



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DÜZCE TIP FAKÜLTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ'NDE GÜNDÜZ VE VARDİYALI GÖREV YAPAN
HEMŞİRELERDE ORTAYA ÇIKAN SAĞLIK
SORUNLARININ İNCELENMESİ**

Ayşe ÜSTÜN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA

Düzce 2014



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**DÜZCE TIP FAKÜLTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ'NDE GÜNDÜZ VE VARDİYALI GÖREV YAPAN
HEMŞİRELERDE ORTAYA ÇIKAN SAĞLIK
SORUNLARININ İNCELENMESİ**

Ayşe ÜSTÜN
YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA

Düzce 2014


KABUL VE ONAY


Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütölmüş olan
“Düzce Tıp Fakölteesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde Görev Yapan Hemşirelerde Ortaya Çıkan Sağlık
Sorunlarının İncelenmesi”
adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 14/02/2014

TEZ SINAV JÜRİSİ


Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA
Düzce Üniversitesi
Başkan


Doç. Dr. Nuray ÇELEBİLER
Düzce Üniversitesi
Üye


Yrd. Doç. Dr. Şengül CANGÜR
Düzce Üniversitesi
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun


18 Şubat 2014

tarikh ve

2014/20

sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Safinaz ATAÖğLU
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

14.02.2014

Ayşe ÜSTÜN

TEŞEKKÜR

Bu çalıőmanın planlanması ve yűrűtűlmesinde bűyűk sabır gűsteren, her aőamasında sonsuz emeęi geçen deęerli hocam, danıőmanım Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA'ya, çalıőma sűresince bana yardımcı olan dięer deęerli hocalarıma, bu araőtırmaya katılmayı kabul eden hemőirelere, tez çalıőmam boyunca sevgi, anlayıő ve sabırla destek olan aileme ve arkadaőlarıma sonsuz teőekkűrlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	
BEYAN	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar LİSTESİ	v
ÖZET	1
ABSTRACT	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Vardiyalı Çalışmanın Hemşirelerin Sağlığı Üzerine Etkileri	10
2.1.1. Uykusuzluk	10
2.1.2. Bel, Sırt ve Omuz Ağrıları	12
2.1.3. Varis	14
2.1.4. Yemek Yeme Rutininde Bozulmalar	14
2.1.5. Kafein ve Sigara Tüketimi	15
2.1.6. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları	18
2.1.7. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	18
2.1.8. İş Kazaları	18
2.1.9. Stres	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi	26
3.4. Verilerin Toplanması Araçları	26
3.5. Araştırmanın Uygulanması	27
3.6. Araştırmanın Analizi	27
4. BULGULAR	29
5. TARTIŞMA	46

6. SONUÇ ve ÖNERİLER	56
7. KAYNAKLAR	58
8. EKLER	63
EK 1: ANKET FORMU	64
EK 2: HEMŞİRELİK PERSONELİ ANTLAŞMASINI İMZALAYAN ÜLKELER VE ONAY TARİHLERİ	70
EK 3: İZİN YAZISI	72

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. İşyerindeki stresin fiziksel, psikososyal ve davranışsal olarak gruplandırılması	20
Tablo 2. Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre dağılımı	29
Tablo 3. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı	29
Tablo 4. Araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre dağılımı	30
Tablo 5. Araştırmaya katılanların medeni duruma göre dağılımı	30
Tablo 6. Araştırmaya katılanların çocuk sahibi olma ve çocuk sayılarına göre dağılımı	30
Tablo 7. Araştırmaya katılanların çalışma yılına göre dağılımı	31
Tablo 8. Araştırmaya katılanların çalışma biçimine göre dağılımı	31
Tablo 9. Araştırmaya katılanların görevlerine göre dağılımı	31
Tablo 10. Araştırmaya katılanların beden kitle indeksine göre dağılımı	32
Tablo 11. Araştırmaya katılanların sigara içimine ve yılına göre dağılımı	32
Tablo 12. Araştırmaya katılanların nöbette sigara içme durumuna ve kullandıkları sigara adedine göre dağılımı	33
Tablo 13. Araştırmaya katılanların alkol kullanımına göre dağılımı	33
Tablo 14. Araştırmaya katılanların egzersiz yapımına göre dağılımı	34
Tablo 15. Araştırmaya katılanların çay, kahve tüketiminin dağılımı	34
Tablo 16. Araştırmaya katılanların beslenme alışkanlığı dağılımı	34
Tablo 17. Araştırmaya katılanların uyku durumunun dağılımı	35
Tablo 18. Araştırmaya katılanların sağlık sorunlarının dağılımı	36
Tablo 19. Araştırmaya katılanların kronik hastalık durumu ve kronik hastalığın işteki verimlilik durumuna etkisi dağılımı	37
Tablo 20. Araştırmaya katılanların doktor tanısı almış hastalık dağılımı	37
Tablo 21. Araştırmaya katılanların maruz kaldıkları iş kazaları dağılımı	38
Tablo 22. Araştırmaya katılanların ruhsal belirti puanlarının tanımlayıcı istatistikleri	39
Tablo 23. Araştırmaya katılanların çalışma biçimi gruplarına göre ruhsal belirti (KSE) puan ortalamalarının tanımlayıcı istatistikleri	40
Tablo 24. Sorgulanan tanımlayıcı değişkenlerin araştırmaya katılanların çalışma biçimi gruplarına dağılımı	41

Tablo 25. Sorgulanan sağlık sorunlarının araştırmaya katılanların çalışma biçimi gruplarına dağılımı	42
Tablo 26. Kronik hastalıklar ve doktor tanısı almış bir hastalığın olup olmaması durumunun araştırmaya katılanların çalışma biçimi gruplarına dağılımı	43
Tablo 27. Kronik hastalık durumu ve doktor tanısı almış bir hastalığın olup olmamasının görev şekli gruplarına dağılımı	44

ÖZET

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ'NDE GÜNDÜZ VE VARDİYALI GÖREV YAPAN HEMŞİRELERDE ORTAYA ÇIKAN SAĞLIK SORUNLARININ İNCELENMESİ

Ayşe ÜSTÜN

Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tez danışmanı Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA

2014, 74 sayfa

Hemşirelik özveri, sabır ve fiziksel dayanıklılık gerektiren bir meslektir. Hemşireler hastalara daha fazla faydalı olabilmek için kendi fiziksel ve ruhsal sağlıklarını korumak durumundadırlar. Bu araştırma Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşirelerinin yaşam alışkanlıklarını, sağlık sorunlarını ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel tipte yapılmıştır. 2013 yılında araştırma hastanesinde araştırmayı kabul eden 154 hemşireye anket ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) uygulanmıştır. Çalışma biçimine göre sürekli gündüz %24, nöbet, gündüz çalışan %76 hemşire vardır. Sigara içen 41 (%26.6) hemşire vardır. Bu hemşirelerin yaklaşık yarısı (%53.7) nöbette sigara kullanımının arttığını söylemektedir. Hemşirelerin %75.3'ü egzersiz yapmamakta, %61.7'si öğün atlayarak beslenmekte, %74'ü düzensiz uyku uyumakta, %50.6'sı uykuya dalmakta zorluk yaşamaktadır. %20.1'inin kronik bir hastalığı olduğu ve bunların %83.9'u işteki verimliliği etkilediğini söylemektedir. Ayrıca çalışma biçimi ile yaş, cinsiyet, çocuk sahibi olma, beslenme düzeni, fiziksel aktivite ve uyku düzeni arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. KSE'de bulunan 9 alt ölçek ve ek maddelerden en yüksek puan ortalamasına sahip olan ruhsal belirtiler sırasıyla; obsesif kompulsif bozukluk (1.03 ± 0.69), paranoid düşünce (1.01 ± 0.79) ve hostilite (0.87 ± 0.71) olup, bu puanlar orta düzeye daha yakın bulunmuştur. En düşük puan ortalaması olan ruhsal belirti ise fobik anksiyetedir (0.30 ± 0.40). Global indekslerden; rahatsızlık ciddiyeti indeksi (0.13 ± 0.10) ve semptom rahatsızlık indeksi (0.29 ± 0.09) puan ortalamaları düşük, belirti toplam indeksi (23.05 ± 11.96) puanı orta düzeydedir. Araştırmada en sık rastlanan sağlık sorunları yorgunluk (%97.4), bacak ağrısı (%85.7), bel ağrısı (%79.9), sırt ağrısı (%74.7), baş ağrısı (%72.1), varis (%59.1), boyun ağrısı (%55.2) şeklindedir. Çalışma biçimi ile sağlık sorunlarından yalnızca bacak ağrısı ve varis arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Sağlık sorunlarının azaltılması için iş yeri işçi sağlığı ve iş güvenliği birimi kurulmalıdır. Hemşirelere mesleki riskler hakkında hizmet içi eğitimler verilmelidir.

Anahtar sözcükler: Hemşire, Kısa Semptom Envanteri (KSE), Sağlık sorunları, Vardiyalı çalışma

ABSTRACT

INVESTIGATION OF HEALTH PROBLEMS OF NURSES WHO WORK DAYTIME AND SHIFTWORK IN DUZCE UNIVERSITY HOSPITAL

Ayşe ÜSTÜN

Master of Science, Department of Public Health

Supervisor Doç. Dr. Atilla Senih MAYDA

2013, 74 pages

Nursing is a profession that requires self-devotion, patience and physical endurance. Nurses have to keep their physical and mental healths in order to be more helpful to the patients. This research was cross-sectional performed so as to determine nurses' in Duzce University Medical School life habits, health problems and the factors affecting this. Questionnaire and Brief Symptom Inventory (BSI) were applied to 154 nurses accepting the research in research hospital in 2013. There are 24% continually daytime, mounting guards, 76% working at nights according to manner of work. Smokers are 41% and half of the nurses (53.7%) who smoke say that the use of smoking increases during guard. 75.3% of the nurses do not do exercises, 61.7% of them eat by skipping meal, 74% of them sleep irregularly and 50.6% of them have difficulty in falling sleep. It reveals that 20.1% of them have chronic disease and 83.9% of them say that it affects the productivity of work. Also, it was determined a significant relationship between manner of work and age, gender, having child, diet, physical activity, and regular sleep. Mental symptoms having the highest point averages in 9 subscales and additional articles in BSI are respectively: obsessive compulsive disorder (1.03 ± 0.69), paranoid ideation (1.01 ± 0.79) and hostility (0.87 ± 0.71), these points were found close to medium level. The mental symptom having the lowest point of average is phobic anxiety (0.30 ± 0.40). Disorder seriousness index (0.13 ± 0.10) and symptom disorder index (0.29 ± 0.09) point averages are low and sign total index (23.05 ± 11.96) is at midlevel. The most common health problems in the research are tiredness (97.4%), leg pain (85.7%), backache (79.9%), back pain (74.7%), headache (72.1%), varicose (59.1%), neck ache (55.2%). Significant relationships are founded between only leg pain and varicose from health problems and the manner of work. Occupational Health and Safety Unit must be founded so as to reduce health problems. Service trainings about occupational risks must be given to the nurses.

Key words: Nurse, Brief Symptom Inventory (BSI), Health problems, Shift working

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Ekonomik ve sosyal şartlar, gündüz çalışmanın yanı sıra, gece saatlerini de içeren vardiyalı sistemde (shift-work) çalışmayı gerektirebilmektedir. Sağlık çalışanları, güvenlik görevlileri, fabrika işçileri, telekomünikasyon görevlileri, ulaşım ve eğlence gibi birçok sektörde çalışanlar vardiyalı sistemde çalışmak zorundadırlar. Vardiyalı çalışanlar, uyku-uyanıklık döngüsündeki bozulma ve alışılmış çalışma ve sosyal yaşamının dışına çıkılmasından ötürü pek çok fiziksel ve ruhsal sorunlarla karşılaşıyorlar¹.

Vardiyalı çalışmanın insan sağlığı üzerindeki fiziksel, ruhsal ve sosyal etkileri üzerinde kapsamlı araştırmalar yapılmıştır. Vardiyalı çalışma, insanın günlük ritmini bozarak pek çok sağlık sorununa yol açmaktadır. Vardiyalı çalışmanın sağlık üzerine pek çok olumsuz etkilerinin olmasına karşın gerekli bir çalışma biçimidir. Özellikle 24 saat görevlerin sürdürülmesi gereken kurumlarda vardiya sistemi kullanılmaktadır. Bunlar güvenlik, sağlık ve endüstri ile ilgili iş kollarıdır. Özellikle sağlık kurumlarının kesintisiz çalışmaları gereklidir. Toplumun sağlığına en hızlı ve yeterli bir şekilde müdahale edebilmeleri için sağlık çalışanlarının bu şekilde çalışmaları gerekmektedir. Hemşirelik mesleği vardiyalı çalışmayı gerektiren bir meslektir. Çalışma koşulları nedeniyle hemşirelerin sağlıkları olumsuz bir şekilde etkilenmektedir².

Hastanelerde hemşireler, sağlık ekibi içerisinde hasta bireyin ve ailesinin her türlü problemlerinde 24 saat boyunca ilk başvurdukları ve bu görevi nedeniyle sağlık ekibi içerisinde iletişimi sağlayarak kilit rol oynayan sağlık personelidir. Hemşirelik çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak nitelenmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörleri yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastalarla çalışma nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile çalışma olarak tanımlamaktadır³.

Hastane çalışanları fiziksel, kimyasal, biyolojik ve psikolojik faktörler nedeniyle birçok olumsuz etkeni ile bir arada yaşamının yanında, günlük çalışma saati, gece vardiyası ve çalışma yıllarının uzunluğu da etkili faktörler arasındadır. Bunun sonucunda sağlık çalışanları düşükler, anomali yada prematüre doğumlar, alerjik reaksiyonlar, radyasyona

bağlı problemler, uykusuzluk, aşırı yorgunluk, çalışma isteksizliği, mide bulantısı, baş dönmesi, baş ağrısı, pnömoni, hepatit, HIV, varis, bel fitiği, çalışma ortamına uyumsuzluk, psikolojik bozukluk gibi sorunlar yaşarlar⁴.

Türk Hemşireler Derneği Üyelerinin yaptığı araştırma sonucunda vardiyalı çalışan hemşirelerin çalışma saatlerinin uyku sorunları, yemek rutinlerinde bozulma, yorgunluk, öz bakımını ihmal etme, kahve-sigara tüketiminde artma, ciltte bozulma, kronik hastalığı yönetememe, hastalık sürecinde uzama, gebelik komplikasyonları, kronik hastalıklar, unutkanlık, anksiyete, antidepresan kullanımı, yalnızlık, sosyal ayrımcılık, tükenme, değersizlik, ilgi kaybı, aile rollerini ve bakımını sürdürmede zorluk, ilişkilerde bozulma, sosyal izolasyon, hayatını planlayamama, yasal haklarını kullanamama, yaralanma, kazalara yatkınlık, fiziksel ve sözel saldırıya maruz kalma gibi sorunlara yol açtığını ifade etmektedirler⁵.

Bu araştırmada gündüz ve vardiyalı çalışan hemşirelerde ortaya çıkan sağlık sorunları incelenecektir.

Amaç: Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gündüz ve vardiyalı çalışan hemşirelerin yaşadıkları sağlık problemlerini ve bunu etkileyen faktörleri belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

Dönüşümlü vardiya çalışması, geleneksel ofis çalışma saatleri dışındaki çalışma çevrelerinde işleyişi devam ettirmek için, çalışma saatlerinin iki ya da daha fazla çalışan grubu kullanılarak düzenlenmesidir⁶.

Hemşirelik mesleği için vardiyalı çalışma yerine nöbetli çalışma tanımlanmıştır. Genel olarak yataklı tedavi kurumlarında nöbet; normal çalışma saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde dışarıdan gelecek hastalarla, kurum içindeki hastaların acil durumlarında tıbbi ve bununla ilgili idari ve teknik yardımları vaktinde sağlayabilmek, olması muhtemel idari ve teknik olay ve kazalara zamanında müdahale edebilmek amacını güder. Nöbetlerin süresi 24 saati bulabilmektedir Yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğine göre nöbet, saat 08.00'den ertesi gün 08.00'e kadar devam eder⁷.

8 Haziran 1936 tarihinde kabul edilip 15 Haziran 1936'da yürürlüğe giren 3008 sayılı ilk İş Kanunu, Türkiye'de çalışma hayatını düzenleyen ilk kapsamlı yasa olma özelliğini taşımaktadır⁸.

En son kanun ise 30 Temmuz 2010 tarihinde çıkarılmıştır⁹.

657 sayılı devlet memurları kanununa göre, memurların haftalık çalışma süresi 40 saat olarak belirlenmiş olmasına rağmen, 2368 Sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun uyarınca hemşirelerin çalışma süresi haftada 45 saattir. Fakat bu uygulama aşağıda içeriği belirtilmiş olan 2010 yılında çıkarılan genelge ile değiştirilmiştir.

Sağlık çalışanlarının vardiyalı çalışması ile ilgili olarak; Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden: B.10.0.THG.0.10.02/010.06-31259 sayılı, sağlık personeli çalışma saatleri konu başlıklı genelgesinde çalışma saatlerinin düzenlenmesi ile ilgili olarak aşağıdaki noktalara dikkat çekilmiştir.

Bilindiği üzere 30/01/2010 tarihli ve 27478 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 5947 sayılı Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına dair Kanununun 19/a. maddesi 30 Temmuz 2010 tarihinde yürürlüğe girmiş ve 2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun belirtilen tarih itibarıyla yürürlükten kalkmıştır.

Buna göre, 30 Temmuz 2010 tarihi itibariyle sağlık personelinin haftalık çalışma süresinin, 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 99 uncu maddesi uyarınca haftalık 40 saat olarak uygulanması gerekmektedir. Bakanlığımıza ait hastanelerde çalışma saatlerinin tespitinde de 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun “günlük çalışma saatlerinin tespiti” başlıklı 100 üncü maddesinin ve 13/01/1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin çalışma düzeni ve saatleri ile ilgili maddelerinin dikkate alınması icap etmektedir.

Mezkur Yönetmeliğin 38 inci maddesinde, “Yataklı tedavi kurumlarında tüm personelin mesai başlama ve bitiş saatleri, hizmetin ve mahallin özelliği ve kurum personel kadrosu göz önüne alınarak ilgili kanunlara göre Valilikçe belirlenir.

Hastane baştabipleri, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kesintiye uğramaması amacıyla personel sayısını da dikkate alarak vardiya ve nöbet gibi hizmetlerde farklı çalışma saatleri belirleyebilir.” hükmü,

37 nci maddesinde ise, “Yataklı tedavi kurumlarında çalışmalar günün 24 saatinde kesintisiz devam eder. Normal mesai saatleri dışındaki hizmetler, acil vakaların muayene ve tedavisini acil ameliyat ve müdahalelerin yapılmasını ve yatmakta olan hastaların bakımlarının devamını kapsar.” hükmü yer almaktadır.

Aynı yönetmeliğin 12 inci maddesinde, poliklinik muayene başlama ve bitiş saatlerinin baştabiplikçe belirlenerek duyurulacağı ve belirlenen saatler içerisinde kesintisiz olarak sürdürüleceği, 14 üncü maddesinde ise acil hizmetlerin 24 saat süre ile kesintisiz olarak yürütüleceği hükme bağlanmıştır.

Yukarıda belirtilen ilgili mevzuat hükümleri uyarınca, sağlık hizmetlerinin 24 saat kesintisiz olarak verilmesi esas olup bu doğrultuda;

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin 38 inci maddesi gereğince sağlık kurumlarında çalışan tüm personel Valilikçe belirlenen saatlerde mesaiye başlayacak ve mesaiyi tamamlayacaktır. Hastane baştabipleri, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kesintiye uğramaması amacıyla personel sayısını da dikkate alarak vardiya ve nöbet gibi hizmetlerde farklı çalışma saatleri belirleyebilir.

Sağlık kurumlarında personelin öğle yemeği ve istirahati için saat 12-13 arası öğle tatili olarak ayrılması esastır. Ancak hizmetin kesintisiz olarak sürdürülmesi gereken birimlerde öğle tatili saatinde de yeterli sayıda personel bulundurulur. Bu süre içinde

hizmet veren personele yemek ve dinlenme için kurum idaresince uygun görülen zamanda bir saatlik öğle tatili verilir. (03.09.2010-35889|2010/65)

Kurum yönetimleri, personelin kurum içinde öğle yemeklerini yiyebilmeleri ve istirahatlarını yapabilmeleri için gerekli tedbirleri alacaklar ve uygun mekânlar oluşturacaklardır.

Nöbet hizmetleri ile vardiyalı çalışma ve benzeri çalışma uygulamaları, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinin ilgili maddeleri, Bakanlığımızca bu konuda daha önce yayınlanmış düzenleyici işlemlere uygun olarak herhangi bir aksaklığa sebebiyet verilmeksizin sürdürülecektir.

2368 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esaslarına Dair Kanun hükümlerine dayanılarak daha önce Bakanlığımızca yayımlanmış bulunan tüm genelge ve benzeri genel yazılar yürürlükten kaldırılmıştır.

Bilgilerini ve Bakanlığımıza ait sağlık kurumlarındaki çalışma saati ve düzenine ilişkin olarak, ilgili mevzuat ve işbu Genelge hükümlerine göre hareket edilmesini, sağlık hizmetlerinin kesintisiz ve herhangi bir aksaklığa sebebiyet verilmeksizin yürütülmesinden ve takibinden il sağlık müdürleri ve ilgili kurum yöneticilerinin birlikte sorumlu oldukları hususlarında gereğini önemle rica ederim⁹.

1977 yılında, Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından, Hemşirelik Personelinin İstihdamı İle Çalışma Ve Yaşam Koşullarına İlişkin Tavsiye Kararı yayınlanmıştır;

Çalışma saati haftada 40 saati aşmamalıdır. 40 saatten fazla çalışılan ülkelerde bu oran aşağıya çekilmelidir (madde 32).

Günlük çalışma saati 8 saat olmalıdır (madde 33).

Bir çalışma günü fazla mesai dahil 12 saati aşmamalıdır (madde 33).

Yemek ve dinlenme molaları için yeterli süre olmalıdır (madde 34).

Haftalık tatil kesintisiz 48 saat olmalı 36 saatten az olmamalıdır (madde 36).

Nöbetler arasında en az 12 saat kesintisiz dinlenme süresi olmalıdır (madde 38).

Yıllık ücretli izinler en az 4 hafta olmalıdır (madde 39).

ILO (International Labor Organization-Uluslararası Çalışma Örgütü) ve ICN (Intenational Council of Nurses-Uluslararası Hemşireler Konseyi) kararları doğrultusunda;

ABD 2001 yılında Hemşireleri Koruma Kanunu'nu çıkarmıştır. Buna göre; günde 8 saat veya 14 günlük çalışma periyodunda 80 saatten fazla çalışma engellenmiştir.

Avustralya'da Avustralya Hemşireler Birliği 16-18 saatlik vardiyalarda çalışmayı engellemiş ve çalışma saatlerinin aşağıya çekilmesini sağlamıştır.

Avrupa Birliği Ülkelerinde de çalışma ve dinleme saatlerine yönelik önerilere uygun şekilde düzenlemeler getirilmektedir⁶.

Uluslararası Çalışma Konferansı'nın 63. oturumunda, C149 Hemşirelik Personeli Antlaşması (Nursing Personnel Convention, 1977 No. 149) ile kesinleşen bu antlaşmaya bugün 40 ülke imzalamış iken halen Türkiye bu ülkeler arasında yer almamaktadır.

ILO-C149 Hemşirelik Personeli Antlaşması (Nursing Personnel Convention, 1977 no. 149) üye ülkelerde, hemşirelik hizmetleri ve hemşirelik personeli politikasını, teorik ve pratik eğitimini, hemşirelik mesleğinin icraatını, meslek üye ve örgütlerinin mesleki ve sağlık politikalarına ilişkin kararlara katılımını, üyelerin mesleki gelişimini, hizmetin ücretlendirilmesini, çalışma saatleri ve dinlenme sürelerini, iş sağlığının korunmasını, sosyal güvenlik ve özel istihdam düzenlemelerini kapsayan düzenlemeleri içermektedir.

C149 Hemşirelik Personeli Antlaşması (Nursing Personnel Convention, 1977 No. 149) ile kesinleşen bu antlaşmaya bugün 40 ülke imzalamış iken halen Türkiye bu ülkeler arasında yer almamaktadır. Antlaşmayı imzalayan bazı ülkeler ve onay tarihleri EK 2'de verilmektedir¹⁰.

Sonuçta, bugün ülkemizde hemşirelerin özel çalışma koşullarını, olumsuz koşulların hemşire çalışanların ve toplumun sağlığına, sağlık hizmetlerine, hasta ve çalışan güvenliğine etkilerini dikkate alan, hemşirelerin meslekten ayrılmalarını önleyen ve insanları hemşirelik mesleğine özendiren, hizmetlerin karşılığını vermeyi hedefleyen yasal düzenlemeler bulunmamaktadır.

Gece çalışma saatleri, fazla çalışma saatlerinde ve dinlenme saatleri konusunda Anayasa, ILO sözleşmeleri ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi maddelerine uygun düzenlemeler yoktur⁵.

Ülkemizde hemşirelerin çalışma koşulları, görev, yetki ve sorumlulukları, hemşirelik hizmetlerin verilişini düzenleyen mevzuat (yasa ve yönetmelikler) incelendiğinde, gerek 657 sayılı kanun kapsamında çalışan, gerekse 4857 sayılı İş Kanunu kapsamındaki hemşirelerin çalışma saatleri ve süresine, özellikle nöbet ve vardiya sistemine ilişkin ciddi boşluklar ve hak ihlalleri yaşandığı, ihlalleri önleyici yeterli düzenlemelerin olmadığı ya da etkin denetim sağlanmadığı görülmektedir⁵.

Bireyin günlük yaşamında işi ile ilgili çalıştığı saatler, dinlenme ve eğlence saatlerinin dışında yer alan zamanı kapsar. Sağlıklı bir bireyin günlük yaşam düzeninde dinlenme ve eğlence gece saatlerinde, çalışma ise gündüz saatlerinde yer alır. Ancak vardiyalı çalışma, fazla saat çalışma gibi etkenler bireyin bu düzenini bozarak, sağlık sorunlarına yol açabilir. Çalışma koşulları ve saatlerinin çalışan sağlığına etkileri üzerinde uzun yıllardır durulmaktadır⁸.

Vardiyalı ve nöbetli çalışmanın en önemli fizyolojik etkisi uyku bozukluklarıdır. Gece çalışmaya adapte olamamak, çalışma sistemi terk edildikten 10 yıl sonra bile vücut üzerinde olumsuz etkilerini devam ettirmektedir. Uykusuzluk, uyku düzensizlikleri, vücut ritimlerinin bozulmasına, fiziksel ve zihinsel yorgunluğa, kahve ve sigara tüketiminde artmalara, bacak ağrısına, varis, sırt ve bel ağrılarına, gastrit, ülser, konstipasyon, barsak problemleri veya hemoroid gibi GİS hastalıklarına, melatonin hormon salınımının azalmasına, immün sistemin baskılanmasına, halsizliğe, tüm bunlar osteoporoz, yeme bozukluklarına, kanserlere, erken menopoz, romatoid artrit, depresyon, gebelik sorunlarına, kronik hastalıklara neden olmaktadır. Bu etkileri ve uyku düzensizlikleri ile vardiya ve nöbetli çalışmanın vücut sistemleri üzerine etkileri güçlü bir ölüm sebebi olmaktadır.

Vardiyalı ve nöbetli çalışma çalışan kişilerin sosyal yaşamları ve sosyal iletişimlerini de etkilemektedir. Akşamları ve değişken saatlerde çalışan bireyler, kendileri için önemli olan diğer kişilerle iletişimleri azaldığı için sosyal izolasyon, kendilerini ailelerinden ve arkadaş çevrelerinden dışlanmış hissetmekte, sosyal ve aile içi rollerini yerine getirmekte güçlük yaşamakta, rol talepleri ve gereklilikler arasında sıkışma, ikilemler ve rol performansında yetersizlik duyguları yaşayabilmektedir. Yaşanan bu olumsuz duygular çalışan kişilerin benlik saygısında azalmaya, anksiyete ve huzursuzluğa neden olabilmektedir.

Türk Hemşireler Derneği Üyelerinin yaptığı araştırma sonucunda hemşireler çalışma saatlerinin uyku sorunları, yemek rutinlerinde bozulma, yorgunluk, öz bakımını ihmal etme, kahve-sigara tüketiminde artma, ciltte bozulma, kronik hastalığı yönetememe, hastalık sürecinde uzama, gebelik komplikasyonları, kronik hastalıklar, unutkanlık, anksiyete, antidepresan kullanımı, yalnızlık, sosyal ayrımcılık, tükenme, değersizlik, ilgi kaybı, aile rollerini ve bakımını sürdürmede zorluk, ilişkilerde bozulma, sosyal izolasyon, hayatını planlayamama, yasal haklarını kullanamama, yaralanma, kazalara

yatkınlık, fiziksel ve sözel saldırıya maruz kalma gibi sorunlara yol açtığını ifade etmektedirler⁵.

2.1. Vardiyalı Çalışmanın Hemşirelerin Sağlığı Üzerine Etkileri

2.1.1. Uykusuzluk

Uyku, organizmanın çevreyle iletişiminin, değişik şiddette uyarılarla geri döndürülebilir biçimde, geçici, kısmi ve periyodik olarak kaybolması durumu olarak tanımlanmaktadır^{11,12}.

Uyku sadece günlük yaşamın dışında kalmış bir zaman parçası değil, bedenin kendisini yenilediği, sağlıklı ve uzun yaşamın temeli olan yaşamsal bir gerekliliktir.

İnsanların gereksinim duydukları uyku; yaş, beslenme, aktivite, sağlık durumu, çevresel koşullar ve bireysel özelliklerine göre farklılıklar gösterir¹².

İnsan hayatının yaklaşık 1/3'ü uykuyla geçmektedir. Uyku süresinin kişiden kişiye değişmekte olduğu ve bu sürenin 4 saat ile 11 saat arasında değiştiği bilinmektedir. Sürenin kısaltılmak zorunda kalındığı uyku yoksunluğu sonucu istenilmeyen birçok fizyolojik ve psikolojik belirtilerle karşılaşmaktadır¹².

Gündüz ve akşam vardiyalarına göre gece vardiyası fizyolojik uyumsuzluk, uyku bozukluğu ve yorgunluk açısından en çok bozucu etkide bulunan çalışmadır¹³.

Vardiyaları nedeniyle gece boyunca uyanık kalarak çalışması gereken kişiler üzerinde yapılan bir çalışmada, saat 02.00'de 20 dakikalık bir nap (Halk arasında 'şekerleme', uyku biliminde 'nap' olarak adlandırılır) sabaha kadar uyanıklığın sağlanmasını ve çalışma performansını olumlu etkilemiştir. Ayrıca bu kişiler, 20 dakikalık bir nap'ten sonraki 2 saat boyunca uyanık kalmakta zorlanmadıklarını ifade etmişlerdir, ancak kişilerin çalışma motivasyonlarında herhangi bir olumlu artış gözlenmemiştir. Bu çalışmadaki katılımcıların uyku- uyanıklık durumları, sözel ifadelerinin yanı sıra EEG'lerindeki alfa aktivitesi ile de doğrulanmıştır.

Vardiyalı olarak çalışan ve gece boyunca uyanık kalmak zorunda olan kişilerde çeşitli derecelerde uyku bozuklukları görülebildiğini bilmekteyiz. Yine bu kişiler, gece boyunca uyanıklığı ve aynı çalışma performansını sürdürmekte zorlanırlar. Vardiyalı olarak gece boyunca çalışan, yaşları 31-52 arasında olan 14 rafineri işçisi üzerinde yapılan bir çalışmada, gece uyunan 30 dakikalık bir nap uykusunun, uyanıklığı

sürdürme ve çalışma performansı üzerindeki etkileri araştırılmış. İşçilerden, saat 01.20'de 30 dakika uyumaları istenmiş. 30 dakikalık bu uykunun, işçilerin çalışma performansını, dikkati toplama yetilerini ve uyanıklığı sürdürme kapasitelerini arttırdığı görülmüş. Aynı işçilerden 05.30'da 30 dakikalık bir nap uykusu uyumaları istendiğinde, aynı olumlu etkilerin görülmediği fark edilmiş. Çalışmacılar, 'nap'ın faydalı olabilmesi için, süresi kadar, zamanlamasının da çok önemli olduğunu vurgulamışlar. 'Nap'ın faydalı olabilmesi için, muhtemelen, gece vardiyasının son dönemlerinde değil de daha erken dönemlerde yer alması gerekmektedir.

Sonuç olarak diyebiliriz ki, uygun zamanda ve uygun miktarda bir 'nap' uykusu, gece vardiyasında çalışan kişilerde uyanıklılığı ve performansı sürdürmede faydalı gözükmektedir. Ancak, bu konuda kesin yargıya varabilmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır¹⁴.

Abant İzzet Baysal Üniversitesi'nde görev yapan hemşirelerde yapılan bir araştırmada hemşirelerin %67,6'sında düzensiz uyku uyuma sorunu olduğu bulunmuştur¹⁵.

Bandırma Kapıdağ ve Mustafa Güven Karahan Devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin %50,3'ünde düzensiz uyku uyuma sorunu olduğu bulunmuştur¹⁶.

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışan hemşirelerde yapılan bir araştırmaya göre hemşirelerin %61,5'i vardiya değişimine bağlı uyku problemi yaşamaktadır. Yaşanan uyku problemlerinin %29,0'u uyku düzeni değişikliği ve %25,1'i yeterli süre uyuyamadır¹².

Yapılan başka bir araştırma sonucuna göre, hemşirelerin uyku düzeninde bozulma yüzdesi %78,7 gibi yüksek bir değer bulunmuştur¹⁷.

Uykunun, toplam uyku süresi, uyku latensi, uyku düzeni gibi farklı yönleri bulunmaktadır. Bunlardan biri de uyku kalitesidir. Uyku kalitesi bireyin uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hissetmesidir. Uyku kalitesi; uyku latensi, uyku süresi ve bir gecede uyanma sayısı gibi uykunun niceliksel yönlerini içerdiği gibi; uykunun derinliği ve dinlendiriciliği gibi öznel yönlerini de içerir. Uyku kalitesi iki temel nedenden dolayı önemlidir. Birincisi uyku kalitesi ile ilgili yakınmaların yaygın olmasıdır. Yapılan çalışmalar erişkin bireylerin %15-35'inde uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü gibi uyku kalitesini ilgilendiren bozuklukların olduğunu göstermektedir. İkincisi ise, kötü uyku kalitesinin birçok tıbbi hastalığın belirtisi olabileceğidir¹⁸.

Uzun süre uykusuz kalmanın insan yaşamı üzerinde olumsuz etkileri vardır. Bu bağlamda vardiyalı sistemde uzun süre uykusuz kalan bir hemşirenin de ruhsal ve fiziksel yönden etkileneceği tartışma götürmez bir gerçektir¹⁹.

2.1.2. Bel, Sırt ve Omuz Ağrıları

Hemşirelerde bel ağrısının yaygın olarak görülmesinin temel nedenleri arasında çalışma koşulları önemli bir yer tutmaktadır. Bel ağrısı; bireyin gücünü aşan şekilde ağırlık kaldırması, uygun taşıma gereçlerinin olmaması, personel eksikliğine bağlı olarak fiziksel yükün artması, vücut mekaniklerinin doğru kullanılmaması ve bu konuda eğitim eksikliği gibi pek çok nedenlere bağlanmaktadır. Mesleğe bağlı bel ağrısının hemşireler arasında bu kadar yaygın olmasındaki en temel etken ise hasta kaldırma girişimleridir²⁰.

Başka bir araştırmada ise hemşirelerde görülen bel ağrısı oluşum mekanizması şu şekilde belirtilmiştir;

- Hemşire için güvenli olan maksimum ağırlığı aşan ağırlık kaldırmak,
- Hemşirenin fiziksel kapasitesi hakkında gerçekçi bir görüşe sahip olmaması,
- Kaldırılacak yükün ağırlığını tahmin edememe,
- Bir başkasının yardımını isteyememe.(Çevrede yardım edecek kişi bulunmaması veya yardım istemekten utanma, kendine yedirememe gibi nedenlerle)
- Mekanik taşıma gereçlerini kullanamama,
- Uygun taşıma gereçlerinin olmayışı,
- Uygun gereçler bulunsa bile kullanımının bilinmemesi,
- Hastanın çevresinde taşıma gereçlerini yerleştirecek yeterli alan bulunmaması,
- Hastanın taşıma gereçlerini reddetmesi,
- Acil durumlar,
- Maksimum güvenli ağırlığı aşmayan bir yükü uygun olmayan taşıma tekniği ile kaldırmak,
- Doğru taşıma teknikleri konusunda eğitim eksikliği,
- Hatalı taşıma tekniğinin yol açabileceği sorunları bilmemek,
- Periyodik eğitim eksikliği,
- Hastabakıcı ile taşıma tekniği ve zamanlama konusunda iletişim eksikliği,
- Hastabakıcı ile ilgili faktörler,
- Taşıyacak hasta ile iletişim eksikliği,

Taşıyacak personel ile hasta arasındaki iletişim eksikliği,
Hastanın koopere olmaması, komutları anlayamaması²¹.

Hemşirelerde yaygın olarak görülen mesleki bel ağrıları önemli bir sağlık sorunudur²².

Bel ağrısının genellikle meslek yaşamının ilk 5 yılı içinde ve 30 yaşından önce ortaya çıktığı, önemli bir özür lülüğe yol açmadığı belirtilmektedir^{21,23}.

Yapılan bir araştırma sonucuna göre, hayat boyu bel ağrısı prevalansı %47, yıllık bel ağrısı prevalansı %34.3, kronik bel ağrısı prevalansı ise %16 olarak bulunmuştur. Bireylerin %37'sinde ilk bel ağrısı 20 yaştan önce başlarken, %89'unda 20-40 yaş arasında başladığı bulunmuştur²⁴.

Yapılan başka bir araştırmaya göre ise; yaşam boyu bel ağrısı prevalansı %84 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada yaşlanma ile yaşam boyu bel ağrısı prevalansı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 25 yaşından küçük olanlarda YBBP 71.7, 26-30 yaş arasında olanlarda YBBP 89.8, 31-35 yaş arasında olanlarda YBBP %85.1, 36-40 yaş arasında olanlarda YBBP 89.6, 41-45 yaş arasında olanlarda ise YBBP %90 olarak bulunmuştur²⁵.

Karahan'ın 60 hemşire üzerinde yaptığı bir çalışmada hemşirelerin %85'inde bel ağrısının olduğu saptanmıştır²⁰.

Yeşildal ve ark. yaptığı araştırmada, araştırma grubunda en sık belirtilen sağlık sorunları %52,9 bel ağrısı, %48.5 sırt ağrısı, %38.2 omuz ağrısı ve %38.2 boyun ağrısı olarak bulunmuştur¹⁵.

Yılmaz ve ark. yaptığı çalışmada ise en sık belirtilen sağlık sorunları; %39.9 bel ağrısı, % 33.1 boyun ağrısı, % 30.1'inde sırt ağrısıdır¹⁶.

Yüksel'in Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde hemşire ve personelde yapmış olduğu araştırmaya göre; çalışanlarda son üç ayda bel ağrısı mevcudiyeti %67.5, son 1 yılda %76.7 yaşam boyunda ise %81.0 olarak bulunmuştur. Hemşirelerde bel ağrısı sırasıyla %73.5, %83.2, %86.4 sıklığında görülmektedir²⁶.

Diyaliz ünitesinde ve Nefroloji servisinde çalışan hemşirelerde yapılan başka bir araştırmaya göre hemşirelerin en çok yakındığı sağlık sorunları arasında %97.9 ile bel ağrısı gelmektedir¹⁷.

Yapılan çalışmalara bakıldığında hemşirelerde kas iskelet sistemi bozuklukları yaygın olarak görülmektedir^{15,17,20,24,25,26}.

Bel ağrısı bedensel aktivite ile çalışanlarda oldukça sık görülen, üretimi olumsuz etkileyen ve önemli sosyoekonomik kayıplara yol açan bir sağlık sorunudur¹⁷.

2.1.3. Varis

Varis için risk faktörleri, yaş, doğurganlık ve uzun süre ayakta kalmayı gerektiren meslekleri kapsar. Çalışma koşullarının ağırlığı ve çoğunluğunun kadın olması nedeniyle varis hemşirelerde sık rastlanan bir sağlık sorunudur²⁷.

Varisin etiyojisinde sabit olarak ayakta durmanın önemi büyüktür. Hemşireler görevleri boyunca sürekli ayakta dururlar. Bu da kanın alt extremitte venlerinde göllenmesine neden olur. Varis özellikle ameliyathanede çalışan hemşirelerde çok daha fazla görülmektedir. Hemşireler görev sonrası varisi önleyecek gerekli dinlenmeyi yapmadıkları için ya da bu konunun önemini kavrayamadıkları için varise maruz kalmaktadır²³.

Yapılan bir araştırmaya göre, hemşirelerin %72.7'sinin varis yakınmalarının bulunduğu ve %21.1'inin varis tedavisi gördüğü saptanmıştır¹⁷.

Ak'ın İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde yaptığı çalışmada hemşirelerin %55.3'ü varis sorunu yaşadıklarını ifade etmişlerdir².

Yapılan başka bir araştırmaya göre ise, hemşirelerde varis görülme sıklığı %67 olarak bulunmuştur²⁸.

Yapılan bir araştırma sonucuna göre, hemşirelere çok uzun sürelerle ayakta veya oturarak aynı pozisyonda kalmamaları, koruyucu amaçlı varis çorabı kullanmaları, kilo almamaları, düzenli egzersiz yapmaları, sigara ve alkol gibi dolaşım sistemine zarar veren alışkanlıklardan uzak durmaları, bacaklarını sık sık elevasyona almaları ve klinik uygulamalarda bu önlemleri alabilecekleri uygun eğitim ortamlarının oluşturulması önerilmektedir²⁷.

2.1.4. Yemek Yeme Rutininde Bozulmalar

Hemşireler düzensiz çalışma saatleri sonucu beslenme bozukluğu çekerler. Vardiya değişimi nedeniyle yemek yemesi gereken zamanlarda yiyemezler. Yoğun çalışma, servis işlerinin çokluğu, lojmanda kalanların çoğu kez kendilerine yemek hazırlama

zamanı bulamamaları, servisteki fizik çevre, hastane yemeklerinin görünüşü, çeşit ve lezzeti hemşirelerin beslenmesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturabilir²³.

163 hemşire üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, hemşirelerin %74.8'i sağlıklı beslenme alışkanlığının olmadığını ve hemşirelerin %27.6'sı yemek öğünlerini atladığını ifade etmişlerdir²⁹.

2.1.5. Kafein ve Sigara Tüketimi

Sigara kullanımı pek çok öldürücü hastalığın meydana gelmesine yol açmaktadır. 2005 yılında dünyada sigaraya bağlı hastalıklardan yaklaşık 5 milyon kişi, ülkemizde ise 100.000 kişi ölürken, bu sayının 2030 yılında dünyada her yıl 10 milyon kişiye, ülkemizde ise her yıl 240.000 bin kişiye yükseleceği öngörülmektedir³⁰.

Tütün kullanımının giderek artmasına, dünya çapında sağlığa olan tehdidine ve tütün şirketleri tarafından gelişmekte olan ülkelerde pazar oluşturma stratejilerine karşı geliştirilen ve dünyada tütün kontrolüne yönelik ilk uluslararası anlaşma olan “Tütün Kontrol Çerçeve Sözleşmesi”, 21 Mayıs 2003 tarihinde, Cenevre’de Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 56. Dünya Sağlık Asamblesi’nde kabul edilmiştir. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, 28 Nisan 2004 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından imzalanmış ve 25 Kasım 2004 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi’nce kabul edilerek, 30 Kasım 2004 tarih ve 25656 sayılı Resmi Gazetede 5261 kanun numarası ile yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu ülkemizde 4207 sayılı Kanun’dan sonra sigara ile mücadelede atılan en önemli adımdır³⁰.

Ülkemizde de sigara içmek yaygın bir alışkanlık ve önemli bir halk sağlığı sorunudur. Türkiye Avrupa ülkeleri arasında sigara tüketiminde üçüncü sırada, Dünya ülkeleri arasında yedinci sıradadır. 2006 yılında gerçekleştirilen Aile Yapısı Araştırmasına göre Türkiye genelinde 18 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %33.4’ü, sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigara kullanım oranı %50.6 iken, kadınlarda bu oran %16.6’dır. 2003 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilen Küresel Gençlik Tütün Araştırmasına göre 13–15 yaş grubundaki her 3 çocuktan bir tanesi 10 yaşından önce sigarayı denemişlerdir. Bu oranlara göre ülkemizde yaklaşık 17 milyon kadar sigara içen kişi vardır ve her yıl 100 bin kişinin sigaraya bağlı nedenlerle yaşamını kaybettiği tahmin edilmektedir. Bu sayı trafik kazalarına bağlı ölümlerden 15–20 kat daha fazladır³⁰.

Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na göre on beş yaş ve üzerindeki yetişkinlerin %31.2'si (yaklaşık 16 milyon kişi) halen sigara içmektedir.

Sigara içme sıklığı erkeklerde (%47.9) kadınlara (%15.2) göre daha fazladır. Yaklaşık 12 milyon erkek ve 4 milyon kadın sigara içmektedir. Erkeklerin yaklaşık yarısı (%43.8) ve kadınların da %11.6'sı her gün sigara içmektedir³¹.

KYTA ilk olarak dünyada tütün kullanan kişilerin yarısından fazlasının yaşamakta olduğu ve tütün kullanımına bağlı yükün en fazla olduğu 14 ülkede (Bangladeş, Brezilya, Çin, Mısır, Hindistan, Meksika, Filipinler, Polonya, Rusya Federasyonu, Tayland, Türkiye, Ukrayna, Uruguay ve Vietnam) uygulamıştır. Bu araştırmaya göre Türkiye sigara tüketiminde 10. sırada yer almaktadır. Sırasıyla; Çin, Hindistan, Endonezya, Rusya, ABD, Japonya, Brezilya, Bangladeş, Almanya ve Türkiye gelmektedir³¹.

Sağlık çalışanlarının sigara içmeyen kişiler olması çok önemli olduğundan bu grupta sigara kullanım sıklığı konusunda çok sayıda çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalarda sağlık personelinde sigara kullanım sıklığının genel toplum ile benzer düzeyde olduğu görülmüştür. Bu konudaki ilk çalışmalardan birisinde (1988) doktorların yaklaşık yarısının (%41–50), hemşire ve ebelerin yarısının (%50.8) ve sağlık teknisyenlerinin (%54.2) ve diş hekimlerinin (%68.2) ise yarısından fazlasının sigara içmekte olduğu saptanmıştır. Kadın sağlık çalışanlarında sigara kullanım sıklığı (%34.4) erkeklere göre (%47.8) biraz daha düşüktür³¹.

Marakoğlu ve arkadaşları 2007 yılında Meram Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yaptıkları ve 500 kişinin katıldığı çalışmada yaşamının herhangi döneminde sigara içme sıklığını %28.7 olarak bulmuşlardır (erkeklerde %35.6, kadınlarda %13.4). Bu çalışmada sigarayı bırakmış olanlar %9.9, hiç sigara içmemişler %61.4 ve sigaraya başlama ortalama yaşı da 21.7 ± 4.9 yıl olarak bulunmuştur. Ailede sigara içen kişi bulunması ($p=0,003$) ve sigara içen arkadaşlarının olması ($p<0,001$) ile sigara kullanım sıklığı ilişkili bulunmuştur³¹.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından 2008 yılında DSÖ, ABD Hastalıklar Kontrol ve Kontrol ve Koruma Merkezi ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yapılan çalışmada sağlık personelinin sigara kullanımını incelenmiştir. Sağlık Bakanlığı bünyesinde çalışmakta olan sağlık personelinin temsil eden 4.761 kişinin kapsandığı çalışmada sigara kullanım sıklığı pratisyen doktorlarda %30.5, uzman doktorlarda

%22.1 hemşire ve ebelerde %29.5 ve sağlık teknisyenlerinde de %33.8 olarak bulunmuştur³¹.

Düzce Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmaya göre, sigara içme sıklığı % 31.3, sigaraya başlama yaşı ise 16.9 ± 2.9 olarak bulunmuştur³².

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşirelerinde sigara içme durumu ve etkileyen faktörleri belirlemek için yapılan bir araştırmada hemşirelerin sigara içme sıklığı %56.5 (kadınlarda %48.4, erkeklerde %89.4) olarak bulunmuştur. Ayrıca sigaraya başlatan etmenler birinci sırada sosyal çevre ve arkadaş grupları (%50.0), ikinci sırada stres ve sıkıntı (%24.3) olarak belirlenmiştir³³.

Kutlu'nun 919 hemşire üzerinde yapmış olduğu araştırmaya göre ise, hemşirelerin %52.4'ü halen sigara içmektedir. Bu çalışmada, yaklaşık olarak hemşirelerin yarısının sigara içtiği görülmektedir³⁴.

Bu yüzden, hemşireler arasında sigara içmeyi önlemek ve azaltmak için daha ileri araştırmalar ve daha etkili sigara bırakma programları yapılmalıdır.

Sigara içme toplumda rol modeli olan sağlık çalışanlarında önemli bir davranıştır. Bu nedenle Türkiye'de doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılmış olan 22 çalışma derlenmiştir. Sigara içme prevalansı sırasıyla doktorlar arasında %32.6–66.2, hemşireler arasında %40.3–68.6 ve tıp fakültesi öğrencileri arasında %15.1–36.6 olarak bulunmuştur. Sigara içme sağlık çalışanları arasında oldukça yaygındır. Toplumda rol model olan sağlık çalışanları, sigara kontrol programlarında öncelikli olarak ele alınmalıdır³⁵.

Özellikle akşam ve gece vardiyalarında çalışanlar uykusuzluğu gidermek için kahve ve sigara alımını arttırmaktadırlar.

Ak'ın yapmış olduğu araştırmaya göre araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %18.8'i vardiyalı çalışmaya başlamadan önce sigara kullandığını belirtmiştir. Bu oranın vardiyalı çalışmaya başladıktan sonra %63.8'e çıktığı belirlenmiştir. Hemşirelerin alkol kullanma oranı vardiyalı çalışmaya başlamadan önce %3.3'iken vardiyalı çalışmaya başladıktan sonra %8.3'dür. Kafein kullanma oranı ise vardiyalı çalışmaya başlamadan önce %46.3, vardiyalı çalışmaya başladıktan sonra %87.5 olarak bulunmuştur. Sigara, alkol ve kafein kullanma durumları ile ilgili olarak her üç maddenin kullanımının vardiyalı çalışmaya başladıktan sonra arttığı gözlenmiştir.

2.1.6. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları

Vardiyalı çalışma; yemek yeme saatlerinin değişmesi nedeniyle gastrointestinal sorunlara neden olmaktadır. Özellikle gece vardiyasında çalışanlarda; hazımsızlık, mide yanması, mide ekşimesi, midede gaz, konstipasyon gibi şikâyetler görülmektedir².

2.1.7. Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları

Son yıllarda yapılan araştırmalarda vardiyalı çalışanlarda kardiyovasküler sistem ile ilgili sorunlarının %40 arttığı belirtilmektedir. Nedeni tam olarak açıklanamamakla birlikte; organizmanın biyoritminin bozulması, sosyal etkiler, stres, sigara, kafein kullanımı ve beslenme bozukluklarının etkilediği düşünülmektedir. Kalp sağlığı yaşam tarzının farklılaşmasından etkilenmektedir. Uyku, sağlıklı beslenme ve egzersiz durumu kalp sağlığını etkilemektedir².

Demir'in yapmış olduğu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre hemşirelerin kan basıncını vardiya ile çalışma etkilemiştir. Sürekli gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin gündüz diastolik kan basıncı değerleri gündüz+gece vardiyalarında çalışanlardan daha yüksek bulunmuştur. Bu çalışma literatüre ters bulgular içermektedir. Bunun nedenlerini araştırmacı; gündüz vardiyasında çalışan hemşirelerin yaş ortalamasının gece vardiyasında çalışanlara oranla yüksek olmasına, gece çalışan hemşirelerin döner sermayeden daha fazla para almalarına ve gece vardiyasında çalışan hemşirelerin 16 saatlik vardiyada 3-4 saat uyuyor/uyukluyor olmalarına bağlı olabileceği düşünmektedir³⁶.

Çoşkun'un Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yapmış olduğu araştırmaya göre, 820 hemşirenin 62'nde (%7.56) hipertansiyon saptanmıştır. Ayrıca, vücut kitle indeksi hipertansif hemşire grubunda anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur³⁷.

2.1.8. İş Kazaları

Sağlık çalışanlarında görülen yaygın iş kazaları; kesici-delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvılarıyla bulaş, hastaları ve objeleri kaldırma, ağır kaldırma, düşme, çarpma, takılma, kayma, incinme vb. nedenlere bağlı kas-iskelet sistemi yaralanmaları, şiddet, alerjik reaksiyon, yanıklar, zehirlenme, yangın, patlama, elektrik çarpması vb. gibi

çalışma ortamında meydana gelen her tür kaza ve işe gidiş-geliş sırasında meydana gelen trafik kazasını içermektedir^{23,38}.

Uçak ve ark. yapmış olduğu araştırmaya göre, araştırmaya alınan sağlık personelinin son bir yıl içinde %68.8'inin kan ve vücut sıvısı sıçramasına, %62.5'inin kesici-delici alet yaralanmasına, %44.4'ünün şiddete, %18.8'inin alerjik reaksiyona, %11.3'ünün zehirlenmeye maruz kaldığı belirlenmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerde eğitim öncesi döneme göre eğitim sonrası dönemde kesici-delici alet yaralanması, kan ve vücut sıvıları ile temas, şiddet, alerjik reaksiyon, zehirlenme ve diğer kazalarla karşılaşma durumunda anlamlı düşüş saptanmıştır³⁸.

Atasoy ve Aksoy'un yapmış olduğu araştırmada sağlık personelinin % 49.4'ünün son bir yıl içinde yüzüne kan ve başka bir vücut sıvısı sıçramış, %24.7'si kesici-delici bir aletle yaralanmıştır. Yaralanmanın en fazla % 40.9 enjektör başlığı takma sırasında olduğu belirtilmiştir³⁹.

2.1.9. Stres

Stres, sabit olmayıp, bulunduğumuz şartlara göre değişir, kişiyi etkiler ve iş ortamında normal kabul edilir. Vücudumuzun yanıt kümesi, stres ile başa çıkmak için tasarlanmıştır. Bu sistem, tehlike ile karşı karşıya kaldığımızda “kaç veya savaş” yanıtı vermekte kısa vadede çok etkilidir. Vücudumuz her türlü stres karşısında aynı fizyolojik reaksiyonu gösterir. Bu da bir sorundur. Böyle düşük seviyeli, ancak iş yerinde sürekli stres yaşıyorsak bu sistem harekete geçer. Birçok kişi her gün stresörlere maruz kaldığından, bu yanıtı kapatma şansı yoktur. Bu reaksiyon, “genelleştirilmiş stres tepkisi” olarak adlandırılmaktadır. Aşağıdaki gibi fizyolojik yanıtlar oluşur.

- Kan basıncı yükselir
- Metabolizma artar (örn: hızlı kalp atışı, hızlı solunum)
- Protein sentezi, bağırsak hareketleri, bağışıklık ve alerjik yanıt sistemleri azalır
- Lokalize enfeksiyon görülür
- Kan şekeri ve kolesterol artar
- Mide asidi artar

Bu reaksiyonlar sürekli aktif hale geldiği zaman, bireyler hayatlarında stres ile başa çıkmakta zorlanırlar ve belirtiler göstermeye başlarlar. Bu belirtiler; fiziksel, psikososyal ve davranışsal olarak gruplandırılır. Aşağıdaki tabloda özetlenmiştir⁴⁰.

Tablo 1. İşyerindeki stresin fiziksel, psikososyal ve davranışsal olarak gruplandırılması.

FİZİKSEL	PSİKOSOSYAL	DAVRANIŞSAL
Baş ağrısı	Anksiyete	Aşırı yemek ya da iştah kaybı
Diş gıcırdatma	Sinirlilik	Sabırsızlık, dayanamama
Sıkılı çeneler	Hüzün	Erteleme
Göğüs ağrısı	Savunma hali	Çabuk tartışma
Nefes darlığı	Öfke, kızgınlık	Alkol ve içki kullanımında artış
Taşikardi	İlgisizlik	Sigara içiminde artış
Yüksek kan basıncı	Depresyon	Sorumlulukları ihmal etme
Kas ağrısı	Aşırı duyarlılık	Kötü iş performansı
Hazımsızlık	Yavaş düşünme	Kötü kişisel hijyen
Kabızlık veya ishal	Umutsuzluk	Dini uygulamalarda değişiklik
Terleme	Çaresiz, zavallı hissetme	Yakın aile ilişkilerinde değişiklik
Yorgunluk		
Uykusuzluk		
Sık sık hasta olmak		

Canadian Centre for Occupational Health and Safety, 2000

Hemşirelik, çalışma ortamından kaynaklanan pek çok olumsuz faktörün etkisiyle yoğun iş yüküne sahip stresli bir meslek olarak nitelenmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü hemşirelerin çalışma ortamına ait başlıca stresörleri denetçi ve yöneticilerle yaşanan çatışmalar, rol çatışması ve belirsizliği, aşırı iş yükü, hastaların sorunları nedeniyle yaşanan duygusal stres, yoğun bakıma gereksinimi olan ve ölmekte olan hastalarla çalışma, hastalarla yaşanan çatışmalar ve vardiya ile çalışma olarak tanımlamaktadır³⁶.

Sağlık çalışanlarından biri olan hemşire, yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek verme gibi stres yaratan

deneyimler yaşamaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerindeki yetersizlikler, hizmetin ve personelin dengesiz dağılımları da çalışanlar için önemli bir stres unsurudur. Çalışma yaşamının bireyi, bireyin de çalışma yaşamını etkilediği bir gerçektir. Bu gelişimin olumlu yönde olması bireyin sağlığı ve kurumun başarısı ile sonuçlanır. Çalışma yaşamında sağlık profesyonelleri içinde önemli yeri olan ve hastalarla birebir uzun mesai saatleri boyunca birlikte olan hemşirelerin toplumda cinsiyetlerine göre dağılımları göz önüne alındığında, neredeyse tamamına yakınının kadın olduğu görülmektedir. Bu nedenle, is yaşamından gelen zorlukların yanı sıra ev yaşamında kadın ve anne rolünün getirdiği sorunlar ile toplumsal baskıların neden olduğu streslerin hemşirelerin depresyon yaşamasında göz ardı edilemeyecek önemli faktörler olduğu düşünülmektedir. Kaynaklarda da kadınlara özgü çok çeşitli tıbbi, ruhsal ve toplumsal faktör nedeniyle, depresyonun daha sık görüldüğü belirtilmektedir⁴¹.

Yüksel ve zgr'n yapmış oldukları araştırmaya göre araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %9.4' nn tedavi edilmesi gerekecek düzeyde depresyonu olduğunu bulmuřtur⁴¹.

Araştırmacılar	Tarihi Yeri	Araştırma Grubu	Araştırmanın Tipi	Sonuçlar
Aytekin ALÇELİK, Fatih DENİZ, Nuray YEŞİLDAL, Atilla Senih MAYDA, Berna AYAKTA ŞERİFİ	Düzce 2005	79	Kesitsel	Grubun %67.6'sı uykusunun düzensiz olduğunu, %36.8'i ise sigara içtiklerini, %11.7'si içip bıraktıklarını belirtmişlerdir. Araştırma grubunun %65.7'si herhangi bir fiziksel aktivitede bulunmadıklarını bildirmiştir. Yeme alışkanlıkları incelendiğinde %80.9'u öğün atladığını ifade etmiştir. Araştırma grubunun sağlık sorunlarının dağılımında %52.9'unda bel ağrısı, %48.5'inde sırt ağrısı, %38.2'sinde omuz ağrısı, %38.2'sinde boyun ağrısı, %30.8'sinde kol ağrısı, %48.5'inde mide ağrısı, %35.3'ünde varis, %13.2'sinde hemoroid olduğu bildirilmiştir. Grubun stres belirtileri incelendiğinde ilk üç sırayı baş ağrısı (%57.4), moral bozukluğu (%45.6) ve çabuk sinirlenme (%44.1) almıştır ¹⁵ .
Emel YILMAZ, Sultan ÖZKAN	Manisa 2006	163	Tanımlayıcı	Araştırma grubunun yaşam alışkanlıkları incelendiğinde; %46.6'sının halen sigara içtiği, %92.6'sının alkol kullanmadığı %25.2'sinin beyaz et, sebze ve

				<p>meyve ağırlıklı sağlıklı diyet yaptığı, %72.4'ünün düzenli yeme alışkanlığı olduğu, %4.3'ünün düzenli fiziksel egzersiz yaptığı saptanmıştır. Hemşirelerin %76.1'i günde 5-7 saat uyduğunu, %50.3'ü düzensiz uyduğunu, %77.3'ü işinden memnun olduğunu ve %49.1'i çalışma süreleri boyunca en az bir kere şiddete maruz kaldığını ifade etmişlerdir. Araştırma grubunun sağlık sorunlarının dağılımı incelendiğinde; %20.9'unda kronik bir hastalık, %39.9'unda bel ağrısı, %30.1'inde sırt ve mide ağrısı, %17.8'inde omuz ağrısı, %33.1'inde boyun ağrısı, %10.4'ünde kol ağrısı, %17.8'inde varis ve %12.3'ünde hemoroid olduğu belirlenmiştir¹⁶.</p>
Fatih Turhan	Ankara 2006	702	Tanımlayıcı	<p>Gece çalışmanın etkilerinin en başında ameliyathanede %62.7 ile yorgunluk, yoğun bakımda %73 ile uykusuzluk, servis-polikliniklerde ise %41.2 ile halsizlik, verimsizlik gelmektedir. Ayakta çalışmanın etkilerine bakıldığında ise, servis-</p>

				<p>polikliniklerde %35.9 ile baş ağrısı, yoğun bakımda ise, %71.6 ile bel ağrısı, % 29.5 ile dikkatsizlik, %79.5 ile yorgunluk, %53.4 ile stres, %62.5 ile varis gelmektedir. Çalışılan kurumun ünitelerine göre de sağlık çalışanlarının mesleki rahatsızlıkları değişmektedir⁴.</p>
--	--	--	--	--

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma gündüz ve vardiyalı görev yapan hemşirelerde ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarını incelemek amacıyla kesitsel tipte araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşireler üzerinde 2012-2013 tarihleri arasında yapılmıştır.

Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde, 32 Anabilim (klinik ve laboratuvar branşlar) ve bilim dalı tarafından acil, poliklinik, yataklı tedavi ve laboratuvar hizmetleri verilmektedir. 2011 yılında 270.453 hastaya ayaktan, 17.618 hastaya yataklı sağlık hizmeti ile 10.897 ameliyat, 1.102 doğum hizmeti vermiştir.

Hastanemiz hizmet alanında 342.146 Düzce çevre il ve ilçelerle birlikte yaklaşık 500.000 nüfusa yönelik 3. Basamak yataklı sağlık hizmeti merkezi olmanın bilinci ve üniversite hastanesi olmanın sorumluluğu ile ulaşılabilir, kaliteli, teşhis ve tedavi yöntemlerinde çağdaş tıp imkân ve teknolojiler kullanarak, sağlık hizmeti sunmayı hedeflemiştir.

Düzce Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Poliklinikler, Yataklı Servis, Acil Servis, Dahili ve Cerrahi Yoğun bakım Üniteleri, Koroner Yoğun Bakım Ünitesi, Çocuk ve Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi, Kan Merkezi, Nefroloji, Yetişkin ve Çocuk Endokrinolojisi bölümü, Odyoloji Ünitesi, Uyku Bozuklukları Laboratuvarı, Diyaliz Merkezi, Kardiyoloji Anjiyo Ünitesi ile hizmet vermekte, Radyoloji Anabilim dalında bölgede diğer sağlık kurumlarında yapılmayan invaziv girişimler yapılmakta ve Spiral Bilgisayarlı Tomografi, MR, Doppler Ultrasonografi cihazları ile radyolojik tetkik işlemleri yapılmakta, Böbrek Taşı Kırma Ünitesi (ESWI), Nükleer Tıp Merkezi (Gama Kamera), Endoskopi Ünitesi, Nöroloji Laboratuvarı (EEG,EMG), ve Genetik gibi ileri teknoloji ve yetişmiş üstün insan gücü gerektiren alanlarda teşhis ve tedaviye yönelik sağlık hizmetleri sunmaktadır. Bu özellikleriyle Düzce Üniversitesi Hastanesi Batı Karadeniz Bölgesinde referans sağlık merkezi olma özelliği taşımaktadır⁴².

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni verilerin toplandığı tarihte Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan toplam 235 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 154 hemşire araştırmaya dahil edilerek araştırma örnekleme belirlenmiştir.

3.4. Verileri Toplama Araçları

Araştırma verileri araştırmacı tarafından oluşturulan Hemşire Sosyo Demografik Özellikleri Tanımlama Anket Formu ve hemşirelerin sağlıkları ile ilgili sorular (toplam 32 sorudan oluşmaktadır) ve Kısa Semptom Envanteri ile toplanmıştır.

Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Brief Symptom Inventory), Derogatis (1992) tarafından geliştirilmiş 53 maddelik kendini değerlendirme türü bir envanterdir. Normal örneklemlerde olduğu gibi, çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda da ortaya çıkabilecek bazı psikolojik semptomları yakalamak amacıyla geliştirilmiş çok boyutlu bir semptom tarama ölçeğidir.

KSE, SCL-90 olarak bilinen 90 maddelik Semptom Belirleme Listesi'nin kısaltılmış, yaklaşık olarak 5-10 dakika içinde doldurulabilen bir formudur. Tıpkı SCL-90'da olduğu gibi 9 alt ölçek ve 3 global indeksten oluşmaktadır. Bu kısa formun daha güçlü psikometrik özelliklere sahip olduğu ve 26 dile çevrilerek yaygın bir biçimde kullanıldığı belirtilmektedir.

Daha önce de belirtildiği gibi KSE, 53 maddeden oluşan Likert tipi bir ölçektir. Maddeler "hiç" ve "çok fazla" ifadelerine karşılık gelen 0- 4 değerleri arasında derecelendirilmiştir. Dokuz alt ölçek, üç global indeks ve ek maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin orijinalinde yer alan alt ölçekler, "somatizasyon", "obsesif-kompulsif bozukluk", "kişilerarası duyarlılık", "depresyon", "anksiyete", "hostilite", "fobik anksiyete", "paranoid düşünceler" ve "psikotizm"dir. Global indeksler ise "rahatsızlık ciddiyeti indeksi", "belirti toplamı indeksi" ve "semptom rahatsızlık indeksi" olarak adlandırılmaktadır⁴³.

Somatizasyon alt ölçeği 2, 7, 23, 29, 30, 33 ve 37. maddelerden oluşmaktadır. Obsesif Kompulsif Bozukluk alt ölçeği 5, 15, 26, 27, 32 ve 36. maddelerden, Kişilerarası Duyarlılık alt ölçeği 20, 21, 22 ve 42. maddelerden, Depresyon alt ölçeği 9, 16, 17, 18, 35 ve 50. maddelerden oluşmaktadır. Anksiyete Bozukluğu alt ölçeği 1, 12, 19, 38, 45 ve 49. Hostilite alt ölçeği 6, 13, 40, 41 ve 46. Fobik Anksiyete alt ölçeği 8, 28, 31, 43 ve 47. Paranoid Düşünceler alt ölçeği 4, 10, 24, 48 ve 51. Psikotizm alt ölçeği 3, 14, 34, 44

ve 53. maddelerden oluşmaktadır. Ek Maddeler alt ölçeği ise 11, 25, 39 ve 52. maddelerden oluşmaktadır⁴⁴.

Ülkemizde Kısa Semptom Envanterinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Şahin ve Durak tarafından 1994 yılında yapılmıştır. Bu ölçeğin Türkiye uyarlaması gerçekleştirilmiş ve “anksiyete”, “depresyon”, “olumsuz benlik”, “somatizasyon” ve “düşmanlık” (hostilite) adı verilen beş faktörden oluştuğu bildirilmiştir^{43,44,45}. Bu faktörlerden oluşturulan alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları 0.87 ve 0.75 arasında değişmektedir⁴⁵.

-Anksiyete korku, endişe, gerginlik, sinirlilik, titreme, paniğe kapılma, bulantı, ishal, idrar sıklığı, nefes alamama hissi, terleme, sık sık nefes alma gibi semptom ve davranışları içerir. Anksiyete alt ölçeği 13 maddeden oluşmaktadır.

-Depresyon keder, karamsarlık, kötümserlik, mutsuzluk, yalnızlık, benliğe ilişkin olumsuz duygular, intihar eğilimi, ilgi kaybı ve kararsızlık gibi semptom ve davranışları içerir. Depresyon alt ölçeği 12 maddeden oluşur.

-Olumsuz Benlik, bireyin kendini başkalarıyla karşılaştığında kişisel yetersizlik ve küçüklük duygularına kapılarak kendini küçük, başarısız, değersiz görme ve suçluluk duyguları gibi semptomları içerir ve 12 maddeden oluşur.

-Somatizasyon, her hangi bir fizik bozukluk nedeniyle olmadığı anlaşılan, yıllarca devam eden, tekrarlayıcı birçok somatik şikâyetleri içerir. Somatizasyon, bayılma, göğüs ağrıları, karın ağrısı, bulantı, nefes darlığı, bedende uyuşmalar gibi belirtileri kapsar ve 9 maddeden oluşur.

-Düşmanlık, sinirlilik ve titreme hali, öfkelenme, kızma, güvensizlik, birini dövme, yaralama ve zarar verme isteği, bir şeyleri kırma dökme isteği gibi semptomları içerir. Düşmanlık alt ölçeği 7 maddeden oluşur⁴⁴.

3.5. Araştırmanın uygulanması

Anket ve KSE katılımcılara dağıtılmıştır ve araştırmaya katılmayı kabul eden sağlık çalışanları tarafından doldurulan anketler tekrar toplanmıştır.

3.6. Araştırmanın analizi

Verilerin istatistiksel analizi PASW 19.0 istatistik paket programında yapılmıştır. Tüm verilerin tanımlayıcı istatistikleri hesaplanmıştır. Ölçüm değişkenlerinin normal dağılım varsayımı sağlayıp sağlamadığı Kolmogorov-Smirnov testiyle incelenmiştir. Gruplar

arası karşılaştırmalarda Independent Sample t-testi, One-way ANOVA, Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-kare, Fisher's exact ve Freeman-Halton testleri kullanılmıştır. Anlamlılık dűzeyi $p<0.05$ olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

Tablo 2’de araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre dağılımı 19 ve altı yaş grubunda 3 (%1.9) kişi, 20-24’te 15 (%9.7) kişi, 25-29’da 70 (%45.5) kişi, 30-34’te 40 (%26.0) kişi, 35-39’da 22 (%14.3) kişi, 40-44’te 3 (%1.9) kişi ve cevaplamayan 1 (%0.6) kişi şeklindedir.

Tablo 2. Araştırmaya katılanların yaş gruplarına göre dağılımı.

Yaş Grubu	Sayı	%
19 ve altı	3	1.9
20-24	15	9.7
25-29	70	45.5
30-34	40	26.0
35-39	22	14.3
40-44	3	1.9
Cevaplamayan	1	0.6
Toplam	154	100

Tablo 3’te araştırmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı erkek 15 (%9.7), kadın 139 (%90.3) şeklindedir.

Tablo 3. Araştırmaya katılanların cinsiyete göre dağılımı.

Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	15	9.7
Kadın	139	90.3
Toplam	157	100.0

Tablo 4’te araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre dağılımı incelendiğinde, 29 (%18.8)’unun lise, 11 (%7.1)’inin ön lisans, 99 (%64.3)’unun lisans ve 15 (%9.7) kişinin de lisansüstü mezunları olduğu gözlenmiştir.

Tablo 4. Araştırmaya katılanların eğitim durumuna göre dağılımı.

Eğitim Durumu	Sayı	%
Lise	29	18.8
Ön Lisans	11	7.1
Lisans	99	64.3
Lisansüstü	15	9.7
Toplam	154	100

Tablo 5'te araştırmaya katılanların medeni duruma göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların medeni duruma göre dağılımı evli 99 (%64.3) kişi, bekar 54 (%35.1) kişi ve boşanmış 1 (%6) kişi şeklindedir.

Tablo 5. Araştırmaya katılanların medeni duruma göre dağılımı.

Medeni durum	Sayı	%
Evli	99	64.3
Bekar	54	35.1
Boşanmış	1	0.6
Toplam	154	100

Tablo 6'da araştırmaya katılanların çocuk sahibi olma ve çocuk sayısına göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların çocuk sahibi olmasına göre dağılımı çocuğu olanlar 65 (%42.2), olmayanlar 89 (%57.8) kişi şeklindedir. Çocuk sayısına göre dağılımı 1 çocuğu olan 43 (%27.9) kişi, 2 çocuğu olan 19 (%12.3) kişi ve 3 çocuğu olan 3 (%1.9) kişi şeklindedir.

Tablo 6. Araştırmaya katılanların çocuk sahibi olma ve çocuk sayılarına göre dağılımı.

Çocuk Sahibi Olma	Sayı	%
Var	65	42.2
Yok	89	57.8
Çocuk Sayısı		
0	89	57.8
1	43	27.9
2	19	12.3
3	3	1.9
Toplam	154	100

Tablo 7’de araştırmaya katılanların çalışma yılına göre dağılımlı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların çalışma yılına göre dağılımlı 0-1 yıl 7 (%4.5) kişi, 2-5 yıl 56 (%36.4) kişi, 6-10 yıl 48 (%31.2) kişi, 11-15 yıl ve üstü 43 (%27.9) kişi şeklinedir.

Tablo 7. Araştırmaya katılanların çalışma yılına göre dağılımlı.

Çalışma Yılı	Sayı	%
0-1 yıl	7	4.5
2-5 yıl	56	36.4
6-10 yıl	48	31.2
11-15 yıl ve st	43	27.9
Toplam	154	100

Tablo 8’de araştırmaya katılanların çalışma biçimine göre dağılımlı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların çalışma biçimine göre dağılımlı sürekli gündüz 37 (%24.0) kişi iken, nöbet, gündüz 117 (%76.0) kişi şeklinedir.

Tablo 8. Araştırmaya katılanların çalışma biçimine göre dağılımlı.

Çalışma Biçimi	Sayı	%
Sürekli gündüz	37	24.0
Nöbet, gündüz	117	76.0
Toplam	154	100

Tablo 9’da araştırmaya katılanların görevlerine göre dağılımlı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların görevlerine göre dağılımlı sorumlu hemşire 24 (%15.6), servis hemşiresi 73 (%47.4), ameliyat hemşiresi 9 (%5.8), yoğun bakım hemşiresi 36 (%23.4), acil servis hemşiresi 6 (%3.9), poliklinik hemşiresi 6 (%3.9) şeklinedir.

Tablo 9. Araştırmaya katılanların görevlerine göre dağılımlı.

Görev şekli	Sayı	%
Sorumlu hemşire	24	15.6
Servis hemşiresi	73	47.4
Ameliyat hemşiresi	9	5.8
Yoğun bakım hemşiresi	36	23.4
Acil servis hemşiresi	6	3.9
Poliklinik hemşiresi	6	3.9
Toplam	154	100

Tablo 10’da araştırmaya katılanların beden kitle indeksine göre dağılımları gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların beden kitle indeksine göre dağılımları zayıf 8 (%5.2), normal 103 (%66.9), hafif şişman 32 (%20.8), şişman 8 (%5.2) ve cevaplamayan 3 (%1.9) kişi şeklinde dir (Dünya Sağlık rgt’nün obezite sınıflandırması esas alınarak gruplama yapılmıştır).

Tablo 10. Araştırmaya katılanların beden kitle indeksine göre dağılımları.

Beden Kitle İndeksi	Sayı	%
Zayıf (<18.49)	8	5.2
Normal (18.50-24.99)	103	66.9
Hafif şişman (25.00-29.99)	32	20.8
şişman (30.00<)	8	5.2
Cevaplamayan	3	1.9
Toplam	154	100

Tablo 11’de araştırmaya katılanların sigara içimine ve içme yılına göre dağılımları gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların sigara içip imediğine göre dağılımları içiyor 41 (%26.6) kişi, içmiyor 107 (%69.5) kişi ve içip bırakan 6 (%3.9) kişi şeklinde dir. Sigara içme yılına göre dağılımları ise 0-1 yıl 2 (%4.3) kişi, 2-5 yıl 6 (%12.8) kişi, 6-10 yıl 28 (%59.6) kişi, 11-15 yıl 6 (%12.8) kişi, 16-20 ve üstü 5 (%10.6) kişi şeklinde dir.

Tablo 11. Araştırmaya katılanların sigara içimine ve yılına göre dağılımları.

Sigara İçme Durumu	Sayı	%
İçiyor	41	26.6
İmiyor	107	69.5
İip Bırakan	6	3.9
Sigara İçme Yılı*		
0-1 yıl	2	4.3
2-5 yıl	6	12.8
6-10 yıl	28	59.6
11-15 yıl	6	12.8
16-20 ve üstü yıl	5	10.6
Toplam	47	100

*Sigara içme yılı sigara içenler ve içip bırakanların toplamı üzerinden hesap edilmiştir.

Tablo 12’de araştırmaya katılanların nöbette sigara içme durumuna ve kullandıkları sigara adedine göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların nöbette sigara içme durumuna göre dağılımı incelendiğinde, artmaktadır cevabını veren 22 (%14.3) kişi, etkilememektedir cevabını veren 14 (%9.1) kişi ve azalmaktadır cevabını veren ise 5 (%3.2) kişi şeklinde dir. Kullandıkları sigara adedine göre dağılımı ise 1-5 adet 11 (%26.8), 6-10 adet 15 (%36.6), 11-20 adet 14 (%34.1), 21 ve üzeri adet 1 (%2.4) şeklinde dir.

Tablo 12. Araştırmaya katılanların nöbette sigara içme durumuna ve kullandıkları sigara adedine göre dağılımı

Nbette Sigara İçme Durumu*	Sayı	%
Arttırmaktadır	22	53.7
Etkilememektedir	14	34.1
Azaltmaktadır	5	12.2
Sigara Adedi*		
1-5 adet	11	26.8
6-10 adet	15	36.6
11-20 adet	14	34.1
21 ve üzeri adet	1	2.4
Toplam	41	100

*Nbette sigara içme durumu ve kullandıkları sigara adedi sigara içen 41 kişi üzerinden hesap edilmiştir.

Tablo 13’te araştırmaya katılanların alkol kullanımına göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların alkol kullanıp kullanmadığına göre dağılımı kullanıyor 5 (%3.2), kullanmıyor 149 (%96.8) şeklinde dir.

Tablo 13. Araştırmaya katılanların alkol kullanımına göre dağılımı.

Alkol Kullanımı	Sayı	%
Evet	5	3.2
Hayır	149	96.8
Toplam	154	100

Tablo 14’te araştırmaya katılanların egzersiz yapımına göre dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların egzersiz yapımına göre dağılımı egzersiz yapan 38 (%24.7) kişi, egzersiz yapmayan 116 (%75.3) kişi şeklinde dir.

Tablo 14. Araştırmaya katılanların egzersiz yapımına göre dağılımı.

Egzersiz	Sayı	%
Evet	38	24.7
Hayır	116	75.3
Toplam	154	100

Tablo 15’te araştırmaya katılanların nöbet tutarken çay, kahve tüketiminin dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların çay, kahve tüketiminin dağılımı incelendiğinde 75 (%48.7) kişi artmaktadır, 48 (%31.2) kişi aynıdır ve 31 (%20.1) kişi azalmaktadır cevabını vermişlerdir.

Tablo 15. Araştırmaya katılanların çay, kahve tüketiminin dağılımı.

Çay, Kahve Tüketimi	Sayı	%
Artmaktadır	75	48.7
Aynıdır	48	31.2
Azalmaktadır	31	20.1
Toplam	154	100

Tablo 16’da araştırmaya katılanların beslenme alışkanlığının dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların beslenme alışkanlığının dağılımı düzenli 59 (%38.3), öğün atlayan 95 (%61.7) şeklindedir.

Tablo 16. Araştırmaya katılanların beslenme alışkanlığı dağılımı.

Beslenme Alışkanlığı	Sayı	%
Düzenli	59	38.3
Öğün atlayan	95	61.7
Toplam	104	100

Tablo 17’de araştırmaya katılanların uyku durumunun dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların uyku düzeni dağılımı düzenli olan 40 (%26.0) kişi, düzensiz olan 114 (%74.0) kişi şeklindedir. Uykuya dalmakta zorluk dağılımı zorluk yaşayan 76 (%49.4) kişi ve zorluk yaşamayan 78 (%50.6) kişi şeklindedir. Araştırmaya katılanların günlük ortalama uyku saati ise 7.3’tür. (Ortanca değer ise 8’dir.)

Tablo 17. Araştırmaya katılanların uyku durumunun dağılımı.

Uyku Düzeni	Sayı	%
Düzenli	40	26.0
Düzensiz	114	74.0
Uykuya Dalmakta Zorluk		
Evet	76	49.4
Hayır	78	50.6
Toplam	154	100

Tablo 18’de araştırmaya katılanların sağlık sorunlarının dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların sağlık sorunlarının dağılımı yorgunluk 150 (%97.4), bacak ağrısı 132 (%85.7), bel ağrısı 123 (%79.9), sırt ağrısı 115 (%74.7), baş ağrısı 111 (%72.1), varis 91 (%59.1), boyun ağrısı 85 (%55.2), gaz sorunu 69 (%44.8), kol ağrısı 62 (% 40.3), mide ağrısı 60 (%39.0), hazımsızlık 56 (%36.4), anemi 53 (%34.4), kabızlık 44 (%28.6), hemoroid 40 (%26.0), baş dönmesi 36 (%23.4), çarpıntı 35 (%22.7), göğüs ağrısı 12 (%7.8) ve ishal 4 (%2.6) kişi şeklindedir.

Tablo 18. Araştırmaya katılanların sağlık sorunlarının dağılımı.

Sağlık sorunu	Sayı	%
Yorgunluk	150	97.4
Bacak ağrısı	132	85.7
Bel ağrısı	123	79.9
Sırt ağrısı	115	74.7
Baş ağrısı	111	72.1
Varis	91	59.1
Boyun ağrısı	85	55.2
Gaz sorunu	69	44.8
Kol ağrısı	62	40.3
Mide ağrısı	60	39.0
Hazımsızlık	56	36.4
Anemi	53	34.4
Kabızlık	44	28.6
Hemoroid	40	26.0
Baş dönmesi	36	23.4
Çarpıntı	35	22.7
Göğüs ağrısı	12	7.8
İshal	4	2.6
Toplam	154	100

Tablo 19’da araştırmaya katılanların kronik hastalık durumu ve kronik hastalığın işteki verimlilik durumuna etkisi dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların kronik hastalık dağılımı kronik hastalığı olan 31 (%20.1) kişi ve kronik hastalığı olmayan 123 (%79.9) kişi şeklindedir. Kronik hastalığın işteki verimlilik durumuna etkisi dağılımı ise etkileniyor 26 (%16.9) kişi, etkilenmiyor 5 (%3.2) kişi şeklindedir.

Tablo 19. Araştırmaya katılanların kronik hastalık durumu ve kronik hastalığın işteki verimlilik durumuna etkisi dağılımı.

Kronik Hastalık	Sayı	%
Var	31	20.1
Yok	123	79.9
Toplam	154	100
Kronik Hastalığın İşteki Verimlilik Durumuna Etkisi*		
Etkileniyor	26	83.9
Etkilenmiyor	5	16.1
Toplam	31	100

*Kronik hastalığın işteki verimlilik durumuna etkisi kronik hastalığı olan 31 kişi üzerinden hesap edilmiştir.

Tablo 20’de araştırmaya katılanların doktor tanısı almış hastalık dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların doktor tanısı almış hastalığı olan 70 (%45.5) kişi iken, doktor tanısı hastalığı olmayan 84 (%54.5) kişidir.

Tablo 20. Araştırmaya katılanların doktor tanısı almış hastalık dağılımı.

Doktor Tanısı Almış Hastalık	Sayı	%
Var	70	45.5
Yok	84	54.5
Toplam	154	100

Tablo 21’de araştırmaya katılanların son bir ayda maruz kaldıkları iş kazalarının dağılımı gösterilmiştir. Araştırmaya katılanların maruz kaldıkları iş kazaları dağılımı kesici-delici alet yaralanması 76 (%26.5) kişi, kan veya vücut sıvılarıyla karşılaşma 61 (%21.3) kişi, sözel şiddet 57 (%19.9) kişi, fiziksel şiddet 6 (%2.0) kişi, kimyasal madde ve ilaçla temas 13 (%4.5) kişi, alerjik reaksiyon 37 (%12.9) kişi, zehirlenmeler 0 (%0) kişi bu iş kazalarından en az birine uğradığını belirtmişken ve gruptan 36 (%12.5) kişi ise iş kazasına uğramadığını belirtmiştir.

Tablo 21. Araştırmaya katılanların maruz kaldıkları iş kazaları dağılımı.

İş Kazaları	Sayı	%
Kesici-delici alet yaralanması	76	30.4
Kan veya vücut sıvılarıyla karşılaşma	61	24.4
Sözel şiddet	57	22.8
Fiziksel şiddet	6	2.4
Kimyasal madde ve ilaçla temas	13	5.2
Alerjik reaksiyon	37	14.8
Zehirlenmeler	0	0
Toplam*	250	100

*Soruya cevap veren toplam 154 hemşireden birden fazla şikâyetleyenler olmuştur.

Bulaşıcı bir hastalığınız var mı sorusuna 154 hemşireden 11'i (%7.1) cevap vermeyip 143'ü (%92.9) bulaşıcı hastalığım yok cevabını vermişlerdir.

Tablo 22'de araştırmaya katılanların ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Kısa semptom envanterinde bulunan 9 alt ölçek ve ek maddelerden en yüksek puan ortalamasına sahip olan ruhsal belirtiler sırasıyla; obsesif kompulsif bozukluk (1.03 ± 0.69), paranoid düşünce (1.01 ± 0.79) ve hostilite (0.87 ± 0.71) olup, bu puanlar orta düzeye daha yakın bulunmuştur. En düşük puan ortalaması olan ruhsal belirti ise fobik anksiyetedir (0.30 ± 0.40). Global indekslerden; rahatsızlık ciddiyeti indeksi (0.13 ± 0.10) ve semptom rahatsızlık indeksi (0.29 ± 0.09) puan ortalamaları düşük düzeyde iken, belirti toplam indeksi (23.05 ± 11.96) puanı orta düzeydedir.

Tablo 22. Araştırmaya katılanların ruhsal belirti puanlarının tanımlayıcı istatistikleri.

Ruhsal Belirtiler	Puan Ortalamaları (Ort±ss)
Somatizasyon	0.61±0.61
Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB)	1.03±0.69
Kişilerarası Duyarlılık	0.73±0.65
Depresyon	0.72±0.71
Anksiyete	0.80±0.64
Hostilite	0.87±0.71
Fobik Anksiyete	0.30±0.40
Paranoid Düşünceler	1.01±0.79
Psikotizm	0.48±0.55
Ek Maddeler	0.80±0.71
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi (RCI)	0.13±0.10
Belirti Toplam İndeksi (BTI)	23.05±11.96
Semptom Rahatsızlık İndeksi (SRI)	0.29±0.09

Ort: Ortalama; ss: Standart Sapma

Tablo 23'te araştırmaya katılanların çalışma biçimine göre ruhsal belirti puanlarının tanımlayıcı istatistikleri ve bu puanların çalışma biçimi gruplarına göre karşılaştırmaları verilmiştir. Çalışma biçimi grupları arasında ruhsal belirti puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (tüm p değerleri >0.05).

Tablo 23. Araştırmaya katılanların çalışma biçimi gruplarına göre ruhsal belirti (KSE) puan ortalamalarının tanımlayıcı istatistikleri.

Alt Ölçekler	Sürekli gündüz				Nöbet+Gündüz				p değeri
	Ort±ss	Medyan	Yüzdeler		Ort±ss	Medyan	Yüzdeler		
			25	75			25	75	
Somatizasyon	0.56±0.09	0.42	0.14	0.71	0.62±0.05	0.42	0.14	0.85	0.735
OKB	1.07±0.09	1.16	0.50	1.41	1.01±0.06	0.83	0.50	1.33	0.313
Kişilerarası Duyarlılık	0.74±0.10	0.50	0.25	1.00	0.73±0.06	0.50	0.25	1.25	0.874
Depresyon	0.61±0.10	0.50	0.16	0.75	0.76±0.06	0.66	0.16	1.16	0.303
Anksiyete	0.72±0.08	0.66	0.33	1.16	0.83±0.06	0.66	0.33	1.08	0.680
Hostilite	0.68±0.07	0.60	0.40	1.00	0.93±0.07	0.80	0.40	1.20	0.259
Fobik Anksiyete	0.23±0.04	0.20	0.00	0.40	0.33±0.04	0.20	0.00	0.40	0.535
Paranoid Düşünceler	0.94±0.13	0.80	0.20	1.40	1.03±0.07	0.80	0.40	1.40	0.482
Psikotizm	0.39±0.07	0.40	0.00	0.60	0.50±0.05	0.40	0.00	0.60	0.454
Ek Maddeler	0.65±0.11	0.50	0.00	1.00	0.85±0.06	0.75	0.25	1.50	0.109
RCI	0.12±0.01	0.09	0.06	0.19	0.14±0.009	0.12	0.06	0.18	0.434
BTI	22.54±1.88	24.00	14.0	30.0	23.22±1.12	23.00	13.0	32.0	0.872
SRI	0.27±0.01	0.24	0.21	0.32	0.30±0.009	0.28	0.22	0.37	0.128

Ort: Ortalama; ss: Standart Sapma; OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk; RCI: Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi; BTI: Belirti Toplamı İndeksi; SRI: Semptom Rahatsızlık İndeksi.

Sorgulanan tanımlayıcı değişkenlerin hemşirelerin çalışma biçimi gruplarına dağılımı Tablo 24’te verilmiştir. Tablo incelendiğinde sigara değişkeni hariç, çalışma biçimi ile tüm tanımlayıcı değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Tüm p değerleri <0.05).

Tablo 24. Sorgulanan tanımlayıcı değişkenlerin araştırmaya katılanların çalışma biçimi gruplarına göre dağılımı.

Tanımlayıcı Değişkenler		Sürekli Gündüz		Gündüz+Nöbet		p değeri
		Sayı	%	Sayı	%	
Yaş	<19	0	0	3	2.6	<0.01
	20-24	2	5.4	13	11.2	
	25-29	6	16.2	64	55.2	
	30-34	11	29.7	29	25.0	
	35-39	15	40.5	7	6.0	
	40-44	3	8.1	0	0	
Cinsiyet	Kadın	37	100	102	87.2	0.022
	Erkek	0	0	15	12.8	
Çocuk Sahibi Olma	Var	27	73.0	38	32.5	0.01
	Yok	0	27.0	79	67.5	
Sigara İçme Durumu	Evet	15	40.5	26	22.2	0.096
	Hayır	21	56.8	86	73.5	
	Bıraktım	1	2.7	5	4.3	
Beslenme Düzeni	Düzenli	25	67.6	34	29.1	<0.01
	Öğün	12	32.4	83	70.9	
	Atlayan					
Fiziksel Aktivite	Evet	4	10.8	34	29.1	0.025
	Hayır	33	89.2	83	70.9	
Uyku Düzeni	Düzenli	15	40.5	25	21.4	0.020
	Düzensiz	22	59.5	92	78.6	

Sorgulanan sağlık sorunlarının (bel ağrısı, sırt ağrısı, boyun ağrısı, kol ağrısı, bacak ağrısı, mide ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi, göğüs ağrısı, çarpıntı, varis, yorgunluk, hazımsızlık, gaz sorunu, kabızlık, ishal, hemoroid, anemi) hemşirelerin çalışma biçimi gruplarına dağılımı Tablo 25'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde çalışma biçimi ile yalnızca bacak ağrısı ve varis sağlık sorunları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p değerleri sırasıyla 0.011, 0.006).

Tablo 25. Sorgulanan sağlık sorunlarının araştırmaya katılanların çalışma biçimi gruplarına göre dağılımı.

Sorgulanan Sağlık Sorunları		Sürekli Gündüz		Gündüz+Nöbet		p değeri
		Sayı	%	Sayı	%	
Bel ağrısı	Var	29	78.4	94	80.3	0.795
	Yok	8	21.6	23	19.7	
Sırt ağrısı	Var	30	81.1	85	72.6	0.304
	Yok	7	18.9	32	27.4	
Boyun ağrısı	Var	22	59.5	63	53.8	0.550
	Yok	15	40.5	54	46.2	
Kol ağrısı	Var	14	37.8	48	41.0	0.730
	Yok	23	62.2	69	59.0	
Bacak ağrısı	Var	27	73.0	105	89.7	0.011
	Yok	10	27.0	12	10.3	
Mide ağrısı	Var	17	45.9	43	36.8	0.318
	Yok	20	54.1	74	63.2	
Baş ağrısı	Var	29	78.4	82	70.1	0.327
	Yok	8	21.6	35	29.9	
Baş dönmesi	Var	8	21.6	28	23.9	0.772
	Yok	29	78.4	89	76.1	
Göğüs ağrısı	Var	3	8.1	9	7.7	1.00
	Yok	34	91.9	108	92.3	
Çarpıntı	Var	5	13.5	30	25.6	0.125
	Yok	32	86.5	87	74.4	
Varis	Var	29	78.4	62	53.0	0.006
	Yok	8	21.6	55	47.0	
Yorgunluk	Var	36	97.3	114	97.4	1.00
	Yok	1	2.7	3	2.6	
Hazımsızlık	Var	11	29.7	45	38.5	0.336
	Yok	26	70.3	72	61.5	
Gaz sorunu	Var	16	43.2	53	45.3	0.827
	Yok	21	56.8	64	54.7	
Kabızlık	Var	8	21.6	36	30.8	0.283
	Yok	29	78.4	81	69.2	
İshal	Var	1	2.7	3	2.6	1.00
	Yok	36	97.3	114	97.4	
Hemoroid	Var	13	35.1	27	23.1	0.145
	Yok	24	64.9	90	76.9	
Anemi	Var	15	40.5	38	32.5	0.368
	Yok	22	59.5	79	67.5	

Kronik hastalıklar ve doktor tanısı almış bir hastalığın olup olmaması durumu ile hemşirelerin çalışma biçimi grupları dağılımı Tablo 26’da verilmiştir. Tablo incelendiğinde çalışma biçimi ile kronik hastalık varlığı ve doktor tanısı almış bir hastalığın olup olmaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (tüm p değerleri >0.05).

Tablo 26. Kronik hastalıklar ve doktor tanısı almış bir hastalığın olup olmaması durumunun araştırmaya katılanların çalışma biçimi gruplarına göre dağılımı.

		Sürekli Gündüz		Gündüz+Nöbet		p değeri
		Sayı	%	Sayı	%	
Kronik Hastalıklar	Var	27	73.0	96	82.1	0.230
	Yok	10	27.0	21	17.9	
Doktor Tanısı Almış Bir Hastalık	Var	16	43.2	68	58.1	0.113
	Yok	21	56.8	49	41.9	

Araştırmaya katılanların görev şekli (sorumlu hemşire, servis hemşiresi, ameliyathane hemşiresi, yoğun bakım hemşiresi, acil servis hemşiresi ve poliklinik hemşiresi) bakımından sağlık sorunları (bel ağrısı, sırt ağrısı, boyun ağrısı, kol ağrısı, bacak ağrısı, mide ağrısı, baş ağrısı, baş dönmesi, göğüs ağrısı, çarpıntı, varis, yorgunluk, hazımsızlık, gaz sorunu, kabızlık, ishal, hemoroid, anemi) incelenmiş, çalışılan birim ile sağlık sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tüm p değerleri >0.05).

Kronik hastalık durumu ve doktor tanısı almış bir hastalığın olup olmasının görev şekli (sorumlu hemşire, servis hemşiresi, ameliyathane hemşiresi, yoğun bakım hemşiresi, acil servis hemşiresi ve poliklinik hemşiresi) gruplarına dağılımı Tablo 27’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde görev şekli ile kronik hastalık durumu (p=0.024) ve doktor tanısı almış bir hastalığın olup olmaması (p=0.031) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Tablo 27. Kronik hastalık durumu ve doktor tanısı almış bir hastalığın olup olmamasının görev şekli gruplarına dağılımı.

Görev Şekli		Sorumlu Hemşire		Servis Hemşiresi		Ameliyathane Hemşiresi		Yoğun Bakım Hemşiresi		Acil Servis Hemşiresi		Poliklinik Hemşiresi		p değeri
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Kronik Hastalık	Var	5	20.8	16	21.9	2	22.2	2	5.6	3	50.0	3	50.0	0.024
	Yok	19	79.2	57	78.1	7	77.8	34	94.4	3	50.0	3	50.0	
Doktor Tanısı Almış Hastalık	Var	12	50.0	37	50.7	3	33.3	9	25.0	4	66.7	5	83.3	0.031
	Yok	12	50.0	36	49.3	6	66.7	27	75.0	2	33.3	1	16.7	

Hemşirelerin karşılaştıkları sağlık sorunlarıyla sorgulanan tanımlayıcı değişkenler arasındaki ilişkiler incelenmiş ve aşağıdaki bulgular elde edilmiştir:

Yaş ile yalnızca varis ($p=0.008$), beden kitle indeksi ile yalnızca baş dönmesi ($p=0.038$), medeni durum ile yalnızca göğüs ağrısı ($p=0.002$), çalışma süresi ile yalnızca varis ($p=0.001$), alkol kullanımı ile yalnızca çarpıntı ($p=0.044$) ve beslenme ile yalnızca gaz sorunu ($p=0.033$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunurken, diğer hiçbir fiziksel sağlık sorunu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Cinsiyet ile mide ağrısı, çarpıntı, varis, gaz sorunu, kabızlık, anemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p değerleri sırasıyla 0.001, 0.028, 0.007, 0.01, 0.049, 0.003).

Eğitim durumu ile mide ağrısı ve baş ağrısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p değerleri sırasıyla 0.046, 0.047).

Sigara ile bel ağrısı, boyun ağrısı, kol ağrısı, baş ağrısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p değerleri sırasıyla 0.001, 0.014, 0.025, 0.040).

Egzersiz ile bacak ağrısı, kabızlık, hemoroid arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p değerleri sırasıyla 0.018, 0.045, 0.039).

Çay kahve tüketimi ile göğüs ağrısı, yorgunluk arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p değerleri sırasıyla 0.049, 0.019).

Uyku durumu ile varis, hazımsızlık ve uykuya dalmada zorluk ile boyun ağrısı, çarpıntı, arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p değerleri sırasıyla 0.046, 0.035, 0.009, 0.001).

Çocuk sahibi olma ve görev şekli değişkenleri ile fiziksel sağlık sorunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (tüm p değerleri >0.05).

Sorgulanan tanımlayıcı değişken gruplarının, ruhsal belirti puan ortalamaları bakımından karşılaştırılmaları yapılmış ve sonuçlar şöyledir: Fobik anksiyete puan ortalaması bakımından BKİ grupları arasında ($p=0.014$); paranoid düşünce puan ortalaması bakımından alkol kullanımı grupları arasında ($p=0.007$); SRI puan ortalaması bakımından beslenme grupları arasında ($p=0.004$); hostilite ve SRI puan ortalaması bakımından çay, kahve tüketimi grupları arasında ($p=0.034$, $p=0.012$); ek maddeler puan ortalaması bakımından uyku düzeni grupları arasında ($p=0.008$); somatizasyon, anksiyete, ek maddeler, RCI ve SRI puan ortalaması bakımından uykuya dalmada zorluk grupları arasında ($p=0.028$, $p=0.042$, $p=0.0001$, $p=0.020$, $p=0.003$); OKB puan ortalaması bakımından doktor tanısı almış bir hastalığın olup olmaması durumu arasında ($p=0.003$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ayrıca yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sahibi olma, görev şekli, çalışma süresi, sigara kullanımı, fiziksel aktivite grupları arasında ruhsal belirti puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Araştırma grubunu Düzce Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan araştırmaya katılmayı kabul eden 154 hemşire oluşturmaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması 29.17 ± 4.76 'dır. (Ortanca değer 28'dir.) Hemşirelerin büyük bölümü (%45.5) 25-29 yaş grubundadır. Sürekli gündüz ile nöbet+gündüz usulü çalışma ile yaş arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin medeni durumu değerlendirildiğinde ise %64.3'ünün evli olduğu bulunmuştur. Yapılan bir araştırmada, hemşirelik çalışma saatleri ile hemşirelerin evli veya bekar olma durumları arasındaki fark önemli bulunmamıştır⁴⁶. Bu bilgi bizim çalışmamızla uyumluluk göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %42.2'sinin çocuk sahibi olduğu bulunmuştur. Çocuk sahibi olan hemşirelerin de %27.9'unun tek çocuğu olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin sürekli gündüz ile nöbet+gündüz usulü çalışma ile çocuk sahibi olma arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Hemşirelerin üniversite hastanesinde çalışmaları nedeniyle büyük çoğunluğu (%64.3) lisans mezunudur. Alçelik ve arkadaşlarının 2005 yılında aynı kurumda yaptığı çalışmasında lisans mezunu hemşire oranı %41.8 olarak bulunmuştur. Bu bulgu hemşirelik mesleği eğitiminin gelişimini gösteren bir bulgudur. Japonya'da bu oran %2.6, Güney Kore'de %17.6, Tayland'da %46.3 ve ABD'de %58.6'dır¹⁵. Master öğrenimi görmüş olanların oranı bu çalışmada %9.7, Japonya'da %1, Güney Kore'de %14.9, Tayland'da %6.5 ve ABD'de %3.6'dır¹⁵.

Araştırmaya katılanların çalışma yılına göre dağılımı 0-1 yıl 7 (%4.5), 2-5 yıl 56 (%36.4), 6-10 yıl 48 (%31.2), 11-15 yıl ve üstü 43 (%27.9) kişi şeklindedir. Cürcani ve Tan'ın (2009) birlikte yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin çalışma yılları 1-5 yıl %38.3, 6-10 yıl %34.0, 11-15 yıl ve üstü ise %27.7 olarak bulunmuştur¹⁷.

Araştırmaya katılanların çalışma biçimine göre dağılımı sürekli gündüz 37 (%24.0), nöbet, gündüz 117 (%76.0) şeklindedir. Karaefe'nin yapmış olduğu araştırmada sürekli gündüz şiftinde çalışan 25 (%22.7), nöbet, gündüz çalışan 85 (%77.2) kişi olduğu bulunmuştur⁴⁷. Kesgin ve ark. yapmış olduğu çalışmada ise hemşirelerin %75.9'unun vardiyalı çalıştığı belirlenmiştir⁴⁸. Özkan ve ark. yapmış olduğu araştırmada ise

hemşirelerin %87.1'inin vardiyalı çalıştığı belirlenmiştir²⁹. Bu bulgular araştırmamızla uyumluluk göstermektedir. Belirlenen bu bulgulara göre bir hastanede çalışan hemşirelerin yarıdan fazlasının vardiyalı çalıştığı düşünülecek olunursa karşılaştıkları fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkların önemini göz ardı etmemek gerekir.

Turhan'ın yapmış olduğu araştırmada gece çalışmanın etkileri incelendiğinde, yorgunluk servis-polikliniklerde %63.0, yoğun bakımda %51.7, acilde %40.0, ameliyathanede %67.2, uykusuzluk servis-polikliniklerde %71.0, yoğun bakımda %73.0, acilde %33.3, ameliyathanede %48.4, halsizlik-verimsizlik servis-polikliniklerde %41.2, yoğun bakımda %28.6, acilde %20.0, ameliyathanede %23.4 olarak belirlenmiştir. Servis-polikliniklerde %13.7, yoğun bakımda %12.7, acilde %43.3'ü, ameliyathanede %18.8 oranında gece çalışmanın hiçbir etkisi olmadığı bulunmuştur³.

Araştırmaya katılanların görevlerine göre dağılımı sorumlu hemşire 24 (%15.6), servis hemşiresi 73 (%47.4), ameliyat hemşiresi 9 (%5.8), yoğun bakım hemşiresi 36 (%23.4), acil servis hemşiresi 6 (%3.9) ve poliklinik hemşiresi 6 (%3.9) kişi şeklindedir.

Araştırmamızda öne çıkan ilk altı sorunun en yüksek olduğu görev yerleri şu şekilde bulunmuştur; yorgunluk (%97.4), en çok ameliyathane (%100.0), acil servis (%100.0) ve poliklinik hemşirelerinde (%100.0), bacak ağrısı (%85.7), en çok ameliyathane (%100.0) ve acil servis hemşirelerinde (%100.0), bel ağrısı (%79.9), en çok acil servis (%100.0) ve yoğun bakım hemşirelerinde (%83.3), sırt ağrısı (%74.7), en çok poliklinik (%100.0) ve yoğun bakım hemşirelerinde (%77.8), baş ağrısı (%72.1), en çok ameliyathane (%88.9) ve acil servis hemşirelerinde (%83.3), varis (%59.1), en çok acil servis hemşirelerinde (%83.3) görülmektedir.

Turhan'ın yapmış olduğu araştırmada ayakta çalışmanın etkileri incelendiğinde, bel ağrısının en çok servis-poliklinik, yoğun bakım, ameliyathanede; baş ağrısının en çok servis-poliklinik, yoğun bakım, ameliyathanede; yorgunluğun en çok servis-poliklinik, yoğun bakım, acilde; varisin en çok servis-poliklinik, yoğun bakım, diyaliz ünitesinde; uykusuzluğun en çok servis-poliklinik, yoğun bakım, radyolojide; stresin en çok servis-poliklinik, yoğun bakım, acilde çalışanlarda görüldüğü belirlenmiştir. Bu bulgular araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılanların beden kitle indeksine göre dağılımı zayıf 8 (%5.2) kişi, normal 103 (%66.9) kişi, hafif şişman 32 (%20.8) kişi, şişman 8 (%5.2) kişi ve cevaplamayan 3

(%1.9) kişi şeklindedir. Bu çalışmada hemşirelerin %61.7'si yeterli ve dengeli beslenmeye dikkat etmediklerini belirtmişlerdir. Hemşirelerin beden kitle indeksi değerlendirildiğinde %31.2'sinin normal kiloda olmadığı belirlenmiştir. Kesgin ve ark. yaptıkları araştırmada ise hemşirelerin %53.8'i yeterli ve dengeli beslenmeye dikkat etmediği ve beden kitle indeksi değerlendirildiğinde ise %26.6'sının normal kiloda olmadığını belirlemiřlerdir⁴⁸.

Günlük alınan öğünler değerlendirildiğinde ise en fazla öğle ve akşam öğünlerinin alındığı görülmektedir. Çalışanlar zamanlarının 1/3'lük kısmını işyerinde geçirirler. Böyle düşünüldüğünde çalışanların en az bir öğününün işveren tarafından karşılanması çalışanın sağlıklı beslenmesine olumlu bir katkı yapacağı şüphesizdir. Hemşirelik 24 saat hizmet vermeyi gerektiren bir meslek olduğu için gece, gündüz ve akşam vardiyaları düşünülerak öğünler planlanmalıdır. Bu araştırmada hemşirelerin yarıdan fazlasının günlük yaşamlarında da yeterli ve dengeli beslenmeye dikkat etmediklerini belirtmesi, işveren tarafından doğru şekilde planlanan öğünlerin değerini daha da arttırmaktadır⁴⁸.

Bu araştırmada hemşirelerin 41'inin (%26.6) sigara kullandığı belirlenmiştir. Araştırmaya katılanların nöbette sigara içme durumuna göre dağılımı incelendiğinde, artmaktadır cevabını veren 22 (%14.3) kişi, etkilememektedir cevabını veren 14 (%9.1) kişi ve azalmaktadır cevabını veren ise 5 (%3.2) kişi şeklindedir.

Araştırmamızda sigara içen hemşirelerin %36.6'sının sürekli gündüz çalıştığı, %63.4'ünün ise nöbet, gündüz şeklinde çalıştığı bulunmuştur. Bu durumda hemşirelerin nöbet ve vardiyalı çalışmaya bağlı olarak sigara içme durumlarında artma gözlenmektedir.

Kostul'un yaptığı çalışmada hemşirelerin çoğu gece ve nöbet vardiyasında daha çok sigara içtiklerini ifade etmiřlerdir⁴⁹. Bu da bizim çalışmamızla uyumluluk göstermektedir.

Yurt, stresi yoğun olarak yaşayan hemşirelerin bu strese tepki olarak daha fazla sigara içtiklerini vurgulamaktadır⁵⁰.

Tezcan ve Yardım Türkiye'de doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencileri arasında yapılmış olan 22 çalışmayı derlemiştir. Yapılan çalışmalarda hemşireler arasında sigara içme sıklığı en yüksek %68.6, en düşük %40.3 olarak saptanmıřtır³⁵.

Kutlu'nun 919 hemşire üzerinde yapmış olduğu araştırmaya göre ise, hemşirelerin %52.4'ü halen sigara içmektedir³⁴. Bu çalışmada, yaklaşık olarak hemşirelerin yarısının sigara içtiği görülmektedir.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) tarafından 2008 yılında DSÖ, ABD Hastalıklar Kontrol ve Kontrol ve Koruma Merkezi ve Sağlık Bakanlığı işbirliği ile yapılan çalışmada sağlık personelinin sigara kullanımını incelenmiş ve hemşirelerin sigara içme durumu %29.5 olarak bulunmuştur. Bizim araştırmamızda ise hemşirelerin %26.6'sı sigara kullandığını ifade etmişlerdi.

Yapılan başka araştırmalarla^{31,32,33,34,35} karşılaştırıldığında bizim çalışmamızda bulunan sigara kullanım yüzdesinin diğer çalışmalardan daha düşük olduğu görülmektedir. Bu da hastanemizde yapılan sigara bırakma programlarının amacına ulaştığını düşündürmektedir.

Sigara içme toplumda rol modeli olan sağlık çalışanlarında önemli bir davranıştır. Bu yüzden, hemşireler arasında sigara içmeyi önlemek ve azaltmak için daha ileri araştırmalar ve daha etkili sigara bırakma programları yapılmalıdır.

Hemşirelerin sigarayı bırakma konusunda istekli olmaları; iş sağlığı uygulamalarında hemşireler için sigarayı bıraktırma programlarının geliştirilmesi ve bu programların başarıya ulaşması konusunda olumlu katkılar sağlayabilir.

Araştırmaya katılanların egzersiz yapımına göre dağılımı egzersiz yapan 38 (%24.7) kişi ve egzersiz yapmayan 116 (%75.3) kişi şeklindedir. Hemşirelerin çalışma biçimi ile fiziksel aktivite arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Özkan ve ark. yaptığı araştırmaya göre hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarına göre en düşük puanı sırasıyla egzersiz, stres yönetimi ve beslenme alt gruplarından almışlardır²⁹. Bizim çalışmamız da diğer çalışmaları destekler niteliktedir ve bireylerin yeterince egzersiz yapmadıkları ortaya çıkmıştır.

Kesgin ve ark.'ın yaptığı bir çalışmaya göre, hemşirelerin % 67.7'si fizik aktivite yapmamaktadır⁴⁸. Karahan ve ark.'ın çalışmasında da hemşirelerin % 77.1'inin bel ağrısı olduğu ve hemşirelerin bel ağrısına yol açabilecek, spor yapmama, az ya da fazla kilo, uzun süre ayakta kalma gibi bazı risk faktörleri taşıdığı belirlenmiştir²⁰.

Hemşirelerin çalışma saatlerinin düzensiz oluşu, haftalık izinlerin belirli bir düzen içinde verilmemesi, vardiyaların yorucu geçmesi, ailelerine yeterince zaman ayıramamaları, ev içindeki sorumlulukları, spor alanlarının yetersizliği ve spor salonlarının yüksek maliyeti gibi faktörlerin düzenli egzersiz yapmalarını engellediği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılanların çay, kahve tüketiminin dağılımı incelendiğinde 75 (%48.7) kişi artmaktadır, 48 (%31.2) kişi aynıdır ve 31 (%20.1) kişi azalmaktadır cevabını vermişlerdir.

Ak'ın yapmış olduğu araştırmaya göre araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %18.8'i vardiyalı çalışmaya başlamadan önce sigara kullandığını belirtmiştir. Bu oranın vardiyalı çalışmaya başladıktan sonra %63.8'e çıktığı belirlenmiştir. Hemşirelerin alkol kullanma oranı vardiyalı çalışmaya başlamadan önce %3.3'iken vardiyalı çalışmaya başladıktan sonra %8.3'dür. Kafein kullanma oranı ise vardiyalı çalışmaya başlamadan önce %46.3, vardiyalı çalışmaya başladıktan sonra %87.5 olarak bulunmuştur. Sigara, alkol ve kafein kullanma durumları ile ilgili olarak her üç maddenin kullanımının vardiyalı çalışmaya başladıktan sonra arttığı bulunmuştur².

Araştırmaya katılanların beslenme alışkanlığı incelendiğinde düzenli 59 (%38.3), öğün atlayan 95 (%61.7) hemşire vardır. Hemşirelerin sürekli gündüz ile nöbet+gündüz usulü çalışma ile beslenme düzeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Yeterli ve dengeli bir beslenme; çalışanın verimini artırır, yapılan üretimi artırır, hastalıkları azaltır, iş kazalarını azaltır, meslek hastalıklarını azaltır, çalışanların sağlığını geliştirir, işe devamsızlığı azaltır, iş yeri psikolojisini ve huzurunu güçlendirir ve çalışanın hastalıklara karşı direncini artırır⁵¹.

Özkan ve ark. yapmış olduğu araştırmaya göre hemşirelerin %74.8'i sağlıklı beslenme alışkanlığının olmadığını, %27.6'sı ise beslenme alışkanlığında öğün atladıklarını belirtmişlerdir. Bu araştırmada çalışma biçimi ile sağlıklı yaşam biçimi davranış ölçeği beslenme puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur²⁹. Bu araştırma sonucu araştırmamızla benzer bulgular göstermektedir.

Abant İzzet Baysal Üniversitesi'nde görev yapan hemşirelerde yapılan bir araştırmada hemşirelerin %80.9'unun öğün atladığı belirlenmiştir¹⁵.

Yaşamın her evresinde bedensel ve zihinsel yönden sağlıklı olmanın ve bunu devam ettirmenin, yeterli ve dengeli beslenme ile mümkün olduğu bilinmektedir. Şimşekoğlu'nun yaptığı araştırma grubundaki hemşirelerin beslenme puanı 15.7 ± 0.23 olarak saptanmıştır. Sağlıkla ilgilenen bir meslek grubunun beslenme puanının düşük olması düşündürücüdür. Düzensiz yaşam tarzı, işyerinde yoğun iş temposundan dolayı öğün atlamalar beslenme puanının düşük olmasına neden olmaktadır. Beslenme puanı Karakoç'un (18.30 ± 3.03), Esin'in (16.18 ± 3.32) ve Akgül'ün (17.36 ± 3.76) çalışmasında yüksek bulunurken Yıldırım'ın (14.9 ± 3.5) çalışmasında düşük bulunmuştur⁵².

İncesesli'nin yapmış olduğu bir araştırmada hemşirelerin yeterli ve dengeli beslenememe nedeni olarak en fazla %77.9 ile vardiya değişimleri nedeni ile yemek düzeninin bozulduğunu, %52.4 ile servisin yoğunluğu nedeniyle yemek yemeğe zaman ayıramadığını veya yemek saatinin çok az bir kısmını kullandığını, %49.6 ile hastane yemeklerini görüntü, lezzet, çeşit açısından yetersiz bulunduğunu ifade ettiği görülmektedir²³.

Araştırmaya katılan hemşirelerin uykularının düzensiz olduğu belirlenen 114 (%74.0) ve uykuya dalmakta zorluk yaşayan 76 (%49.4) hemşire vardır. Hemşirelerin sürekli gündüz ile nöbet+gündüz usulü çalışma ile uyku düzeni arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur.

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışan hemşirelerde yapılan bir araştırmaya göre hemşirelerin %61.5'i vardiya değişimine bağlı uyku problemi yaşamaktadır¹².

Yapılan araştırmalarda uyku bozukluğuna rastlanma sıklığı gündüz çalışanlarda %5-%11 arasında değişirken, gece vardiyasında %50-%62 arasında değişmektedir⁴⁹.

Abant İzzet Baysal Üniversitesi'nde görev yapan hemşirelerde yapılan bir araştırmada hemşirelerin %67.6'sında düzensiz uyku uyuma sorunu olduğunu bulmuşlardır¹⁵. Bir diğer araştırmada ise Bandırma Kapıdağ ve Mustafa Güven Karahan Devlet hastanelerinde çalışan hemşirelerin %50.3'ünde düzensiz uyku uyuma sorunu olduğunu belirlemişlerdir¹⁶. Bu bulgular araştırma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Vardiyalı çalışan kişiler gündüz yeterli derecede ve kaliteli bir şekilde uyuyamamakta ve uykuya dalmakta problem yaşamaktadırlar. Uyku yoksunluğu sonucunda immün sistemin baskılandığı ve birçok probleme yol açtığı bilinmektedir. Değişken saatlerde

vardiyalı, nöbetli çalışmanın sağlık üzerine etkilerine ilişkin araştırmalarda gastrit, ülser gibi gastrointestinal bozukluklar, hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları, derin ven trombozu ve venöz yetmezlik gibi kardiyovasküler bozukluklar, meme kanseri, kolon kanseri, diyabetus mellitus, metabolik bozukluklar ve depresyon gibi hastalıkların görülme riskinin arttığı bildirilmektedir⁵.

Uzun süre uykusuz kalmanın insan üzerine olumsuz etki yaptığı kabul edilecek olursa bu kadar uzun süre uykusuz kalan bir hemşirenin ruhsal ve fiziksel yönden etkileneceği tartışma götürmeyecek kadar ortadadır.

Vardiyalı çalışma sisteminde hemşirelerin çalışma saatlerinin düzensiz ve uzun olması stres oluşturmakta, iş yaşamında karşılaştıkları sorunlarla başa çıkmalarını olumsuz etkilediği ve bunun da çatışmaları hazırlayıcı bir etken olduğu düşünülebilir. Yılmaz ve ark.'ın çalışmasında vardiya usulü çalışan hemşirelerde uyku ve gastrointestinal problemler, kardiyovasküler hastalıklar, yeme ve metabolik aktivitelerde değişikliğin daha yaygın olduğu bildirilmiştir¹⁶.

Çalışmamızda hemşirelerde görülen sağlık sorunlarında ilk sırada yorgunluk (%97.4) yer aldığı saptanmıştır. Kılıç ve ark. yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin %67'sinde yorgunluk saptanmıştır²⁸.

Yorgunluk ile çay kahve tüketimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hemşirelerin %48.7'si nöbette çay kahve tüketiminin arttığını, %31.2'si aynı olduğunu söylemiştir. Gündüz ve akşam vardiyalarına göre gece vardiyası fizyolojik uyumsuzluk, uyku bozukluğu ve yorgunluk açısından en çok bozucu etkide bulunan çalışmadır¹³.

Çalışmamızda hemşirelerin %85.7'sinde bacak ağrısı, %79.9'unda bel ağrısı, %74.7'sinde sırt ağrısı, %72.1'inde baş ağrısı, %59.1'inde varis, %55.2'sinde boyun ağrısı, %44.8'inde gaz sorunu, %40.3'ünde kol ağrısı, %39.0'ında mide ağrısı, %36.4'ünde hazımsızlık, %34.4'ünde anemi, %28.6'sında kabızlık, %26.0'sında hemoroid, %23.4'ünde baş dönmesi, %22.7'sinde çarpıntı, %7.8'inde göğüs ağrısı, %2.6'sında ishal saptanmıştır. Yılmaz ve ark. yapmış oldukları araştırmada en sık belirtilen sağlık sorunları %39.9 bel ağrısı, %33.1 boyun ağrısı, %30.1'inde sırt ve mide ağrısı, %10.4'ünde kol ağrısı, %20.9'unda kronik bir hastalık, %17.8'inde varis ve %12.3'ünde hemoroid olarak bulunmuştur¹⁶. Alçelik ve ark. yapmış oldukları araştırmada hemşirelerin %52.9'unda bel ağrısı, %38.2'inde omuz ağrısı, %38.2'inde boyun ağrısı, %30.8'inde kol ağrısı saptanmıştır¹⁵.

Çalışmamızda sigara ile bel ağrısı, boyun ağrısı, kol ağrısı, baş ağrısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Altinel ve ark. yapmış olduğu araştırmada sigara kullanım hikayesi, bel ağrısı olan bireylerde anlamlı miktarda yüksek saptanmıştır²⁴. Bu çalışma sonucu bizim çalışma sonucumuzla benzerlik göstermektedir. Sigara kullanımının bel ağrısı üzerinde etkisinin olmadığını gösteren araştırmalarda bulunmaktadır^{22,53}.

İncesesli'nin yapmış olduğu araştırmada hemşirelerin %87.5'inde alt ekstremitelerde ağrı, %75.7'sinde bel ağrısı, %61.2'sinde sırt ve boyun ağrısı, %22.1'inde üst ekstremitelerde ağrı saptanmıştır. Ayrıca %76.4'ünde anksiyete, %73.8'inde yorgunluk, %61.6'sında uykusuzluk, %69.2'sinde baş ağrısı olduğu bulunmuştur²³. Ando ve arkadaşlarının Japonya'da 314 hemşire üzerinde yürüttükleri kesitsel araştırmada son bir ay içinde bel ağrısı %54.7, omuz ağrısı %42.8, boyun ağrısı %31.3 ve kol ağrısı %18.6 olarak saptanmıştır. İşe bağlı kas iskelet sistemi rahatsızlıklarının en sık görüldüğü 9 iş kolundan 7. sırada hemşirelik yer almaktadır. Kas iskelet sistemi ağrılarının ortaya çıkmasında sıklıkla iş ile ilgili risk faktörleri; yoğun ve ağır fiziksel çalışma, sık öne eğilme, itme ve çekme hareketleri, statik iş pozisyonları, ağırlık kaldırma, tekrarlamalı hareketler ve vibrasyondur⁵⁴.

Cürcani ve Tan'ın yapmış olduğu araştırmada belirlenen sağlık sorunları bel ağrısı (%97.9), yorgunluk/halsizlik (%89.4), eklem ve bacak ağrıları (%80.9), uyku düzeninin bozulması (%78.7), baş ağrısı (%68.1), sırt ağrısı (%63.8), varis (%59.6), sinirlilik (%59.6) ve boyun ağrısı (%55.3) olarak belirlenmiştir¹⁷. Güller ve arkadaşları hemodiyaliz ünitesinde çalışan hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmada hemşirelerin %68'inde yorgunluk-halsizlik, %56'sında bel ağrısı, %53'ünde bacak ağrısı, %54'ünde sinirlilik şikâyetlerinin olduğunu belirlemiştir⁵⁵.

Hemşirelerin çalışma biçimi ile sağlık sorunlarından yalnızca bacak ağrısı ve varis arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tedavi uygulamaları sırasında, hizmet yoğunluğuna göre değişmek üzere uzun süre ayakta kalma, hastanede hasta bakıcı personel sayısının yetersiz oluşuna bağlı olarak hemşirelerin daha fazla angarya iş yapmaları, yetersiz hemşire sayısına bağlı hemşire başına düşen hasta sayısının artması, varis oluşumunu engelleyici varis çoraplarının kullanımının yaygın olmaması, dinlenme sürelerinin yetersiz ve hatta bazen olmaması nedeniyle hemşirelerin bacaklarını sık elevasyona alamamaları gibi nedenler düşünülmektedir.

ABD’de yapılan araştırmada hemşirelerde bel ağrısı orantısı %38, Hong Kong’da 377 hemşirede yapılan araştırmada ise bu orantı %40.8, İtalya’da 587 hemşirede yapılan bir çalışmada ise %40.8 olarak saptanmıřtır¹⁵.

Özellikle hemşirelik bel ağrısı için, meslek risk faktörleri içinde ağır sanayi işçileri ve ağır vasıta şoförlerden sonra 3. sırada yer almaktadır. Bel ağrısının genellikle meslek yaşamının ilk 5 yılı içinde ve 30 yaşından önce ortaya çıktığı, önemli bir özürölülüğe yol açmadığı belirtilmektedir²¹.

Arasan ve ark. yapmış olduğu araştırmada yaşam boyu bel ağrısı prevalansı %84 olarak bulunmuřtur²⁵. Yüksel’in yapmış olduğu araştırmada son üç ayda bel ağrısı mevcudiyeti %73.5, son bir yılda bel ağrısı mevcudiyeti %83.2, yaşam boyu bel ağrısı mevcudiyeti ise %86.4 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada hemşireler en çok ayakta uzun süre çalışmak, ağır kaldırmak, çok yorulmak, ani hareket yapmak ve hasta bakımı sırasında ağrı yaşadıklarını belirtmektedir²⁶. Karahan’ın yapmış olduğu araştırmada son bir yılda bel ağrısı oranı %65, yaşam boyu bel ağrısı oranı %85 olarak bulunmuştur. Bu araştırmada ise hemşirelerin %65.8’i bel ağrısını korumaya yönelik olarak eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Bunu %15.8 vücut mekanikleri, %13.2 egzersiz, %5.3 ergonomi izlemektedir²⁰.

Bel sağlığı hemşirenin bir gün içinde kaldırdığı ağrılığın miktarı ve bu ağrılığı kaldırma sayısı, uzun süre ayakta kalma olarak sıralanabilecek aktivitelerden etkilenebileceği gibi; hemşirenin olumsuz sağlık alışkanlıklarından kaynaklanabilecek etkilenmeler de olabilmektedir. Örneğin; bireyin kilosu, sigara içme durumu, fizik aktivite yapma durumu ile bel sağlığının ilişkili olduğu bilinmektedir. Bel ağrısı hemşirenin klinik ortamda verimli çalışmasını etkileyebileceği gibi, rapor alarak işe devamsızlık yapmasına da neden olabilmektedir. Hemşirelerin vücut mekaniklerine uygun olarak hareket etmeleri ve ağrılık kaldırırken yardım almalarının yanı sıra; aralıklı dinlenme, sigarayı bırakma gibi günlük yaşamlarında olumlu sağlık davranışlarını yinelemeleri de bel sağlıklarını korumaları açısından önemli uygulamalar olarak görölmektedir⁴⁸.

Çalışmamızda gündüz+nöbet şeklinde çalışma ile bel ağrısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu da bazı literatür bulgularıyla benzerlik göstermektedir^{22,24,26}.

Solak ve ark. yapmış oldukları araştırmada hemşirelerin %68.5’i bel ağrısından şikayetçi olduğunu söylemiştir. Bu araştırmada sağlık çalışanlarının bel ağrısı sıklığının yüksek olması; hastanelerin mimari yapısından, i düzenlemesine kadar birçok eksikliği

ve yanlışlığı barındırmaları, sağlık çalışanlarının çalışırken fiziksel zorlanmaya açık bir ortamda çalışmaları ve bilgi eksikliği nedeniyle kendilerini koruyamadıkları sonucuna varılmıştır⁵⁶.

Çalışmamızda hemşirelerin %20.1'inin kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığın işteki verimlilik durumuna etkisi sorgulandığında ise %83.9'u etkileniyor cevabını vermiştir. Hemşirelerin %45.5'i doktor tanısı almış bir hastalığı olduğunu söylemiştir. Çalışma biçimi ile kronik hastalık varlığı ve doktor tanısı almış bir hastalığın olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Görev şekli ile kronik hastalık durumu ve doktor tanısı almış bir hastalığın olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. İnceslesli'nin yapmış olduğu araştırmada ise hemşirelerin %22.8'inde kronik bir hastalığın olduğu bulunmuştur. Kronik hastalığa sahip hemşirelerin hepsi hastalığın işteki verimliliğini etkilediğini belirtmişlerdir²³.

Kısa semptom envanterinde bulunan 9 alt ölçek ve ek maddelerden en yüksek puan ortalamasına sahip olan ruhsal belirtiler sırasıyla; obsesif kompulsif bozukluk (1.03 ± 0.69), paranoid düşünce (1.01 ± 0.79) ve hostilite (0.87 ± 0.71) olup, bu puanlar orta düzeye daha yakın bulunmuştur. En düşük puan ortalaması olan ruhsal belirti ise fobik anksiyete (0.30 ± 0.40)dir. Global indekslerden; rahatsızlık ciddiyeti indeksi (0.13 ± 0.10) ve semptom rahatsızlık indeksi (0.29 ± 0.09) puan ortalamaları düşük düzeyde iken, belirti toplam indeksi (23.05 ± 11.96) puanı orta düzeydedir (Tablo 21).

Çalışma biçimi grupları arasında ruhsal belirti puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 22).

Çalışma sonuçları, gece saatlerinde çalışmayı da içeren vardiyalı sistemde çalışmanın, bireylerin psikolojik sağlıkları ve sosyal yaşamları üzerinde olumsuz etkilere yol açtığını bildiren çalışmalar ile uyumlu değildir^{1,57}.

Sonuç olarak, vardiyalı sistemde gece çalışmak, iç ve dış uyaranlarla düzenlenen sirkadyen ritimde bozulmalara sebep olabilir. Bu nedenle, somatik yakınmalar, fiziksel fonksiyonlarda azalma, ağrı gibi yaşam kalitesini düşüren pek çok fiziksel ve ruhsal sorunlar meydana gelebilir¹.

Çalışma saatlerinin düzenlenmesi, gece çalışma saatlerine uygun bireylerin seçilmesi gibi önlemlerin alınabilmesi için vardiya sisteminin sebep olduğu sorunların doğru tanımlanmasına yönelik olarak yaptığımız bu çalışma gibi yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Tedavi edici sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin, çalıştıkları ortamda sağlıklarını olumsuz etkileyebilecek, kimyasal, fiziksel, biyolojik, mekanik, sosyal, ruhsal, yeterli ve dengeli beslenememe faktörleriyle karşı karşıya oldukları ve bu faktörlerin birçoğunun hemşirelerin sağlığı üzerinde olumsuz sonuçlar doğurduğu bulunmuştur. Bu durum hemşireleri; psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden olumsuz etkileyecek ve verimsiz kılacaktır. Gerek toplumun bir bireyi olmak, gerekse kaliteli hemşirelik bakımı verebilmek için, hemşirelerin psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olabilmesi ve buna bağlı olarak da verimli kılınması için aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

Hemşirelerin bir çalışan olarak iş sağlığı hizmetlerine gereksinimi vardır. Bu nedenle hastanelerde iş sağlığı birimi oluşturulmalı, bu birimde hemşirelere yaygın hizmet içi eğitim verilerek sağlıklarını korumak ve sürdürmek için uygun davranışlar kazandırılmalıdır. Hemşireler periyodik muayene ve izlemlerle meslek hastalıklarından korunmalıdır.

Hemşirelerin sağlıkları üzerinde olumsuz etki yapabilecek çalışma koşulları düzeltilmelidir.

Hemşirelerin vardiya düzenlemeleri günlük yaşam alışkanlıklarını en az etkileyecek şekilde yapılmalı, hemşirelerin sağlığını ve sağlık alışkanlıklarını değerlendiren iş sağlığı uygulamaları olmalıdır.

Çalışma ortamından kaynaklanabilecek sağlık riskleri değerlendirilerek işveren/kurum yöneticileri ve ilgili diğer kişilerle işbirliği yapılmalıdır. Çalışanların olumlu sağlık alışkanlıklarını sürdürebilecekleri çalışma koşulları oluşturulmalıdır.

Sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirebilmesi için uygun ortam (yemeklerin hastanede sıvı yağla ve sebze ağırlıklı yapılması, stressiz bir iş ortamının sağlanması, nöbet saatlerinin ve iş yoğunluğunun azaltılması) sağlanmalıdır.

Hemşirelerin daha verimli olabilmeleri için yeterli hemşire ve hastabakıcı personel sağlanmalı ve şiddet açısından güvenlik tedbirleri artırılmalıdır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda; hemşireler çalıştıkları kurumlarda çeşitli sağlık sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu sorunların azaltılması için;

hemşirelere mesleki riskler ve vücut mekanikleri konusunda hizmet içi eğitim seminerleri verilmesi ve öğrendikleri bilgileri davranışa dönüştürülmesinde yardımcı olunması önerilmektedir.

Çalışan klinikle ilgili olarak göreve başlamadan önce oryantasyon programları uygulanmalıdır.

Var olan yasa ve yönetmeliklerin hemşirelerin çalışma ortamının geliştirilmesine yönelik yeniden düzenlenmelidir.

Sağlık kurumlarındaki yöneticiler, çalışanların düzenli sağlık taramasından geçirilmesi ve koruyucu önlemlerin alınması için yaptırımcı olmalıdır.

Hemşirelerin çalıştıkları ortam göz önüne alınarak, çalışma şekli ve çalışma saatlerine ilişkin, sosyal yaşantıyı bozmayacak türde düzenlemelerin yapılmasına özen gösterilmelidir.

Hemşirelerin çalıştıkları cihaz, alet, gereçler ve kimyasal maddelerin sağlıkları üzerine etkileri ve bu etkilerden korunması ile ilgili bilgilendirici ve beceri kazandırıcı hizmet içi eğitim programları düzenlenmelidir.

Çalışma koşullarının ve ortamın ergonomik normlar ve ergonomik ilkeler göz önünde bulundurularak tasarlanması sağlanmalıdır.

Hastane yönetimine, giyim-kuşam yönetmeliği gereği hemşirelere verilecek ayakkabıların, uzun süre ayakta kalma nedeniyle oluşturabileceği sorunları en aza indirgeyebilmek için kısa topuklu, yumuşak derili ortopedik olarak satın alınması önerilebilir.

Hemşirelerin çalıştıkları ortamın; ışıklandırma, havalandırma, ısıtma vb. fiziksel faktörleri iyileştirilmelidir.

Hemşirelerin iş streslerinin ve başa çıkma yöntemlerinin belirlenmesi ve bunların ortadan kaldırılması ile olumlu başa çıkma mekanizmalarını destekleyecek stresle başa çıkma programlarının oluşturulması, uygulanması ve hemşirelerin bu programlara katılımı sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

- 1- Selvi Y, Özdemir PG, Özdemir O, Aydın A, Beşiroğlu L. Sağlık çalışanlarında çalışma sisteminin sebep olduğu genel ruhsal belirtiler ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010;23:238-243.
- 2- Ak F. “Vardiyalı çalışmanın hemşirelerin fiziksel sağlığı üzerine etkileri. 2007, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 3- International Labour Organization. “What is workplace stress?”. (online) Available from: <http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/stress/whatis>. (reached: 10.03.2012).
- 4- Turhan, F. Başkent Üniversitesi Hastanesi çalışanlarının mesleki risk faktörleri ve davranışlarının değerlendirilmesi. 2006, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 5- Bilazer FN, Konca GE, Uğur S, Uçak H, Erdemir F, Çıtak E. Türkiye’de Hemşirelerin Çalışma Koşulları. 2008, Türk Hemşireler Derneği, Ankara.
- 6- Peker A. Vardiyalı sistemi ile çalışan hemşirelerin dikkat düzeyleri. 2011, Kocaeli Üniversitesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli.
- 7- <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10615/yatakli-tedavi-kurumlari-isletme-yonetmeli-son-degisi-.html>
- 8- Öz CS. 4857 sayılı iş kanunu döneminde iş ve işçi bulmaya aracılık faaliyetleri. TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi. 2008;21(5-6):18-19.
- 9- <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10881/saglik-personeli-calisma-saatleri-201055.html>
- 10- <http://www.ilo.org/ilolex/english/convdsp1.htm> (reached:30.05.2012)
- 11- Sönmez S. Vardiyalı çalışan hemşirelerde horlama, uyku bozuklukları ve iş kazaları. 2006, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Bursa.
- 12- Bingöl N. Hemşirelerin uyku kalitesi, iş doyumu düzeyleri ve aralarındaki ilişkilerin incelenmesi. 2006, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.

- 13- Yüksel İ. Çalışma yaşamı kalitesinin tipik ve atipik istihdam açısından incelenmesi. Doğu Üniversitesi Dergisi. 2004;5:47-58
- 14- Çoban S. Yoğun Bakım Hemşirelerinde Uyku Bozukluklarının Araştırılması. 2009, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Manisa.
- 15- Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, Şerifi B. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2005;4(2):55-65.
- 16- Yılmaz E, Özkan S. Bir İlçede Çalışan Hemşirelerin Sağlık Sorunları ve Yaşam Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2006;1(3):81-99.
- 17- Cürcani M, Tan M. Occupational Risk Factors and Health Problems Faced by Nurses that Working Dialysis Unit and Nephrology Service. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2009;8(4):339-344.
- 18- Üstün Y, Çınar YŞ. Hemşirelerin Uyku Kalitesinin İncelenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011;4(1):29-38.
- 19- Demir M. Vardiya Sistemi ile Çalışan Hemşirelerin Vardiya Sisteminden Kaynaklanan Sorunlar Hakkındaki Görüşleri. 1990, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
- 20- Karahan A. Hemşirelerde Bel Ağrısını Önlemeye Yönelik Geliştirilen Eğitim Programının Etkililiği. 2005, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara.
- 21- Bölükbaşı N. Sağlık Çalışanlarında Bel ve Üst Ekstremiteye İlişkin Kas-İskelet Sistemi Sorunları. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi, Ankara, 1999: s:101-105.
- 22- Yılmaz E, Özkan S. Hastanede Çalışan Hemşirelerde Bel Ağrısı Prevalansının Saptanması. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi. 2008;54(1):8-12.
- 23- İnceseli A. Çalışma ortamında hemşirelerin sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risk faktörlerinin incelenmesi. 2005, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Adana.

- 24- Altınel L, Köse KÇ, Altınel EC. Profesyonel Hastane Çalışanlarında Bel Ağrısını Etkileyen Faktörler. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2007;5(3):115-120.
- 25- Arasan F, Gün K, Terzibaşoğlu AM, Sarıdoğan M. Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerde Bel Ağrısı Görülme Sıklığının Belirlenmesi. Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 2009;40(4):136-143.
- 26- Yüksel S. Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Hasta Bakımında Görev Alan Hemşire ve Personelde Bel Ağrısı Sıklığı ve Etkileyen Etmenler. 2010, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Kocaeli.
- 27- Khorshid L, Özdemir N. The Investigation Of Varicosity Complaints and Signs In Nurses. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2006;22(1):19-35.
- 28- Kılıç D, Karabulut N, Köse S. Hemşirelerin Mesleki Risklerinin Sağlık Sorunları ve Koruyucu Davranışlarının İncelenmesi. 2007, Medical Network Yayıncılık.
- 29- Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2008;3(7):89-105.
- 30- Ergüder T. Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi. 2008, Sağlık Bakanlığı - Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- 31- Küresel Yetişkin Tütün Araştırması. Türkiye Raporu 2010, Sağlık Bakanlığı - Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- 32- Mayda AS, Tufan N, Baştaş S. Düzce Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara Konusundaki Tutumları ve İçme Sıklıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007;6(5):364-370.
- 33- Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu Ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005;27(1):29-34.
- 34- Kutlu R. Evaluation of the frequency and factors affecting smoking among nurses. Gülhane Tıp Dergisi. 2008;50:65-70.
- 35- Tezcan S, Yardım N. Türkiye’de Çeşitli Sağlık Kurumlarında Doktor, Hemşire ve Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Boyutu. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2003;51(4):390-397.

- 36- Demir A. Hemşirelerin vardiya ile çalışmalarının anksiyete ve arteriyel kan basıncına etkisinin incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005;8(2):40-54.
- 37- Coşkun O. Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde Çalışan Hemşirelerde Hipertansiyon Sıklığı, Hipertansiyonun Depresyon ve Anksiyeteye İlişkisi. 2009, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- 38- Uçak A, Kiper S, Karabekir HS. Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları iş kazaları ve eğitimin iş kazalarını azaltma durumuna etkisi. Bozok Tıp Dergisi. 2011;1(3):7-15.
- 39- Atasoy A, Aksoy S. Hekim Dışı Sağlık Personelinde Mesleki Risklerin Belirlenmesi. Uluslar arası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı. 2009;2:111-124.
- 40- Bickford M. Stress in the Workplace: A General Overview of the Causes, the Effects, and the Solutions. Canadian Mental Health Association, Newfoundland and Labrador Division, August, 2005.
- 41- Yüksel ÇT, Özgür G. Hemşirelerin stresle baş etme tarzları ile depresyon belirti düzeyleri arasındaki ilişki. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;24(1):67-82.
- 42- <http://hastane.duzce.edu.tr/dokuman/HastaneTanitimRehberi.html>
- 43- Şahin NH, Batıgün AD, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002;13(2):125-135.
- 44- Atasayar M. Ergenlerin aleksitimik özelliklerinin psikolojik belirtileri ve yaşam doyumları ile ilişkisi. 2011, Sakarya Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
- 45- Batıgün AD, Kılıç N. İnternet Bağımlılığı ile Kişilik Özellikleri, Sosyal Destek, Psikolojik Belirtiler ve Bazı Sosyo-Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler. Türk Psikoloji Dergisi. 2011;26(67):1-10.
- 46- Yılmaz S. Hemşirelerin çalıştıkları kurumlardan ayrılma nedenlerinin saptanması. 1999, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetim Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.

- 47- Karaefe M. Dönüşümlü şiftlerde çalışan hemşirelerde uyku düzeni değişimlerinin incelenmesi. 1996, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara.
- 48- Kesgin MT, Kublay G. Özel Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Yaşam Alışkanlıkları ve Çalışma Koşullarından Kaynaklı Sağlık Sorunlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2011:41-49.
- 49- Kostul N. Vardiya ve gece çalışmasının hemşireler üzerindeki etkilerinin incelenmesi. 1996, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 50- Yurt V. Stres. Türk Hemşireler Dergisi. 1986;36(4):9-11.
- 51- Parlar S. Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2008;7(6):547-554.
- 52- Şimşekoğlu N. Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. 2013, Düzce Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Düzce.
- 53- Albayrak İ, Şahin N, Karahan AY, Uğurlu H. Sigara kullanımının bel ağrısı ile ilişkisi. Genel Tıp Dergisi. 2010;20(2):55-59.
- 54- Dıraçoğlu D. Sağlık personelinde kas- iskelet sistemi ağrıları. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2006;26:132-139.
- 55- Güller D, İnanoğlu İ, Demirel F, Akşit H, Kaya S, Özdemir FN, ve ark. Hemodiyaliz ünitesi hemşirelerinde çalışma ortamının sağlık üzerine etkisi. İstanbul 17. Ulusal nefroloji hipertansiyon diyaliz ve transplantasyon kongresi özet kitabı, 2000.
- 56- Solak S, Abamor MY. Sağlık Çalışanlarında Fiziksel Zorlanma ve Bel Ağrısı Sıklığı. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 1. Ulusal Kongresi, Ankara, 1999:188.
- 57- Williams C. Work-life balance of shift workers. Perspectives on labour and income. 2008;9:5-16.

8. EKLER

EK 1: ANKET FORMU

HEMŞİRELERDE GÖRÜLEN SAĞLIK SORUNLARI ARAŞTIRMASI

(Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi Hemşiresi Ayşe Üstün)

Sayın katılımcı,

Hemşirelerdeki sağlık sorunları ile ilgili bu araştırmama katıldığınız için teşekkür ederim. Araştırmanın sonuçları sadece bilimsel amaçlarla kullanılacak ve ankete adınızın yazılması istenmeyecektir. Sorulara verdiğiniz cevaplar gizli kalacaktır.

1- Çalıştığınız Klinik/Servis?

2- Yaşınız.

3- Cinsiyetiniz. a) Kadın b) Erkek

4- Kilonuz.

5- Boyunuz.

(4 ve 5. soruların cevapları beden kitle indeksiniz için gerekli.)

6- Öğrenim Düzeyiniz.

a) Sağlık Lisesi c) Lisans e) Doktora

b) Ön Lisans d) Yüksek Lisans

7- Medeni Durumunuz.

a) Evli b) Bekâr c)Dul d)Boşanmış

8- Çocuğunuz Var Mı? a) Evet b) Hayır

9- Cevabınız Evet ise; kaç tane ve yaşlarını belirtiniz.

10- Göreviniz.

a) Sorumlu Hemşire d) Yoğun Bakım Hemşiresi

b) Servis Hemşiresi e) Acil Servis Hemşiresi

c) Ameliyathane Hemşiresi f) Poliklinik Hemşiresi

11- Kaç senedir çalışmaktasınız?

12- Bulduğunuz Klinik/Serviste kaç senedir çalışmaktasınız?

- 13- Çalışma saatleriniz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?
a) Sürekli Gündüz b) Gündüz/Nöbet/Vardiya
- 14- (Aşağıdaki sorulardan kendinize uygun olanları cevaplayınız.)
Bir ayda tuttuğunuz toplam 8-16 nöbet sayısı nedir?
Bir ayda tuttuğunuz toplam 16-08 nöbet sayısı nedir?
Bir ayda tuttuğunuz toplam 8-24 nöbet sayısı nedir?
Bir ayda tuttuğunuz toplam 16-24 nöbet sayısı nedir?
Bir ayda tuttuğunuz toplam 24-08 nöbet sayısı nedir?
- 15- Nöbetlerinizde ortalama tahmini ayakta kalma süreniz nedir?
- 16- Sigara kullanıyor musunuz? (Cevabınız hayırsa 19. soruya geçiniz.)
a) Evet (günde tane) b) Hayır c) Bıraktım
- 17- Kaç yıldır sigara içiyorsunuz(içtiniz)?
- 18- İş ortamınız sigara kullanmanızı nasıl etkilemektedir?
a) Arttırmaktadır b) Etkilememektedir c) Azaltmaktadır
- 19- Alkol kullanıyor musunuz?
a) Evet b) Hayır
- 20- Egzersiz yapıyor musunuz?
a) Evet (haftada saat) b) Hayır
- 21- Çalışırken/nöbet tutarken çay/kahve tüketiminiz nasıl etkilenmektedir?
a) Artmaktadır b) Aynıdır c) Azalmaktadır
- 22- Beslenme alışkanlığınız nasıldır?
a) Düzenli b) Öğün atlayan
- 23- Günde kaç saat uyuyorsunuz?
- 24- Uyku durumunuz nasıldır?
a) Düzenli b) Düzensiz
- 25- Uykuya dalmakta sorun yaşar mısınız?
a) Evet b) Hayır

26- Aşağıdaki sağlık sorunlarını yaşıyor yaşamadığınıza göre cevaplayınız.
(Yuvarlak içine alınız.)

a) Bel ağrısı	Var	Yok
b) Sırt ağrısı	Var	Yok
c) Boyun ağrısı	Var	Yok
d) Kol ağrısı	Var	Yok
e) Bacak ağrısı	Var	Yok
f) Mide ağrısı	Var	Yok
g) Baş ağrısı	Var	Yok
h) Baş dönmesi	Var	Yok
i) Göğüs ağrısı	Var	Yok
j) Çarpıntı	Var	Yok
k) Varis	Var	Yok
l) Yorgunluk	Var	Yok
m) Hazımsızlık	Var	Yok
n) Gaz sorunu	Var	Yok
o) Kabızlık	Var	Yok
p) İshal	Var	Yok
r) Hemoroid	Var	Yok
s) Anemi	Var	Yok

27- Kronik bir hastalığınız var mı? (Eğer yok seçeneğini işaretlediyseniz 30. soruya geçiniz.)

- | | |
|------------------|-------------|
| a) Yok | e) KKY |
| b) Hipertansiyon | f) Astım |
| c) DM | g) Diğer... |
| d) KBY | |

28- Bu hastalığınız kaç yıldır var?

0-Hiç yok 1-Biraz var 2-Orta derecede var 3-Epey var 4-Çok fazla var

0 1 2 3 4

1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2	Baygınlık, baş dönmesi					
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri					
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5	Olayları hatırlamada güçlük					
6	Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8	Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu.					
9	Yaşamınıza son verme düşüncesi.					
10	İnsanların çoğuna güvenilemeyeceği hissi.					
11	İştahta bozukluklar.					
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular.					
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları.					
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme.					
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme.					
16	Yalnızlık hissetme.					
17	Hüzünlü, kederli hissetme.					
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak.					
19	Kendini ağlamaklı hissetme.					
20	Kolayca incinebilme, kırılma.					
21	İnsanların sizi sevmediğini, size kötü davrandığına inanma.					
22	Kendini diğer insanlardan daha aşağı görmek.					
23	Mide bozukluğu, bulantı.					
24	Diğer insanların sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu.					
25	Uykuya dalmada güçlük.					
26	Yaptığımız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek.					
27	Karar vermede güçlükler.					

28	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma.					
29	Nefes darlığı, nefessiz kalma.					
30	Sıcak, soğuk basmaları.					
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak.					
32	Kafanızın bomboş kalması.					
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar.					
34	Hatalarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi.					
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları.					
36	Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük.					
37	Bedenin bazı bölgelerinde, zayıflık, güçsüzlük hissi.					
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetme.					
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler.					
40	Birini dövme, ona zarar verme yaralama isteği.					
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği.					
42	Diğer insanların yanında iken yanlış bir şey yapmamaya çalışmak.					
43	Kalabalıklardan rahatsızlık duymak.					
44	Başka insanlara hiç yakınlık duymamak.					
45	Dehşet ve panik nöbetleri.					
46	Sık sık tartışmaya girmek.					
47	Yalnız kalındığında sinirlilik hissetme.					
48	Başarılarınıza rağmen diğer insanlardan yeterince takdir görmemek.					
49	Kendini yerinde duramayacak kadar tedirginlik hissetmek.					
50	Kendini değersiz görme duygusu.					
51	Eğer izin verirseniz insanların sizi sömüreceği duygusu.					
52	Suçluluk duyguları.					
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri.					

EK 2: HEMŞİRELİK PERSONELİ ANTLAŞMASINI İMZALAYAN ÜLKELER VE ONAY TARİHLERİ

Hemşirelik Personeli Antlaşması, 1977 (No. 149)

ÜLKELER	ONAY TARİHLERİ
Azerbaycan	19.05.1992
Bangladeş	17.04.1979
Beyaz Rusya	03.05.1979
Belçika	29.03.1988
Kongo	24.06.1986
Danimarka	05.06.1981
Ekvador	11.07.1978
Mısır	03.11.1982
Finlandiya	08.06.1979
Fiji	28.05.2008
Fransa	10.09.1984
Gana	27.05.1986
Yunanistan	17.03.1987
Guatemala	09.05.1995
Gine	08.06.1982
Guyana	10.01.1983
Iran	04.06.1980
İtalya	28.02.1985
Jamaika	04.06.1984
Kenya	06.06.1990
Kırgızistan	31.03.1992

Letonya	08.03.1993
Litvanya	12.06.2007
Lüksemburg	08.04.2008
Malavi	01.10.1986
Malta	18.05.1990
Norveç	05.07.1989
Filipinler	18.06.1979
Polonya	04.11.1980
Portekiz	28.05.1985
Rusya	03.05.1979
Seyşeller	12.10.1993
Slovenya	30.01.2003
İsveç	10.07.1978
Tacikistan	26.11.1993
Tanzanya	30.05.1983
Ukrayna	03.05.1979
Uruguay	31.07.1980
Venezuela	17.08.1983
Zambiya	19.08.1980

EK 3: İZİN YAZISI



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ

Sayı:B.30.2.DZC.0.H1.00.00/ 605 / 1368

Düzce,18/04/2012

Konu: Araştırma İzni

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

İlgi : 05.04.2012 tarih ve 1134 sayılı yazınız

Fakülteniz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe ÜSTÜN, Doç.Dr. Atilla Senih MAYDA danışmanlığında "Üniversite Hastanesinde Gündüz ve Vardiyalı Görev Yapan Hemşirelerde Ortaya Çıkan Sağlık Sorunlarının İncelenmesi " başlıklı bir araştırma yapılması istenmektedir.

İlgili araştırma Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç.Dr. Alp Akper SAFAK
Başhekim V.

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ Konuralp -Düzce
Tel: 0 (380) 542 13 90 - Faks: 0 (380) 542 13 87



T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



Sayı: B.30.2.DZC.0.20.00.00-903.99-1134
Konu: Araştırma izni

Düzce, 05 104 /2012

ARAŞTIRMA VE UYGULAMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Fakültemiz Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe ÜSTÜN, Doç.Dr. Atilla Senih MAYDA danışmanlığında "Üniversite Hastanesinde Gündüz ve Vardiyalı Görev Yapan Hemşirelerde Ortaya Çıkan Sağlık Sorunlarının İncelenmesi" başlıklı bir çalışma yapmayı planlamaktadırlar. Söz konusu araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izin verilmesi hususunda gereğini ve bilgilerinizi rica ederim.

Prof.Dr. Safinaz ATAÖĞLU
Dekan V.

Ek: 1 sayfa yazı

Düzce Üniversitesi Konuralp Yerleşkesi DÜZCE
Tel. 0 (380) 542 14 16 – Faks: (380) 542 13 02

T.C.
DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

Sayı : B.30.2.DZC.0.01. 0.04.10-115
Konu : Araştırma izni

29 Mart 2012

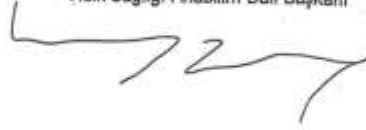
DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI'NA

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe Östün, Doç. Dr. Atilla Senih Mayda danışmanlığında "Düzce Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Gündüz ve Vardiyalı Görev Yapan Hemşirelerde Ortaya Çıkan Sağlık Sorunlarının İncelenmesi" başlıklı bir çalışma yapmayı planlamaktadır.

Düzce Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden bu araştırmanın yapılabilmesi için izin alınması konusunda gereğini arz ederim.

Saygılarımla

Doç. Dr. Nuray Yeşildal
Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı



Sayı: B.30.2.DZC.0.20.20.00-^{933.99-383} Tarih: 29.03.2012

Tıp Fakültesi Dekanlığı'na
Uygun görüşle arz ederim.

Dahili Tıp Bilimleri
Bölüm Başkanı

Prof. Dr. Mehmet Faruk Berik
Enfeksiyon Hast. ve K. Enf.
Uz. No: 45366 - 68578
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi