

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



EYLÜL | SEPTEMBER  
EKİM | OCTOBER  
2017 | 2017  
CİLT 26 | VOLUME 26  
SAYI 5 | ISSUE 5

# 5





#### 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](mailto: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 -

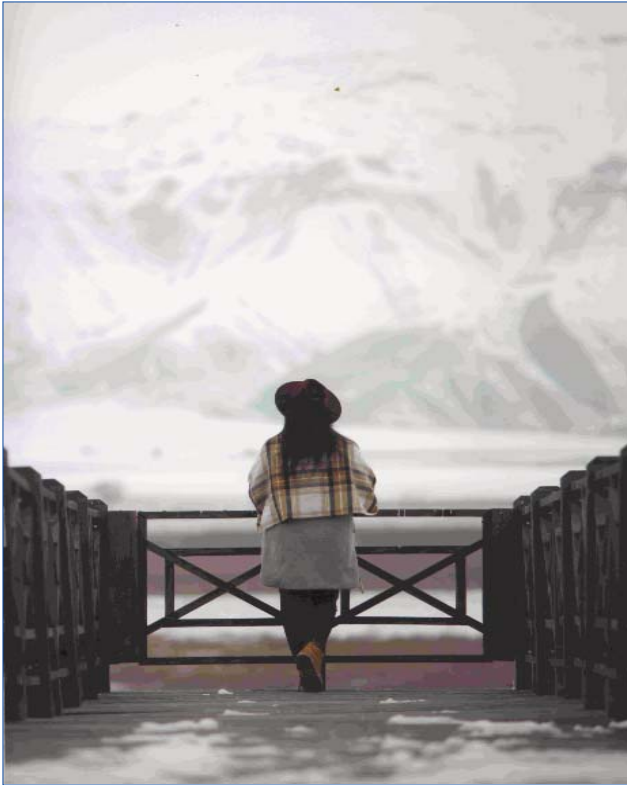
Baskı Tarihi: Kasım 2017



### Merhaba,

Eda Ergin ve Kıvanç Çevik **“Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyimleri Sırasında Algıladığı Stres ve Strese Verdikleri Biyo-psiko-sosyal Cevap ile Stresle Başetme Davranışlarının İncelenmesi”** isimli çalışmalarında öğrencilerin en çok stres yaşadıkları durumun mesleki bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan stres olduğunu, yaşadıkları strese karşı güçlü biyo-psiko-sosyal durum gösterdiklerini ve stresle başetmede sorun çözme davranışını kullandıklarını saptamışlar.

Giray Erdoğan ve Gülhan Coşansu **“Taksi Şoförlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi”** isimli tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte olan çalışmalarını 350 taksi şoförü ile tamamlamışlar. Taksi şoförlerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düşük olduğu ve yarıdan fazlasının depresyon açısından riskli olduğu belirlenmiştir.



Fotoğraf: **“Kapı”** Caner Keleş  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2016 Sergi Ödülü

Ş. Didem Kaya ve Özer Arık **“Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Temizlik ve Hastabakıcı Personelinin İş Kazası Geçirme Düzeylerinin Değerlendirilmesi”** isimli çalışmalarında iş kazalarında etkisi olan etmenler çerçevesinde temizlik ve hastabakıcı personeline yönelik çalışan güvenliği konusunda kurumdaki güvenlik önlemlerinin, eğitimlerin ve denetimlerin daha yeterli düzeyde devam ettirilmesini, iş kazası konusunda çalışanların bilinçlendirilmesini, tüm çalışanların iş kazası önlemlerine ilişkin farkındalıklarının artırılmasını önermektedirler.

Ayşe Mete ve Nebahat Özerdoğan **“Obstetrik Acillerde Triyaj”** isimli çalışmalarında gebeliklerin önemli bir kısmında tahmin edilemeyen obstetrik komplikasyonlar oluşabildiğinden bu problemleri mümkün olan en erken dönemde saptamak ve en uygun müdahaleyi en hızlı şekilde yapabilmek, anne ve yenidoğanın sağlığının korunması, maternal mortalite ve morbiditenin önlenmesinin önemini vurgulamaktalar.

Hamide Zengin ve Nursan Çınar **“Fenilketonürlü Bebeklerde Anne Sütü Alımı ile İlgili Gelişmeler ve Zorluklar”** isimli çalışmalarında fenilketonürlü bebeklerin de kan fenilalanin düzeylerine göre önerilen miktarda fenilalanin içermeyen formüle ile birlikte anne sütü alabilecekleri vurgulanmakta. Sağlık çalışanlarının FKÜ ile ilgili güncel yaklaşımları izlemeleri ve aileleri doğru bilinçlendirerek kontrollü bir şekilde emzirmeye özendirilmeleri önerilmektedir.

Üstün Osma ve arkadaşlarının **“Pediatrik Hastada Orofaringeal Embriyonel Rabdomyosarkom Botroid Tip: Nadir Bir Olgu Sunumu”** isimli çalışmalarında rabdomyosarkomların çocukluk çağındaki yumuşak doku sarkomlarının yarısını oluşturduğu, en sık baş-boyun bölgesini tuttuğu vurgulanmakta. Olgu sunumunda bir haftadır yutkunma güclüğü olan 8 yaşında, kız hastanın klinik süreci değerlendirilmekte.

**Bilimsel ve dostça kalın...**



### Araştırma / Research

- Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyimleri Sırasında Algıladığı Stresle Başetme Davranışlarının İncelenmesi 177  
*The Examination of the Behaviours of First-Year Nursing Students to Cope with Stress They Perceive During Their First Clinical Experience*  
Eda Ergin, Dr. Kivan Çevik
- Taksi Şoförlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi 188  
*Determination of Healthy Lifestyle Behaviours of Taxi Drivers*  
Giray Erdoğan, Dr. Gülhan Coşansu
- Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Temizlik ve Hastabakıcı Personelinin İş Kazası Geçirme Düzeylerinin Değerlendirilmesi 195  
*The Evaluation of the Level of Experiencing Occupational Accidents among Housekeeping and Caregiving Personnel of a University Hospital*  
Dr. Ş. Didem. Kaya, Özer Arık

### Derleme / Review Article

- Obstetrik Acillerde Triyaj 208  
*Obstetric Emergency Triage*  
Ayşe Mete, Dr. Nebahat Özerdoğan
- Fenilketonürlü Bebeklerde Anne Sütü Alımı ile İlgili Gelişmeler ve Zorluklar 213  
*The Developments and Challenges Related to the Intake of Breast Milk among the Infants with Phenylketonuria*  
Hamide Zengin, Nursan Çınar

### Olgu Sunumu / Case Report

- Pediyatrik Hastada Orofaringeal Embriyonel Rabdomyosarkom Botroid Tip: Nadir Bir Olgu Sunumu 217  
*Botryoid Type Oropharyngeal Embryonal Rhabdomyosarcoma in a Pediatric Patient: A Rare Case Report*  
Dr. Üstün Osmay, Dr. Ömer Tarık Selçuk, Dr. Emine Handan Şimşek, Dr. Levent Renda, Dr. Hülya Eyigör, Dr. Mustafa Deniz Yılmaz, Dr. Dinç Süren

### Kapak Fotoğrafi / Cover Photo



Dr. Gülay Çeliker  
"Umut"  
STED Fotoğraf Yarışması 2016 Galeri Sanat Yapım Ödülü

#### Dr. Gülay Çeliker

Halen Ankara Mesleki ve Çevresel Hastalıklar Hastanesi'nde Nöroloji Uzmanı olarak görev yapmaktayım. Fotoğrafla amatör olarak son 10 yıldır ilgileniyorum. Fotoğraf çekmenin "an"a tanıklık etmek ve kayıt altına almanın en keyifli yolu olduğunu düşünüyorum. Fotoğraf çekmeye başladığımdan bu yana çevreye, insanlara daha dikkatli, daha ilgili bakmaya başladım. Daha önce de STED Fotoğraf Yarışması'nda başarı ödülü almıştım, büyük, küçük aldığım tüm ödüller daha iyiye, daha güzele ulaşma motivasyonumu artırıyor.

# Hemşirelik Birinci Sınıf Öğrencilerinin İlk Klinik Deneyimleri Sırasında Algıladığı Stresle Başetme Davranışlarının İncelenmesi\*

The Examination of the Behaviours of First-Year Nursing Students to Cope with Stress They Perceive During Their First Clinical Experience

Araştırma



Research

Eda Ergin<sup>1</sup>, Dr. Kivan Çevik<sup>2</sup>

Geliş/Received : 10.05.2016

Kabul/Accepted : 22.02.2017

## Öz

**Amaç:** Bu araştırma, hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin ilk klinik deneyimleri sırasında algıladığı stres ve strese verdikleri biyo-psiko-sosyal yanıt ile stresle başetme davranışlarını incelemek amacıyla yapıldı.

**Yöntem:** Manisa Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'ne kayıtlı, ilk kez klinik uygulamaya çıkan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 171 öğrenci ile yapılmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin %65.5'i kız, %37.4'ü 18 yaşında, %21.1'i normal lise mezunudur. Hemşirelik Öğrencileri İçin Algılanan Stres Ölçeği toplam puan ortalaması  $49.07 \pm 22.11$ 'dir. Ölçeğin alt boyutlarından öğrencilerin en çok stres yaşadıkları durumun  $6,13 \pm 2,75$  puan ortalaması ile "Mesleki Bilgi ve Beceri Eksikliğinden Kaynaklanan Stres" olduğu belirlendi. Hemşirelik Öğrencileri İçin Biyo-Psiko-Sosyal Cevap Ölçeği toplam puan ortalaması  $18,49 \pm 14,52$  olup, ölçeğin alt boyutlarından "Sosyal Davranış Belirtileri" toplam puan ortalaması  $6,26 \pm 5,17$ , "Duygusal Belirtiler" toplam puan ortalaması  $7,57 \pm 5,95$  ve "Fiziksel Belirtiler" toplam puan ortalaması ise  $4,65 \pm 5,66$ 'dır. Hemşirelik Öğrencileri İçin Stresle baş etme davranışları ölçeği toplam puanı  $35,19 \pm 12,11$  ve ölçeğin alt boyutlarından en yüksek puan olan "Sorun Çözme" toplam puan ortalaması  $14,53 \pm 5,65$ 'dir.

**Sonuçlar:** Araştırma sonuçlarına göre, öğrencilerin en çok stres yaşadıkları durumun mesleki bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan stres olduğu, yaşadıkları strese karşı güçlü biyo-psiko-sosyal durum gösterdikleri ve stresle başetmede sorun çözme davranışını kullandıkları saptandı.

**Anahtar sözcükler:** Hemşirelik, Öğrenciler, Hemşirelik eğitimi, Stres

## Abstract

**Aim:** This study was conducted with the aim of investigating perceived stress among the first-year nursing students during their first clinical experience, their bio-psycho-social responses to stress and stress coping behaviours.

**Method:** This was a descriptive study performed among 171 students enrolled in the Nursing Department of Manisa Faculty of Health Sciences, who were carrying out clinical practice for the first time and who agreed to take part in the study.

**Findings:** It was found that 65.5% of the participants were female, 37.4% were 18 years old, and 21.1% had graduated from regular high schools. The mean total score on Perceived Stress Scale for Nursing Students was  $49.07 \pm 22.11$ . The sub-dimension of the Scale, on which the students experienced the most stress was "The Stress Arising from the Deficiency of Professional Knowledge and Skills", with a mean score of  $6.13 \pm 2.75$ . The mean total score on the Bio-Psycho-Social Response Scale for Nursing Students was  $18.49 \pm 14.52$ , with mean total scores of  $6.26 \pm 5.17$ ,  $7.57 \pm 5.95$  and  $4.65 \pm 5.66$  for the sub-dimensions "Indicators of Social Behaviour", "Affective Indicators" and "Physical Indicators", respectively. The mean total score for Stress Coping Behaviours Scale for Nursing Students was  $35.19 \pm 12.11$ , and the sub-dimension with the highest score was "Problem Solving" with a mean score of  $14.53 \pm 5.65$ .

**Results:** According to the results of the study, the students experienced the greatest stress from deficiencies in professional knowledge and skills; they displayed a strong bio-psycho-social response to stress, and they used problem-solving behaviour to cope with stress.

**Key words:** Nursing, Students, Nursing training, Stress

\*Çalışma IV.Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi'ne poster bildirisi olarak sunulmuştur.

1 Arş. Gör.; Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Esasları AD. Manisa

2 Yrd. Doç.; Celal Bayar Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Esasları AD. Manisa

## Giriş

Hemşirelik eğitimi, öğrencilere hemşirelik mesleğini kazandırmayı amaçlayan planlı kuramsal, uygulamalı öğrenim ve öğretim yaşantıları içeren bir eğitim programıdır (1-4). Hemşirelik öğrencileri eğitimlerinin ilk yılında, üniversiteye yeni başlayan öğrenci olmanın yanısıra yoğun ve stresli hastane ortamında staja çıkma, hasta ve ölümcül bireylere bakım verme, eğitimciler ve hastane çalışanları ile iletişimde yaşanan zorluklara bağlı olarak birçok stresöre maruz kalmaktadırlar (3). Hemşirelik eğitimi bu yönden oldukça stres yüklü bir eğitimidir. Böylesine stresli bir eğitim, öğrencilerin anksiyete (kaygı) düzeylerini de etkilemektedir (1-3). Bireyin özelliklerinin bu zorlukla başa çıkmada yetersiz kalması durumunda stres yaşayabilmektedir (3). Karaca ve ark.nın bildirdiğine göre "Rhead, stresin hemşirelik okullarında hem eğitim süreci boyunca hem de kliniğe ilk başlama dönemlerinde öğrencilerin akademik performansını ve sağlıklarını olumsuz etkileyebilen önemli bir psikolojik faktör olduğunu vurgulamıştır" (5).

Klinik uygulama, öğrencinin sınıfta aldığı teorik bilgiyi beceriye dönüştürmesini, yeni bilgi, beceri ve iletişim deneyimleri kazanmasını (6-8), gelecekteki profesyonel rollerinin belirlenmesini ve problem çözme becerisi için kritik düşünme yeteneklerini kullanmasını sağlar (9-10). Klinik eğitim, hemşirelik eğitiminin vazgeçilmez temel öğesidir ve öğrencinin gerçek ortamda yaparak/yaşayarak öğrenmesini sağlar (11). Klinik deneyimler, teorik bilginin uygulamaya aktarılmasının yanı sıra öğrencinin psikomotor gelişmesini ve mesleki sosyalizasyonunu sağlar (12). Öğrenci hemşirelerin gerek teorik dersler sırasında gerekse uygulama alanında yaşadığı sorunlar onların anksiyete düzeylerini etkileyerek öğrenmeyi azaltmaktadır (13).

Stres etkenlerinin kişisel, sosyal, akademik, klinik tecrübe olmak üzere dört alandan kaynaklandığı ve en büyük stresörün klinik eğitim olduğu bildirilmekte (6) ve eğitim süresince öğrencinin akademik performansını etkileyen önemli bir etken olarak tanımlanmaktadır (14). Gerçek yaşantıların olduğu uygulama alanına çıkan öğrenci alışık olmadığı yeni bir sosyal ortam içine girmekte, hastanedeki hasta, hekim, hemşire ve diğer sağlık personeli ile iletişim konusunda deneyimsizliğinin yanı sıra (15), klinik

uygulamalarının başlangıcında hata yapma, hastaya zarar verme, olumsuz tepkilerle karşılaşma, açık olmayan eğitici beklentisi, bilgi ve yeteneklerin uygulama için yetersiz olması ve kendilerine güvenlerinin az olması gibi düşünceleri kaygı yaşamalarına neden olabilmektedir (8,10,15,16). Özellikle stresin öğrencilerin klinik uygulamaya çıktığı ilk gün yaşandığı bildirilmektedir (1,8,10,16).

Ülkemizde hemşirelik öğrencilerinin eğitim yaşantılarından kaynaklanan stres düzeyleriyle ilgili yapılan çalışmalarda hemşirelik eğitimine özgü stresi belirleyen spesifik bir veri toplama aracı yerine, Sendir ve Acaroğlu tarafından geçerlilik güvenilirliği yapılan "Klinik Stres Anketi (KSA)", hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik uygulama deneyimlerinde, öğrencileri tehdit eden ya da mücadele etmelerini gerektiren stresin başlangıç değerini belirlemek üzere geliştirilmiş bir öz değerlendirme ölçeğinin (12) kullanıldığı görülmektedir (8,14,16,17).

Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamalar sırasında algıladıkları stres türü ve derecesi, strese verdikleri biyo-psiko-sosyal yanıtları ve stresli durumlarla baş etme davranışlarının belirlenmesi için Karaca ve arkadaşları tarafından geçerlilik güvenilirliği yapılan "Hemşirelik Öğrencileri İçin Algılanan Stres Ölçeği", "Biyo-Psiko-Sosyal Cevap" ve "Stresle Başetme Davranışları" ölçekleri kullanıldı (18).

Bu araştırma, Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin ilk klinik deneyimleri sırasında algıladığı stres ve strese verdikleri biyo-psiko-sosyal cevap ve stresle başetme davranışlarının incelenmesi amacıyla planlandı. Böylece, hemşirelik öğrencilerinin eğitimleri sırasında yaşadıkları stresin türü ve derecesinin, strese verdikleri biyo-psiko-sosyal cevapların ve stresli durumlarla baş etme davranışlarının belirlenmesine ve hemşirelik öğrencilerinin yaşadıkları stresle baş etmelerine yardımcı olacak programların oluşturulmasına katkı sağlanabilecektir.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, 2015-2016 Bahar yarıyılında Manisa Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümüne kayıtlı, ilk kez klinik uygulamaya çıkacak hemşirelik birinci sınıf öğrencileri ile yapıldı.

Araştırmanın evrenini birinci sınıfa kayıtlı 181 öğrenci oluşturdu. Daha önce klinik deneyime



sahip olan Sağlık meslek lisesinden mezun 10 öğrenci araştırma kapsamı dışında bırakıldı. Araştırmanın örneklemini, araştırmanın yapıldığı okulda eğitim gören, daha önce hiç klinik deneyimi olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden 171 öğrenci oluşturdu. Araştırma verileri öğrencilerin klinik uygulamaya çıktıkları ilk günün sabahında hastane ortamında toplandı.

### Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; "Öğrenci Tanıtım Formu", "Hemşirelik Öğrencileri İçin Algılanan Stres Ölçeği", "Hemşirelik Öğrencileri İçin Biyo-Psiko-Sosyal Cevap Ölçeği" ve "Hemşirelik Öğrencileri için Stresle Baş Etme Davranışları Ölçeği" kullanıldı.

**Öğrenci Tanıtım Formu:** Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin benzer çalışmalar incelenerek ve konu ile ilgili literatür (13,14,17) taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda; öğrencinin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu, mesleğini sevmesi ve mezun olunca hemşire olarak çalışma isteğini içeren 6 soru bulunmaktadır.

**Hemşirelik Öğrencileri İçin Algılanan Stres Ölçeği:** Sheu ve ark. tarafından geliştirilen orijinali Çince olan ölçek, 29 maddeden oluşmuştur (19). Maddelerin değerlendirilmesinde; '4- Benim için çok stres verici, 3, 2, 1, 0- Benim için stres verici değil' olmak üzere beşli likert tipi değerlendirme kullanılmaktadır.

### Alt boyutlar:

1. Mesleki bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan stres; 2, 7, 11.
2. Hastaya bakım verirken yaşanan stres; 1, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 19.
3. Ödevlerden ve iş yükünden kaynaklanan stres; 3, 9, 13, 17, 21.
4. Öğretim elemanları ve hemşirelerden kaynaklanan stres; 5, 16, 18, 20, 25, 27.
5. Ortamdan kaynaklanan stres; 15, 23, 26.
6. Akranlardan ve günlük yaşamdan kaynaklanan stres; 22, 24, 28, 29.

Toplam puan; 0-116 arasında değişmektedir. Yüksek puan, stres derecesinin yüksekliğini göstermektedir (18-19).

"Hemşirelik Öğrencileri İçin Algılanan Stres Ölçeği" geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karaca ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin

Cronbach's alfa katsayıları 0.67-0.93, iki haftalık test-tekrar test güvenilirliği 0.96'dır (18). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0,94 bulunmuştur.

**Hemşirelik Öğrencileri İçin Biyo-Psiko-Sosyal Cevap Ölçeği:** Sheu ve ark. tarafından geliştirilen ölçek, 21 maddeden oluşmuştur. Bu çalışmada İngilizce versiyonu kullanılan ölçeğin üç faktörlü yapısı toplam varyansın %65.7'sini açıklamaktadır.

Maddelerin değerlendirilmesinde; '4- Her zaman yaşarım, 3, 2, 1, 0-Asla yaşamam' olmak üzere beşli likert tipi değerlendirme kullanılmaktadır.

### Alt boyutlar:

1. Sosyal davranış belirtileri; 2, 3, 4, 5, 8, 11
2. Duygusal belirtiler; 1, 6, 7, 9, 10, 12, 14
3. Fiziksel belirtiler; 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.

Toplam puan; 0-84 arasında değişmektedir (alt boyut toplam puanları: 32,28,24). Yüksek puan daha fazla belirti varlığını ve zayıf biyo-psiko-sosyal durumu göstermektedir.

"Hemşirelik Öğrencileri İçin Biyo-Psiko-Sosyal Cevap Skalası" geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Karaca ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach's alfa katsayıları 0.75-0.92, iki haftalık test-tekrar test güvenilirliği 0.92'dir (18). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0,92 bulunmuştur.

**Hemşirelik Öğrencileri İçin Stresle Baş Etme Davranışları Ölçeği:** Sheu ve ark. tarafından tarafından geliştirilen ölçek 19 madde ve 4 alt boyuttan oluşan beşli (0-4 puan) Likert tipli bir ölçektir. Ülkemizde geçerlilik-güvenilirlik çalışması Karaca ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.

### Alt boyutlar:

- İyimser kalma; 1, 2, 6, 8.  
Transfer; 4, 5, 13.  
Sorun çözme; 3, 7, 9, 10, 11, 12.  
Kaçınma; 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Hangi alt boyutun puanı yüksek olursa, öğrencinin o baş etme stratejisini daha sık kullandığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin sorun çözme ve kaçınma alt boyutları için Cronbach's alfa katsayıları 0.57-0.84, iki haftalık test-tekrar test güvenilirliği 0.65 ve 0.72 olarak hesaplandı. Bu iki alt boyutun iç tutarlılıklarının yüksek olduğu söylenebilir. Ölçeğin iyimser kalma ve

transfer alt boyutları için Cronbach's alfa katsayıları (0.04–0.40) ve iki haftalık test-tekrar test güvenilirliği 0.35 ve 0.04'dür (18-19). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0,86 bulunmuştur.

### Verilerin Analizi

Verilerin analizi, Statistical Package For Social Science (SPSS) 21.0 programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, ortalama, Kruskal Wallis ve student-t testi kullanıldı.

### Araştırmanın Etiği

Bu araştırmanın yapılabilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan ve bilimsel etik kuruldan (No: 20478486-404) yazılı izin, araştırma kapsamına alınan öğrencilerden de sözel izin alındı.

### Bulgular

Tablo 1'de öğrencilerin sosyo - demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %65.5'i kız. %94.2'si 18-21 yaş aralığında ve %69.6'sı Anadolu lisesi mezunudur. Öğrencilerin hemşirelik mesleğine ilişkin düşünceleri incelendiğinde, öğrencilerin %76.6'sının hemşireliği isteyerek seçtiği, %87.1'inin mesleğini sevdiği ve

%86'sının hemşire olarak çalışmak istediği belirlendi (Tablo 1).

Hemşirelik Öğrencileri İçin Algılanan Stres Ölçeği, Hemşirelik Öğrencileri İçin Biyo-Psiko-Sosyal Cevap Ölçeği ile Hemşirelik Öğrencileri İçin Stresle Baş Etme Davranışları Ölçeği alt gruplarının toplam puan ortalamaları Tablo 2' de görülmektedir.

Hemşirelik Öğrencileri İçin Algılanan Stres Ölçeği toplam puanı  $49.07 \pm 22.11$ 'dir. Ölçekten alınan en yüksek puan 116'dır. Öğrencilerin en çok stres yaşadıkları durumun  $6.13 \pm 2.75$  (%51.08) puan ortalaması ile "Mesleki bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan stres" olduğu saptandı.

Hemşirelik Öğrencileri İçin Biyo-Psiko-Sosyal Cevap Ölçeği toplam puanı  $18.49 \pm 14.52$ 'dir. Ölçekten alınan en yüksek puan 84'dür. Öğrencilerin en çok stres karşı verdikleri Biyo-Psiko-Sosyal Cevap  $7.57 \pm 5.95$  (%27.03) puan ortalaması ile Duygusal belirtilerdir.

Hemşirelik Öğrencileri İçin Stresle Baş Etme Davranışları Ölçeği toplam puanı  $35.19 \pm 12.11$ 'dir. Ölçekten alınan en yüksek puan 76'dır. Hemşirelik Öğrencileri İçin Stresle Baş Etme Davranışları Ölçeği alt grupları incelendiğinde ise;  $14.53 \pm 5.65$  puan ortalaması ile öğrencilerin en sık kullandıkları başetme davranışının "Sorun Çözme" olduğu belirlendi (Tablo 2).

Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre Hemşirelik Öğrencileri İçin Algılanan Stres Ölçeğinin ve alt boyutlarının toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 3'te görülmektedir.

Cinsiyet, yaş grubu, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme, hemşirelik mesleğini sevme ve mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı isteme durumları ile Hemşirelik Öğrencileri İçin Algılanan Stres Ölçeğinin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p < 0.05$ , Tablo 4).

Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre Hemşirelik Öğrencileri İçin Biyo-Psiko-Sosyal Cevap Ölçeğinin ve alt boyutlarının toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 4'te görülmektedir. Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme, hemşirelik mesleğini sevme ve mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı isteme durumları ile Hemşirelik Öğrencileri İçin Biyo-Psiko-Sosyal Cevap Ölçeğinin toplam puan ortalamaları arasında

**Tablo 1.** Öğrencilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kız	112	65.5
Erkek	59	34.5
<b>Yaş</b>		
18-21	161	94.2
22-24	8	4.7
25 ve üzeri	2	1.1
<b>Mezun Olunan Lise</b>		
Genel lise	36	21.0
Süper lise	16	9.4
Anadolu lisesi	119	69.6
<b>Hemşireliği isteyerek mi tercih ettiniz?</b>		
Evet	131	76.6
Hayır	40	23.4
<b>Mesleği seviyor musunuz?</b>		
Evet	149	87.1
Hayır	22	12.9
<b>Mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı isteme durumları?</b>		
Çalışmak istiyor	147	86.0
Çalışmak istemiyor	24	14.0



**Tablo 2.** Hemşirelik öğrencileri için algılanan stres ölçeği, hemşirelik öğrencileri için biyo-psiko-sosyal cevap ölçeği ile hemşirelik öğrencileri için stresle baş etme davranışları ölçeği alt grup puan ortalamaları

Hemşirelik öğrencileri için algılanan stres ölçeği alt gruplar	Puan Aralığı (Min-Max)	Ort.(SS)	%
Mesleki bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan stres	0-12	6.13±2.75	51.08
Hastaya bakım verirken yaşanan stres	0-32	14.87±6.95	46.46
Ödevlerden ve iş yükünden kaynaklanan stres	0-20	8.46±4.21	42.30
Öğretim Elemanları ve hemşirelerden kaynaklanan stres	0-24	9.27±5.41	38.62
Ortamdan kaynaklanan stres	0-12	5.67±2.95	47.25
Akranlardan ve günlük yaşamdan kaynaklanan stres	0-16	4.65±3.85	29.06
Toplam	0-116	49.07±22.11	
Hemşirelik öğrencileri için Biyo-Psiko-Sosyal cevap ölçeği alt grupları	Puan Aralığı (Min-Max)	Ort.(SS)	%
Sosyal davranış belirtileri	0-24	6.26±5.17	26.08
Duygusal belirtiler	0-28	7.57±5.95	27.03
Fiziksel belirtiler	0-32	4.65±5.66	14.53
Toplam	0-84	18.49±14.52	
Hemşirelik öğrencileri için stresle baş etme davranışları ölçeği alt grupları	Puan Aralığı (Min-Max)	Ort.(SS)	%
İyimser Kalma	0-16	8.46±2.84	52.87
Transfer	0-12	6.56±2.79	54.66
Sorun Çözme	0-24	14.53±5.65	60.54
Kaçınma	0-24	5.62±4.90	23.41
Toplam	0-76	35.19±12.11	

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ , Tablo 4).

Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre Hemşirelik Öğrencileri İçin Stresle Baş Etme Davranışları Ölçeğinin ve alt boyutlarının toplam puan ortalamalarının dağılımı Tablo 5'te görülmektedir.

Cinsiyet, yaş grubu, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme, hemşirelik mesleğini sevme ve mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı isteme durumları ile Hemşirelik Öğrencileri İçin Stresle Baş Etme Davranışları Ölçeğinin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ , Tablo 5).

### Tartışma

Klinik uygulama ortamları, öğrencilerin profesyonel bilgi ve becerilerin gelişmesi için kaçınılmaz olmasına karşın, aynı zamanda da önemli bir kaygı ve stres kaynağıdır (7,16). Öğrencilerin aynı zamanda klinik uygulamalarının başlangıcında hata yapma, hastaya zarar verme, olumsuz tepkilerle karşılaşma, açık olmayan eğitici beklentisi, bilgi ve yeteneklerin uygulama için yetersiz olması ve kendilerine güvenlerinin az

olması gibi düşünceleri kaygı yaşamalarına neden olabilmektedir (8,10,16). Özellikle stresin öğrencilerin klinik uygulamaya çıktığı ilk gün yaşandığı bildirilmektedir (1,8,10,16). Bu çalışmada klinik uygulamanın ilk günü öğrencilerin, hemşirelik öğrencileri için algılanan stres ölçeği toplam puanı  $49.07±22.11$ 'dir. Ölçekten alınan en yüksek puan 116'dır. Puanın artması öğrencilerin algılanan streslerinin arttığına işaret etmektedir. Öğrencilerin ilk klinik deneyimlerinde en çok stres yaşadıkları üç durumundan ilki  $6.13±2.75$  (%51.08) puan ortalaması ile "Mesleki bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan stres", ikincisi  $5.67±2.95$  (%47.25) puan ortalaması ile "Ortamdan kaynaklanan stres" ve üçüncüsü  $14.87±6.95$  (%46.46) puan ortalaması ile "Hastaya bakım verirken yaşanan stres" olduğu saptandı. En yaygın stres bulgularından birinci ve üçüncü sırada yer alan bulgularımız literatür ile uyumludur (7,19). Bulgularla benzerlik gösteren literatürde; Sheu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada en çok stres yaşanan durumun mesleki bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklandığı, 2. sırada ise hastaya bakım verirken yaşanan stres

**Tablo 3.** Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ile hemşirelik öğrencileri için algılanan stres ölçüğü ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Mesleki bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan stress Ort±SS	Hastaya bakım verirken yaşanan stress Ort±SS	Ödevlerden ve iş yükünden kaynaklanan stress Ort±SS	Öğretim Elemanları ve hemşirelerden kaynaklanan stress Ort±SS	Ortamdan kaynaklanan stress Ort±SS	Akranlardan ve günlük yaşamdan kaynaklanan stress Ort±SS	Toplam Puan Ort±SS
<b>Cinsiyet</b>							
Kız	6.47±2.53	15.75±6.77	8.88±4.22	9.60±5.36	6.07±3.03	4.76±3.94	51.56±21.74
Erkek	5.49±3.05 t:2.112 p:0.037	13.18±7.05 t:2.328 p:0.021	7.67±4.12 t:1.789 p:0.075	8.64±5.51 t:1.106 p:0.271	4.91±2.66 t:2.471 p:0.014	4.44±3.71 t:0.526 p:0.600	44.35±22.23 t:2.044 p:0.042
<b>Yaş Grubu</b>							
18-21	6.29±2.70	15.27±6.90	8.67±4.18	9.43±5.32	5.81±2.96	4.72±3.85	50.21±21.88
22-24	3.87±2.58	9.37±4.27	5.25±3.65	7.87±6.81	3.62±1.59	3.87±4.18	33.87±19.18
25 ve üzeri	2.50±2.12 X <sup>2</sup> :8.632 p:0.013	4.50±0.70 X <sup>2</sup> :10.497 p:0.005	5.00±4.24 X <sup>2</sup> :6.684 p:0.035	2.00±1.41 X <sup>2</sup> :5.155 p:0.076	2.50±0.70 X <sup>2</sup> :7.394 p:0.025	2.00±2.82 X <sup>2</sup> :1.756 p:0.416	18.50±6.36 X <sup>2</sup> :8.131 p:0.017
<b>Hemşireliği isteyerek mi tercih ediniz?</b>							
Evet	5.74±2.78	14.07±6.74	8.08±4.06	8.75±5.12	5.34±2.78	4.25±3.54	46.25±20.94
Hayır	7.40±2.27 t:-3.417 p:0.001	17.47±7.10 t:-2.755 p:0.007	9.72±4.49 t:-2.178 p:0.031	10.97±6.03 t:-2.105 p:0.040	6.75±3.25 t:-2.685 p:0.008	5.97±4.53 t:-2.205 p:0.032	58.30±23.57 t:-3.088 p:0.002
<b>Mesleği seviyor musunuz?</b>							
Evet	5.92±2.74	14.30±6.78	8.18±4.18	8.87±5.32	5.40±2.84	4.36±3.61	47.06±21.41
Hayır	7.54±2.44 t:-2.614 p:0.010	18.72±7.05 t:-2.841 p:0.005	10.36±4.05 t:-2.287 p:0.023	11.95±5.43 t:-2.524 p:0.013	7.50±3.06 t:-3.193 p:0.002	6.59±4.88 t:-2.052 p:0.051	62.68±22.45 t:-3.172 p:0.002
<b>Mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı isteme durumları?</b>							
Çalışmak istiyor	5.95±2.78	14.49±6.97	8.24±4.08	8.89±5.20	5.53±2.88	4.24±3.49	47.37±21.29
Çalışmak istemiyor	7.20±2.34 t:-2.077 p:0.039	17.16±6.50 t:-1.753 p:0.081	9.83±4.82 t:-1.721 p:0.087	11.58±6.21 t:-2.278 p:0.024	6.54±3.28 t:-1.562 p:0.120	7.16±5.00 t:-2.754 p:0.010	59.50±24.58 t:-2.529 p:0.012

**Tablo 4.** Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ile hemşirelik öğrencileri için biyo-psiko-sosyal cevap ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Sosyal davranış belirtileri Ort±SS	Duygusal belirtiler Ort±SS	Fiziksel belirtiler Ort±SS	Toplam Puan Ort±SS
<b>Cinsiyet</b>				
Kız	6.65±5.00	8.05±6.11	4.49±5.72	19.19±14.45
Erkek	5.54±5.43	6.66±5.59	4.96±5.59	17.16±14.66
	t:1.336 p:0.183	t:1.457 p:0.147	t:-0.520 p:0.604	t:0.867 p:0.387
<b>Yaş Grubu</b>				
18-21	6.35±5.21	7.68±5.99	4.65±5.69	18.68±14.67
22-24	5.00±4.65	5.62±5.28	3.37±3.33	14.00±9.44
25 ve üzeri	4.50±4.94	6.50±7.77	10.00±11.31	21.00±24.04
	X <sup>2</sup> :0.958 p:0.619	X <sup>2</sup> :1.156 p:0.561	X <sup>2</sup> :1.009 p:0.604	X <sup>2</sup> :0.614 p:0.736
<b>Hemşireliği isteyerek mi tercih etiniz?</b>				
Evet	5.48±4.62	6.90±5.62	4.03±4.95	16.43±12.99
Hayır	8.82±6.05	9.75±6.55	6.67±7.25	25.25±17.18
	t:-3.702 p:0.000	t:-2.687 p:0.008	t:-2.151 p:0.036	t:-2.993 p:0.004
<b>Mesleği seviyor musunuz?</b>				
Evet	5.51±4.37	6.87±5.34	4.34±5.21	16.73±12.51
Hayır	11.40±7.08	12.31±7.67	6.72±7.93	30.45±20.78
	t:-3.801 p:0.001	t:-4.191 p:0.000	t:-1.363 p:0.186	t:-3.018 p:0.006
<b>Mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı isteme durumları?</b>				
Çalışmak istiyor	5.55±4.29	6.77±5.04	4.17±4.90	16.50±11.62
Çalışmak istemiyor	10.62±7.59	12.45±8.48	7.62±8.58	30.70±22.78
	t:-3.192 p:0.004	t:-3.192 p:0.004	t:-1.921 p:0.066	t:-2.991 p:0.006

puanının olduğu belirtilmiştir (19). Chan ve arkadaşlarının 205 klinik deneyimi olan lisans öğrencileri ile yaptıkları çalışmalarında en çok stres yaşanan durumun mesleki bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklandığı, 2. sırada ödevlerden ve iş yükünden kaynaklanan stres ve 3. sırada ise hastaya bakım verirken yaşanan stres puanının olduğu belirtilmiştir (7). Çalışma bulgumuzun aksine; Taşdelen ve Zaybak'ın yaptığı çalışmada klinik hemşirelerinin ve öğretim elemanlarının en çok strese neden olduğu belirtilmiştir (14). Al-Zayyat ve Al-Gamal'ın ilk kez psikiyatri klinik uygulamasına çıkan 65 öğrenci ile yaptıkları çalışmalarında, öğrencilerin en çok yaşadıkları stresin hastaya bakım verirken, öğretim elemanları ve hemşirelerden kaynaklanan stress ile ödevlerden ve iş yükünden kaynaklanan stres

olduğunu sonucuna ulaşımlardır (20). Shaban, Khater ve Akhu-Zaheya'nın Ürdün'ün kuzeyinde iki kamu üniversitesinde ilk kez klinik uygulamaya çıkan ikinci sınıf 181 lisans öğrencisi ile yürüttükleri çalışmalarında, en çok yaşadıkları üç stresin "ödevlerden ve iş yükünden", "ortamdan" ve "öğretim elemanları ile hemşirelerden kaynaklanan" stres olduğunu belirtmişlerdir (21).

Klinik uygulama ortamları, öğrencilerin profesyonel bilgi ve becerilerin gelişmesi için kaçınılmaz olmasına karşın, aynı zamanda da önemli bir kaygı ve stres kaynağıdır (7,16). Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile ilk klinik uygulamaları sırasında algıladıkları stres incelendiğinde; hemşirelik öğrencileri için



**Tablo 5.** Öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ile hemşirelik öğrencileri için stresle baş etme davranışları ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İyimser kalma Ort±SS	Transfer Ort±SS	Sorun çözme Ort±SS	Kaçınma Ort±SS	Toplam Puan Ort±SS
<b>Cinsiyet</b>					
Kız	8.43±2.75	6.25±2.61	13.97±5.38	5.20±4.68	51.56±21.74
Erkek	8.52±3.03	7.15±3.03	15.59±6.04	6.42±5.24	44.35±22.23
	t:-10.192 p:0.848	t:-2.005 p:0.047	t:-1.792 p:0.075	t:-1.550 p:0.123	t:2.044 p:0.042
<b>Yaş Grubu</b>					
18-21	8.40±2.84	6.56±2.83	14.37±5.70	5.71±4.97	50.21±21.88
22-24	9.12±2.90	6.12±2.10	15.65±3.46	4.62±3.73	33.87±19.18
25 ve üzeri	10.50±2.12	8.50±0.70	22.50±0.70	2.50±0.70	18.50±6.36
	X <sup>2</sup> :2.331 p:0.312	X <sup>2</sup> :1.578 p:0.454	X <sup>2</sup> :5.216 p:0.074	X <sup>2</sup> :1.249 p:0.536	X <sup>2</sup> :8.131 p:0.017
<b>Hemşireliği isteyerek mi tercih etiniz?</b>					
Evet	8.51±2.89	6.57±2.78	14.76±5.63	5.04±4.52	46.25±20.94
Hayır	8.30±2.70	6.55±2.86	13.77±5.71	7.52±5.63	58.30±23.57
	T:0.426 p:0.671	t:0.044 p:0.965	t:0.967 p:0.335	t:-2.856 p:0.005	t:-3.088 p:0.002
<b>Mesleği seviyor musunuz?</b>					
Evet	8.59±2.87	6.62±2.80	14.86±5.57	5.41±4.64	47.06±21.41
Hayır	7.59±2.50	6.18±2.73	12.27±5.79	7.04±6.35	62.68±22.45
	t:1.557 p:0.121	t:0.692 p:0.490	t:2.026 p:0.044	t:-1.459 p:0.146	t:-3.172 p:0.002
<b>Mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı isteme durumları?</b>					
Çalışmak istiyor	8.59±2.87	6.60±2.77	14.79±5.57	5.26±4.68	47.37±21.29
Çalışmak istemiyor	7.66±2.53	6.33±2.95	12.91±5.98	7.83±5.72	59.50±24.58
	t:1.495 p:0.137	t:0.441 p:0.660	t:1.515 p:0.132	t:-2.412 p:0.017	t:-2.529 p:0.012

algılanan stres ölçeği ve alt boyutlarından olan mesleki bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan stres puan ortalamalarının sosyodemografik özellikleri arasında anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Cinsiyet ile hemşirelik öğrencileri için algılanan stres ölçeği ve alt boyutlarından olan mesleki bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan stres, hastaya bakım verirken yaşanan stres ve ortamdan kaynaklanan stres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Kız öğrencilerin hemşirelik eğitiminde yaşadıkları stresin erkeklerden yüksek olduğu görülmektedir. Literatürle uyumlu olan bulgularımız, Singh ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bu farkın erkeklerin kaygılarını daha basit ve az ifade etmelerinden,

psikolojik yapılarının kızlardan farklı olmasından kaynaklandığını belirtmişlerdir (22). Ocak ve Güler, cinsiyetin kadın olmasının algılanan stres belirtilerinin artması ile ilişkili olduğunu, kadınların daha fazla stres yaşamalarından ziyade, daha fazla stres belirtisi bildirme, erkeklerin ise toplumsal cinsiyet rolleri gereği zayıflıklarını açıklamaktan kaçınma ve bunu daha az bildirme eğiliminde olduğunu bildirmektedir (23). Savcı ve Aysan, cinsiyetin üniversite öğrencilerinin algıladığı streste etkili bir etmen olduğunu ve kız öğrencilerin algıladığı stres düzeyinin erkek öğrencilere göre daha yüksek olduğunu bildirmektedir (24). Literatürdeki diğer çalışmalarda ise cinsiyetin klinik stres üzerinde etkili olmadığı belirtilmiştir (9,14,15). Aytekin, Özer ve Beydağ'ın öğrencilerin klinik

uygulamalarda karşılaştıkları güçlükler ile ilgili çalışmalarında erkek öğrencilerin ve bölümünü sevmeyen hemşirelik öğrencilerinin klinik öğretimde güçlük yaşama oranlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (25). Çalışmamızın sonuçlarının, bu çalışma sonuçlarını desteklemediği görülmektedir.

Araştırma bulguları incelendiğinde cinsiyet değişkenine göre hemşirelik öğrencileri için stresle baş etme davranışları ölçeği arasında anlamlı düzeyde fark olduğu ve ölçeğin alt boyutlarından "transfer" kullandıkları bulundu ( $p < 0.05$ , Tablo 5). Bulgularımızın aksine; Ekinci ve arkadaşlarının çalışmalarında kız ve erkek öğrencilerinin herhangi bir stres durumunda benzer tepkiler gösterdiklerine ulaşılmıştır (29). Aşçı ve ark. çalışmalarında kız öğrencilerin stresle problem odaklı baş etme ve kaçınma yöntemini erkeklere benzer olarak kullandığı ve stresle baş etmede erkeklere göre daha fazla sosyal destek alma eğiliminde olduğu belirlenmiştir (30).

Sağlıklı bir yaşam için önemli olan, stresin yok edilmesi değil, bireyin stres yaratan yaşam olaylarıyla etkin bir biçimde başa çıkmayı öğrenebilmesidir. Aşırı stresin insan üzerinde fiziksel, ruhsal ve sosyal zararları olmasına karşın hiç stressiz bir yaşamda uyarıcı ya da motive edici etmenlerin olmamasından dolayı bireyi olumsuz etkiler (6). Hemşirelik öğrencileri için biyo-psiko-sosyal cevap ölçeği toplam puanı  $18.49 \pm 14.52$ 'dir. Ölçekten alınan en yüksek puan 84'dür. Yüksek puan daha fazla belirti varlığını ve zayıf biyo-psiko-sosyal durumu göstermektedir. Öğrencilerin en çok strese karşı verdikleri biyo-psiko-sosyal cevap  $7.57 \pm 5.95$  (% 27.03) puan ortalaması ile duygusal belirtilerdir. Literatür incelendiğinde hemşirelik öğrencileri için biyo-psiko-sosyal cevapta fiziksel, duygusal ve sosyal belirtilere göre değerlendirilen çalışmalar sınırlıdır. Sheu ve arkadaşlarının çalışmasında klinik eğitime başlama esnasında hemşirelik öğrencilerinin psikolojik, fiziksel ve sosyal durumları ve algılanan stres arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada öğrencilerin profesyonel bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan stres yaşadığını belirterek öncelikle sosyal davranışlarda yetersiz başa çıkma yöntemlerini kullandığını gözlemlemiştir. Biyo-psiko-sosyal durumda en zayıf olunan durumun sosyal davranış belirtileri olduğu sonucuna

ulaşmışlardır (19). Sosyal destek, bir davranış olarak bireyin yakın çevresinden yardım istemesi ve verilen desteği kabul etmesini içerir. Şahin'in hemşirelik öğrencilerinin kendilerini anlatma ve stresle baş etme ilişkilerinin belirlediği çalışmada sosyal desteğe sahip olmanın stres yaşantılarında istenmeyen etkilere karşı bireyi koruyucu bir etkisi olduğunu göstermektedir (26). Chen ve Hung yaptıkları çalışmalarında biyo-psiko-sosyal cevapta fiziksel belirtilerin toplam puanı yüksek çıkmıştır (27). Çalışmamızın sonuçları, bu çalışma sonuçlarını desteklememektedir.

Hemşirelik mesleğini isteyerek seçme, hemşirelik mesleğini sevmeye ve mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı isteme durumları ile hemşirelik öğrencileri için biyo-psiko-sosyal cevap ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p < 0.05$ , Tablo 4). Hemşirelik öğrencileri için biyo-psiko-sosyal cevap ölçeğinin puan ortalamaları ile cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmadı ( $p > 0.05$ , Tablo 4). Bulguların aksine literatürde, Chen ve Hung'un çalışmalarında kız öğrencilerin biyo-psiko-sosyal semptomları erkeklerden yüksek çıkmıştır (27). Shaban ve arkadaşlarının çalışmalarıyla sonuçlar benzerlik göstererek, kız öğrencilerin biyo-psiko-sosyal belirtileri erkeklerden yüksek bulunmuştur (21).

Stres ve stresle başa çıkma kavramları birçok alanda olduğu gibi eğitim-öğretim alanında da önemli bir etken olarak karşımıza çıkmaktadır. Bazen stresle başa çıkma yöntemleri stresle ilişkili negatif duyguları düzenleyerek alternatif çözümler üreten koruyucu bir işlev olarak yardım edebilir, bazen de stresin etkilerini kötüleştirerek uyum sorunlarına yol açabilirler (28). Hemşirelik öğrencileri için stresle baş etme davranışları ölçeği toplam puanı  $35.19 \pm 12.11$ 'dir. Ölçekten alınan en yüksek puan 76'dır. Alt boyutun puanı ne kadar yüksek olursa öğrencinin o baş etme stratejisini daha sık kullandığı anlamına gelmektedir (18-19). Hemşirelik öğrencileri için stresle baş etme davranışları ölçeği alt grupları incelendiğinde ise;  $14.53 \pm 5.65$  puan ortalaması ile öğrencilerin en sık kullandıkları baş etme davranışının "Sorun Çözme" olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Stresle başa çıkmada kullanılan problem çözme yöntemi daha çok bireyin etkin çabasını, kendince bilişsel çözüm yolları üretmesine yönelik girişimi gerektirmektedir. Buna göre, problem

çözme yöntemini kullanan bireylerde kendini rahatlıkla ifade edebilmeyi içeren bir davranış şekli olan atılganlıkla tutarlı olduğu düşünülmekte ve problem durumlarında kaçmaktan çok yaklaşım bilişsel, affektif ve davranışsal çözümler üretme çabasında olmaktadır (29). Literatürde; Shaban, Khater ve Akhu-Zaheya çalışmalarında stresle başa çıkmada problem çözme ve kaçınma kullanmışlardır. Hastaların bakımın yanı sıra eş ve günlük yaşam ile ilgili streste ve klinik ortamda öğretmen ve hemşireler ile ilgili stres üzerinde kaçınma davranışının olumlu bir etkisi olduğunu bildirmişlerdir (21). Al-Zayyat ve Al-Gamal'ın çalışmalarında stresle başa çıkmada en çok problem çözme kullandıklarını bildirmişlerdir (20). Chen ve Hung, Tayvanlı hemşirelik öğrencilerinin klinik eğitimi sırasında başa çıkma stratejisi olarak en çok problem çözmeyi kullandıklarını bildirmişlerdir (27). Aşçı ve arkadaşlarının bir devlet üniversitesindeki 504 öğrencinin stres nedenlerini ve stresle başa çıkma biçimlerini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında stresle başa çıkmada en yüksek puanı problem odaklı başa çıkma boyutu almıştır (30). Bulgularımızın aksine; Sheu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada alt boyutlardan en yüksek puan ortalamasının iyimser kalma olduğu belirtilmiştir (19). Chan ve arkadaşlarının çalışmalarında Hong Kong'lu lisans öğrencilerinin stresle başa çıkmada en yüksek puan ortalamasının transfer olduğu bulunmuştur (27). Savcı ve Aysan çalışmalarında stresle başa çıkmada kaçınma biçimini kullanan bireylerin stresle karşılaştığı durumlarda, kaynaklarını verimli bir biçimde kullanmadıklarını, problemlerden ve karşılaşılan zorluklardan kaçınma eğilimi gösterdiklerini düşündüklerini belirtmiştir (24). Bu çalışma sonuçlarının bulgularımızdan farklı olması metodoloji, örneklemelerin niteliği, stres kaynakları, akademik durumları ve eğitim programlarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

### Sonuç ve Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, öğrencilerin klinik uygulamaya çıktıkları ilk gün algılanan stres anket puanlarının ortalamaya yakın olduğu, klinik uygulama ile ilgili en büyük korkularının mesleki bilgi ve beceri eksikliğinden kaynaklanan stres olduğu, strese karşı biyo-psiko-sosyal cevap olarak da duygusal tepkiler verdikleri ve stresle başa çıkmada sorun çözme yöntemini kullandıkları tespit edildi.

Bu doğrultuda klinik uygulamaların ilk günü öğrencilerde kaygıyı azaltabileceği düşünülen, mesleki bir uygulama yapmadan yalnızca gözlem yapmaları, ortamı ve çalışanları tanımaları, kliniğin çalışma düzenini öğrenmeleri, klinik uygulamalara çıkmadan önce hastane ortamının gözlem niteliğinde zaman zaman öğrencilere tanıtılması önerilebilir. Klinik öğretim öncesinde simülasyon teknikleri kullanılarak, oluşturulan klinik ortama benzer öğretim alanlarında öğrencilerin kliniğe kendilerini daha hazır hissetmeleri sağlanabilir. Ayrıca öğrencilerin özgüvenlerini artırmak için, kendilerini klinik uygulama ile ilgili yetersiz hissettikleri konularda eğitim verilmesi, kliniğe oryantasyon programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

**İletişim:** Eda Ergin

**E-posta:** edayasar35@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Erbil N, Kahraman AN, Bostan Ö. Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim öncesi anksiyete düzeylerinin belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 9 (1), 10-16.
2. Bektaş AH. Hemşirelik Öğrencilerinin Kuramsal Ve Uygulamalı Eğitimde Yaşadıkları Güçlükler Ve Öğretim Elemanlarından Beklentileri. Hemşirelik Forumu 2004; Eylül-Ekim, 45-54.
3. Çam O, Khorsid L, Özsoy S. Bir Hemşirelik Yüksekokulundaki Öğrencilerin Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi. Hemşirelikte Araştırma Dergisi 2000;1, 33-40.
4. Khorshid L, Eşer İ, Zaybak A, Güneş Ü, Çınar Ş. Hemşirelik Yüksekokulu mezun öğrencilerinin aldıkları lisans eğitimine ilişkin görüşleri. E.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 23 (1): 1-14.
5. Karaca A, Yildirim N, Ankaralı H, Açıkgöz F, Akkuş D. (2014). Hemşirelik Eğitimi Stres Ölçeği'ni Türkçeye Uyarlanması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi; 16 (2): 29-40.
6. Zengin N. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde öz-etkililik-yeterlilik algısı ve klinik uygulamada yaşanan stresle ilişkisinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10 (1), 49-57.
7. Chan CK, So WK, Fong DY. Hong Kong baccalaureate nursing students' stress and their coping strategies in clinical practice. J Prof Nurs. 2009;25(5):307-13. doi: 10.1016/j.profnurs.2009.01.018.
8. Atay S, Yılmaz F. Sağlık yüksek okulu öğrencilerinin ilk klinik stres düzeyleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14 (4), 32-37.
9. Karagözoğlu Ş, Özden D, Türk G, Yıldız TF. Klasik ve entegre müfredat programı hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik uygulamada yaşadıkları kaygı, klinik stres düzeyi ve etkileyen bazı faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014; 7 (4), 266-274.



10. Sharif F, Masoumi S. A Qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BioMed Central Nursing* 2005; 4 (6), 1-7.
11. Çalışkan T, Akgöz S. Temel ilke ve uygulamalar dersinin uygulanmasında kullanılan farklı yaklaşımların dersin hedeflerine katkısı. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2006; 1(3): 1-13.
12. Şendir M, Acaroğlu R. Reliability and validity of turkish version of clinical stress questionnaire. *Nurse Education Today* 2008; 28 (6), 737-743
13. Karadağ G, Kılıç P S, Ovayolu N, Ovayolu Ö, Kayaaslan H. Öğrenci hemşirelerin klinik uygulamada karşılaştıkları güçlükler ve klinik hemşireler hakkındaki görüşleri. *TAF Prev Med Bull*, 2013; 12(6):665-672.
14. Taşdelen S, Zaybak A. Hemşirelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim sırasındaki stres düzeylerinin incelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2013; 21 (2),101-106.
15. Tel H, Tel H, Sabancıoğulları S. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin laboratuvar uygulamasında birbirlerine IM enjeksiyon uygularken ve klinik uygulamanın ilk gününde anksiyete durumları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2004; 7 (1), 27-32.
16. Turgay SA, Sarı D. Ebelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim öncesi ve sonrası stres belirtileri ve stresle başa çıkma tarzları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2008; 24 (3), 9-16.
17. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yılmaz S, Yıldırım A. Sağlık Yüksekokulu birinci sınıf öğrencilerinin klinik uygulamaya ilişkin kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 11 (1), 69-75.
18. Karaca A, Yildirim N, Ankaralı H, Açıkgöz F, Akkuş D. Hemşirelik öğrencileri için algılanan stres,biyo-psiko-sosyal cevap ve stresle başetme davranışları ölçeklerinin Türkçe'ye uyarlanması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2015;6(1):15-25.
19. Sheu S, Lin HS, Hwang SL. Perceived stress and physio-psycho-social status of nursing students during their initial period of clinical practice: the effect of coping behaviors. *International Journal of Nursing Studies* 2002; 39, 165-175.
20. Al-Zayyat AS, Al-Gamal E. Perceived stress and coping strategies among Jordanian nursing students during clinical practice in psychiatric/mental health courses. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(4):326-35.
21. Shaban IA, Khater WA, Akhu-Zaheya LM. Undergraduate nursing students' stress sources and coping behaviours during their initial period of clinical training: a Jordanian perspective. *Nurse Educ Pract*. 2012 Jul;12(4):204-9. doi: 10.1016/j.nepr.2012.01.005. Epub 2012 Jan 26.
22. Singh A, Chopra M, Adiba S, Mithra P, Bhardwaj A, Arya R, et al. A descriptive study of perceived stress among the North Indian Nursing undergraduate students. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2013; 18 (4), 340-342.
23. Ocak M, Güler M. A tipi kişilik ve başa çıkma yöntemlerinin stresle ilişkisi: Türk ve Bosnalı öğrenciler arasında karşılaştırmalı bir araştırma, *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2013; 5 (8), 135-147.
24. Savcı M, Aysan F. Üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi* 2014; 44-56.
25. Aytakin S, Özer F G, Beydağ K D. Denizli Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin klinik uygulamalarda karşılaştıkları güçlükler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009; 4(10): 137-149.
26. Şahin B. Hemşirelik öğrencilerinin kendilerini anlatma ve stresle başetme ilişkilerinin belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi] İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.
27. Chen Y W, Hung CH. Predictors of Taiwanese baccalaureate nursing students' physio-psycho-social responses during clinical practicum. *Nurse Education Today* 2014; 34 (1), 73-77.
28. Öngen D. Relationships between coping strategies and depression among turkish adolescents. *Social Behavior and Personality* 2006; 34, 181-96.
29. Ekinci M, Altun Ş Ö, Can G. Hemşirelik öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları ve atılganlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2013; 4(2):67-74.
30. Aşçı Ö, Hazar G, Kılıç E, Korkmaz A. Üniversite öğrencilerinde stres nedenlerinin ve stresle başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2015;8/4; 213-232.

Giray Erdoğan<sup>1</sup>, Dr. Gülhan Coşansu<sup>2</sup>

Geliş/Received : 02.05.2017  
Kabul/Accepted : 12.08.2017

## Öz

**Amaç:** Araştırma, taksi şoförlerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilişkili etmenleri belirlemek amacıyla planlandı.

**Gereç-Yöntem:** Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte olan araştırma, 350 taksi şoförü ile tamamlandı. Veriler; Kişisel bilgi formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) ve İyilik durumu indeksi (DSÖ-5) ile toplandı.

**Bulgular:** Tamamı erkek olan katılımcıların yaş ortalaması  $47,20 \pm 8,87$ , %44,3'ü ilkokul mezunu ve %54,3'ü orta gelir düzeyindedir. Ortalama Beden Kitle İndeksi  $29,05 \pm 4,30$  kg/m<sup>2</sup>, Bel çevresi  $104,03 \pm 10,90$ cm hesaplandı. Katılımcıların %63,1'i sigara %38'i alkol kullandığını bildirdi. Ortalama çalışma deneyimi  $17,25 \pm 10,80$  yıl olan sürücülerin %50,6'sı 24 saatlik vardiyalar halinde çalışmaktaydı. Grubun %83,4'ünün BKİ 25 kg/m<sup>2</sup> ve üstünde, %86,6'sının bel çevresinin sınırın üstünde, %86,3'ünün sedanter olması ve %70,4'ünün uygun beslenme biçimini sürdürmemesi dikkat çekiciydi. Eğitim durumu ile ölçeğin sağlık sorumluluğu, beslenme, egzersiz ve stres yönetimi alt boyutları ilişkili bulundu. Gece çalışanlarda beslenme, işinden memnun olanlarda beslenme ve kendini gerçekleştirme puanları daha yüksek bulundu. Sürücülerin DSÖ-5 puanına göre %54,6'sı depresyon açısından ileri incelemeyi gerektirecek düzeyde riskli bulundu.

**Sonuç:** Taksi şoförlerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düşük olduğu ve yarıdan fazlasının depresyon açısından riskli olduğu belirlendi.

**Anahtar sözcükler:** Taksi; Taksi sürücüsü, Taksi şoförü, Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, Depresyon riski

## Abstract

**Aim:** The aim of this study was to determine the healthy lifestyle behaviours of taxi drivers and related factors.

**Material and Method:** This study used a descriptive and correlational research design and was conducted among 350 taxi drivers. The data were collected using a personal information form, the Healthy Lifestyle Behaviours Scale (HLBS) and the Well-Being Index (WHO-5).

**Findings:** All the participants were male, and their mean age was  $47.20 \pm 8.87$  years. Of the participants, 44.3% had completed primary school, and the income level of 54.3% was moderate. The mean body mass index and waist circumference of the participants were  $29.05 \pm 4.30$  kg/m<sup>2</sup> and  $104.03 \pm 10.90$  cm, respectively. Of the participants, 63.1% stated that they smoke, and 38% reported that they drink alcohol. This study found that the mean duration of employment of the taxi drivers was  $17.25 \pm 10.80$  years, and 50.6% of them were working 24-hour shifts. The BMI values of 83.4% were greater than or equal to 25 kg/m<sup>2</sup>, and the waist circumferences of 86.6% were above the limits. Of them, 86.3% were sedentary, and 70.4% were not maintaining a proper diet. These results were remarkable. The educational level of the taxi drivers and the health responsibility, nutrition, exercise and stress management sub-dimensions of the scale were found to be associated. The nutrition scores of those working nights were found to be higher, while the nutrition and self-actualization scores of those who have been satisfied with their job were found to be higher. According to the WHO-5 scores, 54.6% of the taxi drivers were found to be at risk of depression to the extent that a further examination was required.

**Conclusion:** This study found that the healthy lifestyle behaviours of the taxi drivers were poor and more than half of them were at the risk of depression.

**Key words:** Taxi, Taxi driver, Healthy lifestyle behaviours, Depression risk

\*Bu çalışma "Taksi Sürücülerinde Diyabet Risk Faktörlerinin ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasından hazırlanmıştır.

1 Arş. Gör. Bil. Uzm.; İstanbul Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AD. İstanbul  
2 Yrd. Doç.; İstanbul Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AD. İstanbul

## Giriş

Karayolunda ticari olarak tescil edilmiş bir motorlu bir taşıtı kullanan kişi şoför olarak tanımlanırken (1) bu grup içinde taksi şoförlerinin sayısı bir hayli fazladır. Taksi şoförlüğü her türlü iklim şartında ve coğrafi koşulda, vardiyalı sistemle çalışmayı gerektiren, uzun süre hareketsiz kalınan, stres faktörlerinin fazla, uyku saatlerinin düzensiz olduğu, kaza, yaralanma ve meslek hastalığı riskleri bulunan, iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin alınmasını gerektiren bir meslek grubudur (2,3).

Bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde olması olarak tanımlanan sağlığı etkileyen pek çok risk faktörü bulunur. İş koşulları içinde maruz kalınan riskler de bu riskler içinde önemli yer tutar. Taksi şoförlerinin uzun çalışma saatlerinin olduğu, yeterli fizik aktivitesinin olmadığı, düzensiz ve sağlıksız beslendiği ve yoğun bir stres altında çalıştıkları bilinmektedir. Çalışma koşulları ve bazı bireysel tercihleri nedeni ile kendi sağlıkları açısından çeşitli riskler taşıyan taksi sürücülerinin, aynı zamanda toplumda yaşayan bireylerin sağlığını da çeşitli açılardan etkilediği unutulmamalıdır (4). Erişkin yaş grubunda ve ağırlıklı olarak erkeklerden oluşan bir grup olan taksi sürücülerinde erişkinlerde yaygın olarak görülen hipertansiyon, kalp hastalıkları ve diyabet gibi kronik hastalıklar ve bu hastalıkların risk faktörü olan durumlar görülebilir. Öte yandan taksi şoförlerinin yoğun çalışma koşulları içinde koruyucu ve tedavi edici sağlık bakımı almak için zaman ayırması da oldukça güçtür. Hem ulusal hem de uluslararası literatürde taksi sürücülerinin sağlık sorunları ve sağlık davranışlarını belirlemeye yönelik çalışmaların sınırlı olması bu grubun göz ardı edilen bir grup olduğunu düşündürmektedir.

Tüm bu gerekçelerle bu çalışma, taksi şoförlüğü yapan erişkin bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır.

## Yöntem

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanan araştırma Aralık 2015 - Mart 2016 tarihleri arasında İstanbul'da araç ve çalışan sayısı açısından şehrin ve ülkenin en büyük taksi durağında gerçekleştirildi. Çalışmanın evrenini durakta çalışan 1200 şoför, örneklemini ise olasılıksız örnekleme ile seçilen 18-64 yaş aralığında, diyabet tanısı olmayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 350 şoför oluşturdu.

Verilerin toplanmasında üç veri toplama aracı kullanıldı. **1) Kişisel Bilgi Formu** araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlandı ve taksi şoförlerinin sosyo-demografik özellikleri ve çalışma durumlarına ilişkin özellikler ile antropometrik ölçüm sonuçlarının kayıt edildiği 29 sorudan oluştu. **2) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ)**; 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılında Esin tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, toplam 48 madde ve 6 alt boyuttan oluşan bir ölçektir (5). Her bir alt boyut bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Ölçekten alınan toplam puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını gösterir. Ölçek puanının bir kesme noktası yoktur, puanın artması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığını gösterir. Toplam puan en düşük 48, en yüksek 192 puan olabilir. Alt ölçekler için ise puan aralığı: *Kendini Gerçekleştirme* 13-52 arasında, *Sağlık Sorumluluğu* 10-40 arasında, *Egzersiz* 5-20 arasında, *Beslenme* 6-24 arasında, *Kişilerarası Destek* 7-28 arasında ve *Stres Yönetimi* alt boyutu 7-28 puan aralığındadır. Ölçeğin kullanımı için gerekli izin alınmıştır. **3) İyilik Durumu İndeksi (DSÖ-5)** ise son iki haftalık süreçte katılımcının duyguları ile ilgili olumlu ifade içeren 5 maddeden oluşan, bireylerin iyilik halini belirlemek için kullanılan, pratik bir ölçüm aracıdır. Her madde 0-5 arasında 6'lı likert tipi ölçekle değerlendirilir. Toplam ham puan 0-25 puan aralığında olabilir. Buna göre; 0 puan "en kötü", 25 puan en iyi "iyilik halini" ifade eder. Bu araç aynı zamanda depresyon riskini belirlemek için bir tarama aracı olarak da kullanılır. Ham puan 13'ün altında ya da kişinin bu beş sorudan herhangi birine verdiği yanıt 0 ya da 1 ise bu bireylerin depresyon açısından ileri tanı için yönlendirilmesi önerilir. Ölçek Türkçe dâhil 32 dilde araştırmacıların kullanımına sunulmuştur ve kullanımı için izin gerekmemektedir (6).

Veri toplama işlemleri şoförlerin sıralarını beklerken dinlendikleri tesiste gerçekleştirildi. Katılımcılara veri toplama formları verilerek doldurmaları istendi. Ardından araştırmacı tarafından boy, tartı, bel çevresi ve kan basıncı ölçümleri yapıldı. Veri toplama işlemi yaklaşık 20 dakika sürdü. Veriler SPSS for Windows 21.0 programında tanımlayıcı ve ilişki arayıcı analizler ile %95 güven aralığında, anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirildi. Araştırma için etik onam (12.09.15- 582) ve kurum izni alındı.



## Bulgular

Çalışmaya katılan şoförlerin tamamı erkek olup yaş ortalamaları  $47,20 \pm 8,87$  bulundu. Yarıya yakını (%44,3) ilkokul mezunu, %89,1'i evli, %63,1'i sigara, %38'i alkol kullanan katılımcıların %54,3'ü orta gelir grubundadır ve %87,1'inin sosyal güvencesi vardır. Katılımcıların %31,1'i kronik bir sağlık sorunu olduğunu belirtirken %78'i hiç kapsamlı bir sağlık kontrolü yaptırmamıştır. Yapılan ölçümler sonucu katılımcıların beden kitle indeksi (BKİ) ortalaması  $29,05 \pm 4,30$ , olup %49,1'i fazla tartılı, %34,3'ü ise obezdir. Bel çevresi (BÇ) ortalaması  $104,03 \pm$

10,90 olarak hesaplanan sürücülerin %86,6'sının bel çevresi sınır değer olan 94 cm'nin üstündedir ve katılımcıların %86,3'ü sedanter olduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Çalışma deneyimi ortalama  $17,25 \pm 10,80$  yıl olan sürücülerin yarıdan fazlası (%50,6) 24 saatlik vardiyalar halinde tam gün çalışmaktadır ve grubun günlük çalışma süresi ortalama  $18,04 \pm 6,16$  saattir. Yaptıkları işten memnuniyetleri sorgulandığında yalnızca %39,7' sinin yaptığı işten memnun olduğu görülmüştür. Katılımcıların %78,9'u araç kullanırken hiçbir zaman emniyet

**Tablo 1.** Taksi şoförlerinin sosyo-demografik, antropometrik özellikleri ve alışkanlıkları

		n	%
Eğitim Düzeyi	İlkokul (5 yıl)	155	44,3
	Ortaokul (8 yıl)	67	19,1
	Lise ve üzeri (11 yıl ve üstü)	128	36,6
Medeni Durum	Evli	312	89,1
	Bekâr	38	10,9
Ekonomik Durum	Düşük	124	35,4
	Orta	190	54,3
	İyi	36	10,3
Sosyal Güvence	Var	305	87,1
	Yok	45	12,9
Sigara kullanma	Hiç içmedi	34	9,7
	Bıraktı	95	27,1
	Halen içiyor	221	63,1
Alkol kullanma	Evet	133	38
	Hayır	217	62
Fiziksel Aktivite (günde 30 dakika ve üstü)	Evet	48	13,7
	Hayır	302	86,3
Günde 3 öğün düzenli beslenme	Evet	104	29,7
	Hayır	246	70,3
Kronik sorun varlığı	Evet	109	31,1
	Hayır	241	68,9
Kapsamlı sağlık kontrolü (check-up) yaptıрма durumu	Hiç yaptırmadı	273	78
	1 yıldan fazla zaman geçti	49	14
	1 yıldan az zaman geçti	28	8
Beden Kitle indeksi	Normal (<25 kg/m <sup>2</sup> )	58	16,6
	Fazla Tartılı (25-29.9 kg/m <sup>2</sup> )	172	49,1
	Obez ( $\geq 30$ kg/m <sup>2</sup> )	120	34,3
Bel Çevresi	<94	47	13,4
	94-102 cm	111	31,7
	>102 cm	192	54,9
		<b>Ortalama</b>	<b>Standart Sapma</b>
Yaş (Yıl) (min: 21-maks: 64)		47,20	8,87
Beden Kitle İndeksi kg/m <sup>2</sup> (min: 19.96 -maks: 49.81)		29,05	4,30
Bel Çevresi (cm)(min: 74-maks: 150)		104,03	10,90
Sigara (Yıl) (min: 1- maks: 50)		26,49	10,38
Sigara (Adet) (min: 4- maks: 80)		27,52	12,94

kemerini takmadığını, %91,7'si seyir halinde iken cep telefonu ile konuştuğunu, telefonla konuştuğunu belirtenlerin %67,9'u ise yardımcı bir aparat olmaksızın telefonu elde kullandığını belirtmiştir. Sürücülerin %34,3'ü son bir yılda trafik kazası yapmış, %58,9'u en az bir kez trafik cezası almıştır. Trafik cezası nedenleri arasında ise %72,8 oranı ile aşırı hız ilk sırada bulunmaktadır. Şoförlerin mesleki ve çalışma koşullarına ilişkin özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Sürücülerin SYBD ölçeğinden aldıkları toplam puan ve alt ölçeklerin puan dağılımı ortalaması Tablo 3'te gösterilmiştir. Buna göre; toplam puan ortalamasının  $117,78 \pm 17,29$ ; egzersiz:  $7,48 \pm 3,22$ ; beslenme:  $13,29 \pm 3,72$ ; stres yönetimi:  $16,50 \pm 3,68$ ; sağlık sorumluluğu:  $20,38$

$\pm 4,83$ , kendini gerçekleştirme:  $40,96 \pm 6,76$  ve kişilerarası destek:  $18,58 \pm 3,34$  olarak hesaplanmıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanları ile bazı sosyo-demografik özellikler karşılaştırıldığında, *Sağlık Sorumluluğu* ( $F=3,10$ ,  $p=0,046$ ) *Egzersiz* ( $F=4,81$ ,  $p=0,009$ ), *Beslenme* ( $F=7,53$   $p=0,001$ ) ve *Stres Yönetimi* ( $F=4,88$ ,  $p=0,008$ ) alt boyutlarından alınan puanların eğitim düzeyine göre farklılık gösterdiği görüldü. Farklılığa neden olan grubu belirlemek için yapılan karşılaştırmada ise ilkökul mezunlarının *sağlık sorumluluğu*, *egzersiz*, *beslenme* ve *stres yönetimi* puan ortalamaları lise ve üstü eğitimlilere göre, ilkökul mezunlarının *beslenme* puan ortalamaları ortaokul mezunlarına göre ve

**Tablo 2.** Taksi şoförlerinin mesleki özellikleri

		n	%
<b>Vardiya</b>	Gündüz	61	17,4
	Gece	112	32
	Tamgün	177	50,6
<b>İşten memnuniyet</b>	Memnun	139	39,7
	Orta	89	25,5
	Memnun değil	122	34,8
<b>Emniyet kemeri takma</b>	Her zaman	16	4,6
	Bazen	58	16,5
	Hiçbir zaman	276	78,9
<b>Trafik kazası (son 1 yıl)</b>	Evet	120	34,3
	Hayır	230	65,7
<b>Trafik kazası nedenleri*</b>	Dikkatsizlik	277	79,1
	Aşırı hız	146	41,7
	Alkol	141	40,3
	Kural ihlali	104	29,7
	Cep telefonu	86	24,6
	Karşı taraftan kaynaklı	72	20,6
<b>Trafik cezası (son 1 yıl)</b>	Evet	206	58,9
	Hayır	144	41,1
<b>Trafik cezası nedenleri*</b>	Aşırı hız	150	72,8
	Hatalı park	42	20,4
	Kırmızı ışıkta geçme	20	9,7
	Eksik evrak	14	6,8
<b>Cep telefonu ile konuşma (araç kullanırken)</b>	Evet	321	91,7
	Hayır	29	8,3
<b>Cep telefonu ile konuşma yöntemi*</b>	Kulaklık	96	29,9
	Araç kiti	34	10,6
	Elde	218	67,9
<b>Çalışma deneyimi (yıl)</b> (min: 1- maks: 45)	Ortalama		Standart Sapma
		17,25	10,80
<b>Günlük Çalışma Süresi (saat)</b> (min:6-maks: 24)		18,04	6,16

\*birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

**Tablo 3.** Taksi şoförlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanları

Ölçek toplam ve alt boyut puanları	Ortalama (Standart Sapma)	Minimum - Maksimum
SYBDÖ Toplam	117,78 (17,29)	75-184
Kendini Gerçekleştirme	40,96(6,76)	21-52
Sağlık Sorumluluğu	20,38(4,83)	10-40
Egzersiz	7,48(3,22)	5-20
Beslenme	13,29(3,72)	6-24
Kişilerarası Destek	19,14(3,16)	8-28
Stres Yönetimi	16,50(3,68)	7-28

ortaokul mezunlarının *stres yönetimi* puan ortalamaları üniversite ve üstü eğitimlilere göre daha düşük olduğu saptandı.

SYBD ölçeği toplam puanı ve alt boyutları, taksi sürücülerinin vardiya durumuna göre karşılaştırıldığında yalnızca *Beslenme* alt boyutu istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Gece çalışan taksi sürücülerinin beslenme alt boyutu puan ortalamaları tam gün çalışanlardan daha yüksek olarak belirlendi ( $F=3,05$ ,  $p=0,048$ ). Yapılan işten memnuniyet durumu ile SYBD toplam puanı ve alt boyutların ilişkisi incelendiğinde *Beslenme* ( $F=3,06$ ,  $p=0,02$ ) ve *Kendini Gerçekleştirme* ( $F=3,12$ ,  $p=0,02$ ) alt boyut puanlarında anlamlılık saptandı. Memnun olan bireylerin beslenme puan ortalamaları, memnun değilim cevabını verenlere göre daha yüksektir ( $F=3,06$ ,  $p=0,02$ ). Kendini gerçekleştirme puan ortalaması ise işinden memnun olanlarda diğerlerine göre çok daha yüksektir ( $F=3,12$ ,  $p=0,02$ ).

DSÖ-5 iyilik hali indeksine göre taksi şoförlerinin ortalama puanı  $13,40 \pm 4,97$  olarak bulunurken katılımcıların %54,6'sının 13 puanın altında puan aldığı görüldü. Yani grubun yarısından fazlasının depresyon açısından risk altında olduğu belirlendi. Sürücüler DSÖ-5'e göre iyilik hali düşük ve iyilik hali yüksek olanlar olarak gruplanıp bu grupların SYBD puanları karşılaştırıldığında, *SYBD toplam* ( $t= -4,92$ ,  $p= 0.000$ ) puan ortalaması, *Kendini Gerçekleştirme* ( $t= -4,55$ ,  $p= 0.000$ ), *Egzersiz* ( $t= -3,40$ ,  $p= 0.001$ ), *Beslenme* ( $t= -3,03$ ,  $p= 0.003$ ), *Kişilerarası Destek* ( $t= -2,04$ ,  $p= 0.041$ ) ve *Stres Yönetimi* alt ölçeklerin puan ortalamaları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdi. Anlamlılık bulunan ölçeklerden alınan toplam puanlar iyilik hali yüksek olan grupta belirgin olarak yüksek bulundu.

### Tartışma

Taksi sürücülerinin yarıya yakını aşırı kilolu, yaklaşık üçte biri de obez bulundu. Çalışmaya katılan 350 sürücünün %83,4'ü yani 292

sürücünün kilo problemi olduğu görülmektedir. Bu oran Türk toplumunda yapılmış başka çalışmalar ile karşılaştırıldığında bir hayli yüksektir. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA)'na göre erkeklerde fazla kiloluluk oranı %38,5, obezite oranı ise %19,4'tür (7). Benzer olarak Bayındır Çevik ve ark. (2016) diyabet risk faktörlerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada obezite oranını %32,7 olarak rapor etmektedir (8). Bu ulusal veriler ışığında çalışmaya katılan taksi sürücülerinde fazla kilo ve obezite oranı yüksektir. Çalışmadan elde edilen bulgular İsveç'te Helgren ve arkadaşları tarafından 9734 bireyle yapılan kesitsel tipteki araştırma ile benzerlik göstermektedir. Helgren ve arkadaşları çalışmalarında fazla tartı oranını %50,1 obezite oranının %40,9 olarak rapor etmiştir (9). Bu çalışmada taksi sürücülerinin ortalama Beden Kitle İndeksi (BKİ)  $29,05 \pm 4,30$  olarak hesaplandı. Yaklaşık 20 bin kişinin incelendiği Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması'na göre erkeklerin ortalama BKİ değeri  $26,4 \pm 4,5$  dir (7). Türkiye Diyabet Epidemiyolojisi (TURDEP-2) Çalışmasına göre ise bu oran  $27,4 \pm 4,4$  olarak rapor edilmektedir (10). Ulusal veri niteliğindeki bu iki büyük alan araştırmasının sonuçları ile karşılaştırıldığında çalışma grubundaki taksi şoförlerinin BKİ ortalamasının toplum ortalamasından yüksek olduğu görülmektedir.

Beden Kitle İndeksinden bağımsız olarak özellikle santral obezitenin en önemli göstergesi olan bel çevresi değeri bu çalışmada  $104,3 \pm 10,90$  cm olarak bulundu. Bu değer erkekler için bel çevresi sınır değeri olan 94 cm'nin çok üstündedir. Ülkemizde yapılmış olan geniş ölçekli çalışmalarda erkeklerdeki bel çevresi ortalama değeri bulgumuzdan çok daha düşüktür. TBSA' da  $93,1 \pm 12,7$  olarak rapor edilen bel çevresi (7), Satman ve ark. çalışmasında  $97,1 \pm 13$  (10), Bayındır Çevik ve ark. çalışmasında  $99,38 \pm 12,24$  olarak bildirilmektedir (8). Taksi sürücüleri ile yapılan başka bir çalışmada bel çevresi değeri çalışma bulgularımızla benzer olarak  $102,5 \pm 11,6$  rapor

edilmiştir (11). Bu çalışmada incelenen katılımcıların %86,6'sının bel çevresi değeri sınırın üstündedir. Awad ve ark. çalışmasında bu oran %41,1 (12), Naranjo ve ark. çalışmasında ise %74,8 olarak bildirilmektedir (13). Çalışma grubundaki taksi sürücülerinin yalnızca %16,6'sının BKİ, %13,4'ünün bel çevresinin normal değerlerde olması bireylerin obezite ile ilişkili hastalıklar için ciddi risk altında olduğunu düşündürmektedir.

Günde 30 dk ve üzeri egzersiz yapmayan bireylerin oranının %86,3 olarak bulgularında bu çalışma bu yönüyle yapılan diğer araştırmalardan farklılık göstermektedir. Bayındır Çevik ve ark. çalışmasında erkeklerde egzersiz yapmayanların oranı %74,6 olarak rapor edilirken (8), Nijerya'da toplumun sağlık risk tanılmasının yapıldığı ve 58,567 katılımcı ile gerçekleştirilen çalışmada egzersiz yapmayan bireylerin oranının %69,6 olduğu bildirilmiştir (14). Benzer olarak Naranjo ve ark. çalışmasında %66,3 (13), Helgren ve ark. tarafından 2012 yılında yapılan bir başka araştırmada %56,8 (9) olan bu oran Awad ve arkadaşlarının çalışmasındaki erkeklerde %33,8'dir (12). Ortalama günde 18 saat çalışan, yarıdan fazlasının tam günlük vardiyada çalıştığı bilinen taksi şoförlerinin bir günde 30 dakikadan daha fazla süre egzersiz yapmıyor olması çalışma koşulları düşünüldüğünde çok da şaşırtıcı değildir.

Bu çalışmada sürücülerin %31,1'ile ilaç kullanmayı gerektirecek kronik bir sağlık sorunu olduğunu bildirmiştir. Güler ve ark. otobüs şoförlerinde bu oranı %21,8 olarak bildirirken (15), Yang çalışmasında son 1 yıl içerisinde kronik hastalık tanısı almış taksi sürücüsü oranının %47,7 (16), Keskin ve arkadaşları ise %14,2 olduğunu bildirmiştir (4). Bu çalışmada taksi şoförlerinde hipertansiyon (kan basıncı yüksekliği ya da antihipertansif tedavi alma) oranı Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması raporunda erkekler için belirtilen %27,5'lik orana (17) ve ülkemizde yapılmış olan bir başka çalışmada bulunan %24,6 oranına benzerlik göstererek %21,7 bulunmuştur (8). Şoförlerin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları SYBD Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Bu çalışmada sürücülerin SYBD toplam puanı  $117,78 \pm 17,29$  (en düşük: 75, en yüksek: 184) puan ile ortalama puanın bir miktar üstünde bulunmuştur. Türk toplumunda endüstriyel alanda çalışan işçilerde SYBD toplam puanı 120,88 puan (18), hemşirelerde 121,20

puan (19) ile bu çalışmadan daha yüksek bulunurken Türkol ve Güneş tıp asistanlarında SYBD toplam puanını çalışmamızdaki taksi sürücülerinden daha düşük ( $116,31 \pm 17,8$ ) bulmuştur (20). Bununla birlikte yaş ortalaması daha düşük gruplarda SYBD toplam puanının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (21, 22).

Çalışmada **egzersiz** alt boyutu puan ortalaması oldukça düşük olarak bulgulanmıştır. Bu bulgu diğer çalışmalar (19,22) ile uyumlu değildir. Bu farklılığa taksi sürücülerinin uzun çalışma saatleri, oturarak çalışmaları mesleki faktörlerinin neden olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. En düşük 6, en yüksek 24 puan alınabilecek **beslenme** alt boyutu puan ortalaması, ortanca değeri olan 15'in biraz altında ( $13,29$ ) ama ortanca değere yakındır. **Sağlık sorumluluğu** puan ortalaması, Türkiye'de erişkin grupla yapılan çalışmalarla benzer nitelik göstermektedir (20,21,23,24). Yarıdan fazlası 24 saatlik vardiyalar halinde yoğun trafikte çalışmakta olan taksi sürücülerinin bu çalışmada **stres yönetimi** alt boyutu puan ortalaması beklendiği gibi diğer çalışmalara göre daha düşük hesaplanmıştır (20,21,23,24). En düşük 8, en yüksek 28 puan alınabilecek stres yönetimi alt boyutunda bu çalışmada sürücüler ortalama  $16,50 \pm 3,68$  puan almıştır. DSÖ-5 iyilik indeksi puanının 13'ün altında olması bireylerde depresyon açısından ileri incelemeyi gerektirirken bu çalışmada sürücülerin puanı  $13,40 \pm 4,97$  değeri ile sınıra çok yakın bulunmuştur. Ortalama sınıra yakın olmakla birlikte grubun yaklaşık %55'inin sınır değerinin altında kalması son derece düşündürücüdür. Stres yönetimi, egzersiz, beslenme, sağlık sorumluluğu alt boyutları ile birlikte SYBD toplam puanı da depresyon riski yüksek olanlarda anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

### Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak bu çalışma, örnekleme oluşturan taksi şoförlerinin kilo probleminin olduğunu, yarıdan fazlasının depresyon açısından risk taşıdığını, sigara içme oranlarının yüksek olduğunu, yaklaşık 1/3'ünün ilaç kullanmayı gerektirecek bir kronik sağlık sorununun olduğunu, neredeyse tamamının sedanter ve çok büyük bir oranının düzenli beslenmediğini ortaya koymuştur. Bununla birlikte yaklaşık 4/5'inin emniyet kemeri takmadığı, neredeyse tamamının seyir halinde iken cep telefonu ile konuştuğu, telefonla konuşanların ise %67,9'unun konuşma



için yardımcı bir araç (kulaklık, araç kiti vb) kullanmadığı, 1/3'ünün son bir yıl içinde kazaya karıştığı ve yarından fazlasının trafik cezası aldığı belirlenmiştir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçek puanları ise çok düşük olmamakla birlikte ortalama seviyelerde bulundu.

Özellikle egzersiz düzeyi çok düşük olan ve obezite ve sigara içme oranı yüksek olan bu gruba kilo kontrolü, egzersiz ve sigara bırakma konularında sağlık eğitimi ve danışmanlık programlarının planlanmasının bir zorunluluk olduğu düşünülmektedir. Grubun yarından fazlasının depresyon açısından riskli bulunması, yoğun stres altında çalışan taksi sürücülerinin ruh sağlığı açısından da risk altında olduğunu göstermiştir. Bu konuda daha detaylı çalışma yapılmalıdır.

**İletişim:** Giray Erdoğan

**E-posta:** giray.erdogan@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Karayolları Genel Müdürlüğü (KGM 2006). 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanun ve Yönetmelikleri. Erişim Tarihi: 16.05.2017. <http://www.kgm.gov.tr/Sayfalar/KGM/SiteTr/Trafik/KanunYonetmelikler.aspx>
2. Bilir N, Yardım MS, Alışık M, Arpat O, Atalay Y, Aydoğan B. Ankara İlindeki Bazı Taksi Şoförlerinin Taksilerde Sigara Yasağı Konusundaki Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Türk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal* 2012;13(4):141-145.
3. Mesleki Yeterlilik Kurumu (MYK) Kanunu (2007) Resmî Gazete, 28863.
4. Keskin ET, Kütük F, Özmen BB, Özyörük, E, Yazır Y, Aslan D. Ankara'da Bazı Semt Duraklarında Çalışan Taksi Şoförlerinin Sağlıklı/Riskli Yaşam Davranışları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2012;21 (4): 222-229.
5. Esin MN. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni* 1999;12(45): 88-96.
6. The WHO-5 website. Erişim Tarihi: 23.05.2017 <https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/who-5-questionnaires/Pages/default.aspx>
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. 2014; Yayın No: 931, Ankara.
8. Bayındır Çevik A, Karaaslan MM, Koçan S, Pekmezci H, Şahin SB, Kırbaş A, ve ark. Prevalence and screening for risk factors of type 2 diabetes in Rize, Nourtheast Turkey: findings from a population-based study. *Primary care diabetes* 2016;10(1): 10-18.
9. Hellgren MI, Petzold M, Björkelund C, Wedel H, Jansson PA, Lindblad U. Feasibility of the FINDRISC questionnaire to identify individuals with impaired glucose tolerance in Swedish primary care. A cross-sectional population-based study. *Diabetic Medicine* 2012;29(12): 1501-1505.
10. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, ve ark. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol* 2013;28 (2): 169-180.
11. Uludağ A, Cevizci S, Ertekin YH, Sezgin S, Babaoğlu Ü, Bakar C. The Effect of Working Conditions to the Health Status in Taxi and Bus Drivers in Canakkale, Turkey; Community Based Study. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2016;6(157):835-838.
12. Awad AI, Alsaleh FM. 10-Year Risk Estimation for Type 2 Diabetes Mellitus and Coronary Heart Disease in Kuwait: A Cross-Sectional Population-Based Study. *PloS one* 2015;10(1), e0116742. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0116742>
13. Naranjo AA, Rodríguez ÁY, Llera RE, Aroche R. Diabetes risk in a Cuban primary care setting in persons with no known glucose abnormalities. *MEDICC review* 2013;15(2): 16-19.
14. Alebiosu OC, Familoni OB, Ogunsemi OO, Raimi TH, Balogun WO, Odusan O, ve ark. Community based diabetes risk assessment in Ogun state, Nigeria (World Diabetes Foundation project 08-321). *Indian journal of endocrinology and metabolism* 2013;17(4), 653.
15. Güler N, Karac SN, Demirel Y. Halk Otobüsü Şoförlerinin Sigara İçme ve Bağımlılık Durumları, Sivas. *ODÜ Tıp Dergisi* 2016;3(1): 17-23.
16. Yang Y, Fan XS, Tian CH, Zhang W, Li J, Li SQ. Health status, intention to seek health examination, and participation in health education among taxi drivers in jinan, china. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014;16(4): 1-6.
17. Arıcı M, Altun B, Erdem Y, Derici Ü, Nergizoğlu G, Turgan Ç, ve ark. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması. *Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Erişim Tarihi:02.05.17.* [http://www.turkhipertansiyon.com/pdf/Turk\\_Hipertansiyon\\_Prealans\\_Calismasi\\_Ozeti-1.pdf](http://www.turkhipertansiyon.com/pdf/Turk_Hipertansiyon_Prealans_Calismasi_Ozeti-1.pdf)
18. Esin MN. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 1997 (Yayınlanmamış Doktora Tezi), İstanbul.
19. Cürçani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2010;9(5):487-492.
20. Türkol E, Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012;19(3):159-166.
21. Dil S, Şentürk Gönen S, Girgin Aykanat B. Çankırı ilinde ergenlerin benlik saygısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının riskli sağlık davranışları ve bazı sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2015; 16(1): 51-59.
22. Tambağ H, Turan Z. Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Halk Sağlığı Hemşireliği Dersi'nin Etkisi. *Turkish Journal of Research & Development in Nursing* 2012;14(1):46-55.
23. Murathan F, Murathan T, Yetiş Ü, Aktuğ ZB, Dündar A. Üniversite Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Fiziksel Aktivite Düzeylerinin İncelenmesi. *Beden Eğitimi Ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2013;7(2): 100-107.
24. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Journal of Psychiatric Nursing* 2013;4(1):1-6.



Dr. Ş. Didem. Kaya<sup>1</sup>, Özer Arık<sup>2</sup>

Geliş/Received : 19.04.2017  
Kabul/Accepted : 22.08.2017

### Öz

**Amaç:** Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi hastanesinde çalışan temizlik ve hastabakıcı personelinin çalışma ortamındaki iş sağlığı ve güvenliği durumlarını değerlendirmek suretiyle; iş kazası dağılımı ve tiplerinin, iş kazalarının bildirim ve bildirim etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile iş kazası geçirme düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmada veri toplamak amacıyla, Özarslan (2009) çalışmasından esinlenerek, araştırmacılar tarafından son şekli verilen İş Kazası İnceleme ve Olay/Kaza Bilgileri formu kullanılmıştır. Çalışmada 227 personele ulaşılmıştır. Verilerin analizinde SPSS istatistik paket programı ile tanımlayıcı istatistikler ve ki kare testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların %57'si temizlik personeli, %43'ü ise hastabakıcı statüsündedir. %71 oranında personel koruyucu donanım kullanmaktadır. Katılımcıların %15'i iş kazası geçirdiğini ifade etmiş; bunların %17'sini temizlik, %13'ünü ise hastabakıcı oluşturmaktadır. Katılımcıların %93'ü işini severek yaptıklarını, %88'i ise idari işleyişten memnun olduklarını ifade etmiştir.

**Sonuç:** İş kazalarında etkisi olan etmenler çerçevesinde temizlik ve hastabakıcı personeline yönelik çalışan güvenliği konusunda kurumdaki güvenlik önlemlerinin, eğitimlerin ve denetimlerin daha yeterli düzeyde devam ettirilmesi, iş kazası konusunda çalışanların bilinçlendirilmesi, tüm çalışanların iş kazası önlemlerine ilişkin farkındalıklarının artırılması sağlanmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** İş kazası, iş sağlığı ve güvenliği, personeller, kaza

### Abstract

**Aim:** It was aimed to investigate the levels of experiencing occupational accidents among the housekeeping and caregiving personnel working at Konya Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine Hospital through the determination of the distribution and types of the occupational accidents, accident reporting and the factors affecting reporting, by means of evaluating the occupational health and safety conditions in their working environment.

**Material and Method:** The Occupational Accident Examination and Incident/Accident Reporting form, which has been finalized by the researchers taking inspiration from the study of Özarslan (2009), was used to collect data. 227 personnel were reached in the study. SPSS software package, descriptive statistics and chi-square test were used for the analysis of the data.

**Findings:** Of the participants, 57% were at housekeeping personnel status and 43% were caregivers. 71% of the personnel were using protective equipment. 15% of the personnel stated that they had occupational accidents, whose 17% were housekeeping personnel and 13% were caregivers. 93% of the participants expressed that they were performing their jobs willingly, and 88% stated that they were satisfied with the management practices.

**Conclusion:** With respect to the factors having effect on occupational accidents, it should be ensured that the safety measures, trainings and audits at the institution in regard to worker safety for housekeeping and caregiving personnel are maintained at an adequate level, the employees are made conscious about occupational accidents, and awareness of all employees about occupational accident measures is raised.

**Key words:** Occupational accident, occupational health and safety, personnel, accident

## Giriş

Ulusal Çalışma Örgütü (ILO) iş kazasını, "belirli bir zarara ya da yaralanmaya neden olan, beklenmedik ve plansız bir olay" şeklinde tanımlamaktadır (1). İş kazaları, sağlık sektöründeki iş sağlığı ve güvenliği alanındaki eksiklikler nedeniyle meydana gelmekte, sosyal ve ekonomik kayıplara neden olmaları yönüyle de üzerinde araştırma ve planlama yapmayı gerektiren önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır (2). Ayrıca iş kazaları, beklenmeyen bir olay olma özelliği ile neden olacağı zararların boyutu açısından alınacak önlemlerin önemini ortaya koymaktadır.

Türkiye'de yürürlükte olan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 37 inci maddesinde "herkesin, sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu istemek hakları vardır" şeklinde düzenleme yapılmıştır (3). Bu düzenlemeye göre, sağlık kuruluşlarının hizmet sunumunda taraf olan hem hastalar hem de çalışanlar, güvenlik hakkına sahiptir. Çalışanların kendilerini güvende hissetmesi verilen sağlık hizmetleri açısından aynı zamanda hastaların da güvende olmasını sağlamaktadır.

Sağlık çalışanlarının güvenli ortamlarda ve yüksek motivasyonlu çalışmasının sağlanması Türkiye'de uygulanan Sağlıkta Dönüşüm Programının temel hedeflerinden biri haline gelmiştir. Bu kapsamda tüm sağlık kurumlarında, hasta ve sağlık çalışanları için güvenli bir ortam oluşturulması amacıyla "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" yayınlanmıştır. Yönetmelikte sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik aşağıdaki düzenlemeler yapılarak sağlık kurumlarında uygulamaya konulmuştur. Bu kapsamda yapılan başlıca düzenlemeler;

- Çalışan güvenliği komitesinin kurulması,
- Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
- Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
- Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
- Çalışanlara yönelik şiddetin önlenmesi için düzenleme yapılması,
- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program hazırlanması,
- Beyaz kod uygulamasına geçilmesi,

- Çalışanlara, çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi, şeklindedir (4).

Türkiye'de hastaneler, 2009 yılında çıkartılan İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği'ne göre "çok tehlikeli işler" sınıfında yer alırken, 2012 yılında yürürlüğe konulan 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamına alınarak, işyeri hekimi ve iş güvenliği uzmanı çalıştırma zorunluluğu getirilmiştir (5,6). Getirilen yasal düzenlemeler çerçevesinde alınan önlemlere karşın Sosyal Güvenlik Kurumu istatistikî verilerine Türkiye'de 2014 yılında meydana gelen iş kazası sayısı 2013 yılına göre yüzde 15,66 artış göstermiştir (7,8). Avrupa'ya bakıldığında sağlık sektöründe meydana gelen iş kazalarının, tüm Avrupa'daki iş kazası ortalamasından %34 daha fazla olduğu görülmektedir. Sağlık sektörü içinde ise hastane çalışanlarının yıllık hastalanma ve yaralanma olasılığı %10 oranındadır. Bu olasılık içerisinde en önemli riski enfeksiyonlar oluştururken, burkulma, kırık, sırt ve bel yaralanmaları, yanık, delici ve kesici alet yaralanmaları da önde gelmektedir (9).

Hastanelerde hizmet bütünlüğü açısından asıl iş olan sağlık hizmetinin dışında ihtiyaç duyulan; temizlik ve hasta bakım hizmetleri gibi yardımcı işler de sağlık hizmetinin bir parçası olarak çalışanlar tarafından aynı anda sunulmaktadır. Bu nedenle, yalnızca hastane ortamında çalışan sağlık personeli değil, temizlik ve hastabakıcı olarak çalışan personeller de sağlık hizmetlerinin sunumunda iş kazası ve enfeksiyon riski açısından tehdit altındadır.

Tüm bu nedenlerden dolayı iş kazaları ile ilgili çalışmalara ağırlık verilmiştir. Konuyla ilgili çalışmalar incelendiğinde; Çopur ve arkadaşlarının (2006), Ege Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan ev idaresi personelinin iş kazalarından korunmak için aldıkları önlemleri, iş kazası geçirme durumlarını, geçirdikleri kaza tiplerini saptamak amacıyla yaptıkları çalışmada, personelin büyük çoğunluğunun kazalara karşı önlem aldığını ifade etmesine karşın; %21,2'sinin iş kazası geçirdiği, iş kazası geçiren kişilerde ise en fazla "iğne batması" (%21,8), "kesik" (%18,2), "açık yara" ve "sıyrık" (%16,4) meydana geldiği ortaya çıkmıştır (10). Terzi ve arkadaşlarının (2009) araştırmasına göre, hastane temizlik çalışanlarının ve tüm sağlık personelinin bir taraftan kendilerini enfeksiyonlardan korumaları gerekirken bir taraftan da enfeksiyonların hastane ortamında



yayılmasını önlemede çok önemli görev ve sorumluluklarının olduğu, ancak temizlik şirketi elemanlarının enfeksiyon hastalıkları ve bulaşma yolları ile hastalıklardan korunma konusundaki bilgi düzeylerinin yeterli olmadığını sonucuna varılmıştır (11). Erkal ve Coşkuner'in (2010) Ankara'da bir üniversite hastanesinde ev idaresi alanında çalışan personelin karşılaştığı iş kazaları ve iş kazaları ile ilgili önlem alma durumlarını tespit etmek amacıyla yaptığı çalışmada, ev idaresi personelinin %19'unun iş kazası geçirdiği saptanmıştır. Araştırmada, personelin tamamına yakını (%95,7) kaza geçirmemek için önlem aldığını, önlem olarak en çok "iş yaparken koruyucu giysi kullandığını" ifade etmiş, iş kazalarının nedenleri ve önlenmesi konusunda hizmet içi eğitim almayan personelin, bu eğitimi alan personele göre daha fazla kaza geçirdiği belirlenmiştir (12).

Ersoy ve arkadaşlarının (2014) bir üniversite hastanesinde temizlik çalışanları üzerinde yaptığı araştırmada, çalışanların %64,5'i hepatit B aşısı, %26,5'i grip aşısı ve %24,0'ünün tetanoz aşısı yaptırdıklarını belirttiği ve %93,7'sinin hastane enfeksiyonları konusunda eğitim aldıklarını ifade ettiği saptanırken, katılımcıların %33,1'inin çalışma esnasında delici ve kesici aletlerle yaralandığı ve bu yaralanmayı %68,4'ünün enfeksiyon birimine bildirdiği saptanmıştır (13). Kurt ve arkadaşlarının (2015) bir üniversite hastanesinde çalışan temizlik görevlilerinin biyolojik risk konusunda bilgi, tutum ve davranışları ile biyolojik risk ile karşılaşmayı etkileyen faktörlerin tespit edilmesi amacıyla yaptıkları araştırmada, çalışanların %91,2'sinin biyolojik riskler konusunda eğitim aldığı, %89,3'ünün işe giriş muayenesinin yapıldığı, bir yıl ve daha uzun süredir çalışanların %42,6'sının aralıklı kontrol muayenelerinin düzenli olarak yapıldığı belirlenmiştir. Son bir yıl içinde araştırmaya katılanların %25,9'unun kesici ve delici alet ile yaralandığı, %2,4'ünün hasta vücut sıvıları ile temas ettiği, %3,9'unun gözüne hasta vücut sıvılarının sıçradığı, %28,3'ünün ise en az bir kez biyolojik riskli temasa maruz kaldığı saptanmıştır. Buna karşın temizlik çalışanlarının %94,1'i biyolojik riskli temas sonrasında yapılması gerekenler hakkında tam ve doğru bilgi sahibi olmadığı için çalışanlara verilecek eğitimlerin iyileştirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır (14).

## **Gereç ve Yöntem**

### **Amaç**

Bu araştırmanın amacı; Konya ilinde hizmet veren Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi hastanesinde çalışan temizlik ve hastabakıcı personelinin çalışma ortamındaki iş kazası dağılımı ve tiplerinin, iş kazalarının bildirim ve bildirim etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile iş kazası geçirme düzeylerinin değerlendirilmesidir.

### **Araştırmanın Yapıldığı Yer**

Araştırma, Konya ilinde Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Haziran-Aralık 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Meram Tıp Fakültesi Hastanesi, bünyesindeki Tıp Fakültesi ile eğitim ve araştırma faaliyetlerinin de yürütüldüğü 1186 yataklı bir üniversite hastanesidir. Üçüncü basamak bir hastane olması nedeniyle, çok çeşitli tipte hastaların tedavi ve rehabilitasyonunu sağlayacak düzeyde nitelikli personel ve donanıma sahiptir. Bölgesel nitelikte olan ve yaklaşık 30 yıllık bir geçmişi ile konumu gereği büyük bir iş yüküne sahip olan Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışma ortamları her biri kendine özgü çeşitli iş risk ve tehlikeleri içinde barındırmaktadır.

### **Araştırmanın Evreni ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi bünyesinde kadrolu ya da şirket çalışanı olarak görev yapmakta olan temizlik ve hastabakıcı personeli oluşturmaktadır. Hastanede çalışan kadrolu temizlik ve hastabakıcı personeli sayısı az olmakla birlikte, hizmet ihtiyacı için gerekli sayıda personelin çoğunluğu hizmet alımı usulü ile dış kaynak kullanımı ile karşılanmaktadır. Mevcut ihale sözleşmeleri kapsamında yaklaşık 175 temizlik personeli ile 305 hasta bakıcı görev yapmaktadır. Evren 480 çalışan olarak belirlenmiştir. Örneklem için 217 çalışanın yeterli olduğu belirlenmiştir (15). Çalışmamızda 227 personele ulaşılmıştır.

### **Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Aracı**

Araştırmada veri toplamak amacıyla, Özarslan (2009) çalışmasından esinlenerek araştırmacılar tarafından son şekli verilen İş Kaza İnceleme Formu (33 soru) ve Olay/Kaza Bilgileri formu (23 soru) kullanılmıştır (16). İş kaza inceleme formunda çalışanların demografik bilgileri ve iş kazası ile genel bilgileri yer almaktadır. İş kazası geçiren çalışanlar aynı zamanda Olay/Kaza bildirim formunu da doldurmuştur.



Hastanenin çalışan güvenliği biriminden elde edilen bilgiler doğrultusunda, Olay/Kaza bildirim yapılan ve kurum tarafından oluşturulan Kaza Bildirim Formu doldurularak bildirim yapılan personellere ulaşılmış ve bu form yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulmuştur. Olay/Kaza Bilgileri bölümü, meydana gelen kaza/olay nedenleri ile ilgili olarak ayrıntılı bilgi toplanması amacıyla hazırlanan 23 adet sorudan oluşmaktadır.

### Araştırma Verilerinin Analizi

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS Windows (Statistical Package Of Social Sciences) istatistik paket programına aktararak tanımlayıcı istatistikler ve ki kare testi kullanılarak istatistiki karşılaştırmalar yapılmıştır.

### Etik

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08/05/2015 tarih ve 2015/213 sayılı kararı ile etik izni ve N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmayı kabul eden personellerden sözel onam alınmıştır.

### Bulgular

Üçüncü basamak bir sağlık kuruluşu olan bir üniversite hastanesinde çalışan temizlik ve hastabakıcı personelinin çalışma ortamındaki iş kazası geçirme durumları, iş kazalarının bildirim ve bildirim etkileyen faktörlerin belirlenmesi ile iş kazası geçirme düzeylerinin değerlendirilmesi

**Tablo 1.** Hastabakıcı ve temizlik personelinin sosyo-demografik özelliklerine göre karşılaştırması

Sosyo-demografik özellikler	Hastabakıcı Ort. ± SS		Temizlik personeli Ort. ± SS		Toplam Ort. ± SS	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>						
Toplam Çalışma Süresi (Yıl)	10,85 ± 6,74		8,86 ± 7,27		9,72 ± 7,10	
Kurumda Çalışma Süresi (Yıl)	8,66 ± 6,15		6,48 ± 6,15		7,42 ± 6,23	
Birimde Çalışma Süresi (Yıl)	7,06 ± 5,08		5,12 ± 5,28		5,96 ± 5,28	
<b>Görevi</b>						
Hastabakıcılık	98	100,0	0	0,0	98	43,2
Temizlik	0	0,0	129	100,0	129	56,8
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	29	29,6	48	37,2	77	33,9
Erkek	69	70,4	81	62,8	150	66,1
<b>Medeni Durum</b>						
Evli	69	70,4	81	62,8	150	66,1
Bekar	29	29,6	48	37,2	77	33,9
<b>Eğitim Durumu</b>						
İlkokul	20	20,4	52	40,3	72	31,7
Ortaokul	27	27,6	36	27,9	63	27,8
Lise	51	52,0	41	31,8	92	40,5
Yüksekokul	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>İş Statüsü</b>						
Kadrolu	4	4,1	0	0,0	4	1,8
Şirket Personeli	94	95,9	129	100,0	223	98,2
<b>Hastalık Durumu</b>						
Var	12	12,2	21	16,3	33	14,5
Yok	86	87,8	108	83,7	194	85,5
<b>Çalıştığı Birim</b>						
Klinik	45	45,9	38	29,5	83	36,7
Poliklinik	8	8,2	21	16,3	29	12,8
oğun Bakım	35	35,7	15	11,6	50	22,0
Hastane Bahçesi	0	0,0	16	12,4	16	7,0
Diğer (laboratuvar, acil ve ameliyathane vb.)	10	10,2	39	30,2	49	21,6
<b>Mesai Düzeni</b>						
Gündüz Vardiyası	36	36,7	106	82,2	142	62,6
Gece Vardiyası	10	10,2	3	2,3	13	5,7
Gündüz ve Gece Vardiyası	52	53,1	20	15,5	72	31,7

amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

### **Katılımcıların Demografik Bilgilerinin Değerlendirilmesi**

Tablo 1'de katılımcıların sosyo demografik değişkenleri görülmektedir. Tablo 1'e göre hastabakıcıların yaş ortalamaları 35 (19-58), temizlik personellerinin ise 34 (19-55) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %34'ü kadın, %66'sı ise erkektir. Medeni durum değişkeninde ise katılımcıların %66'sı evlidir. Katılımcıların %41'inin lise mezunu olduğu görülmektedir. Yükseköğretim mezunu ise yoktur. Araştırmaya katılanların %98 oranında şirket personeli çalışanı olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %86'sı herhangi bir kronik hastalığının olmadığını ifade etmişlerdir. Personellerin toplam çalışma süreleri ortalaması 10 yıl (1-30), kurumda çalışma süreleri ortalaması 7 yıl (1-30), birimde çalışma süreleri ortalamaları ise 6 yıl (1-22) olarak belirlemiştir. Katılımcıların %57'si temizlik personeli, %43'ü ise hastabakıcı statüsündedir. Çalışma yerleri incelendiğinde; katılımcıların %37'si klinik, %13'ü ise polikliniklerde çalışmaktadır. Personellerin %63'ü gündüz vardiyasında çalışmakta olup, bunların %75'ini temizlik personelleri oluşturmaktadır.

### **Katılımcıların İş Kazası Geçirme Durumlarının Değerlendirilmesi**

"İşe alım sürecinde işe giriş muayenesi yapıldı mı?" sorusuna %88 oranında "evet" cevabı verilmiştir.

"Mesleğinizle ilgili herhangi bir kursa gittiniz mi?" ifadesine ise çalışanların %71'inin hayır cevabı verdiği görülmektedir. Çalışanlardan ve hastane yetkililerinden alınan bilgilere göre işe alım sürecinde herhangi bir kurs belgesi istenmemektedir.

Çalışanlar bu durumda herhangi bir kursa dâhil olmayı düşünmemektedirler. Fakat alınan bilgi doğrultusunda çalışanlar bilgisayar, hastabakıcılık gibi kurslara (%29) gittiklerini ifade etmişlerdir.

İşe alım sürecinde temizlik ve hastabakıcı personellerinden mesleki eğitim belgesi talep edilmemekle birlikte, kurum eğitim ihtiyacını bünyesinde hizmet içi eğitim programları oluşturarak gidermektedir. "Son bir yıl içinde işinizle (2014 yılı süresince) ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı?" sorusuna %88 oranında katılımcı

"evet" cevabını vermiştir. Kurum tarafından düzenlenen eğitimler kapsamında çalışanların %65'i mesleki riskler ile ilgili, %89'u ise iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir.

"Mesleki risklerinizle ilgili olarak ne derece bilgilendirildiğinizi düşünüyorsunuz" sorusuna katılımcıların %54'ü "iyi", %20'si "orta", %23'ü "ise çok iyi" yanıtını vermiştir. "Çalışma ortamınızda mesleki risklerinizle ilgili olarak ne derecede önlem alındığını düşünüyorsunuz?" sorusuna katılımcıların %49'u "iyi", %27'si "orta", %18'i de "çok iyi" şeklinde ifade etmişlerdir.

"İşinizi yaparken (çöp dökme, temizlik yapma, hasta taşıma gibi) kullanmanız gereken eldiven, maske, gözlük gibi kişisel koruyucular size her zaman sağlanıyor mu?" sorusuna katılımcıların %72'si "evet" cevabını vermiştir. "Sağlanıyor ise bu koruyucu kişisel donanımları her zaman kullanıyor musunuz?" sorusuna ise "evet" diye cevap veren katılımcılar %71 oranındadır. "Evet" cevabı veren çalışanların %59'u temizlik, %41'i ise hastabakıcı personelidir.

"Çalıştığınız birimin büyüklüğü, aydınlatma, ısı, havalandırma, ışık gibi fiziksel özelliklerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?" sorusuna %67 oranında katılımcı "evet", %18 oranında katılımcı "hayır", %15 katılımcı "kısmen" cevabını vermiştir. Elde edilen bulguya göre araştırma grubunun çalışma ortamına ait fiziksel özelliklerin yeterli olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcılar "İşinizden kaynaklı olduğunu düşündüğünüz hastalığınız ya da şikâyetiniz var mı?" sorusuna %93 oranında "hayır" cevabını vermiştir.

Aşıların yapılıp yapılmama durumları ile ilgili olarak; hepatit B aşısı yaptıran %63, tetanoz aşısı yaptıran %65, grip aşısı yaptıran %46, diğer aşıları yaptıranlar ise %17 oranındadır.

Bazı bulaşıcı hastalıkların serolojik kontrolleri de periyodik aralıklarla yapılmalıdır. Hepatit C ve HIV yönünden katılımcıların serolojik kontrollerinin zamanı ile ilgili soruya ise; Hepatit C için "son bir yıl içinde kontrol ettirenler" %49, HIV virüsü için ise "son bir yıl içinde kontrol ettirdim" diyenler %40 oranındadır. Katılımcılar "Çalıştığınız süre zarfında belli aralıklarla sağlık muayeneleri yapılıyor mu?" sorusuna %71 oranında "evet" cevabını vermiştir.

**Tablo 2.** Hastabakıcı ve temizlik personelinin mesleki özelliklerine göre karşılaştırması

Değişkenler	Temizlik Personeli		Hastabakıcı		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>İşe başlamadan önce işe giriş muayenesi yapıldı mı?</b>						
Evet	116	89,9	83	84,7	199	87,7
Hayır	13	10,1	15	15,3	28	12,3
<b>Mesleğiniz ile ilgili herhangi bir kursa gittiniz mi?</b>						
Evet	34	26,4	31	31,6	65	28,6
Hayır	95	73,6	67	68,4	162	71,4
<b>Son bir yıl içinde işinizle (2014 yılı süresince) ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı?</b>						
Evet	113	87,6	87	88,8	200	88,1
Hayır	16	12,4	11	11,2	27	11,9
<b>Son bir yıl içinde işinizde mesleki risklerle (2014 yılı süresince) ilgili eğitim aldınız mı?</b>						
Evet	88	68,2	59	60,2	147	64,8
Hayır	41	31,8	39	39,8	80	35,2
<b>İşinizle ilgili iş sağlığı ve güvenliği eğitimi aldınız mı?</b>						
Evet	112	86,8	89	90,8	201	88,5
Hayır	17	13,2	9	9,2	26	11,5
<b>Mesleki risklerinizle ilgili olarak ne derecede bilgilendirildiğinizi düşünüyorsunuz?</b>						
Çok İyi	28	21,7	24	24,5	52	22,9
İyi	69	53,4	53	54,1	122	53,8
Orta	26	20,2	19	19,4	45	19,8
Kötü	1	0,8	1	1,0	2	0,9
Çok kötü	5	3,9	1	1,0	6	2,6
<b>Çalışma ortamınızda mesleki risklerinizle ilgili olarak ne derecede önlem alındığını düşünüyorsunuz?</b>						
Çok İyi	22	17,1	18	18,4	40	17,6
İyi	60	46,5	52	53,1	112	49,3
Orta	37	28,7	24	24,4	61	26,9
Kötü	3	2,3	4	4,1	7	3,1
Çok kötü	7	5,4	0	0,0	7	3,1
<b>İşinizi yaparken kullanmanız gereken eldiven, maske, gözlük gibi kişisel koruyucular size her zaman sağlanıyor mu?</b>						
Evet	94	72,9	70	71,4	164	72,2
Hayır	18	14,0	19	19,4	37	16,3
Kısmen	17	13,1	9	9,2	26	11,5
<b>Sağlanıyor ise bu koruyucu kişisel ekipmanları her zaman kullanıyor musunuz?</b>						
Evet	95	73,6	66	67,3	161	70,9
Hayır	14	10,9	16	16,3	30	13,2
Kısmen	20	15,5	16	16,4	36	15,9
<b>Çalıştığınız birimin büyüklüğü, aydınlatma, ısı, havalandırma, ışık gibi fiziksel özelliklerin yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?</b>						
Evet	87	67,4	66	67,4	153	67,4
Hayır	18	14,0	22	22,4	40	17,6
Kısmen	24	18,6	10	10,2	34	15,0
<b>Sizce işiniz fiziksel sağlığınızı nasıl etkiliyor?</b>						
Çok Olumlu	12	9,3	8	8,2	20	8,8
Olumlu	33	25,5	29	29,5	62	27,3
Etkilemiyor	62	48,1	31	31,6	93	41,0
Olumsuz	14	10,9	27	27,6	41	18,1
Çok olumsuz	8	6,2	3	3,1	11	4,8
<b>İşinizden kaynaklı olduğunu düşündüğünüz hastalığınız ya da şikayetiniz var mı?</b>						
Evet	6	4,7	9	9,2	15	6,6
Hayır	123	95,3	89	90,8	212	93,4
<b>Hepatit B Aşısı Yaptırdınız mı?</b>						
Evet	89	69,0	53	54,1	142	62,6
Hayır	40	31,0	45	45,9	85	37,4

Tablo 2'nin devamı. Hastabakıcı ve temizlik personelinin mesleki özelliklerine göre karşılaştırması						
Değişkenler	Temizlik Personeli		Hastabakıcı		Toplam	
	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Tetanos Aşısı Yaptırdınız mı?</b>						
Evet	86	66,7	61	62,2	147	64,8
Hayır	43	33,3	37	37,8	80	35,2
<b>Grip Aşısı Yaptırdınız mı?</b>						
Evet	60	46,5	44	44,9	104	45,8
Hayır	69	53,5	54	55,1	123	54,2
<b>Diğer Bir Aşı Yaptırdınız mı?</b>						
Evet	25	19,4	14	14,3	39	17,2
Hayır	104	80,6	84	85,7	188	82,8
<b>Hepatit C yönünden serolojik durumunuzu en son ne zaman kontrol ettirdiniz?</b>						
Hiç Kontrol Ettirmedim	32	24,8	31	31,6	63	27,8
Son Bir Yıl içinde	70	54,3	41	41,8	111	48,9
Bir Yıldan Fazla Süre Önce	27	20,9	26	26,6	53	23,3
<b>HIV yönünden serolojik durumunuzu en son ne zaman kontrol ettirdiniz?</b>						
Hiç Kontrol Ettirmedim	47	36,5	39	39,7	86	37,9
Son Bir Yıl içinde	59	45,7	32	32,7	91	40,1
Bir Yıldan Fazla Süre Önce	23	17,8	27	27,6	50	22,0
<b>Çalıştığınız süre zarfında belli aralıklarla sağlık muayeneleri yapıyor mu?</b>						
Evet	101	78,3	61	62,2	162	71,4
Hayır	28	21,7	37	37,8	65	28,6
<b>İşinizi severek mi yapıyorsunuz?</b>						
Evet	121	93,8	89	90,8	210	92,5
Hayır	8	6,2	9	9,2	17	7,5
<b>İşinizdeki idari işleyişten memnun musunuz?</b>						
Evet	116	89,9	83	84,7	199	87,7
Hayır	13	10,1	15	15,3	28	12,3
<b>Çalıştığınız kurumda iş kazası (kesici delici alet yaralanması, düşme vb.) geçirdiniz mi?</b>						
Evet	22	17,1	13	13,3	35	15,4
Hayır	107	82,9	85	86,7	192	84,6
<b>Mesai Düzeni</b>						
Gündüz Vardiyası	36	36,7	106	82,2	142	62,6
Gece Vardiyası	10	10,2	3	2,3	13	5,7
Gündüz ve Gece Vardiyası	52	53,1	20	15,5	72	31,7

**Tablo 3.** Kurumda çalışma sürelerine göre işe giriş muayenesi yaptırma oranı

İşe giriş muayenesi yaptıran kişi sayısı	Bunlardan Kurumda çalışma süresine göre sayısı	Oran
199 kişi	1-9 yıl arası	139 Kişi % 70
	10-19 yıl arası	50 Kişi % 25
	20-30 yıl arası	10 Kişi % 5

İşini severek yaptıklarını ifade eden %93 oranında çalışanın %58'i temizlik, %42'i ise hastabakıcı personelidir. "İşinizdeki idari işleyişten memnun musunuz?" sorusuna ise çalışanların %88'i "memnunum" cevabını vermiştir.

Katılımcılar, "Çalıştığınız kurumda iş kazası (kesici delici alet yaralanması, düşme vb.) geçirdiniz mi?" sorusuna %85 oranında "hayır", %15 oranında ise "evet" ifadesini kullanmışlardır. İş

kazası geçiren çalışanların %63'si temizlik, %37'si ise hastabakıcıdır.

Katılımcıların ifadesi doğrultusunda araştırma grubunun %88'i işe başlamadan önce kurum tarafından işe giriş muayenesi yapıldığını ifade etmiştir (Tablo 2). İşe başlamadan önce işe giriş muayenesi yaptıran 199 personelin %70'i 1-9 yıl çalışma süresine sahip katılımcılardan oluşmaktadır (Tablo 3).



**Tablo 4.** Hastabakıcı ve temizlik personelinin iş kazası durumlarının karşılaştırması

Değişkenler	Temizlik Personeli		Hastabakıcı		Toplam	
	Ort ± SS		Ort ± SS		Ort ± SS	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
<b>Çalışmakta olduğunuz kurumda kaç kez iş kazası geçirdiniz?</b>	1,50 ± 0,80		1,38 ± 0,86		1,45 ± 0,81	
<b>Yaralanmanızdan sonra bu kazayı bildirdiniz mi?</b>						
Evet	14	63,6	5	38,5	19	54,3
Hayır	8	36,4	8	61,5	16	45,7
<b>Cevabınız “Hayır” ise; kazayı bildirmeme nedeniniz nedir?</b>						
Çok meşguldüm	3	33,3	2	20,0	5	26,3
Yaralandığım alet daha önce hiçbir hastada kullanılmamıştı	-	-	-	-	-	-
Hastanın HIV-HBV-HCV yönünden riskli olduğunu düşünmedim	-	-	-	-	-	-
Rapor etmemin önemli olduğunu düşünmedim	1	11,1	3	30,0	4	21,1
Olayı rapor etmem gerektiğini bilmiyordum	3	33,3	5	50,0	8	42,1
Hastanede iş kazalarını rapor edebileceğim bir birim yok	1	11,1	0	0,0	1	5,3
Diğer	1	11,1	0	0,0	1	5,3
<b>Kazanın meydana geldiği yer için aşağıdakilerden hangisidir?</b>						
Klinik	6	27,3	6	46,2	12	34,3
Poliklinik	1	4,5	1	7,7	2	5,7
Yoğun Bakım	3	13,6	2	15,3	5	14,3
Ameliyathane	1	4,5	0	0,0	1	2,9
Acil	4	18,2	1	7,7	5	14,3
Laboratuvar	1	4,5	1	7,7	2	5,7
Hastane Bahçesi	1	4,5	1	7,7	2	5,7
Diğer	5	22,7	1	7,7	6	17,1
<b>Kaza/yaralanma tipi için uygun olanı seçiniz</b>						
Düşme-kayma, incinme	4	13,3	5	33,3	9	20,0
Kesici-delici alet yaralanması	7	23,3	2	13,3	9	20,0
İğne batması	15	50,0	6	40,0	21	46,7
Cam kesigi	1	3,3	0	0,0	1	2,2
Elektrikli tıbbi cihazlar ile ilgili olaylar	-	-	-	-	-	-
Kan ve vücut sıvıları ile mukoz membran maruziyeti	-	-	-	-	-	-
Kemoterapötik ajan ya da radyasyon maruziyeti	-	-	-	-	-	-
Diğer	3	10,0	2	13,3	5	11,1
<b>Yaralanma var ise etkilenen vücut bölgesi için uygun olanı lütfen işaretleyiniz</b>						
El-Parmak	11	39,3	10	62,5	21	47,7
Kol	3	10,7	2	12,5	5	11,4
Ayak-Bacak	9	32,1	0	0,0	9	20,5
Baş-Boyun	2	7,1	3	18,8	5	11,4
Gövde	3	10,7	1	6,3	4	9,1
<b>Yaralanmanın derinliği için uygun olan seçeneği işaretleyiniz</b>						
Yüzeysel	10	47,6	8	61,5	18	52,9
Orta	9	42,9	4	30,8	13	38,2
Derin	2	9,5	1	7,7	3	8,8
<b>Kaza sırasında kişisel koruyucu olarak hangi malzemeleri kullanıyordunuz?</b>						
Eldiven	19	52,8	11	55,0	30	53,6
Maske	8	22,2	3	15,0	11	19,6
Önlük	6	16,7	4	20,0	10	17,9
Gözlük	-	-	-	-	-	-
Diğer	-	-	-	-	-	-
Kullanmıyordum	3	8,3	2	10,0	5	8,9
<b>Eğer kazada bir araç etken olmuş ise bu araç yaralanma öncesi bir hastada kullanılmış mıydı?</b>						
Evet	8	53,3	8	66,7	16	59,3
Hayır	7	46,7	4	33,3	11	40,7
<b>Cevabınız “Evet” ise lütfen yanıtlayınız</b>						
Hastada Hepatit B vardı	-	-	-	-	-	-
Hastada Hepatit C vardı	-	-	-	-	-	-
Hastada HIV vardı	-	-	-	-	-	-
Hastada yukarıdaki hastalıkların hiçbiri yoktu	4	50,0	4	50,0	8	50,0
Hastada enfeksiyon hastalığı olup olmadığını araştırmadım	3	37,5	4	50,0	7	43,8
Hastada yukarıdaki hastalıklardan farklı bir hastalık vardı	1	12,5	0	0,0	1	6,2

**Tablo 4'ün devamı. Hastabakıcı ve temizlik personelinin iş kazası durumlarının karşılaştırması**

Değişkenler	Temizlik Personeli		Hastabakıcı		Toplam	
	Ort ± SS		Ort ± SS		Ort ± SS	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
<b>Çalışmakta olduğunuz kurumda kaç kez iş kazası geçirdiniz?</b>	1,50 ± 0,80		1,38 ± 0,86		1,45 ± 0,81	
<b>Kazada kan ve vücut sıvıları ile mukoz membran maruziyeti var ise sıvı ya da materyalin tipini işaretleyiniz</b>						
Kan/kan ürünleri	3	30,0	3	30,0	6	30,0
Kan bulaşmış vücut sıvısı	2	20,0	3	30,0	5	25,0
Kan bulaşmış solüsyon ve sıvılar	4	40,0	1	10,0	5	25,0
Diğer	1	10,0	3	30,0	4	20,0
<b>Maruz kalan vücut bölgesini işaretleyiniz</b>						
Göz	3	25,0	3	30,0	6	27,3
Ağız	-	-	-	-	-	-
Burun	1	8,3	0	0,0	1	4,5
Bütünlüğü bozulmuş cilt bölgesi	8	66,7	7	70,0	15	68,2
<b>Sizce bu kazanın nedeni nedir?</b>						
Dikkatsizlik	13	38,2	10	40,0	23	39,0
Acecelilik	3	8,8	6	24,0	9	15,3
Dalgınlık	3	8,8	4	16,0	7	11,9
Uykusuzluk	2	5,9	0	0,0	2	3,4
Yorgunluk	1	2,9	2	8,0	3	5,1
Kontamine aletlerin uygun biçimde uzaklaştırılmamış olması	4	11,8	0	0,0	4	6,8
Tıbbi cihaz bakım ve onarımı konusundaki aksaklıklar	4	11,8	0	0,0	4	6,8
Hasta kıpırdadı/hareket etti	1	2,9	2	8,0	3	5,1
Diğer	3	8,8	1	4,0	4	6,8
<b>Yaralanma var ise ilk önlem olarak neler yaptınız?</b>						
Batikon ile temizledim	11	28,2	9	37,5	20	31,7
Su ve sabun ile yıkadım	5	12,8	4	16,7	9	14,3
Dezenfektanlı solüsyonla yıkadım	4	10,3	3	12,5	7	11,1
Sıkarak kanattım	1	2,6	0	0,0	1	1,6
Kanamayı durdurmak için basınç uyguladım	1	2,6	2	8,3	3	4,8
Pansuman yaptım	4	10,3	1	4,2	5	7,9
Eldiven değiştirdim	1	2,6	2	8,3	3	4,8
Alkollü pamuk bastırdım	5	12,8	1	4,2	6	9,5
Diğer	7	17,9	2	8,3	9	14,3
<b>Yaralanmanızı takiben ilk müdahaleden sonra ne yaptınız?</b>						
Enfeksiyon hastalıkları kliniğine başvurdum	11	50,0	3	23,1	14	40,0
Acil polikliniğine başvurdum	4	18,2	3	23,1	7	20,0
Tetkik yaptırdım	3	13,6	1	7,7	4	11,4
Hiçbir şey yapmadım	2	9,1	5	38,5	7	20,0
Diğer	2	9,1	1	7,7	3	8,6
<b>Enfeksiyon hastalıkları kliniğinde ya da acil polikliniğinde size hangi işlemler yapıldı?</b>						
Tetkik yapıldı	10	62,5	3	50,0	13	59,1
Başka bir aşı yapıldı	0	0,0	1	16,7	1	4,5
İmmünglobülin yapıldı	-	-	-	-	-	-
Değerlendirme sonrası bir şey yapılmadı	4	25,0	0	0,0	4	18,2
Diğer	2	12,5	2	33,3	4	18,2
<b>Geçirdiğiniz bu iş kazası nedeniyle sağlık raporu aldınız mı?</b>						
Evet	7	31,8	1	7,7	8	22,9
Hayır	15	68,2	12	92,3	27	77,1
<b>Bu kaza başınıza gelmeden önce kaza bildirim için nasıl bir yol izlemeniz gerektiğini biliyor muydunuz?</b>						
Evet	11	50,0	1	7,7	12	34,3
Hayır	11	50,0	12	92,3	23	65,7
<b>Kazadan sonra kaza ile ilgili kurumsal önlemler alındı mı?</b>						
Evet	10	45,5	7	53,8	17	48,6
Hayır	12	54,5	6	46,2	18	51,4
<b>Kurumunuzda iş kazalarından ve hastalıklardan korunmak için yeterince güvenlik önlemleri alındığını düşünüyor musunuz?</b>						
Evet	5	22,7	5	38,5	10	28,6
Hayır	8	36,4	2	15,4	10	28,6
Kısmen	9	40,9	6	46,2	15	42,9

## Katılımcıların Olay-Kaza Bilgilerinin Değerlendirilmesi

Kurumun hasta ve çalışan güvenliği biriminden alınan bilgiler doğrultusunda, çalışan güvenliği birimine 15 kişi iş kazası bildirimini yapmıştır. İş kazası bildirimini yapan 15 kişiden (doktor, hemşire, temizlik personeli ve hastabakıcı dahil) ulaşılabilen 6 temizlik ve hastabakıcı personeline anket formunu doldurmaları istenmiştir. Toplamda olay/kaza bilgileri formunu dolduran toplam personel sayısı 35'dir. Bunlardan 6 tanesinin çalışan güvenliği biriminde kaydı mevcut olup, 29 kişinin kaydı yoktur. Elde edilen bulgu ile kurum bünyesinde iş kazası bildirimini yetkili birime yapılması gerektiği konusunda temizlik ve hastabakıcı personeline yeterli farkındalığın oluşmadığı düşünülmektedir.

Çalışmakta olduğunuz kurumda kaç kez iş kazası geçirdiniz?" sorusunun ortalamaları; temizlik personelleri için 1,5 ( $\pm$  0,80), hastabakıcılar için ise 1,38 ( $\pm$  0,86)'dir. "Kaza anında yapmakta olduğunuz işi lütfen kısaca yazınız" sorusuna katılımcılar "temizlik, hastaya müdahale ediliyordu, tıbbi atık poşetini değiştirirken ya da toplarken, sedye ile hasta taşırken, ameliyathanenin kirli yeşillerini toplarken, çöp boşaltırken, doktor ile birlikte sıvı tüplerini doldururken, bahçe temizlerken, sandalyeye çıkıp dolap üzerinden bir malzeme alırken, kullanılmayan masa, dolap vb. malzemeleri indirirken, çöp toplarken, hastanın bakımını yaparken, çöp arabası taşırken, yıkama yaparken, hasta bakımı yaparken, hastaya pozisyon verirken, malzeme taşırken" şeklinde cevap vermişlerdir.

İş kazası geçirdikten sonra katılımcıların %54'ü (19 kişi) iş kazası bildirimini yaptıklarını, %46'sı ise (16 kişi) bildirim yapmadıklarını ifade etmişlerdir. İş kazası bildirimini yapan personellerin %74'ü (14 kişi) temizlik, %26'sı ise (5 kişi) hastabakıcıdır. "İş kazası geçirdikten sonra kime bildirim yaptınız" (19 kişi) sorusuna sorumlu hemşire, birim sorumlusu, çalışan güvenliği birimine, yüklenici firma, intaniye birimine şeklinde cevap verilmiştir. Kazayı bildirmeme (16 kişi) nedeni sorulduğunda ise "olayı rapor etmem gerektiğini bilmiyordum" cevabı %42 oranında ilk sırada yer almaktadır. Ardından %26 oranında "çok meşguldüm" cevabı, %21 oranında ise "Rapor etmemin önemli olduğunu düşünmedim" cevapları verilmiştir. Elde edilen bulgu ile iş kazası bildirimini gerekliliği konusunda yeterli bilinçlenmenin oluşmadığı görülmektedir.

İş kazalarının en çok kliniklerde (%34) meydana geldiği görülmektedir. Bunun nedeni olarak da kliniklerin daha fazla işlem yapıldığı yerler ve daha fazla personel çalıştırıldığı yerler olduğu düşünülmektedir.

Kaza/yaralanma tipi ile ilgili sorulara sırayla iğne batması (%47); kesici delici alet yaralanması (%20); düşme-kayma, incinme (%20) şeklinde cevaplar verilmiştir. İğne batması %71 oranında temizlik personellerinde; düşme-kayma, incinme %55 oranında hastabakıcılarda; kesici-delici alet yaralanması ise %77 oranında temizlik personellerinde görülmektedir.

Yaralanma var ise en fazla etkilenen vücut bölgesinin el-parmak (%48) bölgesi ve ayak-bacak bölgesi (%21) olduğu tespit edilmiştir. Yaralanmanın derinliği ise %53 oranında yüzeyseldir. "Kaza sırasında kişisel koruyucu olarak hangi malzemeleri kullanıyordunuz?" sorusuna %54 oranında eldiven cevabı verilmiştir.

"Yaralanmaya etken olan araç daha önce bir hastada kullanılmış mıydı?" sorusuna ise %59 oranında "evet" cevabı verilmiştir. Yaralanmaya neden olan aracın daha önce bir hastada kullanıldığı konusunda "evet" cevabı verenlere hastanın herhangi bir hastalığı olup olmadığı ile ilgili olarak sorulara "hastada yukarıda hastalıkların hiçbiri yoktu" cevabı %50 oranı ile ilk sırada yer alırken, %44 oranında "hastada enfeksiyon hastalığı olup olmadığını araştırmadım" cevabı verilmiştir.

"Kazada kan ve vücut sıvıları ile mukoz membran maruziyeti var ise sıvı ya da materyalin tipini işaretleyiniz" sorusuna %30 oranında "kan ve kan ürünleri" şeklinde cevap verilmiştir. Yaralanmaya maruz kalan vücut bölgesi ise %68 oranında "bütünlüğü bozulmuş cilt bölgesi" dir.

Katılımcılara meydana gelen kazaların nedenleri için "sizce bu kazanın nedeni nedir?" sorusu yöneltilmiştir. Sorulara sırasıyla dikkatsizlik (%39), acelecilik (%15), dalgınlık (%12), kontamine aletlerin uygun biçimde uzaklaştırılmamış olması (%7), tıbbi cihaz bakım ve onarımı konusundaki aksaklıklar (%7), hasta kıpırdadı/hareket etti (%5), yorgunluk (%5), uykusuzluk (%3), diğer (%7), şeklindedir. Diğer olarak; doktorların iğne uçlarını poşete atmaları ve ameliyathane personelinin kirlileri atarken ayıklamaması olarak belirtmişlerdir.

Yaralanma var ise personeller ilk olarak "batikon ile temizledim" (%32) şeklinde cevap vermişlerdir. Yaralanmadan sonra personeller %40 oranında enfeksiyon hastalıkları kliniğine başvurmuşlardır. "Hiçbir şey yapmadım" diyenlerin oranı ise %20 dir. "Enfeksiyon Hastalıkları Kliniğinde ya da Acil Polikliniğinde size hangi işlemler yapıldı?" sorusuna ise %59'u "tetkik yapıldı" cevabı verilmiştir.

"Geçirilen bu iş kazası nedeniyle sağlık raporu alındı mı?" sorusuna %77 oranında "hayır" cevabı verilmiştir. "Bu kaza başınıza gelmeden önce kaza bildirim için nasıl bir yol izlemeniz gerektiğini biliyor muydunuz?" sorusuna %66 oranında "hayır" denilmiştir.

"Sizce bu kazanın önlenmesi için neler yapılabilir?" sorusuna katılımcıların cevapları "alınan önlemler yeterli, depo merdivensiz düz bir yere taşınabilir, daha dikkatli olmak, tıbbi atıkların dikkatli atılması doktor ve hemşirelerin uyarılması, çizme giyebiliriz, asansörde koruma kapısı olması gerekir, atıklar çeşidine göre ayrı ayrı atılmalı, rafın üstüne sandalye ile çıkmamam gerekirdi, sağlık personeli atıklar konusunda bilinçlendirilmeli ve dikkatli olmalı, ameliyathane uyarılıp atık malzemeler kaynağında ayrılmalı, delici kesici aletler atık kutularına atılmalı, sağlık personeli uyarılmalı, iğne ucu tıbbi atık poşetine değil atık kutusuna atılmalı" şeklindedir.

"Kazadan sonra kaza ile ilgili kurumsal önlemler alındı mı?" sorusuna %51 oranında "hayır" cevabı verilirken, %49 oranında "evet" cevabı veren katılımcılar kurumsal önlemlerin neler olduğu konusunda "doktorlara söyledim, ameliyathane birimi uyarıldı, gerekli yerler bilgilendirildi, kişisel koruyucu ekipman giyildi, bilgilendirme ve tetkikler yapıldı, asistan doktor hemşire tarafından uyarıldı, kayıt alındı ve uyarıldı, daha dikkatli olundu, kesici ve delici atık kutusu dikkate alındı" gibi yanıtları olmuştur.

"Kurumunuzda iş kazalarından ve hastalıklardan korunmak için yeterince güvenlik önlemleri alındığını düşünüyor musunuz?" sorusuna katılımcıların %43'ü "kısmen", %29'u "evet" %29'u ise "hayır" cevabını vermişlerdir.

### **Tartışma ve Sonuç**

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde çalışan temizlik ve hastabakıcı personelinin çalışma ortamındaki iş

kazası sıklığının, dağılımının ve tiplerinin belirlenmesi, iş kazalarının bildirim ve bildirim etkileyen etmenlerin belirlenmesi ile iş kazası geçirme düzeylerinin değerlendirilmesi ile ilgili olarak elde edilen bulgular değerlendirilerek bazı sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinde çalışan ve araştırma kapsamına alınan hastabakıcı ve temizlik personellerinin %98'sinin şirket personeli olduğu görülmektedir. Araştırmanın yapıldığı hastane kamu kurumu niteliği taşıdığından kanun, tüzük ve yönetmeliklere göre istihdam edilen personelin yeterli nitelik ya da sayıda olmaması hâlinde personel çalıştırılmasına dayalı yardımcı işlere ilişkin hizmetler için 4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu'na göre ihaleye çıkılabilmektedir. İhtiyaç konusu hizmetler, işin niteliğine göre teknik şartnamede istenen ölçütlere ve Hizmet İşleri Genel Şartnamesine uygun olmak koşulu ile ihale sonucuna göre hizmet sözleşmesi imzalanan yüklenici firmalar tarafından yürütülmektedir. Araştırma grubunda yer alan ve çoğunluğu yüklenici firma bünyesinde çalışan hastabakıcı ve temizlik personeline ilişkin idarece hazırlanan teknik şartnamede 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve ilgili diğer mevzuatta öngörülen iş ve çalışma şartları ile ilgili gerekli önlemlerin alması ve uygulaması konusunda yüklenici yükümlü kılınmıştır.

Genel olarak sağlık kurumlarında hizmet satın alma suretiyle çalıştırılan hastabakıcı ya da temizlik personeli ile ilgili olarak herhangi bir mesleki eğitim yeterliliği istenmemektedir. Bu yüzden çalışanların çoğunluğu meslekleri ile ilgili olarak herhangi bir mesleki eğitime sahip değildirler. İşe alım sürecinde temizlik ve hastabakıcı personellerinden mesleki eğitim belgesi talep edilmemekle birlikte, kurum eğitim ihtiyacını bünyesinde hizmet içi eğitim programları oluşturarak gidermektedir. Bu bağlamda, sağlık hizmetinin sürekli ve dinamik bir sistemde sunulduğu hastanelerde hastabakıcı ve temizlik personeli ihtiyacının büyük oranda dış kaynak kullanımı ile giderildiği dikkate alındığında, eğitim süreci ve işe oryantasyonun zaman alması işe girişlerde hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği eğitimi almış olma zorunluluğunun, teknik şartnamede istenen mesleki eğitim ölçütleri içerisinde yer alması gerektiği düşünülmektedir. Böylece, henüz işe girişte sağlanmış iş güvenliği bilinci ile oryantasyon ve eğitim süresince iş kazası



riskinin azaltılabilmesi olanaklıdır. Araştırma yapılan sağlık kurumundan alınan bilgiler doğrultusunda 2014 yılında eğitim birimi tarafından 297 adet eğitim programı yapılmıştır. Bunlardan temizlikçi ve hastabakıcı grubuna yönelik olarak; risk düzeyine göre temizlik planı ve yapılması gerekenler, iş sağlığı ve güvenliği, kişisel koruyucu ekipmanların kullanımı, hastane enfeksiyonları ve korunma yolları, tıbbi atıkların kontrolü-el hijyeni, tıbbi atıkların yönetimi, güvenlik bildirim raporlama sistemi, doküman yönetimi, renkli kodlar, düşmenin önlenmesi, ilaç güvenliği, izolasyon figürleri, kan ve kan ürünlerinin alınması ve güvenli transferi, kan yolu ile bulaşan hastalıklar (hemşirelere), elektrik kazalarından korunma ve kaçaklarından korunma (hemşirelere), hastane enfeksiyonları-temas izolasyonu-tıbbi atıklar-el hijyeni, güvenli hasta transferi-tehlikeli atıklar, iş güvenliği-belirlenen risk düzeyine göre temizlik kuralları-temizlik maddelerinin kullanımı, kişisel hijyen, hastane temizliği-genel alanların temizlik kuralları-iş güvenliği, sivil savunma eğitimi, kan kültürü alma ve önemi, tıbbi atık ayrışımı, hasta güvenliğinin sağlanması-el yıkama, kişisel koruyucu ekipman kullanımı, delici kesici alet yaralanmaları-kan ve vücut sıvılarının bulaşması konularında eğitim verilmiştir. kurum tarafından verilen eğitimlerin çalışanlar tarafından değerlendirilmesi hususunda çoğunlukla orta ve üzeri cevapları verilerek eğitimlerin anlaşıldığı ve uygulandığı düşünülmektedir. dolayısıyla iş risklerine karşı olarak da önlemler alınmaktadır. önlemlerin alınması ile ilgili olarak sonuçlar değerlendirildiğinde hastabakıcı ve personellere kurum tarafından çoğunlukla (%72) koruyucu ekipmanlar sağlandığı ve bunları çalışanların (%71) kullandığı görülmektedir. bu oranın artırılması yönünde çalışanlarda farkındalık sağlanarak, kurum tarafından iç denetimlerle bu durum desteklenmelidir.

Katılımcıların iş ile bağlantılı olarak sağlıkları değerlendirildiğinde işlerinin sağlıklarını olumsuz etkilemediği yönünde cevap vermişlerdir. İşe alım sürecinde işe giriş muayenesi çoğunlukla (%88) yapılmıştır. Çalışanların %12'lik kısmı daha eski çalışanlar olduğu düşünülmektedir. Edinilen bulgularda Hepatit B, tetanoz aşısı yaptırmayan katılımcıların da olduğu tespit edilmiştir. Kurumdan alınan bilgilere göre çalışan güvenliği kapsamında işe alınan her işçi için genel muayene ile sağlık raporu alınması, kan grubu ve Hepatit B

markerlerinin (Hbs, Ag, HbsAb, HbcAb total ) sonuçlarının teslim edilmesi hususu teknik şartnamede düzenlendiğinden işe giriş muayenesi 10 (on) içerisinde yapılmaktadır. Ancak, bu aş ve kontrolleri yaptırmayan katılımcıların tespit edilerek aşılardan yapılması ve belli aralıklarla personellerin serolojik kontrollerinin yapılması ve tekrar edilmesi çalışan güvenliği açısından önem arz etmektedir. Ersoy ve arkadaşlarının (2014) yaptığı araştırmaya göre çalışanların aşılama durumu karşılaştırıldığında, hepatit B aşısı ile ilgili oran benzerlik gösterirken diğer aşılardan oranındaki artış dikkat çekmektedir (13).

Katılımcılar genel olarak işini severek yaptıkları ve işleştikten memnun oldukları yönünde görüş bildirdiklerinden; kurumlarından memnun oldukları düşünülebilmektedir.

Katılımlar %85 oranında herhangi bir iş kazası geçirmediklerini dile getirmişlerdir. Fakat çalışan güvenliği birimine iş kazası bildirim yapanların sayısının yetersiz olduğu görülmektedir. Bu konuda kurum, çalışanlarını bilinçlendirerek onların iş kazası bildirim yapmalarına olanak tanınmalıdır.

**İş kazası geçiren kişilerin verileri** değerlendirildiğinde; genellikle temizlik esnasında iş kazası geçirdiklerini ve bunun iğne batması şeklinde gerçekleştiği yönünde olmuştur. Bunu kesici delici alet yaralanması ve düşme takip etmektedir. Yaralanma esnasında koruyucu malzeme olarak eldiven kullandıkları ve yaralanmaya neden aracın (%59) bir hastada kullanıldığı ifade edilmiştir. Hastanın bulaşıcı bir hastalığının olup olmaması durumu çalışan için önemli bir risk faktörüdür.

Kazanın nedeni olarak dikkatsizlik, acelecilik, dalgınlık gibi faktörler önem arz etmektedir. Çalışanların belirtmiş olduğu "doktorların iğne uçlarını poşete atmaları ve ameliyathane personelinin kirlileri atarken ayıklamaması" gibi nedenler de ayrıca önemli olmaktadır. Her ne kadar araştırma kapsamına hastabakıcı ve temizlik personeli alınsa da sağlık hizmetlerinin bir bütün halinde verildiği unutulmamalıdır. Sağlık hizmetleri alanında görevli her personel çalıştığı alanda sorumlu olduğu ölçüde güvenlik önlemlerini almak ve uygulamak zorundadır. İş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin alınması ve uygulanmasında hastane idaresi kontrol ve denetimlerini planlı ve periyodik olarak yapmakla birlikte, sağlık personeli için temini sağlanan örneğin, koruyucu ekipman kullanmak

gibi zorunlulukları keyfi tercihlere bırakılmamalıdır. Bu nedenle, sağlık personeli tarafından çöp poşetine atılmış bir iğne ucunun çöplerin alınması esnasında temizlik personeli için oluşturduğu riski, kullanılmış iğne ucunu çöp poşetine atmak yerine imha edilmek üzere delinmeye dirençli iğne ucu atık kovasına atmak suretiyle ortadan kaldırılması gerekmektedir. Bu nedenle, hastabakıcı ya da temizlik personellerinin yaralanmalarında sağlık hizmetlerinin sunulmasında tüm tarafların dikkatli olması, özellikle bulguda dikkat çekilen hekim ve hemşirelerin bu konuda daha hassas olmaları gerektiği düşünülmektedir. Bunu sağlamak üzere, idarece hekim ve hemşirelerin de iş sağlığı ve güvenliği kapsamında gerekli eğitimleri alarak bilinçlenmeleri ve bu hususlara uyulup uyulmadığı konusunda da idari yaptırımların uygulanması gerektiği düşünülmektedir.

İş kazası geçirenler "kazaların önlenmesi için neler yapılabilirdi" sorusuna ise kendilerinin çalışma esnasında alabilecekleri önlemlere ek olarak, kurumun ve diğer sağlık çalışanlarının yapması gereken önlemlere yönelik cevaplar vermişlerdir.

İş kazası geçirildiğinde yara yeri ile ilgili olarak yapılması gerekenlerin bilindiği görülmektedir. İş kazası ile ilgili olarak başvuru noktasında ise %20 oranında "hiçbir şey yapmadım" diye cevap veren personelin olduğu görülmektedir. Ayrıca iş kazası geçirmeden önce konuyla ilgili olarak nasıl bir yol izleneceği konusunda katılımcıların bilgilerinin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Kurumun bu duruma yönelik eğitimlerin düzenlemesi ve geçirilen kaza ile ilgili olarak yapılan bildirimler doğrultusunda kurumsal önlemlerin alınması da gerekmektedir. Katılımcılar tarafından kurumsal önlemler ile ilgili olarak daha çok "kısmen" cevabı verilmiştir. Cevabın kurumsal önlemler açısından yeterli olmadığı düşünülmektedir. Dolayısıyla kurum, iş kazaları konusundaki önlemlerin geliştirilmesi yönünde faaliyetler yürütmelidir. Sonuç olarak, iş kazalarında etkisi olan etmenler çerçevesinde temizlik ve hastabakıcı personeline yönelik çalışan güvenliği konusunda kurumdaki güvenlik önlemlerinin, eğitimlerin ve denetimlerin yeterli düzeyde devam ettirilmesi, iş kazası meydana geldikten sonra çalışanların bilinçlendirilmesi, iş kazası bildirimine olanak tanınması, tüm çalışanların konuyla ilgili farkındalıklarının artırılması sağlanmalıdır.

**İletişim:** Dr. Ş. Didem Kaya

**E-posta:** dkaya@konya.edu.tr

## Kaynaklar

1. ILO. Occupational Injuries Statistics From Household Surveys and Establishment Surveys; 2008. (Erişim: 26/08/2016) <http://www.ilo.org>.
2. Dikmen A.U., Medeni V., Uslu İ., Aycan S. Ankara'da Bir Üniversite Hastanesi Çalışan Sağlık Personelinin Geçirdiğini İfade Ettiği İş Kazalarının Değerlendirilmesi, Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi, (2014):22-29.
3. Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 01.08.1998 Resmi Gazete Sayısı: 23420.
4. Sağlık Bakanlığı, Çalışan Güvenliği Genelgesi (14.05.2012). (Erişim: 25.06.2016). <http://www.saglik.gov.tr>.
5. İş Sağlığı Ve Güvenliğine İlişkin Tehlike Sınıfları Listesi Tebliği. Resmi Gazete Tarihi 25/11/2009, Resmi gazete Sayısı : 27417.
6. 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu". Resmi Gazete Tarihi: 20/06/2012. Resmi Gazete Sayısı: 28339.
7. SGK. İstatistik Yıllıkları; SGK 2013. (Erişim: 26/08/2016) <http://www.sgk.gov.tr>.
8. SGK. İstatistik Yıllıkları; SGK 2014. (Erişim: 26/08/2016) <http://www.sgk.gov.tr>.
9. Kutlu D. Ameliyathane Çalışanlarının Cerrahi Aletlerle Yaralanma Riski ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, 2007.
10. Çopur Z. , Varlı B., Avşar M., Şenbaş M. Ege Üniversitesi Hastanesinde Çalışan Ev İdaresi Personelinin İş Kazası Geçirme Durumlarının İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:9, Sayı:2 (2006):155-176.
11. Terzi Ö., Sünter A.T., Pekşen Y., Aker S., Terzi Ö. Hastane Temizlik Elemanları ve Mesleki Enfeksiyon Riski: Bilgi ve Davranışlar Üzerine Bir Çalışma. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, (2009):16(1) 7-12.
12. Erkal S. ve Çoşkun S. Bir Hastanede Çalışan Ev İdaresi Personelinin İş Kazası Geçirme Durumunun ve Kazalardan Korunmak İçin Aldıkları Önlemlerin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt:13, Sayı:1 (2010):45-62.
13. Ersoy S., Çetinkaya F., Alp E. Hastane Temizlik Çalışanlarının Hastane Enfeksiyonları Ve Korunma İle İlgili Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences), 2014; 23 (1-9).
14. Kurt A.Ö., Harmanoğulları Ü.L., Ekinci Ö., Ersöz G. Bir Üniversite Hastanesi Temizlik Çalışanlarının Biyolojik Risk Bilgi, Tutum Ve Davranışları. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015;8(2)37-47.
15. Altunışık R., Coşkun R., Bayraktaroğlu S., Yıldırım E. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: SPSS Uygulamalı, Sakarya Yayıncılık, 2012, p. 25.
16. Özarslan A. Ankara'da Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin İş Kazası Sıklığı, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2009.



Ayşe Mete<sup>1</sup>, Dr. Nebahat Özerdoğan<sup>2</sup>

Geliş/Received : 19.08.2017  
Kabul/Accepted : 02.10.2017

### Öz

Trijaj hastaneye gelen hastaların aciliyetinin belirlenerek yaşamsal tehlikesi olanlara girişim önceliği tanımak anlamına gelmektedir. Obstetrik triyaj ise, obstetrik nedenlerle acil servise gelen hastaların 10 dakika içinde değerlendirilip, aciliyetlerine göre sınıflandırılması için sağlık personeli tarafından yapılan girişimlerdir. Gebeliklerin önemli bir kısmında tahmin edilemeyen obstetrik komplikasyonlar oluşabildiğinden bu sorunları olanaklı ise, en erken dönemde saptamak ve en uygun girişimi en hızlı biçimde yapabilmek, anne ve yenidoğanın sağlığının korunması, maternal mortalite ve morbiditenin önlenmesinde çok önemlidir. En uygun müdahaleyi yapmaya karar vermek, acil olgularda hızlı karar verme ve müdahaleyi en hızlı biçimde yapmak obstetrik triyaj personelinin temel görevidir. Obstetrik triyaj, 1986 yılından önce iyi tanımlanamamış, 1986'dan başlayarak, hem ayakta hem de yatan hasta bakımında uzmanlaşmış bir bakım bölümü haline gelmeye başlamıştır. Aynı anda birden fazla klinik servise erişim imkânı sağladığı için doğum öncesi genel hizmetler kapsamında son derece işlevsel ve tercih edilen bir konuma sahiptir. Mevcut sağlık hizmetleri alanında çağdaş obstetrik triyajın rolünü anlamak, acil obstetrik bakım hizmetlerini güncel gelişmeler ve standartlara uygun biçimde organize etmek hem hizmeti verenler hem de sağlık hizmetleri alanında liderliğe oynayanlar için önemlidir. Bu derleme makalesi sağlık profesyonellerine obstetrik triyaj konusunda bilgi vermek amacıyla hazırlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Triyaj, Obstetrik triyaj, Acil, Ebelik

### Abstract

Triage means determining the urgency of patients, who are admitted to the hospital and giving the priority of intervention to those that are at great risk of life. Moreover, obstetric triage is the attempt made by the health personnel to evaluate and classify the patients according to their urgency within 10 minutes of admittance to the emergency services for obstetric reasons. Since unpredicted obstetric complications may occur in the significant part of pregnancies, it is very important to identify these problems as early as possible and to perform the most appropriate intervention as soon as possible in order to protect the health of mother and newborn, to prevent maternal mortality and morbidity. Deciding to do the most appropriate intervention in a fastest way during an emergency situation and performing the intervention in a quickest way are the main tasks of the obstetric triage staff. Before 1986, obstetric triage has not been well defined. Starting from 1986, obstetric triage has begun to become a specialized department for both outpatient and inpatient care. It also has a highly functional and preferred position within the general prenatal services as it provides access to multiple clinical services. Understanding the role of contemporary obstetric triage in the area of current health care and organizing obstetric emergency care services in accordance with current developments and standards are important both for the providers of this services and for those in the race for the leadership in health care servicing. This review article was prepared to inform the health professionals on obstetric triage.

**Key words:** Triage, Obstetric triage, Emergency, Midwifery

1 Arş. Gör.; Gaziosmanpaşa Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Tokat

2 Doç.; Eskişehir Osmangazi Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Eskişehir



## Giriş

Fransızca'da "trier" kökünden gelen triyaj kelimesi, elemek, seçmek, sınıflamak anlamına gelmektedir (1,2). Sağlık alanında triyaj, hastalarda aciliyetin belirlenerek, yaşamsal önceliği bulunanlara müdahale için öncelik tanımak demektir (3).

1800'lü yılların başında Fransa'da geliştirilen orijinal triyaj sistemleri, cerrahi hastalarını cephe durumlarına ve yaralanmalarına göre ayırmaya dayanıyordu. Sistem daha sonraları özellikle askeri alanda, 19. ve 20. yüzyılın çatışmaları boyunca gelişmiştir. Batı dünyasında tıbbi sistemlerin düzenlenmesine bağlı olarak 1900'lü yılların başında ABD, İngiltere ve Avrupa'daki acil servislere triyaj uygulanmasına başlanmıştır. Bu dönemde triyaj, genellikle, ilk tedavi için hangi hastaneye gönderileceği, seçilme aciliyeti ve sırasını belirleyen kısa bir klinik değerlendirmeden oluşmuştur. Daha sonraki süreçte modern sağlık sistemlerinde üç aşamalı triyaj ortaya çıkmıştır. İlk aşama, ambulans ve hastane öncesi bakım kaynaklarının sevk için hastane öncesi triyajıdır. İkincisi, olay yerinde hastaya ilk müdahale eden klinisyenin triyajı ve üçüncü olarak, acil servise varışta ya da hastaneye kaldırırken uygulanan triyajdır. Hastanın durumu hızla değiştiğinden triyaj, tanımı gereği dinamik bir süreçtir (2).

Sivil alanda triyaj günlük triyaj ve afet triyajı olmak üzere iki biçimde kullanılmaktadır. Afet triyajında amaç en fazla sayıdaki insana ulaşılarak müdahale etmek, günlük triyajda ise acil servislere başvuruda bulunan her hastanın en kısa sürede muayene ve tedavi edilmesini sağlamaktır. Acil servislere triyajın amacı, başvuruda hastaları hızla değerlendirip, şikâyeti ve aciliyet durumuna göre önceliğin belirlenmesi, sınıflandırılması ve hastaların güvenliğinin gözetilerek acil serviste hızla müdahale edilmesidir. Bu sayede acil müdahaleye ihtiyaç duyan hastalara yeterli ve verimli zaman ayrılabilir. Önceliklerin belirlenmesi acil servislere yoğunluğu azaltmakta ve işlerin daha sistematik bir biçimde ilerlemesini sağlamaktadır (4).

Gebeliklerin % 15-20'sinde önceden tahmin edilemeyen obstetrik problemler görülebilmektedir. obstetrik sorunların olanaklı ise, en erken dönemde saptanması ve uygun girişimin yapılabilmesi, anne ve yenidoğan sağlığını korumada yaşamsal önem taşımaktadır. Acil obstetrik durumlarda, sağlık personelinin en hızlı ve uygun müdahaleyi yapabilmesi ya da gerekli olan olgularda prosedüre

uygun olarak hastanın hızlıca sevk edilmesi ile maternal mortalite ve morbiditenin önlenmesi olanaklıdır. Hızlı karar vermenin ilk koşulu, obstetrik triyajı bilmekten geçer. Obstetrik triyajın ilkeleri, genel triyaj ilkeleri ile aynıdır. Bu ilkeler, hayatı tehdit eden durumların acil olarak belirlenmesi ve hastaya doğru sırada ve uygun biçimde müdahale edilmesidir. Bu biçimde hem anne hem de bebek yaşamı, doğru ve hızlı müdahale ile korunacaktır (3). Organize bir ekip hizmetini gerektiren obstetrik triyaj üniteleri, genellikle hastanın kabulü, fetal değerlendirme, saatlik klinik değerlendirmeler, akut obstetrik aciller, ağrı değerlendirmesi ve çeşitli obstetrik prosedürleri içeren farklı görevleri kapsar. Aynı zamanda, normal tıbbi bakım kaynaklarına erişilemediğinde ya da bulunmadığında, acil dışı obstetrik ve tıbbi koşulları olan kadınların da kabul edildiği bir ortamdır (5).

Ulusal literatür incelendiğinde obstetrik triyaj ile ilgili çok az sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Anne ve dolaylı olarak bebek ölümlerinin en aza indirgenmesi ve önlenmesi için sağlık çalışanlarının obstetrik triyajı bilmeleri gereklidir. Aynı zamanda ülkemizde insan sağlığına verilen değer ve tıbbi hizmetlerin kalitesinin artırılması için de önemlidir. Bu derleme makalesi; sağlık profesyonellerine obstetrik triyaj konusunda bilgi vermek amacıyla hazırlanmıştır.

## Triyaj Sistemleri

Sağlık Bakanlığının Hizmet Kalite Standartlarının Acil Servis Hizmetleri başlığı altında, triyaj sisteminin yapılandırılması "Yazılı olarak tanımlanmış ve etkili olarak uygulanan bir triyaj sistemi bulunmalıdır." şeklinde ifade edilmektedir (6).

Triyaj; acil servis triyajı, inpatient (ICU) triyaj, kaza triyajı, askeri (Battlefield) triyaj ve afet (masscasualty) triyajı olarak sınıflandırılmaktadır (6).

## Acil Servis Triyajı

Acil servis triyajında 2'li, 3'lü, 4'lü ve 5'li olmak üzere değişik sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. 2'li triyaj sistemi acil ve acil olmayan, 3'lü triyaj sistemi çok acil, acil, acil değil, 4'lü triyaj sistemi hayatı tehdit edici, çok acil, acil, acil değil ve 5'li triyaj sistemi ise resusitasyon, çok acil, acil, acil değil, sevk olarak sınıflandırılmıştır (Tablo 1) (6).

2003 yılında geçerlilik ve güvenilirliği daha fazla olduğu için Amerika'da ve dünyada acil tıbbın temelini atan ve gelişiminde büyük pay sahibi olan



Tablo 1. Acil servis triyaj sistemleri (6)	
2'li Triage sistemleri	Acil
3'lü Triage sistemleri	Acil değil
	Çok acil
	acil
4'lü Triage sistemleri	acil değil
	Hayatı tehdit edici
	Çok acil
	Acil
5'li Triage sistemleri	Acil değil
	Resusitasyon
	Çok acil
	Acil
	Acil değil
	Sevk

Amerikan Acil Hekimler Birliği (American College of Emergency Physicians=ACEP) ve Acil Hemşireler Birliği (Emergency Nurses Association=ENA) tarafından beşli triyaj sisteminin kullanılması önerilmektedir (4). Kanada, Avustralya, İngiltere ve Amerika'da 5 aşamalı triyaj sistemleri kullanılmaktadır (7).

Birçok ülkede acil servislerde kullanılmak üzere triyaj sistemleri geliştirilmiştir. Ülkeler triyaj sistemlerini ve mevcut kullanılmakta olan ve geçerliliği kanıtlanmış triyaj protokollerini kendi ülke popülasyonu ve uygunluğu açısından düzenleyerek uygulamaya yansıtılmıştır. Yaygın kullanılan Manchester Triage Sistemi (MTS) ve Kanada Triage ve Aciliyet Sistemi (CTAS) hasta şikâyeti tabanlı triyaj sistemleridir. İki triyaj kategorisi için de her hastalık grubuna yönelik bir akış şeması oluşturulmuş ve uygun triyaj kategorileri belirlenmiştir. Bu yöntemlerin aksine, Acil Şiddet İndeksi'nde (Emergency Severity Index=ESI) sınıflama hasta şikâyeti tabanlı değil

hastaların ihtiyaçları, tahmini ihtiyaçları ve tüketileceği kaynaklara uygun parametreler belirlenerek yapılmaktadır. ESI kullanılarak yapılan sınıflandırmalar oldukça kısa sürede uygulanabilmektedir. ESI'de 5'li sınıflama vardır. Herhangi bir bekleme süresi verilmemiştir. Yalnızca öncelik sırası bellidir. ESI sistemi hastanın acil servis içinde tükettiği kaynak miktarına göre sınıflama yapar. 1. kategori en fazla kaynağa ihtiyacı olan, 5. kategori ise herhangi bir test, dikiş, İV sıvı vb. kaynağa ihtiyacı olmayan hastalardır. Vital bulgu ölçümü yalnızca 3. kategoride yapılır. Eğer 3. kategori hastalarının vital bulguları normal değil ise 2. kategoriye düşürülürler. 1.2.4 ve 5. kategorideki hastaların triyaj sırasında vital bulguları alınmaz (Şekil 1) (4,6,7).

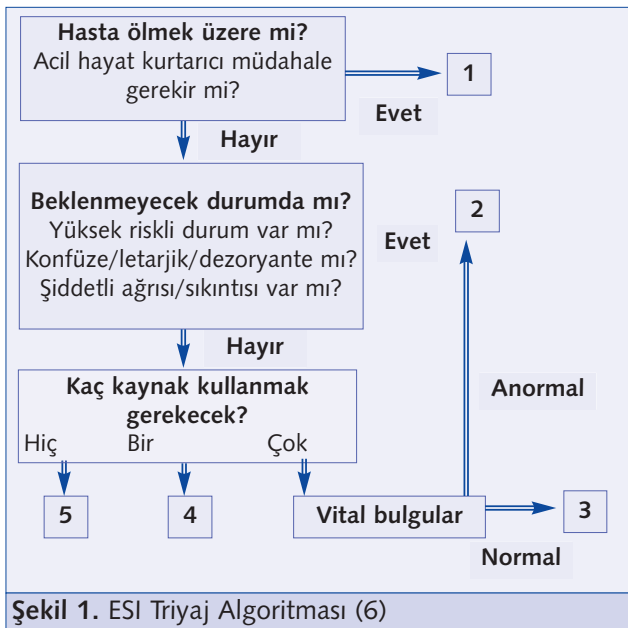
### Obstetrik Triage

Obstetrik triyaj; obstetrik nedenlerle acil servise gelen hastaların 10 dakika içinde değerlendirilip, aciliyetlerine göre sınıflandırılması için sağlık personeli tarafından yapılan işlemlerdir (8). Genellikle hızlı, tempolu ve karmaşık bir atmosferde gerçekleşir. Bu ortamda çalışmak, hızlı ve doğru klinik değerlendirme becerileri gerektirir. Gebede aşağıda yer alan belirtiler söz konusu olduğunda, hiç beklenmeden acil olarak müdahale edilmesi önemlidir (3):

- Kontraksiyonla birlikte kanlı mukuslu akıntı, Membran rüptürü, Solukluk, Güçsüzlük, Bayılma, Şiddetli baş ağrısı, Bulanık görme, Kusma, Ateş, Solunum sıkıntısı, Bebek hareketlerini hissetmeme ya da hareketlerin azalması (3).

Gebede bulunan belirti ve bulgulara bağlı yapılacak değerlendirme ve sonrasında olabilecek sorunlar Tablo 2'de verilmiştir (3). Ülkemizde yapılan bir tez çalışmasında obstetri hastalarının acil servise başvuru şikâyetlerine göre dağılımları incelendiğinde, çalışmaya katılan 1981 gebenin %34,3'ünün sancı şikâyeti nedeniyle, %10,6'sı kontrol için, %10,3'ünün kanama ya da lekelenme şikâyeti nedeniyle, %8,9'unun suları geldiği için, %2,7'sinin bebek hareketlerinde azalma olduğu, %8,3'ünün kasık ağrısı şikâyeti nedeniyle, %7,6'sının bulantı ve kusma şikâyetiyle, %5,7'sinin sezaryen amaçlı ve %11,5'inin de diğer nedenlerle acil servise geldikleri görülmektedir (8).

Acil obstetrik bir olguda, olanakların yetersizliği sebebiyle hastanın sevk edilmesine karar verilmişse, sevk öncesinde hastanın durumu stabilize edilmeli ve sevk mutlaka ambulansla yapılmalıdır. Doğum eylemi başlamış tüm gebeler, acil tıbbi durum



**Tablo 2.** Obstetrik acil değerlendirme ve tehlike bulguları (3)

Değerlendirme	Tehlike bulguları	Ne düşünülmeli?
Hava yolu açıklığı ve solunum	Siyanoz Solunum sıkıntısı Cilt: soluk Akciğerler: wheezing/raller	Ciddi anemi Kalp yetmezliği Pnömoni Astım Pulmoner emboli Amniyotik sıvı embolisi Şok
<b>Dolaşım (Şok belirtileri)</b>	Cilt: Soluk ve nemli Nabız: hızlı (110tm/dk üstü) ve zayıf Kan Basıncı: Düşük (sistolik 90 mmHg'den düşük)	
<b>Vajinal kanama</b>	Sorgula Gestasyonel hafta Doğum olmuş mu? Plasentanın durumu Muayene et Vulva: kanama miktarı, plasenta kalıntısı, görünen yırtık Uterus: Atoni Mesane doluluğu Gebeyse asla vajinal muayene etme!	Abortus Ektopik gebelik Mol gebelik Ablasyo plasenta Plasenta previa Uterus rüptürü Atoni Plasenta retansiyonu Serviks vajina yırtığı Eklampsi Epilepsi Tetanoz
<b>Bilinç kaybı ya da konvülsiyon</b>	Sorgula Gestasyonel hafta Muayene et Kan Basıncı (diastolik 90mmHG üstü)	
<b>Yüksek ateş</b>	Ateş (38°C üzeri) Zayıflık ve laterji Disüri 38°C üstü ateş Karında hassasiyet Pürülan akıntı	Üriner enfeksiyon Endometrit Pelvik abse Peritonit Meme enfeksiyonu
<b>Karın ağrısı</b>	Memelerde şişlik/hassasiyet Gestasyonel hafta Eşlik eden kanama Eşlik eden yüksek ateş	Septik abortus Doğum Erken doğum Ektopik gebelik Dekolman plasenta Uterus rüptürü Koryoamniotitis

olarak kabul edilir ve gebenin sosyal güvencesi olmasa dahi acil merkeze kabul edilmesi zorunludur. Gebe ve ailesi ambulansla sevki kabul etmediği takdirde bu durum mutlaka yazılı olarak belgelendirilmelidir (3).

Obstetrik triyaj, 1986 yılından önce iyi tanımlanamamış, 1986'dan başlayarak, hem ayakta hem de yatan hasta bakımında uzmanlaşmış bir bakım bölümü haline gelmeye başlamıştır. Aynı anda birden fazla klinik servise erişim imkânı sağladığı için doğum öncesi genel hizmetler kapsamında son derece işlevsel ve tercih edilen bir konuma sahiptir. Doğrudan görüntüleme, laboratuvar hizmetleri, fetal değerlendirme (hem fetal izlem hem de ultrason kullanımı), danışmanların bulunması ve obstetrik sağlık ekibi tarafından anında sağlık hizmetinin verilmesi, obstetrik triyaj birimlerini perinatal bakım

sağlamada yüksek güvenilirlikli ve değerli birimler haline getirmiştir (9,10).

Gebelerin bakımında dünya genelinde obstetrik triyajın önemi ve rolü; son yıllardaki obstetri alanında ve bakım uygulamalarındaki yeni yasal düzenlemeler, fetüsün anne karnında sağlıklı gelişimi için geliştirilen test yöntemleri, davalardaki artışlar ve evde bakım hizmetlerinin zaman ve süre yönergelerinde yapılan düzenlemeler nedeniyle artmıştır. Güncel bir obstetrik triyaj birimi hem bağlı bulunduğu kurumun mevcut kaynaklarını hem de uyguladığı anne bakımının seviyesini dikkate alarak, düzenlemelere uyumlu bir tıbbi tarama muayenesi yapmalıdır. Çağdaş ve başarılı bir obstetrik triyaj modeli, kadın doğum merkezine başvuran her obstetrik hasta için "gebe mi? ya da gebe değil mi?" ve "doğum kasılmaları başlamış mı? ya da başlamamış mı?" sorularına cevap

aramalıdır. Aksi taktirde kurumlar hastanenin verdiği hizmetten memnun kalmama, tedavi ve doğum işlemlerinin olumsuz sonuçlanması, sınıflama ve sosyal güvenlik programlarından dışlanma riskiyle karşı karşıya kalabilmektedirler. Bu nedenle mevcut sağlık hizmetleri alanında çağdaş obstetrik triyajın rolünü anlamak, hem hizmeti verenler hem de sağlık hizmetleri alanında liderliğe oynayanlar için önemlidir (9).

Yapılan bir sistematik derlemede; 1998'den 2013'e kadar obstetrik triyajda en iyi klinik uygulamaların bileşenleri şu biçimde özetlenmektedir.

- Obstetrik triyaj için özgün bir ölçeğin kullanılması,
- Değerlendirmelerin standardizasyonu,
- Yeterli personelin sağlanması,
- Hasta akışının ölçümü,
- Acil dışı obstetrik durumlar için hızlı izleme,
- Riski azaltmak için klinik ve idari protokollerin geliştirilmesi ,
- Disiplinler arası işbirliğine dayalı uygulama modeli ve sağlık ekibinin oluşturulması,
- Her bir triyaj düzenlemesinde yükümlülüklerin tanımlanması.
- Devam eden multidisipliner klinik simülasyon eğitimleriyle ekip eğitiminin geliştirilmesi
- Hastanede kalış süresini ve hasta memnuniyetini izleyen kalite faaliyetlerinin geliştirilmesi (10).

Kanada'da bir obstetrik bakım biriminin obstetrik triyaj servislerindeki triyaj birimine başvuran gebelerin memnuniyetlerini ölçmek amacıyla 19 gebe kadınla yapılan çalışmada, kadınların çoğunun (n=11) bir hekim ya da ebe tarafından triyaj ünitesine sevk edildiği belirtilmiştir. Çalışmada kadınlar triyaj deneyimlerinden, fetüs ve kendilerinin sağlıkları için triyaj hemşirelerinden aldıkları genel bakımdan çok memnun olduklarını bildirmişlerdir. Triyaj personelinin sunduğu bakım ve bütüncül yaklaşım, katılımcıların obstetrik triyaj bakımından memnuniyetlerine önemli katkı sağlamıştır. Samimi, sevecen ve özenli triyaj personeli ile karşılaşmak tüm katılımcılar tarafından son derece değerli bulunmuştur. Hemşirelerin fiili varlığı, katılımcılar için iyileştirici olarak ifade edilmiş, fetüslerinin ve kendilerinin sağlıkları hakkında sahip oldukları belirsizliklerle ilgili kaygıların azaltılmasına yardımcı oldukları belirtilmiştir (11).

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan 76 hemşirenin triyaj bilgilerini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, hemşirelerin triyaj konusundaki bilgilerinin yüzeysel olduğu, triyaj

bilgilerinin istenilen düzeyde olmadığı, triyaj konusunda eğitimin, bilginin, tecrübenin ve düzenli triyaj uygulaması yapmanın oldukça önemli olduğu belirtilmiştir (12).

### Sonuç ve Öneriler

Obstetrik triyajla ilgilidaha çok ve kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Ayrıca sağlık eğitimi veren üniversitelerin lisans ve lisansüstü ders müfredatlarında konuya yer verilmelidir. Obstetrik alanda çalışan sağlık personelleri için acil obstetrik bakım ve triyaj konularıyla ilgili hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir. Bu önlemlerle anne ve bebek sağlığının korunması, geliştirilmesi ve anne-bebek ölümlerinin azaltılmasına katkı sağlanabilir.

**İletişim:** Ayşe Mete

**E-posta:** ayse.mete@gop.edu.tr

### Kaynaklar

1. <https://www.turkcebilgi.com/triyaj>. Erişim tarihi: 25.03.2017.
2. Robertson-Steel I. Evolution of triage systems. *EmergMed J* 2006; 23:154–155. doi: 10.1136/emj.2005.030270.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Acil Obstetrik Bakım Ebe/Hemşire Katılımcı Kitabı; 2015. <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/Haberler/aob.pdf> Erişim Tarihi: 25.02.2017
4. Tarhan MA, Akın S. Triyaj Uygulamalarında Hemşirelerin Rollerini. 2016; 3(2): 170-174.
5. Angelini DJ, Stevens E, MacDonald A, Wiener S, Wiczorek B. Obstetric Triage: Models and Trends in Resident Education By Midwives. 2009; 54:4. doi: 10.1016/j.jmwh. 2009.03.004
6. Ocak T. Triyaj Yöntemleri. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu, Acil Triyaj Eğitim Rehberi; 2015. [www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/10ef0b9b7dbc4f30b9f7fe0d2d190e20.doc](http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/10ef0b9b7dbc4f30b9f7fe0d2d190e20.doc). Erişim Tarihi: 25.02.2017
7. Akkücüçük HM. Kalabalık Acil Servisler İçin Hasta Ve Sağlık Personeli Triyajı. Hacettepe Üniversitesi, Uzmanlık Tezi, 2010, Ankara.
8. Uçar C. Acil Servise Başvuran Obstetri Hastalarının Triyaj Sınıflandırmasına Göre Dağılımları Ve Yapılan Uygulamaların Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2015, İzmir.
9. Sandy EA, Kaminski R, Simhan H, Beigi R. Contemporary Obstetric Triage. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2016; 71:3.
10. Angelini D, Howard E. Obstetric Triage: A Systematic Review of the Past Fifteen Years: 1998-2013. *American Journal of Maternal Child Nursing*. 2014; 39:5.
11. Evans MK, Watts N, Gratton R. Women's Satisfaction With Obstetric Triage Services. *Journal of Obstetric Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2015; 44:6. DOI: 10.1111/1552-6909.12759.
12. Bal S. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Triyaj Bilgisi. Yakın Doğu Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2016, Lefkoşa.

# Fenilketonürlü Bebeklerde Anne Sütü Alımı ile İlgili Gelişmeler ve Zorluklar

The Developments and Challenges Related to the Intake of Breast Milk among the Infants with Phenylketonuria

Derleme



Review Article

Hamide Zengin<sup>1</sup>, Dr. Nursan Çınar<sup>2</sup>

Geliş/Received : 12.05.2017  
Kabul/Accepted : 17.09.2017

## Öz

Anne sütü bebekler için en iyi gıdadır. Fenilketonüri (FKÜ)'li bebeklerin anne sütü ile beslenmesi, diğer sağlıklı bebeklere oranla düşüktür ancak anne sütünün sayısız faydalarından FKÜ'lü bebeklerin de yararlanması gerekir. Bu bebekler; kan fenilalanin düzeylerine göre önerilen miktarda fenilalanin içermeyen formüle ile birlikte anne sütü alabilir. FKÜ'lü bebeklerde anne sütü ile ilgili emzirme rehberinin bulunmaması nedeniyle yalnızca klinik deneyimlerden yola çıkarak beslenme şekli önerilmektedir. Bu konuda kanıta dayalı uygulamalara ihtiyaç vardır. Sağlık çalışanlarının FKÜ ile ilgili güncel yaklaşımları takip etmeleri ve aileleri doğru bilinçlendirerek kontrollü bir biçimde emzirmeye teşvik etmeleri son derece önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Fenilketonüri, Anne sütü, Güncel yaklaşım

## Abstract

Breast milk is the best food for babies. Breastfeeding rates in the babies with phenylketonuria (PKU) are lower than in the other healthy babies, but infants with PKU also need to utilize innumerable benefits of breastfeeding. These infants can take the breast milk in combination with phenylalanine-free formula in recommended amounts according to the blood phenylalanine levels. Due to the lack of the guidelines for breastfeeding the babies with PKU, the nutrition recommendations are based only on clinical experiences. There is a need for evidence-based practices in this regard. It is crucial that the health professionals follow current approaches to PKU and by raising awareness, encourage the families to breastfeed the babies in a controlled manner.

**Key words:** Phenylketonuria, Breast Milk, Current Approach

1 Hemşire, Sakarya Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Doktora Programı, Doktora Öğrencisi, Sakarya  
2 Prof.; Sakarya Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast. Hemşireliği AD. Sakarya



## Giriş

Fenilketonüri (FKÜ) otozomal resesif geçişli, kanda fenilalanin yüksekliğine yol açan, fenilalanin hidroksilaz enzim eksikliğine bağlı görülen bir metabolizma hastalığıdır (1, 2). Fenilalanin hidroksilaz enzimi; protein oluşumunda gerekli amino asit metabolizmasını sağlar (2).

FKÜ görülme sıklığı etnik gruplara göre değişmekte; beyaz ve yerli Amerikalılarda yüksek, siyahlarda, Asyalılarda ve İspanya'da ise daha düşük olduğu belirtilmektedir (3). Dünyada yaklaşık 1:12000 görülmekte iken; ülkemizde akraba evliliklerin sık olması nedeniyle bu oran 1:4200 olarak karşımıza çıkmaktadır (1).

FKÜ; klasik, hafif, FKÜ dışı hiperfenilalaninemi (hafif hiperfenilalaninemi) ve BH4-yanıtlı hiperfenilalaninemi/FKÜ olarak karşımıza çıkar (1).

Klasik FKÜ: Fenilalanin hidroksilaz enziminin tam ya da tama yakın eksikliği söz konusudur. Klasik FKÜ'lü bebeklerde tanıda gecikme ve erken tedavi başlanmazsa mental gerilik ve gelişme geriliği yaşanır. Tedavi edilmeyen olgularda kan fenilalanin düzeyi ( $\geq 1200\mu\text{mol/L}$ ;  $\geq 20\text{ mg/dL}$ ) çok yüksektir. Doğumda bebek normal olmasına karşın ilk aylardan sonra psikomotor gerilik görülmeye başlanır (1).

Hafif FKÜ: Plazma Fenilalanin düzeyi 10-20 mg/dl'dir. Fenilalanin düzeyi 6-10 mg/dl arasında olan bebeklerin yakın izlemi gerekir (1).

FKÜ dışı Hiperfenilalaninemi (hafif hiperfenilalaninemi): Plazma fenilalanin düzeyi 6-10 mg/dl'nin altında olmasıdır. Fenotip normaldir (1).

BH4-yanıtlı hiperfenilalaninemi/FKÜ: Plazma fenilalanin düzeyi  $>360\mu\text{mol/L}$  olan hiperfenilalaninemi olgularının bir kısmında fenilalanin hidroksilaz enzimi Tetrabiopterin (BH4)'e yanıtlıdır (1).

## FKÜ ve Anne Sütü

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tüm çocukların 2 yaşına kadar anne sütü ile beslenmesini önermektedir (4). Fenilketonüri bebeklerin anne

sütü ile beslenmesi tavsiye edilmesine karşın konjenital metabolizma hastalığı olan bebeklerin anne sütü ile beslenmesine yönelik klinik deneyimleri içeren çalışmalar yetersizdir (5, 6).

FKÜ'lü bebeklerin anne sütüyle beslenmesinde birtakım zorluklar vardır. Bu bebekler için anne sütü ile beslenmeye yönelik evrensel bir yaklaşım yoktur ve fenilalanin içermeyen tıbbi formüle ile beslenme takviyesi gereklidir. Anneler, beslenme ve metabolizma kliniğindeki tavsiyeleri temel alarak üç yöntemden biriyle; anne sütü, formüle ve fenilalanin içermeyen tıbbi formüle ile bebeklerini besleyebilirler. Ancak bu beslenme biçimlerinde mutlaka fenilalanin içermeyen formüle kullanılması gerekir (7).

FKÜ'lü bebeklerde emzirme oranları düşüktür ancak anne sütünün sayısız faydalarından FKÜ'lü bebeklerin de yararlanması gerekir. Kan fenilalanin düzeylerine göre önerilen miktarda fenilalanin içermeyen formüle ile birlikte anne sütü alınabilir. Yapılan bir çalışmada anne sütü alan FKÜ'li yenidoğanlar, yalnızca fenilalanin içermeyen formül mama ile beslenen FKÜ'li yenidoğanlarla karşılaştırıldığında anne sütü alan FKÜ'lü bebeklerin IQ puanlarının 14 puan daha yüksek olduğu gösterilmektedir (8).

FKÜ'lü bebeklerin emzirme oranlarını belirlemek için Wright ve arkadaşlarının (2014) Amerika ve Kanada'da yaptığı çalışmaya 103 FKÜ bebeğe sahip anneden %86'sının teşhis konulmadan önce bebeğini emzirdiğini, %14'ünün hemen formüle ile beslendiğini; teşhis konulduktan sonra bu oranın düştüğünü ve emzirme süresinin bir aydan daha az olduğunu göstermiştir (9). Klasik ve hafif FKÜ'lü bebeklerin tedavi başlangıcında kandaki fenilalanin düzeyi günde yaklaşık 5-7 mg/dl düşme gösterdiğinde anne sütü ile beslenmeye 48 saat ara verilmelidir ancak anneye sütünün sağması konusunda bilgi verilmelidir. Kandaki fenilalanin düzeyi 10 mg/dl'nin altına düştüğünde fenilalanin içermeyen formüle ile birlikte anne sütüne devam edilir (1,10).

Anne sütü alan bebeklerin kandaki fenilalanin düzeylerinin sık ölçülmesi gerekmektedir (10). FKÜ'lü bebeklerde 2 yaşına kadar en az haftada bir kez, 2 yaşından sonra ayda iki kez kanda fenilalanin düzeyi izlenmelidir (1).

Anne sütünün düzenli olarak verilmesi ile fenilalanin konsantrasyonu önemli derecede azalmaktadır (2. Haftada: 2806 + 134  $\mu$ mol / L, 8 hafta sonra: 2173 + 87  $\mu$ mol / L). Klasik FKÜ'lü bebekler, Hafif FKÜ'lü bebeğe göre daha az anne sütü ile beslenmektedir (7).

FKÜ'lü bebeklerin anne sütü ile beslenmesi ile ilgili ilk çalışma 1981 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada; fenilalanin içermeyen formüla miktarı plazma fenilalanin düzeyine göre ayarlanarak, önce fenilalanin içermeyen formülanın bebeğe verilip ardından anne sütü ile beslenmesi sağlanmaktadır. Fenilalanin içermeyen formüla tokluk hissi vereceğinden, bebeğin anne sütü ile beslenmesi azalmakta ve sonucunda günlük alınan fenilalanin miktarı azalmakta ve bebek anne sütü ile beslenmeye devam edebilmektedir (11).

Motzfeldt arkadaşlarının (1999) Norveç'te 83 FKÜ'lü bebekle yaptıkları çalışmada 74 bebeğin 4 hafta ile 16 hafta arasında anne sütü aldığını, ortalama 14 günlük iken diyet tedavisine başladıklarını, gelişimlerinin ise normal sınırlar içinde olduğunu göstermiştir (12). Ülkemizde yapılan bir çalışma; anne sütü ile beslenen 86 FKÜ'lü bebeğin büyüme-gelişme, bilişsel gelişimlerinin normal, fenilalanin düzeylerinin istenilen referans aralıklarda olduğunu göstermiştir (13).

Mac Donald ve arkadaşlarının (2005) 15 ülke, 27 Metabolizma Kliniğinde, 623 FKÜ'lü bebeklerin anne sütü alma durumlarının izlendiği çalışmada 603 FKÜ'lü bebeğin (%90'nının) 16. haftaya kadar anne sütü ile beslendiğini ortaya koymuştur. Amino asit defekt bozukluğu olan hastalara göre FKÜ'lü bebeklerin anne sütü ile beslenmesinin yetersiz olduğunu bulmuştur (6).

Banta-Wright ve arkadaşlarının (2012) 1980-2005 yılları arasındaki FKÜ'lü bebeklerin yaşamın ilk yılında, anne sütü ya da formüla ile beslenen olsun, bebeklerin çoğunun, benzer ortalama fenilalanin düzeyine sahip ve kandaki fenilalanin düzeylerinin normal sınırlarda olduğunu bildirmiştir (14).

Clarke (2000) tarafından yapılan çalışmada klasik FKÜ'lü bebeklerde yaklaşık 20-40 gün anne sütü ile beslenmelerine karşın davranışsal gelişimleri üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu gösterilmiştir

(15). Anne sütü ile beslenen FKÜ'lü bebeklerde, mama ile beslenenlere göre belirgin olarak daha yüksek IQ puanı belirlenmiştir. Bu durumla ilgili olarak, anne sütünün diğer bebek mamalarına göre düşük fenilalanin içeriği, en iyi Fenilalanin/tirozin oranı, beyin ve işlevsel gelişim için önemli olan başta araşidonik ve dokozahekzanoik asit (DHA) olmak üzere uzun zincirli çoklu doymamış yağ asidi (LCPUFA) içeriğinin olması öne sürülmüştür (16).

Anne sütünün en iyi Fenilalanin/tirozin oranı, büyüme-beyin gelişimini olumlu etkileyen uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitleri (LCPUFA) ve düşük fenilalanin içeriği nedeni ile önerilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Anne sütü düşük proteinli bir besin olarak tanımlanmakta (0.9–1.0 gr protein/100ml, 50 mg Fenilalanin/100 ml ve 50 mg tirozin/100 ml), standart bebek maması ile karşılaştırıldığında 2-3 kat daha fazla protein içerdiği belirtilmektedir (8).

Anne sütünün fenilalanin içeriği inek sütüne göre daha düşüktür (17). Anne sütü ile beslenme anne-bebek etkileşimini sağlayarak bağlanmayı kolaylaştırır (18, 19). Aynı zamanda anne sütü immunoglobulin yönünden zengindir, demirin emilimi daha iyidir (1).

Van Rijn ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; anne sütü ile beslenen 9 bebeğe tanı konur konmaz anne sütü başlanmış, fenilalanin içermeyen formüla ile beslenen 9 bebeğe ise fenilalanin içermeyen mama ile birlikte yenidoğan devam maması verilmiştir. Anne sütü ile beslenme sayısı kandaki fenilalanin düzeyine göre belirlenmiştir. Her iki gruptaki bebeklerin doyumluk hissedinceye kadar beslenmelerine izin verilmiştir. Anne sütü alan bebeklerin ortalama fenilalanin düzeyi 170  $\mu$ mol/L, fenilalanin içermeyen formüla ile beslenen bebeklerde ise 181  $\mu$ mol/L olarak tespit edilmiştir. Bu çalışma FKÜ'lü bebeklerin anne sütü ile beslenmesinin kontrollü bir biçimde güvenilir olarak verilebileceğini göstermiştir (20) (Tablo 1).

**Tablo 1.** Anne sütü ve inek sütünün Fenilalanin içerikleri (mg/100 mL) (8)

Anne Sütü/İnek sütü	Fenilalanin Düzeyi (mg/100 ml)
Kolostrum (ilk beş gün)	70
Geçiş sütü (6-10 gün)	60-70
Olgun süt	48
İnek sütü	180

Anne sütünün; tedavide devam etmesinin FKÜ'lü bebeklerin metabolik kontrol ve büyümesi için önemli olduğu kanıtlanmıştır (21). FKÜ'lü bebeğe sahip anneler, sağlıklı bebeğe sahip anneler gibi başarılı bir biçimde bebeklerini emzirilebilirler (14). **Sonuç olarak;** FKÜ'lü bebeğe sahip annelerin bebeklerini onlar için hazırlanmış formülalar ile beslemelerinin yanında emzirmeleri de desteklenmelidir. FKÜ'lü bebeklerin annelerine metabolik ve beslenme bakımı sağlayan sağlık çalışanlarının, anne sütü ile beslenmenin sağladığı yararları göz önünde tutarak, güncel yaklaşımların takibi ile anne ve bu konuda sosyal destek sağlayan aile yakınlarına emzirmenin kontrollü bir biçimde devamlılığı ve faydaları anlatılmalıdır.

**İletişim:** Hamide Zengin

**E-posta:** hamideberze@gmail.com

### Kaynaklar

1. Demirkol M. Aminoasit Metabolizması Bozuklukları. İçinden Neyzi O, Ertuğrul T. (Eds.) Pediatri. 4. Baskı. Cilt 2, Nobel Matbaacılık, İstanbul. 2010; 787-791.
2. Törüner E. B, Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. Göktuğ Yayıncılık, Ankara. 2012; 917-922.
3. Scriver RC, Kaufman S. Hyperphenylalaninemia: Phenylalanine Hydroxylase deficiency. In: Scriver CR, Beaudet AL, Sly WS, Vale D (eds). The Metabolic and Molecular Bases of Inherited Disease (8th ed). New York: McGraw-Hill Inc., 2001; 1667-1724.
4. World Health Organization, Breastfeeding, Accessed: December 22, 2016 at <http://www.who.int/topics/breastfeeding/en/>
5. Huner G, Baykal T, Demir F, Demirkol M. Breast-feeding experience in inborn errors of metabolism other than phenylketonuria. *J Inherit Metab Dis* 2005; 28: 457-465.
6. MacDonald A, Depondt E, Evans S, Daly A, Hendriksz C, Chakrapani A, Saudubray AJM. Breast feeding in IMD. *J Inherit Metab Dis* 2006; 29:299-303.
7. Banta-Wright SA, Kodadek SM, Steiner RD, Houck GM. Challenges to Breastfeeding Infants With Phenylketonuria. *Journal of Pediatric Nursing* 2015; 30: 219-226.
8. Demirkol M, Gizewska M, Giovannini M, Walter J. Minireview. Follow up of phenylketonuria patients. *Mol Genet and Metab* 2011; 104:31-9.
9. Banta-Wright SA, Press N, Knafel KA, Steiner RD, Houck GM. Breastfeeding Infants with Phenylketonuria in the United States and Canada. *Breastfeeding Medicine* 2014; 9(3). DOI: 10.1089/bfm.2013.0092
10. Hendriksz C.J, Walter J.H. Update on phenylketonuria. *Current Pediatrics* 2004; 14, 400-6.
11. Francis DEM, Smith I. Breast-feeding regime for the treatment of infants with phenylketonuria. In: Bateman C, ed. *Applied Nutrition*. London: John Libbey 1981; 82-83.
12. Motzfeldt K, Lilje R, Nylander G. Breast-feeding in phenylketonuria. *Acta Paediatr* 1999; Suppl 88: 25-27.
13. Demirkol M, Huner G, Kuru N, Donmez S, Baykal T, Seckin Y. Feasibility of breast feeding in inborn errors of metabolism: experience in phenylketonuria. *Ann Nutr Metab* 2001; 45 (Supplement 1): 497-498.
14. Banta-Wright SA, Shelton KC, Lowe ND, Knafel KA, Houck GM. *Journal Of Pediatric Nursing* 2012; 27:4 319-327.
15. Clarke T R J. Hyperphenylalaninaemias. 'Inborn Metabolic Diseases' (Ed. J.Fernandes, J.M. Saudubray, G. Va den Berghe, 3rd edition), Verlag Berlin Heideckberg, Germany 2000; 169-184.
16. Giovannini M, Verduci E, Salvatici E, Fiori L. Phenylketonuria: Dietary and therapeutic challenges. *J Inherit Metab Dis* 30(2):145-52, 2007.
17. Köksal G, Gökmen H. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. Hatiboğlu Yayınları: 2000; 124.
18. Güleşen A, Yıldız D. Erken Postpartum dönemde anne bebek bağlanmasının kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. *TAF Preventive Bull* 2013; 12(2): 177-82.
19. Köse D, Çınar N, Altınkaynak S. Yenidoğanın Anne ve Baba İle Bağlanma Süreci. *Sted* 2013; 22(6): 239-45.
20. Van Rijn M, Bekhof J, Dijkstra T, Smit P, Moddermam P. A different approach to breast-feeding of the infant with phenylketonuria. *Eur J Pediatr* 2003; 162:323-6.
21. Viviane C. Kanufre, Ana L P Starling, Ennio Leão, Marcos J B Aguiar, Jacqueline S Santos, Rosângelis D L Soares, Adriana M. Silveira. Breastfeeding in the treatment of children with phenylketonuria. *J Pediatr (Rio J)* 2007;83(5):447-452.

# Pediatric Hastada Orofaringeal Embriyonel Rabdomyosarkom Botroid Tip: Nadir Bir Olgu Sunumu

Botryoid Type Oropharyngeal Embryonal Rhabdomyosarcoma in a Pediatric Patient:  
A Rare Case Report

Olgu Sunumu



Case Report

*Dr. Üstün Osma<sup>1</sup>, Dr. Ömer Tarık Selçuk<sup>2</sup>, Dr. Emine Handan Şimşek<sup>3</sup>, Dr. Levent Renda<sup>4</sup>,  
Dr. Hülya Eyigör<sup>2</sup>, Dr. Mustafa Deniz Yılmaz<sup>1</sup>, Dr. Dinç Süren<sup>5</sup>*

Geliş/Received : 10.04.2017

Kabul/Accepted : 17.08.2017

## Öz

Rabdomyosarkomlar, çocukluk çağındaki yumuşak doku sarkomlarının yarısını oluşturmaktadırlar. En sık baş-boyun bölgesini tutarlar. 8 yaşında kız hasta bir haftadır olan yutkunma güçlüğü ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayenede yumuşak damakta 3x3 cm boyutunda polipoid kitle lezyonu izlendi. Kitle total olarak eksize edildi. Histopatolojik inceleme sonucu botrioid tip embriyonel rabdomyosarkom olarak rapor edildi ve adjuvan tedavi amacıyla radyasyon onkolojisi ve pediatrik onkoloji bölümlerine sevk edildi.

**Anahtar sözcükler:** Rabdomyosarkom, çocukluk çağı, baş-boyun bölgesi

## Abstract

Rhabdomyosarcoma is generally considered to be a disease of childhood and it accounts for approximately 50% of soft tissue sarcomas. It is primarily found in the head and neck region. An 8-year-old female presented at our clinic with the complaint of dysphagia. A polypoid mass arising from the soft palate was surgically treated. Histopathological examination of the specimen was botryoid embryonal rhabdomyosarcoma. The patient was referred to the radiation oncology and pediatric oncology departments for adjuvant therapy.

**Key words:** Rhabdomyosarcoma, Childhood, Head and neck

*1 Prof.; Antalya Eğitim ve Araş. Hast. KBB-BBC Kliniği, Antalya*

*2 Doç.; Antalya Eğitim ve Araş. Hast. KBB-BBC Kliniği, Antalya*

*3 Asistan, Antalya Eğitim ve Araş. Hast. Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, Antalya*

*4 Op.; Antalya Eğitim ve Araş. Hast. KBB-BBC Kliniği, Antalya*

*5 Doç.; Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Patoloji Kliniği, Antalya*



## Giriş

Rabdomyosarkom (RMS), çocukluk çağındaki yumuşak doku sarkomlarının yaklaşık %50 sini oluşturmaktadır (1). RMS en sık baş boyun bölgesini tutar. Baş boyun bölgesinde çocukluk çağında görülme oranı %35-40 arasındadır. Bunu genitoüriner sistem (%23) ve ekstremiteler (%17) takip eder. Baş boyun bölgesinde en sık yerleşim yeri %31 oranı ile orbitadır. Daha sonra oral kavite ve orofarenks gelmektedir. Oral kavitede sıklıkla dil, damak, çene tutulumu görülür (2). Uvula tutulumu nadirdir. RMS' nin üç histopatolojik alt tipi vardır; embriyonel, alveoler ve pleomorfik. En sık embriyonel RMS görülmektedir. Yutkunma güçlüğü yakınması ile polikliniğimize başvuran ve orofarengeal botyroid tip embriyonel RMS tanısı alan sekiz yaşındaki kız hasta klinik, radyolojik ve histopatolojik bulguları ile sunulmuştur.

## Olgu Sunumu

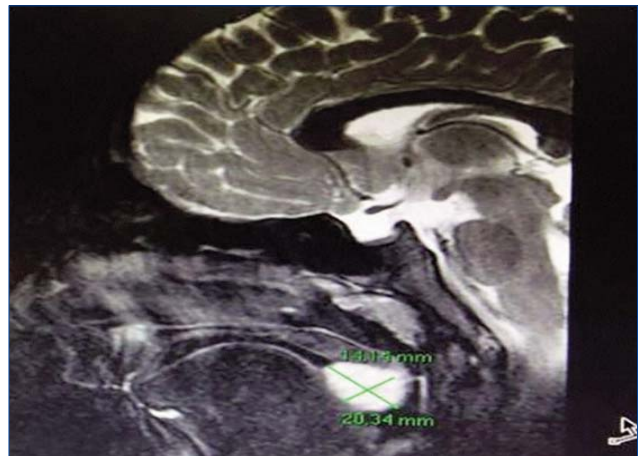
Sekiz yaşında kız hasta kliniğimize bir haftadır olan yutkunma güçlüğü yakınması ile başvurdu. Fizik incelemede yumuşak damakta, uvulanın sol tarafında yer alan, geniş saplı yaklaşık 3X3 cm boyutlarında polipoid kitle lezyonu izlendi (Resim 1). Hastanın çekilen boyun manyetik rezonans görüntülemesinde yumuşak damak düzeyinde 22X15X15 mm boyutlarında T2 ağırlıklı sekanslarda hafif hiperintens, T1 sekanslarda

izointens vasıfta kontrast tutulumu olan lobüle konturlu, düzgün sınırlı, solid vasıfta kitlesel lezyon izlendi (Resim 2). Genel anestezi altında, kitle geniş sapının çevresinde cerrahi sınırı bırakılarak, total olarak eksize edildi (Resim 3). Postoperatif yapılan immunohistokimyasal çalışmada, tümör hücrelerinde miyogenin ile yaygın nükleer ekspresyon, vimentin ile zayıf pozitiflik izlenen ve botyroid tip embriyonel RMS tanısı konulan hasta kemoradyoterapi amacıyla pediatrik onkoloji ve radyasyon onkolojisine yönlendirildi.

RMS, primitif mezenkim hücrelerinden köken alan malign yumuşak doku tümörüdür (3). Çocukluk çağı yumuşak doku sarkomlarının yaklaşık %60'ını oluşturur (1). Bütün RMS lerin %70'i on iki yaş altında ortaya çıkmaktadır. Beş yaş altında tanı alanlar ise bunların %43'ünü oluşturur. RMS'nin görülme insidansı iki dönemde pik yapar. İlk pik iki-beş yaş arası, ikinci pik 15-19 yaş arasında gözlenir (4). Cinsiyetler arasında insidans açısından anlamlı fark izlenmemiştir. Bizim hastamız sekiz yaşında kız hasta idi. RMS, tutulum yerine göre farklı klinik bulgularla prezente olur. Orbita tutulumunda kemozis-proptozis, parameningeal tutulumda kranial sinir felci-meningeal belirtiler, nazofarenks tutulumunda ses değişikliği-hava yolu obstruksiyonu, paranazal tutulumda



Resim 1. Yumuşak damakta, uvulanın sol tarafında yaklaşık 3x3 cm boyutlarında polipoid kitle lezyonu izlenmekte



Resim 2. MRG'de yumuşak damak düzeyinde kontrast tutulumu olan lobüle konturlu, düzgün sınırlı, solid vasıfta kitlesel lezyon izlenmekte



Resim 3. Postoperatif spesmen

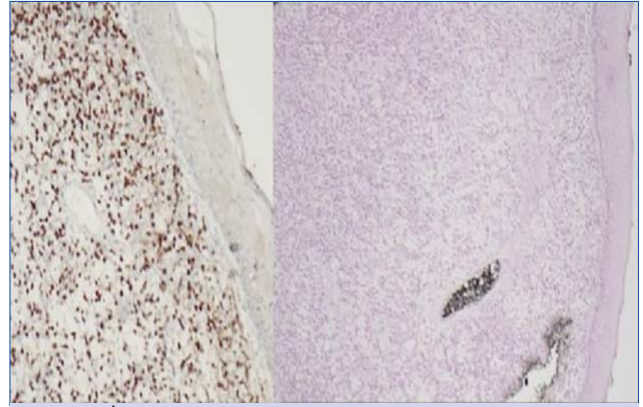
burun akıntısı-epistaksis gibi bulgular ön planda izlenir. Bizim olgumuzda uvula tutulumu olan hasta, polikliniğimize disfaji yakınması ile başvurmuştu.

### Tartışma

RMS'nin pleomorfik, alveoler ve embriyonel olmak üzere üç histopatolojik subtipi vardır. Pleomorfik tip çocuklarda çok ender (% 1) görülür. Alveoler tip (% 15) daha çok ekstremite ve gövdede izlenir, prognozu en kötü olan tiptir. Embriyonel tip en sık (% 60) görülen tiptir. Genitoüriner sistem, baş-boyun bölgesi ve retroperitoneal bölgeyi tutar. Botyroid tip, embriyonel tip RMS'nin bir alt tipidir. Sıklıkla vajen, uterus, mesane, nazofarenks gibi içi boş yapılarda üzüm salkımı şeklinde uzanır. Olgumuzda uvulada botyroid tip embriyonel RMS gözlenmiştir.

RMS'nin radyolojik tanısında Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRG) ya da Bilgisayarlı Tomografi (BT) kullanılabilir. Yumuşak dokudaki üstünlüğünden dolayı hastamızda MRG'yi tercih ettik.

RMS'nin prognozu, klinik evreleme, tutulum yeri, histolojisi ve görülme yaşına göre belirlenir. Temel olarak RMS prognozu üç grupta sınıflandırılır (5). İyi prognozlu olanlar botyroid ve spindle tip, orta prognozlu olan embriyonel tip, kötü prognozlu olanlar



Resim 4. İmmuno histo kimyasal incelemede, tümör hücrelerinde myogenin ile yaygın nükleer ekspresyon, vimentin ile zayıf fokal pozitiflik, CD56 ile yaygın pozitiflik izlenmektedir

alveoler ve undifferansiye tiplerdir. Bizim olgumuzda botyroid tip embriyonel RMS izlenmiş olup iyi prognaza sahiptir. RMS tedavisi cerrahi ve ek olarak kemoradyoterapiyi içerir. Hastamız, kitlenin total eksizyonu sonrasında pediatrik onkoloji ve radyasyon onkolojisinde yönlendirildi. Sonuç olarak, botyroid tip embriyonel RMS çok nadir görülmesine karşın, çocukluk çağında orofarengeal kitlelerin ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

İletişim: Dr. Ömer Tarık Selçuk

E-posta: omertarikselcuk@yahoo.com

### Kaynaklar

1. Hicks J, Flaitz C, Rhabdomyosarcoma of the head and neck in children 2002;38:450-459.
2. Chigurupati R, Alfatooni A, Myall RW, Hawkins D, Oda D, Orofacial rhabdomyosarcoma in neonates and young children: A review of literature and management of four cases. Oral oncol 2002;38:508-515.
3. Franca CM, Caran EM, Alves MT, Barreto AD, Lopes NN, Rhabdomyosarcoma of the oral tissues: two new cases and literature review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:E136-140
4. Anderson JG, Tom LW, Womer RB, Handler SD, Wetmore RF, Postic WP, Rhabdomyosarcoma of the head and neck children. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1990;116(4):428-431.
5. Al-Khateeb T, Bateineh AB, Rhabdomyosarcoma of the oral and maxillofacial in Jordanians: A retrospective analysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002;93:580-585.



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 işlenme 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](http://www.ulakbim.gov.tr)). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye alınamayacaktır.

#### 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](mailto: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>