

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0853

sted

'Bilimsel
ve Dostça'

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ | JOURNAL OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINI | THE PUBLICATION OF TURKISH MEDICAL ASSOCIATION



KASIM | NOVEMBER
ARALIK | DECEMBER
2017 | 2017
CİLT 26 | VOLUME 26
SAYI 6 | ISSUE 6

6





Kurucu Yayın Yönetmenleri / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Yayın Yönetmenleri / Editors

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Assistant Editors

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Aylin Sena Beliner

Bilimsel Danışma Kurulu / Advisory Board

Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Prof. Dr. Hamit Hancı

Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

Beslenme ve Diyetetik /

Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Dr. Hülya Yardımcı

Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalıkoğlu

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Tıp Tarihi ve Etik / Medical

History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon /

Physical Medicine and Rehabilitation

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Hakan Şen

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

Halk Sağlığı / Public

Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Doç. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Arif Onan

Tıp Eğitimi / Medical Education

Prof. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. M. Raşit Tükel

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Yeter Canbulat

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini ve Türkiye Atıf Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey.

Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil Sok. No: 2 Kat: 4, 06570
Maltepe/Ankara

Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx) | Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53
<http://www.ttb.org.tr/STED/> | sted@ttb.org.tr

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.
Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı Mesa
Plaza No: 5/15 Gimat-Yenimahalle / Ankara
Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234-Ticaret Sicil
No: 131/133 -

Baskı Tarihi: Aralık 2017



Merhaba,

Sevil Babuş ve Erhan Eser **"Manisa'da Seçilmiş İki Bölgede Meme Kanseri ve Erken Tanı Yöntemleri Açısından Bilgi, Tutum ve Davranış Araştırması"** isimli çalışmalarında bölgelerden birinde kadınların daha sık mamografi çektirmeleri ilçedeki KETEM birimi tarafından yapılan tercihli bölge tarama uygulaması sırasında bölgeye yönelik mamografi teşvik programına atfedilmektedir. Yazarlar koruyucu ve sağlığı geliştirici bilgi düzeyindeki müdahalelerin başarısı ile sosyodemografik dezavantajların ortadan kaldırılabileceğini ileri sürmektedirler.

Nurgül Güngör Tavşanlı ve arkadaşları **"İzmir'de Bir Devlet Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İşyeri Zorbalığına Maruz Kalma Durumları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi"** isimli çalışmalarında hemşirelerin işyeri zorbalığı puanları arttıkça yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları, vitalite / enerji, ağrı, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları puanlarının düştüğünü vurgulamaktadırlar.



Fotoğraf: **"Anarko-5"** Bülent Kaplan
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2016 Sergi Ödülü

Ayşegül Koç ve arkadaşları **"Hemşirelik Öğrencilerinin Hepatit B ve C'li Hastalara Bakım Verme Süreci ile Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi"** isimli çalışmalarında öğrencilerin bulaşmasından en çok çekindikleri hastalıklar AIDS ve Hepatit B olarak belirlemişler. Hemşirelerin, stresle başa çıkma tarzları ve bulaşıcı hastalıklarla temas öyküleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, iki farklı üniversitede yapılan çalışmada, öğrencilerin en fazla "Kendine Güvenli Yaklaşımı" en az "Sosyal Destek Arama" yaklaşımını kullandıkları bulunmuş.

Burcu Babadağ ve Güler Balcı Alparslan **"Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı İnançları"** isimli çalışmalarında öğrencilerin ağrı inançlarının sahip oldukları sosyo-demografik ve ağrı ile ilişkili değişkenlere göre değişiklik gösterdiğini saptamışlar. Ağrı nedeninin hastalık olduğunu düşünenlerin organik inançlar puanı, ağrıya nazar gibi diğer inançların neden olduğunu düşünenlerin ise organik ve psikolojik inançlar puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş. Yazarlar hemşirelik eğitiminde ağrı yönetimi konusuna dikkat çekmektedirler.

Dr. Esra Bilgin ve Dr. Yeşim Gökce Kutsal **"Bilgisayar Kullanımı ile İlişkili Boyun ve Üst Ekstremitelerde Rahatsızlıkları"** isimli çalışmalarında modern toplumlarda boyun ve üst ekstremitelerde bilgisayar kullanımına bağlı kas-iskelet yakınmalarında artışın sadece boyun, omuz ve sırt bölgelerinde değil, ellerde, parmaklarda ve dirseklerde de olabildiği vurgulanmaktadır. Koruyucu yaklaşımlar kapsamında konu ile ilgili farkındalığın artırılması, kas iskelet sistemi için gerekli refah ve konforunun sağlanması, eğitim, ergonomik çalışma ortamlarının oluşturulması ve iş yükünün optimal düzeye ayarlanması yer almaktadır.

Hacer Ataman ve arkadaşları **"Kadın Sağlığında Adli Hemşirelik Uygulamaları"** isimli çalışmalarında adli hemşirelerin, kadın sağlığı ile ilgili adli konularda mağdurların öyküsünü alma, fiziksel değerlendirilmesi, kanıtların toplanması, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik testlerin yapılması, tedavi ve önerilerde bulunulması, tecavüze bağlı oluşabilecek olası gebeliklerin önlenmesi, duygusal travmanın önlenmesi, mağdurların izlemi ve rehabilitasyonu, adli rapor yazımı ve mahkemede tanıklık yapma görevleri olduğunu vurgulamaktadırlar.

Bilimsel ve dostça kalın.

Araştırma / Research

- Manisa'da Seçilmiş İki Bölgede Meme Kanseri ve Erken Tanı
Yöntemleri Açısından Bilgi, Tutum ve Davranış Araştırması 221
*A Research on the Knowledge, Attitudes and Behaviours towards
Breast Cancer and the Methods for Early Diagnosis in Two Selected Areas of Manisa*
Dr. Sevil Babuş, Dr. Erhan Eser
- Hemşirelerin İşyeri Zorbalığına Maruz Kalma Durumları ve
Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi 231
Evaluation of the Quality of Life and the Exposure to Workplace Bullying among the Nurses
Hem. Nurgül Güngör Tavşanlı, Hem. Sevgi Nehir Türkmen, Hem. Begüm Es
- Hemşirelik Öğrencilerinin Hepatit B ve C'li Hastalara Bakım Verme Süreci ile
Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 237
*The Investigation of the Relationship Between Stress and Nursing
Care Delivery by Nursing Students for the Patients with Hepatitis B and C*
Hem. Ayşegül Koç, Hem. Dilek Öztaş, Hem. Serpil Kütahya, Erdal Ceylan
- Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı İnançları 244
The Pain Beliefs of Nursing Students
Hem. Burcu Babadağ, Dr. Güler Balcı Alparslan

Derleme / Review Article

- Bilgisayar Kullanımı İle İlişkili Boyun ve Üst Ekstremitte Rahatsızlıkları 251
Cervical and Upper Extremity Problems Related to Computer Use
Dr. Esra Bilgin, Dr. Yeşim Gökçe Kutsal
- Kadın Sağlığında Adli Hemşirelik Uygulamaları 256
Practices of Forensic Nursing in Women's Health
Dr. Hacer Ataman, Dr. Yıldı Arzu Aba, Dr. Gül Ergün

Dizin 2017 (Cilt 26)

*

Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



Dr. Caner Keleş
"Umut"

STED Fotoğraf
Yarışması 2016 Galeri
Sanat Yapım Ödülü

Dr. Caner Keleş

1989 Malatyada doğumlu. 2009 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimine başladı. Fotoğraf çekme hobisi Hacettepe Üniversitesi Fotoğraf Topluluğuyla başlamış olup 2 yıl topluluğun başkanlığını yürüttü.

2016 Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Fotoğraf yarışması Galeri Sanat Yapım Ödülü'nü aldı.

*

Manisa'da Seçilmiş İki Bölgede Meme Kanseri ve Erken Tanı Yöntemleri Açısından Bilgi, Tutum ve Davranış Araştırması

A Research on the Knowledge, Attitudes and Behaviours towards Breast Cancer and the Methods for Early Diagnosis in Two Selected Areas of Manisa



Dr. Sevil Babuş¹, Dr. Erhan Eser²

Geliş/Received : 08.10.2016
Kabul/Accepted : 11.05.2017

Öz

Amaç: Manisa'da seçilmiş kentsel ve yarı-kentsel iki bölgede 40 yaş üstü kadınların meme kanseri erken tanı yöntemlerine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki çalışmanın verileri Ekim-Kasım 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evreni, Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi'ne (TSM) bağlı Kuşlubahçe (yarı-kentsel) ve Mimarsinan (kentsel) Aile Hekimliği Bölgelerini kapsamaktadır. Örnek, çok aşamalı küme örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Anketle kadınlara sosyodemografik özellikleri, meme kanseri riskleri, meme kanseri erken tanı yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları sorulmuştur.

Bulgular: Mimarsinan bölgesindeki kadınların bilgi puanı Kuşlubahçe'deki kadınlardan anlamlı olarak yüksektir. Her iki bölgede son bir yıl içinde Kuşlubahçe'de kadınların %44,2'si Mimarsinan'da %30'ı mamografi yaptırmıştır. Son beş yıl içinde Kuşlubahçe'de kadınların %72,1'i Mimarsinan'da %45,7'si mamografi yaptırmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Kuşlubahçe'deki kadınların daha sık mamografi yaptırmaları ilçedeki KETEM birimi tarafından yapılan tercihli bölge tarama uygulaması sırasında Kuşlubahçe bölgesine yönelik mamografi teşvik programına atfedilebilir. Koruyucu ve sağlıklı geliştirici bilgi düzeyindeki müdahalelerin başarısı, sosyodemografik dezavantajları ortadan kaldıracaktır.

Anahtar sözcükler: Meme kanseri, Erken tanı, Tarama, Mamografi, Kendi kendine meme muayenesi

Abstract

Objective: The aim of this study is to determine the knowledge, attitudes and behaviours towards breast cancer and the practices for early diagnosis among the women aged over 40 living in two selected areas of Manisa, one of which is urban and the other is semi-urban.

Materials and Methods: This cross-sectional study's data were collected between October and November 2014. The universe of the study included Kuşlubahçe (semi-urban) and Mimarsinan (urban) Family Medicine Districts attached to Manisa Şehzadeler Training and Research Community Health Center. The sample was selected using multistage cluster sampling method. The women were asked through the questionnaire about their sociodemographic characteristics, risks of breast cancer and their knowledge, attitudes and behaviours towards the methods for early diagnosis of breast cancer.

Findings: The knowledge scores of the women in Mimarsinan district were significantly higher than those of the women in Kuşlubahçe district. In the last one-year period, 44.2% of the women living in Kuşlubahçe district and 30% of the women in Mimarsinan district had mammography. During the last 5 years 72.1% of the women in Kuşlubahçe district and 45.7% of the women in Mimarsinan district had mammography ($p<0.05$).

Conclusion: The reason why the women in Kuşlubahçe, a semi-urban district, had mammography more frequently can be ascribed to the mammography incentive program conducted by KETEM in this district during the practice of screening in selected regions. The success of preventive and health-promoting informative interventions may eliminate sociodemographic disadvantages.

Key words: Breast cancer, Early diagnosis, Screening, Mammography, Breast self-examination

1 Arş. Gör.; Celal Bayar Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD. Manisa
2 Prof.; Celal Bayar Tıp Fak. Halk Sağlığı AD. Manisa

Giriş

Uluslararası Kanser Ajansı (IARC) tarafından yayınlanan GLOBOCAN 2012 raporuna göre meme kanseri, tüm dünyada kadınlarda en sık görülen kanser türüdür (1). Türkiye 2009 Kanser raporuna göre kadınlarda en sık görülen ilk 10 kanserin yaşa göre standartize edilmiş hız dağılımında 40,6 (/100,000) ile ilk sıradadır (2). Ülkemizde meme kanseri yaş dağılımı incelendiğinde olguların %42,5'inin 15-49 yaşları arasında olduğu görülmektedir. İnsidans hızları 35-39 yaş grubunda 50,8 (/100000 kaba hız), 40-44 yaş grubunda 81,1 (/100000 kaba hız) ve 45-49 yaş grubunda 109,1 (/100000 kaba hız) olarak gözlenmektedir (2).

Meme kanserinden korunmada en etkili yöntem erken tanıdır. Meme kanserinde erken tanı yöntemleri kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografidir (2). 20 yaşından itibaren her ay menstrulasyon sonrası kendi kendine meme muayenesi ve her yıl en az bir kez doktor tarafından klinik meme muayenesi önerilmektedir. Bu nedenle hastalığın erken yakalanması için kadınların bilgi düzeyi önemlidir. Ulusal kanser tarama programı önerilerine göre ülkemizde uygulanan meme kanseri tarama protokolü: 20-40 yaş arası kadınlarda ayda bir kendi kendine meme muayenesi, iki yılda bir klinik meme muayenesi; 40-69 yaş arası kadınlarda ayda bir kendi kendine meme muayenesi, yılda bir klinik meme muayenesi, iki yılda bir mamografi çekilmesi şeklinde uygulanmaktadır (3).

Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda KKMM sıklığı büyük değişkenlik göstermekte olup ülkemizde yapılan çalışmalarda KKMM sıklığı %4.3 -%42.0 arasında değişmektedir (4-12). Mamografi çekirme sıklığı da bölgelere göre farklılık göstermekte, Özmen ve arkadaşlarının Bahçeşehir'de yaptığı bir müdahale çalışması öncesinde sıklık % 49.6'dan müdahale sonrası %80'a çıkmıştır (10). Malatya'da sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada mamografi çekirme sıklığı %25.4, Şen ve arkadaşlarının Kütahya'da yaptığı çalışmada bu oran %16.6'dır (13,14). Sağlık bakanlığı verilerine göre mamografik taramaların kapsama oranı %20-30 arasındadır. Mamografik taramaların olumlu sonuçlarına ulaşmak için en az %70 oranında bir kapsama oranı sağlanmalıdır (15).

Bu iki bölgenin seçilmesinin sebebi; Kuşlubahçe için yarıkentsel olmasına karşın sağlık hizmet kullanımının yapılan alan araştırmalarında artmış olması, Mimarsinan bölgesi için ise bizim kentsel alan araştırma bölgemiz olmasıdır. Bu çalışmanın amacı, Şehzadeler TSM bölgesinde seçilmiş olan yarı kentsel ve kentsel iki bölgenin Meme kanseri, KKMM ve Mamografi uygulaması konusundaki bilgi, tutum ve davranış özelliklerini ortaya koymaktır.

Yöntem

Araştırma bölgesi

Kesitsel tipteki çalışmamız Ekim- Kasım 2014 tarihleri arasında, Şehzadeler Eğitim Araştırma Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) bölgesinden seçilmiş yarı kentsel bir bölge olan Kuşlubahçe ve kentsel bir bölge olan Mimarsinan'da yapıldı. Manisa ilinde 2008 yılında aile hekimliği uygulaması başlamış olup Mimarsinan bölgesi ilk kurulan aile hekimliği merkezlerinden biridir. Bu Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) sekiz aile hekimi görev yapmaktadır. Bölge kentsel özelliklerini taşımaktadır ve araştırmaya katılan aile hekimi biriminin (AHB) kaba doğum hızı binde 10.3, genel doğurganlık hızı binde 40.9'dur. Yarı kentsel bölge özelliklerini taşıyan Kuşlubahçe, Manisa merkeze yakın olmakla birlikte, göç alan bir bölgedir. Bu bölgede ASM Nisan 2012'de açılmıştır. Bölgede tek aile hekimi görev yapmaktadır. Bölgenin kaba doğum hızı binde 26.8, genel doğurganlık hızı ise binde 97.5'dir.

Araştırmamızın evreni Manisa Şehzadeler Eğitim Araştırma TSM'ye bağlı yarı-kentsel bir bölge olan Kuşlubahçe'den Kuşlubahçe mahallesi ve kentsel bir bölge olan Mimarsinan Bölgesi'nden İbrahim Çelebi, Akıncılar, Mimarsinan mahalleleri olmak üzere 4 mahallede 40 yaş üstü 3393 kadını kapsamaktaydı. Kuşlubahçe'de 40 yaş üstü 1832 kadın, Mimarsinan bölgesinde ise 1561 kadın evreni oluşturmaktadır.

Araştırma örneği

Örnek büyüklüğünü literature taraması sonucunda KKMM prevalansı %15 olarak kabul edilerek, %5 sapma %95 güven düzeyi ve 1.5 desen etkisi (16) ile 278 olarak hesaplandı. Araştırmada küme örnek seçim yöntemi kullanarak, küme büyüklüğü 10 hane olarak kabul edilerek en az 30 kümeye (300 haneye) ulaşmak hedeflendi. Örnek büyüklüğü orantısal

olarak bölünerek Kuşlubahçe'de 16, Mimarşinan'da 14 küme başı belirlendi. Rasgele seçilen 30 küme başı haneden sağ yönde 3 hane atlayarak kümeler tamamlandı. Her haneden 40 yaş üstü yalnızca bir kadın ile görüşüldü. Hanede birden fazla kadın bulunması durumunda doğum günü verinin toplantığı tarihe en yakın olan kadın örneğe seçildi. Örneğe çıkan 294 kadın çalışmaya katıldı. Mimarşinan bölgesinde küme tamamlanarak 140 kadına ulaşıldı, fakat Kuşlubahçede altı kadın çalışmaya katılmayı reddettiği için 154 kadına ulaşıldı. Sonuçta ulaşılan örnek büyüklüğü hesaplanmış olan en küçük örnek büyüklüğünü (278 kadın) geçmesi nedeniyle örneğe yedek kadın seçilmedi.

Veri toplama

Araştırma grubumuzdaki kadınlara araştırmamızın amacı ve kapsamı anlatıldıktan ve sözlü onam alındıktan sonra yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak anket uygulandı. Anket formu,

1. Sosyodemografik özellikler ve risk faktörleri (18 soru).
 2. Meme Kanseri Bilgi düzeyi indeksi (25 soru).
 3. Meme Kanseri Tutum indeksi (18 soru)
 4. KKMM davranış soruları (6 soru).
 5. Mamografi davranış soruları (5 Soru).
- ile ilgili olan toplam 64 sorudan oluşmaktaydı.

Araştırmanın değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Araştırmamızın bağımlı değişkenleri 40 yaş üstü kadınların meme kanseri hakkındaki bilgi düzeyi, tutumları ve davranışlarını yansıtan indeksler ve yaşam boyu, son bir yılda ve son beş yılda mamografi uygulamalarıyla ilgili kategorik değişkenlerdir. Bu çalışmada ayrıntılı istatistik çözümlenmelere yer verilmemiş, bağımlı değişken olarak yalnızca "bölge" değişkeni kullanılmıştır.

İndekslerin Puanlaması: *Bilgi indeksi* 25 sorudan oluşmaktadır. Bu soruların olası puan aralığı 0.0-19.0 arasındadır. Her bir soruya doğru cevap verenlere bir puan, yanlış cevap verenlere ve bilmiyorum diyenlere sıfır puan verilmiştir. Sonuç olarak indeks puanı soru puanları toplanarak oluşturulmuştur. *Bilgi indeksi* sorularında meme kanseri sıklığını etkileyen nedenler; Yaşlanma, hiç doğum yapmama, ilk doğum yaşının 30'un üzerinde olması, menapoz yaşının 50'nin üzerinde

olması, menarş yaşının 11'in altında olması, emzirme süresi, aile öyküsünün olması, obezite, sigara kullanımı, radyasyon, hormon tedavisi soruldu. Meme kanseri belirtilerini bilip bilmemesine göre; bu belirtilerinden hangilerini bildiği: Memede kitle, meme başında kanlı akıntı, koltuk altında LAP, meme başında çekilme, iki meme arasında büyüklük farkı belirtileri soruldu. Erken teşhis yöntemlerini bilip bilmediği, hangi yöntemleri bildiği (KKMM, KMM, Mamografi) soruldu. Erken teşhis yöntemlerinin önemli olup olmadığı, eğer önemliyse hangilerinin önemli olduğu soruldu.

Tutum indeksi 18 sorudan oluşmaktadır. Sorularda meme kanseri Champion Sağlık İnanç Modeli skalasındaki bazı sorular Türkçeye çevrilerek uyarlandı (17). Bu soruların olası puan aralığı 1.0-18.0 dır. Tutum indeksinde meme kanserine yakalanma kaygısı, sağlıklı olmayı sürdürme, meme kanserinden korkma, KKMM ile ilgili olarak; Düzenli KKMM ile meme kanseri ihtimalinin azalması, KKMM için zaman olmaması, KKMM'yi yararlı bulmama, KKMM'yi unutmama, KKMM ile kitleyi bulabilme ve mamografi ile ilgili olarak; Mamografi ile kendini sağlıklı hissetme, kanser endişesi duymama, kitleyi erken bulmaya yardımcı olması, kanserden ölümü azaltması, KKMM'den üstün olması, endişe verici olması, utandırıcı olması, zaman alıcı olması, çok acı veren bir yöntem olması ve son olarak çok pahalı olması sorgulandı. Daha sonra bu sorular üç kategoriye ayrıldı. İlk kategoride kanserlere genel yaklaşım hakkındaki tutum, ikinci kategoride KKMM yöntemi hakkındaki tutum, üçüncü kategoride ise Mamografi hakkındaki tutum idi.

Davranış sorularında kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapıp yapmadığı, eğer yapmıyorsa nedenleri, yapıyorsa ne sıklıkla yaptığı, şüpheli bir durumda karşılıklı karşılaşmadığı, karşılaşırsa ne yaptığı ve karşılaşırsa ne yapacağı sorgulanmış. Mamografi davranışı içinse yaşamı boyunca hiç mamografi çektirip çektirmediği, çektirmediyse nedenleri, çektirdiyse nedenleri, en son ne zaman çektirdiği ve aile hekiminin hiç mamografi çektirme önerisinde bulunup bulunmadığı sorgulanmıştır.

Bağımsız değişkenler: Araştırmamızın bağımsız değişkenleri yaş, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, çocuk sayısı, eşin eğitim durumu, eşin

mesleği, sağlık güvenceleri, gelir düzeyleri, evde kimlerle yaşadıkları, göç durumu, ailede yada yakın çevrede meme kanseri varlığı, kronik hastalık varlığı, menapoz durumu, düzenli egzersiz yapıp yapmadığı ve sigara kullanım öyküsüdür. Kadınların sosyal sınıflaması Boratav Kentsel Sosyal Sınıflamasına göre yapılmıştır. Boratav Kentsel Sosyal Sınıflaması, Korkut Boratav tarafından geliştirilmiş olan ailede en çok gelir getiren eşin işine göre toplumu sosyal sınıflara kategorize eden bir sınıflamadır (18).

İstatistik çözümlenmeler

Veriler SPSS 15.0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Araştırmamızda tanımlayıcı veriler sayı ve yüzdelerle sunulmuştur. Karşılaştırmalarda Student's t testi, ki kare ve fisher'in kesin testi kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Araştırmaya 154 Kuşlubahçe, 140 Mimarşinan olmak üzere toplam 296 kadın katılmıştır. Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Her iki bölgede de en fazla 40-49 yaş arası kadın çalışmamıza katılmıştır. Kadınların yaş ortalaması Kuşlubahçe'de 52.0 ± 7.9 , Mimarşinan'da 52.6 ± 8.7 'dir. Bölgeler arasında yaş ortalamaları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p = 0.994$). Kuşlubahçe'de kadınların %57.1'i, Mimarşinan bölgesinde ise %60.7'si ilkokul mezunuydu ($p = 0.0001$). Kuşlubahçe bölgesindeki kadınların %85.7'si evli ya da birlikte yaşamaktayken, Mimarşinan'da bu oran %78.6 idi. Kadınların mesleğini Kuşlubahçe ve Mimarşinan'da sırasıyla %96.1 ve %91.4 ile ev kadınları oluşturuyordu. Çocuk sahibi olma oranları Kuşlubahçe ve Mimarşinan bölgesinde

Tablo 1. Kadınların sosyodemografik özellikleri

		Kuşlubahçe n=154-N (%)	Mimarşinan n=14 -N (%)	p
Yaş	40-49 yaş	66 (42.9)	60 (42.9)	0.994**
	50-59	54 (35.1)	49 (35.0)	
	60 yaş üstü	34 (22.1)	31 (22.1)	
	Ortalama (min: 40, maks: 80)	52.0±7.9	52.6±8.7	
Eğitim durumu	Diplomasız	35(22.7)	8(5.7)	0.0001**
	İlkokul	88(57.1)	85(60.7)	
	Ortaokul ve üstü	31(20.1)	47(33.6)	
Medeni durum	Evli ve birlikte yaşıyor	132 (85.7)	110 (78.6)	0.19**
	Bekar	3 (1.9)	7 (5.0)	
	Eşinden ayrılmış ve eşi ölmüş	19(12.3)	23(16.4)	
Meslek	Ev hanımı	148 (96.1)	128 (91.4)	0.142***
	Çalışıyor	6 (3.9)	12 (8.6)	
Çocuk sayısı	Yok	6 (3.9)	17 (12.1)	0,009***
	Var	148 (96.1)	123 (87.9)	
Eşin eğitim durumu	Diplomasız	12 (7.8)	4 (2.9)	0.169***
	İlkokul	80 (51.9)	79 (56.4)	
	Ortaokul ve üstü	62 (40.3)	57 (40.7)	
Eşin mesleği	Üst sosyal sınıf	24 (15.6)	25 (17.9)	0.602**
	Alt sosyal sınıf	130 (84.4)	115 (82.1)	
Sağlık güvencesi	Yok	9 (5.8)	5 (3.6)	0.420***
	SGK	145 (94.2)	135 (96.4)	
Gelir düzeyi	Gelir giderden fazla	7 (4.5)	13 (9.3)	0.160**
	Gelir gidere eşit	81 (52.6)	90 (64.3)	
	Gelir giderden az	66 (42.9)	37(26.4)	
Evde kimlerle yaşıyor	Geniş aile	18 (11,7)	9 (6,4)	0.160**
	Çekirdek	130 (84,4)	121 (86,4)	
	Parçalanmış	6 (3,9)	10 (7,1)	
Göç durumu	Hayır	113 (73.4)	124 (88.6)	0.001**
	Evet	41 (26.6)	16 (11.4)	

* Student's t test , **Ki kare,***Fisher'in kesin testi $p < 0.05$

Tablo 2. Kadınların sağlığa ilişkin özellikleri

		Kuşlubahçe n=154 N (%)	Mimarsinan n=140 N (%)	p
Kronik hastalık varlığı	Evet	68 (44.2)	57 (40.7)	0.551**
	Hayır	86 (55.8)	83 (59.3)	
Yakın akraba ya da komşularda meme kanseri varlığı	Evet	91 (59.1)	51 (36.4)	0.0001**
	Hayır	64 (41.9)	89 (63.5)	
Menopoz durumu	Evet	93 (60.4)	88 (62.9)	0.732**
	Hayır	66 (39.6)	52 (37.1)	
Düzenli egzersiz sıklığı	Hergün	25 (16.2)	23 (16.4)	0.359**
	Arasıra	49 (31.9)	55 (39.3)	
	Hiç	80 (51.9)	62 (44.3)	
BKİ	Ortalama (Ort±SD)	29.2±4.8	28.0±3.7	0.015*
Sigara öyküsü	Hayır	112 (72.7)	95 (67.9)	0.041**
	Evet	42 (27.3)	45 (32.1)	

* Student's t test , **Kikare, ***Fisher's kikare p<0.05

sırasıyla %96.1 ve %87.9'dur (p=0.009). Eş eğitiminde Kuşlubahçe ve Mimarsinan'da sırasıyla %51.9 ve %56.4 oranlarıyla ilköğretim mezunları oluşturmaktaydı. Eşin yaptığı iş temelinde geliştirilmiş olan Boratav Sınıflamasına göre Kuşlubahçe bölgesinde örneğe çıkan hanelerin %84.4'ü; Mimarsinan bölgesinde ise %82.1'i alt sosyal sınıfta yer almaktaydı (18). Kuşlubahçe'de %94.2'si SGK'lı Mimarsinan'da bu oran %96.4'dü. Gelir düzeyine bakıldığında Kuşlubahçe'de %52.6'sının geliri giderine eşitken, bu oran Mimarsinan bölgesinde %64.3'dür. Mimarsinan bölgesinde gelir algısı anlamlı derecede yüksektir (p=0.007). Kuşlubahçe'deki ailelerin %84.4'ü çekirdek aile yapısında, Mimarsinan'da ise %86.4'ü çekirdek aile yapısındaydı. Kuşlubahçe'deki kadınların %26.6'sı bölgeye göçle gelmişti. Bu oran Mimarsinan bölgesinde % 11.4 'dür (p=0.001).

Tablo 2'de kadınların sağlık durumu ile ilgili özellikler sunulmuştur: Kadınların sağlığa ilişkin durumları sorulduğunda Kuşlubahçe'de kadınların %44.2'sinin en az bir kronik hastalığı varken, Mimarsinan'da bu oran %40.7 idi. Yakın akraba ya da komşularda meme kanseri varlığı Kuşlubahçe'de %59.1 Mimarsinan'da ise %36.5'dir. Aralarındaki fark anlamlıdır (p=0.0001). Kuşlubahçe'de %60.4 ve Mimarsinan'da %62.9 ile kadınlar menopoza

girmişlerdir. Kuşlubahçe'deki kadınların yaklaşık olarak yarısı (%51.9) Mimarsinan'da ise %44.3'ü hiç egzersiz yapmamaktaydı. Beden Kütle İndeksi (BKİ) ortalaması Kuşlubahçe'de 29.2±4.8, Mimarsinan da 28.0±3.7 dir. Aralarındaki fark anlamlı (p=0,015) idi. Kuşlubahçe'deki kadınların %46.4'ü, Mimarsinan'daki kadınların ise %53.6'sı kilolu; Kuşlubahçe'deki kadınların %62.1'i obez, Mimarsinan'daki kadınların %47.6'sı obez olmakla birlikte her iki bölgedeki kadınlar arasındaki fark anlamlıdır (p=0.046). Kuşlubahçe'de kadınların %72.7'si Mimarsinan'daki kadınların %67.9'u sigara kullanmamaktadır (p=0.041).

Kuşlubahçe'deki kadınların Meme Kanseri ve Meme Kanserinden Korunma konusunda bilgi puan ortalaması (15.2±3.4), Mimarsinan'daki kadınların bilgi puan ortalamasından (17.0±3.7) anlamlı düzeyde daha düşüktür (p=0.0001). İki bölge arasından bilgi puanı açısından saptanan bu fark, meme kanserine ve erken taramaya karşı tutum açısından gözlenmemektedir.

Kuşlubahçe'deki kadınların tutum puanları ortalaması 10.8±4.0, Mimarsinan'daki kadınların tutum puan ortalaması 11.6±3.8 dir (p=0.087) (Tablo 3). Tutum yaklaşımının sorularını kategorize ettiğimizde, kanserlere genel yaklaşım hakkındaki tutumu Mimarsinan'daki kadınlarda anlamlı

Tablo 3. Kadınların meme kanseri, KKMM ve Mamografi konusundaki bilgi ve tutum indeksi puan ortalamaları

		Kuşlubahçe n=154 N (%)	Mimarsinan n=140 N (%)	p
Kronik hastalık varlığı	Evet	68 (44.2)	57 (40.7)	0.551**
	Hayır	86 (55.8)	83 (59.3)	
Yakın akraba ya da komşularda meme kanseri varlığı	Evet	91 (59.1)	51 (36.4)	0.0001**
	Hayır	64 (41.9)	89 (63.5)	
Menopoz durumu	Evet	93 (60.4)	88 (62.9)	0.732**
	Hayır	66 (39.6)	52 (37.1)	
Düzenli egzersiz sıklığı	Hergün	25 (16.2)	23 (16.4)	0.359**
	Arasıra	49 (31.9)	55 (39.3)	
	Hiç	80 (51.9)	62 (44.3)	
BMI	Ortalama (Ort±SD)	29.2±4.8	28.0±3.7	0.015*
Sigara öyküsü	Hayır	112 (72.7)	95 (67.9)	0.041**
	Evet	42 (27.3)	45 (32.1)	

* Student's t test , **Kikare, ***Fisher's kikare $p < 0.05$

Tablo 4. Tutum kategorize yaklaşım

	Kuşlubahçe (Ort±SD)	Mimarsinan (Ort±SD)	p
Genel kanser tutumu	2.2±0.8	2.5±0.6	0.002*
KKMM tutumu	3.2±1.5	3.3±1.4	0.763*
Mamografi tutumu	5.3±2.6	5.8±2.6	0.130*

*Student's t testi $p < 0.05$

olarak yüksektir ($p=0.002$). Fakat KKMM ve mamografi yöntemi hakkındaki tutumları arasında fark yoktur (Tablo 4).

Davranış değişkenlerinden KKMM yapma durumu sorulduğunda Kuşlubahçe'de kadınların %79.9'u , Mimarsinan'da ise %82.9'u KKMM en az yılda bir kez yaptıklarını söylemiş, fakat bölgeler arasında bu açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.512$) (Tablo 5). KKMM sıklığına göre değerlendirildiğinde de bölgeler arasında fark bulunmamıştır ($p=0.262$): Kuşlubahçe'de her ay KKMM yapanlarının oranı %59.1'dir. Mimarsinan'da ise bu oran %52.9'dur. Üç ayda bir yapanlar Kuşlubahçe'de %15.6, Mimarsinan'da ise %20.7'dir. Altı ayda bir yapanlar Kuşlubahçe'de %3.2, Mimarsinan'da ise %6.4'dür. Yılda bir yapanlar Kuşlubahçe'de %1.9, Mimarsinan'da ise %2.9'dur. KKMM yaparken şüpheli bir durumla karşılaştınız mı sorusuna Kuşlubahçe'de %86.2'i hayır derken, Mimarsinan'da bu soruya %80.3'ü hayır yanıtını

vermiştir. Aralarındaki fark anlamsızdır ($p=0.235$). KKMM yaparken şüpheli bir durumla karşılaşanlar Kuşlubahçe'de en fazla %64 ile devlet hastanesine (ikinci basamak sağlık kurumu) gittiğini söylerken, Mimarsinan'da bu rakam %65.2 olmuştur ($p=0.500$). KKMM yaparken şüpheli bir durumla karşılaşmayanlara, gelecekte şayet karşılaşacak olursanız ne yapardınız sorusu sorulmuş. Kuşlubahçe'deki kadınların %62.1'i, Mimarsinan'daki kadınların %50.4'ü devlet hastanesine giderim şeklinde cevap vermiştir. Aralarındaki fark anlamsızdır ($p=0.318$). Her iki bölgede de aile hekime başvururdum diyenlerin oranı çok düşüktür (Kuşlubahçe %6.3, Mimarsinan %7.5).

Bu çalışmanın en dikkat çekici sonuçları mamografi davranışı sorularında ortaya çıkmıştır. Araştırmaya katılan kadınlar arasında Kuşlubahçe'de kadınların %26.0'ı yaşamında hiç mamografi çektilerimemişken, Mimarsinan'daki kadınların %48.6'sı hiç mamografi çektilerimemiş

Tablo 5. Kadınlarda KKMM yapma davranışı

		Kuşlubahçe N:154	Mimarsinan N:140	p
KKMM yapma durumu	Evet	123 (79.9)	116 (82.9)	0.512**
	Hayır	31 (20.1)	24 (11.1)	
KKMM yapma sıklığı	Her ay	91 (59.1)	79 (52.9)	0.262***
	3 ayda bir	24 (15.6)	29 (20.7)	
	6 ayda bir	5 (3.2)	9 (6.4)	
	Yılda bir	3 (1.9)	4 (2.9)	

Kikare, *Fisher's kikare $p < 0.05$

Tablo 6. Kadınların mamografi taramasına katılma durumları

	Kuşlubahçe N (%)	Mimarsinan N (%)	p
Yaşamı boyunca en az bir kez mamografi çektirme durumu	114 (74.0)	72 (51.4)	0.0001**
Son 1 yıl içinde mamografi çektirenler	68 (44.2)	42 (30.0)	0.012**
Son 5 yıl içinde mamografi çektirenler	111 (72.1)	64 (45.7)	0.0001**
Aile hekimi tarafından mamografi taraması önerilenler	45 (30.6)	33 (24.1)	0.21**
Aile hekimi tarafından mamografi taraması önerilenler arasında son bir yıl içine mamografi uygulanma durumu	35 (77.8)	18 (54.5)	0.03**
Mamografi çektirme nedenleri			
Arkadaş önerisi	8 (7.0)	34(72.4)	0.0001**
Doktor önerisi	91 (80.5)	22 (30.5)	
Yakın akrabalarda kanser varlığı	14 (12.3)	16 (22.2)	

**Kikare, $p \leq 0.05$

($p=0.0001$). Kuşlubahçe'deki kadınların %44.2'si, Mimarsinan'daki kadınların %30.0'u son 1 yıl içinde mamografi çektirmiştir ($p=0.012$). Aynı biçimde Kuşlubahçe'de kadınların %72.1'i Mimarsinan'da %45.7'si son 5 yıl içinde mamografi çektirmiştir. Aralarındaki fark anlamlıdır ($p=0.0001$). Kuşlubahçe'de kadınların %30.6'sına aile hekimi mamografi önerirken, Mimarsinan'daki kadınların %24.1'ine aile hekimi mamografi önermiştir. Aralarındaki fark anlamsızdır ($p=0.21$). Aile hekimi tarafından mamografi taraması önerilenler arasında son bir yıl içine mamografi uygulayanlar Kuşlubahçe'de %77.8, Mimarsinan'da %54.5 bulunmuştur ($p=0.03$). Mamografi çektirdiniz mi sorusuna evet cevabı verenlere çektirme sebepleri sorulmuş. Kuşlubahçe'de %80.5'le en fazla doktor önerisi ile çektirilmiş, Mimarsinan'da doktor önerisi ile çektirme yüzdesi %30.5 olmuştur. Arkadaş önerisi ile mamografi çektirme açısından da bölgeler arasında önemli farklılıklar saptanmıştır. Bu oran Kuşlubahçe'de %7.0 iken, Mimarsinan'da ise %72.4'dür ($p=0.0001$). Mamografi çektirdiniz mi sorusuna hayır yanıtı

verenlere çektirmeme sebepleri sorulmuş. Kuşlubahçe'deki kadınlar en fazla %36.6 ile nerede çektileceğini bilmediklerini söylerken, Mimarsinan bölgesinde yaşayanların en fazla %26.9'u meme kanseri olacağını düşünmediği cevabını vermişlerdir ($p=0.0001$).

Tartışma

Kanserden korunmada kadınların kanser konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi çok önemlidir. Erken tanıda amaç kanserden ölümleri azaltmak, tedavi şansını artırmak, sağkalım süresini uzatmaktır (19-21). Halk Sağlığı araştırmalarında bilgi, tutum, davranış araştırmaları, hizmetin planlanması açısından önemli bir yer tutar. Bilgi düzeyinin, tutumu ve davranışı, tutumun ise davranışı belirlediği bilinir. Çalışmamızda yarıkentsel bir bölge olan Kuşlubahçe ve kentsel bir bölge olan Mimarsinan'da eğitim durumu, gelir düzeyi, çocuk sayısı ve göç durumu karşılaştırıldığında, Kuşlubahçe bölgesinde bu değişkenler anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Ayrıca Mimarsinan'daki kadınların meme kanseri ve

erken tanısı ile ilgili bilgi düzeyi Kuşlubahçe'deki kadınlara göre anlamlı derecede daha iyidir. Bu bulgu kaynakçayla uyumludur: eğitim durumunun meme kanseri erken tarama ve teşhis yöntemleri bilgi, tutum ve davranışını artırdığını gösteren çalışmalar literatürde bulunmaktadır (6).

Yakın çevrede meme kanseri varlığı, kadınlarda meme kanseri ve erken tanı yöntemlerine karşı tutumu artırmaktadır (22). Bu çerçevede yakın akraba ya da komşularda meme kanseri varlığı, Kuşlubahçe'de %59.1, Mimarşinan'da %36.4 tür. Yapılan çalışmalarda bu oran %7.8 ile %47.6 arasında değişmektedir (4,5,15,22,23). Öte yandan Kuşlubahçe'de kronik hastalık görülme oranı %44.2 iken Mimarşinan'da %50.7 dir. Açık göz ve arkadaşlarının İzmir Balçova'da yaptığı çalışmada kronik hastalık varlığı %53.9 bulunmuştur (23). Yakın akraba ya da komşularda meme kanseri varlığı ve kronik hastalık varlığının kadınların meme kanseri ve erken tanı yöntemlerine yönelik bilgi ve tutumlarını artırması beklenmekte buna bağlı davranışlarının da olumlu olması gerekmektedir. Fakat her iki bölgenin tutum puanları arasında anlamlı bir fark yoktur. Meme kanseri ve erken tanı yöntemlerine karşı davranış durumuna bakıldığında, KKMM yapma sıklığı her iki bölgede de yüksek düzeylerde bulunmuştur. Aralarında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Her ay KKMM yapma iki bölgede de yüzde ellinin üzerinde bulunmuş. Türkiye'nin değişik bölgelerinde yapılan çalışmalarda bu oran %4.3-%42.0 arasında değişmektedir (4-12). Çalışmamızda Kuşlubahçe'de KKMM'yi ayda bir yapma %59.1, Mimarşinan'da %52,9 bulunmuştur. KKMM yapma oranlarının geniş bir aralığa dağıldığı görülmekle birlikte çalışmamızda oldukça yüksek bulunmuş. Anketimizde KKMM'yi doğru zamanda ve doğru biçimde yapma ayrıntılı sorgulanmamıştır.

Araştırmamıza katılan kadınların Kuşlubahçe'de %37.6'sı Mimarşinan'da %62.4'ü hiç mamografi yaptırmamıştır. Dünder ve arkadaşlarının Manisa ilinde kırsal alanda yaşayanlarda yaptığı araştırmada bu rakam %89.4 olarak bulunmuştur (4). Açık göz ve arkadaşlarının kentsel bir bölge olan İzmir Balçova'da yaptıkları çalışmada ise hiç mamografi çekilmeme oranı %44.1 olarak bulunmuştur (23).

Kuşlubahçe'de mamografi çekirme nedenleri arasında ilk sırayı %80.5 doktor önerisi alırken ikinci sırada %46.7 ile yakın akrabada kanser varlığı gelmektedir. Mimarşinan 'da ise mamografi çekirme nedenleri arasında %81.0 ile arkadaş önerisi ilk sırada iken %53.3 ile yakın akrabada kanser varlığı ikinci sıradadır. İki bölge arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş olan Ulusal kanser tarama programı önerilerine göre meme kanseri tarama protokolü 40-69 yaş arası kadınlarda iki yılda bir mamografi çekilmesi şeklinde uygulanmaktadır (3). Çalışmamızda son 1 yılda mamografi çekirme sıklığı Kuşlubahçe de %44.2 Mimarşinan da %30.0 bulunmuş. Ege bölgesinde Dişciğil ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada son bir yada iki yılda bir mamografi çekirme sıklığı %48.9 bulunmuş (22). Açık göz ve arkadaşlarının Balçova bölgesinde yaptığı çalışmada bu rakam %44.0 bulunmuş olup Kuşlubahçe ile benzer görünmektedir (23). Son 5 yılda mamografi çekirme sıklığı Kuşlubahçe de %72.1 Mimarşinan da %45.7 bulunmuş olup iki bölge arasında anlamlı bir fark vardır. Kadınların genel eğitim düzeyi ile yaşanan bölgenin koşulları ve sağlık güvencenin olması, sağlık kuruluşları hizmetlerinden yararlanmayı etkilemektedir (23). Fakat bu iki bölge arasında bu özellikler açısından kadınların eğitim düzeyi dışında anlamlı bir fark yoktur. Kuşlubahçe bölgesindeki kadınların eğitim durumu Mimarşinan'a göre daha düşüktür. Kuşlubahçe'nin meme kanseri bilgi ve tutum puanlarının Mimarşinan'a göre düşük olmasının nedeni bu olabilir.

Davranış puanlarının bir yarı kentsel bölge olan Kuşlubahçe lehine anlamlı düzeyde daha yüksek çıkması ise açıklanması gereken bir noktadır. Beklenen sosyoekonomik ilişkilerin bu durumu açıklayamadığını düşünürsek geriye sağlık hizmetlerine ulaşabilirlik ile ilgili diğer faktörler kalmaktadır. Bunların başında ise sağlık personelinin motivasyonu ve varsa bölgeye özel bir programın uygulanması gelir. Bu durum araştırıldığında, araştırmanın yapıldığı tarihten belirli bir süre önce KETEM (Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi) biriminin, söz konusu mamografi faaliyetine yönelik performans uygulaması nedeniyle özellikle kadınlara ulaşmanın daha kolay olduğunu düşündükleri Kuşlubahçe bölgesinde bir aktif tarama programı

yürüttükleri bilgisine ulaşılmıştır. Kuşlubahçe bölgesinin şehir merkezine yakın olması nedeniyle KETEM bu bölgedeki kadınların %66'sına telefon aracılığıyla ulaşmış, ulaşılan kadınların %38.7'si mamografi yaptırmayı kabul etmiş, %2.3'ü başka bir merkezde yaptırmış, %1.0'i tedavisi devam eden meme kanseri hastası ve %0.5'i son 2 yıl içinde mamografi yaptıranlardan oluşmaktaymış. KETEM sorumlu hekiminden kişisel iletişim ile aldığımız veriler ışığında Kuşlubahçe'de son 1 yıl içinde ulaşılan kadınların %41.0'ına mamografi yaptırmaları önerilmiş, bu kadınların kaçının son bir yılda mamografi yaptırdığı bilinmemekle birlikte çalışmamızda son 1 yıl içinde mamografi yaptırmaları sıklığını %44.2 olarak bulunmuştur. Aynı biçimde rutin hizmet sunumu sırasında aile hekiminin mamografi önermesi Kuşlubahçe'de %30.6 iken, Mimarşinan'da %24.1'dir. Fakat kadınlara mamografi yaptırmaları nedenleri sorulduğunda Kuşlubahçe'deki kadınların %80.5'i doktor önerisi ile yaptırdığını söylemiştir. Buradan anlaşılan, mamografi öneren hekimin daha büyük olasılıkla KETEM sorumlu hekimi olduğudur. Amerika'nın Philadelphia eyaletinde 1997 yılında yapılan mamografi uygulamasını artıracak en etkili yöntemleri belirleme çalışmasında kadınların %9'una e-posta ile ulaşılrken, %15'ine doğum günü kartı ile ulaşılmış, en fazla ise %28 ile telefon aracılığıyla ulaşılmıştır (24). Literatürde mamografi uygulamasını artırmaya yönelik uygulamalarda telefon ile kadınlara ulaşım oldukça etkili ve maliyeti düşük bir yöntem olması nedeniyle sıkça kullanılmaktadır (24,25).

Çalışmanın bazı kısıtlılıkları vardır. Bunların başında kentsel bölge örneği olarak alınan bölgenin oldukça dar bir bölge olması ve bu bölgeden elde edilen sonuçların bütün bölgelere genellenebilirliğidir. Nitekim dar bölgelerde az sayıda sağlık personelinin öznel tutumu koruyucu davranışları kolaylıkla değiştirebilir. Diğer taraftan, Ulusal kanser tarama programı önerilerine göre meme kanseri tarama protokolü 40-69 yaş arasındaki kadınları içermekte fakat çalışmamızda 69 yaş üzerinde 4 kadın bulunmakta, bu kadınlar çalıştığımız bölgedeki kadınların %1,4'ünü oluşturmaktadır. Toplumun bütünü temsil etmek istediğimizden bu kadınlar çalışma dışında bırakılmamıştır.

Son olarak araştırmanın hipotezi gereği amacımız, yalnızca iki bölge arasındaki koruyucu davranış

sıklığının karşılaştırılması olduğundan, bu çalışmada çoklu nedensellik analizlerine yer verilmemiştir.

Sonuç

Çalışmamızda her iki bölgede bulunan 40 yaş üstü kadınlarda bilgi, tutum puanı ile davranış puanları arasında bir tutarsızlık bulunmaktadır. Kuşlubahçe bölgesinde KETEM tarafından bölgeye uygulanan tarama müdahalesi programı mamografi yaptırmaları oranlarını kentsel bölge oranının çok üstüne çıkarmıştır. Bu sonuç, topluma dayalı meme kanseri tarama programlarında, telefonla davet ile önemli katılımlar elde edilebileceğini düşündürmektedir. Ancak aile hekimiyle entegre olmayan ve dikey bir yöntemle uygulanan bu aktif davet yönteminin insangücü, zaman ve iletişim maliyetinin maliyet yararı da ayrıca dikkate alınmalıdır.

Bu çalışmada çıkar çatışması bildirilmemiş ve maddi finans desteği alınmamıştır.

Teşekkür

Araştırmanın gerçekleştirildiği tarihlerde Halk Sağlığı stajını yapan ve anket uygulamasında katkıları olan tıp fakültesi dönem 6 öğrencilerine, Kuşlubahçe ve Mimarşinan bölgesinde aile hekimlerine ve KETEM verilerini paylaşan KETEM sorumlu hekimi Dr.Gül Yorgancıgil'e teşekkür ederiz.

İletişim: Dr. Sevil Babuş

E-posta: sevilyurtcu@gmail.com

Kaynaklar

1. Globocan 2012. International Agency for Research on Cancer. <http://globocan.iarc.fr/> Erişim tarihi: 16 Aralık 2014.
2. Türkiye kanser raporu 2009. Gültekin M, Boztaş G. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu/ Türkiye kanser istatistikleri, Ankara, Mayıs 2014.
3. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. <http://thsk.saglik.gov.tr/2013-10-01-11-00-51/halk-sagligina-yonelik-bilgiler/783-kanser-t%C3%BCrleri-meme-kanseri.html> Erişim tarihi: 15 Aralık 2014.
4. Dünder PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer 2006; 6: 43.
5. Seçginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of

- Turkish women: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 43:161-171.
6. Biçen Yılmaz H, Aksüyek H. Bursa İlinde Meme Kanserinin Erken Tanısında Farkındalığın Önemi Alan Çalışması. *J Breast Health* 2012; 8:76-80.
 7. Gürdal S, Saraçoğlu GV, Oran EŞ, Yankol Y, Soybir GR. The effects of educational level on breast cancer awareness: a cross-sectional study in Turkey. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2012; 12:295-300.
 8. Karadağ G, Güngörmüş Z, Surucu R, Savaş E, Biçer F. Awareness and Practices Regarding Breast and Cervical Cancer among Turkish Women in Gaziantep. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15 (3), 1093-1098.
 9. Yılmazel G. Determining practicing of breast self-examination and breast cancer risk factors in women aged twenty years and over living in rural area of Çorum. *J Breast Health* 2013; 9:82-87.
 10. Ozmen V, Ozaydin AN, Cabioglu N, Gulluoglu NB. Survey on a Mammographic Screening Program in Istanbul. *The Breast Journal*, March 2011:1-8.
 11. Açıkgöz A. Risk assessment for breast and cervical cancer and the use of screening services İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
 12. Güçlü S, Tabak RS. Impact of health education on improving women's knowledge and awareness of breast cancer and breast self-examination. *J Breast Health* 2013; 9:18-22.
 13. Şen S, Başar F. Breast cancer and breast self-examination and knowledge of women who live in Kütahya region. *J Breast Health* 2012; 8:185-190.
 14. Uncu F, Bilgin N. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Ebe ve Hemşirelerin Meme Kanseri Erken Tanı Uygulamaları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışları. *J Breast Health* 2011; 7(3):167-75.
 15. Meme kanseri taramaları değerlendirme raporları içinde Türkiye'de Meme Kanseri Epidemiyolojisi ve Meme Kanseri Taramalarında Son Durum. Türk Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Daire Başkanlığı. Ankara, 30 Ekim 2012; Sayfa: 64-68.
 16. DC Minassian. Sample size calculation for eye surveys: a simple method. *Comm Eye Health* Vol. 10 No. 23 1997; s: 42-44.
 17. Yılmaz M, Sayin YY. Turkish translation and adaptation of Champion's Health Belief Model Scales for breast cancer mammography screening. *J Clin Nurs* 2014 ;23(13-14):1978-89.
 18. Boratav K. İstanbul ve Anadolu'dan Sınıf Profilleri. İstanbul: Türkiye Ekonomik ve Toplumsal Tarih Vakfı Yayını; 1995.
 19. Cancer. World Health Organization(WHO) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html> web ulaşım: Aralık 2014.
 20. World Cancer Report 2014. Ed: Stewart BW, Wild CW. World Health organization/ International Agency for Research on Cancer 2014.
 21. Benson JR, Jatoui İ, Keisch M, Esteva FJ, Makris A, Jordan VC. Early breast cancer. *Lancet* 2009; 373:1463-1479.
 22. Dışcıgil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Meme Sağlığı: Ege Bölgesinde Yaşayan Bir Grup Kadının Bilgi, Davranış ve Uygulamaları. *Marmara Medical Journal* 2007; 20:29-36.
 23. Açıkgöz A. Meme ve Serviks Kanseri Risk Düzeyleri ve Erken tanı Hizmetleri Kullanımı İlişkisi. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
 24. Davis NA, Koplan JP. Evaluation of three methods for improving mammography rates in a managed care plan. *Am J Prev Med.* 1997 July-Aug;13 (4):298-302.
 25. DeFrank JT, Rimer BK, Gierisch JM, Bowling JM, Farrell D, Skinner CS. Impact of mailed and automated telephone reminders on receipt of repeat mammograms: a randomized controlled trial. *Am J Prev Med.* 2009 Jun;36(6):459-67.

Hemşirelerin İşyeri Zorbalığına Maruz Kalma Durumları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of the Quality of Life and the Exposure to Workplace Bullying among the Nurses



Hem. Nurgül Güngör Tavşanlı¹, Hem. Sevgi Nehir Türkmen², Hem. Begüm Es³

Geliş/Received : 06.06.2017
Kabul/Accepted : 17.10.2017

Öz

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin işyeri zorbalığına maruz kalma durumları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemektir. Tanımlayıcı tipte olan bu araştırmanın evrenini 109 hemşire oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında sosyo-demografik soruların olduğu anket formu, Aydın ve Öcel tarafından geliştirilen İşyeri Zorbalığı Ölçeği ve SF-36 kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS paket programı kullanılarak frekans, yüzde, ortalama, standart sapma ve korelasyona bakılmıştır. Hemşirelerin yaş ortalamaları 37.7 ± 9.07 'dir. %94,5 bayan olup %50,5'i lisans mezunudur. Görev yıl ortalamaları ise $17,02 \pm 10,4$ olarak bulunmuştur. Hemşirelerin SF 36 yaşam kalitesi puan ortalamaları; Fiziksel Fonksiyon 89.77 ± 15.20 , Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılıkları 38.3 ± 44.94 , Ağrı 52.21 ± 21.54 , Sağlığın Genel Algılanması 44.40 ± 6.36 , Vitalite / Enerji 61.74 ± 14.27 , Sosyal Fonksiyon 43.34 ± 13.45 , Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları 31.19 ± 39.35 , Mental Sağlık 68.91 ± 12.86 'dır. Hemşirelerin iş yeri zorbalığı toplam puanı 34.78 ± 5.5 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin iş yeri zorbalığı toplam puan ortalaması orta düzeyden biraz yüksek bulunmuştur. Hemşirelerin işyeri zorbalığı toplam puanı ile yaşam kalitesi ölçek alt gruplarından fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları, vitalite / enerji, ağrı, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları arasında istatistiksel olarak ters yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Hemşirelerin işyeri zorbalığı puanları arttıkça yaşam kalitesi alt alanlarından fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları, vitalite / enerji, ağrı, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları puanlarının düştüğü saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: İşyeri zorbalığı, Yaşam kalitesi, Hemşire

Abstract

The purpose of this research is to examine the relationship between nurses' exposure to workplace bullying and their quality of life. The universe of this descriptive research was composed of 109 nurses. A questionnaire asking for socio-demographic information, Workplace Bullying Scale developed by Aydın and Öcel and SF-36 were used to collect data. Frequency, percentage, mean, standard deviation and correlation were computed for data analysis using SPSS software. The mean age of the nurses was 37.7 ± 9.07 . Of them, 94.5% were female and 50.5% had bachelor's degrees. The average length of service was found to be 17.02 ± 10.4 years. SF 36 quality of life average scores of the nurses were 89.77 ± 15.20 , 38.3 ± 44.94 , 52.21 ± 21.54 , 44.40 ± 6.36 , 61.74 ± 14.27 , 43.34 ± 13.45 , 31.19 ± 39.35 and 68.91 ± 12.86 for Physical Functioning, Role Limitations due to Physical Problems, Bodily Pain, General Health Perceptions, Vitality, Social Functioning, Role Limitations due to Emotional Problems and Mental Health subscales, respectively. The total score among the nurses for workplace bullying was found to be 34.78 ± 5.5 . The total average score of the nurses for workplace bullying was slightly higher than the middle level. There was a statistically significant negative correlation between nurses' total scores for workplace bullying and Physical Functioning, Role Limitations due to Physical Problems, Vitality, Bodily pain and Role Limitations due to Emotional Problems subscales of quality of life scale ($p < 0.05$). It was observed that as the workplace bullying scores among the nurses increased, the scores for Physical Functioning, Role Limitations due to Physical Problems, Vitality, Bodily pain, Role Limitations due to Emotional Problems subscales decreased.

Key words: Workplace bullying, Quality of life, Nurse

¹ Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Manisa
² Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Manisa
³ Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik AD. Manisa

Giriş

Zorbalık, güçlü bir bireyin ya da grubun daha az güçlü başka bir bireye ya da gruba zarar verme amacıyla psikolojik ya da fiziksel yönden yineleyici bir biçimde baskı uyguladığı ve mağdurun kendisini koruyamayacak durumda olduğu bir saldırganlık türü olarak tanımlanır (1,2). İşyeri zorbalığı Leymann'a (1996) göre kendini savunamayacak durumda olan bir bireyin, işyerindeki bir kişi ya da grubun sistematik bir biçimde düşmanca ve etik olmayan davranışlarına hedef olmasıdır (3). Einarsen, Hoel, Zapf ve Cooper'a (2003) göre "birini sosyal olarak dışlama, taciz etme, incitme ya da işini yapmasını olumsuz yönde etkileme" durumudur (4). İş yeri zorbalığı, çalışanların üstleri, meslektaşları ve bazen nadiren de olsa astları tarafından sistematik bir biçimde küçük düşürülmesi, sosyal olarak izole edilmesi, performansının haksız yere eleştirilmesi ve becerilerinin altında iş verilmesi gibi olumsuz davranışlara maruz kalma durumudur. İş yerinde zorbalığı diğer olumsuz davranışlardan ayırabilmek için vurgulanması gereken nokta, bu tür olumsuz davranışların sistematik bir biçimde sürekliliği ve terarlanırlığıdır (1,2).

Zorbalık kavramı "mobbing" kavramı ile çok sık karıştırılmakla birlikte, zorbalık kavramının mobbing kavramından çok daha kapsamlı ve derin olduğu kabul edilmektedir (5,6,7). Zorbalık daha çok fiziksel saldırı ve tehdidi çağrıştırmaktadır. Oysaki mobbing davranışında fiziksel saldırıya nadiren rastlanmaktadır. Zorbalık kavramı çalışanı işyerinde "yıldırma"yı kapsayan her türlü psikolojik saldırı anlamında kullanılmaktadırlar (7,8,9,10,11).

Hemşireler iş yerinde şiddet içeren ve diğer saldırganlık biçimlerine karşı özellikle savunmasızdır (Park 2015). Son yıllarda hemşirelerin işyerinde yaşadığı psikolojik baskı ve yıldırma davranışlarına yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır (1,12,13,14,15). Şiddet mağduru olan hemşireler konusunda yapılan araştırmaların çoğu, hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre zorbalık yaşama riskinin daha fazla olduğuna işaret etmektedir (2,14,16,17). Hemşirelerin hasta ve hasta yakınları ile daha yakın ilişki içerisinde olması, meslek üyelerinin çoğunun kadın olması¹⁵, farklı eğitim seviyeleri nedeniyle meslek içi homojenite olmaması ve hekim istemlerine dayalı bağımlı fonksiyonları nedeniyle zorbalık

davranışı ile karşılaşma eğilimi yüksektir (12,14). Hemşirelerin iş yükünün fazla, çalışma koşullarının ağır ve maaşlarının yetersiz olması gibi nedenler, zorbalık davranışıyla karşılaşma durumunu etkileyebilmektedir (12,18,19). Ayrıca, farklı eğitim düzeylerine (lise, önlisans, lisans, lisansüstü) sahip bir mesleğe üye olma, işe yeni başlama, klinik hemşire pozisyonunda çalışma, genç yaşta (<30) ve yenilikçi olma, düşük özgüven ve benlik saygısı, pasif kişilik¹ ve iş yerinde yıldırma davranışlarından korunmaya yönelik bir eğitim almama hemşirelikte zorbalık davranışlarına zemin hazırlayan önemli faktörler olarak sıralanabilir. Meslekte deneyimsizlik, hemşirelerin zorbalık ile karşılaşma riskini artıran önemli bir faktör olarak gösterilmektedir (14,16,18,20).

Yaşam kalitesi ise bireyin fiziksel işlevlerini, ruhsal durumunu, aile içindeki ve dışındaki toplumsal ilişkilerini, çevreden etkilenmişlik düzeylerini kapsar ve bu durumun bireyin işlevselliğini ne derece etkilediğini gösterir (21). Zorbalık, hemşirelerin iş doyumunu, huzurunu, yaşam kalitesini ve mesleki performansını önemli ölçüde etkilemesinin yanı sıra; hasta bakımını ciddi biçimde tehlikeye atmaktadır. Dünya'da olduğu gibi, ülkemizde de sağlık profesyonellerinin öncelikli amacı sağlık bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini artırmaktır. Ancak, iş yerinde zorbalık davranışlarına maruz kalan bir hemşirenin mesleğinin gereğini yerine getirmesi, işini severek ve inanarak yapması, mesleğe aidiyet hissetmesi ve mutlu çalışması oldukça güç olacaktır.

Bu araştırmanın amacı, hemşirelerin işyeri zorbalığına maruz kalma durumları ve yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı tiptedir. Araştırma TC Sağlık Bakanlığı, İzmir Kuzey Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliğine bağlı Menemen Devlet Hastanesinde Ağustos – Ekim 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini araştırmanın yürütüldüğü tarihler arasında hastanede çalışan 112 hemşire oluşturmaktadır. Araştırmada örnekleme yöntemine gidilmemiştir. Yasal izinler ilgili kurumdan alındıktan sonra hastanede çalışan, araştırma hakkında bilgi verilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden, bilgilendirilmiş onamları alınan 109 hemşire ile araştırma yürütülmüştür.

Veri toplama araçları olarak sosyo-demografik bilgileri almak amacıyla literatür doğrultusunda hazırlanan 9 soruluk "Kişisel bilgi formu", Aydın ve Öcel tarafından geliştirilen 22 sorudan oluşan likert tipi "İşyeri Zorbalığı Ölçeği", 11 sorudan oluşan "SF-36 Yaşam Kalitesi Anketi" kullanılmıştır (22).

Kişisel Bilgi Formu: Bilgi formu 12 sorudan oluşmaktadır. Bu bilgi formunda, bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, görev yılı, bu kurumda çalışma süresi, toplumda açıkça fikrini beyan etme, güven yokluğu olduğunu düşünme, farklı inançlar nedeniyle psikolojik şiddette maruz kalma gibi sorulardan oluşmaktadır.

İşyeri Zorbalığı Ölçeği: Einarsen ve Raknes (1997) tarafından başlangıçta 22 madde ve kişisel aşağılama (personal derogation) ve işle ilgili taciz (work-related harassment) olarak adlandırılan iki boyuttan oluşan bir ölçme aracı olarak geliştirilmiştir (23). Katılımcılar ölçeği son altı ay (Mikkelsen ve Einarsen, 2001) ya da bir yıl (Salin, 2001) içinde maddelerde söz edilen davranışlara ne sıklıkta maruz kaldıklarını dikkate alarak 5 basamaklı ölçekler üzerinde kendilerine uygun olan seçeneği işaretleyerek doldurmaktadırlar (1=hiçbir zaman, 2=ara sıra, 3=her ay, 4=her hafta, 5=her gün). Ölçek maddelerinde "hakkınızda dedikodu yapılması", "üstesinden gelebileceğinizden fazla iş yüklenmesi" gibi zorbalık olarak nitelendirilebilecek durumlar betimlenmektedir (10,24). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması, Aydın ve Öcel (2009) tarafından yapılmıştır (22). Ölçeğin tek faktörlü bir yapısının olduğu saptanmıştır ve Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .88'dir.

SF-36 "Yaşam Kalitesi Anketi": Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Rand Corporation tarafından geliştirilmiş ve kullanıma sokulmuştur. Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Jenerik ölçüt özelliğine sahip bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşmaktadır; fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, fiziksel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları, mental sağlık, enerji, ağrı ve sağlığın genel algılanması. Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100

arasında değerlendirir ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu gösterir. Bedensel hastalığı olanlarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir.

Verilerin analizinde SPSS 15.00 for Windows programı kullanılmıştır. Verilen değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, korelasyon, Mann Whitney U ve t testi kullanılmıştır.

Bulgular

Hemşirelerin yaş ortalamaları 37.7 ± 9.07 'dir, %94.5 kadın, %50.5'i lisans mezunudur. Görev yıl ortalamaları ise 17.02 ± 10.4 olarak bulunmuştur.

Hemşirelerin yaşları ile iş yeri zorbalığı puanları arasında ters yönlü anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($t = -3.520$ $p = 0.001$). Hemşirelerin çoğunluğunu kadın cinsiyeti oluşturmaktadır ve işyeri zorbalığı puanları ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 2.709$ $p = 0.008$). Hemşirelerin %47.7 'si lise ve ön lisans mezunudur, hemşirelerin eğitim düzeyleri azaldıkça işyeri zorbalığı puanları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($t = 3.250$ $p = 0.002$). Hemşirelerin görev yılı ile iş yeri zorbalığı puanları arasında ters yönlü anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($t = -3.210$ $p = 0.002$). Yine hemşirelerin şuan çalıştığı hastanedeki çalışma yılı ile iş yeri zorbalığı puanları arasında ters yönlü anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($t = -2.348$ $p = 0.021$). Hemşirelerin farklı inançları nedeniyle psikolojik şiddette maruz kalma durumları ile işyeri zorbalığı puanları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 3.139$ $p = 0.02$).

Hemşirelerin SF 36 yaşam kalitesi puan ortalamaları; Fiziksel Fonksiyon 89.77 ± 15.20 , Fiziksel Fonksiyona Bağlı Rol Kısıtlılıkları 38.3 ± 44.94 , Ağrı 52.21 ± 21.54 , Sağlığın Genel Algılanması 44.40 ± 6.36 , Vitalite / Enerji 61.74 ± 14.27 , Sosyal Fonksiyon 43.34 ± 13.45 , Emosyonel Sorunlara Bağlı Rol Kısıtlılıkları 31.19 ± 9.35 , Mental Sağlık 68.91 ± 12.86 'dır. Hemşirelerin iş yeri zorbalığı toplam puanı 34.78 ± 5.5 olarak bulunmuştur. Hemşirelerin iş yeri zorbalığı toplam puan ortalaması orta düzeyden biraz yüksek bulunmuştur.

Hemşirelerin işyeri zorbalığı toplam puanı ile yaşam kalitesi ölçek alt gruplarından fiziksel

Tablo 1. Hemşirelerin sosyo-demografik özellikleri ile işyeri zorbalığı ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki

Özellikler	n	%	t/x ²	p
Yaş (Ort= 37,7± 9,07)				
37 yaş ve altı	61	55.9	-3.520**	0.001
38 yaş ve üzeri	48	44.1		
Cinsiyet				
Kadın	103	94.5	2.709*	0.008
Erkek	6	5,5		
Eğitim Durumu				
Lise ve Ön lisans	52	47.7	3.250**	0.002
Lisans ve Yüksek Lisans	57	52.3		
Medeni Durum				
Evli	85	78.0	0.247*	0.806
Bekar	24	22.0		
Görev Yılı (Ort= 17,02± 10,4)				
15 yıl ve altı	57	52.3	-3.210**	0.002
16 yıl ve üzeri	52	47.7		
Bulunduğu Hastanede Çalışma Yılı (Ort=9,7± 8,12)				
9 yıl ve altı	65	59.6	-2.348**	0.021
10 yıl ve üzeri	44	40.4		
Toplumda Fikrini Açıkça Beyan Etme				
Evet	96	88.1	0.093*	0.926
Hayır	13	11.9		
Güven Yokluğu Olduğunu Düşünme				
Evet	24	22.0	-0.247*	0.806
Hayır	85	78.0		
Farklı İnançlar Nedeniyle Psikolojik Şiddete Maruz Kalma				
Evet	2	1.8	3.139*	0.002*
Hayır	107	98.2		
Toplam	109	100.0		

*Mann Whitney U testi ** t testi

Tablo 2. Hemşirelerin yaşam kalitesi ölçeği ve işyeri zorbalığı ölçeği puan ortalamaları

Ölçek Alt Alan Puanları	n	Ort±ss	Min	Max
Fiziksel Fonksiyon	109	89.77±15.20	23	54
Rol Güçlülüğü (Fiziksel)	109	38.30±44.94	0	100
Ağrı	109	52.21±21.54	0	90
Genel Sağlık	109	44.40±6.36	32	60
Vitalite (Enerji)	109	61.74±14.27	35	90
Sosyal Fonksiyon	109	43.34±13.45	12	75
Rol Güçlülüğü (Emosyonel)	109	31.19±9.35	0	100
Mental Sağlık	109	68.91±12.86	28	96
İşyeri Zorbalığı Ölçeği	109	34.78±5.53	23	54

fonksiyon, fiziksel fonksiyona bağlı rol kısıtlılıkları, vitalite / enerji, ağrı, emosyonel sorunlara bağlı rol kısıtlılıkları arasında istatistiksel olarak ters yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p<0.05).

Tartışma

Bu araştırmada hemşirelerin işyeri zorbalığına maruz kalma durumları ve yaşam kaliteleri incelenmiştir. Literatürde sağlık çalışanlarına uygulanan işyeri zorbalığına yönelik çalışmalar az sayıda bulunduğu için diğer çalışanları (kamu-özel sektör) konu alan çalışmalar araştırmamızın

bulgularını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Araştırmada, hemşirelerin işyeri zorbalığı ölçeği puan ortalamasıyla yaş, eğitim, görev yılı, çalışma yılı gibi tanımlayıcı özellikler ile işyeri zorbalığı toplam ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0,05). Hemşirelerin farklı inançları nedeniyle psikolojik şiddete maruz kalma durumları ile işyeri zorbalığı puanları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir (p<0.01). Literatürdeki bazı çalışmalarda da çalışmamızın sonuçlarına benzer biçimde hemşirelerin tanımlayıcı özellikleri arasında olan cinsiyet ve farklı inanç sahibi olma durumunun

Tablo 3. Hemşirelerin yaşam kalitesi ile işyeri zorbalığı ölçeği puan ortalaması arasındaki ilişki

İşyeri Zorbalığı Ölçeği	Fiziksel fonksiyon	Rol gücü fiziksel	Ağrı	Genel sağlık	Vitalite enerji	Sosyal fonksiyon	Rol gücü emosyonel	Mental sağlık
r	-0.288(**)	-0.374(**)	-0.406(**)	0.136	-0.438(**)	-0.135	-0.322(**)	-0.118
p	0.002	0.000	0.000	0,159	0.000	0.160	0.001	0.222
N	109	109	109	109	109	109	109	109

** $p < 0.01$ düzeyinde önemlidir. * $p < 0.05$ düzeyinde önemlidir.

işyeri zorbalığı puanlarını etkilediği belirlenmiştir (14,25,26). Diğer ülkelerde ve ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde sağlık çalışanlarının çalışma yaşamında şiddete uğrama oranı %25-83 arasında değişmektedir (21-22).

Mevcut çalışma bulguları sağlık sektöründe yapılan diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Aydın'ın (22) yaptığı çalışmada son bir yıl içinde çalıştıkları kurumda şiddet içeren en az bir olaya tanık olduğunu söyleyen sağlık çalışanı oranı %56 olarak bulunmuştur. Diğer ülkelerde ve ülkemizde yapılan başka çalışmalar incelendiğinde; Boz ve arkadaşları acil servis çalışanlarının %88.6'sının sözel, %49.4'ünün fiziksel şiddet türüne; Fernandes ve arkadaşları "112 çalışanlarının" %86'sının fiziksel, %76'sının sözel işyeri şiddetine tanık olduğunu belirlemiştir (27,28).

Sağlık hizmetleri alanında çalışanlara yönelik şiddet araştırmalarında, farklı şiddet türlerine maruz kalma ile cinsiyet arasında farklı sonuçlar bulunmuştur. Şiddete uğrama sıklığı bazı araştırmalarda erkeklerde, (20) bazı araştırmalarda ise kadınlarda (27,28,29,30) daha fazla bulunmuştur. Araştırmamızda da işyeri zorbalığına maruz kalma durumu ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. ($p < 0,05$) Araştırmamızın %94,5'ini kadınlar %5,5'ini erkekler oluşturmaktadır. Aydın (22), çalışmada kadın yardımcı sağlık elemanları dışında tüm uzman, pratisyen, asistan hekimler ve hemşire sağlık çalışanları içindeki kadın sağlık çalışanlarının meslek yaşamları boyunca işyerlerinde erkek sağlık çalışanlarından daha fazla oranda sözel ya da fiziksel şiddete maruz kaldıklarını bulmuştur. Çamcı ise çalışmada zorbalık/psikolojik tacize uğrama kadınlarda istatistiksel olarak anlamlılık ifade etmişken, diğer şiddet türlerine maruz kalma ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmasa da kadınların şiddete daha fazla maruz kaldığı

belirlemiştir. Kadınların sağlık sektöründe çalışan en büyük grubu oluşturması ve fiziksel olarak daha savunmasız, güçsüz olarak görülmelerinin bunun nedeni olabileceğini söylemiştir (25).

Çarıkcı ve ark. (30) çalışmada sağlık sektöründe çalışanların yaşları arttıkça; mobbing (psikolojik şiddet) algılarıyla ilgili tutum puanlarının azaldığı bulunmuştur. Gençliğin tecrübesizliği, iş yapma heyecanı, mükemmeli arama arzusu, üstleri tarafından daha kolay eleştirilebilmeleri ve benzeri nedenler göz önüne alındığında, bu sonucun beklenen bir sonuç olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda da yaş ile işyeri zorbalığı toplam ölçek puanı arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Çamcı, çalışmada şiddete uğrama ile medeni durum karşılaştırıldığında zorbalık/psikolojik tacize maruz kalma oranı bekârlarda daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun, bekârların çoğunlukla genç ve tecrübesiz olmalarından dolayı yöneticileri tarafından zorbalık/psikolojik tacize daha fazla maruz kaldığını araştırmacılara düşündürmüştür (25). Mevcut çalışmamızda ise işyeri zorbalığı ile medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, toplumda şiddet içeren olaylar giderek yaygınlaşmaktadır. Toplumda yaygınlaşma eğilimi gösteren şiddet eylemleri sağlık kurumlarını da ciddi biçimde etkilemekte ve çalışanların tükenmişliğine ve verimsizliğine neden olmakta ve yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Chipps ve McRury'nin (2012) yapmış oldukları yarı deneysel bir çalışmada zorbalık ile baş etme konusunda hemşirelere verilen eğitimin etkili olduğu ve haftalık yaşanan zorbalık davranışlarında azalma olduğu saptanmıştır (31). Bu alanda yapılan araştırmalar, hemşirelerin yaşadığı zorbalık davranışları

konusunda mesleki farkındalığın gelişmeye başladığının ve hemşirelerin bu konunun önemini kavradığının kanıtıdır. Ancak, ülkemizde hemşirelerin karşılaştığı zorbalık sorununu çözmeye odaklanan, daha fazla tanımlayıcı ve deneysel araştırmanın yapılmasına gereksinim duyulmaktadır.

İletişim: Nurgül Güngör Tavşalı

E-posta: edayasar35@hotmail.com

Kaynaklar

1. Piskin M. Ankara'daki ilköğretim öğrencileri arasında akran zorbalığının incelenmesi. *Eğitim ve Bilim* 2010;35 (156):175-89.
2. Rigby K. *Bullying in schools and what to do about it*. Australia: ACER Press;2007.
3. Leymann H. The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 1996;5(2):165-84.
4. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. *Bullying and emotional abuse in the workplace: International Perspectives in Research and Practice*. London & New York: Taylor & Francis, 2003. p.3-31.
5. Tetik S. Mobbing kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 2010;12(18):81-9.
6. Temizel Y. Mobbing ve türk hukuk sistemindeki yeri. *Adalet Dergisi* 2013;45:188-223.
7. Tutar H, Akbolat M. Sağlık çalışanlarının yönetici cinsiyetleri bakımından mobbing algıları. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012;28:19-29.
8. Björkqvist K, Österman K, Hjelt-Back M. Aggression among university employees. *Aggressive Behavior* 1994;20:173-184.
9. Cooper B, Curzio J. Peer bullying in a pre-registration student nursing population. *Nurse Education Today* 2012;32:939-44.
10. Salin D. Ways of explaining workplace bullying: a review of enabling, motivating and precipitating structures and processes in the work environment. *Human Relations* 2003;56:1213-32.
11. Yıldırım D. Bullying among nurses and its effects. *International Nursing Review* 2009;56:504-11
12. Efe SY, Ayaz S. Mobbing against nurses in the workplace in Turkey. *International Nursing Review* 2011;57:328-34.
13. Johnson SL, Rea RE. Workplace bullying: concerns for nurse leaders. *Journal of Nursing Administration* 2009;39(2):84-90.
14. Körükcü Ö, Yıldırım N, Kukulu K. Hemşirelikte Önemli Bir Sorun: Zorbalık (Bullying), Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(2): 126-9.
15. Cheung T, Yip PS. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: Prevalence and correlates. *BMC Public Health* 2017;17(1):196.
16. Rutherford A, Rissel C. A survey of workplace bullying in a health sector organization. *Australian Health Review* 2004;28:65-72.
17. Park M, Cho SH, Hong HJ. Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment: Workplace violence against nurses. *J Nurs Scholarsh* 2015;47(1):87-95.
18. Bowles C, Candela L. First job experiences of recent RN graduates: improving the work environment. *Journal of Nursing Administration* 2005;35(3):130-7.
19. Lin YH, Liu HE. The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *International Journal of Nursing Studies* 2005;42:773-8.
20. Randle J. Bullying in the nursing profession. *Journal of Advanced Nursing* 2003;43(4):395-401.
21. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *The New England Journal of Medicine* 1996;334:835-40.
22. Aydın O, Öcel H. İşyeri zorbalığı ölçeği: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları* 2009;12(24):94-103
23. Einarsen S, Raknes BI. Harassment in the workplace and the victimization of men. *Violence and Victims* 1997;12:247-63.
24. Mikkelsen EG, Einarsen S. Bullying in Danish work-life: Prevalence and health correlates. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2001;10(4):393-413.
25. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaelinde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2(1):9-16
26. Tınaz P. İşyerinde psikolojik taciz (Mobbing). *Çalışma ve Toplum Dergisi* 2006; 4(11):13-16.
27. Boz B, Acar K, Ergin A, Erdur B ve ark. Violence toward health care workers in emergency departments in Denizli, Turkey. *Adv Ther* 2006; 23: 364-9.
28. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore C, Christenson JM ve ark. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999;16:161-70.
29. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006;21:276-96.
30. Çarıkçı Hİ, Yavuz H. Çalışanlarda Mobbing (Psikolojik Şiddet) Algısı: Sağlık sektörü çalışanları üzerine bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2009;2(10):47-62.
31. Chipps E, McRury M. The development of an educational Intervention to address workplace bullying. *Journal for Nurses in Staff Development* 2012;28:94-98.

Hemşirelik Öğrencilerinin Hepatit B ve C'li Hastalara Bakım Verme Süreci ile Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

The Investigation of the Relationship Between Stress and Nursing Care Delivery by Nursing Students for the Patients with Hepatitis B and C



Hem. Ayşegül Koç¹, Dr. Dilek Öztaş², Hem. Serpil Kütahya³, Erdal Ceylan⁴

Geliş/Received : 06.02.2017
Kabul/Accepted : 20.08.2017

Öz

Amaç: Bu çalışma öğrenci hemşirelerin Hepatit B ve C'li hastalara bakım verirken yaşadıkları stres düzeylerini belirlemek ve bununla baş etme yöntemlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, iki farklı üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde eğitim gören 2., 3. ve 4. sınıf hemşirelik bölümü öğrencileri oluşturmuştur. Araştırmayı kabul eden 407 öğrenciye anket formu uygulanmıştır. Araştırma verileri, anket formu ve "Stresle İle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21 istatistik programı kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin bulaşmasından en çok çekindikleri hastalıklar AIDS ve Hepatit B olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %69,9'u Hepatit B'li hastalara bakım verirken stres yaşadıklarını belirtirken; çoğunluğu yaşadıkları bu stresin temel kaynağının da psikolojilerinin kötü etkilenmesi olduğunu bildirmiştir. Öğrencilerin stres düzeyleri orta seviye olarak belirlenmiştir. Hemşirelerin, stresle başa çıkma tarzları ve bulaşıcı hastalıklarla temas öyküleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, iki farklı üniversitede yapılan bu çalışmada, öğrencilerin en fazla "Kendine Güvenli Yaklaşımı" en az "Sosyal Destek Arama" yaklaşımını kullandıkları bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: Hemşire, öğrenciler, stresle başa çıkma, hepatit

Abstract

Aim: This study was conducted to determine the levels of stress among nursing students they experienced during care delivery for the patients with Hepatitis A and B and their coping styles.

Method: The universe of the study consisted of 593 second, third and fourth-grade nursing students studying at two different universities' Faculties of Health Sciences. 407 students, who agreed to participate in the study filled out a questionnaire. Research data were collected using the questionnaire and "Stress Coping Styles Scale". SPSS 21 program was used to analyse data.

Findings: Hepatitis B and AIDS were found to be the diseases that the students were most afraid of being infected with. 69,9% of the students reported that they were experiencing stress during nursing care for the patients with Hepatitis B; most of them stated that the main source of the stress was the negative impacts on their psychological well-being. The students' stress level was found to be medium (44,2%). As a result of this study conducted at two different universities with the aim of determining the relationship between nurses' stress coping styles and their stories of contact with infectious diseases, it was found that the students used the "Self-Confidence Approach" most commonly to cope with stress and "Social Support Search" was least-used strategy.

Key words: Nurse, students, coping with stress, hepatitis

1 Öğr. Üyesi; Yıldırım Beyazıt Ü. Sağlık Bilimleri Fak., Hemşirelik Bölümü, Ankara

2 Öğr. Üyesi; Yıldırım Beyazıt Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD. Ankara

3 Hacettepe Ü. Tıp Fak. Erişkin Hastanesi, Ankara

4 Arş. Gör.; Yıldırım Beyazıt Ü. Sağlık Bilimleri Fak., Hemşirelik Bölümü, Ankara

Giriş

Klinik eğitim; teorik olarak verilen bilgilerin uygulamaya aktarılmasına ve öğrencilikten profesyonelliğe geçmeye olanak tanıyan bir süreçtir (1-4). Klinik eğitim, öğrencilere deneyim fırsatı sağlayarak bilgilerini gerçek ortamda kullanmalarına olanak verir ve uygulama becerilerini, mesleki sosyalizasyonlarını geliştirir (5-8). Bununla birlikte yapılan çalışmalar; klinik uygulamaların, kısa süreli ve beceri odaklı olması, klinik ortamın öğrenme hedefini karşılayamaması, iş merkezli çalışmalar gibi sebeplerle istenildiği biçimde uygulanmadığını ve öğrenciler için stres kaynağı olduğunu göstermektedir (9,10). Klinik uygulamaya ilişkin diğer stres faktörleri; çalışma ortamı ve bakım verilen hasta grubuna ilişkin faktörlerdir. Klinik uygulama sırasında yaralanma, bulaşıcı hastalıklara maruz kalma riski, ağır çalışma koşulları dışındaki en önemli stresörlerden biridir. Örneğin hemşireler çalışma ortamında birçok patojen mikroorganizma ile karşılaşmaktadır. Bulaşma riski yüksek viral enfeksiyonların başında gelen Hepatit B ve C, hasta bakımı sırasında hemşirelerin en sık karşılaştığı etkenler olarak bildirilmiştir (11-16). Yaşanan bu stresörler bireyleri fizyolojik ve psikososyal yönden olumsuz etkileyerek, çalışanın performansını düşürmekte, fiziksel ve psikolojik sağlığını bozarak ikincil iş kazalarına da sebep olabilmektedir (17-19).

Stres organizmanın dengesini bozan uyaranlara yönelik özgül olmayan tepkisi olarak tanımlanmıştır (20,21). Stres, organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durum olarak da tanımlanmıştır (22,23). Strese maruz kalan birey stres kaynaklarını değiştirmek, daha iyi bir duruma getirmek ve durumu kontrol etmek amacıyla bilişsel ve davranışsal çabalar göstermektedir (24,26). Stresle başa çıkma tarzları, duygu ve problem odaklı yöntemler olarak iki kategoride incelenmektedir. Problem odaklı başa çıkma tarzlarını kullanan bireyler, doğrudan stres yaratan durumu anlamaya ve değiştirmeye çalışırlar. Bu başa çıkma mekanizması, stres yaratan faktörün fark edilmesi, durumu değiştirecek seçeneğin belirlenmesi ve problemi çözme doğrultusunda, harekete geçilmesi gibi bilişsel ve davranışsal stratejileri içerir. Duygu odaklı başa çıkma tarzını kullanan bireyler ise stresli durumun yarattığı duygularla başa çıkmaya çalışırlar. Bu yöntem

problemi ya da durumu doğrudan değiştirmeye yönelmez ancak, stresli duruma yeni anlamların verilmesini ve olaya ilişkin duyguların düzenlenmesini, azaltılmasını ya da ortadan kaldırılmasını amaçlar (26-32).

Yapılan literatür taramasında, hemşirelik öğrencilerinin klinik ortama ilişkin yaşadıkları stres düzeyleri ve başa çıkma tarzları değerlendirilmiş ancak Hepatit B ve C'li hastalara bakım verme sürecinde yaşadıkları stres ve başa çıkma tarzlarına yönelik çalışmalara rastlanılamamıştır. Bu nedenle bu çalışma, öğrenci hemşirelerin Hepatit B ve C'li hastalara bakım verirken yaşadıkları stresin düzeyini belirlemek ve başa çıkma yöntemlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Modeli

Çalışma, kesitsel tiptedir. Araştırma 30 Nisan – 15 Mayıs 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, iki farklı üniversitenin hemşirelik bölümünün 2., 3. ve 4.sınıflarında öğrenim gören toplam 593 öğrenci oluşturmaktadır. 1. sınıf öğrencileri, daha az deneyimli olmaları, henüz klinik uygulamaya başlamamış olmaları nedeniyle örneklem grubuna alınmamıştır. Araştırma örneklemini, araştırmayı kabul eden, toplam 407 öğrenci oluşturmuştur. Araştırma, Ankara ve Karaman'da seçilen 2 farklı üniversitede gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında kullanılan anket formu literatür doğrultusunda hazırlanan 15 sorudan oluşturulmuştur. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak tarafından yapılmıştır (33). Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY), Çaresiz Yaklaşım (ÇY), Boyun Eğici Yaklaşım (BEY), İyimser Yaklaşım (İY) ve Sosyal Destek Arama (SDA) olmak üzere toplam 5 faktörden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan 8, 10, 14, 16, 20, 23 ve 26. maddeler Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY), 2, 4, 6, 12 ve 18. maddeler İyimser Yaklaşım (İY), 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27 ve 28. maddeler Çaresiz Yaklaşım (ÇY), 5, 13, 15, 17, 21. ve 24. maddeler Boyun Eğici Yaklaşım (BEY) ve 1, 9, 29 ve 30. maddeler ise Sosyal Desteğe Başvurma (SDB) alt boyutlarını ifade etmektedir.

Veri Toplama Formlarının Uygulanması

Araştırma verileri toplanmadan önce, öğrencilere araştırma ile ilgili bilgiler verilerek bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Öğrenciler formları kendileri doldurmuş olup, ortalama doldurma süresi 20 dakika sürmüştür.

Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılması için gerekli idari izinler alınmıştır. Araştırmanın içeriği anlatılarak öğrencilerin sözel onamları alınmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin analizi IBM SPSS statistics 21.0 (IBM Corp.USA) istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Normal dağılıma uyan sürekli

değişkenler için aritmetik ortalama \pm , standart sapma, kategorik verilerin sunumunda ise ortanca (min-max) değerleri kullanılmıştır.

Gruplar arası karşılaştırmalarda, bağımsız iki örneklem testi ya da Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. İki'den fazla grup arasındaki farklılıklar, tek yönlü varyans analizi ve Kuruskal-Wallis Testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arası farklılık bulunduğu ikili karşılaştırmalar için Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular

Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde %36,2'sinin 2. sınıf, %39,3'ünün 3. sınıf ve %24,5'inin ise 4. sınıfta oldukları,

Tablo 1. Öğrencilerin hastalıklara yönelik görüşleri, Hepatit B ile ilgili geçmiş sağlık öyküleri ve öğrencilerin stres durumları

	Gruplar	n	%
Bulaşmasından korktuğunuz hastalık	AIDS	324	79,6
	Hepatit B	362	88,9
	Hepatit C	290	71,3
	Influenza	166	40,8
	Diğer	77	22,3
Hepatit B ile temas öyküsü	Evet	111	27,3
	Hayır	295	72,7
Hepatit B ile kaç kez temas ettiği	1 Kez	46	42,6
	2 Kez	25	23,1
	3 Kez	37	34,3
Hepatit B'li hasta ile temas ettiği klinik	Dahiliye	45	41,7
	Cerrahi	33	30,6
	Yoğun bakım	6	5,6
	Acil	9	8,3
	Poliklinik	2	1,8
	Diğer	13	12,0
Hepatit B ile temasın nerede olduğu*	Enjeksiyon yaparken	28	26,2
	Damar yolu açarken	28	26,2
	İlaç hazırlarken	15	14,0
	Enjeksiyon / tedavi sonrası iğne ucunu kapatırken	16	15,0
	Enjeksiyon sonrası iğneyi enjektörden ayırırken	4	3,7
	Kesicileri atık kutusuna atarken	7	6,6
	Cerrahi operasyon yaparken / yardım ederken	2	1,9
	Kan Alırken	12	11,2
	Diğer	14	13,1
	Öğrencilerin Hepatit B'li hastalara bakım verirken stres olma durumu	Evet	272
Hayır		117	30,1
Stres olma nedenleri*	Hepatit B'ye karşı bağışıklığın olmaması	82	30,1
	Aile ve yakınlarına geçebilir düşüncesi	116	42,6
	Psikolojisinin kötü etkilenmesi	180	66,1
	Diğer	51	18,7
Algılanan stres düzeyi	Yüksek	91	33,4
	Orta	130	47,8
	Düşük	51	18,8

*n katlanmıştır

Tablo 2. Öğrencilerin hastalıklara yönelik görüşleri, Hepatit B ile ilgili geçmiş sağlık öyküleri ve öğrencilerin stres durumları

Gruplar	Demografik değişkenler	Kendine güvenli yaklaşım (KDY)	Çaresiz yaklaşım (ÇY)	Boyun Eğici yaklaşım (BYE)	İyimser yaklaşım (İY)	Sosyal destek arama (SDA)
Sınıf	2. Sınıf	20,0±3,0	17,0±4,3	11,4±2,7	13,4±2,7	10,0±1,7
	3. Sınıf	19,6±3,6	17,5±4,1	11,6±2,5	13,2±2,4	10,2±1,7
	4. Sınıf	19,8±3,5	17,2±4,0	11,0±2,7	13,0±2,3	9,7±1,7
		p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Cinsiyet	Kadın	19,7±3,8	17,3±3,9	11,3±2,6	13,1±2,5	10,0±1,6
	Erkek	20,1±3,1	17,3±4,9	11,5±2,6	13,5±2,5	10,0±1,8
		p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05
Stresli hissetme durumu	Evet	19,9±3,7	17,9±4,0	11,4±2,5	13,4±2,5	10,2±1,6
	Hayır	19,6±3,5	15,9±4,3	11,0±2,8	12,9±2,4	9,5±1,8
		p>0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05	p<0,05
Algılanan stres düzeyi	Yüksek	18,4±3,6	17,4±3,4	11,7±2,5	12,1±2,7	10,1±1,5
	Orta	20,2±4,1	17,8±4,4	11,2±2,6	13,7±2,2	10,1±1,5
	Düşük	20,5±3,0	17,0±3,5	11,6±1,6	14,5±2,2	10,4±1,7
		p>0,05	p>0,05	p>0,05	p<0,05	p>0,05
Nereden geldiği	Köy - Kasaba	19,9±2,7	18,8±4,5	11,5±1,7	13,7±2,6	10,2±1,7
	İl - İlçe	19,8±3,8	17,1±4,1	11,3±2,7	13,2±2,5	10,0±1,7
		p>0,05	p<0,05	p>0,05	p>0,05	p>0,05

%77,1'nin kız öğrenci olduğu, öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%89,2) yüksek öğrenim için aynı ya da başka bir şehirden geldiği, yalnızca %10,8'lik bir kısmın köy ya da kasaba gibi bir yerleşkeden gelmiş oldukları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin yarısının, Anadolu Lisesinden mezun olduğu, yalnızca %5,0'ünün Sağlık Meslek Lisesinden mezun olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin kalacak yer olarak birinci sırada devlet yurtlarını tercih ettikleri, %25,0'ı ailesi ile, %21,1'i ise, tek başına ya da arkadaşı ile kaldığını belirtmiştir.

Öğrencilerin hemşirelik bölümünü tercih etme nedenleri arasında ilk üç sırada, iş garantisi olduğunu düşünme (%56,5), mesleğe ilgi duyma (%36,1), puanın bu bölüme yetmesi (%32,1) yer almaktadır. Diğer nedenler sırasıyla, mesleği geliştirmek, hasta yakınlarına yardımcı olmak, hemşirelik eğitiminin kolay olduğunu düşünmektir.

Öğrencilerin bulaşmasından en çok korktukları hastalık, %88,9 ile Hepatit B, %79,6 ile AIDS ve %71,0 ile Hepatit C'dir. Hepatit B ve C ile ilgili geçmiş sağlık öyküleri incelendiğinde öğrencilerin %27,5'inin Hepatit B virüsü ile karşılaştığı saptanmıştır. Hepatit B virüsü ile temas öyküsü

olanların %42,6'sı bu hastalık ile bir kez, %23,1'i iki kez ve %34,3'ü ise üç kez karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin Hepatit B'li hasta ile temas ettiği klinik Dahiliye (%41,7) ve Cerrahi (%30,6) klinikleridir. Hepatit B ile temasın en çok enjeksiyon yaparken (%26,2) ve damar yolu açarken (%26,2) gerçekleştiği belirtilmiştir. Öğrencilerin %69,9'u Hepatit B ya da C'li hastalara bakım verirken stres yaşadıklarını, yaşadıkları stresin temel kaynağının, bu hastalık kavramının kendi psikolojilerini kötü etkilemesi olduğunu belirtmişlerdir. Diğer stres nedenleri hastalanma düşüncesi, sosyal yaşamda kişilerin uzak durması biçimindedir. Öğrencilerin %47,8'i, Hepatit B'li hastalara bakım verirken yaşadıkları stres düzeyini "orta" olarak algılamaktadır (Tablo 1). Çalışmaya katılan öğrencilerin stresle başa çıkma tarzları alt ölçeklerinden aldıkları puanların demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Öğrenciler, en fazla Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY) tarzını kullanırken, en az Sosyal Destek Aramayı (SDA) kullanmaktadır. Çalışmaya katılan öğrencilerin Stresle Başa Çıkma Stratejileri Ölçeğinin alt kategorilerinden aldığı puanlar ile öğrencilerin cinsiyet, sınıf düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Stresli

hisseden öğrencilerin geliştirdikleri SDA davranış puan ortalamaları, stres hissetmeyen öğrencilerin geliştirdikleri SDA davranış puanından yüksektir. Bu iki grup arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Stres algılama düzeyi azaldıkça, KGY ve İyimser Yaklaşım (İY) tarzına ait puan ortalamaları artmaktadır. Yani stres algılaması azalan öğrencilerde, KGY ve İY daha çok görülmektedir ($p > 0,05$). Köy - kasabadan gelen öğrenciler ile şehirden gelen öğrencilerin stresle başa çıkma stratejisi olarak geliştirdikleri "Çaresiz Yaklaşım (ÇY)" a ait puanlar köy - kasaba lehinde yüksektir ve fark anlamlıdır $p < 0,05$.

Tartışma

Bu bölümde viral hastalığı olan bireylere bakım verirken deneyimleri daha az olan öğrenci hemşirelerin yaşadıkları stres düzeyleri ile ilgili literatür tartışılacaktır.

Bayar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada klinik deneyimin öğrenci hemşireler tarafından en çok

kaygı yaratan bileşen olduğu açıklanmıştır. Bayer ve ark.'nın çalışmasında öğrencilerin %68,3'ü klinik uygulama sırasında olumsuz deneyim yaşamaktan korktuklarını ifade etmiştir (34). Audet hemşirelik eğitiminde klinik deneyimin en önemli stres nedenlerinden biri olduğunu açıklamıştır (35). Bulaşıcı hastalarla temas, öğrenci hemşirelerin klinik uygulamaları sırasında yaşadıkları stresörlerden biridir. Çalışmamızda öğrencilerin en fazla korkuyu AIDS ve Hepatit B'li bireylerde yaşadıkları bulunmuştur. Olgun ve arkadaşları hemşirelik öğrencilerin klinik deneyimleri sırasında stresli olduğunu ve öğrencilerin stresle başa çıkma deneyimlerinin sınırlı olduğunu belirtmiştir (36).

Çalışmamızda öğrencilerin stresle başa çıkmada en fazla kullandıkları yöntem "Kendine Güvenli Yaklaşım (KGY)" olarak bulunmuştur. Çalışmamıza benzer biçimde Güler ve ark.'nın hemşirelik öğrencilerinde yaptıkları çalışmada öğrencilerin stresle başa çıkmada en fazla Kendine Güvenli Yaklaşım kullandığını belirtmiştir (37). Temel ve arkadaşlarının çalışmasında (2007)



Erişim adresi: <https://news-prod.wcu.edu/wp-content/uploads/2016/04/nursing-sim-lab-1.jpg>

benzer biçimde en fazla "Kendine Güvenli Yaklaşım"ı kullanılırken, en az "Sosyal Destek Arama"yı tercih ettikleri görülmüştür. Ergin ve ark'nın 2014 yılında tıp fakültesi öğrencileri ile yaptıkları çalışmada stresle başa çıkmada en fazla KGY'ını, en az SDA yöntemini kullandıkları belirtilmiştir (38). Kaya ve arkadaşlarının 2007 yılında tıp fakültesi vesağlık yüksekokulu öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ve yine Gürdil'in 2007 yılında üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada öğrencilerin stresle başa çıkma tarzları içinde en fazla KGY, en az "Boyun Eğici Yaklaşım (BEY)"i kullandıkları saptanmıştır (39,40). Üstün ve Kanbay'ın 2009 yılında çalışan hemşirelerde stresle baş etme tarzlarına bakıldığında ise en sık KGY'ı kullanırken, en az BEY'ı kullandıkları görülmüştür (18).

Araştırmada stres hissedenden öğrencilerin Sosyal Destek Arama puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Bu durumda stresör arttığı takdirde öğrencilerin daha çok Sosyal Destek Arama tutumunu kullandıklarından söz edilebilir. Öğrencilerin yaşadıkları yere göre stresle baş etme tarzları farklılık göstermektedir. Köy-kasabadan gelenlerin çaresiz yaklaşım en fazla kullandıkları bulunmuştur. Bunun nedeni olarak, sosyal çevre ile iletişimlerinin daha kısıtlı olabileceği düşünülebilir.

Sonuç ve Öneriler

Hemşire öğrencilerin stresle başa çıkma tarzları ve bulaşıcı hastalıklarla temas öyküleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla, iki farklı üniversitede yapılan bu çalışmada, öğrencilerin en fazla kendine güvenli yaklaşımı, en az sosyal destek arama yaklaşımını kullandıkları bulunmuştur. Hemşirelik öğrencilerinin, özellikle enfeksiyon hastalıklarına karşı teorik ve pratik bilgilerinin üst düzeye çıkarılması sunucu, stres düzeylerinin azalacağı ve bu durumla baş etme yetilerinin artacağı düşünülmektedir.

İletişim: Ayşegül Koç

E-posta: aysegulkocmeister@gmail.com

Kaynaklar

1. Terzioğlu F, Kapucu S, Özdemir L, Boztepe H, Duygulu S, Tuna Z, Akdemir N. Simülasyon yöntemine ilişkin hemşirelik öğrencilerinin görüşleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2012;19(1):16-23.
2. Bjørk IT, Berntsen K, Brynild Sen G, Hestetun M. Nursing students' perceptions of their clinical learning environment in placements outside traditional hospital settings. Journal of Clinical Nursing 2014;23:2958-67.
3. Kostak MA, Aras T, Akarsu Ö, Hemşirelik öğrencilerinin klinik hemşirelerin eğitimlerine verdiği katkıya ilişkin görüşleri Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi 2012;1(2):39-46.
4. Ergöl Ş, Kürtüncü M. Hemşirelik öğrencilerinin uygulama alanlarında karşılaştıkları şiddet. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi 2013;3(1):65-9.
5. Tosun N, Oflaz F, Akyüz A, Kaya, T, Yava A, Yıldız D, Akbayrak N. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin intörn eğitim programından beklentileri ile program sonunda kazanım ve önerilerinin değerlendirilmesi. Gülhane Med J. 2008;50(3):164-71.
6. Karaçay P, Sevinç S. Hemşirelik öğrencilerinin klinik performanslarının değerlendirilmesi 1: Klinik değerlendirmede kullanılacak veri kaynakları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2010;7(2):6-9.
7. Ünsal C, Öcal G, Demiral M, Alsan G, Mumcu HK. Trabzon'da bir sağlık yüksekokulunda okuyan öğrencilere klinik uygulamalarda öğretim elemanlarının uyguladığı etik ilke ihlalleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;2(3):312-24.
8. Vicdan AK. Hemşirelikte profesyonellik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi Sempozyum Özel Sayısı 2010;261-3.
9. Elçigil A, Sarı HY. Facilitating factors in clinical education in nursing. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2011;4(2): 67-71.
10. Avdal EÜ, Aydınoglu N, Kılıç, M., Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyimlerindeki stres düzeylerinin incelenmesi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi 2014;1(1):67-77.
11. Omaç M, Eğrim L, Karaoğlu L. Malatya merkez hastanelerinde çalışmakta olan hemşirelerde mesleki kesici delici yaralanma ve hepatit B bulaşıklanma durumları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2010;17(1):19-25.
12. CDC (The Centers for Disease Control and Prevention) Workbook for Designing, Implementing, and Evaluating a Sharps Injury Prevention Program. Overview: Risks and prevention of sharps injuries in healthcare personnel. 2008; p.51-52.
13. Öztaş D, Bozcuk Güzeldemirci G, Sanisoğlu Y, Yalçın N, Türk Öztürk G, Kayaaslan B, vd. Sağlık çalışanlarının güvenliği: kesici ve delici alet yaralanmalarının değerlendirilmesi. 6. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya, 2016:596-8.

14. Öztaş D, Bozcuk Güzeldemirci G, Sanisoğlu Y, Yalçın N, Korkmaz S. Güven, vd. Sağlık çalışanlarının güvenliği: kan ve vücut sıvılarına maruz kalma durumlarının değerlendirilmesi. 6. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Antalya, 2016:604-5.
15. Demir İ, Kaya S, Demirci M, Arıdoğan CB. Isparta ili sağlık personelinde hepatit B virus seropozitifliğinin araştırılması. *İnfeksiyon Dergisi* 2006;20:183-87.
16. Hasde M, Oğur R. Sağlık çalışanlarında görülen mesleki bulaşıcı hastalıklar. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011;10(4): 495-500.
17. Özcanarslan N. Hemşirelerin iş ortamındaki stresörlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Adana. 2009.
18. Üstün B, Kanbay Y. Kars ve Artvin illerinde hemşirelerin iş ortamı ile ilgili stresörleri ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2009;2(4):155-61.
19. Tatar Ç, Özgür G. Hemşirelerin stresle baş etme tarzları ile depresyon arasındaki ilişki. 3. Uluslararası -10. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 7-10 Eylül, İzmir.2005.
20. Köknel Ö, Zorlanan İnsan. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul, 1998; s. 37.
21. Selye H. Stress without distress. Harper and Row Publishers, Inc. New York, 1974; s. 27.
22. Folkman S, Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988;54(3):466-75.
23. Gonzalez LO, Sellers EW. The effect of a stress-management program on self concept, locus of control, and the acquisition of coping skills in school-age children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder. *JCAPN* 2002;15:5-15.
24. Baltaş Z, Baltaş A. Stres ve başa çıkma yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2000.
25. Dressler WW. The social and cultural context of coping, action, gender and symptoms in a southern black community. *Soc Sci Med* 1985; 21:499-506.
26. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav* 1980;21:219-39.
27. Lazarus RS. From psychological stress to the emotions. *Annual Review of Psychology* 1993;44:1-21.
28. Amirkhan JH. A factor analytically derived measure of coping: The Coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990;59(5):1066-74.
29. Carver CS, Scheier MF & Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology* 1989;56(2):267-83.
30. Oakland S, Osteli A. Measuring Coping:A review and critique. *Human Relations* 1996; 49(2): 133-155.
31. Watson DC, Willson LR, Sinha BK. Assessing the dimensional structure of coping: A cross-cultural comparison. *International Journal of Stress Management* 1998; 5 (1):77-81.
32. Coyne JC, Gottlieb BH. The mismeasure of coping by checklist. *J Pers* 1996;64(4):959-91.
33. Şahin NH, Durak A. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencilerine Uyarlanması, *Türk Psikoloji Dergisi* 1995;10(34):56-73.
34. Bayar K. Hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamaya yönelik düşünce ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009; 8(1): 37-42.
35. Audet MC. Caring in nursing education: reducing anxiety in the clinical setting. *Nursing Connections* 1995; 8(3): 21-8.
36. Olgun N, Öntürk Z, Aslan F, Karabacak Ü, Serbest Ş. Hemşirelik öğrencilerinin stresle başa çıkma düzeylerinin değerlendirilmesi: bir yıllık izlem sonuçları. *Hemşirelikte Eğitim Araştırma Dergisi* 2010; 7(2): 44-51.
37. Güler Ö, Çınar S. Hemşirelik öğrencilerinin algıladıkları stresörler ve kullandıkları baş etme yöntemlerinin belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi, Sempozyum Özel Sayısı* 2010;253-61.
38. Ergin A, Uzun SU, Bozkurt Aİ. Tıp fakültesi öğrencilerinde stresle başa çıkma yöntemleri ve bu yöntemlerin sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Fırat Tıp Dergisi* 2014;19(1):31-7.
39. Kaya M, Genç M, Kaya B, Pehlivan E. Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;18:137-46.
40. Gürdil G. Üniversite öğrencilerinde travma yaşantısı, stresle başa çıkma tarzları ve iç-dış kontrol odağı inancı ile riskli alkol kullanımı arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı. Ankara, 2007.

Hem. Burcu Babadağ¹, Dr. Güler Balcı Alparslan²

Geliş/Received : 10.01.2017
Kabul/Accepted : 22.08.2017

Öz

Amaç: Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte yapılan araştırma, bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü öğrencileri olan 366 öğrenciyle 1 Mayıs - 1 Haziran 2016 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler; araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu ve Ağrı İnançları Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 21.0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin ağrı inançları ölçeği alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları; organik inançlar $3.46 \pm .51$ ve psikolojik inançlar $4.81 \pm .76$ 'dır. Ağrı sıklığı arttıkça psikolojik inançlar puanı anlamlı düzeyde artarken ($p < 0.05$), yine ağrı şiddetinin artması organik ve psikolojik inançlar puanının anlamlı düzeyde artırmıştır ($p < 0.05$). Ağrı nedeninin hastalık olduğunu düşünenlerin organik inançlar puanı ($p < 0.05$), ağrıya nazar gibi diğer inançların neden olduğunu düşünenlerin ise organik ve psikolojik inançlar puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Ağrı kontrolünün tanrıda olduğuna inananların organik inançlar puanı, inanmayanların ise psikolojik inançlar puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Tartışma ve Sonuç: Öğrencilerin ağrı inançlarının sahip oldukları sosyo-demografik ve ağrı ile ilişkili değişkenlere göre değişiklik gösterdiği görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Hemşirelik, Öğrenci, Ağrı inançları, Eğitim

Abstract

Objective: This study was designed to determine the pain beliefs of nursing students.

Methodology: This descriptive survey was carried out among the nursing students ($n=366$) at the Faculty of Health Science Nursing Department of an University, between May 1 and June 1, 2016. The data were collected using Descriptive Characteristics Questionnaire prepared by the researchers through a literature review and the Pain Beliefs Questionnaire (PBQ). IBM SPSS Statistics 21.0 program was used to evaluate data.

Findings: The PBQ mean scores of the students were $3.46 \pm .51$ and $4.81 \pm .76$ for organic beliefs and psychologic beliefs subscales, respectively. As the frequency of pain increased, the scores for the psychologic beliefs also increased significantly ($p < 0.05$) and the increase in severity of pain resulted in a significant increase in the scores for organic and psychologic beliefs ($p < 0.05$). The scores of the students, who thought that the reason of the pain has been an illness, were significantly higher for organic beliefs subscale ($p < 0.05$). The students, who thought that the pain has been caused by the other believes such as evil eye, scored significantly higher ($p < 0.05$) on organic and psychologic beliefs subscales. The scores for organic beliefs subscale among the students believing that the pain control is in the God's hands and the scores for psychologic beliefs subscale among those, who didn't believe in this approach were found to be significantly higher ($p < 0.05$).

Discussion and Conclusion: It was seen that, the students' beliefs about pain vary according to their socio-demographic characteristics and the pain-related variables.

Key words: Nursing, Student, Pain beliefs, Education

*Bu çalışma; 21-22 Ocak 2017 tarihinde İstanbul'da yapılan "38th International Conference on Medical, Medicine and Health Science"da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

1 Arş. Gör.; Eskişehir Osmangazi Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Eskişehir
2 Doç. Dr., Eskişehir Osmangazi Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Eskişehir,

Giriş ve Amaç

Ağrı giderek artan ve oldukça yaygın görülen bir sağlık problemidir. Ağrı; duysal, emosyonel ve davranışsal faktörleri içeren karmaşık bir etkileşim ve çok boyutlu bir deneyimdir (1). Ağrının kavramı çeşitli modeller kullanılarak sınıflandırılmaya ve açıklanmaya çalışılmıştır. Bu modellere örnek olarak; Patojenik Ağrı Modeli ve Biyopsikososyal Ağrı Modeli sayılabilir. Patojenik Ağrı Modeli; ağrının doğrudan doku travması ya da fizyolojik bir yıkım (örn. kemik kırılması) sonucu oluşması ile ilgilidir. Biyopsikososyal modelde ise bilişsel, emosyonel ve davranışsal faktörlerden söz edilmektedir (2-4). Davranışsal, bilişsel ve emosyonel faktörlerin ağrı yanıtına, uyum ve tedaviye yanıtı doğrudan etkileri olduğu gösterilmiştir. Bu faktörler sempatik sinir sistemi ile ilişkili nörokimyasal faktörlere etki ederek dolaylı olarak ağrı yanıtına etkileri vardır (5).

Ağrıyı etkileyen faktörler arasında bilişsel, duysal, davranışsal, çevresel, etnik ve kültürel etkenler ve cinsiyet etkeni sayılabilir (3,5). Bu faktörlerden biri olan bilişsel etkenler arasında ise ağrı inançları öne çıkmaktadır. İnançlar, kavram olarak kaynağını sosyal psikolojiden almakta ve kognitif bakış açısında kişinin taşıdığı düşünce sisteminin temel yapı taşı olarak kabul edilmektedir. Ellis ağrı inançlarının bilişler, düşünceler, tutumlar, duygular olabileceğini belirtmiştir. Ellis'e göre inançlar sabit gerçekler değil, gözlenebilir, test edilebilir, değiştirilebilen hipotezlerdir. Ağrıyla baş etmede kullanılan yöntemlerden biri olan bilişsel davranışçı terapi, bireylerin temeldeki irrasyonel inançlarını sorgulamaktadır (4,6,7). Ağrı inançları ise temelde organik ve psikolojik inançlar olmak üzere iki kavram üzerine yoğunlaşmaktadır. Organik inançlar kavramı; ağrının nedeninin "vücutta yaralanma, zarar" kaynaklı olduğu algısına dayanmaktadır. Kişiler ne kadar yaralanma varsa o kadar ağrı olduğu inancına sahiptir. Buna göre; organik inançların yönetiminde biyomedikal düşüncenin hakim olduğu, ağrı kontrolünde ağrıya neden olan sorunun ortadan kaldırılmasının ve aktivite/egzersiz kontrolünün ön planda olduğu görülmektedir. Psikolojik inançlar puanı ise; ağrının kökeninde anksiyete, depresyon gibi psikolojik faktörlerin etkisi olduğu; yönetiminde ise dikkati başka yöne çekme, rahatlatma-gevşeme gibi tekniklerden yararlandığı belirtilmektedir (8,9). Bunun yanında; ağrı

inançları ile yapılan çeşitli çalışmalarda bireylerin sahip olduğu inanca göre tedavi süreçlerinin ve baş etme yollarının farklılaştığı belirtilmiştir (9-11).

Ağrı yönetiminde hastanın inançları kadar; ekip içerisinde kilit rol alan hemşirelerin de ağrıya yönelik inançları önemlidir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin ağrı inançlarının ve kültür ile ilgili bilgilerinin ağrı yönetiminde etkisi olduğu görülmüştür (12-14). Bunun yanında hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da değiştirilebilir yaşam tarzı, psikolojik, fiziksel faktörler gibi birçok faktörün ağrı yakınması ile ilişkili olduğu görülmüştür (15,16). Literatürde hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançlarına yönelik sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Dolayısıyla hemşire ve hemşire adayları tarafından ağrının çok boyutlu temeline dayandırılmış bir bakımın sağlanması ağrı yönetiminde başarıyı artıracakı düşünülmektedir. Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançlarını belirlemek amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma Tipi

Araştırma hemşirelik öğrencilerinin ağrı inançlarını belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı niteliktedir.

Araştırmanın Yeri-Zamanı ve Çalışma Grubu

Araştırma 1 Mayıs-1 Haziran 2016 tarihleri arasında bir Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin Hemşirelik Bölümü'nde okuyan 366 öğrenci ile yürütülmüştür. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında ulaşılabilen ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm öğrenciler araştırma kapsamına alınmıştır.

Araştırma İzni

Veriler öğrencilerin bilgilendirilmiş onamı alınarak anket yöntemiyle toplanmıştır. Çalışmanın yapılabilmesi için fakülte dekanlığından yazılı izin, çalışma kapsamına alınan bireylerden bilgilendirilmiş onam ve ölçek kullanımı ile ilgili gerekli izinler alınmıştır.

Araştırmanın Uygulanması

Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından ilgili literatür taranarak hazırlanan Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu, Ağrı İnançları Ölçeği kullanılmıştır (3,13,17,18).

Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu

Araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak hazırlanmıştır (3,12,13,18). Formda bireylerin yaş, cinsiyet, okuduğu sınıfı, var olan hastalık tanısı gibi sosyo-demografik özelliklere ilişkin 4 soru ve ağrı şiddeti, ağrının yeri gibi ağrıya ilişkin 16 soru yer almaktadır.

Ağrı İnançları Ölçeği

Ağrı İnançları Ölçeği (AIÖ), (The Pain Beliefs Questionnaire-PBQ) Edwards ve arkadaşları tarafından ağrının nedeni ve tedavisi ile ilgili inançları değerlendirmek için 1992 yılında geliştirilmiştir (17). Ülkemizde ise Berk tarafından ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır (18). Bu ölçekte ağrı inançlarını kapsayan toplam 12 madde bulunmaktadır. Buna göre iki test alanından oluşmuştur: 8 maddeden oluşan Organik İnançlar ve 4 maddeden oluşan Psikolojik İnançlar test alanları bulunmaktadır. Organik İnanç testi ağrının büyük ölçüde organik kökenli olduğunu yansıtır. (Örn; 'ağrı vücuttaki dokuların zarar görmesi sonucu oluşur.' ve 'ağrı deneyimi vücutta yanlış giden bir şeylerin işaretidir.) Psikolojik İnanç testi ağrı deneyiminin psikolojik faktörlerin etkisinde olduğunu gösterir. (Örn; 'endişeli olma ağrıyı daha kötü yapar.' 'ağrıyı düşünmek ağrıyı daha kötüleştirir.') (9). Testi alanlardan 1. "hiçbir zaman" ile 6. "her zaman" arasında değişen 6 seçenekten kendileri için en uygununu işaretlemeleri istenir. Puanlar her madde için 1 ile 6 arasında değişir. Her alt test için toplam puan o alt testteki maddelerden alınan puanların toplanıp o alt teste ait madde sayısına bölünmesi ile hesaplanır. Ölçek puanları için bir kesme noktası bulunmamakta, ölçeğin alt puanından alınan puanın artması o teste ilişkin ağrı inançlarının yüksek olduğunu, puanın azalması ise o teste ilişkin ağrı inançlarının düşük olduğunu göstermektedir (9,17). Ölçeğin güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık skorları Cronbach Alpha katsayısı ile ölçülmüş ve bu katsayı Organik İnançlar alt testi için 0.71 ve Psikolojik İnançlar alt testi için de 0.73 olarak bulunmuştur (18).

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, medyan,

sayı ve yüzdeler), normal dağılım göstermeyen veriler için Mann-Whitney U, Kruskal Wallis, Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Sosyo-Demografik ve Ağrı İle İlişkili Özellikler
Araştırmaya katılan öğrencilerin %73.5'i kadın ve yaş ortalaması 20.69 ± 1.67 yıldır. Öğrencilerin %85.8'inin daha önce bir hastalık tanısı olmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %71.0'i daha önce ağrı yakınması yaşadığını ve %66.4'ü de ağrı sıklığının "nadiren" olduğunu belirtmiştir. Öğrencilerin %53.0'ü baş-boyun bölgesinde ağrı yakınması yaşadığını ve yaşadıkları ağrı şiddetini ise %57.7 oranıyla orta şiddette olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin %30.6'sı ise ağrı nedeninin genellikle yorgunluk-uykusuzluk olduğunu belirtmiştir (Bkz. Tablo 1).

Tablo 1. Ağrıya ilişkin özellikler (n=366)

	n	%
Ağrı sıklığı		
Hiçbir zaman	31	8.5
Nadiren	243	66.4
Sıklıkla	81	22.1
Her zaman	11	3.0
Ağrı yeri		
Baş-boyun	194	53.0
Sırt-bel	67	18.3
Karın	62	16.9
Bacak-diz	22	6.0
Kol-omuz	10	2.7
Diğera	11	3.0
Ağrı şiddeti		
Hafif	65	17.8
Orta	211	57.7
Şiddetli	72	19.7
Çok şiddetli	16	4.4
Dayanılmaz	2	0.5
Yaşanılan ağrı nedeni		
Yorgunluk-uykusuzluk	112	30.6
Bilmiyorum	67	18.3
Hastalık	55	15.0
Stres	54	14.8
Çevresel faktörler (gürültü, ışık vb.)	40	10.9
Menstrüasyon	38	10.4
Ağrıya sebep olabileceği düşünülen faktörler^b		
Yorgunluk-uykusuzluk	241	65.8
Hastalık	117	32.0
Psikolojik	93	25.4
İnançlar (Nazar, negatif enerji)	25	6.8

^aGöğüs, el-bilek, ayak, ^b Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Öğrencilerin %53.8'i ağrıyla baş etmede ağrı kesici kullanmadığını ve ağrı kesici kullanmama nedenini en yüksek oranla (%27.6) "ağrının geçmesini bekliyorum" şeklinde ifade etmiştir. Öğrencilerin %64.5'i ise ağrıyla baş etmede non-farmakolojik yöntemlerden yararlandığını belirtirken, en fazla kullanılan yöntemler arasında %37.2 ile sıcak-soğuk uygulama yer almıştır (Bkz. Tablo 2). Öğrencilerin ailesinin ağrıyla baş etme yönteminin %74.6 oranıyla ağrı kesici kullanma olduğu, stajlarda hastaların ağrı yönetiminde başvurulan girişimin ise %66.9 oranıyla ağrı kesici uygulama olduğu belirtilmiştir. Öğrencilerin %80.3'ü ağrı kontrolünün kişinin kendisinde olduğunu belirtmiştir (Bkz Tablo 2). Öğrencilerin

%81.4'ü ağrı ile ilgili bilgi aldıklarını, bu bilgi kaynaklarının en yüksek oranda %74.8 ile lisans/meslek lisesi eğitimi olduğunu ve öğrencilerin %60.4'ü ise alınan bu bilginin yetersiz olduğunu ifade etmiştir (Bkz. Tablo 2).

Ağrı İnançları Ölçek Puanları

Öğrencilerin ağrı inançları ölçeği alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları; organik inançlar $3.46 \pm .51$ ve psikolojik inançlar $4.81 \pm .76$ 'dır (Bkz Tablo 3). Hastaların organik inançlar puanı ile psikolojik inançlar puanı ($p < 0.001$, $r = .241$) arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 2. Ağrıyla baş etme ile ilgili özellikler (n=366)

	n	%
Ağrıyla baş etmede ağrı kesici kullanma		
Evet	169	46.2
Hayır	197	53.8
Ağrı kesici kullanmama nedeni^a		
Ağrının geçmesini bekliyorum	54	27.6
Ağrı kesicilerin yan etkileri var	44	22.4
Vücut kendi kendini iyileştirir	34	17.3
Ağrı kesiciler alışkanlık yapıyor	29	14.8
Ağrı kesici kullanmayı sevmiyorum	19	9.7
Doğal yöntemler kullanıyorum	16	8.2
Ağrıyla baş etmede non-farmakolojik kullanma		
Evet	236	64.5
Hayır	130	35.5
Kullanılan non-farmakolojik yöntemlere^a		
Sıcak-soğuk uygulama	136	37.2
Gevşeme-egzersiz yapma	93	25.4
Dikkatini başka yöne çekme	62	16.9
Müzik dinleme	58	15.8
Uyumak	26	7.1
Bitkisel ürünle başını sarma	20	5.5
Ağrı kontrolü^a		
Kişinin kendisinde	294	80.3
Hemşirede	128	35.0
Doktorada	74	20.2
Tarıda	65	17.8
Ağrı ile ilgili bilgi alma durumu		
Evet	298	81.4
Hayır	68	18.6
Bilgi kaynakları^b	n=298	
Lisans/ meslek lisesi eğitimi	223	74.8
Basın-yayın araçları	97	32.6
Sağlık personeli	95	31.9
Alınan bilginin yeterli olma durumu^b	n=298	
Evet	118	39.6
Hayır	180	60.4

^aBirden fazla seçenek işaretlenmiştir., ^b Sadece ağrı ile ilgili bilgi alan grup (n=298) değerlendirilmiştir.

Tablo 3. Ağrı inançları ölçeği puan ortalamaları

Ağrı inançları ölçeği	Min	Max	X±Sd
Organik inançlar	2.00	5.25	3.46±.51
Psikolojik inançlar	2.00	6.00	4.81±.76

Sosyodemografik ve Ağrı ile İlişkili Değişkenlerin Ağrı İnançları Ölçek Puanlarıyla Karşılaştırılması

Çalışmada kadın öğrencilerin erkek öğrencilere göre psikolojik inançlar puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Öğrencilerin yaşı, okuduğu sınıfı, hastalık tanısının varlığı ve daha önce ağrı yaşama durumu ile ağrı inançları ölçek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Ağrı sıklığı arttıkça psikolojik inançlar puanı anlamlı düzeyde artarken ($p < 0.05$), yine ağrı şiddetinin artması organik ve psikolojik inançlar puanının anlamı düzeyde artırmıştır ($p < 0.05$). Ağrı nedeninin hastalık olduğunu düşünenlerin organik inançlar puanı ($p < 0.05$), ağrıya nazar gibi diğer inançların neden olduğunu düşünenlerin ise organik ve psikolojik inançlar puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Ağrı yönetiminde dikkatini başka yöne verme yöntemini kullanan öğrencilerin psikolojik inançlar puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p < 0.05$). Ağrı kontrolünün tarıda olduğuna inanların organik inançlar puanı, inanmayanların ise psikolojik inançlar puanının anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (Bkz. Tablo 4).

Ağrı yeri, ağrı ile ilgili daha önce bilgi alma durumu ile ağrı inançları ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 4. Ağrıyla başetme ile ilgili özellikler (n=366)

Alt Boyutlar	Organik İnançlar Medyan (25-75) Persantil Ort±SS	Psikolojik İnançlar Medyan (25-75) Persantil Ort±SS
Cinsiyet*		
Kadın	3.50 (3.12-3.75) 3.44±.03	5.00 (4.50-5.50) 4.92±.04
Erkek	3.37 (3.12-3.87) 3.48±.05	4.50 (4.00-5.25) 4.53±.08
p/Z	p=.748 / Z=13.332	p<0.001 / Z= 9.268
Ağrı sıklığı**		
Hiçbir zaman	3.50 (3.00-3.87) 3.45±.10	4.50 (4.00-5.50) 4.71±.14
Nadiren	3.37 (3.12-3.75) 3.42±.03	4.75 (4.25-5.25) 4.78±.04
Sıklıkla	3.50 (3.25-3.75) 3.52±.05	5.00 (4.50-5.62) 5.00±.08
Her zaman	3.50 (3.25-3.87) 3.71±.17	4.25 (3.75-5.00) 4.38±.24
p/ KW	p=.229 / KW=4.324	p=.025 / KW=9.339
Ağrı Şiddeti*		
Hafif	3.50 (3.12-3.81) 3.44±.06	4.50 (4.00-5.12) 4.52±.09
Orta	3.37 (3.00-3.62) 3.39±.03	4.75 (4.25-5.50) 4.85±.05
Şiddetli	3.62 (3.25-4.09) 3.63±.06	5.00 (4.50-5.50) 4.94±.07
Çok şiddetli	3.56 (3.37-3.71) 3.59±.12	5.00 (4.12-5.68) 4.96±.21
p/KW	p=.003 / KW=15.815	p=.016 / KW=12.233
Ağrı nedeni olabilecek faktörler		
Yorgunluk-uykusuzluk*		
Evet	3.50 (3.12-3.75) 3.42±.03	4.75 (4.25-5.50) 4.82±.05
Hayır	3.50 (3.12-3.87) 3.51±.05	4.75 (4.25-5.25) 4.80±.06
p/Z	p=.234 / Z=16.200	p=.811 / Z=14.834
Ağrı nedeni olabilecek faktörler		
Hastalık*		
Evet	3.62 (3.25-4.00) 3.58±.04	5.00 (4.50-5.50) 4.93±.06
Hayır	3.37 (3.00-3.62) 3.40±.03	4.75 (4.25-5.50) 4.76±.04
p/Z	p=.001 / Z=11.550	p=.052 / Z=12.739
Ağrı nedeni olabilecek faktörler		
Psikolojik*		
Evet	3.50 (3.12-3.75) 3.51±.05	4.75 (4.37-5.50) 4.84±.06
Hayır	3.37 (3.12-3.75) 3.44±.03	4.75 (4.25-5.50) 4.80±.04
p/Z	p=.264 / Z=11.713	p=.916 / Z=12.602
Ağrı nedeni olabilecek faktörler		
İnançlar (Nazar, negatif enerji vb).*		
Evet	3.62 (3.31-3.87) 3.66±.11	5.25 (4.75-5.87) 5.23±.13
Hayır	3.37 (3.12-3.75) 3.44±.02	4.75 (4.25-5.25) 4.78±.04
p/Z	p=.044 / Z=3.236	p=.005 / Z=2.838
Ağrının kontrolü Tanrıda*		
Evet	3.62 (3.31-3.87) 3.62±.06	4.50 (4.00-5.50) 4.61±.10
Hayır	3.37 (3.00-3.75) 3.42±.02	5.00 (4.50-5.50) 4.86±.04
p/Z	p=.002 / Z=4.448	p=.018 / Z=11.598

*Mann-Whitney U test, **Kruskal Wallis Test, ağrı şiddeti değişkeninde dayanılmaz grubunda 2 birim olduğu için grup dışı bırakılmıştır.

Sonuç ve Tartışma

Çok boyutlu bir kavram olan ağrı yaşamın her döneminde bireylerin deneyebildiği bir belirtidir (19,20). Çalışmada öğrencilerin yarıdan fazlasının daha önce ağrı yakınması deneyimlediği görülmüştür. Yılmaz ve Atay (2014)'in çalışmasında da benzer biçimde hemşirelik öğrencilerinin %95.9'u bireysel olarak ağrı deneyimi yaşadığını belirtmiştir (19). Özveren ve Uçar (2009)'in çalışmasında da öğrenci

hemşirelerin %94.3'ünün yaşamlarında en az bir kez ağrı deneyimi yaşadıkları belirtilmiştir (21). Çalışmada öğrencilerin yarıdan fazlası bireysel ağrı deneyimlerinde ağrıyla baş etmede ağrı kesici kullanmadığını belirtirken, öğrenciler stajlarda ağrı yönetiminde başvurulan girişimin ise sıklıkla ağrı kesici uygulama olduğunu ifade etmişlerdir. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da ağrı yönetiminde sıklıkla tercih edilen yöntemin ağrıyı değerlendirme ve farmakolojik

uygulamaları kullanma olduğu belirtilmiştir (19,20). Ayrıca çalışmalarda ağrı yönetiminde non-farmakolojik ve farmakolojik yöntemlerin birlikte kullanımının da tercih edilen yöntemler arasında olduğu fakat bu oranın ise genellikle düşük olduğu belirtilmiştir (21,22). Çeşitli çalışmalarda da klinikte çalışan hemşirelerin ağırlı olan hastaya müdahalede birincil olarak ağrı kesici uygulamayı tercih ettiği görülmektedir (23,24). Öğrencilerin ağrı yönetimindeki tercihlerinin; klinikte hemşireler tarafından yaygın olarak kullanılan farmakolojik uygulamaların rol-model alınarak uygulanması, bu yöntemin uygulayıcı tarafından zaman almayan bir yöntem olarak görülmesi, hastanın ağrı yakınmasını hızlı bir biçimde ortadan kaldırması gibi nedenlerden etkilendiği düşünülmektedir.

Çalışmada öğrencilerin çoğunluğu ağrı kontrolünün kişinin kendisinde olduğunu belirtirken öğrencilerin yarıdan azı ağrı kontrolünün hemşirede ya da doktorda olduğuna inanmaktadır. Ayrıca çalışmada ağrı kontrolünün tanıda olduğuna inananların organik inançlar puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Babadağ ve ark.nın (2015) çalışmasında algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıya başa çıkma durumları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu çalışmada da çalışmamızla benzer biçimde ağrı kontrolünün tanıda olduğuna inananların organik inançları yüksek ve bu kişilerin ağrıya baş etmede çaresizlik yaşamaları yüksek bulunmuştur (11). Bu durum; özellikle bireylerin ağrı kontrolünde kendileri dışındaki dış faktörlerin etkisinde olduğuna inanmaları bireylerin ağrı karşısında çaresiz ve umutsuz hissetmelerine yol açmaktadır.

Çalışmada öğrencilerden ağrının nedeninin hastalık olduğunu düşünenlerin organik inançlar puanı yüksek bulunmuştur. Organik inançlar ağrının kökeninin vücutta bir yaralanmanın sonucunda oluştuğu düşüncesine dayanmaktadır (9). Baird & Sheffield (2016)'ın kronik bel ağrısı hastalarının ağrı inançlarının fiziksel ve mental sağlık üzerine direkt ve indirekt etkisini inceleyen çalışmasında ağrı ile ilgili organik inançların (biyomedikal) anksiyete, depresyon ve yetersizliğe neden olduğu belirtilmiştir (25). Bireylerin organik inançlarının yüksek olması ağrıya baş etmede güçlük yaşamalarına sebep olduğu görülmektedir.

Ayrıca; çalışmada öğrenciler arasında ağrıya nazar gibi diğer dışsal faktörlerin neden olduğu inancına

sahip olanların ise organik ve psikolojik inançlar puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Oliveria ve ark.nın (2012) çalışmasında kronik bel ağrısı yaşayan hastaların özellikle ağrı ile ilgili dışsal faktörlere olan inançlarının yüksek olması durumunda; egzersiz gibi aktif girişimlerden yarar sağlama beklentilerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (26). Bunun yanında; Nicholas ve ark.nın çalışmasında (2011) sahip olunan üç ağrı inancının ağrı hastalarında tedavideki prognozunun kötüleşmesine sebep olduğu ifade edilmiştir. Bu inançlar ise; ağrıyı felaketleştirme (ağrıyı aşırı biçimde abartma, ağrıyı olumsuz yorumlama), korkudan kaçınma (tüm aktivitelerin ağrıdan kaçınma ile ilgili olması gerektiği inancı), iyileşme ile ilgili beklentinin düşük olması şeklinde ifade edilmiştir (27). Linton & Shaw (2011) ağrı deneyiminde psikolojik faktörlerin etkisini inceleyen çalışmasında; ağrı inançlar ve tutumların bireylerin görüşlerinden etkilendiği belirtilmiştir (28). Dolayısıyla; bireylerin ağrı yönetiminde ağrı inançlarının sorgulanması ve ağrı tedavisi ve bakımında bireyin ağrı inançlarına yönelik tercihlerinin göz önüne alınması önemlidir.

Sonuç olarak; bireylerin ağrı inançlarının ağrıya başa çıkma durumlarını, ağrıya karşı tutum ve davranışlarını, tedavi sürecini etkileyebileceği görülmektedir. Buna göre, özellikle lisans düzeyindeki eğitimde sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin ağrı inançlarının değerlendirilerek eğitimlerin verilmesi ağrı yönetiminde daha başarılı sonuçların elde edilmesini sağlayacaktır.

İletişim: Burcu Babadağ

E-posta: burcubabadag1@gmail.com

Kaynaklar

1. Basler M, Chaudhari M, Dunbar M, McGhie J, Serpell M, & Williams L. Handbook of Pain Management. M. Serpell (Ed.); 2011.
2. Çeliker R. Kronik ağrı sendromları. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi 2005; 51 (Özel Ek B), B14- B18.
3. Peker Salt D. Ağrı yakınması olan hastalarda yaşam kalitesi, başa çıkma tutumları ve depresif belirtilerin ağrı algısı ile ilişkisi. (Uzmanlık Tezi), Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın; 2007.
4. Babadağ B, Balcı Alparlan. Algoloji hastalarının ağrı inançları ile ağrıya başa çıkma durumları arasındaki ilişki. (Yüksek Lisans Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir; 2014.

5. Turk DC. The role of psychological factors in chronic pain. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 1999; 43 (9): 885-888.
6. Ellis A. Rational Emotive Behavior Therapy. In: Feltham C, ed. *Which Psychotherapy?: Leading Exponents Explain Their Differences* 1997; pp. 51-68.
7. Sharp DM, Walker MB, Chaturvedi A, Upadhyay S, Hamid A, Walker AA, Bateman JS, Braid F, Ellwood K, Hebblewhite C, Hope T, Lines M, Walker LG. A randomised, controlled trial of the psychological effects of reflexology in early breast cancer. *European Journal of Cancer* 2010; 46 (2): 312-322.
8. Baird AJ, Haslam RA. Exploring differences in pain beliefs within and between a large nonclinical (workplace) population and a clinical (chronic low back pain) population using the pain beliefs questionnaire. *Physical Therapy* 2013; 93 (12): 1615-1624.
9. Walsh DA, Radcliffe JC. Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain* 2002; 97 (1): 23-31.
10. Cornally N, McCarthy G. Chronic pain: the help-seeking behavior, attitudes, and beliefs of older adults living in the community. *Pain Management Nursing* 2011; 12 (4): 206-217.
11. Babadağ B, Balcı Alparslan G, Güleç S. The relationship between pain beliefs and coping with pain of algology patients'. *Pain Management Nursing* 2015; 16 (6): 910-919.
12. Bloch C. Hispanic nurses' knowledge of and approach to pain assessment and management. *Journal of Transcultural Nursing* 2016; 1-8.
13. Young JL, Horton FM, Davidhizar R. Nursing attitudes and beliefs in pain assessment and management 2006; 53 (4): 412-421.
14. Zwakhalen SMG, Hamers JPH, Peijnenburg RHA, Berger MPF. Nursing staff knowledge and beliefs about pain in elderly nursing home residents with dementia. *Pain Research and Management* 2007; 12 (3): 177-184.
15. Mitchell T, O'Sullivan PB, Smith A, Burnett AF, Straker L, Thornton J, Rudd CJ. Biopsychosocial factors are associated with low back pain in female nursing students: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies* 2009; 46: 678-688.
16. Ferrell BR, McCaffrey M. Knowledge and attitudes survey regarding pain. Retrieved from: <http://prc/coh.org>. Accessed December 18, 2015.
17. Edwards LC, Pearce SA, Turner-Stokes L, Jones A. The pain beliefs questionnaire: an investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain* 1992; 51 (3): 267-272.
18. Berk HÖ. Kronik ağrı yaşantısı ve ağrı inançları: ağrı inançları ölçeği'nin türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. (Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul; 2006.
19. Yılmaz F, Atay S. Hemşirelik öğrencilerinin klinik ağrı yönetimi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2014;1 (2):32-41.
20. Yılmaz M, Özüm Ü, Gürler H, Çifçi ES. Sağlık alanında eğitim alan üniversite öğrencilerinin ağrı kavramına ilişkin bilgileri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2010; 2: 17-27.
21. Özveren H, Uçar H. Öğrenci hemşirelerin ağrı kontrolünde kullanılan farmakolojik olmayan bazı yöntemlere ilişkin bilgileri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2009; 59-72.
22. Uslay Keskin T, Yeşilfidan D, Adana F, Okyay P. Perimenstrual symptoms of Aydin health faculty students and coping methods. *TAF Prev Med Bull* 2016; 15 (5): 382-388.
23. Ay F, Alpar ŞE. Postoperatif ağrı ve hemşirelik uygulamaları. *Ağrı* 2010; 22 (1): 21-29.
24. Akcan E, Yiğit R. Türkiye'de yenidoğan kliniklerinde çalışan hemşire ve hekimlerin yenidoğanda ağrı yönetimi ile ilgili yaklaşımları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; (3):147-153.
25. Baird A, David S. The relationship between pain beliefs and physical and mental health outcome measures in chronic low back pain: direct and indirect effects. *Healthcare* 2016; 4 (58):1-11.
26. Oliveira TH, Oliveira VC, Melo RC, Melo RM, Freitas AE, Ferreira PH, Fisioter RB, Carlos S. Patients in treatment for chronic low back pain have higher externalised beliefs: a cross-sectional study 2012; 16 (1):35-9.
27. Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early identification and management of psychological risk factors ("yellow flags") in patients with low back pain: a reappraisal. *Physical Therapy* 2011; 91 (5):737-753.
28. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy* 2011; 91 (5): 700-711.



Dr. Esra Bilgin¹, Dr. Yeşim Gökçe Kutsal²

Geliş/Received : 08.07.2017

Kabul/Accepted : 01.09.2017

Öz

Bilgisayarlar iletişim ve teknolojik açıdan sağlık sistemlerini geliştirmek için kullanılıyor olsa da, bilgisayar kullanımı ile ilişkili sağlık sorunlarına da neden olabilmektedir. Son yıllarda çalışma ortamları bilgisayarların yoğun kullanımı nedeniyle büyük ölçüde değişmiş durumdadır. Bu durum da modern toplumlarda boyun ve üst ekstremitelerde bilgisayar kullanımına bağlı kas-iskelet yakınmalarının artışına neden olmaktadır. Araştırmacılara göre; ağrı ve rahatsızlıklar yalnızca boyun, omuz ve sırt bölgelerinde değil, ellerde, parmaklarda ve dirseklerde de olabilmektedir. Kas iskelet sorunlarının ortaya çıkma riskinin bilgisayar başında geçirilen zamana bağlı olarak artabileceği gösterilmiştir. Günlük yaşamda orta düzeyden şiddetliye kadar varabilen kas iskelet belirtileri genellikle 2 saatten daha fazla bilgisayar başında oturmadan kaynaklanmaktadır. Koruyucu yaklaşımlar kapsamında konu ile ilgili farkındalığın artırılması, kas iskelet sistemi için gerekli refah ve konforunun sağlanması, eğitim, ergonomik çalışma ortamlarının oluşturulması ve iş yükünün optimal düzeye ayarlanması yer almaktadır. Ayrıca çalışanlarda düzgün postürün korunması, sağlıklı çalışma ortamlarının oluşturulması da özellikle çalışmaların daha kolay ve tolere edilebilir boyutta olabilmesi için önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Bilgisayar kullanımı, Kas iskelet ağrısı, Ergonomi

Abstract

Although communication and technology are being used to improve health care systems, there are also health hazards associated with the use of computers. In recent years, intense use of computers has changed the work environment drastically and consequently, computer work-related musculoskeletal complaints in the neck and upper extremities are more common in modern societies. According to the researchers, computer use induces pain and discomfort not only in the neck-shoulder and back regions, but also in the hands, fingers and elbows. It has been shown that, the risk of developing musculoskeletal pain becomes greater with an increase in the amount of time spent on computer. In everyday life, the musculoskeletal symptoms causing moderate-to-severe pain usually derive from the use of computer 2 hours or more a day. The preventive measures should include the awareness about the problem, promoting well-being and comfort for musculoskeletal system, education, improving ergonomics in work environment and workload optimization at the workplace. Besides, proper working posture should be maintained, healthy working conditions must be provided, which would make the work easier and more tolerable.

Key words: Computer use, Musculoskeletal pain, Ergonomics,

1 Arş. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD. Ankara

2 Öğr. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon AD. Ankara

Giriş

Bilgisayarlar, yaklaşık 200 yıl önce prototipi ortaya çıkan, sayma ve hesap yapma gibi yüzyıllardır var olan gereksinimleri karşılamak amacıyla geliştirilen aletlerdir (1). Yaklaşık 30 yıldır giderek artan sayıda insan gerek evlerinde, gerekse iş yerlerinde kişisel bilgisayarlar kullanmaktadır (2). Gelişen teknoloji ve artan gereksinimler bilgisayarları hızlı bir biçimde değiştirirken, bilgisayarlar günlük yaşamın ve iş yaşamının vazgeçilmez bir parçası haline gelmiş durumdadır.

Bilgisayarların ofis yaşantısına girişi çalışanların iş kapsamalarında birçok değişikliğe neden olmuştur. Bilgisayar kullanımından önceki dönemlerde sıradan bir ofis çalışanı gün içinde okuma, yazma, daktilo kullanma gibi birçok değişik faaliyette bulunarak, değişik kas gruplarını çalıştırıyordu. Dolayısıyla bazı kas gruplarına doğal molalar sağlanmış oluyor ve kişilerin postürleri de gün içinde devamlı değişikliğe uğruyordu.

Tüm bu ofis işlerinin bilgisayar vasıtasıyla yapılmaya başlanması sonrasında çalışanlar günün büyük çoğunluğunu ara vermeksizin aynı postürde ve yineleyen aynı hareketleri yaparak geçirir duruma geldiler (2,3). Bunların yanı sıra gelişen bilişim teknolojilerinin hızlandığı modern iş dünyası çalışanlara daha katı zaman kısıtlamaları getirdi.

Kas iskelet sistemi yakınmaları

Kas iskelet sistemi bozuklukları Avrupa'da, iş ile ilişkili problemler arasında en yaygın olanlardır (4). Çalışanlarda kas iskelet sistemi yakınmalarının oluşmasında kişisel, fiziksel, psikososyal ve organizasyonel faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (5).

Birçok epidemiyolojik çalışmada da bilgisayar kullanan çalışanlarda kas iskelet sistemi yakınmalarının oldukça yaygın olduğu gösterilmiştir (4). Özellikle boyun ve üst ekstremite sorunlarının bilgisayar kullanımıyla ilişkili olduğunu inceleyen yayınlarda son yıllarda büyük bir artış olmuştur (6). Bilimsel literatürde bilgisayar kullanımının boyun ve üst ekstremite kas iskelet sistemi sorunları için risk faktörü olduğunu öne süren yayınlar vardır. Bilgisayar kullanımının yaygınlığı göz önüne alındığında bu risk ilişkisi küçük dahi olsa sebep olabileceği halk sağlığı sorununun büyüklüğü ve dolayısı ile önemi anlaşılacaktır (3).

Dolayısıyla risk faktörlerinin ve neden olduğu sağlık problemlerinin ayrıntılı olarak ortaya konması, neden sonuç ilişkilerinin gösterilmesi ve eğer varsa miktar-etki eşikleri ve düzeylerinin belirlenmesi önleyici önlemlerin alınması açısından gereklidir.

Son yıllarda bilgisayar ile çalışma ve boyun-üst ekstremite sorunlarını ele alan birçok sistemik derleme yayınlanmasına karşın çoğunlukla varılan sonuçlar birbiriyle uyuşmamakta, dolayısıyla konu aydınlanmak yerine biraz daha bulanmaktadır (6).

Estonya'da bilgisayarla çalışan ofis çalışanları arasında yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, katılımcıların %77'si son 12 ay içinde en az bir anatomik bölgede ağrıdan yakınmışlardır. %51'lik oranla boyun ağrısı en sık yakınma olurken onu %35 ile el ve el bilek ağrıları, %30 ile de omuz ağrıları izlemektedir (7).

Çin'de yine işlerinin büyük çoğunluğunda bilgisayar kullanan ofis çalışanlarında yapılan bir çalışmada iş ilişkili kas iskelet sistemi sorunları %55,5 ile en sık boyunda belirtilirken, onu %50,7 ile omuz, %31,5 ile el ve el bilek izlemektedir (8). Buna karşın Hindistan'da bilgisayar sistemi ile çalışan bankacılar arasında yapılan çalışmada son 12 aydaki kas iskelet sistemi yakınmaları arasında boyun ağrıları %38,6, el ve el bilek ağrıları %36,8, omuz ağrıları ise %15,2 olarak bulunmuştur (9). Litvanya'da kamu sektöründe bilgisayar ile çalışanlar arasında yapılan bir başka çalışmada prevalanslar omuz ağrısı için %50,5, dirsek ağrısı için %20,3, el ve el bilek ağrısı içinse %26,3 olarak bulunmuştur (4).

Bilgisayar kullanımının ağırlıkta olduğu bir işte çalışırken uzun süre aynı postürde kalmak düşük kas aktivitesi gerektiren bir iş gibi değerlendirilse de, bu tip kas kasılmalarının kronik ağrıya neden olabileceği düşünülmektedir. "Cinderella lifleri" hipotezine göre, uzun süreli kasılmaların neden olduğu damar tıkanıklıkları yorgunluğa ve bazı kas liflerinde dejenerasyona yol açabilmekte, bu liflerin onarımı ise daha uzun zamanda ve zayıf olmaktadır (2). Bu yüzden çalışma düzeni içinde kaslara tam gevşeme sağlayacak düzenlemeler yapılmasının önemli olduğu belirtilmektedir.

Kasların gevşemesini sağlayacak öneriler, molalar ve üst ekstremiteyi çalışma esnasında uygun biçimde destekleyecek çalışma ortamı

modifikasyonlarıdır. İş yaşamına molalar eklemek zor olduğu gibi bu molaların sıklığı ve süresiyle ilgili yeterli bilgi yoktur. Bilgisayar kullanımı ve boyun üst ekstremitelere sorunlarını ele alan ve sayıları her geçen yıl artan çalışmalarda, üst ekstremiteleri uygun biçimde destekleyecek çalışma alanı düzenlemelerinin etkinliğini destekleyen sonuçlar vardır (2,5,10-12).

Boyun ve omuz rahatsızlıkları

Boyun ve omuz ağrısı ve rahatsızlıklarının bilgisayar kullanımı ile ilişkisini ortaya koymaya çalışan birçok araştırma ve derleme vardır. Çalışmaların çoğunda boyun ve omuz rahatsızlıkları analizlerde aynı grupta değerlendirilmektedir.

Gergin boyun sendromu olarak tanımlanan durum; boyun ağrısı ve boyun kaslarında palpasyon ya da hareketle ortaya çıkan hassasiyet ile karakterize bir durumdur. Bilgisayar kullanımını inceleyen çalışmalarda boyun bölgesi ile ilgili en sık konulan tanı olduğu dikkati çekmektedir. Omuz bölgesi ile ilgili olarak en sık konulan tanı ise omuz tendinitidir (5).

İşe yeni başlayan 632 çalışan ile yapılan prospektif bir çalışmada dirseğin klavyenin 'J' harfi seviyesinin altında oluşunun boyun ve omuz rahatsızlığı riskini artırdığı, dirsek iç açısının $>121^\circ$ olması, öne doğru boyun eğimi ve kol desteği olan sandalye kullanımının ise koruyucu olduğu gösterilmiştir (11).

Altı binin üzerinde katılımcı ile yapılan prospektif bir çalışma olan NUDATA çalışmasında haftada 15-20 saati aşan fare kullanımının gergin boyun sendromu riskini artırdığı ve aralarında neden sonuç ilişkisi olduğu gösterilmiş, fakat klavye kullanımı için benzer ilişki gösterilememiştir. Yine sağ omuz yakınmaları ile fare kullanımı arasında neden sonuç ilişkisi gösterilebilmiş, klavye kullanımı ile de bu yakınmalara yatkınlık tespit edilmiştir. Fakat bu çalışma ön kol desteğinin koruyucu etkisini gösterememiştir (13).

Çoğunluğunu kadınların oluşturduğu 182 çağrı merkezi çalışanı ile yapılan bir müdahale çalışması ise geniş ön kol desteğinin boyun ve omuz yakınmalarını azalttığını desteklemektedir (12). 148 hava trafik düzenleyicisinin kullandıkları bilgisayar sisteminin, yalnızca fare kullanımı temelli olan ve bu nedenle daha kısıtlı bir postüre neden olan yeni bir sistemle değiştirilmesi sonrası

yapılan çalışmada, boyun ve omuz rahatsızlıklarında anlamlı artış yalnızca katılımcıların genç olan yarısında gösterilmiştir (14).

Konu ile ilgili 26 çalışmanın değerlendirildiği bir sistemik derlemede tek başına bilgisayar kullanımı ve fare kullanımı ile gergin boyun sendromu arasındaki nedensel ilişkiyi gösteren kanıtların sınırlı olduğu, klavye kullanımıyla ise nedensel ilişki olmadığı bulunmuştur.

Çalışma tekniği ve ortamını ilgilendiren durumlar ile gergin boyun sendromunun nedensel ilişkisini gösteren belirteçler bulunmuştur. Bu durumlar ön kol desteği olmadan, ön kolun doğal olmayan pozisyonlarında ya da boyun fleksiyonda olarak çalışmaktır. Aynı derlemede bilgisayar ile çalışma, fare ve klavye kullanım saatleri ile omuz tendiniti arasındaki nedensel ilişkiye dair yetersiz kanıt olduğu sonucuna varılmıştır (5).

Başka bir derlemede ise; klavyenin dirsek seviyesi ya da altına yerleştirilmesi ve kolların masaya ya da sandalye desteğine yerleştirilmesinin boyun ve omuz rahatsızlığı riskini azalttığı şeklinde değerlendirme yapılmıştır (3).

Dirsek rahatsızlıkları

Dirsek rahatsızlıkları olarak medial ve lateral epikondilitin bilgisayar kullanımı ile ilişkisi gösterilmeye çalışılmış ve yayınların büyük kısmında bu tanıları aynı grupta birlikte analiz edilmiştir.

NUDATA çalışmasında fare ve klavye kullanımı ile klinik epikondilit tanısı arasında ilişki bulunamamıştır. Fakat çalışmada dirsek ağrısı olan hastaların sayısındaki azlık muhtemel ilişkiyi istatistiksel olarak göstermeyi zorlaştırmıştır. Bu çalışmada haftada 5 saatin üzerinde fare kullanımı ile şiddetli dirsek ağrısı arasında neden sonuç ilişkisini gösteren %25 artmış odds oranı tespit edilmiş, fakat eşik değer tespit edilememiştir. Klavye kullanımı ile ise benzer ilişki bulunamamıştır. Kol desteği ise fare kullanımına bağlı şiddetli dirsek ağrısı riskini azaltmamıştır (10).

Bir sistematik derlemede bilgisayar ile çalışma, fare ve klavye kullanım saatleri ile epikondilit tanısı arasındaki nedensel ilişkiye dair yetersiz kanıt olduğu sonucuna varılmıştır (5).

El bileği ve el rahatsızlıkları

El bileği ve el rahatsızlıkları olarak fleksör-ekstansör tendinitleri ve De Quervein sendromunun bilgisayar kullanımı ile ilişkisi gösterilmeye çalışılmış ve yayınların büyük kısmında bu tanımlar aynı grupta birlikte analiz edilmiştir.

İşe yeni başlayan 632 çalışan ile yapılan prospektif bir çalışmada haftalık klavye kullanımındaki her bir saatlik artış için el ve kol tanılarında %4'lük risk artışı tespit edilmiştir. Bu çalışmada ön kol desteği şeklinde değerlendirilebilecek bir düzenleme olan klavyenin "J" tuşunun masa kenarına olan horizontal uzaklığının 12cm'den fazla olmasının el ve kol yakınmaları ve rahatsızlıkları açısından riski azalttığı gösterilmiştir. Klavyenin yüksek yerleşimi yani "J" tuşunun masa yüzeyinden 3,5 cm'den fazla yüksek oluşu ve fare kullanırken 5°'den fazla radyal deviyasyon yapılması el ve kol rahatsızlıkları için risk faktörleri olarak tespit edilmiştir. Klavye önünde el bilek desteği kullanımının ise el ve kol rahatsızlıkları riskini ikiye katladığı gözlenmiştir (11).

Altı binin üzerinde katılımcı ile yapılan NUDATA çalışmasında el bileği tendiniti tanısı alan hasta sayısı çok düşük kalmış ve bunun bilgisayar kullanımı ile ilişkisi gösterilememiştir. Haftada 5 saatten fazla fare kullanımının el ve el bilek ağrısı için odds oranını artırdığı, aralarında neden sonuç ilişkisi olduğu tespit edilmiş ancak eşik değeri gösterilememiştir (10).

Çağrı merkezi çalışanları ile yapılan bir müdahale çalışmasında alternatif fare ve ön kol desteğinin sol kol için el ve kol rahatsızlıklarını azalttığı gösterilmiş fakat aynı etki sağ tarafta gösterilememiştir (12).

Bir derlemede el bileği ekstansiyonundaki artışın el bileği ve el rahatsızlıkları için artmış riskle ilişkili olduğuna dair bazı kanıtlar olduğundan bahsedilmektedir (3).

Bir sistematik derlemede bilgisayar ile çalışma, fare ve klavye kullanım saatleri ile el bilek tendinitleri arasındaki nedensel ilişkiye dair sınırlı kanıt olduğu sonucuna varılmıştır. Ön kol desteği, alçak klavye ve vertikal fare düzenlemeleri ile el bilek tendiniti riskinin azaltılabileceği belirtilmiştir. Klavye kullanımı sırasında el bilek desteği ve ulnar deviyasyonun ise bu riski artırabileceği eklenmiştir (5).

Karpal tünel sendromu (KTS)

Bilgisayar ile çalışırken fare ve klavye kullanımının KTS ile ilişkisi uzun zamandır üzerinde durulan bir durumdur ve tek başına birçok çalışma ve derlemeye konu olmuştur. Bilgisayar kullanımının KTS üzerine etkisi tam anlamıyla bilinmemektedir. Ofis çalışanlarında yapılan çalışmalar bilgisayar kullanımı ile KTS arasında genellikle zayıf fakat muhtemelen anlamlı bir ilişki göstermektedir (15).

Yine NUDATA çalışmasında haftada 20 saati geçen fare kullanımı ile muhtemel KTS tanısı arasında ilişki tespit edilmiştir fakat aynı durum klavye kullanımında gösterilememiştir (10). Altı çalışmayı içeren bir meta-analizde yoğun biçimde fare ve klavye kullanımının KTS üzerine olumsuz etkilerinin ancak günlük 4 saati geçen kullanımlarda söz konusu olabileceği sonucuna varılmıştır. Bu meta-analizde fazla bilgisayar kullanımı, özellikle de fare kullanımı ve KTS belirtileri arasında ilişki olduğu öne sürülmüştür, ancak kanıt düzeyi düşüktür. Bilgisayar kullanımı ile ilgili daha objektif değerlendirmelerin yapıldığı ve KTS tanısının sinir iletim çalışmaları ile desteklendiği prospektif çalışmalara ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (15).

Sistematik derlemelerin değerlendirildiği bir yayında ise bilgisayar kullanımı ile KTS arasındaki neden sonuç ilişkisine dair kanıtların yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır (16).

Psikososyal boyut

Bilgisayarların üst ekstremitelerde sorunlara neden oldukları bilinmekle birlikte, bu sorunların psikososyal faktörler ile ilişkilerini ve ayrıca cinse bağlı değişiklikler olup olmadığını araştıran fazla çalışma bulunmamaktadır. Bu amaçla Quebec'de 2478 çalışanın incelendiği bir araştırmada; her iki cinste de yoğun iş temposunun ve emosyonel olarak zorlayan iş taleplerinin kas iskelet sorunlarını artırdığı belirlenmiştir. Ek olarak kadınlarda bilgisayar kullanım süresinin fazla olması, müşteriler ile gerginliklere neden olan durumlar, yüksek kantitatif talepler, ödüllendirmenin olmaması ağrılar ile ilintili bulunmuştur. Erkeklerde ise çalışma arkadaşlarının desteklerinin olmaması, işsizlik dönemlerinin uzunluğu ve iş güvenliğinin olmaması gibi faktörler etkin bulunmuştur (17).

Bir başka çalışmada ise farklı bilgisayar modellerinin farklı amaçlar ile kullanımlarının adaleler üzerindeki stresi ve buna bağlı ağrıyı artırıp artırmadığı araştırılmıştır (18). Dört farklı

bilgisayarda 16 kombinasyonun 4 farklı amaçla kullanımları sırasında ön kol, omuz ve servikal bölgelerdeki adalelerin elektromiyografik kayıtları alınmıştır. Tablet ve akıllı telefon kullanımlarının masaüstü ve diz üstü bilgisayarlara oranla daha az adale zorlanmasına neden olduğu saptanmıştır. En iyi performansın ise rahat çevre koşullarının oluşturulması ile elde edildiği, bununla birlikte stres oluşturan koşullarda bile kullanıcının en rahat konumda olduğu ve deneyimi olan cihazı kullandığı durumlarda performansın arttığı belirlenmiştir.

Sonuç

Bilgisayar kullanımı ile üst ekstremité yakınmalarının ilişkisine dair 17 derlemenin gözden geçirildiği yayının ışığında bir sonuca varacak olursak, derlemeler ağrı yakınmaları ile bilgisayar kullanımının yoğunluğu arasında bir ilişkiyi göstermektedir. Klavye ya da fare kullanımı esnasında akut ve geçici ağrı oluşma riskinin arttığına dair orta-yüksek düzeyde kanıt vardır, ancak bu durumun nedenselliği hala kesin değildir. Yine bilgisayar kullanımı ile özgül boyun ve üst ekstremité tanıları arasında nedensel bir ilişki olduğuna dair kanıt yoktur.

Ancak ağrı algısı ve subjektif rahatsızlık hissinin bilgisayar kullanımı ile muhtemel ilişkisi, nedensel olsun ya da olmasın, önemsiz bir konu değildir. Bu durumun neden olabileceği iş gücü kaybı, çalışan rahatsızlığı ve iş ortamında psikososyal negatif etkileri iş yaşamındaki ve iş sağlığı ile ilgilenen herkesin üzerinde durması gereken sorunlardır. Çözüm noktasına gelindiğinde ise konu biraz karmaşık bir hal almaktadır. Özellikle bazı ergonomik müdahalelerin etkinliği konusunda sınırlı kanıt olduğuna dikkat çekilmektedir. Bu müdahalelerin yapılacağına birden fazla hedefe yönelik stratejiler şeklinde yapılmasının en iyi faydayı sağlayacağı öne sürülmektedir (5,6).

İletişim: Dr. Esra Bilgin

E-posta: dr.esrabilgin@gmail.com

Kaynaklar

1. Halacy, D.S., Charles Babbage, father of the computer. Crowell-Collier Press, New York 1970, 170
2. Delisle, A., et al., Comparison of three computer office workstations offering forearm support: impact on upper limb posture and muscle activation. *Ergonomics*, 2006. 49(2):139-60.
3. Gerr, F., M. Marcus, and C. Monteilh, Epidemiology of musculoskeletal disorders among computer users: lesson learned from the role of posture and keyboard use. *J Electromyogr Kinesiol*, 2004. 14(1): 25-31.

4. Kaliniene, G., et al., Associations between musculoskeletal pain and work-related factors among public service sector computer workers in Kaunas County, Lithuania. *BMC Musculoskelet Disord*, 2016. 17(1): 420.
5. Waersted, M., T.N. Hanvold, and K.B. Veiersted, Computer work and musculoskeletal disorders of the neck and upper extremity: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*, 2010. 11:79.
6. Andersen, J.H., et al., Risk factors for neck and upper extremity disorders among computers users and the effect of interventions: an overview of systematic reviews. *PLoS One*, 2011. 6(5): e19691.
7. Oha, K., et al., Individual and work-related risk factors for musculoskeletal pain: a cross-sectional study among Estonian computer users. *BMC Musculoskelet Disord*, 2014. 15:181.
8. Wu, S., et al., Visual display terminal use increases the prevalence and risk of work-related musculoskeletal disorders among Chinese office workers: a cross-sectional study. *J Occup Health*, 2012. 54(1): 34-43.
9. Moom, R.K., L.P. Sing, and N. Moom, Prevalence of Musculoskeletal Disorder among Computer Bank Office Employees in Punjab (India): A Case Study. *Procedia Manufacturing*, 2015. 3: 6624-31.
10. Lassen, C.F., et al., Elbow and wrist/hand symptoms among 6,943 computer operators: a 1-year follow-up study (the NUDATA study). *Am J Ind Med*, 2004. 46(5): 521-33.
11. Marcus, M., et al., A prospective study of computer users: II. Postural risk factors for musculoskeletal symptoms and disorders. *Am J Ind Med*, 2002. 41(4): 236-49.
12. Rempel, D.M., et al., A randomised controlled trial evaluating the effects of two workstation interventions on upper body pain and incident musculoskeletal disorders among computer operators. *Occup Environ Med*, 2006. 63(5):300-6.
13. Brandt, L.P.A., et al., Neck and shoulder symptoms and disorders among Danish computer workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2004. 30(5):399-409.
14. Arvidsson, I., A. Axmon, and S. Skerfving, Follow-up study of musculoskeletal disorders 20 months after the introduction of a mouse-based computer system. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2008. 34(5): 374-80.
15. Shiri, R. and K. Falah-Hassani, Computer use and carpal tunnel syndrome: A meta-analysis. *J Neurol Sci*, 2015. 349(1-2):15-9.
16. Andersen, J.H., et al., Computer use and carpal tunnel syndrome: a 1-year follow-up study. *Jama*, 2003. 289(22): 2963-9.
17. Nicolakakis N, Stock SR, Abrahamowicz M, Kline R, Messing K: Relations between work and upper extremity musculoskeletal problems (UEMSP) and the moderating role of psychosocial work factors on the relation between computer work and UEMSP. *Int Arch Occup Environ Health*. 2017 Jun 23. doi: 10.1007/s00420-017-1236-9. [Epub ahead of print].
18. Taib MF, Bahn S, Yun MH. The effect of psychosocial stress on muscle activity during computer work: Comparative study between desktop computer and mobile computing products. *Work*. 2016 Jun 27;54(3):543-55. doi: 10.3233/WOR-162334.



Dr. Hacer Ataman¹, Dr. Yıldı Arzu Aba², Dr. Gül Ergün³

Geliş/Received : 11.05.2017
Kabul/Accepted : 10.10.2017

Öz

Adli hemşireler, dünyada çağdaş adli sistemlerin ayrılmaz bir parçası haline gelmektedir. Günümüzde suç ve şiddet olayları ile sıklıkla karşılaşıldığından, adli hemşireliğe özgü bilgi, deneyim ve yaklaşımlara sahip olmak önemli bir konu olmuştur. Adli hemşireler, kadın sağlığı ile ilgili adli konularda mağdurların öyküsünü alma, fiziksel değerlendirilmesi, kanıtların toplanması, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik testlerin yapılması, tedavi ve önerilerde bulunulması, tecavüze bağlı oluşabilecek olası gebeliklerin önlenmesi, duygusal travmanın önlenmesi, mağdurun izlemi ve rehabilitasyonu, adli rapor yazımı ve mahkemede tanıklık yapmak şeklinde görev almaktadır.

Anahtar sözcükler: Kadın, Sağlık, Adli Hemşirelik, Hemşirelik

Abstract

Forensic nurses are becoming integral partners in contemporary medico-legal systems worldwide. Having knowledge, experience and approaches specific to forensic nursing has become an important issue due to frequent occurrence of incidents of crime and violence today. Forensic nurses' responsibilities may include performing anamnesis and physical assessment of the victims in forensic issues concerning women's health, collecting evidence, conducting tests for sexually transmitted diseases, treatment and counselling, prevention of possible rape-related pregnancies, prevention of emotional trauma, monitoring and rehabilitation of victims, writing forensic reports and testifying as witnesses in court.

Key words: Woman, Health, Forensic Nursing, Nursing

*Bu çalışma, Uluslararası II. Adli Hemşirelik Kongresi ve I. Adli Sosyal Hizmet Kongresi, Kırıkkale, 3-4 Kasım 2016'da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

1 Yrd. Doç.; İstanbul Medeniyet Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, İstanbul

2 Yrd. Doç.; Bandırma Onyediy Eylül Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Bandırma

3 Yrd. Doç.; Mehmet Akif Ersoy Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Burdur

Giriş

Adli hemşireler, evrensel sağlık ve sosyal adalette uluslararası düşünceleri geliştirmek amacıyla ideal bir grup olarak görülmektedir. Günümüzde adli tıp hizmetlerinin, kadınlara ve çocuklara yönelik büyük suçları, cinsel ve aile içi şiddet mağdurlarını, sosyokültürel suçları, dini ritüelleri kötüye kullananları ve silahlı çatışmalara eşlik eden olayları ele almada yetersiz olduğu bilinmektedir. Hemşirelerin dünyada sağlık hizmeti sunucularının en geniş grubunu oluşturduğu düşünüldüğünde, adli hemşirelerin evrensel sağlık bakımında daha önceden tanınmayan bir kaynağı temsil ettiği anlaşılmaktadır. Adli hemşireler, dünyada çağdaş adli sistemlerin ayrılmaz bir parçası haline gelmektedir. Hemşirelere yönelik kapsamlı bir multidisipliner adli tıp eğitim ve öğretim programı sayesinde, kişilerarası ve cinsel şiddet krizlerinin daha iyi yönetilmesi sağlanacak ve adli tıp hekimleri için olguların gereksiz birikimi azalacaktır (1,2).

Uluslararası Adli Hemşireler Birliği'nin (IAFN) tanımına göre; adli hemşirelik, sağlık ve hukuk sistemlerinin kesiştiği genel hemşirelik uygulamalarıdır (3). Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) hemşirelik mesleğini "hemşirelik sağlık sisteminin ayrılmaz bir parçası olarak, tüm sağlık hizmetlerinde ve toplumda her yaşta fiziksel/zihinsel hastalara, sağlıklı/engelli bireylere yönelik sağlığın yükseltilmesi, hastalığın önlenmesi ve bakım hizmetlerini kapsamaktadır" şeklinde tanımlamaktadır (4). Hemşirelik ve sağlık hizmetlerindeki değişimler, bilim ve teknolojideki gelişmeler; hemşirelerin profesyonel yaklaşımları, uygulamaları ve rolleri üzerinde etkili olarak, farklı çalışma alanları yaratmıştır (5). Bu alanlardan birisi de adli hemşireliktir. Suç ve şiddet olayları ile sıklıkla karşılaşılan günümüzde özellikle adli hemşireliğe özgü bilgi, deneyim ve yaklaşımlara sahip olmak önemli duruma gelmiştir (6).

Bu makalede kadın sağlığında adli hemşirelik uygulamaları incelenmiş ve bu doğrultuda öneriler sunulmuştur.

Adli Hemşirelik

Hemşireler, sağlık kurumlarında adli olgularla ilk karşılaşan sağlık çalışanlarıdır (7). Bu nedenle adli olgu değerlendirmesindeki sürecin bilinmesi önemlidir. Hemşireler adli değerlendirmede; öykü alma, fiziksel muayene, kanıtın tanımlanması,

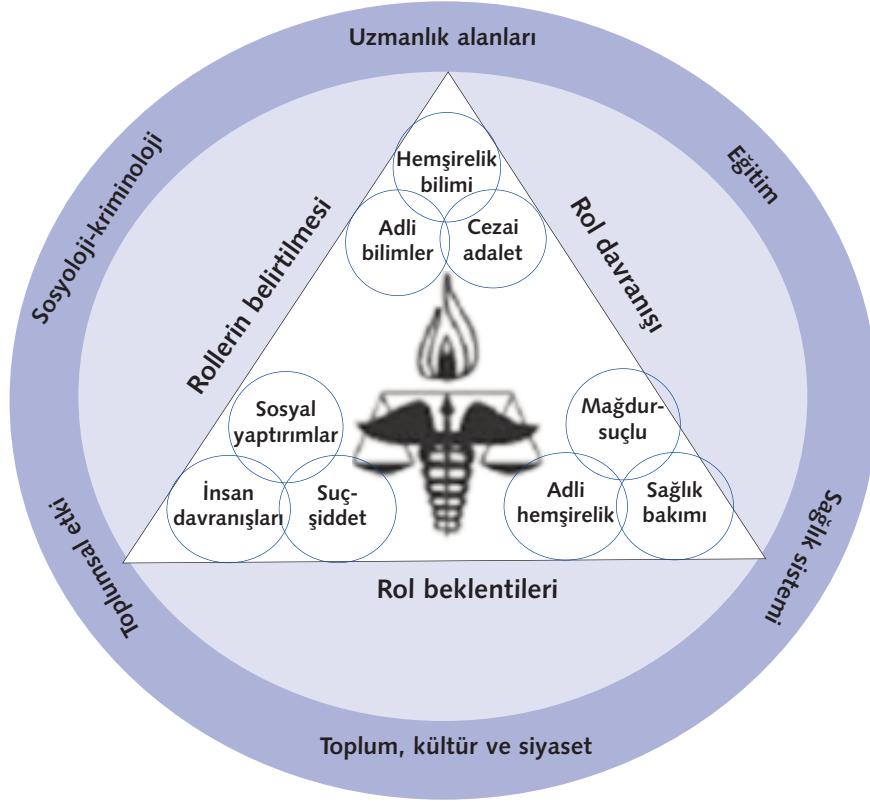
kanıtın toplanması, kanıtın saklanması, kanıt koruma zincirinin sağlanması, kanıtın kayıt edilmesi, krize müdahale süreçlerinde görev alırlar (8). Adli hemşirelerin klinik, araştırma, muayene, islah, gözaltı, danışmanlık, avukatlık, soruşturma yapma gibi rolleri bulunmaktadır. Adli hemşirelik rollerinin her biri araştırma, hukuk hakkında özel bilgi ve beceri, uzman tanık şahitliği gerektirmektedir (9).

IAFN, adli hemşirelerin çalışma alanlarını tanımlamıştır. Buna göre;

- Yakın ilişkide olunanlardan şiddet (aile içi şiddet, yaşlı istismarı/ihmal, çocuk istismarı/ihmal)
- Cinsel saldırı
- Ölüm soruşturması
- Adli cezaevi hemşireliği şeklinde bir gruplama yapılmıştır.

Diğer uygulama alanları ise "adli ruh sağlığı", "hukuk danışmanlığı", "halk sağlığı", "kitle afetleri ve güvenliği", "acil durum/travma hizmetleri" biçiminde belirtilmiştir (10).

Ülkemizde 2.5.2007 tarihli ve 26510 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun kapsamında, hemşireler adli hastalara bakım ve tedavi hizmeti sunmakta ve adli süreçte görev yapabilmektedir (11,12). 8.3.2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde değişiklik yapılarak 7. maddesine "Uzmanlık alanı ile ilgili ve etik konularda kişi, kurum ve kuruluşlara danışmanlık ve bilirkişilik yapar. Çalıştığı kurumda araştırmalarla ilgili etik komitede görev alabilir" fıkrası eklenmiştir. Yine bu yönetmelikte çalışılan birim/servis/ünite/alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları (Ek-2) tanımlanmıştır. Adli olgularla karşılaşan hemşireler bu kapsamda hizmet sunmaktadır. Yönetmelikte hemşirelik girişimlerinin listelendiği bölümde (Ek-3), taciz ve tecavüz sonrası yönetimi (bireyin psikolojik olarak desteklenmesi, rehabilitasyonu, acil kontrasepsiyon, kanıt toplama vb.) konusu "hemşirelik kararı ile uygulanır" ve "hekim kararı ile uygulanır" şeklinde belirtilmiştir; ayrıca Bakanlıkça kabul edilen bir eğitim alınmasının zorunlu olduğu tanımlanmıştır (13).



Şekil 1. Adli Hemşirelik Biliminde Entegre Uygulama Modeli (1)

Sağlık sisteminin diğer sosyal sistemlerle bağıllığı bulunmaktadır. Disiplinler arası işbirliği, hemşireliği son derece özelleştirilmiş psiko-kültürel alanlara entegre etmektedir (9).

Adli Hemşirelerin Kadın Sağlığı Alanındaki Roller ve Görevleri

Adli hemşirelik hizmetleri ile mağdurlara, şüphelilere, faillere ve şiddete şahit olanlara doğrudan adli bakım hizmeti sunulmaktadır. Cinsel şiddet, ölümün bilimsel araştırması, kadınlara ve çocuklara yönelik suçlar, askeri adli hemşirelik birincil hizmetlere yönelik örneklerdendir (1).

Adli olguların incelendiği çalışmalarda cinsel saldırıların özellikle kadınlara karşı gerçekleştirildiği ve bu saldırılardan kadınların büyük oranda ruh sağlığının bozulduğu bilinmektedir (14). Tüm dünyada travmatik yaşam olaylarına kadınlar daha fazla maruz kalmaktadırlar (15). Özellikle aile içi şiddet ve cinsel saldırılar gibi adli durumlar kadın ruh sağlığına ciddi zararlar vermektedir. Cinsel saldırının birçok ruhsal hastalığa zemin hazırladığı bilinmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu, uyum

bozukluğu bu rahatsızlıkların en sık bildirilenleridir (16). Şiddete maruz kalan kadınların en kolay ulaşabilecekleri kurumlar sağlık kurum ve kuruluşları, yaşadıkları olayları ve sorunları en iyi anlatacakları kişiler sağlık çalışanlarıdır. Cinsel saldırıya uğramış bireye tıbbi bakım, destek ve danışmanlık sunmada sağlık çalışanlarının anahtar konumda olması beklenmektedir (17). Bu sağlık çalışanları da çoğunlukla adli hemşireler olmaktadır.

Cinsel Saldırı Değerlendirmesinde ve Muayenesinde Adli Hemşirelik

Cinsel saldırı değerlendirmesi ve muayenesi, adli hemşirelik hizmetlerinin başlıca uygulamalarından biridir (1). IAFN, cinsel saldırı muayene hemşirelerinin bu alanda özel eğitim almalarına yönelik sertifika programları sunmaktadır. Programlar yetişkin/ergen ya da pediatrik şeklindedir. Bu programları tamamlayan hemşireler, cinsel saldırı ya da taciz yaşamış hastanın tıbbi adli bakımında klinik hazırlıklarını yaparlar (18).

Cinsel saldırı muayenesinde hemşireler, mağdurların daha ayrıntılı ve hassas bir biçimde muayene edilmelerini sağlarlar. Hemşireler, cinsel

saldırı mağdurlarının fiziksel değerlendirilmesi, fiziksel ve biyolojik delillerin toplanması, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yönelik gerekli testlerin yapılması, tedavi ve önerilerde bulunulması, tecavüze bağlı oluşabilecek olası gebeliklerin önlenmesi, destek amaçlı tedavilerin uygulanması, duygusal travmanın önlenmesi, mağdurun izlemi ve rehabilitasyonu, adli rapor hazırlanması ve gerektiğinde tanık olarak görev yapmaktadır (19,2,11,20).

Tecavüz Kriz Merkezlerinde Adli Hemşirelik

Hemşireler, cinsel saldırıya uğramış bireylerin muayenesinin yapılması, kanıtların eksiksiz ve uygun biçimde toplanarak muhafaza edilmesi, tedavinin her sürecinde mağdura ve yakınlarına bilgi verilmesi, mağdurun izlenmesi, mağdur merkezden ayrılacaksa güvenli bir yere gideceğinden emin olunması ya da yakınları ile iletişim kurulması, uygun biri gelip kendisini merkezden alıncaya kadar merkezde kendisine kalacak yer sunulması ve bireyin rehabilitasyon sürecinde görev yapmaktadır (11). Cinsel saldırıya uğrayan mağdurlar acil tıbbi yardıma gereksinim duyabileceğinden olabildiğince kısa sürede bir sağlık merkezine götürülmelidir. Gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve AIDS'e yönelik testler yapılmalı, deliller gecikmeden toplanmalı, kayıtlar eksiksiz ve doğru tutulmalıdır.

Tecavüze uğrayan kişinin sorunlarına yönelik hemşirelik girişimleri şu biçimde sıralanabilir:

- Tecavüze uğrayan kişinin dostluk ve güvenini kazanmak,
- Mağduru işlemler hakkında bilgilendirmek,
- Tecavüze uğrayan kişileri tıbbi işlemlere hazırlamak,
- Saldırı hakkında konuşmaya cesaretlendirmek,
- Fiziksel güven endişesini gidermek,
- Mağdurun yakınları için gerekli rehberliği sağlamak,
- Mağdurun kontrolleri için plan yapmak,
- Yaşamını tekrar düzene koyması için danışmanlık yapmak,
- Mağduru her görüşmede değerlendirmek (20).

Obstetri ve Jinekolojide Adli Hemşirelik

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde pek çok adli sorunla karşılaşabilmektedir. Gebenin aile içi şiddete uğraması, gebenin gebeliğini sonlandırmak istemesi, tecavüz ya da enest gebeliği, başkası için doğum yapılması, bilerek bebeklerin karıştırılması, izinsiz genital muayene yapılması kadın sağlığı alanında karşılaşılan adli sorunlardandır (21).

Bu alandaki hemşireler, fiziksel ve psikolojik travmaya uğrayan kadınların muayenesinde, aile içi şiddet, gebelerde madde bağımlılığının değerlendirilmesi, travmaya uğradığı iddia edilen gebe kadının genel takibi, travmaya bağlı gebeliğin sonlanması, erken doğum, ölü doğum ile ilgili durumlarda öykü alma, kaydetme ve gerektiğinde tanıklık yapma şeklinde görevler almaktadır (11).

Çakar ve arkadaşlarının adli rapor istemiyle Kadın Hastalıkları ve Doğum birimine başvuran 800 olguyu retrospektif olarak incelediği çalışmada; olguların %66'sı (527 olgu) iddet müddeti, %21'i (168 olgu) cinsel saldırı, %8'i (64 olgu) himen muayenesi, %2.5'i (20 olgu) evliliğe psikolojik ve fiziksel olarak uygunluk, %1.5'i (12 olgu) travma ve %1'i (9 olgu) diğer sebeplerden dolayı başvurduğu tespit edilmiştir (22).

Sonuç ve Öneriler

Günümüzde kadına yönelik şiddet olaylarının gittikçe daha fazla yaşandığı ve bildirildiği bilinmektedir. Bu nedenle ülkemizde de kadın sağlığı ile ilgili konularda, "adli hemşireliğe özgü bilgi ve deneyim sahibi olmak" önemli ve gerekli bir nitelik haline gelmiştir. Kadın sağlığı alanında çalışan hemşirelerin, karşılaşacakları adli olgulara yönelik sunacakları sağlık hizmeti ve hemşirelik bakımının etkinliği bu konudaki bilgi ve deneyimleri doğrultusunda olacaktır. Bu nedenle ihtiyaç duyulan hemşirelik yaklaşımlarının uygulanması önemlidir.

Bu alana yönelik suçların önlenmesi konusunda bilinçlendirmenin sağlanması, sağlık hizmeti sunanlara görev, yetki ve sorumluluklarının benimsenmesi, bilgi ve becerilerinin geliştirilmesi amacıyla eğitimlerin verilmesi önerilmektedir.

İletişim: Dr. Hacer Ataman

E-posta: haker.ataman@medeniyet.edu.tr

Kaynaklar

1. Lynch VA. Forensic nursing science: Global strategies in health and Justice. Egyptian Journal of Forensic Sciences (2011); 1: 69–76.
2. Lynch VA, Duval JB. Forensic nursing science. St. Louis, MO: Elsevier; 2010: 383.
3. <http://www.forensicnurses.org/?page=WhatisFN> (Erişim:03.10.2016)
4. <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/> (Erişim: 31.10.2016).
5. Pektekin Ç. Hemşirelik Felsefesi Kuramlar-Bakım Modelleri ve Politik Yaklaşımlar. İstanbul Tıp Kitabevi, 1. Baskı, İstanbul, 2013: 3.
6. Yelken N, Tunalı G, Gültekin G. Adli hemşireliğin Türkiye'deki durumu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (2004); 13 (5): 171-172.
7. Fırat S, Ünal S, Geleş ÇY. Hemşirelikte yeni bir alan: adli hemşirelik. Adli Tıp Bülteni (2016); 21 (1): 39-42.
8. Özden D, Yıldırım N. Adli vakaya hemşirelerin yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2009); 73-81.
9. Lynch VA. Forensic nursing science. In: Hammer RM, Moynihan B, Pagliaro EM, eds. Forensic Nursing A Handbook for Practice. 2nd ed. Jones and Bartlett Publishers, 2006. https://books.google.com.tr/books?id=APgVX1WcuYcC&pg=PR3&hl=tr&source=gbs_selected_pages&cad=2#v=snippet&q=care&f=false (Erişim: 01.11.2016)
10. <http://www.forensicnurses.org/?page=AreasFNPractice> (Erişim: 01.11.2016).
11. Çilingir D, Hintistan S. Adli hemşireliğin kapsamı ve yasal boyutu. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012; 9 (1): 10-15.
12. Hemşirelik Kanunu'nda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Resmi Gazete, Tarih: 02.05.2007, Sayı: 26510, Kanun No: 5634, Kabul Tarihi: 25.4.2007.
13. Sağlık Bakanlığı, Hemşirelik Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, Tarih: 19.04.2011, Sayı: 27910.
14. Demirer M, Küpeli A, Çaylı E, Gürpınar S, Baydar ÇL. Cinsel saldırı/istismar olgularında birden fazla kez yapılan ruhsal durum muayene bulgularının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences 2013; 33 (6): 1448-1455.
15. Yeloglu ÇH, Güveli H, Kandemir G, Hocaoglu Ç. Kadınlarda çoklu ruhsal travma: bir olgu sunumu. Düşünen Adam 2012; 25 (3): 263.
16. Karbeyaz K, Gündüz T, Balcı Y, Akkaya H. Cinsel suç mağdurlarının ruh sağlığı hakkında düzenlenen adli psikiyatrik raporlar ve bilirkişilik kurumları arası uzlaşma sorunu. Türk Psikiyatri Dergisi 2012; 23 (4): 255-63.
17. Temel M, Şişman FN. Kadına yönelik cinsel saldırılarda hemşirelik yaklaşımı. Journal of Psychiatric Nursing 2013; 4(2): 85-90.
18. <http://www.forensicnurses.org/?page=AboutSANE> (Erişim: 11.11.2016).
19. Eşiyok B, Hancı İH, Özdemir Ç, Yelken N, Zeyfeoglu Y. Adli Hemşirelik. Sted 2004; 13 (5): 169-171.
20. Çevik SA, Başer M. Adli hemşirelik ve çalışma alanları. Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 21 (2): 143-152.
21. Karahan N. Ebelerin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde karşılaştıkları adli sorunlar. 2. Tıp Hukuku Günleri, Adli Obstetrik ve Jinekoloji. Ed.: Sermet Koç, Muhammed Can, 1. Baskı, İstanbul, 2012.
22. Çakar, E, Ayas S, Selçuk S, Asoğlu MR, Özkan Ö, Ertekin AA. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının adli olgulara yaklaşımı: deneyimlerimiz. Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine. 2011; 8(1): 23-7.

Araştırma/Derleme/Olgü Sunumu	Yazar / lar	Sayı	Sayfa
Hekim Adaylarının Hekim Kimliğine İlişkin Algıları: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Metafor Analizi Örneği	Dr. Şükriye Ece Abay, Dr. Barış Sezer, Dr. Nezaket Bilge Başusta	1	1
Manisa'da Kent ve Gecekondu Bölgelerinde Kadınların Doğum Tercihleri ve Etkili Faktörler	Dr. Serap Özer, Dr. Pınar Erbay Dünder	1	9
Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi	Dr. Ahmet Dinçer, Dr. Şerife Kurşun	1	20
Hemşirelerin Çocuk Hastalarda Karşılaştıkları Geleneksel Uygulamalar	Dr. Nazan Çakırer Çalbayram, Dr. Sebahat Altundağ, Hemşire Bahise Aydın	1	27
Meslek Tercihi Yapacak Erkek Öğrencilerin Ebelik Hakkındaki Görüşleri	Dr. Nazan Çakırer Çalbayram, Dr. İlknur M. Gönenc	1	32
Evde Bakımda Sosyal Politikalar ve Evde Bakım Hemşireliği	Dr. Melek Ardahan, Dr. Zeynep Arabacı	1	38
Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Eğitim Öğretim Süreçlerinde Anlık Mesajlaşma Uygulamaları Kullanımı: WhatsApp Örneği	Dr. Levent Çetinkaya	2	45
Tıp Öğrencileri ve Tıp Doktorları Arasında Kendi Kendine Tanı ve Tedavi Sıklığının Değerlendirilmesi	Emine Sınlık, Nisa Zülal Sarı, Dr. Volkan Hancı, Dr. Şule Özbilgin, Dr. Dilek Ömür, Dr. Bülent Serhan Yurtlu	2	54
Yaşlıların İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgileri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi	Demet Güneş, Emine Kıyak	2	66
Kadınlarda Jinekolojik Muayeneyi Engelleyen Psikososyal Faktörler	Dr. Zeynep Daşıkın, Dr. Ümran Sevil	2	75
Prenatal Dönemden Altı Yaşa Kadar Ağız Diş Sağlığının Korunması ve Geliştirilmesi	Dr. Nursan Çınar, Ebe Ebru Kaya Bayıroğlu	2	84
Yenidoğan Bebek Sahibi Ailelerin Guthrie Tanılama Testi Hakkında Bilgi Düzeyinin Belirlenmesi	Dr. Duygu Arıkan, Seval Sağlık, Pınar Bekar	3	89
Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumları ve Şiddet Davranışları	Dr. Tuba Uçar, Dr. Yeşim Aksoy Derya, Tuba Karaaslan, Özgül Akbaş Tunç	3	96

Araştırma/Derleme/Olgu Sunumu	Yazar / lar	Sayı	Sayfa
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği'ndeki Son 10 Yıllık Mortalite Nedenlerinin İrdelenmesi	Dr. Sema Uçak, Dr. Rıdvan Sivritepe, Dr. Ayşe Nilüfer Özaydın, Dr. Damla Ortaboz, Dr. Ecem Sevim Çalık, Dr. Arzu Çalışgan	3	104
Yaşlı Bireylerde Düşmeden Korunma Davranışları ve Etkili Olan Faktörlerin Belirlenmesi	Dr. Nükhet Kırağ, Manolya Ercan	3	113
Hastane Çalışanlarının İş Sağlığı ve Güvenliği	Dr. Füsün Sunar, Dr. Şerife Çınar	3	122
Niçin Doğal Doğum?	Yeşim Anık, Dr. Kamile Altuntuğ, Dr. Emel Ege	3	127
Postpartum Dönemde Kadınların Doğum Şekline Göre Yaşadıkları Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi: Sivas'tan 2012 Yılına Ait Bir Örnek	Dr. Nuriye Erbaş	4	133
Sağlık Yüksekokulu Birinci Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Mesleği Hakkındaki Düşünceleri	Dr. Papatya Karakurt, Dr. Arzu Yıldırım, Dr. Rabia Hacıhasanoğlu, Özlem Özman	4	139
Bodrum İlçesindeki Öğrencilerin Sağlık Eğitimi İhtiyaçlarının Belirlenmesi Öğrencilerin Sağlık Eğitim İhtiyacı	Dr. Funda Sevensan, Dr. Özgür Arıkan, Hem. Serpil Öksüz, Dr. Mustafa Nuri Ceyhan	4	145
Çalışan Çocukların Psikolojik Sağlık Sorunları: Sistemik Derleme	Dr. Özlem Köseoğlu Örnek	4	151
Evrensel Etik İlkeler Işığında Açlık Grevleri ve Hekimlik	Dr. Onur Naci Karahancı, Dr. Nüket Örnek Büken	4	162
Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyimleri Sırasında Algıladığı Stresle Başetme Davranışlarının İncelenmesi	Eda Ergin, Dr. Kıvan Çevik	5	177
Taksi Şoförlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi	Giray Erdoğan, Dr. Gülhan Coşansu	5	188
Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Temizlik ve Hastabakıcı Personelinin İş Kazası Geçirme Düzeylerinin Değerlendirilmesi	Dr. Ş. Didem. Kaya, Özer Arık	5	195
Obstetrik Acillerde Triyaj	Ayşe Mete, Dr. Nebahat Özerdoğan	5	208

Araştırma/Derleme/Olgu Sunumu	Yazar / lar	Sayı	Sayfa
Fenilketonürlü Bebeklerde Anne Sütü Alımı ile İlgili Gelişmeler ve Zorluklar	Hamide Zengin, Nursan Çınar	5	213
Pediyatrik Hastada Orofaringeal Embriyonel Rabdomyosarkom Botroid Tip: Nadir Bir Olgu Sunumu	Dr. Üstün Osma, Dr.Ömer Tarık Selçuk, Dr. Emine Handan Şimşek, Dr. Levent Renda, Dr. Hülya Eyigör, Dr. Mustafa Deniz Yılmaz, Dr. Dinç Süren	5	217
Manisa'da Seçilmiş İki Bölgede Meme Kanseri ve Erken Tanı Yöntemleri Açısından Bilgi, Tutum ve Davranış Araştırması	Dr. Sevil Babuş, Dr. Erhan Eser	6	221
Hemşirelerin İşyeri Zorbalığına Maruz Kalma Durumları ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi	Hem. Nurgül Güngör Tavşanlı, Hem. Sevgi Nehir Türkmen, Hem. Begüm Es	6	231
Hemşirelik Öğrencilerinin Hepatit B ve C'li Hastalara Bakım Verme Süreci ile Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	Hem. Ayşegül Koç, Hem. Dilek Öztaş, Hem. Serpil Kütahya, Erdal Ceylan	6	237
Hemşirelik Öğrencilerinin Ağrı İnançları	Hem. Burcu Babadağ, Dr. Güler Balcı Alparslan	6	244
Bilgisayar Kullanımı İle İlişkili Boyun ve Üst Ekstremitte Rahatsızlıkları	Dr. Esra Bilgin, Dr. Yeşim Gökçe Kutsal	6	251
Kadın Sağlığında Adli Hemşirelik Uygulamaları	Dr. Hacer Ataman, Dr. Yıldız Arzu Aba, Dr. Gül Ergün	6	256



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005-2007 arasında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'nde yer aldı. STED, 2012 yılı başında yeniden TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.

- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, www.ulakbim.gov.tr). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınmayacaktır.

Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

1. Başlık Sayfası: Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.

- **Yazarlar:** Her yazarın akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı soyadı belirtilmelidir. Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi, mali destek ve diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler: İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-175 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri kullanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>)

3. Giriş: Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir.

4. Gereç ve Yöntem: Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

5. Sonuçlar: Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz.

6. Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

7. Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve geçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

8. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı

biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla yirmi beş (25) kaynak kullanılabilir.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

Tipik dergi makalesi: Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3. ya da 1996 Jun 1;124(11):980-3.

Kitap: Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers;1966.

Kitap bölümü: Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. *Family medicine: principles and practice*. 3rd ed. New York: Springer - Verlag;1988. p.521-32.

Web Sitesi: Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at

<http://www.clinicalevidence.com>

9. Tablolar: Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, ‡, §.

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

10. Şekiller ve Fotoğraflar: Fotoğraf, şekiller ana metinde ilk değindikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları ve ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11,6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz. "Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayırarak belirtiniz."

5. İlaç adları: Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

6. Kısaltmalar: Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.

8. Yazı tipi: Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

Yazılar; <http://dergipark.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Yazarların Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte çalışmalarını göndermeleri gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu olmayan çalışmalar değerlendirilmeye alınmayacaktır.

Yayın Hakkı Devir Formu

<http://www.ttb.org.tr/STED/index.php/yazar>