türkçe makalelerde ise (ES) şeklinde gösterilmelidir.

Çevrimiçi makale ise tam yayın tarihi kullanılır. Genellikle cilt ve dergi sayıları, sayfa numaraları yoktur. Makaleye doğrudan ulaşım adresi ve indirilen tarih verilmelidir.

Örnek:

Frederickson BL (2000, Mart 7). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & Treatment* 3, Makale 0001a. 20 Kasım 2000'de <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre003000-1a.html> adresinden indirildi.

Kitabın kaynak gösterimi ise yazarların adı, kitabın adı, birden çok basımı varsa kaçınıcı basım olduğu, basımevi, basım yeri, basım tarihi belirtilmelidir

Örnek:

Strunk W Jr., White EB. *The Elements of Style* (4. baskı). Longman, New York, 2000.

Kaynak çok yazarlı bir kitabın bölümü ya da bir makalesi ise bölümün ya da makalenin yazarı, bölümün ya da makalenin adı, kitabın adı, kaçınıcı baskı olduğu, cildi, kitabın yayın yönetmenleri, basım yeri, sayfaları, tarih yazılmalıdır.

Örnek:

Meltzer HY, Lowy MT. Neuroendocrin function in psychiatric disorders. *American Handbook of Psychiatry*, 2. Baskı, cilt 8, PA Berger, HKH Brodie (Ed), New York. Basic Books Inc, 1986; s. 110-117.

Çeviri kitaplar aşağıdaki şekilde kaynak olarak gösterilmelidir.

Örnek:

Lieberman RP. *Yetiyitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı*. American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC. 2008. Çev. Mustafa Yıldız, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011.