



# GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ



CİLT : 1 / SAYI : 3

ISSN 2146 - 9954

2012

## GÜMÜŞHANE UNIVERSITY JOURNAL OF HEALTH SCIENCES



SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Bağlarbaşı Mah. 29100 / GÜMÜŞHANE

Tel : 0456 233 7425 - 248 Fax: 0 456 233 7604

sbd@gumushane.edu.tr

## İÇİNDEKİLER

<b>Bireylerin Eysel Katı Atık Yönetimine İlişkin Bilgi Ve Davranışları</b>	<b>127</b>
Birsel Canan DEMİRBAĞ, Zeynep GÜNGÖRMÜŞ	
<b>Romatoid Artritli Bir Vakanın Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı</b>	<b>138</b>
Ayşe ÖZKARAMAN , Serap ÖZER, Güler BALCI ALPASLAN	
<b>Hematolojik Kanserli Hastaların Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları</b>	<b>153</b>
Sevilay HİNTİSTAN, Dilek ÇİLİNGİR, Nesrin NURAL, Ayla AKKAŞ GÜRSOY	
<b>Üniversite Öğrencilerinin Genel Sağlık Ölçümlerinin Değişim Aşamalarına Göre Değerlendirilmesi</b>	<b>165</b>
Zeynep GÜNGÖRMÜŞ , Elanur YILMAZ KARABULUTLU	
<b>Sigara İçen Üniversite Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özellikleri</b>	<b>179</b>
Birsel Canan DEMİRBAĞ, Sevgi TAVACI	
<b>Akademik Personelde Eleştirel Düşünme Eğiliminin İncelenmesi</b>	<b>189</b>
Yalçın KANBAY, Elif IŞIK ,Özgür ASLAN ,Handan ÖZDEMİR	
<b>Lenf Nodu Diseksiyonunu Takiben Gelişen İzole Trapez Kasın Etkilendiği Spinal Aksesuar Sinir Yaralanması: Olgu Sunumu</b>	<b>202</b>
Merih ÖZGEN, Gülşah ÖĞÜTLER ÖZKARA, Onur ARMAĞAN	



**Sahibi (Owner)**

Prof. Dr. İhsan GÜNAYDIN

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü  
(Editorial Manager)**

Yrd.Doç.Dr.Turgut ŞAHİNÖZ

**Editörler (Editors)**

Yrd.Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ  
Yrd.Doç.Dr. Sevil CENGİZ

**Dergi Sekreteryası**

Öğr. Gör. Nurgül TERCANLI  
Öğr.Gör.Gülşah DENİZ YILDIZ  
Arş.Gör. Vildan APAYDIN  
Öğr.Gör.Vildan DEMİR  
Öğr.Gör. Nesibe BURNAZ  
Öğr.Gör.Meltem DEMİR

**Teknik Kurul**

Bil. Müh. Bayram KARAKUŞ  
Grafiker Ayşe YALÇINKAYA  
Öğr. Gör. Sinan ÇAKMAK

**İletişim Adresi**

Sağlık Bilimleri Dergisi  
Gümüşhane Üniversitesi  
Sağlık Yüksekokulu  
Bağlarbaşı Mah.  
29100 / GÜMÜŞHANE  
Tel: 0 456 233 76 37  
Fax: 0 456 233 76 04  
sbd@gumushane.edu.tr  
http://sbd.gumushane.edu.tr

**Yayın Türü:**

Yılda dört kez yayınlanan hakemli,  
sürelili yayın

Dergimize Makale Göndermek  
İçin:

[sbd@gumushane.edu.tr](mailto:sbd@gumushane.edu.tr)

**EDİTÖRDEN...**

Merhaba Bilim Sevdalıları,

Bir iki derken dergimizin üçüncü sayısına da ulaştık. Bu yola çıktığımızda eksikliklerimiz olabileceğini biliyorduk. Bu zamana kadar bize her konuda yardımcı ve destek olan , "ne zaman hata yapsak ,takılsak , bize yardımcı olan" danışman hakemlerimizin desteğini yanımızda hissettik. Aralarında Prof. Dr. Lügen CENGİZ hocamızda vardı. Kendisi bize "her ne olursa olsun, ne zaman olursa olsun ulaşabileceğimizi ve her türlü yardıma hazır olduğumu" söylemişti? Bu konuşmadan sadece 4 ay sonra kendisini kanserden kaybettik.

Hastalığını biliyordu ama O bir BİLİM SEVDALISI idi. Nedir bilim sevdalısı? İnsanoğlu 3-4 yaşında iken "Bu Nedir, Neden?" diye sormaya başlar. Bir süre devam eden bu devre öğrenme ve kabullenme ile sona erer. Bilim sevdalılarında bu evre hiç bitmez. Yeni bir bilgi yeni "Neden"lere sebep olur. Tutar bir uçundan bilginin ilerler, sonra bakar kendisi gibi insanlar var. Bu insanlarla bilgileri paylaştıkça bu yol daha hızla ilerleniyor, yardım eder, hem kendine, hem onlara, hem de bu bilgilerle gittikçe aydınlanan insanoğluna... Bilir ki bilim bir DERYADIR. Bilim sevdalıları onun tuttuğu yolda ilerler. Daima danışman hakem Lügen Hocamıza ve diğer bilim sevdalılarına sonsuz TEŞEKKÜRLER!..

Sizlerden gelen bilgi ve araştırmaları paylaşmaya devam ediyoruz. Bu sayıda; beş orijinal araştırma makalesi, bir derleme ve bir olgu sunumu yer almaktadır. Birinci araştırmamız Birsal Canan DEMİRBAĞ ve arkadaşlarının yapmış olduğu "Bireylerin Evsal Katı Atık Yönetimine İlişkin Bilgi Ve Davranışları" adlı araştırmadır. Bu araştırmayı Ayşe ÖZKARAMAN'ın yapmış olduğu "Romatoid Artritli Bir Vakanın Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modelinin Kullanımı" adlı derleme izlemektedir. Üçüncü araştırmamız ise Sevilay HİNTİSTAN ve arkadaşlarının yapmış oldukları "Hematolojik Kanseri Hastaların Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları" adlı araştırmadır. Bu araştırmayı Zeynep GÜNGÖRMÜŞ ve arkadaşlarının yapmış oldukları "Üniversite Öğrencilerinin Genel Sağlık Ölçümlerinin Değişim Aşamalarına Göre Değerlendirilmesi " adlı araştırma takip etmektedir. Beşinci araştırmamız Birsal Canan DEMİRBAĞ ve arkadaşlarının yapmış oldukları "Sigara İçen Üniversite Öğrencilerinin Sosyo-Demografik Özellikleri" adlı araştırmadır. Bu araştırmayı Yalçın KANBAY ve arkadaşlarının yapmış oldukları "Akademik Personelde Eleştirel Düşünme Eğiliminin İncelenmesi " adlı araştırma izlemektedir. Yedinci ve son makalemiz ise Merih ÖZGEN ve arkadaşlarının yapmış oldukları "Lenf Nodu Diseksiyonunu Takiben Gelişen İzole Trapez Kasını Etkilediği Spinal Aksesuar Sinir Yaralanması" adlı olgu sunumudur.

Dergimizin dördüncü sayısında buluşmak üzere hepinize sağlıklı ve mutlu günler dileriz.

Yrd. Doç. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Yrd. Doç. Dr. Sevil CENGİZ



## DERGİMİZ HAKKINDA

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi ; Temel Tıp Bilimleri , Cerrahi Tıp Bilimleri, Dahili Tıp Bilimleri , Hemşirelik, Beslenme ve Diyetetik , Sağlık Yönetimi , Ebelik, Çocuk Gelişimi, İlk ve Acil Yardım (Paramedik) ,Tıbbi Laboratuvar, Sporcu Sağlığı, Acil Yardım ve Afet Yönetimi, Sosyal Hizmetler, Diş Hekimliği ve Veterinerlik gibi bütün sağlık alanlarındaki bilimsel yazıları yayımlayan hakemli bir dergidir. Dergide önceden yayımlanmış, yayımlanmak üzere kabul edilmiş ve yayımlanmak için değerlendirilmekte olan yazılar değerlendirmeye alınmaz. Yayımlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazar(lara) aittir. Yazardan düzeltme istenilmesi durumunda, düzeltmenin en geç 1 ay içinde yapılarak Sağlık Bilimleri Dergisi sekreterliğine ulaştırılması gerekmektedir. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi'nde aşağıda belirtilen özellikleri taşıyan yazılar yayımlanabilir:

**Derleme:** Belli bir konuda yakın zamana kadar yapılmış bilimsel çalışmaların kapsamlı derlemesi.

**Araştırma Makalesi:** Özgün araştırmaları tanıtan ve sonuçlarını sunan bilimsel formatta yazılmış makale.

**Teorik ve Kuramsal Makaleler:** İlgili bilim dalına katkı yapacak teorik düzlemde hazırlanmış makale

## Kitap Tanıtımı

## YAZIM KURALLARI

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri e-dergisi yılda dört kez (Ocak, Nisan, Temmuz ve Ekim) yayınlanan hakemli bir dergidir. Dergide ; klinik ve deneysel çalışmalar , ilginç olgu bildirimleri, editör tarafından davet edilmiş derlemeler, ve editöre mektuplar yayınlanır.

Dergimizde yayınlanması arzu edilen çalışmaların aşağıda belirtilen yazım kurallarına ve diğer koşullara uygun bir şekilde hazırlanarak dergimiz e-posta adresine ([sbd@gumushane.edu.tr](mailto:sbd@gumushane.edu.tr)) gönderilmesi gerekmektedir. Yayımlanmak üzere dergimize gönderilen çalışmaların tüm sorumlulukları yazarlara aittir.

Dergi kurallarına uygunluğuna karar verilen yazılar Hakem Danışma Kurulundan konu ile ilgili en az iki hakeme gönderilir ve bu üyelerden yayına uygun olup olmadığı konusunda görüşleri alınır. Bu incelemeden geçen yazılar, Yayın Kurulu tarafından tekrar değerlendirilir ve basılacağı yer ve sayı kararlaştırılır. Danışma ve Yayın Kurulları, düzeltme, kontrol ve dizgi aşamasında yayıncı, yazılarda düzeltme yapmak, biçiminde değişiklikler istemek ve yazarları bilgilendirerek kısaltma yapmak yetkisine sahiptir.

Yazarlardan istenen değişiklik ve düzeltmeler için verilen süre en fazla 1 aydır ve düzeltmeler yapıldıktan sonra, söz konusu yazılar yayın programına alınmaz.

Yazım kuralları ile ilgili gerekli görülen düzeltmeler editör ya da hakemler tarafından yapılabilir. Düzeltme için geri gönderilen yazılarda, hakemlerin ve editörün istemleri dışında değişiklikler yapılamaz. Dergide yayınlanan yazılar için yazarlara bir ücret ödenmez. Yayımlanmak üzere dergiye sunulan yazılar yayımlansın yayımlanmasın geri gönderilmez. Ancak düzeltme istenen yazılar düzeltmenin yapılmasını sağlamak amacıyla geri gönderilebilir.

## MAKALE YAZIM KURALLARI

1. Yayımlanmak üzere dergiye gönderilen yazılar daha önce yayımlanmamış yada yayımlanmak üzere başka bir yere gönderilmemiş olmalıdır. Söz konusu araştırma bilimsel bir toplantıda bildiri (sözlü ya da poster) olarak sunulmuşsa yazının başlık sayfasının altında tarihi ve yeri ile birlikte dipnot şeklinde belirtilmelidir.

2. Dergimizde Türkçe, İngilizce ve Almanca dillerinden herhangi biri ile yazılmış yazılar yayınlanır. Yazılar MS Word 2003 veya üzeri sürümlerde, A4 kağıdı boyutunda, "Times New Roman" yazı stili, 12 punto ve 1.5 satır aralığı ile yazılmalıdır. Paragraflarda ilk satır girintisi 1 cm olmalıdır. Paragraf geçişlerinde satır atlanmamalıdır. Yazılarda geçen kısaltmalar yazı içinde ilk kullanımlarında açık olarak yazılmalı ve hemen yanında parantez içinde kısaltılmış şekil verilmelidir.

3. Yazılarda Türkçe ve İngilizce özet verilmelidir. Özetler 10 punto ile yazılmış ve 250 kelimeyi aşmayacak şekilde olmalıdır. "ÖZET" başlığı (10 punto) ortalanarak "kalın" yazılmalıdır. Özette denklem, atıf, standart dışı kısaltmalar yer almamalıdır. Özetlerden sonra çalışmanın alanını tanımlayabilecek en az üç, en fazla beş adet "anahtar kelime" (keywords) bulunmalıdır. Anahtar kelimeler (Index Medicus: Medical Subject Headings ve Türkiye Bilim Terimleri sözlüğü ile uyumlu olmalıdır. Index Medicus MeSH dağarcığına uygun anahtar sözcükler dizgi aşamasında dergimiz tarafından da eklenmektedir. Olgu sunumlarının özetleri kısa ve tek paragraflık olmalıdır. Olgu sunumu özetleri ağırlıklı olarak mutlaka olgu

hakkındaki bilgileri içermelidir.

4. Yazılar, Giriş bölümü ile ikinci sayfadan başlamalı ve uygun bölümlere ayrılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

5. Araştırma yazıları TÜRKÇE ÖZET, İNGİLİZCE ÖZET, GİRİŞ, MATERYAL ve METOT, BULGULAR ve TARTIŞMA, SONUÇ ve ÖNERİLER (Tartışma içinde yer alabilir) ve KAYNAKÇA bölümlerinden oluşmalıdır. Başlıklarına numara verilmemeli ve paragraf ile hizalı bir şekilde tamamen büyük harflerle



**kalın** yazılmalıdır. Başlık sayfası dışında yazının hiçbir bölümünün ayrı sayfalarda başlatılması zorunluluğu yoktur. Başlıklardan önce bir satır boşluk bırakılmalıdır.

6. Yazıların ana başlığı ortada olacak şekilde, büyük harflerle “**kalın**” ve 12 punto ile yazılmalıdır. Yazarın adı başlığın sağ alt kenarına konulmalı; yazar birden fazla ise adları yan yana yazılmalıdır. Unvan kullanılmaksızın önce isim, sonra büyük harflerle soy isim yazılmalıdır. Yazarların akademik ünvanı, bağlı olduğu kurumu ve e-posta adresi dipnot şeklinde ilk sayfada yer almalıdır. İlk sayfada ayrıca, dipnot olarak aynı yazı karakterinde ve 10 punto ile çalışmayı destekleyen kuruluşlar ve diğer gerekli bilgiler belirtilmelidir.

7. Yazı, çizim veya grafiklerin yazım alanı içinde olmalarına dikkat edilmelidir. Yazılarda sayfa kenar boşlukları ; üst, alt, sağ 3 cm, sol 2 cm, üstbilgi ve altbilgi 2 cm olmalıdır.

8. Yazılar, şekil ve tablolar dahil 25 sayfayı geçmemelidir.

9. Yazılardaki resim, şekil ve grafikler "Şekil" adı altında gösterilmeli; şekil ve grafikler bilgisayar ortamında çizilmelidir. Tablo, şekil ve denklemlere sıra numarası verilmeli, başlıklar tabloların üzerine, şekillerin ise altına her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde ve ortalanarak “kalın” karakterler ile yazılmalıdır. Ayrıca tablo ve şekillere ait kaynaklar hemen altına 8 punto ile verilmelidir. Tablolar her sayfaya bir tablo olacak şekilde yerleştirilmelidir. Yazılardaki tablolar dikey çiziyi içermemeli ve tablolar word programındaki tablo menüsünden yararlanılarak yapılmalı ve tablo sayısı 5’i geçmemelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda belirtilmelidir. Net baskı elde edilebilmesi için, şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), dergiye ayrıca iletilmesi gerekmektedir. Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir. Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.

10. Yazıda yer alan birinci derece başlıklar (I,II, III gibi) Romen rakamlarıyla sınıflandırılmalı, tamamen büyük koyu harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. İkinci derece başlıklar (A,B,C gibi) büyük harflerle sınıflandırılmalıdır. Bu başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde kalın harflerle ve paragraf ile hizalı bir şekilde yazılmalıdır. Üçüncü derece başlıklar (1, 2, 3 gibi) rakamlarla sınıflandırılmalıdır. Bu

tür başlıklar her sözcüğün ilk harfi büyük olacak şekilde, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır. Dördüncü derece başlıklar ise (a, b, c gibi) küçük harflerle sınıflandırılmalıdır. Dördüncü derece alt başlıklar küçük harflerle, kalın ve paragraf ile hizalı yazılmalıdır.

#### 11. Kaynaklar

Yazarlar yalnızca doğrudan yararlandıkları kaynakları yazılarında gösterebilirler. Dergimiz, başka çalışmalarda bildirilen kaynakların aktarma şeklinde kullanılmasını kesinlikle uygun görmez. Bir kaynağın aslından yararlanılmamış olduğu düşünüldüğünde, yazarından söz konusu kaynak ya da kaynakların ilk sayfalarının fotokopilerini göndermesi istenir. Yazarlar tarafından doğrulanmayan kaynaklar dizgi aşamasında yazıdan ayıklanmaktadır.

Kaynaklar bölümünde, yayınlanmamış ve sayfa numaralarıyla verilemeyecek kaynak (yayınlanmamış kongre, sempozyum, toplantı, vb. belgeleri) kullanılamaz.

Kaynaklar yazıda kullanılış sırasına göre sıralanmalıdır. Noktalamalara birden çok yazarlı bir çalışmayı tek yazar adıyla kısaltmamaya ve kaynak sayfalarının başlangıç ve bitimlerinin belirtilmesine dikkat edilmelidir. Kullanılacak kısaltmalar Index Medicus'a uygun olmalıdır. Yazar sayısı altıdan fazla ise “ve ark. ya da et al” şeklinde kısaltılabilir.

#### Aşağıda kaynak gösterim örnekleri sunulmuştur: Makale:

1. Şahinöz T, Şahinöz S ve ark. Yurttan kalan üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 23 (4): 159-166.

#### Kongre Bildirileri:

2. Şahinöz S, Şahinöz T, Çolak A, Cengiz S. Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Zararlı Alışkanlıkları. 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi; 4-7 Ekim 2011, Trabzon. 2011. p 374

#### Kitap:

3. Şahinöz S (ed.), Şahinöz T (ed.), Eker H.H, Kıvanç A, Bodur A.F, Çolak, A. Hasta Bakımı: Sürdürülebilir Kalkınma İçin Kadın Girişimcilik ve Eğitim Merkezi Eğitim Kitabı. 1. Baskı. ISBN: 978-605-87853-0-4 Gümüşhane - 2011. ss: 4-7

#### Tezler:

4. ŞAHİNÖZ T. Uzmanlık Tezi; “Kayseri’de 1985 – 1998 Yılları Arasında Sağlık Durumu ve Demografik Göstergelerdeki Değişim” Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Yusuf Öztürk. Kayseri – 1999.



*Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*  
**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**

Kaynaklara yapılan atıflar, dipnotlar yerine metnin içinde parantez içinde yazıda kullanım sırasına göre rakamlarla yapılmalıdır. Yapılacak atıf bir internet sitesinden alınmışsa ve atfın yazarı belli değil ise, parantez içerisindeki ifadeler şu şekilde sıralanmalıdır; internet sitesinin kurumu, erişim yılı.

.....(www.die.gov.tr, 2007) : internet adresine atıf

.....(Devlet Planlama Teşkilatı, 2005) : kuruma atıf

Yukarıdaki atıf gösterimleri metin dili Türkçe olan makaleler içindir.Yabancı dilde yazılan makalelerdeki atıflarda kullanılan bağlaçlar, metin dili ile uyumlu olmalıdır. Kaynağa yapılan atıf dışında, yapılacak açıklamalar, "Notlar" başlığı altında yazının sonunda ayrı bir sayfada verilmelidir. Kaynakçada yer alan eserler kitap, makale vb. şekilde sınıflandırılmamalıdır.

Yukarıdaki gösterimler metin dili Türkçe olan kaynaklar içindir.Yabancı dilde yayınlanacak çalışmalarda bağlaçlar ve kısaltmalar metin dili ile uyumlu olmalıdır. Örneğin, metin dili İngilizce olan bir çalışmada 've' bağlacı yerine 'and', 'ss.' kısaltması yerine 'pp.'kullanılmalıdır.

## 12. Etik

İnsanlar üzerinde yapılan deneysel çalışmaların sonuçlarını bildiren yazılarda, bu çalışmanın yapıldığı gönüllü ya da hastalara uygulanacak prosedürlerin) özelliği tümüyle anlatıldıktan sonra, kendilerinin bilgilendirilip onaylarının alındığını gösterir bir cümle bulunmalıdır. Yazarlar, bu tür bir çalışma söz konusu olduğunda, uluslararası alanda kabul edilen kılavuzlara ve TC. Sağlık Bakanlığı tarafından getirilen ve 29 Ocak 1993 tarih ve 21480 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan "İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik" ve daha sonra yayınlanan diğer yönetmelik ve yazılarda belirtilen hükümlere uyulduğunu belirtmeli ve ilgili Etik Kuruldan aldıkları onayı göndermelidir.

Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar için de gereken izin alınmalı; yazıda deneklere ağrı, acı ve rahatsızlık verilmemesi için neler yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir.Hasta kimliğini tanıttak fotoğraf kullanıldığında, hastanın yazılı onayı alınmalı ve hastanın gözleri bantla kapalı olmalıdır.

**Yukarıdaki formata uygun olmayan çalışmalar içerik açısından değerlendirilmeye alınmayacak ve editör tarafından yazara iade edilecektir.**

<b>İletişim</b>	<b>Sağlık Bilimleri Dergisi</b>
<b>Adres</b>	<b>Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane</b>
<b>Tel</b>	<b>0 456 233 76 37 0 456 233 74 25 - 248</b>
<b>Faks</b>	<b>0 456 233 76 04</b>
<b>e-posta</b>	<b>sbd@gumushane.edu.tr</b>



BİLİMSEL DANIŞMA KURULU / SCIENTIFIC ADVISORY BOARD

Abdülğani TATAR Atatürk Üniversitesi  
Adem KUŞGÖZ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Ahmet EROĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Ahmet KALAYCIOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Ahmet KARAGÜZEL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Ahmet MENTEŞE Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Ahmet TIRYAKI Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Ali Fuat BODUR Gümüşhane Üniversitesi  
Ali GÜNDOĞDU Gümüşhane Üniversitesi  
Aliye ÖZENOĞLU 19 Mayıs Üniversitesi  
Asım ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Aydın KIVANÇ Gümüşhane Üniversitesi  
Ayhan KANAT Rize Üniversitesi  
Aynur BÜTÜN AYHAN Ankara Üniversitesi  
Aysel KÖKSAL AKSOY Ankara Üniversitesi  
Ayşe METİN Ankara Çocuk Sağ.ve Has.  
Ayşe ÇOLAK Gümüşhane Üniversitesi  
Ayşe OKANLI Atatürk Üniversitesi  
Ayşe Özfer ÖZÇELİK Ankara Üniversitesi  
Ayşegül İŞLER Akdeniz Üniversitesi  
Ayşenur ÖKTEN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Bayram KAYMAK Hacattepe Üniversitesi  
Bayram ŞAHİNÖZ Hacattepe Üniversitesi  
Belgin YILDIRIM Adnan Menderes Ü.  
Birgül KURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Bora CENGİZ Bahçeçi Sağlık Grubu  
Cemalettin BALTACI Gümüşhane Üniversitesi  
Cemil ŞAHİN Gümüşhane Üniversitesi  
Cihan ÖREM Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Çetin AKAR Hacattepe Üniversitesi  
Dilek ÇİLİNGİR Karadeniz Teknik Üniversitesi  
E.Edip KEHA Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Engin YENİLMEZ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Erdem DUMAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Erhan ÇAPKIN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Ersan ODACI Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Ersan KALAY Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Esra ERCAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Ethem ALHAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Evrin AKTEPE Süleyman Demirel Üniversitesi  
Evrin ÖZKORUMAK Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Fahri UÇAR Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Fatma TAŞ ARSLAN Selçuk Üniversitesi  
Fehmi Volan AKYÖN 18 Mart Üniversitesi  
Ferdî BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi  
Fevziye ÇETİNKAYA Erciyes Üniversitesi  
Feyyaz ÖZDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Figen ÇELEP Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Gamze ÇAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Gökhan YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Gökşin ŞENGÜL Atatürk Üniversitesi  
Gülşay YEĞİNOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Gülhan ERDEM 18 Mart Üniversitesi  
Gülgün ERSOY Hacattepe Üniversitesi  
Gürdal YILMAZ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Halil KAVGACI Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Haluk DUMAN Aksaray Üniversitesi  
Handan GÜLER Cumhuriyet Üniversitesi  
Hasan EFE Rize Üniversitesi  
Hasan Hüseyin EKER Gümüşhane Üniversitesi  
Havva ÖZTÜRK Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Hayri AYDOĞAN Gümüşhane Üniversitesi  
Hayriye ÜNLÜ Başkent Üniversitesi

Huri İLYASOĞLU Gümüşhane Üniversitesi  
Hüseyin DAŞ Gümüşhane Üniversitesi  
İbrahim TURAN Gümüşhane Üniversitesi  
İbrahim YILDIRAN Gazi Üniversitesi  
İclal ÇAKICI Yeditepe Üniversitesi  
İhsan KALYONCU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
İmdat AYGÜL Gümüşhane Üniversitesi  
İrfan NUHOĞLU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
İsmet DURMUŞ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Kaan KILINÇ Gümüşhane Üniversitesi  
Lale TAŞKIN Hacattepe Üniversitesi  
Levent TÜMKAYA Rize Üniversitesi  
Lügen CENGİZ Ankara Üniversitesi  
Mehmet GÜNAY Gazi Üniversitesi  
Meltem UÇAR Gümüşhane Üniversitesi  
Merih KUTLU Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Mevlit İKBAL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Mine BEKAR Cumhuriyet Üniversitesi  
Mine EKİNCİ Atatürk Üniversitesi  
Mualla AYKUT Erciyes Üniversitesi  
Muhammed KIZILTUNÇ Gümüşhane Üniversitesi  
Murat KARKUCAK Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Murat S. KESİM Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Musa ÖZATA Selçuk Üniversitesi  
Musa KARAALP Gümüşhane Üniversitesi  
Mustafa ÖNCEL Gümüşhane Üniversitesi  
Nazan KARAHAN Karabük Üniversitesi  
Nazlı Hacıoğlu Atatürk Üniversitesi  
Nesrin ERCİYES Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Nesrin NURAL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Neşe KAKLIKAYA Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Nezihe GÖKHAN Gümüşhane Üniversitesi  
Nurcan YABANCI Ankara Üniversitesi  
Orhan DEĞER Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Orhan BAŞ Rize Üniversitesi  
Ömer ŞENEL Gazi Üniversitesi  
Özlem DURAN Cumhuriyet Üniversitesi  
Özlem ŞAHİN ALTUN Atatürk Üniversitesi  
Pelin BAĞCI Rize Üniversitesi  
Ramazan ERDEM Süleyman Demirel Üniversitesi  
Recep BEDİR Rize Üniversitesi  
Recep DEMİRHAN Kartal Eğitim Araştırma H.  
Saime ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi  
Sedat BOSTAN Gümüşhane Üniversitesi  
Seher S. KARABUDAK Adnan Menderes Ü.  
Sevil CENGİZ Gümüşhane Üniversitesi  
Sevilay HİNDİSTAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Suzan YILDIZ İstanbul Üniversitesi  
Süleyman Erhan DEVECİ Fırat Üniversitesi  
Süleyman GÜVEN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Şükran ÖZKAHRAMAN Süleyman Demirel Ü.  
Tahsin YILDIRIM Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Tamer TAŞDEMİR Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Tevfik ÖZLÜ Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Turgut ŞAHİNÖZ Gümüşhane Üniversitesi  
Yakup ASLAN Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Yaşam BARLAK Gümüşhane Üniversitesi  
Yıldıray KALKAN Rize Üniversitesi  
Yılmaz BÜLBÜL Karadeniz Teknik Üniversitesi  
Yusuf ÇELİK Hacattepe Üniversitesi  
Zahit PAKSOY Gümüşhane Üniversitesi  
Zeliha BAŞKURT Süleyman Demirel Üniversitesi

## BİREYLERİN EVSEL KATI ATIK YÖNETİMİNE İLİŞKİN BİLGİ VE DAVRANIŞLARI

Birsel Canan DEMİRBAĞ<sup>1</sup> Zeynep GÜNGÖRMÜŞ<sup>2</sup>

### ÖZET

Nüfus artışı ve kent merkezlerinin gelişimi; evsel katı atık miktarındaki artışı desteklemektedir. Bu nedenle, ciddi çevresel problemlerden dolayı kentsel alanlarda yaşanan en önemli sorunlardan biri katı atıkların yönetimi olmuştur. Bu araştırmanın amacı; bireylerin evsel katı atık yönetimine ilişkin bilgi ve davranışlarını belirlemektir. Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışma, Kasım 2011’de evrenini Trabzon’da bir Aile Sağlığı Merkezinin (ASM) hizmet verdiği bölge mahallelerinde ikamet eden 14.600 kişi oluşturmuştur. Araştırma basit rastgele örneklemeyle seçilen ve her evden bir kişi olmak şartı ile 651 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Yazılı izin ve gönüllülerin bilgilendirilmiş sözlü onamları alınmıştır. Anket formu ile toplanan veriler; SPSS 11.5 programında, ki-kare ve yüzdeler ile değerlendirilmiştir. Bireylerin % 73.1’inin evsel atıkları ayırmanın önemli olduğunu düşüncelerine rağmen, %50.4’ünün evsel atıklarını ayırmadan karışık olarak biriktirdikleri, ayıranların ise genellikle kağıt atıklarını karışık kutusundan ayırmak suretiyle iki ayrı çöp kutusu(% 34.6) bulundurdukları saptanmıştır. Evsel atıkları ayırmayanlar en büyük nedenin ayrı çöp kutularının oluşturduğu zorluk (%33.8) olduğunu ve çöplerini istedikleri zaman (%28.6) dışarı çıkardıklarını ifade etmişlerdir. Bireylerin % 60.5’i atıkların geri dönüşümü hakkında bilgilerinin olduğunu, %31.5’i de çöpleri ayırmanın çevreye yararı olduğunu belirtmişlerdir.

**Anahtar Kelimeler:** Evsel Katı Atık, Atık Yönetimi, Hemşirelik

---

<sup>1</sup>Birsel Canan DEMİRBAĞ Yrd. Doç.Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi,SBF, Halk Sağlığı Hemşireliği A.D.

<sup>2</sup>Zeynep GÜNGÖRMÜŞ Yrd. Doç.Dr. Atatürk Üniversitesi, SBF, Halk Sağlığı Hemşireliği A.D. Erzurum.

**İletişim/ Corresponding Author: Zeynep GÜNGÖRMÜŞ**

Geliş Tarihi / Received : 17.04.2012

**Tel:** 0442 2312793 **e- posta:** : gungormusz@yahoo.co.uk

Kabul Tarihi / Accepted : 21.05.2012



**THE KNOWLEDGE AND BEHAVIORS OF INDIVIDUALS REGARDING THE  
MANAGEMENT OF DOMESTIC SOLID WASTE**

**ABSTRACT**

Population growth and development of urban centers, supports the increase in the amount of domestic solid waste. Therefore, due to serious environmental problems in urban areas, solid waste management has become one of the most important problems. The aim of this study was to identify knowledge and behaviors of individuals regarding the management of domestic solid waste. This study is descriptive in nature and it was carried out with a population of 14,600 people living in the neighborhoods of Trabzon served by a Family Health Center. The study employed simple random selection method and the sample contained 651 people on the basis of one person per household. Written permission from the authorities and informed consent of the participants were obtained. The data were obtained through a questionnaire and were analyzed with the SPSS 11.5. Although 73,1% of the individuals think that separation of domestic solid waste is important, 50,4% collect the waste without separation and those who separate the waste (34,6%) separate only the paper waste by using two trashcans. 33,8% stated that they do not separate the domestic waste due to the difficulty created by the use of different trashcans, and 28,6% stated that they can easily dispose of their wastes with only one trashcan. 60,5% of the participants stated that they know about the recycling of the wastes, and 31,5% stated that separation is useful for the environment.

**Key Words:** Domestic Solid Waste, Waste Management, Nursing

## **GİRİŞ**

Dünya nüfusunun 2015 yılına kadar 7,2 milyara ulaşacağı ve hızlı kentleşme sonucu 2025 yılına kadar kentlerde yaşayan bireylerin sayısının da bugüne kıyasla 2-3 kat artacağı tahmin edilmektedir. Nüfus artışı ve kent merkezlerinin gelişimi; evsel katı atık miktarındaki artışı desteklemektedir (1). Bu nedenle, ciddi çevresel problemlerden dolayı kentsel alanlarda yaşanan en önemli sorunlardan biri katı atıkların yönetimi olmuştur. Mevcut kirliliklerin içerisinde yer alan katı atıklar, bertaraf edilmemeleri halinde; özellikle şehirlerde yaşayan insanlar için ilk göze çarpan çevre kirliliğine dönüşmektedir (2,3). Çevre kirliliğine yol açan bu atıkların başlıcaları; yiyecek atıkları, kağıt-karton, plastik, naylon, metal-teneke, cam, deri, kemik, lastik, taş-toprak, odun, tekstil, bahçe atıkları ve ince taneli çöplerdir (4). Atıkların gelişigüzel depolama yoluyla doğaya atılmaları, sağlıksız yaşama yol açtığından dolayı, insanlarda çevresel duyarlılığın oluşturulması gerekmektedir.

Bu çöplerin bertaraf edilmesinde çevreye en az zarar verecek uygulamaların tercih edilmesi gerekmektedir. Katı atıkların günümüz şartlarında en uygun bertaraf şekli, atık içerisindeki ekonomik değere sahip madde türlerinin geri kazanılmasıdır (3). Düzenli bir geri kazanma; geri kazanılabilecek maddelerin kaynağa ayrılması, toplama sırasında ayırma ve merkezde ayırma yöntemlerinden birisiyle yapılabilir. Geri kazanımın en etkin yolu ise 'kaynağa ayırma' sistemi ile geri kazanılabilir maddelerin ayrılarak değerlendirilmesidir<sup>5</sup>. Ancak bu, çok iyi eğitilmiş bir toplum ve iyi bir organizasyon gerektirmektedir. Kaynağa iyi bir ayırım programı için toplum desteği şarttır. Bu destek; programın toplum ve katılımcılara uygunluğu, toplumun çevresel davranışlarının ve eğilimlerinin durumu ve atık yönetimine bakış açısı gibi faktörlere bağlıdır<sup>3</sup>. Bu araştırma; bireylerin evsel katı atık yönetimine ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## **MATERYAL VE METOT**

Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışmanın evrenini; Kasım 2011'de Trabzon'da bir ASM'nin hizmet verdiği bölge mahallelerinde ikamet eden 14.600 kişi oluşturmuştur. Araştırma basit rastgele örneklemeyle seçilen ve her evden bir kişi olmak şartı ile 651 kişi ile gerçekleştirilmiştir. Yazılı izin ve gönüllülerin bilgilendirilmiş sözlü onamları alınmıştır. Anket formu ile toplanan veriler; SPSS 11.5 programında, ki-kare ve yüzdelik ile değerlendirilmiştir.

**BULGULAR**

Çalışma grubunun, % 37.3'ü 47-57 yaş arasında, %92.2'si evli, %50.5'i ilköğretim mezunu, %75.6'sı ev hanımı, % 65.7'si düşük gelir düzeyinde, %54.8'inin sağlık güvencesinin SSK ve %41.8'ininde evde yaşayan kişi sayısının 5 ve üstü olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri

	<b>Tanıtıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	25-35	105	16.1
	36-46	239	36.7
	47-57	243	37.3
	58 ve Üstü	64	9.8
<b>Medeni durum</b>	Evli	600	92.2
	Bekar	16	2.5
	Dul	35	5.4
<b>Eğitim durumu</b>	Okur-Yazar /değil	160	24.6
	İlköğretim	329	50.5
	Lise	108	16.6
	Üniversite	54	8.3
<b>Meslek</b>	Ev hanımı	492	75.6
	İşçi	56	8.6
	Memur	56	8.6
	Öğrenci	32	4.9
	Emekli	15	2.3
<b>Gelir-gider dengesi</b>	Düşük	428	65.7
	Orta	200	30.7
	Yüksek	23	3.5
<b>Sosyal güvence</b>	SSK	357	54.8
	Emekli Sandığı	141	21.7
	Bağkur	145	22.3
	Yeşilkart	8	1.2
<b>Evde yaşayan kişi sayısı</b>	2	51	7.8
	3	89	13.7
	4	239	36.7
	5 Ve Üstü	272	41.8

Bireylerin %73.1'inin evsel atıkları ayırmanın önemli olduğunu düşünmelerine rağmen, %50.4'ünün evsel atıklarını ayırmadan karışık olarak biriktirdikleri, ayıranların ise genellikle kağıt atıklarını karışık kutusundan ayırmak suretiyle iki ayrı çöp kutusu(%34.6) bulundurdukları saptanmıştır. Evsel atıkları ayırmayanlar en büyük nedenin ayrı çöp kutularının oluşturduğu zorluk (%33.8) olduğunu ve çöplerini istedikleri zaman (%28.6)

dışarı çıkardıklarını ifade etmişlerdir. Bireylerin % 60.5'i atıkların geri dönüşümü hakkında bilgilerinin olduğunu, %31.5'i de çöpleri ayırmanın çevreye yararı olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Bireylerin Çöp Ayırımına İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışları

<b>Bireylerin Çöp Ayırımına İlişkin Bilgi ve Davranışları</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Çöpleri ayırmak önemli midir?</b>	Evet	476 73.1
	Hayır	49 7.5
	Bilmiyorum	126 19.4
<b>Çöplerinizi ne şekilde ayırıyorsunuz?</b>	Kağıt, Karışık	225 34.6
	Kağıt, Cam, Karışık	23 3.5
	Kağıt, Cam, Plastik, Karışık	75 11.5
	Karışık (Ayırmayan)	328 50.4
<b>Çöplerinizi niçin ayırmıyorsunuz?</b>	Vaktim Yok	157 24.1
	Unutuyorum	128 19.7
	Önemli görmüyorum	56 8.6
	Ayrı ayrı biriktirmek zor	220 33.8
	Belediye düzenli almıyor	90 13.8
<b>Çöplerinizi ne zaman evden çıkarıyorsunuz?</b>	Çöp Dolunca	99 15.2
	Çöp Verme Saatinde	133 20.4
	İstedğim Zaman	182 28
	Sabah İşe Giderken	186 28.6
	Belli Saati Yok	51 7.8
<b>Atıkların geri dönüşümü hakkında bilginiz var mı?</b>	Evet	394 60.5
	Hayır	257 39.5
<b>Ayrımın yararı sizce kime</b>	Belediyeye	204 31.3
	Topluma	71 10.9
	Çevreye	205 31.5
	Ekonomiye	98 15.1
	Bilmiyorum	73 11.2

Çöpleri ayırma şekli ile yalnızca; eğitim grupları, sosyal güvence durumları ve evde yaşayan birey sayıları arasında önemli bir ilişki tespit edilmiştir. Tüm eğitim grubundaki bireylerin çoğunun çöplerini ayırmadan karışık olarak attıkları anlamlı şekilde farklı bulunmuştur ( $x^2=16.8$ ,  $p<0.05$ ). Sosyal güvence ile çöp ayırma şekli arasında önemli bir ilişki belirlenmiş ve tüm sosyal güvence grubundaki bireylerin çoğunun çöplerini ayırmadan karışık olarak attıkları belirlenmiştir ( $x^2=17.3$ ,  $p<0.05$ ). Evde 3 birey yaşayanların çoğu kağıt ve karışık şeklinde iki ayrı çöp depolarken diğer birey gruplarının çoğunun çöplerini ayırmadan karışık olarak depoladıkları ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ( $x^2=16.9$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 3).

Çöpleri ayırmama nedeni ile yalnızca; yaş grupları ve gelir gider dengesi arasında önemli bir ilişki tespit edilmiştir. 25-35 yaş grubundaki bireylerin çoğunun ayırmama nedeni unutmaları iken, diğer yaş grubundaki bireylerin çoğunun nedeni ise ayrı ayrı biriktirmeyi zor bulmalarıdır ( $x^2=30.5$ ,  $p<0.05$ ). Benzer şekilde gelir gider dengesinin tüm gruplarındaki bireylerin çoğunun da çöplerini ayırmama nedeni ayrı biriktirme zorluğu olduğu belirlenmiştir ( $x^2=15.8$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 4).

**Tablo 3.** Bireylerin Eğitim Durumları, Sosyal Güvenceleri Ve Evde Yaşayan Birey Sayıları İle Çöplerini Ayırma Şekli Arasındaki İlişki

Tanıtıcı Özellikler		Çöpleri Ayırma Şekli				$x^2$	p
		Kağıt, Karışık	Kağıt, Cam, Karışık	Kağıt, Cam, Plastik, Karışık	Karışık		
<b>Eğitim durumu</b>	Okur-yazar	45	7	25	83	16.8	<0.05
	İlköğretim	123	10	41	155		
	Lise	43	4	5	56		
	Üniversite	14	2	4	34		
<b>Sosyal güvence</b>	SSK	130	11	46	170	17.3	<0.05
	E.Sandığı	37	2	17	85		
	Bağ-kur	55	10	12	68		
	Yeşil kart	3	0	0	5		
<b>Evde yaşayan kişi sayısı</b>	1-2	13	2	4	32	16.9	<0.05
	3	41	2	12	34		
	4	87	13	26	113		
	5 ve üstü	84	6	33	149		

**Tablo 4.** Bireylerin Yaşları Ve Gelir Gider Dengesi İle Çöplerini Ayırmama Nedeni Arasındaki İlişki

Çöpleri Ayırmama Nedeni	Yaş				Gelir-gider dengesi		
	25-35	36-46	47-57	58 ve üstü	Az	Orta	Fazla
Vaktim Yok	31	51	52	23	105	51	1
Unutuyorum	25	55	43	5	89	36	3
Önemsemiyorum	12	26	17	1	42	13	1
Ayrı biriktirmek zor	23	72	99	26	143	65	12
Belediye düzenli toplamıyor	14	35	32	9	49	35	6
<b>İstatistiksel analiz</b>	$x^2 = 30.5$ ,			$p<0.05$	$x^2 = 15.8$ , $p<0.05$		

Çöpleri ayırmanın yarar yönü ile yalnızca; bireylerin meslek grupları ve evde yaşayan birey sayıları arasında önemli bir ilişki tespit edilmiştir. Ev hanımı ve işçilerin çoğu çöpleri ayırmanın belediyeye, memur ve öğrencilerin çoğu çevreye, emeklilerin çoğunun ise hem

topluma hem de çevreye yarar sağladıklarını düşündükleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=31.3$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 5). Evde kalabalık yaşayanlar (5 ve üstü) çöpleri ayırmanın çevreye yarar sağladığını düşünürken, daha az kalabalık olanlar çöpleri ayırmanın yarar yönünü belediye olarak düşündükleri ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $\chi^2=26.8$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5.** Bireylerin Mesleği ve Evde Yaşayan Birey Sayısı ile Çöplerini Ayırmanın Yarar Yönü Arasındaki İlişki

		Çöpleri Ayırmanın Yarar Yönü					$\chi^2$ p
		Belediyeye a	Toplum	Çevreye	Ekonomiy e	Bilmiyoru m	
<b>Meslek</b>	<b>Ev hanımı</b>	156	46	148	84	58	31.3 <0.05
	<b>İşçi</b>	23	7	15	6	5	
	<b>Memur</b>	13	5	26	4	8	
	<b>Öğrenci</b>	8	8	11	3	2	
	<b>Emekli</b>	4	5	5	1	0	
<b>Evde yaşayan birey sayısı</b>	<b>1,2</b>	15	9	10	6	11	26.8 <0.05
	<b>3</b>	34	7	32	5	11	
	<b>4</b>	84	20	76	39	20	
	<b>5 ve üstü</b>	71	35	87	48	31	

## TARTIŞMA

Yapılan literatür incelemesinde; bireylerin evsel katı atık yönetimine ilişkin bilgi ve davranışlarını belirleyen çalışma bulunmamaktadır. Yapılan çalışmalar yalnızca kentsel atık yönetimine ilişkindir. Bu çalışma bundan sonraki çalışmalara yol gösterici olması bakımından önemlidir. Bu nedenle çalışma bulgularımız, kendisine paralel olan veya olmayan genel bilgilerle karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

Evsel atıklar genellikle vahşi (gelişigüzel) depolama yoluyla uzaklaştırılmaktadır. Bu durum vahşi depolamanın sebep olduğu olumsuzluklardan dolayı insanlardaki endişeleri artırmıştır. Atıkların gelişigüzel atılmalarının sağlıklı yaşamda endişelere yol açması insanlar da çevresel duyarlılığı oluşturmaya başlamıştır (3,6). Benzer şekilde bu çalışmada da bireylerin %73.1'inin evsel atıkları ayırmanın önemli olduğunu düşündükleri, %31.5'inin de çöpleri ayırmanın çevreye yararı olduğunu belirttikleri tespit edilmiştir.

Atıkların kaynağında ayrıştırılması ve geri kazanılabilecek olanlarının ekonomiye kazandırılması, atık yönetimi politikalarının temelini oluşturduğu halde, ülkemizde

kaynağında ayrıştırma ve geri kazanım faaliyetleri çok düşük düzeydedir (7). Kaynakta iyi bir ayırım programı için toplum desteği şarttır. Bu destek; programın toplum ve katılımcılara uygunluğu, toplumun çevresel davranışlarının ve eğilimlerinin durumu, atık yönetimine bakış açısı gibi faktörlere bağlıdır (3). Bu çalışmadaki bireylerin büyük çoğunluğu evsel atık yönetiminde pozitif eğilim göstermekte ve yaklaşık yarısı (%49.6) evsel katı atıklarını ayırmaktadırlar. Negatif tutum sergileyerek evsel atıkları ayırmayanların en büyük nedenin ayrı çöp kutularının oluşturduğu zorluk olduğu görülmüştür.

Türkiye’de en yaygın ve geçerli geri kazanım yöntemi “sahada ayıklama”dır. Ancak, bu uygulama çöp döküm sahalarında atık ayıklayıcıları tarafından sağlıksız ve güvensiz koşullarda gerçekleştirilmektedir (7,8). Benzer şekilde atık toplayıcılarının caddelerdeki konteynirlardan kâğıt ve metal toplaması gibi bir pratikte mevcuttur. Bu işlemlerle % 20 civarında geri kazanım sağlanırken yüksek işletme maliyetleri ve fizibilite çalışmalarındaki hatalar nedeni ile ekonomik açıdan verimsiz olan ve bunun sonucu olarak işletme ömrü kısa olan düzenli katı atık ayrıştırma ve geri kazanım ünitelerinin sayısı sınırlı kalmaktadır<sup>8</sup>.

Hanay ve Nacar’ın çalışmalarında ‘Kaynakta Ayırma Yöntemi’ ile toplanan çöplerin geri kazanım oranı, Elazığ kent merkezinde % 6.65 olarak bulunmuştur (3). Kent merkezinde seçilen sosyo-ekonomik durumu yüksek olan I.Bölge semtlerinde geri kazanım oranının % 8.85 olduğu, II. Bölge olarak seçilen sosyo-ekonomik durumu orta düzeyde olan semtlerinde ise % 4.25 olduğu tespit edilmiştir. Tınmaz Köse ve arkadaşları ise Bolu’da, geri dönüşüm faaliyetlerine 2008 yılında başladığını ve il genelinde iki yolla yürütüldüğünü belirtmektedirler (9). Birinci yol, toplanan evsel katı atıkların ayrıştırma merkezine getirilerek geri kazanılabilir malzemelerin ayrıştırılmasıdır. İkinci yol ise pilot bölgelerde başlanmış olan ve il genelinde uygulanması planlanan, atıkların kaynağında ayrıştırılmasıdır. Geri dönüştürülebilen atıkların kaynağından ayrıştırma çalışmaları pilot bölgelerde devam etmektedir. Bu amaçla pilot bölgelerdeki cadde ve sokaklara kâğıt ve cam atıklar için özel konteynirler yerleştirilmekte ve evlere, bürolara ve okullara renkli poşetler dağıtmakta ve halkın geri dönüştürülebilen atıklarını bu poşetlerde biriktirmesi istenmektedir. Bu poşetler daha sonra geri kazanım çalışmaları için ayrılmış araçlarla toplanmakta ve ayırma tesisinde elle ayrıştırılmaktadır. Geri dönüştürülebilen kâğıt, cam, metal ve plastikler ayrıştırma merkezinde ayrıştırıldıktan sonra kalan atıklar düzenli depolama alanında depolanmaktadır. Yaklaşık olarak yarısını (%50.5) ilköğretim mezunlarının oluşturduğu katılımcılarımızın

%60.5'i atıkların geri dönüşümü hakkında bilgilerinin olduğunu belirtmelerine rağmen, çoğunun atık ayırımını yapmaması, geri dönüşüm oranının azaltacağını düşündürmektedir.

Sosyoekonomik seviyenin yüksekliği kişilerin çevre duyarlılığı göstermesi için yeterli olmayıp aynı zamanda kültürel gelişmişlikte önemlidir (3). Benzer şekilde bu çalışmada da; tüm meslek grupları, eğitim düzeyleri ve sosyal güvence grubundakilerin çoğunun evsel katı atıklarını ayırmadan biriktirdikleri belirlenmiştir. Ancak bu duyarlılığın oluşması için; öncelikle hizmet verenlerin katı atık yönetiminin önemli olduğu düşüncesine sahip olması, sonra halkın eğitim ve uygulaması sağlanmalıdır. Ne yazık ki, Akdoğan ve Güleç'in belediyelerin katı atık hizmetleri, katı atık yaklaşımları ve belediyelerin konuyla ilgili düşünceleri incelenmiştir (10). Bu araştırma sonucu elde edilen bulgular, katı atık yönetiminin öneminin henüz tam olarak anlaşılmadığını ve konuyla ilgili çalışmaların başlangıç seviyesinde olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu sonuçlar katı atık yönetiminin öneminin anlaşılmasıyla katı atık yönetimde sürdürülebilirliğin gerçekleştirilebileceğini göstermektedir.

Katı atıkların daha iyi yönetilmesinde ve doğal ham madde kaynaklarının verimli kullanılmasında, günümüzde geçmişe nazaran ilerlemeler meydana gelmiştir (6). Bu konuda hem üretici, hem tüketici, hem de belediye olarak üzerimize düşen bazı sorumluluklarımız vardır. Bireyler üretici olarak; katı atıkları mümkün olduğunca az üretme, çevre dostu ve geri dönüştürülebilir üretimi artırma, tüketici olarak ise; ayrı toplama, geri kazanılabilir tüketim malları kullanma ve atılan atıkları da elden geldiğince değerlendirme, kullanılacak malzemelerin uzun süre tekrar tekrar kullanılmasını sağlama gibi bilinçli yaşam tarzı ile hem ham maddelerimiz, hem çevre sağlığımız, hem de ekonomimiz korunmalıdır. Tüm bu çalışmalar sonucunda; katı atıkların toplanması, taşınması ve uzaklaştırılmasından sorumlu belediyeler de, katı atıkların bertaraf edilmesinde "Kaynakta Geri Kazanım" yöntemi uygulamalı, gerek çevre kirliliğinin önlenmesi, gerekse ekonomik yönden yararlı olacağından, bu yöntemin tüm belediyelerce yeterli altyapıyı oluşturması ve uyması gereken bir sorumluluk olduğu unutulmamalıdır (3).

## **SONUÇ ve ÖNERİLER**

Bireylerin çoğunluğunun evsel atıkları ayırmanın önemli olduğunu, geri dönüşüm hakkında bilgilerinin olduğunu ve bunun en büyük yararının çevreye olduğunu düşünmelerine rağmen, atıklarını ayırmadan karışık olarak biriktirdikleri belirlenmiştir. Ayırmanın ise genellikle kağıt atıklarını karışık kutusundan ayırmak suretiyle iki ayrı çöp kutusu



bulundurdıkları saptanmıştır. Evsel atıkları ayırmayanların en büyük nedeninin ayrı çöp kutularının oluşturduğu zorluk olduğu belirlenmiştir.

Bu ve benzeri çalışmaların amacına ulaşabilmesi için;

-Katı atıkların kaynakta yönetimi ve geri dönüştürülebilirlerin kazanımı için yapılan araştırmaların sürekli ve daha kapsamlı olarak yapılması ve sonuçların kamuoyuna ve kamu hizmeti veren kuruluşlara sunulması, elde edilen sonuçlara göre disiplinler arası eğitim programları hazırlanmalıdır.

-Halk Sağlığı Hemşireleri toplumu geri dönüştürülebilir katı atıklar konusunda sistematik bir biçimde ve her türlü eğitim-öğretim aracından yararlanılarak bilgilendirmelidirler.

### **KAYNAKLAR**

1- Ağdağ O.N. Comparison of Old and New Municipal Solid Waste Management Systems in Denizli, Turkey. Waste Management. 2009; 29(1):456-464.

2- Demir İ, Altınbaş M, Arıkan O. Katı Atıklar İçin Entegre Yönetim Yaklaşımı, Kent Yönetimi İnsan ve Çevre Sorunları Sempozyumu' 99, (17-19 Şubat 1999), İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Cilt 3. İstanbul, 252-262.

3- Hanay Ö, (Nacar) Koçer N. Elazığ Kenti Katı Atıkları Geri Kazanım Potansiyelinin Belirlenmesi. Fırat Üniv. Fen ve Müh. Bil. Dergisi. 2006; 18 (4): 507-511.

4- Koçer N, Öbek E, Uslu G. Elazığ Kentindeki Katı Atıkların Toplama ve Taşıma Maliyeti İle Çöp Sahasının Durumu, Fırat Üniversitesi Fen ve Mühendislik Bilimleri Dergisi. 2003; (15) 2: 173-182.

5- John V.M., Zordan S.E. Research & Development Methodology for Recycling Residues As Building Materials a Proposal, Waste Management. 2001; 21: 213-219.

6- Subramanian, P.M. Plastics Recycling and Waste Management in the USA. Resources, Conservation and Recycling. 2000; 28: 253-263.

7- Kaçtıoğlu S, Şengül Ü. Erzurum Kenti Ambalaj Atıklarının Geri Dönüşümü İçin Tersine Lojistik Ağı Tasarımı Ve Bir Karma Tamsayı Programlama Modeli. Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi. 2010; 24(1):89.

8- Yılmaz A, Bozkurt Y. Türkiye'de Kentsel Katı Atık Yönetimi Uygulamaları ve Kütahya Katı Atık Birliği (KÜKAB) Örneği. The Journal of Faculty of Economics and Administrative Sciences. 2010;115(1); 11-28.

9- Tınmaz Köse E, Karakaya N, Aslan R.G. Evsel Katı Atık Yönetiminin Maliyeti: Bolu İli Örneği. Mühendislik Ve Fen Bilimleri Dergisi. 2011: Sigma 3; 126-131.

10- Akdoğan A, Güleç S. Sürdürülebilir Katı Atık Yönetimi Ve Belediyelerde Yöneticilerin Katı Atık Yönetimiyle İlgili Bilgi Tutum Ve Düşüncelerinin Analizine Yönelik Bir Araştırma. Akdoğan A, Güleç S. Hacettepe Üniversitesi, İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2007: 25(1);39.

## ROMATOİD ARTRİTLİ BİR VAKANIN HEMŞİRELİK BAKIMINDA ROY ADAPTASYON MODELİNİN KULLANIMI

Ayşe ÖZKARAMAN<sup>1</sup>, Serap ÖZER<sup>2</sup>,  
Güler BALCI ALPASLAN<sup>3</sup>

### ÖZET

Roy Adaptasyon Modeli (RAM); hemşirelikte yaygın olarak kullanılan modellerden birisidir ve bireylerin, ailelerin ve grupların uyum gereksinimlerini belirlemede çatı oluşturmakta ve insanın adaptif sisteminde ve çevrede meydana gelen değişimlere odaklanmaktadır. Fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağıllık alanları olmak üzere dört uyum alanını içeren bu modelde insan, çevresiyle sürekli etkileşim halinde olan ve uyaranlardan etkilenen biyopsikososyal bir oluşum olarak tanımlanmaktadır. Hemşireliğin çalışma alanı insan olduğundan hemşirelik uygulamalarında bir yapı ve disiplin oluşturmak için; insan, sağlık ve hastalıkla yakından ilişkili kuram ve modellerin bilinmesi oldukça önemlidir. Eğer hemşireler kuramlar ve modeller hakkında bilgi sahibi olur ve bunları bilinçli olarak kullanırsa, sonuçları analiz etme olanağı doğar ve hemşirelik için bir veri tabanı oluşturulur. Bu makalede; romatoid artritli bir vaka ile Roy Adaptasyon Modeli ve bu modelin kullanımını açıklanmış, hemşirelik bakımında model kullanımına yönelik bir örnek oluşturulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Romatoid Artrit, Roy Adaptasyon Modeli, Hemşirelik

## USE OF ROY ADAPTATION MODEL IN NURSING CARE OF A CASE WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

### ABSTRACT

Roy Adaptation Model is a model which is used commonly in nursing and it create a structure to determine needs for adaptation of human, families and groups and focus on adaptive system of human and environment alternations. It include four areas of adaptation, these are physiologic, self esteem concept, role function and dependence mutual areas and human in this model is illustrated as biophysicosocial creation of interactive and affective of environment. To know theories and models closely related human, health and disease is very important in order to create a structure and discipline in nursing practices since endeavor of nursing is the human. If nurses have knowledge about theories and models and use these theories and models deliberately, results are analyzed by nurses and a database for nursing can create. In this article; Roy Adaptation Model and use of this model is explained with rheumatoid arthritis case, an example related using model in nursing care is displayed.

**Key Words:** Rheumatoid Arthritis, Roy Adaptation Model, Nursing

---

<sup>1</sup>Öğr.Gör. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir SYO

<sup>2</sup>Yrd.Doç.Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

<sup>3</sup>Yrd.Doç.Dr. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir SYO,

**İletişim/ Corresponding Author:** Ayşe ÖZKARAMAN

Geliş Tarihi / Received : 19.04.2012

**Tel:** 222.2393750 **e- posta:** : aozaydin26@hotmail.com

Kabul Tarihi / Accepted : 22.05.2012

## GİRİŞ

Profesyonel bir meslek olan hemşirelik, bilgi temelli uygulamalarla toplum sağlığına katkıda bulunmakta, felsefi ve teorik temeller rehberliğinde değer ve amaçlarını oluşturmaktadır (1,2). Hemşirelik uygulamaları; sağlık-hastalık, çevre, insan ve hemşirelik olmak üzere dört temel kavramdan etkilenmektedir. Hemşireliğin uğraş alanının insan olması nedeni ile hemşirelik uygulamaları insan, sağlık ve hastalıkla yakından ilişkili kuram ve modellerin bilinmesini öngörmektedir (3). Hemşireler model kullanımı ile temel kavramları ve kavramlar arasındaki ilişkiyi belirleyerek uygulamadaki sorunların tanımlanmasını ve çözüm önerilerinin geliştirilmesini sağlarlar (4). Böylece hemşireler tıbbi uygulamalar yerine hemşirelik uygulamalarına odaklanır, bakım sistematize edilmiş olur (4,5). Model kullanımı, davranışlarımız için bir referans noktasıdır ve hasta/hemşire ilişkisindeki roller hakkında fikir verirken sağlık konusunda da bireysel kavramsallaştırmayı (hastalık yok veya kendini gerçekleştirebilir gibi) sağlar (5). Günümüzde modellere olan ilgi artmasına karşın hemşirelik uygulamalarında modellerin kullanımına fazla rastlanmamaktadır. Bunun en önemli nedenleri ise; temel hemşirelik eğitiminde model kullanımına yeterince yer verilmemesi, modellerin çoğunun karmaşık yapılara sahip olması ve soyut kavramlardan oluşmasıdır (6,7).

Hemşirelikte yaygın kullanılan modellerden biri de Roy Adaptasyon Modeli (RAM)'dir. Sister Callista Roy tarafından oluşturulan bu kavramsal modelin temel yargıları ilk olarak, 1970 yılında "Adaptasyon: Hemşirelik İçin Kavramsal Sistem" adı altında yayınlamıştır. RAM bir dünya görüşü olan karşılıklı etkileşim fikrini yansıtır. Roy'a göre insanlar; çok hızlı değişen çevresel faktörler karşısında kendilerini kolayca adapte edebilen, bir bütüne dayalı ve uyarlanabilir sistemler olarak tanımlanmıştır. İnsanların gelişimini ve davranışlarını etkileyen, onları saran tüm şartlar ve etmenler çevreyi meydana getirir. Bu sistemler içerisinde hemşirelik ise; hastalık ve sağlık durumları ile ilgilenen, sosyal anlamda çok önemli bir aktivitedir ve bireyin sağlık-hastalık sürecinde çevresindeki uyaranlara adaptasyonunu sağlamada ve geliştirmede önemli bir yere sahiptir (4).

RAM bireylerin, ailelerin ve grupların uyum gereksinimlerini belirlemede çatı oluşturur. RAM'nin odaklandığı nokta, insanın adaptif sisteminde ve çevresinde meydana gelen değişimlerdir. Adaptasyon sağlama, RAM'nin temel taşı ve esas konusudur. İnsan adaptasyon sisteminde adaptasyon sorunları, içsel ve dışsal

uyaranlarla başa çıkılamadığı veya uyaranlara karşılık verilemediği zaman ortaya çıkar (4,8,9,10).

Roy, modelde uyaranları odak (fokal), etkileyen (kontekstuel) ve olası (rezidüel) uyaranlar olmak üzere üç kategoride sınıflandırmıştır. Odak uyaranlar; bireyin ilk olarak yanıt verdiği uyaranlardır. Etkileyen uyaranlar; odak uyaranın etkisine katkıda bulunan diğer tüm uyaranlardır. Olası uyaranlar; henüz etkisi açıklanmamış uyaranlar olarak tanımlanmaktadır (4,8,9,10,11,12). Hemşire eğer mümkünse ilk olarak odak uyaranı, sonra etkileyen uyaranı yönetmeyi hedeflemelidir (4,11). Eğer odak uyaran değiştirilemiyorsa etkileyen uyarana müdahale edilerek bireyin adaptasyonu sağlanır. Uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkinliği ise; girişimlerden sonra hastanın davranışlarının gözlenmesiyle ortaya konur. Birey uyumlu davranışta bulunur ise hemşirelik girişimleri etkili, aksi takdirde etkisiz kabul edilip yeni hemşirelik girişimleri planlanır (11).

Modelde tanımlanan uyum alanları; fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık alanlarıdır. Hemşireler bu uyum alanlarında bireylerin gereksinimlerini karşılamada yardım ederler.

**Fizyolojik alan;** egzersiz ve dinlenme, beslenme-boşaltım, oksijenlenme-dolaşım, sıvı-elektrolit, nörolojik ve endokrin fonksiyonları içerir.

**Benlik kavramı alanı;** beden imajı, benlik kavramı gibi ruhsal bütünlük ile ilgili temel gereksinimlerle ilişkilidir.

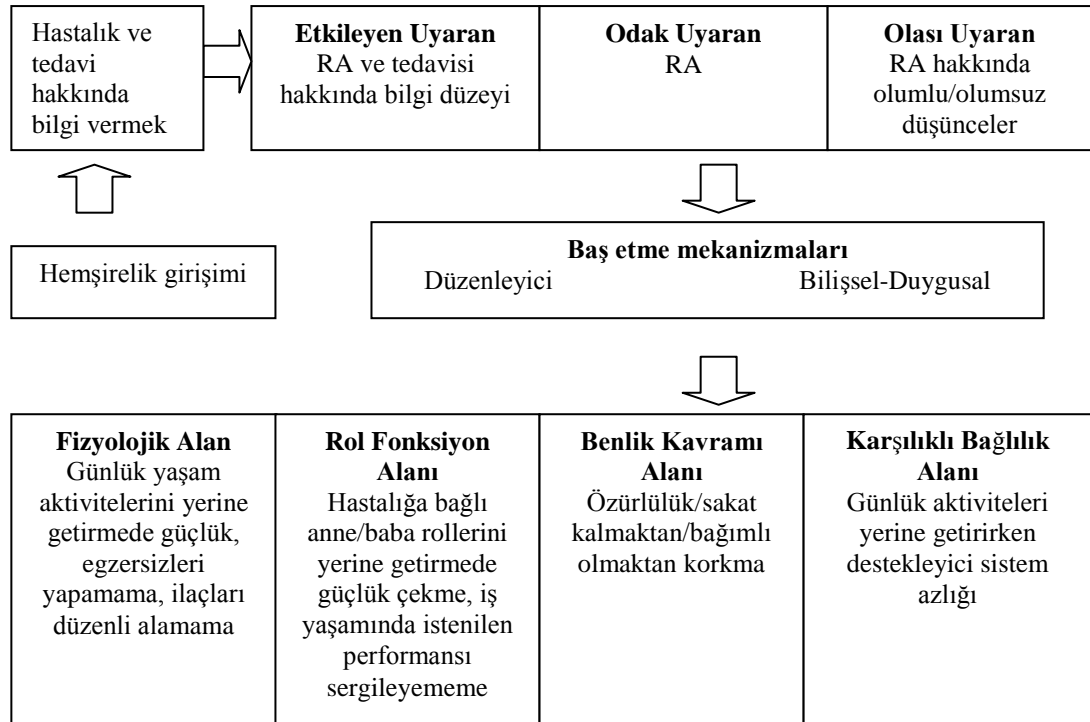
**Rol fonksiyonu alanı;** toplum tarafından bireyden beklenen anne, baba olma gibi rollere odaklanır.

**Karşılıklı bağlılık alanı;** sevgi, saygı ve değer etkileşimini ve ilişkilerdeki bütünlüğü içerir (4,8,9,10,11).

Kollajen ve otoimmün hastalıklar kapsamında yer alan romatoid artrit (RA), etiyojisi tam olarak bilinmeyen, sinoviyal dokudaki patolojik değişikliklerle karakterize, sinsi başlayan, kronik gidiş gösteren ve sonunda deformitelere yol açan sistemik tutulumlu inflamatuvar bir hastalıktır (13,14,15). Çoğunlukla kronik seyreden, erken dönemde saptanıp iyi bir tedavi ve bakım uygulanmadığında eklemlerde erozyon ve hasara, iş ve gelir kaybına neden olan ve kalıcı şekil bozukluklarına yol açan RA yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve sağlık bakım harcamalarının artmasına neden olmaktadır (15,16,17,18,19).

RA tedavisinde amaç; ağrıyı ve inflamasyonu azaltmak, eklem hasarını durdurmak, yetersizliği önlemek, hastanın fonksiyonlarını korumak ve iyileştirmek, tedaviye uyumu arttırmak, günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilebilmesini sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmaktır (20). Tüm bu amaçlara ulaşmak için multidisipliner bir ekip anlayışı gerekmektedir. Bu ekip içerisinde yer alan hemşirelerin RA'li hastaların eğitimi, hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaçların izlemi, biyolojik tedavilerin uygulanması, yan etkilerin yönetimi ve değerlendirilmesi süreçlerinde önemli sorumlulukları bulunmaktadır (21).

Kronik bir hastalık olan RA'de tedavi ve bakımın başarısı büyük oranda hasta uyumuna bağlıdır (22,23). RA'e RAM çerçevesinde bakıldığında; hemşire öncelikle hastalığı (odak uyaran), sonra hastalığın tedavisinde yer alan ilaçların kullanımını (etkileyen uyaran) ve yaşanan sorunları tanımlayarak hasta ve ailenin eğitimini gerçekleştirmeli, evdeki uyumu sağlamak için gerekli planlamaları yapmalı ve hastayı düzenli olarak değerlendirmelidir (5,24) (Şekil 1).



**Şekil 1.** RA Tanısı Alan Hastanın Hemşirelik Bakımında Roy Adaptasyon Modeli

Bu makalede amaç; RA'li bir vaka ile RAM'nin kullanımını açıklamak, hemşirelik bakımında North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) Hemşirelik Tanıları Sınıflandırma Sistemine göre model kullanımına yönelik örnekleri arttırmaktır.

## **I. ROMATOİD ARTRİTLİ BİR VAKANIN ROY ADAPTASYON MODELİNE GÖRE HEMŞİRELİK BAKIMI**

### **Değerlendirme**

#### **1. Tanıtıcı özellikler**

Elli iki yaşında, evli ve iki çocuk sahibi olan bayan YB muhasebeci olarak çalışmaktadır. Sosyal güvencesi olan YB eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşamaktadır.

#### **2. Öykü**

Dizlerinde ağrı şikayeti ile romatoloji polikliniğine gelen YB zaman zaman ağrı şiddetinin arttığını, merdiven inip-çıkarken zorlandığını, sabahları yataktan kalkınca yaklaşık yarım saat süren yürüme güçlüğü çektiğini belirtmektedir. Genellikle yorgun hissettiğini, evde ve iş ortamında yerine getirmesi gereken sorumluluklarını tam olarak yerine getiremediğini, başkalarından yardım almak zorunda kaldığını ifade etmekte ve buna bağlı olarak eşine, çocuklarına ve çalışma arkadaşlarına haksızlık yaptığını düşünmektedir. Üç yıldır RA hastası olduğunu, nonsteroidal antiinflamatuvar ve 10 mg/hafta Metotraxate ile tedavi edildiğini, bu tedavi neticesinde olumlu sonuçlar aldığını ve iyileştiğini düşündüğü için de son bir yıl içinde romatoloji polikliniğindeki kontrollerine gelmediğini, ilaçlarını kullanmadığını söylemektedir.

#### **3. Özgeçmiş ve soy geçmişi**

YB'nin özgeçmişinde ve soy geçmişinde herhangi bir özellik yoktur.

#### **4. Fizik muayene**

Genel durumu iyi olan YB'nin her iki diz ve ayak bileğinde şişlik, ısı artışı ve sabah tutukluğu (yaklaşık 30 dk süren) mevcuttur. Hastalık aktivitesi, Hastalık Aktivite Skoru-28 (Disease Activity Score-28) kullanılarak 2.5 puanla hafif olarak değerlendirilmiştir. Vizüel Analog Skala (VAS) ile yapılan ağrı değerlendirmesinde ağrı şiddeti skoru 3.5, Yorgunluk Şiddeti Ölçeği (Fatigue Severity Scale-FSS) kullanılarak yapılan yorgunluk değerlendirmesinde de YB'nin 38.3 puanla yorgunluğunun olduğu tespit edilmiştir.

#### **5. Laboratuvar bulguları**

Hb: 13 mg/dl; Htc: % 40; Eritrosit: 4.80/mm<sup>3</sup>; Lökosit: 6.7/mm<sup>3</sup>; CRP: 6mg/l; Sedimantasyon: 13 mm/sa; AST: 22 U/l; ALT: 28 U/l; Alkalen fosfataz: 104 U/l.

## II. ROY'UN ADAPTASYON MODELİNE GÖRE ALANLARA İLİŞKİN SAPTANAN SORUNLARA YÖNELİK HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

### A. Fizyolojik Alan

#### 1. Davranış: Ağrı

*Odak Uyarıcı:* RA

*Etkileyen Uyarıcı:* İlaçları düzenli olarak kullanmama

*Olası Uyarıcı:* Hastalığın tedaviye rağmen iyileşmeyeceği ve daha kötüye gideceği düşüncesiyle düzenli kontrollere gelmeme

*Hemşirelik Tanısı ve Kodu:* Kronik ağrı, T133

*Hedef:* Ağrısının geçtiğini sözlü/sözsüz ifade etmesi, daha düşük puanlı ağrı skoru

*Girişimler*

- Ağrının yeri, şiddeti, başlama zamanı, arttıran ve azaltan faktörler YB ile birlikte değerlendirilir.
- YB'nin ağrıya karşı duygusal tepkileri ve baş etme şekli değerlendirilir ve izlenir.
- Müsküler gerginlik azaltılır. Bunun için masaj uygulanır.
- Günlük yaşam aktivitelerinin ağrıyı arttırma ve azaltma durumu YB ile görüşülerek belirlenir ve gereksiz hareketlerden kaçınılır.
- Antiinflatuar, analjezik ve yavaş etkili antiromatizmal ilaçlar verilir ve beklenen etkisi açıklanır.
- İlaçlar verilirken uykuyu ve istirahati bölmeyecek şekilde düzenleme yapılır.
- YB'nin rahatlığını sağlamak için sıcak veya soğuk uygulama, köpük yatak, destekli yastık, atel kullanımı önerilir.
- Sabah kalktığıında ılık duş alması ya da banyo yapması sağlanır.
- Boş zaman aktivitelerine yönlendirilir.
- Günlük dinlenme dönemleri planlanır (3,15,25,26,27,28).

*Değerlendirme:* YB ağrısının azaldığını ifade etti, ağrı şiddeti skoru VAS'a göre 2 olarak belirlendi.

Aslan ve arkadaşlarının RA'li hastalarla yaptıkları çalışmalarında; hastaların son bir yıl içinde en çok ağrıdan yakındıkları ve ağrının günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılığa ve bağımlılığa neden olduğu bildirilmiştir (29).



## **2. Davranış: Sabahları yataktan kalkınca yürümekte güçlük çekme, merdiven inip-çıkma zorlanma**

*Odak Uyarı:* RA

*Etkileyen Uyarı:* Her iki diz ekleminde şişlik ve ağrı

*Olası Uyarı:* İlaçlarını düzenli kullanmama, motivasyon eksikliği

*Hemşirelik Tanısı ve Kodu:* Fiziksel harekette bozulma, T085

*Hedef:* Etkilenen eklemin hareket yeteneğinin artırılması, YB'nin günlük aktivitelerini yerine getirebilmesi

*Girişimler*

- Önerilen egzersizlerin düzenli yapılması için destek sağlanır. Her egzersizin amacı açıklanır.
- Eklemler zorlanmadan Range of Motion (ROM) egzersizleri uygulanır.
- YB'ye izometrik ve direnç egzersizlerinin yararları açıklanır ve uygulaması sağlanır.
- Aerobik egzersizlere 5-10 dakikalık periyotlarla başlanır, süre aşamalı olarak artırılır.
- Egzersiz sonlandırılmadan önce ekstremiteler hareketleri aşamalı olarak azaltılır ya da yavaş yürüme düzeyine dönülür.
- YB'de egzersiz sonrası ağrı, yorgunluk yakınmalarının olup olmadığı değerlendirilerek egzersiz programına tolerasyon değerlendirilir.
- YB egzersizden sonra 1.5-2 saatten daha uzun süre ağrı yakınması yaşarsa; ertesi gün egzersizin sayısını azaltması, şiddetli sızlama olursa; ertesi gün ROM egzersizi öncesi etkilenen eklem sıcak uygulama yapması söylenir.
- Aynı pozisyonda uzun süre yatılmaması, oturulmaması gerektiği söylenir.
- Uygun güvenli ayakkabı kullanımı açıklanır.
- Yardımcı araç kullanımına teşvik edilir.
- Çevresel engellerin tanımlanmasına yardımcı olunur.
- Aktivite için yeterli zaman ayırma, gerektiğinde dinlenme periyotları konusunda bilgilendirme yapılır.
- Aktivitelerin daha yavaş ve daha kısa süreli aktiviteler şeklinde yapılması sağlanır.
- Gerekirse aktiviteler sırasında yardım edilir (3,15,25,26,27,28).

*Değerlendirme:* Etkilenen eklemin hareket yeteneği kısmen artırıldı. YB günlük aktivitelerini yardım alarak yerine getirebiliyor.

Sivas ve arkadaşlarının çalışmasında; RA'li hastalarda şiş ve hassas eklem sayısının fazla olduğu ve bu durumun fiziksel mobilitiyi önemli oranda etkileyerek

yaşam kalitesini bozduğu belirlenmiştir (18). Bu vakada da belirtilen çalışma sonucuna paralel olarak fiziksel hareketteki bozulma günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde kısıtlayarak yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemiştir.

### **3. Davranış: Çabuk yorulmayı, enerjinin olmadığını ifade etme**

*Odak Uyarı:* Yetersiz uyku ve dinlenme, yetersiz kondüsyon

*Etkileyen Uyarı:* Ağrı, hareket etmede güçlük

*Hemşirelik Tanısı ve Kodu:* Yorgunluk, T093

*Hedef:* Yorgunluk göstergelerinin tanımlanması, enerji koruma ilkelerini tanımlama ve yorgunluğun azalması

*Girişimler*

- Yorgunluk hakkında bilgi verilir. Bunun için hastalık aktivitesi ile yorgunluk arasındaki ilişki açıklanır.
- YB'ye, yorgunluğun yaşamını nasıl etkilediğini ve bununla ilişkili olarak neler hissettiğini açıklaması için olanak sağlanır.
- Yorgunluk skalası kullanılarak yorgunluk düzeyi değerlendirilir ve enerji özelliğinin tanımlanmasına yardım edilir.
- Günlük yorgunluk düzeyleri YB ile birlikte analiz edilerek, en fazla enerjik olduğu ya da bitkinlik yaşadığı zamanlar ve yorgunluğu arttıran aktiviteler belirlenir.
- Uygun aktivite/dinlenme programları geliştirilir.
- Zor işleri bir seferde değil de küçük bölümlere ayırarak tamamlamak, öncesinde dinlenme dönemleri planlamak ve işi yorulmadan önce bırakmak gerektiği açıklanır.
- Enerjiyi korumaya katkı sağlayacak çevresel düzenlemeler konusunda açıklama yapılır.
- Uyku düzeni geliştirilir.
- Dinlenmenin, emosyonel stres ve eklemlerdeki sorunları sistematik olarak azaltıcı etkisi açıklanır.
- YB tedavi programını sürdürme konusunda cesaretlendirilir.
- Demir içeren yiyecekler ve yeterli beslenme konusunda destek sağlanır.
- Hastalığın şiddetinin arttığını gösteren belirti ve bulgular öğretilir (15,25,28).

*Değerlendirme:* YB yorgunluk ve enerjiyi koruma ilkelerini tanımlayabiliyor ve FSS'ye göre yorgunluk şiddeti 34.8 puana geriledi.

Yorgunluk RA'li hastalarda %80-93 oranında görülen semptomlardan birisi olmasına karşın rutin değerlendirmesi ne yazık ki atlanmaktadır (30).

## **B. Benlik Kavramı Alanı**

### **1. Davranış: Gerginlik, endişe duygusu**

*Odak Uyarı:* Kronik hastalık

*Etkileyen Uyarı:* Beden bilincinin etkilenme tehlikesi, ağrı

*Olası Uyarı:* Evde ve iş hayatında rol performansında değişiklik

*Hemşirelik Tanısı ve Kodu:* Anksiyete, T069

*Hedef:* Gerginlik ve endişe duygusu azaltılarak rahatlatmanın sağlanması

*Girişimler*

- Anksiyete ile ilgili duygu ve düşüncelerin ifade edilmesine fırsat verilir.
- Tüm tedavi yöntemleri açıklanır.
- Geçmişteki baş etme yöntemleri değerlendirilir, uygun yöntemin kullanılması sağlanır.
- Sakin, destekleyici ve güvenli bir şekilde bakım sağlanır.
- Progresif gevşeme egzersizleri yaptırılır.
- Gerekğinde liyazon psikiyatrisinden destek alınır (26,28).

*Değerlendirme:* YB hastalığı ile ilgili olumsuz düşüncelerinin azaldığını bu nedenle daha az gergin ve endişeli olduğunu ifade etti.

### **2. Davranış: Beden imgesindeki değişiklikten rahatsızlık duyma**

*Odak Uyarı:* Kronik hastalık

*Etkileyen Uyarı:* Fiziksel değişiklikler (eklemlerde şişlik, ısı artışı)

*Hemşirelik Tanısı ve Kodu:* Beden imgesinde değişiklik, T118

*Hedef:* Beden imgesindeki değişikliklerle etkin bir şekilde baş etmenin sağlanması

*Girişimler*

- YB'ye zaman ayrılarak kendisini algılama durumu değerlendirilir ve düşüncelerini ifade etmesi için desteklenir.
- Hastalık, tedavi, iyileşme süreci ve prognoz hakkında soru sormaya teşvik edilir ve gerekli bilgilendirmeler yapılır.
- Rol performansı ile ilgili düşüncelerin açıklanmasına izin verilir.
- Doğru ve güvenilir bilgi verilir ve önceden verilen bilgiler doğrulanır.
- Geçmişte kullanılan etkili baş etme mekanizmalarının tanımlanmasına yardımcı olunur.
- Psikolojik destek verilmesi gerekirse psikiyatri konsültasyonu istenir (15,26,28,31).

*Değerlendirme:* YB hastalığı nedeniyle beden imgesinde ortaya çıkan değişiklikleri tanımlayarak, yaşam tarzında meydana gelen değişiklikleri olumlu ifadeler kullanarak değerlendirdi.

Aslan ve arkadaşlarının (1999) RA'li kadınlarla yaptıkları çalışmalarında; daha çok eklem deformitesi ve ağrısı olan kadınların gündelik etkinlikleri daha az gerçekleştirdikleri, kendilerini daha az çekici buldukları, bedenlerinden daha az doyum sağladıkları ve bu nedenle benlik saygılarının düşük olduğu bulunmuştur (29).

### **3. Davranış: Düzenli olarak kontrollere gelmeme, ilaçlarını düzenli kullanmama, önerilen egzersizleri yapmama**

*Odak Uyarı:* Yaşam biçiminde değişiklik istemede yetersizlik

*Etkileyen Uyarı:* Tedavi planının günlük aktivitelere entegre edilememesi

*Olası Uyarı:* Hastalık ile ilgili ileriye yönelik belirsizlik

*Hemşirelik Tanısı ve Kodu:* Bilgi eksikliği, T126

*Hedef:* Bilgi eksikliğini gidermek

*Girişimler*

- YB'nin hastalığı ve tedavisi hakkında bildikleri değerlendirilir.
- Sağlık durumunda algılanan değişikliklerin, duygu ve düşüncelerin ifadesi için cesaretlendirme yapılır.
- YB ve ailesine anlayabilecekleri şekilde sağlık problemleri hakkında bilgi verilir.
- YB'ye tedavi planında yer alan ilaçların etkileri, yan etkileri hakkında bilgi verilir. İlaçların önerilen şekilde kullanılması, yan etki geliştiğinde sağlık bakım ekibine bildirilmesi gerektiğinin önemi vurgulanır.
- Hedef oluşturma ve problem çözümü için destek sağlanır.
- YB ve ailesinin tedavi rejiminden beklentileri belirlenir.
- Düzenli aralıklarla, belirlenen hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir.
- YB'nin kendi yetenekleri, geçmişteki başarıları üzerinde durularak kendine güveni sağlanır (25,26,28,32).

*Değerlendirme:* YB'nin hastalık ve tedavi hakkındaki bilgi eksikliği giderildi.

### **C. Rol Fonksiyon Alanı**

#### **1. Davranış: İş hayatındaki sorumlulukları yerine getirememe**

*Odak Uyarı:* Fiziksel harekette bozulma, yorgunluk

*Etkileyen Uyarı:* İş yerinde uzun süre oturur pozisyonda çalışma

*Olası Uyarı:* Çalışma saatlerinin ve koşullarının düzenlenmemesi

*Hemşirelik Tanısı ve Kodu:* Etkisiz rol performansı, T055

*Hedef:* YB'nin hastalığının iş yaşamında meydana getirdiği değişiklikleri olumlu değerlendirmeler ile ifade etmesi

*Girişimler*

- YB'nin hastalık süreci ile birlikte aile içinde, mesleki, sosyal rollerinde yaşadığı değişiklikler değerlendirilir.
- YB'nin rol performansı ile ilgili düşüncelerini açıklamasına olanak sağlanır.
- YB yaşadığı rol değişiklikleriyle uyumlu düzenlemeler yapmaya yönlendirilir.
- YB alışılmış rolleri ve yapabileceği aktiviteleri sürdürmesi için desteklenir (25,28)

*Değerlendirme:* YB rollerini yerine getirmeye ilişkin ikilem yaşamaktadır.

Gignac ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada; artrit nedeni ile hastaların %51.3'ü iş yerinde zorluk yaşadığını belirtirken %25.6'sı hastalığı nedeniyle iş yerini değiştirmek zorunda kaldığını ifade etmiştir (33). Braakman ve arkadaşlarının çalışmasında ise; RA'li hastaların RA'li olmayan hastalara göre iş yerindeki verimliklerinin son hafta (%79 oranında) ve son iki hafta (%67) içinde azaldığı, aynı zamanda hastalık nedeniyle işe gelemeyen RA'li hastalarda üretim maliyetinin 299 Euro'dan 120 Euro'ya düştüğü bildirilmiştir (34). Bu vakada ise; uzun süre aynı pozisyonda oturma, ağrı ve hareketlerde kısıtlanma ve yaşanan yorgunluk nedeniyle iş performansında gerilemeler olduğu ve bazen işe gidilemediği görülmüştür.

## **2. Davranış: Sağlık sorunları nedeni ile aile üyelerinin gösterdiği tepkilerden yakınma**

*Odak Uyarıcı:* Aile üyelerinin bireyin hastalığına karşı kişisel tepkileri

*Etkileyen Uyarıcı:* Kronik hastalık

*Olası Uyarıcı:* Hoşgörüsüzlük

*Hemşirelik Tanısı ve Kodu:* Aile içi ilişkilerde bozulma, T060

*Hedef:* YB'nin aile üyeleri ile olumlu ilişkiler kurması

*Girişimler*

- YB'nin hastalığını kendisinin yönetmesi sağlanır.
- Sorun çözme yöntemleri öğretilir.
- Hastalık ile ilgili stresörlerle baş edilmesi için yardım sağlanır.
- Aile içinde yerine getirilmesi gereken görevlerin aile üyeleri arasında paylaşılması sağlanarak YB'nin üzerine düşen yük azaltılır (28,32)

*Değerlendirme:* YB hastalığı nedeniyle aile içi ilişkilerinde dönem dönem olumsuzluk yaşadığını belirtti.

### **C. Karşılıklı Etkileşim Alanı**

#### **1. Davranış: İş yerindeki arkadaşlarla iletişimin bozulması**

*Odak Uyarı:* Fizik aktivitede yetersizlik, yorgunluk

*Etkileyen Uyarı:* İş yerindeki arkadaşların durumu anlamadıklarını düşünmesi

*Olası Uyarı:* Devamlı yakınma

*Hemşirelik Tanısı ve Kodu:* Sosyal etkileşimde bozulma, T052

*Hedef:* Sosyal etkileşimi arttıracak stratejilerin ifade edilmesi, sosyal izolasyonla ilgili doyumda artış olması

*Girişimler*

- YB duygularını paylaşması için cesaretlendirilir.
- Sosyal iletişimin bozulmasına neden olan durumları tanımlaması istenir.
- YB ile sosyal etkileşimi başlatma yolları tartışılır.
- YB'ye kişisel tercihlerine uygun boş zaman aktivitelerinde bulunmanın önemi anlatılır.
- Yeni sosyal davranışların denenmesi için cesaretlendirilir (25,28,32).

*Değerlendirme:* YB sosyal etkileşimi bozan durumları tanımlayabildi ve boş zaman aktivitelerinde iş yerinde çalıştığı arkadaşları ile planlar yapmaya gayret gösterdiğini ifade etti.

### **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Hemşirelerin birey, aile ve topluma sundukları hizmetlerde kendi meslek dalına özgü kuram ve modelleri kullanmaları hemşirelik ile ilgili temel kavramlara dikkat çekerek bu kavramlar arasındaki ilişkiyi anlama ve kavramaya yardımcı olmaktadır. Böylece hemşireler, hemşirelik rolüne ve uygulamalarına odaklanmaktadır.

Roy'un adaptasyon modelinde; hemşirelik uygulamaları, uyumu kolaylaştırmayı amaçlar. Hemşire hastanın uyumunu kolaylaştırmak için, faaliyetlerini altı basamakta gerçekleştirmelidir. Bu basamaklar; davranışın değerlendirilmesi, uyarının değerlendirilmesi, hemşirelik tanısı, hedef geliştirme, hemşirelik girişimlerinin seçilmesi ve değerlendirmedir.

Bu vaka örneğinde, RA'lı bir bayan hastanın hemşirelik bakımı RAM'de tanımlanan uyum alanlarına göre belirtilen altı basamak doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Fizyolojik alanda; kronik ağrı, fiziksel harekette bozulma,

yorgunluk, benlik kavramı alanında; anksiyete, beden imgesinde değişiklik, bilgi eksikliği, rol fonksiyonu alanında; etkisiz rol performansı ve aile içi ilişkilerde bozulma, karşılıklı etkileşim alanında ise; sosyal etkileşimde bozulma hemşirelik tanıları konularak hedefler belirlenmiş ve girişimler uygulanmıştır. Oluşturulan hemşirelik süreci ile kronik bir hastalık olan RA’de hemşirelik bakımının başarısı hasta uyumu ile sağlanmıştır. Bu doğrultuda RAM’nin, RA’li hastalarda kullanılmasının uygun olduğu söylenebilir.

### **KAYNAKLAR**

1. Naylor M.D. Nursing intervention research and quality of care: influencing the future of healthcare. *Nursing Research* 2003; 52(6): 380-385.
2. McCurry M.K, Revel M.H, Roy C. Knowledge for the good of the individual and society: linking philosophy, disciplinary goals, theory and practice. *Nursing Philosophy* 2009;11(1): 42-52.
3. Birol L.(ed). Hemşirelik Süreci: Hemşirelikle İlgili Kuramlar. Genişletilmiş 6. Baskı. Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir-2004. ss: 451-52.
4. Fawcett J. Contemporary nursing knowledge analysis and evaluation of nursing models and theories. Second Edition. F.A. Davis Company, Philadelphia-2005. pp: 27.
5. Gigliotti E. The value of nursing models in practice. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergi.* 2008;1(1):42-50. <http://deuhyoedergi.xml.com/20080702.pdf>. 2 Şubat 2012: İnternet adresine atıf.
6. İsbir G.G, Mete S. Hemşirelik Bakımında Model Kullanımına Bir Örnek: Bulantı-kusma sorunu olan bir gebenin Roy uyum modeline göre incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergi.* 2009;2(2):75-86. [http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18283/75-86\\_pdf.pdf](http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18283/75-86_pdf.pdf), 2012.
7. Vicdan A.K. Hemşirelik bakımında model kullanımına bir örnek: Modifiye radikal mastektomi olmuş bir bayanın, Roy’un adaptasyon modeline göre incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010; 2(3): 106-119.
8. George J.B. (ed.). *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice.* 2th Prentice Hall, 1985: 300-318.
9. Tomey A.M, Alligood MR. *Nursing Theorists and Their Work.* Elsevier, Mosby Company. 5th edition. 2002: 14, 269-298.

- 10.Freeman S.M, Freeman A. Cognitive Behavior Therapy in Nursing Practice. Siproinger, 2006; 3-29, 373-410.
- 11.Roy C. The Roy Adaptation Model. New Jersey Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health. 3rd edition. 2009: 35-50.
- 12.Figen P.S, Mete S. Uyum modeli ve sosyal bilişsel öğrenme kuramının doğum öncesi eğitimde kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergi. 2009;1(1):57-68. [http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18284/57-68\\_pdf.pdf](http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18284/57-68_pdf.pdf), 2012.
- 13.Minnock P, FitzGerald O, Bresnihan B. Women with established rheumatoid arthritis perceive pain as the predominant impairment of health status. Rheumatology. 2003; 42(8): 995-1000.
- 14.Dolar E (ed.), Ersoy A. İç Hastalıkları: Romatoid artrit. Güneş & Nobel Kitabevleri, İstanbul-2005. ss: 744.
- 15.Karadakovan A, Aslan FE (ed.), Memiş S. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım: Romatizmal Hastalıklar. Nobel Kitabevleri. Adana. 2010: 16 (60). ss:1359-1363.
- 16.Hatemi G, Yazıcı H. Romatoid artrit kliniği. Türkiye Klinikleri Journal Internal Medicine Science 2006; 2(25); 12-17.
- 17.Kaya T, Karatepe AG, Günaydın R, Türkmen G, Özbek G. Romatoid artritli hastalarda yaşam kalitesi: Hastalık aktivitesi, fonksiyonel durum ve sağlık durumu ile ilişkisi. Turkish Journal of Rheumatol 2007; 22(4): 119-122.
- 18.Sivas F, Aktekin LA, Eser F, Yurdakul FG, Öksüz E, Özorun K, Bodur H. Comparative results of DAS 28 and quality of life in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia. Turkish Journal of Rheumatol 2010; 25(4): 179-183.
- 19.Furner SE, Hootman JM, Helmick CG, Bolen J, Zack MM. Health-related quality of life US adults with arthritis: Analysis of data from the behavioral risk factor surveillance system, 2003, 2005, 2007. Arthritis Care\_&\_Research 2011; 63(6): 788-799.
- 20.Dıraçoğlu D. Romatoid artritte tamamlayıcı-alternatif tıp yöntemleri. Turkish Journal of Rheumatol 2007; 22(1): 24-30.
- 21.Meadows A. Prescribing and injecting: The expanding role of the rheumatology nurse. Musculoskeletal Care 2005; 3(3): 176-178.
- 22.Hill J. Adherence with drug therapy in the rheumatic diseases. Part one: A review of adherence rates. Musculoskeletal Care 2005a; 3(2): 61-73.



23.Hill J. Adherence with drug therapy in the rheumatic diseases. Part two: A measuring and improving adherence. *Musculoskeletal Care* 2005b; 3(3): 143-156.

24.Sezgin D, Mert H. Hastalık modifiye edici antiromatizmal ilaç tedavisi alan bireylerin tedavi algılarının uyuma etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergi.* 2010; 3(1): 2-8. [http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18280/2-8\\_pdf.pdf](http://www.deu.edu.tr/UploadedFiles/Birimler/18280/2-8_pdf.pdf), 2012.

25.Akbayrak N, İlhan SE, Ançal G, Albayrak N (ed.), Tel H. Hemşirelik Bakım Planları (Dahili-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-Sosyal Boyut): Romatoid artrit. *Alter Yayıncılık.* Ankara. 2007. ss: 398-407.

26.Birol L. (ed). Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım: Açıklanan Hemşirelik Tanıları. *Etki Yayınları,* İzmir-2011a. ss: 334-335.

27.Akdemir N, Birol L (ed.), Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı: Eklem ve Bağ Dokusu Hastalıkları Hemşirelik Bakımı. *Sistem Ofset,* Ankara- 2011b. ss: 733-735.

28.Enç N, Can G. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Öğrenci Eğitim Modülü. 1. Baskı. *Nobel Tıp Kitabevleri,* İstanbul-2012: 143.

29.Aslan H, Karaköse H, Soy M, Alparslan N.Z. Romatoid aritri olan kadın hastalarda beden algısı, benlik saygısı, aleksitimi, depresyon ve kaygı. *Düşünen Adam* 1999; 9(4): 23-27.

30.Turan Y, Kocağa Z, Koçyiğit H, Gürkan A, Bayram KB, İpek S. Correlation of fatigue with clinical parameters and quality of life in rheumatoid arthritis. *Turkish Journal of Rheumatol* 2010: 25(2): 63-67.

31.Durna Z, Akın S, Özdilli K. İç Hastalıkları Hemşireliği Uygulama Rehberi. 1. Baskı. *Nobel Tıp Kitabevi,* İstanbul-2011: 235.

32.Moyet-Carpenito LJ. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. (Erdemir F, Çev.) *Nobel Tıp Kitabevleri.* İstanbul. Türkçeleştirilmiş 2. Baskı, 2005: 59-60, 114-115, 359-361.

33.Gignac M, Backman C.L, Kaptein S, Lacaille D, Beaton D.E, Hofstetter C. et al. Tension at the borders: perceptions of role overload, conflict, strain and facilitation in work, family and health roles among employed individuals with arthritis. *Rheumatology* 2012: 51: 324-332.

34.Braakman L.M, Taal E, Kuper I.H, Laar M.A.F. Pruductivity loss due to absenteeism and presenteeism by different instruments in patients with RA and subjects without RA. *Rheumatology* 2012; 51(51): 354-361.

## Hematolojik Kanserli Hastaların Kemoterapiye Bağlı Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları

Sevilay HİNDİSTAN<sup>1</sup>, Dilek ÇİLİNGİR<sup>1</sup>,  
Nesrin NURAL<sup>2</sup>, Ayla AKKAŞ GÜRSOY<sup>2</sup>

### ÖZET

Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki bu araştırma hematolojik kanserli hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları belirlemek amacı ile yapılmıştır. Çalışmaya hematolojik kanserli 82 hasta dahil edilmiştir. Veriler, Hasta Bilgi Formu kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdelik kullanılmıştır. Araştırma kapsamına alınan hastaların %65.9'u lenfoma ve %34.1'i lösemi tanısına sahiptir ve %78.0'inin kemoterapi süresi 1 yıldan azdır. Hastaların %37.9'u 60 yaş ve üzerinde, %62.1'i 60 yaşın altında, %65.9'u erkek, %34.1'i kadın, %80.5'i evli, %31.7'si ilköğretim mezunu, %31.7'si memur, %39'u ilçede, %57.3'ü eş ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır. Hastaların kemoterapi nedeni ile en sık yaşadığı semptomların yorgunluk (%97.5), ağız içinde yara/kanama (%84.1), bulantı-kusma (%79.2), alopesi (%62.1), kilo kaybı (%60.9), ağrı (%53.6), ateş (%39.8) ve konstipasyon (%19.5) olduğu saptanmıştır. Hastaların bu semptomlara yönelik öncelikli uygulamalarının sırası ile "gün içinde kendilerine dinlenmek için zaman ayırma, gargara yapma, antiemetik kullanma, eşarp, bere ve şapka takma, günde üç ana üç ara öğün yeme, analjezik kullanma, ılık banyo yapma ve lif içeren yiyeceklerden yeme" olduğu bulunmuştur. Hastaların kemoterapi nedeni ile yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamaları literatür ile uyumlu bulunmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Kanser, Kemoterapi, Semptom

<sup>1</sup>Yrd. Doç. Dr; KTU.Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

<sup>2</sup>Doç. Dr; KTU. Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

**İletişim/ Corresponding Author: Sevilay HİNDİSTAN**

**Tel:** 06422300476 **e- posta:**sevilayhindistan69@yahoo.com

Geliş Tarihi / Received : 28.03.2012

Kabul Tarihi / Accepted : 24.05.2012

## **APPLICATIONS OF PATIENTS WITH HEMATOLOGIC CANCERS FOR EXPERIENCED SYMPTOMS DUE TO CHEMOTHERAPY**

### **ABSTRACT**

The cross-sectional and descriptive study was carried out to determine their applications for their symptoms due to chemotherapy in patients with hematologic cancer. This study included 82 patients with hematologic cancer. Patient Data Form was used in order to collect the data. The data were evaluated with using number and percentage. The patients who were included this study was found that 65.9% of the patients was diagnosed as lymphoma and 34.1% as leukemia and 78.0% were duration of chemotherapy is less than one year. It was also detected that 37.9% of the patients were 60 years or older, 62.1% were under the age of 60, 65.9% were men, 34.1% were women, 80.5% were married, 31.7% graduated from primary school, 31.7% were civil servants, 39.0% lived in country, and 57.3% lived with their spouses and childrens.

The most common symptoms experienced by the patients due to chemotherapy were found to be fatigue (97.5%), sore/bleeding in mouth (84.1%), nausea/vomiting (79.2%), alopecia (62.1%), weight loss (60.9%), pain (53.6%), fever (39.8%) and constipation (19.5%). The primary applications of the patients for these symptoms were found to be respectively “time to devote themselves to rest during the day, mouth washing, using antiemetics, using scarves, berets and hats, eating three main meals and a three haltime meals a day, using analgesics, taking a warm bath, eating foods that contain fiber”. It was found that these applications for experienced symptoms due to chemotherapy in patients with hematologic cancer were consistent with the literature.

**Key words:** Cancer, Chemotherapy, Symptom

## GİRİŞ

Kanser, dünyada hemen her ülkede morbidite ve mortalite oranları açısından önde gelen sağlık sorunlarından biridir (1). Kanserın sınıflandırılması; kanser tanısı kesinleştikten sonra hastalığın boyutlarını tanımlamanın yanında tedavinin planlanmasında, prognozun belirlenmesinde ve değişik tedavi yaklaşımlarının kararlaştırılmasında yardımcı olan bir süreçtir (2). Dünya Sağlık Örgütü lösemi ve lenfoma gibi hematolojik kanserlerin artacağını belirtmektedir (1).

Günümüzde kemoterapi alan hastaların kemoterapinin yan etkilerine ilişkin sıkıntılar yaşadığı gözlenmektedir ve bu durum onkoloji alanında çalışan sağlık ekibi üyeleri için öncelikli bir konuyu oluşturmaktadır. Kanser tedavi yöntemlerinden biri olan kemoterapi, hastanın normal hücrelerine zarar vermeden özellikle çoğalan hücrelere karşı seçici öldürücü etkileri olan, doğal veya sentetik kimyasal ve biyolojik ajanlarla yapılan tedavi şeklidir. İlaçlar kanserli hücrelerin gelişmesini ve çoğalmasını önlediği gibi normal (barsak ve ağız mukoza epitelyumu, kemik iliğinin hematopoietik hücreleri, kıl folikülü hücreleri vb) hücrelerin de gelişip çoğalmasını önlemektedir (2).

Kanserın ilerlemesi, kanser tedavisi ve tedavi toksisitesi bedenın tüm sistemleri üzerinde lokal ve sistemik önemli etkiler yaratmaktadır (1). Bu nedenle kanser tedavisinde kullanılan kemoterapötikler tedavi etmenin yanında ağrı, yorgunluk, bulantı-kusma, iştahsızlık, ağızda yara, konstipasyon gibi fiziksel semptomlara yol açmaktadır (2).

Kanser görülme sıklığının artmasıyla kemoterapinin ağır yan etkilerine bağlı oluşan semptomları hafifletmeye yönelik hemşirelik bakım uygulamaları hız kazanmıştır (2). Hemşirelik bakımında kemoterapi nedeni ile ortaya çıkan komplikasyonları önleme, semptomları erken dönemde belirleme ve semptom kontrolü önem taşımaktadır (1). Kanser hastalarının biyopsikososyal bir varlık olarak sosyal çevreleri ve aileleri ile birlikte bütüncül değerlendirilerek özellikle tıbbi ve psikososyal sorunların çeşitliliği göz önüne alınarak semptomların değerlendirilmesi önemlidir (2,4). Bu nedenle hemşirelik girişimlerinin yaşamsal olduğu ve kemoterapi nedeni ile ortaya çıkan bu semptomlar hafifletilmedikçe az sayıda hastanın tedavisini sürdürmede istekli olduğu bildirilmektedir (2, 3).

Kanser hastalarının genellikle durumu hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığı ve bakımına aktif olarak katılmadığı gözlenmektedir. Kanserli hastalar, sık sık kendi yetenek ve bilgileri içinde yer almayan yeni gereksinimlerle karşılaşmaktadır ve bu nedenle de eğitim ve danışmanlığa her zamankinden daha fazla gereksinim duymaktadırlar (1). Hemşireler hastaların sağlıklarını yeniden kazanmaları ve korumaları için sağlık bakımına yönelik

uygulamaları ile ilgili öğrenmelerine yardım etmeli ve hastaların gereksinimlerini saptadıktan sonra bakımını bireyin sınırlılıkları ile baş edebileceği, mevcut yeteneklerini geliştirebileceği biçimde düzenlemeli, bireyi kendi bakımına dahil etmelidir (1, 4, 5). Bunun için öncelikle hastaların yaşadıkları semptomları gidermeye / azaltmaya yönelik kendi yaptığı uygulamaların belirlenmesi önemlidir. Kemoterapi alan hastaların semptomlarının giderilmesine / azaltılmasına ilişkin kendi yaptığı uygulamalarını belirlemek, hastaların bireysel bakım ve tedavilerinin planlanmasına, bireyin öz bakımını yapabilme yeteneğine ve tedaviye uyumuna katkı sağlayacaktır.

### **MATERYAL ve METOT**

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farabi Hastanesi kemoterapi ünitesinde Ağustos 2008-Şubat 2009 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce ilgili kurumdan izin alınmıştır. Ayrıca hastalara araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve onayları alınmıştır. Araştırmanın örnekleme 2008-Şubat 2009 tarihleri arasında kemoterapi ünitesine başvuran, hematolojik kanser (lösemi, lenfoma) tanısı alan, iletişim güçlüğü olmayan, 18 yaş ve üzeri ve araştırmaya katılmayı kabul eden 82 hasta dahil edilmiştir. Veriler, hasta bilgi formu kullanılarak toplanmıştır.

**Hasta Bilgi Formu;** araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatür rehberliğinde oluşturulmuş olup, kişisel ve hastalıkla ilgili değişkenleri içermektedir (1,5).

**Kişisel özellikler bölümünde;** yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvencenin olup olmadığı, en uzun yaşanan yer, birlikte yaşanan kişiler sorgulanmaktadır.

**Hastalığa ilişkin özellikler bölümünde;** hematolojik kanser türü, ne kadar süredir bu tanıya sahip olduğu, kemoterapi süresi, kemoterapi nedeni ile en sık yaşadığı semptomlar ve bu semptomları gidermeye/azaltmaya yönelik yaptığı uygulamalar sorgulanmaktadır.

Hasta Bilgi Formu uygulanmadan önce ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama kemoterapi ünitesinde hematolojik kanserli hastalara kemoterapi öncesi uygulanmıştır (n=20 hasta). Ön uygulama sonrası hasta bilgi formunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. Ön uygulama grubu çalışmaya dahil edilmemiştir.

Hasta bilgi formu hastalarla yüz yüze görüşme yapılarak doldurulmuştur. Formun doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzdeler kullanılmıştır.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

Hematolojik kanserli hastaların kişisel ve hastalığa ilişkin özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastaların %37.9’u 60 yaş ve üzerinde, %62.1’i 60 yaş altında, %65.9’u erkek, %34.1’i kadın, %80.5’i evli, %31.7’si ilköğretim mezunu, %31.7’si memurdur. Hastaların tamamının sosyal güvencesi vardır. Hastaların %39’u ilçede, %57.3’ü eş ve çocukları ile birlikte yaşamaktadır.

Hastaların %65.9’u lenfoma ve %34.1’i lösemi tanısına sahiptir ve %78.0’inin kemoterapi süresi 1 yıldan azdır (Tablo 1).

Çalışma grubumuzdaki hastaların çoğunluğunu erkekler oluşturmaktadır ve %37.9’u 60 yaş ve üzerindedir. Literatürde lenfomaların erkeklerde özellikle ortalama 40 yaş ve üzerinde daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Aynı şekilde lösemilerin de erkeklerde kadınlardan üç kat daha sık görüldüğü ve insidansının 60 yaş üstünde en yüksek olduğu bildirilmektedir (6). Çalışma bulgularımızla benzer şekilde Gürel’in kanserli hastalarla yaptığı çalışmasında da hastaların tamamının sosyal güvencesinin olduğu, %36’sının ilköğretim mezunu, %76.7’sinin evli, %53.3’ünün ilçede, %59.3’ünün eş ve çocukları ile birlikte yaşadığı ve %41.3’ünün 6 ay ve üzeri kemoterapi aldığı belirlenmiştir (7).

Kanserli bireyin fiziksel görünümü ve bedensel işlevlerini etkileyen, bedeni ile ilgili kontrol duygusunu ortadan kaldıran yorgunluk, stomatit, ağrı, bulantı, kusma ve alopesi gibi bedensel sorunların kanser nedeni ile ortaya çıkan diğer sorunlar arasında önemli yeri vardır. (1). Araştırma kapsamına alınan hastaların en fazla yorgunluktan (%97.5) yakındığı belirlenmiştir. Kemoterapi alan hastaların yüksek oranda (%85) yorgunluk yaşadığı bildirilmektedir (8). Ayrıca rahatsızlık derecesi hafifletilemeyen semptomların da yorgunluğu artırabileceği vurgulanmaktadır (9). Bu semptomun giderilmesine yönelik yorgunluk yaşayan hastalarımızın %61.2’si gün içinde dinlenmek için kendilerine zaman ayırdıklarını, %46.2’si ise günlük aktivitelerini kısıtladıklarını belirtmişlerdir. Kemoterapi nedeni ile ortaya çıkan diğer semptomların (stomatit, iştahsızlık, kilo kaybı vb) bireyin özbakım yetenekleri üzerinde kuvvetsizlik ve yorgunluk etkisi yarattığı; kuvvetsizlik ve yorgunluğun ise öz-bakım aktivitelerini azaltan en önemli faktörler olduğu belirlenmiştir. Genellikle hastalar bu durumlarda enerji tüketimlerini farklı şekillerde sınırlama yolunu seçmektedirler. Birey yapacağı aktiviteleri planlamakta, gereksiz aktivitelerini azaltmakta ve özellikle evin idaresi gibi konularda aile üyelerine daha fazla gereksinim duymaktadır (1).

**Tablo 1. Hastaların Kişisel ve Hastalığa İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=82)**

Özellikler	n	%
<b>Yaş</b>		
18-39	24	29.2
40-59	27	32.9
60 ve ↑	31	37.9
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	28	34.1
Erkek	54	65.9
<b>Medeni durum</b>		
Evli	66	80.5
Bekar	16	19.5
<b>Eğitim durumu</b>		
Okuryazar değil	5	6.1
Okuryazar	14	17.1
İlköğretim	26	31.7
Lise	28	34.1
Üniversite	9	11.0
<b>Meslek</b>		
Memur	26	31.7
İşçi	12	14.6
Serbest meslek	17	20.7
Ev hanımı	22	26.8
Öğrenci	5	6.1
<b>Sosyal güvence</b>		
Var	82	100.0
Yok	-	-
<b>Yaşanılan yer</b>		
İl	23	28.0
İlçe	32	39.0
Köy	27	32.9
<b>Birlikte yaşanılan kişiler</b>		
Yalnız	3	3.7
Eşi ile	12	14.6
Eş ve çocuklar	47	57.3
Geniş aile	20	24.4
<b>Kanser türü</b>		
Lösemi	28	34.1
Lenfoma	54	65.9
<b>Kemoterapi süresi</b>		
1 yıldan az	64	78.0
1-2 yıl	18	22.0

Barsevick ve arkadaşları (2002) kanser tedavisi ile ilgili yorgunluğu azaltmada enerjiyi gereksiz harcamama ve aktivite yönetiminin etkili olduğunu bulmuştur (10).

**Tablo 2. Hastaların Kemoterapi Nedeni İle Yaşadıkları Semptomlara Yönelik Uygulamaları (n=82)**

Semptomlar ve uygulamalar	Sayı*	%
<b>Yorgunluk</b>	<b>80</b>	<b>97.5</b>
Gün içinde dinlenmek için zaman ayırıyorum	49	61.2
Günlük aktivitelerimi kısıtlıyorum	37	46.2
Günde 8 saat uyuyorum	30	37.5
Beslenmeme dikkat ediyorum	19	23.7
<b>Ağız içinde yara/ kanama</b>	<b>69</b>	<b>84.1</b>
Gargara yapıyorum	29	42.0
Yemek sonrası ve yatarken ağız temizliği yapıyorum	28	40.5
Ağız çevresi ve dudaklara yumuşatıcı sürüyorum	11	15.9
Ağız bakımı için yumuşak materyal kullanıyorum	10	14.4
Sert şekilde burun temizliği yapmıyorum	6	8.6
<b>Bulantı/ kusma</b>	<b>65</b>	<b>79.2</b>
Antiemetik kullanıyorum	54	83.0
Sık ağız bakımı yapıyorum	32	49.2
Evimin temiz ve kokusuz olmasına dikkat ediyorum	16	24.6
Az az ve sık sık yiyorum	9	13.8
Yemeklerden sonra dinleniyorum	9	13.8
<b>Alopesi</b>	<b>51</b>	<b>62.1</b>
Eşarp, bere ve şapka takıyorum	23	45.0
Herhangi bir şey yapmıyorum	28	54.9
<b>Kilo kaybı</b>	<b>50</b>	<b>60.9</b>
Günde üç ana ve üç ara öğün yiyorum	29	58.0
Sevdiğim yiyeceklerden yemeye çalışıyorum	22	44.0
Kilomu kontrol ediyorum	16	32.0
<b>Ağrı</b>	<b>44</b>	<b>53.6</b>
Analjezik kullanıyorum	38	86.3
Masaj yaptırıyorum	16	36.3
Sıcak uygulama yapıyorum	15	34.0
Soğuk uygulama yapıyorum	13	29.5
<b>Ateş</b>	<b>32</b>	<b>39.8</b>
Ilık banyo yapıyorum	22	68.7
Ateşimi ölçüp takip ediyorum	15	46.8
Antipiretik kullanıyorum	9	28.1
<b>Konstipasyon</b>	<b>16</b>	<b>19.5</b>
Lif içeren yiyeceklerden yiyorum	8	50.0
Günde iki litre sıvı almaya çalışıyorum	7	43.7
Gün içinde hareketsiz kalmamaya çalışıyorum	6	37.5

\*Yüzdeler semptom yaşayan kişi sayısı üzerinden alınmıştır ve birden fazla yanıt verildiği için n sayısı katlanmıştır.



Hastaların %84.1'inin ağız içinde yara/kanaması vardır. Ağız içi yaralar (stomatit) kemoterapi alan hastalarda en sık görülen semptomlardan biridir (11). Bu semptoma yönelik hastaların %83'ü gargara yaptığını, %49.2'si sık ağız bakımı yaptığını ifade etmiştir. Hastaların bu semptomlarına yönelik uygulamaları literatürle uyumludur (11).

Hastaların %79.2'si bulantı-kusma deneyimlemektedir. Kanserli hastaların kemoterapi nedeni ile bulantı-kusma semptomu yaşayabileceği belirtilmektedir (1, 4, 11). Kontrol edilmesi güç olan bulantı semptomunun kontrolü ile ilgili hastaların kemoterapi öncesinde sahip oldukları kişisel özbakım becerilerinin önemi vurgulanmıştır (12). Ayrıca kemoterapi alan hastaların bilgi gereksinimlerinin en fazla bulantı ve beslenme semptomlarına yönelik olduğu saptanmıştır (4). Kanserli hastaların bulantılarına yönelik hemşirelik bakım girişimlerinde antiemetik ilaç kullanımı ve sık ağız bakımı önerilmektedir (3,11). Literatürle uyumlu olarak bulantı-kusma deneyimleyen hastaların %83'ü öncelikli olarak antiemetik kullandıklarını, %49.2'si sık ağız bakımı yaptıklarını belirtmişlerdir. Antiemetikler, bulantının daha az yaşanmasına ve hastaların rahatlamasına neden olmaktadır (13).

Kemoterapiye bağlı olarak gelişen alopesi, beden imajında oldukça önemlidir. Alopesi hastalar için travmatik olabilmekte ve anksiyete yaşamalarına neden olmaktadır. Birçok uzmana göre saçların varlığı fiziki görünüme ve beden imajına yardımcıdır. Alopesi ise bireyin hastalığını çevresindeki insanların anlamasını kolaylaştırdığı için anksiyeteyi daha da artırabilmektedir (1). Hastalarımızın %62.1'i alopesi deneyimlemiştir. Alopesi deneyimleyen hastaların %45'i başlarına eşarp, bere ve şapka taktıklarını ifade etmişlerdir. Kanserle ilgili çalışmalarda kemoterapi alan hastalarda ortaya çıkan alopesi için eşarp, şapka, bone, peruk gibi değişik materyallerin hastalara önerilebileceği belirtilmektedir (11, 14, 15). Alopesi deneyimleyen hastalarımızın da yarıya yakını bu materyalleri kullanmaktadır. Ancak hastaların %54.9'u alopesi için herhangi bir şey yapmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum hastaların durumunu kabullendiğini, hastalığına ve tedavisine uyum sağladığını düşündürmektedir.

Kanserli hastalarda görülen kilo kaybı; iştahsızlık, stomatit, bulantı-kusma, aktivite azlığı ve kemoterapötikler nedeni ile ortaya çıkmaktadır. Çalışmamızdaki hastaların %60.9'u kilo kaybını deneyimlemiştir. Kilo kaybının hastaların fonksiyonel durumlarını daha da kötüleştirdiği belirtilmektedir (16). Kilo kaybını deneyimleyen hastaların %58'i bu durumla baş edebilmek için günde üç ana üç ara öğün yediklerini, %44'ü sevdiği yiyeceklerden yemeye çalıştıklarını, %32'si ise kilosunu takip ettiklerini ifade etmişlerdir. Hastaların kilo

kaybı ile mücadele ettiklerini ve kilo kaybı yaşayan hastalara önerilen uygulamaları yaptıklarını görmekteyiz.

Kemoterapi alan hastaların %53.6'sı ağrılarının olduğunu ifade etmiştir. Kanseri ilerlemiş aşamada olan hastaların yaklaşık %50-80'i hastalıklarının seyri sırasında ağrı yaşamaktadırlar (7). Ağrı, tüm kanser türlerinde bireyin öz-bakım gücünü azaltan, yaşam kalitesini önemli düzeyde etkileyen semptomlardan biridir (1). Kanser hastalarında ağrının olması, fonksiyonel yetenek, sosyal ve emosyonel iyilik durumunu engellemektedir. Ağrının sıklığı, farklı semptomlara yol açarak fiziksel ve sosyal fonksiyonlara zarar vermektedir (13). Bu nedenle ağrının nedeninin belirlenmesi, etkin baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi ve ağrının giderilmesi önemlidir (1). Hastalar ağrılarını gidermeye yönelik öncelikli olarak analjezik kullandıklarını (%86.3) ifade etmişlerdir. Kanser ağrısının hastaların tamamında belirgin olarak yönetilememekte olduğu bildirilmektedir (17). Bizim çalışma sonucumuz da bu çalışma sonucu ile paralellik göstermektedir. Zira hastaların ağrı gidermede ilk seçeneklerinin analjezik olduğunu görmekteyiz. Hastaların %36.3'ü masaj yaptırdığını, %34'ü sıcak uygulama ve %29.5'i soğuk uygulama yaptığını ifade etmiştir.

Lösemi hastalarındaki ölümlerin yaklaşık %70'inden enfeksiyonlar sorumlu tutulmaktadır. Enfeksiyonun en önemli belirtisi olan ateş özellikle nötropenik hastalarda enfeksiyonun en önemli hatta bazen tek bulgusudur (18). Çalışma kapsamındaki hastaların %39.8'i ateş deneyimlemekte ve buna yönelik ılık banyo yaptıklarını (%68.7), ateşlerini ölçüp takip ettiklerini (%46.8) ve antipiretik kullandıklarını (%28.1) ifade etmişlerdir. Bu uygulamalar hastaların ortaya çıkabilecek semptomu kendisini hazırlayarak, uygun özbakım yaklaşımlarında bulunması ile açıklanabilir. Ancak ateş deneyimleyen hastalarımızın sayısının azlığını literatürde belirtilen özellikle nötropenik hastalarda akut inflamatuvar yanıtın en önemli elemanı olan nötrofillerin sayısının azlığı ve akut faz reaktanları ve endojen pirojenlerin yeterince oluşturulamaması nedeni ile enfeksiyonun silik belirtilerle seyredebileceği şeklinde de açıklayabiliriz (18, 19).

Hastaların %19.5'i konstipasyon deneyimlemektedir. Konstipasyonun kemoterapinin nörotoksik etkisi, narkotik ajanların kullanımı, hareketsizlik, yeme alışkanlığında değişiklikler, dehidratasyon, hipokalsemi nedenleri ile geliştiği belirtilmektedir (11). Ünsar ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kemoterapi alan hastaların %50'sinin konstipasyon deneyimlediği belirlenmiştir (11). Ancak konstipasyon, çalışmamızda hastaların en az deneyimlediği semptom olarak bulunmuştur. Kemoterapi alan hastalarda kemoterapinin neden olduğu konstipasyonun giderilmesi/azaltılması için buna yönelik uygulamalarla ilgili olarak

bilinçli davranmalarının etkili olduğu belirtilmektedir (19, 20, 21). Çalışmamızda konstipasyon deneyimleyen hastaların %50.0'si lifli yiyecekler yediklerini, %43.7'si günde 2 litre sıvı almaya çalıştıklarını ve %37.5'i gün içinde hareketsiz kalmamaya çalıştıklarını belirtmişlerdir. Literatürde konstipasyonu gidermeye/azaltmaya yönelik lifli yiyecekler, sıvı alımı ve hareket etme gibi uygulamaların doğru uygulamalar olduğu ifade edilmektedir (11, 15).

Sonuç olarak araştırmamızdaki hematolojik kanserli hastaların en sık yaşadığı semptomların sırası ile yorgunluk, ağız içinde yara/kanama, bulantı kusma, alopesi, kilo kaybı, ağrı, ateş ve konstipasyon olduğu belirlenmiştir. Hastaların bu semptomları gidermeye/azaltmaya yönelik öncelikli olarak gün içinde dinlenmeye zaman ayırdıkları, gargara yaptıkları, antiemetik kullandıkları, eşarp, bere ve şapka taktıkları, günde üç ana üç ara öğün yedikleri, analjezik kullandıkları, ılık banyo yaptıkları ve lif içeren yiyeceklerden yedikleri saptanmıştır. Hastaların kemoterapiye bağlı yaşadıkları semptomlara yönelik uygulamalarının literatürle uyumlu olduğu bulunmuştur.

## **KAYNAKLAR**

1. Kara B, Fesci H. Kanserde öz-bakım ve yaşam kalitesi. Hematoloji-Onkoloji 2004;6(4):124-29.
2. Sadırlı S.K, Ünsar S. Kanserli hastalarda Edmonton Semptom Tanılama Ölçeği (ESTÖ): Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009;4(1):79-95.
3. Yeşilbalkan Ö.U, Akyol A.D, Çetinkaya Y, Altın T, Ünlü D. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;21(1):13-31.
4. Aslan Ö, Vural H, Kömürcü Ş, Özet A. Kemoterapi alan kanser hastalarına verilen eğitimin kemoterapi semptomlarına etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(1):15-28.
5. Docherty A. Experience, function and benefits of a cancer support group. Patient Education Counselling 2004;55(1):87-93.
6. Holzner B, Kemmler G, Kopp M, Nguyen-Van-Tam D, Sperner-Unterweger B, Greil R. Quality of Life of patients with chronic lymphocytic leukemia. European Journal of Haematology 2004;72(6):381-386.

7. Gürel D.K. Yüksek Lisans Tezi; “Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi erişkin onkoloji, hematoloji kliniklerinde kemoterapi uygulanan hastaların yaşam kalitesi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi”. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Gürsel Öztunç. Adana – 2007.

8. Mooney K.H, Beck S.L, Friedman R.H, Farzanfar K. Telephone linked care for cancer symptom monitoring. *Cancer Practice* 2002;10(3):147-154.

9. Cimprich B, Ronis DL. Attention and symptom distress in women with and without breast cancer. *Nursing Research* 2001;50(2):86-94.

10. Barsevick A.M, Whitmer K, Sweeney C, Nail L.M. A pilot study examining energy conservation for cancer treatment-related fatigue. *Cancer Nursing* 2002;25(5):333-341.

11. Ünsar S, Fındık Ü.Y, Kurt S, Özcan H. Kanserli hastalarda evde bakım ve semptom kontrolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007;2(5):89-106.

12. Craddock R.B, Adams P.F, Usui W.M, Mitchell L.R. An intervention to increase use and effectiveness of selfcare measures for breast cancer chemotherapy patients. *Cancer Nursing* 1999;22(4):312-319.

13. Bektaş H.A, Akdemir N. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumlarının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2006;26:488-499.

14. Moyet C.J.L. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Çeviren: F. Erdemir, Nobel Tıp Kitabevleri, 2005:492-495, İstanbul.

15. Kav S. 13. Onkoloji Hemşireliği Kursu Tedavi Yöntemleri-I. Onkoloji Hemşireliği Derneği 2001:61-75, Ankara.

16. Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanserli bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi* 2008;23(3):132-139.

17. Kim J.E, Dodd M, West C. The PRO-SELF Pain control programme improves patients knowledge of cancer pain management. *Oncology Nursing Forum* 2004;31(6):1137-1143.

18. Karahocagil M.K, Buzğan T, Irmak H, Evirgen Ö, Demir C, Durmuş A ve ark. Akut lösemili hastalarda nötropenik ateş ataklarının değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi* 2002;9(4):104-108.

19. Swan R. The nurses' role in bowel awareness. *Nursing Times* 2002;98(14):42-43.

20. Brown J.K. A systematic review of the evidence on symptom management of cancer-related anorexia and cachexia. *Oncological Nursing Forum* 2002;29(3):517-530.

**21.** Kav S. Doktora Tezi; “Kanser tedavisinin yan etkilerinin kontrolüne özbakım modelinin etkisi”. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Nuran Akdemir. Ankara – 2003.

## ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN GENEL SAĞLIK ÖLÇÜMLERİNİN DEĞİŞİM AŞAMALARINA GÖRE DEĞERLENDİRİLMESİ\*

Zeynep GÜNGÖRMÜŞ<sup>1</sup>, Elanur YILMAZ KARABULUTLU<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu araştırma üniversite öğrencilerinin değişim aşamalarına göre genel sağlık ölçümlerinin değerlendirilmesi amacıyla Şubat-Mayıs 2011 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Atatürk Üniversitesi'nde öğrenim gören 779 gönüllü öğrenci çalışma kapsamına alınmıştır. Bu öğrenciler olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gönüllülerin seçimi örnekleme yöntemi ile çalışmaya dahil edilmiştir. Değişim aşamalarına göre 10 sağlık davranışı incelendiği zaman; öğünlerinde yağdan sakınmada öğrencilerin %39,2'sinin, lifli gıda tüketiminde %65,7'sinin, ideal kiloya gelmek için çabalamada %33,1'inin, haftada üç kez en az 20 dakikalık egzersiz yapmada %29'unun, güneşten sakınmada %31,7'sinin, günlük yaşamdaki stresi azaltmada % 48,7'sinin, kanserin uyarıcı belirtileri yönünden kendi vücudunu incelemede %36,2'sinin, sürekli emniyet kemeri kullanmada bireylerin %40,4'ünün “düşünmeme”, 15 dakikadan daha fazla güneşte kalındığında güneş koruyucu kullanmada ise %42,9'unun “devam ettirme” aşamasında oldukları bulunmuştur. Ayrıca bireylerin %65'i hiç sigara içmemiş, içen bireylerin %14,1'i sigara bırakmışlığı “devam ettirme” aşamasındadır. Sonuç olarak, bu öğrencilerin en az altı ay süreyle güneş koruyucusu kullanmalarına ve sigarayı bırakmalarına rağmen, diğer olumsuz sağlık davranışlarından vazgeçmeyi düşünmedikleri belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Genel Sağlık İncelemesi, Değişim Aşamaları, Üniversite Öğrencisi, Hemşirelik

## ASSESSING THE GENERAL HEALTH SURVEYS OF UNIVERSITY STUDENTS ACCORDING TO THE STAGES OF CHANGE

### ABSTRACT

The purpose of this descriptive study conducted between February-May 2011 was to assess the general health surveys of university students according to the stages of change. In study the 779 students attending at Atatürk University voluntarily participated. These students were included in the study by selection of volunteers sampling method which is one of the nonprobability sampling methods. When examining 10 health behaviors according to the stages of change, results of the study concluded that majority of individuals was in the stages of “precontemplation”, in terms of the behaviors of using seat belts (40,4%), avoiding fat (39,2%), eating fiber (65,7%), losing weight (33,1%), exercising (29%), avoiding sun (31,7%), reducing stress (48,7%) and self-exam (36,2%) and they were in the stages of “maintenance”, in terms of the behaviors of using sunscreen against the sunrays (42,9%). Additionally, while 65% of individuals were non-smokers, 14,1% of the smokers were in the stages of “maintenance”. As a consequence, it was determined that even though the students have been using sunscreen for at least six months and have given up smoking, they have not considered giving up other negative health behaviors.

**Key Words:** General Health Surveys, Stages Of Change, University Students, Nursing

\* Güngörmüş Z, Karabulutlu Yılmaz E. Üniversite Öğrencilerinin Genel Sağlık Ölçümlerinin Değişim Aşamalarına Göre Değerlendirilmesi. 13. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi Bildiri Özet Kitabı. 5-9 Ekim 2011. Antalya ( Sözlü ).

<sup>1</sup>Yrd.Doç.Dr. Atatürk Üniversitesi , Halk Sağlığı H..Hemşirelik, <sup>2</sup>Yrd.Doç.Dr. Atatürk Üniversitesi , İç Hast.H.,

**İletişim/ Corresponding Author: Zeynep GÜNGÖRMÜŞ**

Geliş Tarihi / Received : 18.04.2012

**Tel:** 04422312793e- **posta:** gungormusz@yahoo.co.uk

Kabul Tarihi / Accepted : 25.05.2012

## GİRİŞ

Erken yetişkinlik (erişkinlik) dönemi; yetişkinliğin doğuş dönemi olup, onlu yılların sonu ve yirmilerin başlarını kapsamaktadır. Aile odaklı ergen yaşamı ile yetişkin dünyasına girme arasında, olumlu ya da olumsuz alışkanlıklara geçişin gözlendiği aileden ayrılma dönemi olup üç-beş yıl sürmektedir. Bu değişiklik yeni roller edinmeyi, yaşam düzenlemeleri yapmayı, daha özerk ve sorumlu olmayı gerektirir (1).

Erişkin dönemdeki mortalitede ilk iki sırada yer alan kardiyovasküler hastalıklar ve kanserler; erken tanılanmama, yağlı ve lifsiz gıda tüketimi, obezite, fazla güneşe maruz kalma, stres, fiziksel inaktivite, sigara kullanımı gibi riskli tutum ve davranışlarla yakından ilgilidir ve olumlu davranış değişikliği durumunda korunma %40 oranında gerçekleşmektedir (2,3). Ayrıca emniyet kemeri kullanmama hem yetişkinler hem de erişkinler için riskli tutumlardan birisidir (4,5). Emniyet kemeri kullanımının trafik kazalarında, ölüm ve ağır yaralanmaları, yaklaşık %50 oranında azalttığı belirtilmiştir (6).

Ergenlik döneminde kazanılan riskli davranışlar henüz olgunlaşmadığı için sağlığı geliştirme çerçevesinde sağlıklı yaşam tarzı ile yer değiştirmenin öneminin tanılanmasını gerektirir. Dünya Sağlık Örgütü 2020 yılına kadar bu davranış değişimlerinin gerçekleştirilmesini ve ergenlerin daha sağlıklı gençler olarak toplumdaki rollerini daha iyi yerine getirebilmelerini hedeflemiştir (7).

Bu durum, özellikle sağlık bakımı sunan gruplar içinde büyük bir grubu oluşturan hemşirelerin küreselleşmenin getirdiği sağlık sorunlarının farkında olarak çözüm üretmelerini ve sağlığa küresel bir bakış kazanmalarını zorunlu kılmaktadır (5).

Davranış değişimini anlamada en yararlı programlardan biri “Transteoretik Model” dir (TTM) (8). Bu modele göre, bireyin davranış değişimi beş aşamadan (düşünmeme, düşünme, hazırlık, hareket, devam ettirme) herhangi birinde gerçekleşir. Transteoretik Model temelli araştırmalar son 20 yılda, birçok olumsuz sağlık davranışında uygulanmış ve olumlu yönde değişimin ortak prensiplerini bulmuştur. Bu davranışlar arasında; sigara bırakma, egzersiz yapma, güneşten korunma, yiyeceklerle alınan yağın azaltılması, stres yönetimi ve obesiteden kurtulma yer almaktadır. Bu problem davranışlar, yaşam kalitesinin azalması, hastalık ve ölüm oranlarının artmasıyla ileri derecede ilişkili olduklarından dolayı, hem halk sağlığı hem de klinik görüş noktasında önemlidir (9-12).

Bu nedenle bu araştırma ergenlik döneminde olan üniversite öğrencilerinin genel sağlık ölçümlerinin değişim aşamalarına göre değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

## MATERYAL VE METOT

Bu araştırma tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 2010-2011 eğitim öğretim döneminde Atatürk Üniversitesi'nde öğrenim gören yaklaşık 40.000 bin öğrenci oluşturmuştur. Atatürk Üniversitesi'nde öğrenim gören 779 gönüllü öğrenci çalışma kapsamına alınmıştır. Bu öğrenciler olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gönüllülerin seçimi örnekleme yöntemi ile çalışmaya dahil edilmiştir. Sınıflara göre ağırlıklandırma yapılmamıştır.

Araştırma verileri 15 Şubat-1 Nisan 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler; tanımlayıcı özellikleri belirlemeye yönelik soru formu ve Kanseri Önleme ve Araştırma Merkezi (CPRC)'nin 1991 yılında geliştirdiği General Health Survey ölçeğinin Türkçe uyarlamasından oluşan anket formu ile toplanmıştır (9). Anket formları öğrenciler tarafından doldurulmuştur.

*Tanımcı Özellikler Formu;* öğrencilerin yaşını, cinsiyetini, fakülte/yüksekokulunu, kaçınıcı sınıf olduğunu içeren dört tanımlayıcı sorudan oluşmaktadır.

TTM' in bir alt ölçeği olan General Health Survey Değişim Aşamalarının Sınıflandırılması Ölçeği on riskli sağlık davranışına yönelik sorular içermektedir (1- emniyet kemeri kullanma 2- yüksek yağlı yememe, 3- lifli gıdalar tüketme, 4- ideal kiloya ulaşma, 5- egzersiz, 6- güneş ışınlarına karşı önlemler alma, 7- 15 dakikadan fazla güneşte kalındığında koruyucular kullanma, 8- stresle baş etme, 9- sigarayı bırakma, 10- kanser belirtileri yönünden kendi vücudunu inceleme) (9). Davranış değişiminin zaman boyutunu gösteren bu ölçek TTM' nin özünü oluşturur. Değişim Aşamalarının Sınıflandırılması Ölçeği, tek başına veya yardım ve destek olarak problemleri davranışını değiştirmeye çabalayan bireylerin geçtiği değişim aşamalarını belirtir. Ölçek beş basamaklı tanımlama formundan oluşmuştur. Bunlar:

Değişimi Düşünmeme: Davranış değişiminin düşünülmediği aşama,

Düşünme: Gelecek altı ay içinde davranış değişiminin düşünüldüğü aşama,

Hazırlık: Gelecek bir ay içinde davranış değişiminin düşünüldüğü aşama,

Hareket: Davranış değişiminin uygulanmaya başlandığı aşama,

Devam Ettirme: Davranış değişimini takip eden altı ay ve sonsuz süreyi kapsayan aşamadır.

Bireylerin bir sonraki aşamaya geçmeleri için gerekli olan uygulamalara rehberlik yapar. Ölçekte puanlama yoktur. Beş sorudan oluşmakta olup verilen cevaplara göre bireyler aşamalara ayrılmaktadır. Bireyin riskli davranışı değiştirme düşüncesi sorulduğunda; bireyin verdiği "hayır gelecek 6 ay içinde riskli davranışımı değiştirmeyi düşünmüyorum" cevabı değişimi düşünmeme aşamasında olduğunu gösterir. Bireyin "hayır, ama gelecek 6 ay içinde düşünüyorum" cevabı değişimi düşünme aşamasında olduğunu, "hayır, ama gelecek 30 gün içinde düşünüyorum" cevabı ise değişim için hazırlık aşamasında olduğunu göstermektedir. Bireyin "evet, 6 aydan daha az süredir



çabalıyorum” cevabı değişimi başlatma hareket’i aşamasında olduğunu, “evet, 6 aydan daha fazla süredir çabalıyorum” cevabı ise değişimi devam ettirme aşamasında olduğunu göstermektedir (8,9).

Etik açıdan gerekli yazılı izin ve gönüllülerin bilgilendirilmiş sözlü onamları alınmıştır. Öğrencilerin içinde buldukları davranış değişim aşamaları bağımlı değişkenleri, tanımlayıcı özellikleri ise bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 11.0 programında sayı, yüzdelik ve ki kare testi ile değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

Çalışma kapsamındaki öğrencilerin yaş ortalaması 21,5’tir. Öğrencilerin 10 riskli sağlık davranışlarının değişim aşamalarına göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Değişim aşamalarına göre sağlık davranışları incelendiği zaman; bireylerin çoğunluğunun emniyet kemeri kullanmada (%40,4), yağdan kaçınmada (%39,2), lifli gıda tüketiminde (%65,7), ideal kiloya gelmede (%33,1), egzersizde (%29), güneşten sakınmada (%31,7), stresi azaltmada (%48,7) ve kendini incelemede (%36,2) “düşünmeme” aşamasında olduğu belirlenmiştir. Güneş ışınlarına karşı güneş koruyucu kullanmada ise öğrencilerin %42,9’unun “devam ettirme” aşamasında oldukları bulunmuştur. Ayrıca öğrencilerin %65’i hiç sigara içmemiş, içen öğrencilerin ise %14,1’i “devam ettirme” aşamasındadır (Tablo 1).

**Tablo 1.** 10 Riskli Sağlık Davranışının Değişim Aşamalarına Göre Dağılımı

10 Riskli Sağlık Davranışı	Düşünmeme		Düşünme		Hazırlık		Hareket		Devam ettirme	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Emniyet kemeri	315	40,4	88	11,3	78	10	80	10,3	218	28,0
Yağlı gıda tüketimi	305	39,2	125	16	69	8,9	42	5,4	238	30,6
Lifli gıda tüketimi	512	65,7	98	12,6	61	7,8	51	6,5	57	7,3
İdeal kilo	258	33,1	127	16,3	95	12,2	70	9	229	29,4
Egzersiz	226	29	92	11,8	130	16,7	127	16,3	204	26,2
Güneşten sakınma	247	31,7	78	10	123	15,8	117	15	214	27,5
Güneş koruyucu kullanma	152	19,5	57	7,3	101	13	135	17,3	334	42,9
Stresi azaltma	379	48,7	145	18,6	79	10,1	62	8	114	14,6
Sigara içme	51	6,5	29	3,7	33	4,2	50	6,4	110	14,1
Kendini inceleme	282	36,2	93	11,9	82	10,5	130	16,7	192	24,6

Sürekli yağlı gıdalar yemekten sakınmada; çoğunlukla kadınlar (% 43,1) düşünmeme, erkekler (% 36,4) “devam ettirme” aşamasındadır ve aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $\chi^2= 16,0$   $p= 0,003$ ) (Tablo 2). Babası okur-yazar olmayanların % 80’i, ilkokul mezunu olanların % 39,6’sı, ortaokul mezunu olanların % 39,9’u ve fakülte mezunu olanların %34,4’ü yağlı gıdalardan sakınmada “düşünmeme” aşamasındadır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $\chi^2= 24,7$ ,  $p= 0,016$ ). Yağlı gıdalardan sakınma ile öğrencilerin cinsiyeti ve babalarının eğitim durumu hariç diğer

tanıtıcı özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 2).

Öğünlerinde lifli gıda tüketiminde; kadınların %70,2'si, erkeklerin ise %60,1'i "düşünmeme" aşamasındadır ve aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlıdır ( $x^2= 16,0$   $p= 0,003$ ) (Tablo 2). Babası memur olanların %64,6'sı, işçi olanların %74,8'i, tüccar olanların %63'ü, işsiz olanların %43,9'u lifli gıda tüketiminde "düşünmeme" aşamasındadır ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $x^2= 25,1$   $p= 0,014$ ). Lifli gıda tüketiminde öğrencilerin cinsiyeti ve babalarının mesleği hariç diğer tanıtıcı özellikleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 2).

İdeal kiloya gelmek için çabalamada; kadınların % 33,9'u "düşünmeme", erkeklerin ise % 35'i "devam ettirme" aşamasındadır ve aralarında önemli bir ilişki vardır ( $x^2=12,2$   $p=0.016$ ). Ancak, cinsiyet haricindeki diğer tanıtıcı özellikler açısından anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 2).

Güneş ışınlarına maruz kalmaya karşı önlem alma konusunda; kadınların % 35,8'inin "düşünmeme", erkeklerin ise %36,4'ünün "devam ettirme" aşamasında oldukları ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ( $x^2= 25,6$   $p= 0.0001$ ). Ancak cinsiyet haricindeki diğer tanıtıcı özellikler arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 2).

15 dakikadan fazla güneşte kalındığında güneş koruyucu kullanmada; kadınların %34,4'ü, erkeklerin ise %53,6'sı "devam ettirme" aşamasındadır ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir ilişki vardır ( $x^2= 12,2$   $p= 0,016$ ). 1. sınıfta okuyanların %48,8'i, 2. sınıfta okuyanların %51,9'u, 3. sınıfta okuyanların %39,1'i, 4. sınıfta okuyanların %29,5'i "devam ettirme", 5. sınıfta okuyanların ise %31,7'si "düşünmeme" aşamasındadır ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir ilişki vardır ( $x^2= 45,7$   $p= 0,0001$ ). Annesi okuryazar olmayanların %45,9'unun, ilkökul mezunu olanların %46,1'inin, lise mezunu olanların %37,7'sinin, fakülte mezunu olanlarında %32,2'sinin "devam ettirme" aşamasında oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ( $x^2= 22,4$   $p= 0,032$ ). (Tablo 2).15 dakikadan fazla güneşte kalındığında güneş koruyucu kullanmada gelir durumu düşük olanların %48,5'inin, geliri giderine eşit olanların %42,7'sinin ve geliri yüksek olanların ise %34,2'sinin "devam ettirme" aşamasında oldukları ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $x^2= 16,5$   $p= 0,035$ ). 15 dakikadan fazla güneşte kalındığında güneş koruyucu kullanmada öğrencilerin cinsiyetleri, sınıfları, annelerinin eğitim durumu ve gelir gider dengesi hariç diğer tanıtıcı özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).Günlük yaşamdaki stresi azaltmak için çaba göstermede kadınların %50,5'i ve erkeklerin %46,4'ü "düşünmeme" aşamasındadır ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2= 16,6$   $p= 0,002$ ). Ancak cinsiyetler haricindeki diğer tanıtıcı özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 2.** Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerinin ve Riskli Sağlık Davranışlarının Değişim Aşamalarına Göre Dağılımı (n=779)

RSD*	Tanıtıcı Özellik	Düşünmeme		Düşünme		Hazırlık		Hareket		Devam Ettirme		x <sup>2</sup>	p**
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Cinsiyet</b>													
YT	Kadın	188	43,1	80	18,3	34	7,8	21	4,8	113	25,9	16,0	0,003
	Erkek	117	34,1	45	13,1	35	10,2	21	6,1	125	36,4		
<b>Babannın Eğitimi</b>													
YT	Okumamış	12	80	3	20	0	0	0	0	0	0	24,7	0,016
	İlköğretim	97	39,6	45	18,4	25	10,2	9	3,7	69	28,2		
	Lise	120	39,9	47	15,6	22	7,3	12	4	100	33,2		
	Üniversite	62	34,4	28	15,6	18	10	16	8,9	56	31,1		
<b>Cinsiyet</b>													
LT	Kadın	306	70,2	52	11,9	28	6,4	28	6,4	22	5	12,8	0,012
	Erkek	206	60,1	46	13,4	33	9,6	23	6,7	35	10,2		
<b>Babannın Mesleği</b>													
LT	Memur	212	64,6	43	13,1	30	9,1	20	6,1	23	7	25,1	0,014
	İşçi	157	74,8	22	10,5	12	5,7	12	5,7	7	3,3		
	Esnaf	102	63	18	11,1	10	6,2	15	9,3	17	10,5		
	İşsiz	18	43,9	9	22	6	14,6	3	7,3	5	12,2		
<b>Cinsiyet</b>													
İK	Kadın	148	33,9	84	19,3	55	12,6	40	9,2	109	25	12,2	0,016
	Erkek	110	32,1	43	12,5	40	11,7	30	8,7	120	35		
GS	Kadın	156	35,8	47	10,8	76	17,4	68	15,6	89	20,4	25,6	0,0001
	Erkek	91	26,5	31	9	47	13,7	49	14,3	125	36,4		
<b>Okuduğu sınıf</b>													
GK	1. sınıf	47	15,6	11	3,7	35	11,6	6120,3	147	48,8	45,7	0,0001	
	2. sınıf	27	17,5	12	7,8	13	8,4	2214,3	80	51,9			
	3. sınıf	32	21,2	14	9,3	22	14,6	2415,9	59	39,1			
	4. sınıf	33	25	16	12,1	21	15,9	2317,4	39	9,5			
	5 ve üstü	13	31,7	4	9,8	10	24,4	5 12,2	9	22			
<b>Annenin Eğitimi</b>													
GK	Okumamış	12	12,2	5	5,1	19	19,4	17	17,3	45	45,9	22,4	0,032
	İlköğretim	71	17,4	29	7,1	49	12	71	17,4	188	46,1		
	Lise	51	25	16	7,8	22	10,8	38	18,6	77	37,7		
	Üniversite	17	28,8	7	11,9	10	16,9	6	10,2	19	32,2		
<b>Gelir Gider Dengesi</b>													
GK	Düşük	28	14,4	12	6,2	21	10,8	39	20,1	94	48,5	16,5	0,035
	Eşit	95	20,2	31	6,6	62	13,2	82	17,4	201	42,7		
	Yüksek	29	25,4	14	12,3	18	15,8	14	12,3	39	34,2		
<b>Cinsiyet</b>													
GK	Kadın	97	22,2	39	8,9	66	15,1	84	19,3	150	34,4	25,7	0,0001
	Erkek	55	16	18	5,2	35	10,2	51	14,9	184	53,6		
SA	Kadın	220	50,5	87	20	48	11	37	8,5	44	10,1	16,6	0,002
	Erkek	159	46,4	58	16,4	31	9	25	7,3	70	20,4		
Kİ	Kadın	193	44,3	65	14,9	41	9,4	64	14,7	73	16,7	53,7	0,0001
	Erkek	89	25,9	28	8,2	41	12	66	19,2	119	34,7		
<b>Okuduğu Okul</b>													
Kİ	Sağlık	173	45,6	56	14,8	34	9	43	11,3	73	19,3	46,1	0,0001
	Diğer	109	27,3	37	9,3	48	12	87	21,8	119	29,8		
<b>Okuduğu Sınıf</b>													
Kİ	1. sınıf	100	33,2	25	8,3	34	11,3	57	18,9	85	28,2	30	0,018
	2. sınıf	62	40,3	16	10,4	18	11,7	25	16,2	33	21,4		
	3. sınıf	56	37,1	30	19,9	11	7,3	23	15,2	31	20,5		
	4. sınıf	50	37,9	18	13,6	10	7,6	23	17,4	31	23,5		
	5 ve üstü	14	34,1	4	9,8	9	22	2	4,9	12	29,3		
<b>Annenin Eğitimi</b>													
Kİ	Okumamış	24	24,5	8	8,2	14	14,3	24	24,5	28	28,6	25,8	0,011
	İlköğretim	170	41,7	43	10,5	31	7,6	63	15,4	101	24,8		
	Lise	68	33,3	33	16,2	25	12,3	32	15,7	46	22,5		
	Üniversite	16	27,1	9	15,3	9	15,3	10	16,9	15	25,4		

\*RSD: Riskli Sağlık Davranışları, YT: Yağlı Gıda Tüketimi, LT: Lifli Gıda Tüketimi, İK: İdeal Kilo, GS: Güneşten Sakınma.

\*\*Yalnızca p&lt;0.05'ler alınmıştır.

Günlük yaşamdaki stresi azaltmak için çaba göstermede kadınların %50,5'i ve erkeklerin %46,4'ü "düşünmeme" aşamasındadır ve aralarındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ( $x^2= 16,6$   $p= 0,002$ ). Ancak cinsiyetler haricindeki diğer tanıtıcı özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).Kanserin uyarıcı belirtileri yönünden kendi vücudunu incelemede; kadınların %44,3'ünün "düşünmeme", erkeklerin %34,7'sinin ise "devam ettirme" aşamasında oldukları ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $x^2= 53,7$   $p= 0,0001$ ). Sağlıkla ilgili fakültelerde okuyanların %45,6'sının "düşünmeme", diğer fakültelerde okuyanların ise %29,8'inin "devam ettirme" aşamasında oldukları ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $x^2= 46,1$ ,  $p= 0,0001$ ). Tüm sınıflardaki öğrencilerin çoğunun "düşünmeme" aşamasında oldukları ve aralarında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir (1.sınıf: %33,2; 2. sınıf: %40,3; 3.sınıf: %37,1; 4.sınıf: %37,9; 5. ve 6.sınıf: %34,1) ( $x^2= 30$   $p= 0,018$ ). Annesi okur-yazar olmayanların %28,6'sının devam ettirme, ilk-ortaokul mezunu olanların %41,7'sinin, lise mezunu olanların % 33,3'ünün, fakülte mezunu olanların %27,1'inin "düşünmeme" aşamasında oldukları ve aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $x^2= 25,8$   $p= 0,011$ ) (Tablo 2). Kanser belirtileri yönünden kendi vücudunu incelemede öğrencilerin cinsiyetleri, fakülteleri, sınıfları ve annelerinin eğitim durumları hariç diğer tanıtıcı özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ( $p>0,05$ ).

Sigara kullanmaya ilişkin olarak; kadınların %82,6'sının erkeklerin ise %42,6'sının hiç sigara içmediği, sigara içen kadınların %5,3'ünün, erkeklerin ise %25,4'ünün "devam ettirme" aşamasında olduğu ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlam taşıdığı belirlenmiştir ( $x^2= 139,1$   $p= 0,0001$ ). Sağlıkla ilgili fakültelerde okuyanların %73,6'sının diğer fakültelerde okuyanların ise % 56,8'inin hiç sigara içmediği ve sigara içen sağlıkla ilgili fakültelerde okuyanların %9'unun, diğer fakültelerde okuyanların ise % 19'unun "devam ettirme" aşamasında oldukları ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu tespit edilmiştir ( $x^2= 31,7$ ,  $p= 0,0001$ ). Annesi okur-yazar olmayanların %68,4'ünün, ilk-ortaokul mezunu olanların %69,1'inin, lise mezunu olanların %61,8'inin, fakülte mezunu olanların %42,4'ünün hiç sigara içmediği, içenlerin ise çoğunluğunun "devam ettirme" aşamasında oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $x^2= 34,9$   $p= 0,003$ ). Annesi ev hanımı olanların %68'inin, memur olanların %47,1'inin, işçi olanların %23,5'inin, tüccar olanların %62,5'inin hiç sigara içmediği, içenlerden ise; ev hanımı, memur, tüccar olanların çoğunun "devam ettirme", işçi olanların çoğunun ise "hareket" ve "devam ettirme" aşamasında oldukları ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $x^2= 41,2$   $p= 0,0001$ ). Babası okur-yazar olmayanların %53,3'ünün, ilk-ortaokul mezunu olanların %69'unun, lise mezunu olanların %65,8'inin, fakülte mezunu olanların %58,3'ünün hiç sigara içmediği, içenlerin ise okur-

yazar olmayanların çoğunluğunun “düşünmeme”, “hareket” ve “devam ettirme” aşamasında, ilk-ortaokul, lise ve fakülte mezunu olanların çoğunluğunun “devam ettirme” aşamasında oldukları ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ( $\chi^2= 30$   $p= 0,012$ ) (Tablo 3). Sigara içmeye ilişkin öğrencilerin cinsiyetleri, fakülteleri, anne-babalarının eğitim durumu ve annelerinin mesleği hariç diğer tanıtıcı özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Emniyet kemeri kullanma ve egzersiz yapma ile tanıtıcı özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 3.** Öğrencilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sigara İçme Değişim Aşamalarının Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Düşünmeme		Düşünme		Hazırlık		Hareket		Devam Ettirme		Sigara içmeyenler		$\chi^2$	P
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Cinsiyet</b>														
Kadın	18	4,1	8	1,8	10	2,3	17	3,9	23	5,3	360	82,6	139,1	0,0001
Erkek	33	9,6	21	6,1	23	6,7	33	9,6	87	25,4	146	42,6		
<b>Okuduğu Okul</b>														
Sağlık	22	5,8	11	2,9	18	4,7	15	4	34	9	279	73,6	31,7	0,0001
Diğer	29	7,3	18	4,5	15	3,8	35	8,8	76	19	227	56,8		
<b>Annenin Eğitimi</b>														
Okumamış	6	6,1	3	3,1	5	5,1	6	6,1	11	1,2	67	68,4	34,9	0,003
İlköğretim	33	8,1	13	3,2	16	3,9	22	5,4	42	0,3	282	69,1		
Lise	9	4,4	8	3,9	7	3,4	14	6,9	40	19,6	126	61,8		
Üniversite	2	3,4	4	6,8	4	6,8	7	11,9	17	28,8	25	42,4		
<b>Annenin mesleği</b>														
Ev hanımı	43	6,5	22	3,3	26	3,9	40	6	82	12,3	453	68	41,2	0,0001
Memur	3	4,3	3	4,3	5	7,1	5	7,1	21	30	33	47,1		
İşçi	2	11,8	2	11,8	1	5,9	4	23,5	4	23,5	4	23,5		
Esnaf	2	12,5	1	6,3	0	0	0	0	3	18,8	10	62,5		
<b>Babanın Eğitimi</b>														
Okumamış	2	13,3	1	6,7	0	0	2	13,3	2	13,3	8	53,3	30	0,012
İlköğretim	21	8,6	10	4,1	8	3,3	15	6,1	22	9	169	69		
Lise	23	7,6	10	3,3	14	4,7	14	4,7	42	14	198	65,8		
Üniversite	3	1,7	7	3,9	11	6,1	17	9,4	37	0,6	105	58,3		

## TARTIŞMA

Ergenlik döneminde olan üniversite öğrencilerinin genel sağlık ölçümlerinin değişim aşamalarına göre değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları 10 sağlık davranışına göre tartışılmıştır.

Çalışma kapsamındaki öğrencilerin yaş ortalaması 21,5 olup, büyük çoğunluğunun (%40,4) emniyet kemeri kullanmayı düşünmediği (düşünmeme aşaması) belirlenmiştir. Emniyet kemeri kullanımına ilişkin değişim aşamaları ile tanıtıcı özellikler arasında ise anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir. Bu çalışma bulgusunun aksine Erkan ve arkadaşları emniyet kemeri kullanma

davranışının kadın olmakla, yaşla ve ehliyet sahibi olma süresiyle arttığını tespit etmiştir (13). Nigg ve arkadaşları çalışmalarında bireylerin %57'sinin, devam ettirme aşamasında olduğunu ve yaş grupları ile emniyet kemeri kullanımları aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirlemiştir (14). Bu çalışma sonucunda üniversite öğrencilerinin büyük çoğunluğunun emniyet kemeri kullanmayı gerektiren araçlarda kemer kullanmayı düşünmüyor olması trafik eğitiminin üzerinde ilköğretimden itibaren ciddiyetle durulması gerektiğini göstermektedir. Çünkü, Dünya Sağlık Örgütü 2004 yılı Raporu'na göre, emniyet kemerinin yaralanmaları azaltmadaki etkisi yapılan çeşitli çalışmalar sonucunda ölümcül yaralanmalarda %40-65, orta-ağır yaralanmalarda %43-65, ciddi yaralanmalarda %40-50 olarak belirlenmiştir (15)

Araştırmamızda öğrencilerin çoğunun yağlı gıdadan sakınma (%39,2) ve lifli gıda tüketme (%65,7) gibi sağlık beslenme alışkanlıklarında düşünmeme aşamasında oldukları saptanmıştır.

Yağlı gıdalardan sakınmaya ilişkin değişim aşamaları ile öğrencilerin cinsiyetleri ve babalarının eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Kadınların çoğunun (%43,1) yağlı gıdalardan sakınmayı düşünmemelerine karşın erkeklerin çoğunun (%36,4) en az 6 ay ya da daha fazla süredir yağlı gıdalardan sakındıkları belirlenmiştir. Babası üniversite mezunu olanların %31,1'inin en az 6 ay ya da daha fazla süredir yağlı gıdalardan sakındıkları tespit edilmiştir. Bu çalışma bulgusunun aksine Ulaş'ın yaptığı araştırmanın sonucunda sağlıklı beslenme seçeneklerinden 'yağ oranının düşük olması' önemlidir diye belirten kadınların oranı erkeklerden anlamlı derecede fazla bulunmuştur. Ayrıca eğitim seviyesi yükseldikçe sağlıklı beslenme seçeneklerinden 'yağ oranının düşük olması', önemlidir diye belirten bireylerin oranı artmaktadır. (16) Amerikan Kalp Cemiyeti tarafından 1957 yılında ilk kez duyurulan diyet önerilerinin içerisinde yer aldığı üzere bugün de kardiyovasküler hastalıklardan korunmada ve tedavisinde diyetin total ve doymuş yağ içeriklerinin düşük tutulması gereği bilinmektedir. Buna benzer öneriler tüm ulusal diyet önerilerinde yer almıştır (17,18).

Öğrencilerin %33,1'inin ideal kiloya gelmeyi düşünmedikleri belirlenmiş olmasına rağmen %29,4'ünün ideal kiloyu devam ettirme aşamasında olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada kadınların çoğunluğunun düşünmeme, erkeklerin ise devam ettirme aşamasında olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma sonucunun aksine ABD toplumunun; %61'i kilolu olmaktan sakınmak önemlidir diye belirtirken, İsviçre'de bu oran %86 bulunmuştur. Aynı çalışmada kadınların ve eğitim seviyesi yüksek bireylerin, sağlıklı beslenme ile daha ilgili ve sağlıkla ilgili değişiklikler yapmak konusunda daha motive oldukları belirlenmiştir (19). Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalıkları ve Risk Faktörleri (TEKHARF) 2003-2004 örneklemindeki bireylerin genel beslenme alışkanlıklarının incelendiği çalışmada önceki yıllara göre beslenme alışkanlıklarının olumlu yönde değiştiği söylenebilir (20).

Öğrencilerin %29'unun egzersiz yapmayı düşünmedikleri saptanmıştır. BKI>25 (kilolu),

BKI<25 (normal) olan bireylerin eğitim düzeyinin artmasına paralel olarak daha çok egzersiz yaptıklarını saptamışlardır. BKI>25 olanların %25,4'ünün, egzersiz yapmayı devam ettirme, BKI<25 olanların %48,1'inin ise egzersiz yapma noktasında hareket aşamasında oldukları tespit edilmiştir. (21)

Yapılan başka bir çalışma da, bireylerin %46,1'inin yağlı gıdalardan sakınmada, %47,3'ünün lifli gıdalarla beslenmede, %38,9'unun egzersiz yapmada devam ettirme aşamasında, %39'unun ideal kiloya gelmek için çabalamada düşünmeme aşamasında oldukları belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün de belirttiği gibi, kilo kontrolü için düşük kalorili ve az yağlı diyet, sebze ve meyve tüketiminin artırılması, lifli besin tüketiminin artırılması gereklidir.

Güneşten sakınmada bireylerin çoğunun (%31,7) düşünmeme, güneş ışınlarına karşı koruyucu kullanmada (%42,9) devam ettirme aşamasında oldukları belirlenmiştir. Güneşten sakınmada ve güneş ışınlarına karşı koruyucu kullanmada öğrencilerin cinsiyetleri, sınıfları, annelerinin eğitim durumu ve gelir gider dengesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Nigg ve arkadaşları yaptıkları araştırmada öğrencilerin çoğunun güneşten sakınmada (%67,1) ve güneş ışınlarına karşı koruyucu kullanmada (%48,3) devam ettirme aşamasında olduklarını belirlemiştir (14). Güneşten korunmak için; güneş koruyucu ajanların, güneşten koruyucu giysilerin ve antioksidan ajanların kullanımının gerekliliği belirtilmektedir (22). Çalışma sonuçlarına benzer olarak Uysal ve arkadaşları öğrencilerin güneşten korunmak için önlem almadıklarını tespit etmişlerdir (23). Bu çalışmada güneşten korunmada sınıflarının, anne eğitiminin, gelir düzeylerinin ve cinsiyetin etkili olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Uysal ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer olarak öğrencilerin koruyucu önlem almada cinsiyetlerinin, sınıflarının, ailelerinin gelir durumlarının, bahar ve yaz aylarında dışarıda kalma sürelerinin etkili olduğu belirlenmiştir. Öğrenciler zamanlarının büyük bir bölümünü ev dışında, okulda ve diğer aktiviteleri (oyun, spor vs.) gerçekleştirmek üzere açık alanlarda geçirirler. Bu nedenle özellikle bu dönemdeki öğrencilerin güneş ışınlarından korunma konusunda bilinçlendirilmesi önemlidir. Ekonomik yetersizlikler nedeniyle güneş koruyucu krem, koruyucu güneş gözlüğü gibi uygulamaları yapamayan öğrenciler ve toplumdaki diğer tüm bireyler için bu tür koruyucu ürünlerin sosyal güvenlik sistemi kapsamına alınması gereği vurgulanmıştır (23).

Öğrencilerin %48,7'sinin stresi azaltmak için değişimi düşünmedikleri belirlenmiştir. Cinsiyetin stresi azaltmak için çaba göstermede önemli bir faktör olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Başka bir çalışmada da bireylerin çoğunun stresi azaltmada (%51,4) devam ettirme aşamasında olduklarını belirlemiştir (14). Bu çalışmada öğrencilerin çoğunluğunun stresi azaltmak için çaba göstermediği belirlenmiş olup bu konuda farkındalıklarının artırılması gereği ortaya konmuştur. Öğrencilerin eğitimleri süresince strese bağlı olarak ortaya çıkabilecek fiziksel, psikolojik problemler ve stresle baş etme teknikleri hakkında bilgilendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Sigara içmeye ilişkin değişim aşamaları ile öğrencilerin cinsiyetleri, okudukları okul, annelerinin eğitim durumu ve annelerinin mesleği arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Ayrıca öğrencilerin %65'inin hiç sigara içmediği, içen öğrencilerinde %14,1'inin sigarayı bırakmışlığı devam ettirdikleri belirlenmiştir. Sigara içmeye ilişkin değişim aşamaları ile ilgili yapılan çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Güngörmüş'ün çalışmasındaki öğrencilerin ise %68,1'inin içmediği, %3,9'unun ise bıraktığı, sigara içenlerin %93,1'inin erkek, %6,9'unun ise kadın olduğu ve sigara içme durumu ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Güngörmüş bu çalışmanın aksine çalışmasındaki öğrencilerin %80'inin sigarayı bırakmayı düşünmediklerini tespit etmiştir (11). Yalçinkaya ve Karancı'nın çalışmasında deneklerin %56,3'ünün düşünmeme, %16,3'ünün düşünme, %20,4'ünün hazırlık ve %3,8'inin hareket aşamasında olduğu tespit edilmiştir. (24). Davranış değişim aşamasına göre katılımcıların %53,8'i düşünmeme, %24'ü düşünme, %22,2'si hazırlık aşamasındadır (25).

Bu çalışmada sigara içmeyen ve bırakmışlığı devam ettiren öğrencilerin çoğunlukta olması sevindirici bir bulgudur. Sigara içmeyenlerin sigaraya başlamalarını engellemek, içenlerin bırakması ve içmeyi bırakanlarında devamlılığının sağlanması için sigaranın zararları konusunda hemşirelerin sürekli ve düzenli aralıklarla sağlık eğitimi yapmaları önemlidir.

Öğrencilerin çoğunun (%36,2) kanser belirtileri yönünden kendi vücudunu incelemede düşünmeme aşamasında oldukları görülmüştür. Yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinin %69,5'inin kanser belirtileri yönünden kendi vücudunu inceleme yöntemlerinden birisi olan kendi kendine meme muayenesi yapmadığı ve bunların % 15'inin de yapması gerektiğini düşünmediği tespit edilmiştir (26). Göçgeldi ve Koçak'ın çalışmasında da er ve erbaşılarla yapılan çalışma da bireylerin %35'inin kendi kendine testis muayenesini çok önemli bulduğu ve %72,4'ünün de yılda en az bir kez testis muayenesi yaptığı tespit edilmiştir (27). Öğrencilerin cinsiyetleri, fakülteleri, sınıfları ve annelerinin eğitim durumlarının kanser belirtileri yönünden kendi vücudunu inceleme değişim aşamalarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki oluşturduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Beklenenin aksine sağlık okullarında okuyan öğrencilerin diğer bölümlerde okuyan öğrencilere göre daha az devam ettirme aşamasında olduğu, okuduğu sınıf yükseldikçe devam ettirme oranının düştüğü ve annesi üniversite mezunu olanların en az oranda devam ettirme aşamasında olduğu tespit edilmiştir. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada ise öğrencilerin % 53,3'ünün kendi kendine meme muayenesi yapmadığı ve bunların sadece % 16,7'sinin de gerek görmediği için meme muayenesi yapmadığı ifade edilmiştir. (28) Bu çalışmadaki öğrencilerin düşünmeme aşamasında olması, öğrencilerin erken tanının kanserde hayat kurtarıcılığına ilişkin bilgilendirilmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Bu sonuçlar doğrultusunda; Öğrencilerin çoğunluğunun emniyet kemeri kullanma, yağlı gıda



tüketiminden sakınma, lifli gıda tüketimi, ideal kiloya gelme, egzersiz, güneşten korunma, stresi azaltma, sigara içmeme ve bırakmışlık ve kanser yönünden kendini inceleme gibi olumlu sağlık davranışlarında düşünmeme aşamasında olduğu bu nedenle bu davranışların geliştirilmesi yönünde hemşirelerin sürekli sağlık eğitimleri yapması gerektiği, Öğrencilerin çoğunluğunun sigara içme gibi olumsuz sağlık davranışında devam ettirme aşamasında olduğu belirlenmiş olup sigaranın sağlığa zararları konusunun sürekli olarak ele alınması ve sigara içmenin azaltılması/bıraktırılması için bilinçlendirilmesi ve desteklenmesi önerilmektedir.

## **KAYNAKLAR**

1. Levinson D.J. A Conception Of Adult Development, American Psychologist 1986; 41(1): 3-13.
2. Hatipoğlu A.A. Kanserde Erken Tanı Ve Tarama Problemleri. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi, (www. ukdk.org, 2011)Erişim Tarihi: 22.06.2011.
3. Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M, Babaoğlu K ve Gökalp AS. Kocaeli İlindeki Lise Öğrencilerinde Sağlık Açısından Riskli Davranışların Değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2003;46: 30-37
4. Boztaş G ve Özcebe H. Trafik Kazası Yaralanmalarında İkincil Korunma: Emniyet Kemer. Sted 2005;14(5): 94.
5. Kaya H. Küresel Sağlığı Geliştirmede Hemşirelik Eğitimi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010; 7(1): 360-365.
6. Bektaş S. ve Hınıs M.A. Emniyet Kemerinin Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Otomobil Sürücülerine İçin Tahmin Modeli. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2009; 25(1-2): 208 – 222.
- 7.WHO. “The Injury Chartbook A Graphical Overview of the Global Burden of Injuries. Department of Injuries and Violence Prevention Noncommi Nicable Diseases and Mental Health Cluster, Geneva.
8. Prochaska J.O, Velicer, W.F. The Transtheoretical Model Of Health Behavior Change. Am J Health Promot 1997; 12:38-48.
9. Cancer Prevention Research Center (CPRC). “Smoking Measures” ( [www.uq.edu.au/cprc](http://www.uq.edu.au/cprc), 2008). Erişim tarihi: 01.01.2012
10. California Medical Training Center (CMTTC), “Transtheoretical Model”, ([www.ucdmc.ucdavis.edu](http://www.ucdmc.ucdavis.edu), 2008) Erişim Tarihi: 12.06.2011.
11. Güngörmüş, Z. Doktora tezi; “Lise Öğrencilerinde Sigaranın Bıraktırılması İçin Transteoretik Temelli Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi”, Atatürk Üniversitesi Sağlık

Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Tez Yöneticisi; Doç.Dr.Behice Erci. Erzurum-2008.

**12.** Sturt G. Health and ill Health Attitudes and Behaviours, ([www.garysturt.freeonline](http://www.garysturt.freeonline), 2008)

Erişim tarihi: 10.09.2011

**13.** Erkan A., Enginoğlu B. B, Bolaç E ve ark. Aygaz, Merkez ve Ulusal Benzin İstasyonlarına Gelen Sürücülerin Emniyet Kemerini Kullanma Davranışları ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi; Danışman: Özcebe HÜTF,İntern Araştırması, Ankara, Ekim 2004.

**14.** Nigg C.R, Burbank P.M, Padula C, Dufresne, R, Rossi J.S, Velicer W.F. et al. Stages of Change Across Ten Health Risk Behaviors for Older Adults. *The Gerontologist* 1999; 39(4) 473-482.

**15.** World Report On Road Traffic Injury Prevention, Editörleri: Peden M, Scurfield R, Sleet D, Mohan D,Hyder A.A., Jarawan E, Mathers C. WHO Geneva, 2004.

**16.** Ulaş B, Genç M.F. Malatya Asker Hastanesinde 2007 Yılında Görev Yapan Personelin Sağlıklı Beslenme Konusundaki Tutum ve Davranışları. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 17 (3): 187-193.

**17.**Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. ([www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr), 2004). Erişim tarihi: 28.07. 2011

**18.** U.S. Department of Health and Human Services, U.S. Department of Agriculture. Dietary Guidelines for Americans ([www.cnpp.usda.gov](http://www.cnpp.usda.gov), 2010). Erişim tarihi: 28.07 2011.

**19.** Girois S.B, Kumanyika S.K, Morabia A, Mauger E. A Comparison Of Knowledge And Attitudes About Diet And Health Among 35- To 75-Year-Old Adults İn The United States And Geneva. *Am Public Health* 2001; 91(3):418-24.

**20.** Arslan P, Mercanlıgil S, Özel H.G, Akbulut G.Ç, Dönmez N, Çiftçi H, Keleş İ. ve Onat A. TEKHARF 2003–2004 Taraması Katılımcılarının Genel Beslenme Örüntüsü ve Beslenme Alışkanlıkları. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2006; 34(6):331-9.

**21.** Sarkin J.A, Johnson S.S, Prochaska J.O. and Prochaska J.M. Applying The Transtheoretical Model To Regular Moderate Exercise İn An Overweight Population: Validation Of A Stages Of Change Measure, *Preventive Medicine* 2001; 33(5):462–469.

**22.** Ünlü E. ve Erdem C. Deri Yaşlanmasında Korunma ve Tedavi Yöntemleri, *Dermatoz* 2010; 1(1):23-31.

**23.** Uysal A, Özsoy S. ve Ergül Ş. Öğrencilerin Cilt Kanseri Risklerine Ve Güneş Işınlardan Korunmaya Yönelik Uygulamalarının Değerlendirilmesi, *Ege Tıp Dergisi* 2004; 43(2):95-99.

**24.**Yalçınkaya Alkar Ö, Karancı A. N. What are the differences in decisional balance and self-efficacy between Turkish smokers in different stages of change?, *Addictive Behaviors* 2007; 32 (4): 836-849.

**25.** Karadağlı F, Nahçıvan N. Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazıroluşluk Durumu İle İlişki Faktörler, DEUHYO ED 2012; 5 (1): 8-15.

**26.** Beydađ D.K. ve Karaođlan H. Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Öğrencilerin Bilgi ve Tutumlarına Etkisi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6 (2): 106-111.

**27.** Göçgeldi E, ve Koçak N. Kendi Kendine Testis Muayenesi Konusunda Genç Erişkin Erkeklerle Verilen Eğitimin Değerlendirilmesi, Gülhane Tıp Dergisi 2010; 52: 270-275.

**28.** Gök Özer F, Beydađ K.D. ve Özbay C. Hemşirelik Öğrencilerinin Meme Kanseri Hakkındaki Bilgileri Ve Meme Muayenesini Uygulama Durumları. Pamukkale Tıp Dergisi 2009; 2(1):15-19.

## SİGARA İÇEN ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ\*

Birsel Canan DEMİRBAĞ<sup>1</sup> Sevgi TAVACI<sup>2</sup>

### ÖZET

Bu çalışma, Doğu Karadeniz Bölgesi'ndeki bir üniversitede sigara içen öğrencilerin sigara ile ilgili tanıtıcı özelliklerini analiz etmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Araştırma, 1 Mart - 7 Nisan 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, bu tarihler arasında üniversite kampüsü içindeki 5 öğrenci kafeteryasına gelen üniversite öğrencileri oluşturmaktadır. Bu sürede belirlenen kafeteryalara 901 öğrenci gelmiş, 543 öğrenci araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmanın verilerini toplamak için gerekli kurum izinleri ve öğrencilere çalışmanın içeriği anlatılarak onamları alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin, %36,7'si 2. sınıf, %65,7'si erkek, yaş ortalaması 22,1±1,7, sigaraya başlama yaşı ortalaması 18,7± 3,4, ortalama sigara içme yılı 2,5±1,4, günlük içilen sigara adeti 16,4±5,7'dir. Öğrencilerin % 28,9'unun ailesi ile beraber oturduğu ve %71,1'inin de yurttan kaldığı saptanmıştır. Öğrencilerden % 45,7'sinin babasının, %62,7'sinin arkadaşlarının sigara içtiği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %40,2'si arkadaş grubundan etkilenerek sigaraya başladıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %33,1'i kanser korkusu olduğu için en az bir kez sigarayı bırakmayı denediklerini ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %65,3'ünün öksürükten şikayet etmekte olduğu, %55,2'sinin sabah kahvaltı öncesi ve %88,7'sinin de stresli oldukları zamanlarda daha fazla sigara içtikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin %96,4'ü sigaranın yararının olmadığını; %3,6'sı ise sıkıntı giderme gibi bir yararının olabileceğini söylemişlerdir. Sigara kullanımında üniversiteli olmak önemli bir etkidir. Sigarayla savaşta bu ve diğer risk faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır. Sigara kullanımının üniversite öğrencileri arasında yaygınlığının azaltılması ve önlenmesi için devlet, medya, okul, aile ve tüm toplumla işbirliği yapılmalıdır. Arkadaş faktörü dikkate alındığında yapılacak çalışmalarda bütün öğrencilerin hedeflenmesi faydalı olabilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** Sigara İçiciliği, Üniversite Öğrencisi, Davranış

---

\*Bu çalışma 27-29 Nisan 2011 tarihinde 2. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresinde bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup>Yrd.Doç.Dr. Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü.

<sup>2</sup> Ebe, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Mezunu.

**İletişim/ Corresponding Author: Birsel Canan DEMİRBAĞ**

Geliş Tarihi / Received : 27.04.2012

**Tel:** 04622300476 **e- posta:** : cdemirbag@gmail.com

Kabul Tarihi / Accepted : 27.05.2012

## **SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF SMOKER UNIVERSITY STUDENTS**

### **ABSTRACT**

This descriptive study was carried out in a university in the Eastern Black Sea Region with the aim of analysing the defining characteristics of smoker students. The study was carried out between 1 March-7 April 2010. The universe of the study included the students who attended the 5 cafeterias at the university campus. A total of 901 students attended these cafeterias between these dates and 543 of them accepted to participate the study. Necessary permissions to collect data was taken from the institutions and by explaining the content of the study to the students their consent was taken. Of the sample, 36,7% were second year students and 65,7% male. The average age of the sample was found to be  $22,1\pm 1,7$ , the average age of starting to smoke was found to be  $18,7\pm 3,4$ , the average smoking time was found to be  $2,5\pm 1,4$  years, and the average number of cigarettes consumed per day was found to be  $16,4\pm 5,7$ . It was also found that 28,9% of the sample were living with their families and 71,1% were living in the dormitories. It has been found out that the fathers' of 45,7% of the university students and friends of 62,7% of the university students were smoking. 40,2% of the sample stated that they started smoking under the effect of their friend circle. 33,1% of the sample stated that they tried at least once to quit smoking with the fear of developing cancer. 65,3% of the sample complained about coughing, 55,2% stated that they smoke before the breakfast, and 88,7% stated that they smoke more cigarettes when they are under stress. 96,4% of the students stated that smoking has no benefit and 3,6% stated that it may have a stress relieving benefit. Being a university student is an important factor for smoking. This risk factor and other risk factors should be considered in the war with smoking. In order to decrease the prevalence of smoking and stopping it among university students, it is necessary that there be a cooperation among the state, media, school, family and the whole society. When we consider friend factor it may be useful to target all of the students in the planned studies.

**Key Words:** Smoking, University Student, Attitude

## GİRİŞ

Tütün kullanımı tüm dünyada ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde en önemli halk sağlığı sorunudur. Dünya genelinde 1,3 milyar sigara içicisi olduğu, herhangi bir müdahale yapılmaz ise bu rakamın 2025 yılında 1,7 milyara ulaşacağı tahmin edilmektedir (1). Amerika Birleşik Devletleri'nde sigara tüketimi 1981 yılında 640 milyar adetken, tüketimi sürekli azalarak 2000 yılında 430 milyar adete düşmüştür (2,3) Yine ABD'de, 1991 – 2005 yılları arasında, iki yıl aralıklarla tekrarlanan ve ulusal düzeyde öğrencilerini temsil eden kesitsel çalışmalar, sigara kullanımının düşmeye başladığını ortaya koymuştur (4). Türkiye genelinde 2000 yılında yapılan bir araştırmada üniversite öğrencileri arasında sigara içme oranı %48 olarak saptanmıştır. Demirel ve Sezer'in üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %43,5'inin halen sigara içtiği, %3,3'ünün sigarayı bırakmış olduğu ve %53,2'sinin ise hiç sigara içmediği saptanmıştır (5). Türkiye'de 1985'de yaklaşık 64,8 milyar adet olan yıllık sigara satışı, 2000'de yaklaşık 122,6 milyar adete ulaşmıştır, yani söz konusu dönemde %89.2 oranında artmıştır (6). Türkiye'de ivedi olarak müdahale edilmesi gerekli bir sigara salgını yaşanmaktadır. Sigaraya başlama yaşının 11'e düştüğü ülkemizde gençlerimizin yüzde 60'i sigara içmektedir (7). Yapılan çalışmada, sigara içme alışkanlığının %40 oranlarında 15-19 yaşlarında başladığını göstermektedir (7). Türkiye'de ve dünyada son yıllarda tütün tüketiminin önemli ölçüde arttığını gösteren bulgular vardır (6). Kocaeli Üniversitesi'nde 1990 ve 2003 yıllarında yapılan araştırmalar, üniversite öğrencilerinde sigara kullanım sıklığının önemli ölçüde arttığını göstermiştir (8). Çalışmalar üniversitede sigara içmenin cinsiyete göre de değiştiğini göstermektedir. Sezer 2002 yılında yaptığı çalışmada, erkek öğrencilerin sigara içme oranlarının %32,8 ile %65,0 arasında, kız öğrencilerin ise %12,2 ile %41,1 arasında bulunduğu tespit etmiştir (6). Üniversite ortamı sigaraya başlamada etkili bir zemin olmaktadır. Üniversite öğrenimi ile birlikte, öğrenci üzerindeki okul ve aile kontrolü büyük ölçüde ortadan kalkmaktadır. Para harcama konusunda da üniversite öğrencileri lise öğrencilerine göre daha özgürdür. Bu faktörler, üniversite öğrencilerinin sigaraya başlamasını kolaylaştırabilir. Ülkemizde son yıllarda yapılan aktif eğitim ve bilinçlendirme çalışmalarıyla belli mesafeler alınmasına rağmen, sigarayla etkili bir savaştan ve başarılı sonuçlardan bahsetmek mümkün değildir. Bu nedenlerle, sigarayla savaşta etkili olabilmek için, gençlerin sigaraya başlaması önlenmeli ya da bu yaşlarda sigarayı bırakmaları sağlanmalıdır. Sigarayla savaşta; sigaraya başlama yaşının, başlama nedenlerinin belirlenmesi, çocuk ve gençlerde sigara içme oranlarının saptanması ve bu

sonuçlara yönelik çalışmaların yapılması gereklidir. Çalışmamız, bir üniversiteye kayıtlı sigara içen öğrencilerin sigara ile ilgili tanıtıcı özelliklerini analiz etmek amacıyla planlanmıştır.

## **MATERYAL VE METOD**

Araştırma, Doğu Karadeniz bölgesindeki bir üniversiteye kayıtlı sigara içen öğrencilerin sigara ile ilgili tanıtıcı özelliklerini analiz etmek amacıyla, olasılıksız örneklem metoduyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Araştırma, 1-7 Nisan 2010 tarihleri arasında yapılmıştır. Üniversite kampüsü içinde 5 öğrenci kafeteryası vardır. Bu kafeteryaların tamamı seçim yapılamaksızın araştırmaya alınmıştır. Araştırmanın evrenini, belirlenen tarihler arasında, üniversite kampüsü içindeki belirlenen öğrenci kafeteryasına gelen ve çalışmanın içeriği anlatıldıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden, sigara içen üniversite öğrencilerinden oluşmaktadır. Çalışmanın sınırları, sigara içme yılı, miktarına bakılmaksızın, sigara içen ve belirlenen üniversitede okuyan öğrenciler olarak belirlenmiştir. Bu sürede belirlenen kafeteryalara 1997 öğrenci gelmiş, bu öğrencilerin 901'ünün sigara içtiklerini belirtmişler ve sigara içen bu öğrencilerin 543'ü araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmanın verilerini toplamak için gerekli kurum izinleri ve öğrencilere çalışmanın içeriği anlatılarak onamları alınmıştır. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilmiş, öğrencilerin demografik özellikleri ve sigara kullanımı ile ilgili bilgileri içeren 18 soruluk anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Bu sorular literatüre dayalı olarak (5-8) geliştirilmiş olup, 10 sigara içen öğrenciye ön uygulama yapılmıştır. Anket toplamada yüz yüze anket tekniği kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 15.0 programında değerlendirilmiş olup, istatistiksel analizinde aritmetik ortalama, sayı, yüzde hesaplamaları kullanılmıştır.

## **BULGULAR -TARTIŞMA**

Araştırma; %55,6'sı 20 yaş altı, %65,7'si erkek, %71,7'si yurttan kalan, %55,9'u il merkezi dışından gelen, %61,2'sinin annesi ilköğretim okul, %43,7'sinin babası ilköğretim okul mezunu olan, %31,2' si 1. sınıf, %36,72'si 2. sınıf, %22,1'i 3. sınıf, %10,0'ı 4. sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır (Tablo 1). Öğrencilerin yaş, kalınan yer, cinsiyet, anne ve baba eğitimi, sınıflar arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir ( $p<0.005$ ). Üniversitelerde yapılan değişik çalışmalar sigara içme yaşını 18-20 yaş arasında bulmuşlardır (10-11). Sigaraya başlama yaş ortalaması Effuso ve arkadaşlarının (12) yaptıkları çalışmada 15 yaş, uluslararası düzeyde yapılan çalışmalarda (13-14) 16 yaş

olup, ülkemizde yapılan değişik çalışmalarda ise 16-19 yaşlar arasında değişmektedir (12,15-16). Bizim çalışmamızda yaş ortalamasının 20'nin altında olması, sigaraya başlamada üniversitenin öncesi lise düzeyinin etkili olduğunu ifade etmektedir. Türkiye'nin iki değişik üniversitesinde yapılan araştırmalar değerlendirildiğinde; erkek öğrencilerin sigara içme oranları %32,8 - %65,0 arasında, kız öğrencilerde %12,2 - %41,1 arasında, tüm öğrencilerin sigara içme oranları ise %26,2 - % 48,7 arasında tespit edilmiştir (17-18). Telli ve arkadaşları tarafından (10) Ege Üniversitesinde yapılan bir çalışmada kızların erkeklere oranla daha fazla sigara içtiği, Çelik ve arkadaşları (11) ve Ceylan ve arkadaşları (19) tarafından yapılan çalışmada ise erkek öğrencilerin kızlara oranla daha fazla sigara içtiği tespit edilmiştir. Çeşitli çalışmalar, anne-babanın eğitim düzeyinin çocuklardaki sigara içme davranışını etkilediğini ortaya çıkarmıştır (9,17, 19-20). Bizim çalışmamızda anne ve babanın eğitim durumunun öğrencilerin sigara içmesi üzerinde anlamlı etkisi olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın bulgularına bakıldığında sigara içme oranının 3. ve 4. sınıfta azaldığı görülmektedir (Tablo 1). Ülkemizin farklı üniversiteleri değerlendirildiğinde, sigara içen öğrencilerin oranı birinci sınıftan her yıl yaklaşık %10'luk artışlarla dördüncü sınıfa yükselmiştir. Erzurum (9), Sivas (5) ve İsparta üniversitelerinde (21) aynı artış görülmektedir. Bizim çalışmamızda sınıflara göre sigara içme oranına baktığımızda birinci ve ikinci sınıftan sonra sigara içme oranında azalma görülmektedir (Tablo 1). Bu farklılığın nedeni bu araştırmanın yapıldığı üniversitenin Tıp fakültesine yakın olması, bu fakültenin sigara bırakma ünitesine sahip olması ve sıklıkla sigara ile ilgili eğitim programlarının üniversitede yapılmasına bağlanabilir.

Öğrencilerin %62,7'sinin arkadaşlarının sigara içtiği, %40,2'sinin sigaraya başlama nedenin arkadaş olduğu, %33,1'inin kanser korkusu nedeniyle sigarayı bırakmayı denediklerini, %65,3'ünün en çok öksürük şikâyetleri olduğunu, %88,7'sinin stresli olduklarında daha fazla sigara içtiklerini, %96,4'ünün sigaranın yararına inanmadıklarını ifade etmişlerdir (Tablo 2). Öğrencilerin sigaraya başlama yaş ortalaması  $18,7 \pm 3,4$ , sigara içme yıl ortalaması  $2,5 \pm 1,4$ , günlük içilen sigara âdeti  $16,4 \pm 5,7$  olarak bulunmuştur (Tablo 2). Çevresindekilerin sigara içme durumu, sigaraya başlama nedenleri ve sigaranın yarar durumunu değerlendirme bakımından istatistiksel anlamlılık görülmüştür ( $p < 0.05$ ) (Tablo 2).



**Tablo 1.Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özellikleri**

<b>Tanıttıcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
<b>Yaş</b>				
20'nin altı	302	55,6	X <sup>2</sup> =98,63	<0.001
20'nin üstü	241	44,4		
<b>Cinsiyet</b>				
Kız	186	34,3	X <sup>2</sup> =131,02	<0.001
Erkek	357	65,7		
<b>Kalınan Yer</b>				
Ailesi ile beraber oturan	157	28,9	X <sup>2</sup> =32,76	<0.001
Yurtta kalan	386	71,1		
<b>Geldiği yer</b>				
İl merkezi	239	44,1	X <sup>2</sup> =72,04	<0.001
İl merkez dışı	304	55,9		
<b>Anne eğitimi</b>				
İlk/Orta	332	61,2	X <sup>2</sup> =102,43	<0.001
Lise	99	18,3		
Üniversite	7	1,2		
Okuma yazma biliyor	105	19,3		
<b>Baba eğitimi</b>				
İlk/Orta	237	43,7	X <sup>2</sup> = 88.54	<0.001
Lise	179	32,9		
Üniversite	12	2,3		
Okuma yazma biliyor	115	21,1		
<b>Sınıf</b>				
1.sınıf	193	35,7	X <sup>2</sup> =48,97	<0.001
2.sınıf	141	25,9		
3.sınıf	120	22,1		
4.sınıf	89	16,3		

Türkiye’de yapılan birçok çalışmada da sigaraya başlama nedeni olarak arkadaş grubu ilk sırada yer almaktadır (5,8,22,24). Çalışmamızda çevresindekilerin sigara içme durumlarında arkadaşlar ilk sırayı alırken, babanın sigara içme etkisi ikinci önemli değişken olmaktadır. Kocaeli Üniversite’sinde yapılan çalışmada ise sigara içen bir kardeşe sahip olunması sigaraya başlamada önemli faktör olarak tespit edilmiştir (8). Yine Görsel ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi sigara içici kardeşe sahip olmak ile sigara içiciliği arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (23). Bu sonuçlar evdeki aile bireylerinin sigara içme durumunun sigaraya başlamada kişiler üzerindeki etkisini açıkça izah etmektedir. Çalışmamızda arkadaş faktörü ve yurtta kalmış olmak sigara

içmede önemi göz önüne alındığında, öğrencinin hem aileden uzakta, hem de bağımsız olarak sigara içen arkadaş grubunda olduğu için sigaraya daha kolay ulaşabildiği söylenebilir. Buna benzer sonuçlar birçok çalışmadaki tespitler ile aynıdır (8, 10-11). Çalışmamızda, günlük içilen sigara adetinin 16 adet olması, yapılmış diğer çalışmalardaki günlük tüketimin üstünde olduğunu göstermektedir (10-11) Sigaranın faydalı olmadığı ifadesi çalışmamızda yüksek bulunması, buna rağmen sigaranın günlük tüketiminin fazla olması öğrencilerin sigaranın tehlikeleri konusuna yeterli önemi vermediklerini ifade etmektedir. Sivas, Mersin, İzmir, Urfa gibi birçok şehirde sigara içen öğrenciler arasında yapılan çalışmada öğrencilerin çoğu sigaranın zararlarının farkında olduğu tespit edilmiştir (15-18). Bu üniversitelerde sigaranın ortalama günlük tüketimi 10 adet olarak bulunmuştur. Sigarayı bırakma girişimine verilen cevapta kanser korkusu ve ekonomik koşullar nedeniyle denediklerini ifade etmektedirler. Türkiye’de yapılan çalışmalarda sigara içen üniversite öğrencilerinin %83’ünün sigarayı bırakabilme umuduyla sigarayı bırakmayı denedikleri ifade etmişlerdir (15). Türkiye’de yapılan değişik çalışmalar incelendiğinde %14 ile %33 arasında sigarayı bırakmayı deneme isteğinin olduğu tespit edilmiştir (15-17, 20-21). Sigarayı bırakmayı denemenin bir başka nedeni de, üniversite öğrencilerinin kendilerine verilen parada kullanım yönetimine sahip olmalarının etkisi olabilir. Çalışmada ortalama sigara içme yılının 2,5 yıl olduğunun tespit edilmesi, öğrencilerin çoğunluğunun üniversiteye girişte ve lisenin son yıllarında sigara içtiklerini düşündürmektedir. Tot ve arkadaşlarının (16) yaptıkları çalışmada da ortalama içme yılı olarak 3 yıl bulunması, üniversitenin sigaraya başlamada ne kadar etkili olduğunu açıkça ifade etmektedir. Çalışmada, sigara ile ilgili fiziksel yakınmaların başında öksürük olduğu düşünüldüğünde, koruyucu sağlık açısından sigara mücadelesinin önemi de açıkça görülmektedir.

Sonuç olarak, çalışmayı kabul eden öğrencilerin çoğunluğunun erkek, yurttan kalan, anne ve babası sigara içen, sigaraya başlama yaş ortalaması 18, ortalama sigara içme yılı 2,5 ve günlük içilen miktarın 16 adet olduğu tespit edilmiştir. Sigara içiminde en çok fiziksel şikayet öksürük olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin kanser korkusu ile sigarayı bırakmayı denediği, stresli olduklarında en fazla sigara içtiği, sigaranın zararlı olduğuna inandığı halde sigara içmeye devam ettiği tespit edilmiştir. Sonuç olarak, üniversiteli sigara kullanan öğrencilere yönelik devlet, medya, okul, aile ve tüm toplum ile işbirliği yapmalıdır. Arkadaş, aile ve üniversite faktörünün sigaraya başlamadaki önemi dikkate alındığında, yapılacak çalışmalarda bütün öğrencilerin ve ailelerin aynı zamanda hedeflenmesi faydalı olabilecektir.

**Tablo 2.** Sigara ile İlgili Tanıtıcı Özellikler

Tanıtıcı Özellikler	Sayı	%	X <sup>2</sup>	P
<b>Çevresindekilerin Sigara İçme Durumu</b>				
Arkadaş	340	62,7	X <sup>2</sup> =98,73	<0.005
Baba	248	45,7		
Anne	106	19,6		
Anne+ Baba	99	18,2		
Kardeşler	33	5,9		
<b>Sigaraya Başlama Nedenleri</b>				
Arkadaş grubu	218	40,2	X <sup>2</sup> =124,77	<0.005
Merak	197	36,3		
Stres	87	16,0		
Özenti	73	13,5		
<b>*Sigarayı Bırakmayı Deneme Nedenleri</b>				
Kanser Korkusu	180	33,1	X <sup>2</sup> =87,01	>0.005
Ekonomik Koşullar	127	23,2		
Aile Baskısı	118	21,8		
İradeyi Kontrol Etme Merakı	118	21,8		
<b>Sigara İçimi ile İlgili Fiziksel Yakınma</b>				
Öksürük	355	65,3	X <sup>2</sup> =19,65	>0.005
Sabah Ağız Kokusu	188	34,7		
<b>Sigara İçme Zamanları</b>				
Stresli olduklarında	482	88,7	X <sup>2</sup> =87,01	>0.005
Kahvaltı Öncesi	300	55,2		
Yalnız iken	189	34,8		
<b>Sigaranın Yarar Durumu Değerlendirme</b>				
Yararının Olmadığı	523	96,4	X <sup>2</sup> =118,22	<0.005
Yararının Olduğu	20	3,6		
<b>Sigaraya Başlama Yaş Ortalaması</b>				
	18,7±3,4			
<b>Sigara İçme Yılı Ortalaması</b>				
	2,5 ± 1,4			
<b>Günlük İçilen Ortalama Sigara Miktarı(Adet)</b>				
	16,4± 5,7			

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

## KAYNAKLAR

1. Wechsler H, Rigotti NA, Gledhill-Hoyt J, and Lee H. Increased Levels of Cigarette Use Among Collage Students: A Cause for National Concern. JAMA 1998; 280: 1673-8.
2. Martha R. Evans. Cigarettes: U.S. Output, Removals, and Consumption, 1950-2000. Tobacco Situation and Outlook. Market and Trade Economics Division, Economic Research Service, U.S. Department of Agriculture, December 2000, TBS-248. <http://www.ers.usda.gov/publications/so/view.asp>
3. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, and Shokoohi DF; eds. Tobacco Control Country Profiles. Atlanta GA: American Cancer Society. 2000;344.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cigarette Use Among High School Students-United States, 1991–2005. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2006; 55: 724–726.
5. Demirel Y, ve Sezer E. Sivas Bölgesi Üniversite Öğrencilerinde Sigara Kullanma Sıklığı. Erciyes Tıp Dergisi 2005; 27(1): 1-6.
6. Sezer RE. Dünyada ve Türkiye’de Sigara Tüketim Eğilimleri. Hipokrat Dergisi 2002; 11: 56-63.
7. Durmuş B, ve Pirinççi E. Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Öfkeyle İlişkisi. İnönü Üniversitesi Dergisi 2009; 16(2): 83-89.
8. Boyacı H, Çorapçioğlu A, Ilgazlı A, Başyiğit İ, ve Yıldız F. Kocaeli Üniversitesi Öğrencilerinin Sigara İçme Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Solunum Hastalıkları 2003; 3: 169-75.
9. Bedir S, ve Polat D. Atatürk Üniversitesi Norman Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler. Atatürk Üniv. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2011; 25: 2.
10. Telli C, Solak Z, Özol D ve Sayın A. Üniversiteye Başlayan Öğrencilerin Sigara İçme Alışkanlıkları. Solunum 2000; 6(3):101-106.
11. Çelik P, ve Esen A, Yorgancıoğlu A ve ark. Manisa İlinde Lise Öğrencilerinin Sigaraya Karşı Tutumları. Toraks 2000; 11: 61-6.
12. Effuso L, Barra D, Del Castello E et al. Factors Influencing the Age at Which Adolescents Start Smoking. A Comparison Between a Big and a Small City. Ital Heart J 2002; 3: 64-8.
13. Centers for Disease Control and Prevention. Reducing Tobacco Use. A report

of the Surgeon General. MMWR Recomm Rep 2000; 49 (RR- 16): 1-27.

**14.** Warren CW, Riley L, Asma S et al. Tobacco Use by Youth: A Surveillance Report from the Global Youth Tobacco Survey project. Bull World Health Organ 2000; 78: 868-76.

**15.** Alfer S.K, ve Çakıcı E. Üniversite Öğrencilerinde Sigara-Alkol Kullanımı ve Aile Sorunları ile İlişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10: 40-47.

**16.** Çan G. Sigara epidemiyolojisi. Özyardımcı N; ed. Sigara ve Sağlık. Bursa-2002. 49-58

**17.** Tanrıkulu AÇ, Çarban KB, ve Palancı Y. Kars İl Merkezinde Çeşitli Üniversite Öğrencileri Arasında Sigara Kullanım Sıklığı ve Risk Faktörleri. Türk Toraks Dergisi 2009; 11: 101-6.

**18.** Kocabaş A. Türkiye’de Sigara İçme Yaygınlığı ve Bazı Özellikleri. Sigara ve Sağlık 1. baskı, İstanbul: MEB Yayınları-1994. ss: 15-8.

**19.** Ceylan E, Yanık M, ve Gencer M. Harran Üniversitesine Kayıt Yaptıran Öğrencilerin Sigaraya Karşı Tutumlarını Etkileyen Faktörler. Türk Toraks Dergisi 2005; 6(2).

**20.** Şahin Ü, Öztürk M, Ünlü M ve ark. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanım ve Bağımlılık Düzeylerini Etkileyen Faktörlerin İrdelenmesi. Akciğer Arşivi 2000; 1: 73-9.

**21.** Öztürk M, ve Çakmak A. İsparta’da Yurtta Kalan Üniversite Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Anksiyete ile İlişkisi. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2000; 7: 19-22.

**22.** Tot Ş, Yazıcı K, Yazıcı EA, Erdem P ve ark. Mersin Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanım Yaygınlığı ve İlişkili Özellikler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002; 3: 227-231.

**23.** Göksel T, Cirit M, ve Bayındır Ü. İzmir İli Lise Öğrencilerinin Sigara Alışkanlığını Etkileyen Faktörler. Toraks Dergisi 2001; 2: 49-53.

**24.** Arbak P, Erdem F, Karacan Ö ve ark. Düzce Lisesi Öğrencilerinde Sigara Alışkanlığı. Solunum 2000; 2:17-21.

## AKADEMİK PERSONELDE ELEŞTİREL DÜŞÜNME EĞİLİMİNİN İNCELENMESİ\*

Yalçın KANBAY<sup>1</sup>, Elif IŞIK<sup>2</sup>, Özgür ASLAN<sup>2</sup>, Handan ÖZDEMİR<sup>3</sup>

### ÖZET

Eleştirel düşünme; yorumlama, analiz, değerlendirme ve anlamlandırma sonucu amaçlı ve otonom bir şekilde karar vermeye dayanan bir düşünme şeklidir. Üniversite eğitiminde; analitik düşüncenin öğretilmesi, mümkün olduğunca problem çözme ve doğru eğilimler için düşünmenin kullanılmasına fırsat vererek öğrencilerin bilişsel ve zihinsel alışkanlıklarının geliştirilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla bu noktada eğitimcilerin eleştirel düşünme becerileri de büyük önem taşımaktadır. Araştırmanın evrenini bir üniversitede çalışan akademik personel oluşturmaktadır. Çalışmada örnekleme yöntemine başvurulmayıp çalışmaya katılmayı kabul eden akademik personelin tamamı çalışma kapsamına alınmıştır. Veri toplama aracı olarak California Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeği kullanılmıştır. Örneklemin yaş ortalaması 31,45, ortalama çalışma yılı 6,57, eleştirel düşünme eğilim puan ortalaması ise 257,298 olarak belirlenmiştir. Yaş ve meslekteki deneyim süresi ile eleştirel düşünme eğilim puanı arasında negatif yönde ilişki olmasına karşın bu bulgu istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ). Kadınların eleştirel düşünme eğilim puan ortalamaları 258,568, erkeklerin puan ortalamaları ise 256,618'dir. Medeni durum bakımından bekâr bireylerin puan ortalamalarının 257,298, evli bireylerin ise 256,618 puan ortalamasına sahip oldukları görülmektedir. Kadınlar erkeklerden, bekâr bireyler ise evli bireylerden yüksek eleştirel düşünme puan ortalamalarına sahip olmalarına karşın gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ( $p>0,05$ ). Unvan açısından en yüksek puana öğretim üyesi (257,725), eğitim durumu açısından doktora mezunu (261,970) grubundaki bireyler sahipken, unvan ve mezuniyet durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır. Bu çalışmanın bulgularına göre; akademik personelin eleştirel düşünme eğilim puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu; yaş, mesleki deneyim süresi, cinsiyet, medeni durum, unvan ve eğitim durumu gibi değişkenlerin eleştirel düşünme becerisi üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Eleştirel Düşünme, Akademik Personel, Eğitim.

---

\* Bu çalışma Eğitim Odağında Artvin Sempozyumu'nda (31 Mayıs/ 2 Haziran/Artvin) Sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup> Arş. Gör. Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

<sup>2</sup> Öğr. Gör. Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

<sup>3</sup> Arş. Gör. Burdur Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

**İletişim/Corresponding Author:** Yalçın KANBAY

**Tel:** (466) 2121301 -2122 **e-posta:** [yalcinkanbay@hotmail.com](mailto:yalcinkanbay@hotmail.com)

Geliş Tarihi / Received : 15.05.2012

Kabul Tarihi / Accepted : 16.06.2012

## EXAMINING CRITICAL THINKING TENDENCY OF THE ACADEMIC STAFF

### ABSTRACT

Critical thinking is a form of thinking based on an intentional and autonomous decision-making as a result of interpreting, analyzing, evaluating, and drawing sensible conclusions. Academic staff of a university constituted the study population of this present study. Instead of sampling method, all of the academic staff who agreed to participate were included in the study. The California Critical Thinking Tendency Scale was used as the data collection tool. Of the subjects, the average age was 31.45, the average working year was 6.57, the mean score of critical thinking was 257.298. Although a negative relationship was detected between the age and professional experience and critical thinking tendency score, this finding was interpreted as statistically insignificant ( $p > 0.05$ ). Despite the higher scores of females compared to males, and of singles compared to married ones, the differences between the groups were not statistically significant ( $p > 0.05$ ). Regarding academic title, faculty members achieved the highest score (257.725), while regarding educational degree, doctoral graduates did (261.970). However, no significant differences could be found between the groups in terms of academic titles and graduation status. According to the data of this study, critical thinking scores of the academic staff were at medium levels; and different variables such as age, gender, marital status, educational status, professional experience, and academic title were determined to possess no effect on the critical thinking skills.

**Key Words:** Critical Thinking, Academic Staff, Education.

## GİRİŞ

Eleştirel düşünme; yorumlama, analiz, değerlendirme ve anlamlandırma sonucu amaçlı ve otonom bir şekilde karar vermeye dayanan bir düşünme şeklidir (1). Eleştirel düşünme karmaşık durumların ve olayların anlaşılması ve çözümlenerek bir karara varılması sürecinde gerçekleşen zihinsel işlemlerdir. Sözü edilen zihinsel işlemler; sorgulama temelinde akıl ve mantık yürütmeye dayalı işlemlerdir. Bilgiyi, olgular arasında ilişki kurmayı, ortaya atılan savların gerçekleştirilmesini, soruna çeşitli açılardan bakılmasını zorunlu kılar (2).

Eleştirel düşünmenin ne olduğu ve nasıl öğretileceği sorusunun başlangıcı, Platon'un bir şeyi bilme iddiasında bulunmadan önce o şeyi bilecek konumda olmaya önem veren ve insanın bir konuda fikir yürütmeye başlamadan önce neleri bilip neleri bilmediğini araştırması gerektiğine değinen Sokratik diyaloglarındaki doğru bilgi arayışına kadar geri götürülebilir (3). Sokrat, sağlam bilgiye ve iç görüye sahip olmak için "otoriteye" bağlı olunamayacağı gerçeğini saptamıştır. Kişilerin güç ve yüksek pozisyonlara sahip olabileceğini, hal böyleyken zihinlerinin son derece bulanık ve mantıksız olabileceklerini ortaya koymuştur. Fikirleri inanmaya değer olarak kabul etmeden önce, onları ciddi bir şekilde derinlemesine araştıran derin sorular sormanın önemini saptamıştır. Sokrat sadece söylenenlerle değil ayrıca yapılanlarla da ilgili olarak, kanıt istemenin, akıl yürütme ve varsayımların, temel kavramları analiz etmenin ve çıkarımları/etkileri izlemenin önemini belirlemiştir. Onun soru sorma/sorgulama yöntemi bugün "Sokratik Sorgulama" olarak bilinir ve bilinen en iyi eleştirel düşünme öğretme stratejisidir. Sokrat, sorgulama modunda, düşünmede anlaşılabilirlik ve mantıksal tutarlılık gerektiğini vurgulamıştır (4).

Eleştirel düşünme becerisine sahip olmak, sistematik, duyarlı ve bilgiye dayanan bir süreci gerektirir. Eleştirel düşünen birey, hemen karar vermeyip kararını erteleyen, önyargılarını fark eden, bilginin dayanaklarının güvenilirliğini sorgulayan, farklı bakış açılarını değerlendiren ve bir düşünce üzerinde düşünen bireydir (5). Eleştirel düşünme, normal düşünce süreçleri üzerine kurulmaktadır. Bir kişinin kendini geliştirerek eleştirel düşünmeye ulaşabilmesi için kendi düşünce sürecinin bilincine varması, başkalarının düşünce süreçlerini inceleyebilmesi, öğrendiği bilgileri günlük yaşamında uygulayabilmesi gerekmektedir (6). Amerikan Felsefe Birliği tarafından ideal bir eleştirel düşünürün taşıması gereken özellikler; meraklı, iyi bilgili, açık fikirli, esnek, adil değerlendirme yapabilen, sonuçların güvenilirliğini araştıran, kişisel değerlendirmelerinde dürüst olan, bulunduğu yargılarda temkinli davranan, yeniliğe açık, karmaşık konularda düzenli, bilgiyi aramada çalışkan, kriterleri belirlemede



mantıklı, soruşturma odaklı, karışık durumların ve koşulların araştırılmasında ısrarlı şekilde sıralanmıştır (1).

Eleştirel düşünme becerisi sıklıkla sosyal bilimciler tarafından incelenmesine karşın son zamanlarda sağlık eğitimcilerinin de inceleme konusu olmuştur. Bunun nedeni eleştirel düşünme becerisinin sağlık eğitiminin beklenen sonuçlarından birisi olmasıdır. Çünkü eleştirel düşünme becerisi, bir karar ya da kliniksel bir sonuç üretmek için stratejiler geliştirmede sağlık çalışanlarına olanak verir ve çeşitli ihtimalleri düşünmelerine, hızlı karar almalarına, özel durumlara göre en uygun müdahalelerde bulunmalarına, alternatifler üretmelerine ve hastalar hakkında kompleks bilgileri analiz etmelerine olanak sağlar (7). Yapılan çalışmalar eleştirel düşünme becerisinin akademik başarıyı arttırdığını (8, 9), problem çözme becerisini geliştirdiğini (10,11), klinik karar verme becerisi üzerinde etkili olduğunu (12, 13, 14) ve eleştirel düşünme puanı yüksek olan öğrencilerin mesleki uygulamalarda daha başarılı olduğunu (12, 13) göstermektedir.

Eleştirel düşünme gerek demokratik bir toplum temelini oluşmasında gerekse bireylerin kişisel ve mesleki yaşamları açısından önemli bir işleve sahip olmasına karşın bireylerin meslek yaşamlarına atılma öncesi basamağı oluşturan üniversite eğitiminin eleştirel düşünme becerisini yeterince geliştirmedeği görülmektedir. Yapılan çalışmalar üniversite öğrencilerinin eleştirel düşünme becerilerinin düşük düzeyde (10, 15, 16, 17, 18, 19, 20) ya da genel olarak orta düzeyde (11, 14, 21, 22, 23, 24, 25) olduğunu göstermektedir.

Eleştirel düşünmenin eğitimle kazanılabileceğini bu nedenle üniversite eğitiminde; yeniliğe açık, sorgulamaya dayanan ve öğrencilerin pasif alıcılar yerine aktif katılımcılar gibi davrandığı bir eğitim modelinin gerekliliğinin üniversite eğitimi açısından çok önemli olduğunu vurgulamaktadır (26). Üniversite eğitiminde; analitik düşüncenin öğretilmesi, mümkün olduğunca problem çözme ve doğru eğilimler için düşünmenin kullanılmasına fırsat vererek öğrencilerin bilişsel ve zihinsel alışkanlıklarının geliştirilmesi gerekmektedir (27). Eğitimin öğrencilere derslerinde düşünmeyi öğretmenin yanında onların mesleki, sosyal ve kişisel yaşamlarında daha ciddi bir şekilde düşünmelerini sağlamaya yönelik hedefleri de bulunmaktadır. Fakat ne yazık ki eleştirel düşünmenin gerçek doğası müfredat programlarında ya da özel programlarda sıklıkla ihmal edilmektedir. Bu nedenle eleştirel düşünme yükseköğretim programlarının hedeflerinde açıklanmalı ve geliştirilmelidir (28).

Eleştirel düşünme becerisi her yaştaki bireye öğretilen bir beceridir ve bu becerinin öğretilmesindeki en büyük etken eğitimcilerdir. Eğitimciler bu beceriye sahip olmalı ve bu

becerinin öğrencilere nasıl kazandırılacağı konusunda yeterli bilgiye sahip olmalıdır (5). Bu nedenle eğitimcilerin eleştirel düşünme becerilerinin hangi düzeyde olduğunun belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu sonuçlardan yola çıkarak, akademik personelin eleştirel düşünme becerisinin belirlenmesine yönelik olarak bu çalışma planlanmış ve ilgili literatüre katkı sağlaması amaçlanmıştır.

## **MATERYAL VE METOT**

**Araştırmanın Tipi:** Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır

**Araştırmanın Yapıldığı Yer:** Çalışma bir devlet üniversitesi akademik birimlerinde yürütülmüştür

**Evren ve Örneklem:** Araştırmanın evrenini bir üniversitede çalışan akademik personel oluşturmaktadır. Araştırmacıların evren özelliklerini yakından tanımaları ve ulaşılabilirliğin kolay olması nedeni ile X Üniversitesi akademik birimleri çalışma alanı olarak seçilmiştir. Gerekli yasal izinler alındıktan sonra çalışma verileri Haziran 2011 döneminde toplanmıştır. Çalışmada herhangi bir örnekleme yöntemine başvurulmayıp çalışmaya katılmayı kabul eden akademik personelin tamamı çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen, ulaşılamayan ve ölçek sorularına eksik cevap veren kişiler olması nedeni ile bu çalışmanın örneklemini 109 (n: 109) akademik personel oluşturmuştur.

**Veri Toplama Araçları:** Verilerin toplanmasında California Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeği kullanılmıştır.

**California Eleştirel Düşünme Eğilim Ölçeği:** 1990 yılında Facione ve arkadaşları tarafından geliştirilen California Eleştirel düşünme eğilim ölçeği kişinin eleştirel düşünme düzeyini değerlendirmek amacı ile kullanılmaktadır. Ölçekteki 5., 6., 9., 11., 15., 18., 19., 20., 21., 22., 23., 25., 28., 33., 36., 41., 43., 45., 49. ve 50. sorular tersinden puanlanarak hesaplanmıştır (28).

Ölçeğin Türkiye 'deki geçerlilik güvenirlik çalışması Kökdemir tarafından 2003 yılında yapılmıştır (25). Her alt ölçekten alınan puan toplamının 10 ile çarpılıp alt ölçekteki madde sayısına bölünmesi ile alt ölçeklerden alınan puanlar hesaplanmaktadır. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile de ölçekten alınan toplam puan hesaplanmaktadır. Değerlendirmede puanı 240'dan (40 x 6) az olan kişilerin genel eleştirel düşünme eğilimlerinin düşük, puanı 300'den (50x6) fazla olanların ise bu eğilimlerinin yüksek olduğu söylenebilir. Toplam 6 boyut ve 51 maddeden oluşan yeni ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (alfa) ,88 olarak bulunmuştur.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Verilerin analizi SPSS 17.0 paket programı ile; sayı, ortalama, yüzde, korelasyon, varyans analizi, iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve kruskal-wallis testi kullanılarak yapılmıştır.

**Araştırmanın Etik Yönü:** Çalışmanın yürütüldüğü kurumlardan yazılı izin, katılımcılardan ise bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

## BULGULAR VE TARTIŞMA

Eleştirel düşünen birey; bilgiyi derinlemesine analiz eden, şüpheli, en büyük yanlışların aslında yerleşmiş yaygın inançlar altında yattığını bilen, yeterli ve geçerli kanıt olmadan elde edilen bilginin güvenilirliğinden emin olmayan, problemleri çözmek kadar var olan problemlerin ortaya çıkmasında da usta davranan, bununla yetinmeyip problemlerin sebeplerini araştıran ve analitik düşünme becerisine sahip bireydir.

**Tablo 1.** Yaş, Çalışma Yılı ve Eleştirel Eğilim Puanına Ait Ortalamalar

Değişken	n	Min.	Max.	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	109	23	60	31,45	8,029
Çalışma Yılı		1	41	6,57	8,427
Eleştirel Düşünme Eğilim Puanı		203,62	314,44	257,298	26,021

Örneklemin yaş, çalışma yılı ve eleştirel düşünme eğilim puanlarına ait ortalama değerler Tablo 1’de verilmiştir. Örneklemin yaş değerleri 23 ile 60 arasında değişmekte olup örneklemin yaş ortalaması 31,45 olarak belirlenmiştir. Bir yıl ile 41 yıl arasında çalışma deneyimi olan örneklemin ortalama çalışma yılı ise 6,57 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada örneklemin eleştirel düşünme eğilim puan ortalaması 257,298 olarak belirlenmiştir. Bu puan orta düzeyde bir puandır (26). Bireylerin eleştirel düşünme eğilimlerinin ölçüldüğü çalışmalarda bu çalışmaya benzer olarak örneklemlerin eleştirel düşünme eğilim puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirtilmektedir. Küçükgüçlü ve Kanbay, öğrenci hemşirelerin (14); Işık ve arkadaşları, hemşirelerin (30); Korkmaz, öğretmen adaylarının (21); Korkmaz, öğretmenlerin ve öğretim elemanlarının (31); Beşer ve Utku, mühendislik öğrencilerinin (32); Çekiç, matematik öğrencilerinin (24) eleştirel düşünme eğilim puanlarının orta düzeyde olduğunu belirlemişlerdir. Eleştirel düşünme becerisi bireyin kişisel, sosyal, mesleki ve akademik yaşamında etkin bir kişi olarak yaşamasını sağlayan ve aynı zamanda

birey, aile ve toplumun demokratik bir yapı kazanmasında etkili, eğitimle kazanılabilecek bilişsel bir mekanizmadır. Dolayısıyla bireylerin eğitim yaşamlarında; bireylerin eleştirel düşünme becerilerini kazanmaları ve bunu alışkanlık haline getirmeleri eğitimciler tarafından sağlanması gereken, eğitimcilerin, müfredat düzenleyicilerin ve hükümetlerin önemle üzerinde durmaları gereken bir konudur. Öğrencilere gerekli düşünme becerilerinin kazandırılması ve bu alışkanlıkların sürdürülmesi için eğitim ortamlarında gerekli özgür ortamın sağlanabilmesi öncelikle eğitimcilerin de eleştirel düşünebilme becerilerini kazanabilmelerine ve bu alışkanlıklarını devam ettirebilmelerine bağlıdır.

**Tablo 2.** Örneklemin Demografik Özelliklerine İlişkin Frekans Dağılımları

Değişken	Alt Boyut	n	%	Değişken	Alt Boyut	n	%
Cinsiyet	Erkek	71	65,1	Medeni Durum	Evli	51	46,8
	Kadın	38	34,9		Bekar	58	53,2
Mezuniyet	Lisans	33	30,3	Ünvan	Öğretim Üyesi	25	22,9
	Y. Lisans	44	40,4		Arş. Gör	62	56,9
	Doktora	32	29,4		Öğr. Gör./Okutman	22	20,2

Örneklemin demografik özelliklerine ilişkin frekans dağılımları Tablo 2’de verilmiştir. 71 erkek 38 kadın olmak üzere toplam 109 kişiden oluşan örneklemin %46,8’i evli, %53,2’si bekar bireylerden oluşmaktadır. Lisans mezunu %30,3 iken yüksek lisans mezunu bireyler %40,4 ve doktora mezunu ise %29,4’tür. Örneklemin %22,9’u öğretim üyelerinden (yardımcı doçent, doçent ve profesör) oluşurken %56,9’u araştırma görevlilerinden ve %20,2’si ise öğretim görevlisi ve okutmanlardan oluşmaktadır.

Yaş ve meslekteki deneyim süresi ile eleştirel düşünme eğilimi arasındaki ilişki Tablo 3’te gösterilmiştir. Yaş ve meslekteki deneyim süresi ile eleştirel düşünme eğilim puanı arasında negatif yönde ilişki olmasına karşın bu bulgu istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. ( $p>0.05$ ). Bu bulgu literatürle de uygunluk göstermektedir. Öğrenciler ve meslek üyeleri ile yapılan çalışmalarda bireylerin yaş ve meslekteki deneyim süreleri ile eleştirel düşünme becerileri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (19, 22, 30, 31, 33, 34, 35). Eleştirel düşünme becerisi, bireyin bilgiyi sorgulayarak kabul etmesini, alternatif bakış açıları geliştirerek etkili kararlar almasını sağlamaktadır. Bu bakımdan okul öncesi eğitimden, yüksek öğretime kadar eğitimin her aşamasında bireylerin bilgiye eleştirel yaklaşabilmesi için

eleştirel düşünme becerisini kazanmış olmaları gerekmektedir (36). Bu nedenle bireylerin yaş ya da mesleki deneyimlerinden ziyade eleştirel düşünme becerilerini kazanabilmiş olmaları ve bu becerileri yaşamlarına aktarabilmeleri, yaş ve deneyim sürelerinden daha önemli hale gelmektedir.

**Tablo 3.** Yaş ve Deneyim Süresi ile Eleştirel Düşünme Arasındaki İlişki

Değişken	n	r	r <sup>2</sup>	p
Yaş	109	-,028	,000	,772*
Deneyim		-,025	,000	,798*

\*p>0,05

**Tablo 4.** Eğitim Durumuna Göre Eleştirel Düşünme Puanları Arasındaki Fark

Değişken	n	Ortalama	Ss	Önemlilik
Lisans	33	257,322	4,761	F: ,893
Yüksek Lisans	44	253,883	3,778	P: ,412*
Doktora	32	261,970	4,646	

\*P>0,05

Eğitim durumuna göre eleştirel düşünme arasındaki fark Tablo 4'te gösterilmiştir. Lisan mezunu akademik personelin eleştirel düşünme puan ortalaması 257,322 iken, yüksek lisans mezunlarının 253,883, doktora mezunlarının ise 261,970'tir. Gruplar arasında eleştirel düşünme eğilim puan ortalamaları farklılık göstermekle birlikte, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0,05). Bu bulgu literatürle uyum göstermemektedir. Eleştirel düşünme becerisinin eğitimle birlikte artacağı vurgulanmakla birlikte (26, 37), eğitimin niteliğinin nasıl olacağı ve nasıl bir eğitim uygulamasının eleştirel düşünme becerisini geliştirdiği tartışma konusudur ( Tablo 4).

Cinsiyet ve medeni duruma göre eleştirel düşünme puanı arasındaki fark Tablo5'te verilmiştir. Kadınların eleştirel düşünme puan ortalamaları 258,568 iken, erkeklerin puan ortalamaları 256,618'dir. Kadınların eleştirel düşünme puan ortalamaları erkeklerden yüksek olmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildir. Medeni durum açısından bakıldığında bekâr bireylerin eleştirel düşünme puan ortalamaları evli bireylerden yüksek olmasına karşın, istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05) ( Tablo 5).

**Tablo 5.Cinsiyet ve Medeni Duruma Göre Eleştirel Düşünme Puanları Arasındaki Fark**

Değişken	Cinsiyet	N	X	Ss	t	p
Cinsiyet	Kadın	38	258,568	,086	,667	,566*
	Erkek	71	256,618	,061		
Medeni Durum	Evli	51	256,814	,068	,525	,601*
	Bekâr	58	257,298	,071		

\*P&gt;0,05

Bu çalışmanın bulgularına göre örneklemin; cinsiyet ve medeni durumlarına göre eleştirel düşünme puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Yapılan çalışmalar bireylerin cinsiyet ve medeni durumlarının eleştirel düşünme becerisi üzerinde etkisiz olduğunu göstermektedir (19, 22, 31, 33). Buna karşın literatürde cinsiyet, medeni durum ve eğitim durumunun eleştirel düşünme becerisi üzerinde etkili olduğunu, eleştirel düşünme becerisinin eğitimle arttırılabileceğini ve eğitim seviyesi arttıkça bireylerin eleştirel düşünme becerilerinin de arttığını belirten çalışmalar da bulunmaktadır (26, 37).

Çalışmamıza göre eleştirel düşünme becerisi unvan ya da eğitim seviyesi gibi değişkenlerle ilgili bir beceri olmayıp, bireyin bu konu ile ilgili olarak düşünme becerilerini geliştirici eğitimler alması, toplumun kültürel yapısı, bireyin yetiştirilme tarzı ile yakından ilgilidir. Ayrıca eleştirel düşünceyi geliştirici eğitimler almış ve demokratik bir ortamda yetişmiş olan bireylerinde; demokratik, özgür ve özgün düşünce yapısını yaşamlarına aktarabilmeleri ve bu düşünceleri alışkanlık haline getirmeleri ile elde edilebilecek bir beceridir.

## SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmanın bulgularına göre şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Akademik personelin eleştirel düşünme eğilim puan ortalamaları orta düzeydedir,
- Yaş, cinsiyet, medeni durum, meslekteki deneyim süresi, unvan ve eğitim durumu gibi değişkenler eleştirel düşünme becerisi üzerinde etkili değildir.

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda şu önerilerde bulunulmuştur;

- Eleştirel düşünme becerisini geliştirmeye yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi eğitimcilere,
- Eleştirel düşünme becerisini etkileyen etmenlerin ve eleştirel düşünmeyi geliştiren yöntemlerin araştırılması araştırmacılara önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

1. Facione P.A. Critical Thinking: A Statement Of Expert Consensus For Purposes Of Educational Assessment And Instruction, Executive Summary “The Delphi Report” ERIC Document 1990; 315-423.
2. Özdemir O. Eleştirel Düşünme. ISBN: 978-605-0063-05-9 İstanbul – 2008.
3. Gündoğdu H. Eleştirel Düşünme Ve Eleştirel Düşünme Öğretimine Dair Bazı Yanılgılar. Sosyal Bilimler 2009; 7(1): 57-74.
4. <http://www.criticalthinking.org/pages/a-brief-history-of-the-idea-of-critical-thinking/408>, 10.05.2012
5. Gürleyük G.C. Yüksek lisans Tezi; “Sınıf Öğretmeni Adaylarının Çeşitli Değişkenler Açısından Eleştirel Düşünme Eğilimleri, Problem Çözme Becerileri ve Akademik Başarı Düzeylerinin İncelenmesi” Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Zonguldak – 2008.
6. Cüceloğlu D. İyi Düşün Doğru Karar Ver. 25. Baskı. İstanbul – 1998.
7. Oerman M.H. Career and Technical Education. Journal of Nursin Education 1998; 17(6): 322 -327.
8. Ip W.Y, Lee D.T.F, Lee I.F.K, Chau J.P.C. Disposition Towards Critical Thinking: A Study Of Chinese Undergraduate Nursing Students. Journal of Advanced Nursing 2000; 32(1): 84-90.
9. Tümkaya S. Fen Bilimleri Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri Ve Öğrenme Stilllerinin İncelenmesi. Ahi Evran Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2011; 12(3):215-234.
10. Kantek F, Öztürk N, Gezer N. Bir Sağlık Yüksekokulunda Öğrencilerin Eleştirel Düşünme Ve Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi. International Conference on New Trends in Education and Their Implications 2010; 186-190.
11. Beşer A, Kıssal A. Critical Thinking Disposition And Problem Solving Skills Among Nursing Students. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009; 2(3): 88-94.
12. Shin K.R. Critical Thinking Ability And Clinical Decision –Making Skills Among Senior Nursing Students İn Associate And Baccalaureate Programmes İn Korea. Journal of Advanced Nursing 1998; 27, 414-418.

**13.** Bowles K. The Relationship Of Critical-Thinking Skill And The Clinical Judgment Skills Of Baccalaureate Nursing Students. Journal of Nursing Education; 2000; 39(8): 373-376.

**14.** Küçükgüçlü Ö, Kanbay Y. Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimleri İle Klinik Başarıları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(3): 21-25.

**15.** Akkuş Y, Kaplan F, Kaçar N. Kars Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2010; 5(15): 103-112.

**16.** Arslan G.G, Demir Y, Eşer İ, Khorshid L. Hemşirelerde Eleştirel Düşünme Eğilimini Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(1): 72-80.

**17.** Bulut S, Ertem G, Sevil Ü. Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeylerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 2(2): 27-38.

**18.** Öztürk N, Ulusoy H. Lisans Ve Yüksek Lisans Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri Ve Eleştirel Düşünmeyi Etkileyen Faktörler. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008; 1(1): 15-25.

**19.** Öztürk N. Yüksek Lisans Tezi; “Hemşirelik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Düzeyleri ve Eleştirel Düşünmeyi Etkileyen Faktörler” Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas – 2006.

**20.** Öztürk C, Karayağız G. Farklı Eğitim Modellerinin Öğrenci Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Becerileri Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi II. Aktif Eğitim Kurultayı; 4-5 Haziran 2005, İzmir 2005.

**21.** Korkmaz Ö. Eğitim Fakültelerinin Öğrencilerin Eleştirel Düşünme Eğilim Ve Düzeylerine Etkisi. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2009; 7(4): 879-902.

**22.** Şen Ü. Türkçe Öğretmeni Adaylarının Eleştirel Düşünme Tutumlarının Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi. Journal of World of Turks 2009; 1(2): 69-89.

**23.** Çetin A. Yüksek Lisans Tezi; “Sınıf Öğretmeni Adaylarının Eleştirel Düşünme Gücü” Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Bursa – 2008.



**24.** Çekiç S. Yüksek Lisans Tezi; “Matematik Öğretmenliği Lisans Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Gücü Düzeylerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi” Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. İzmir – 2007.

**25.** Kürüm D. Yüksek Lisans Tezi; “Öğretmen Adaylarının Eleştirel Düşünme Gücü” Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Eskişehir – 2002.

**26.** Kökdemir D. Doktora Tezi; “Belirsizlik Durumlarında Karar Verme ve Problem Çözme” Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara – 2003.

**27.** Facione P.A, Blohm S.W, Facione N.C, Giancarlo C.A.F. Professional Judgment Rating Form: Novice/ Internship Level Critical Thinking Abilities and Habits of Mind. Milbrae – 2006.

**28.** Ennis R. Incorporating Critical Thinking In The Curriculum: An Introduction To Some Basic Issues. Spring 1997; XVI(3): 1-9.

**29.** Facione N.C, Facione P.A. Externalizing The Critical Thinking In Clinical Judgment. Nursing Outlook 1996; 44: 129-36.

**30.** Işık E, Karabulutlu Ö, Kanbay Y, Aslan Ö. Hemşirelik Çalışanlarının Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin Belirlenmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. I. Uluslar arası V. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi; 22-24 Eylül 2011, İstanbul.

**31.** Korkmaz Ö. Öğretmenlerin Eleştirel Düşünme Eğilim Ve Düzeyleri. Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi 2009; 10(1):1-13.

**32.** Beşer A, Utku M. Hemşirelik ve Mühendislik Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi II. Aktif Eğitim Kurultayı; 4-5 Haziran 2005, İzmir.

**33.** Dil S, Öz F. Hemşirelik Yüksekokulu Ve Beslenme Ve Diyetetik Bölümü Öğrencilerinin Eleştirel Düşünme Becerilerini Etkileyen Faktörler. Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Dergisi 2005; 1(1): 12-26.

**34.** Eşer İ, Khorshid, L, Demir Y. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Eleştirel Düşünme Eğilimi Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 11(3):13-22.

**35.** Dirimeşe E. Yüksek Lisans Tezi; “Hemşirelerin ve Öğrenci Hemşirelerin Eleştirel Düşünme Eğilimlerinin İncelenmesi” Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir – 2006.

**36.** Akça N.K, Taşçı S. Hemşirelik Eğitimi Ve Eleştirel Düşünme. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2009; 5(2): 187-195.

**37.** Girot E.A. Graduate Nurses: Critical Thinkers Or Better Decision Makers?. Journal of Advanced Nursing 2000; 31 (2):288- 297

## LENF NODU DİSEKSİYONUNU TAKİBEN GELİŞEN İZOLE TRAPEZ KASIN ETKİLENDİĞİ SPİNAL AKSESUAR SİNİR YARALANMASI

Merih ÖZGEN<sup>1</sup>, Gülşah ÖĞÜTLER ÖZKARA<sup>1,\*</sup>, Onur ARMAĞAN<sup>1</sup>

### ÖZET

Trapez kas felci, spinal aksesuar sinirin yaralanması sonucu gelişen bir durumdur. Spinal aksesuar sinir yaralanmaları seyrek görülür ve çoğunlukla iyatrojeniktir. Servikal posterior üçgen bölgesinden yapılan lenf nodu biyopsisi bu duruma yol açan nedenlerden biridir. Olgumuz 16 yaşındaki erkek, sağ omuz ağrısı ve omuzda asimetri nedeniyle polikliniğe başvurdu. Üç ay önce sağ servikal posterior bölgeden lenfadenopati nedeniyle biyopsi yapıldığı öğrenildi. Fizik muayenede sağ omuz deprese, üst trapez kas atrofik, skapula aşağı ve dışa doğru yer değiştirmişti, kanat skapula mevcuttu, sternokleidomastoid kas muayenesi normaldi, sağ omuz hareketleri her yönde açıktı ve ağrılıydı. Elektromiyografide, aksesuar sinirin sternokleidomastoid kasından sonra trapez kasına giden dalında kronik dönem akson hasarı gözlemlendi. Hasta rehabilitasyon programına alındı. Klinik takiplerinde, hastanın omuz ağrısında tamamen düzelme ve trapez kasındaki atrofide belirgin iyileşme tespit edildi. Altı ay sonraki kontrol elektromiyografisinde de spinal aksesuar sinirde iyileşme saptandı. Bu olgu; omuz ağrısı ve /veya kas atrofisiyle gelen hastaların ayırıcı tanısında, özellikle hikâyesinde geçirilmiş boyun cerrahisi olanlarda, spinal aksesuar sinir felcinin hatırdan tutulması bakımından sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** Spinal Aksesuar Sinir Yaralanması, Omuz Ağrısı, Servikal Lenf Nodu Biyopsi

---

\*Lenf Nodu Diseksiyonunu Takiben Gelişen İzole Trapez Kasın Etkilendiği Spinal Aksesuar Sinir Felci, 4. Türk Romatoloji Kongresi Antalya/Türkiye, Nisan 2010 (Poster)

<sup>1</sup> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Anabilim Dalı,

**İletişim/ Corresponding Author: Merih ÖZGEN**

**Tel:** 222 2392979-2455 **e- posta:** mozgen@ogu.edu.tr

Geliş Tarihi / Received : 28.05.2012

Kabul Tarihi / Accepted : 20.06.2012

## SPINAL ACCESSORY NERVE PALSY RESULTING IN ISOLATED INJURY OF TRAPEZIUS MUSCLE AFTER LYMPH NODE DISSECTION

### ABSTRACT

Paralysis of trapezius muscle results from spinal accessory nerve injury. Injuries of spinal accessory nerve are a rare condition and it is usually iatrogenic. Cervical lymph node biopsy in the posterior triangle region is one of the reasons that led to this situation. Our case is 16 year old male who was admitted to our outpatient clinic because of right shoulder pain and shoulder asymmetry. Three months ago, a biopsy has been performed from posterior region because of right cervical lymphadenopathy. Physical examination revealed depressed right shoulder, upper trapezius muscle atrophy, downward and outward displaced scapula, and winged scapulae; sternocleidomastoid muscle examination was normal and right shoulder movements were full and painful in all directions. In electromyography, chronic axon damage was seen in the branch of accessory nerve innervating the trapezius muscle following the sternocleidomastoideus muscle. The patient was included in the rehabilitation program. In clinical follow up, the patient's shoulder pain completely resolved and trapezius muscle atrophy was significantly improved. Six months after, the spinal accessory nerve electromyography showed improvement. This case report was presented because of the importance of keeping the spinal accessory nerve palsy in mind in the differential diagnosis of the patients admitting with shoulder pain and/or muscle atrophy and especially when there is a history of previous neck surgery.

**Key Words:** Spinal Accessory Nerve Injury, Shoulder Pain, Cervical Lymph Node Biopsy

---

\*Lenf Nodu Diseksiyonunu Takiben Gelişen İzole Trapez Kasın Etkilendiği Spinal Aksesuar Sinir Felci, 4. Türk Romatoloji Kongresi Antalya/Türkiye, Nisan 2010 (Poster)

<sup>1</sup> Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Anabilim Dalı,

**İletişim/ Corresponding Author: Merih ÖZGEN**

Geliş Tarihi / Received : 28.05.2012

**Tel:** 222 2392979-2455 **e- posta:** mozgen@ogu.edu.tr

Kabul Tarihi / Accepted : 20.06.2012

## GİRİŞ

Omuz eklemi, son derece hareketli ve komplike bir eklemdir. Omuz ağrısı en sık karşılaşılan muskuloskeletal yakınmalardan biridir. Doğru tanı, kendine özgü anatomisi ve pozisyonu nedeni ile zordur (1).

Omuz ağrısı; intrinsik, ekstrinsik veya bunların kombinasyonlarından oluşan nedenler sonucu ortaya çıkabilir. Omuz kuşağından kaynaklanan bozukluklar intrinsik faktörleri, omuz kuşağının dışından kaynaklanıp sekonder yansıyan ağrıya neden olanlarda ekstrinsik faktörleri oluşturur. Spinal aksesuar sinir yaralanmaları seyrek görülür ve çoğunlukla iyatrojeniktir. Servikal posterior üçgen bölgesinden yapılan lenf nodu biyopsisi bu duruma yol açan nedenlerden biridir. Spinal aksesuar sinir yaralanması ve trapez kasın denervasyonu subakromiyal sıkışma sendromu ile uyumlu omuz ağrısına ve zayıflığa neden olabilir (1, 2).

Bu olgu; omuz ağrısı ve /veya kas atrofisiyle gelen hastaların ayırıcı tanısında, özellikle hikâyesinde geçirilmiş servikal bölge lenf nodu biyopsisi olanlarda, spinal aksesuar sinir felcinin hatırdan tutulması bakımından sunulmuştur.

## OLGU

Sağ omuz ağrı ve asimetrisi şikâyetiyle ortopedi ve pediatri polikliniklerine başvuran 16 yaşındaki erkek hasta fizik tedavi programı alması için polikliniğimize yönlendirildi. Hikâyesinde yaklaşık iki aydır sağ omuz ağrısı ve omuzda şekil bozukluğu olduğu, ağrısının analjeziklere cevap vermediği, hareketle arttığı öğrenildi. Şikâyetleri nedeniyle gittiği polikliniklerde biyokimyasal, hematolojik ve romatolojik tüm tetkiklerinin yapıldığı ve normal olarak değerlendirildiği, ayrıca farklı dönemlerinde çekilmiş sağ omuzda ait iki bilgisayarlı tomografi sonucunun normal olduğu görüldü. Özgeçmiş sorgulamasında, şikâyetlerinin başlamasından yaklaşık bir ay önce sağ servikal posterior bölgeden lenfadenopati nedeniyle biyopsi yapıldığı öğrenildi. Fizik muayenede sağ omuz depreseydi, üst trapez kasında atrofi vardı, skapula aşağı ve dışa doğru yer değiştirmişti ve kolun abduksiyonuyla belirginleşen kanat skapula görünümü mevcuttu (Şekil 1 ve 2). Sağ omuz eklem hareketleri aktif pasif her yönde doğal sınırlarda ancak 170 derece abduksiyon, 160 derece fleksiyon, 50 derece eksternal rotasyondan sonra ağrılıydı. Görsel ağrı skoru 4'dü. Kas kuvveti değerlendirildiğinde, sağ omuz abduksiyon 4+/5, fleksiyon 5/5, dış rotasyon 4+/5, iç rotasyon 4+/5 ve omuz elevasyonunun gücü 4+/5 idi. Sternokleidomastoid kas muayenesi

normaldi. Boyun muayenesinde patoloji saptanmadı. Duyu ve refleks muayenesi normaldi ve patolojik refleks yoktu. Spinal aksesuar sinirin trapez kasına giden dalında hasarlanma olduğu düşünülerek istenen elektromiyografide, ön tanımızla uyumlu olarak aksesuar sinirin sternokleidomastoid kasından sonra trapez kasına giden dalında, kronik dönem akson hasarı gözlemlendi (Tablo 1). Hasta rehabilitasyon programına alındı. Bu amaçla hastamıza konvansiyonel transkutanöz elektrik sinir stimülasyonu (TENS) 30 dakika, yüzeysel ısı olarak sıcak paket 30 dakika, trapez kasın tüm parçalarına elektrik stimülasyonu toplam 45 dakika, eklem hareket açıklığı egzersizleri, trapez ve diğer omuz ve skapular kaslara (omuz abduktör, ekstansör, fleksör, iç rotator, dış rotator, elavator ve skapular adduktör, elevatör ve depresör) 10 tekrarlı 3 set halinde izometrik ve izotonik güçlendirme egzersizleri haftada 5 gün toplam 45 seans uygulandı. Tedavinin sonunda hastanın görsel ağrı skoru 0'dı. Omuz elevasyon, abduksiyon, fleksiyon, ekstansiyon, internal ve eksternal rotasyon kas kuvveti 5/5'ti. Üst trapez kasında gözlenen atrofide belirgin iyileşme tespit edildi (Şekil 3 ve 4). Kırk beş seanstan sonra hasta, tedavi süresince uygulanmış olan güçlendirme egzersizlerini içeren ev programı verilerek takip edildi. Altı ay sonra aynı merkezde yaptırılan kontrol elektromiyografisinde, spinal aksesuar sinirin trapez kasına giden dalında hafif düzeyde etkilenim şeklinde düzelme saptandı (Tablo 1).

**Tablo 1. Tedavi öncesi ve sonrası elektromiyografi sonuçları**

<b>Kas alanı</b>	Ins Act.	Fibs.	Pos. Wave	Fasc.	MYO. Disch.	Normal MUP	Poly	Low Amp.	High Amp.	Dur.	Recruit	Int. Patt.
<b>TÖ trapez</b>	Normal	+1	+1	0	0	0	++	0	+1	Long	Reduce	Full
<b>TS trapez</b>	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	Normal	Reduce	Full

TÖ: Tedavi öncesi

TS: Tedavi sonrası



**Şekil 1. Tedavi Öncesi Önden Görünüm**



**Şekil 2. Tedavi Öncesi Arkadan Görünüm**



Şekil 3. Tedavi Sonrası Önden Görünüm



Şekil 4. Tedavi Sonrası Arkadan Görünüm

### TARTIŞMA

Olgumuzdaki omuz asimetrisinin eşlik ettiği ağrı, tablosunun nedeni boyun posterior üçgen alanından tanısal amaçlı yapılan lenf nodu biyopsisi sırasında oluşan spinal aksesuar sinir yaralanmasıdır. Spinal aksesuar sinir yaralanması, çeşitli cerrahi girişimler veya travmalar sonrasında ortaya çıkar. Spinal aksesuar sinirin sıklıkla yaralanma nedeni iyatrojeniktir ve karotid endarterektomi, servikal lenf nodu biyopsisi, baş ve boyun tümörlerinde yapılan radikal boyun cerrahisi sonrası ortaya çıkar (3). Ayrıca servikal bölgeye olan travmalar, üst ekstremitte traksiyon yaralanmaları, sternoklavikular ve akromiyoklavikular eklemin dislokasyonları da spinal aksesuar sinirin yaralanma



nedenlerindedir (4). Posterior üçgen alanında yapılan lenf nodu biyopsi sonrası görülen spinal aksesuar sinir yaralanma sıklığı % 3-10 olarak bildirilmiştir (5).

Spinal aksesuar sinir juguler foremeden çıktıktan sonra, önce sternokloidomastoid kasını sonra trapez kasını uyarır. Spinal aksesuar sinir yaralanmaları, sıklıkla sternokleidomastoid kas inervasyon seviyesinin altında olduğundan, izole trapez kas etkilenmesi olarak ortaya çıkar (3, 6). Spinal aksesuar sinir yaralanması sonucunda oluşan trapez kas atrofisi boyunda disimetriye, omuzun depresyonuna, supraspinatus çıkışının daralmasıyla subakromiyal sıkışmaya neden olur. Omuz kuşağında ağrı ve omuz abduksiyonunda güçsüzlük ortaya çıkar. Ayrıca skapulada kanatlanmaya neden olur (1, 7). Sağ omuz ağrısı ile başvuran olgumuzun fizik muayenesinde sağ omuz deprese, omuz hareketleri her yönde açık ve ağrılı, üst trapez kas atrofik ve kanat skapula mevcuttu. Sternokleidomastoid kas muayenesi normaldi. Bu bulgular izole trapez kas etkilenmesi olan spinal aksesuar sinir yaralanmasını işaret ediyordu.

Spinal aksesuar sinir yaralanmalarında tanı klinik inceleme ve diğer nedenleri dışlama ile konur. Kesin tanı için elektromiyografi gerekir (1). Bizde, klinik olarak tanımızı doğrulamak ve lezyonun şiddetini belirlemek için elektromiyografi kullandık. Spinal aksesuar sinirin sternokleidomastoid kasından sonra trapez kasına giden dalında kronik dönem akson hasarı olduğunu gösteren elektromiyografi sonucu, klinik muayenemizi destekledi. Elektromiyografi tanı konulmasının yanında sinirin iyileşmesini takipte de kullanılır. Literatürde elektromiyografide görülen düzelmenin tek başına iyi prognoz göstergesi olamayacağı, düzelmenin klinik olarak da belirgin olması gerektiği bildirilmiştir (7). Bizim vakamızda konservatif tedavi programı sonrası hem klinik tabloda hem de elektromiyografide düzelme gözlenmiştir.

Spinal aksesuar sinir yaralanmalarında erken tedavi konservatiftir (1). Tanı konulduğunda, semptomların başlangıcından sonraki üç ay içinde düzelme bulgusu varsa konservatif tedavinin uygun olduğu bildirilmiştir (7). Altı ay boyunca fonksiyonun geri dönmesine ait bulgu yoksa sinirin eksplorasyonu ve tendon transferi önerilir (1).

Spinal aksesuar sinir yaralanmasında rehabilitasyonun amacı, ağrıyı azaltmak, kas kuvveti ve eklem hareket açıklığını normale getirmek ve fonksiyonel kapasiteyi arttırmaktır (8). Bu amaçla hastamıza TENS, yüzeysel ısı, eklem hareket açıklığı egzersizleri, elektrik stimülasyonu ve güçlendirme egzersizleri uyguladık. Klinikte uygulanan 45 seanslık tedavinin

sonunda hastanın görsel ağrı skoru '0' oldu, omuz kas kuvveti 5/5'e ulaştı ve omuzun asimetrik görüntüsünde belirgin düzelme gözlemlendi. Uyguladığımız rehabilitasyon programı sonucunda hastamızda gözlediğimiz bu klinik düzelme, literatürde spinal aksesuar sinirin yaralanmasından sonra uygulanan konservatif tedavini etkin olduğu bildiren sonuçlarla benzerdi (3, 6, 9).

Spinal aksesuar sinirin fonksiyon kaybı, uzun vadede morbiditenin bir nedenidir. Spinal aksesuar sinir yaralanması sonrası ortaya çıkacak klinik tablolar sinirin hasarlanma derecesiyle ilgili olmakla birlikte, sinirin operasyon sırasındaki travmaya uğrama şiddeti, postoperatif rehabilitasyon uygulanıp uygulanmaması, trapez kasın innervasyonundaki varyasyonlar ve diğer omuz kaslarının kompensatuar etkisine bağlıdır (10). Periferik sinir yaralanmalarının büyük kısmı parsiyel aksonotmezisdir ve parsiyel hasarlanan sinirler cerrahi tamir gerektirenlere göre daha hızlı ve daha mükemmel iyileşir (11). Bizim hastamızın da aksonotmezis ile uyumlu elektromiyografik bulguları vardı. Bu nedenle konservatif tedavi planlandı. Ağrı ve kas güçsüzlüğüne yönelik uygun rehabilitasyon programına alındı. Sinir hasarı sonrası rehabilitasyon programının hemen başlanması önerilir (10). Hastamızın tedavisine semptomların başlamasından iki ay sonra başlanabildiği görülmüştür. Kırk beş seans tedavinin sonunda klinik olarak iyi yanıt alınmıştır. Hastamızda, sinir hasarının aksonotmezis seviyesinde olması ve uygun tedavinin tanı konulduktan sonra en kısa sürede başlanması, klinik olarak iyi yanıt alınmasının nedeni olarak değerlendirilmiştir. Altıncı ayda tekrarladığımız elektromiyografideki düzelme de, klinik olarak elde ettiğimiz iyileşmeye eşlik etmiştir.

## **SONUÇ**

Omuz ağrısı ile gelen hastaların ayırıcı tanısında ayrıntılı hikâye alma temel olmalıdır. Özellikle hikâyesinde geçirilmiş boyun cerrahisi veya travması olanlarda, spinal aksesuar sinir yaralanması olabileceği hatırlanmalıdır.

## **KAYNAKLAR**

1. Martin SC, Thornhill TS. (çeviri: Arasıl T). Omuz Ağrısı. In: Harris ED, Budd RC, Firestein GS, Genovese MC, Sergent JS, Ruddy S, Sledge CB Editors.(çeviri

- editörü Arasil T). Kelley Romatoloji Yedinci Baskı. Güneş Kitabevi, Ankara, 2006, ISBN: 975-277-097-5, Cilt-I; 557-587
2. Ogino T, Sugawara M, Minami A, Kato H, Ohnishi N. Accessory nerve injury: conservative or surgical treatment? *Journal of Hand Surgery (Edinburgh, Scotland)*. 1991; 16(5):531-6.
  3. Laska T, Hanning K. Physical therapy for spinal accessory nerve injury complicated by adhesive capsulitis. *Physical Therapy* 2001; 81(3): 937-944.
  4. Sahin F, Yilmaz F, Esit N, Aysal F, Kuran B. Compressive neuropathy of long thoracic nerve and accessory nerve secondary to heavy load bearing. A case report. *Europa Medicophysica*. 2007; 43(1):71-4.
  5. London J, London NJ, Kay SP. Iatrogenic accessory nerve injury. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 1996;78(2):146-50.
  6. Bahadır C, Topatan S, Kurtuluş D. Spinal accessory nerve palsy: Evaluation of four atypical cases. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2011; 57:248-252.
  7. Nakamichi K, Tachibana S. Iatrogenic injury of the spinal accessory nerve. Results of repair. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American volume*. 1998; 80(11):1616-21.
  8. Kabataş S, Bayrak Y, Erdinç C, İmer SM, Hepgül TK. Spinal accessory nerve palsy following gunshot injury: a case report. *Turkish Journal of Trauma & Emergency Surgery* 2008; 14(1): 76-78.
  9. Akgun K, Aktas I, Uluc K. Conservative treatment for late-diagnosed spinal accessory nerve injury. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation* 2008; 87(12): 1015-21
  10. Çalış AB, Seven H, Çelik M, Diler Y, Turgut S. Electromyographic findings of spinal accessory nerve functions after neck dissections. *Turkish Archives of Otolaryngology* 2002; 40(3):201-207.
  11. Özgen Sarhuş M. Periferik Sinir Yaralanmaları Rehabilitasyon, *Türkiye Klinikleri Journal of Neurosurgery Special Topics* 2010; 3(2): 85-90.



*Gümüşhane University Journal Of Health Sciences*

**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**

<b>İletişim</b>	<b>Sağlık Bilimleri Dergisi</b>
<b>Adres</b>	<b>Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Dergisi Sekreteryası Bağlarbaşı Mah. 29100 Gümüşhane</b>
<b>Tel</b>	<b>+90 456 233 76 37 - +90 456 233 74 25#248</b>
<b>Faks</b>	<b>+90 456 233 76 04</b>
<b>e-posta</b>	<b><a href="mailto:sbd@gumushane.edu.tr">sbd@gumushane.edu.tr</a></b>