

A r a ş t ı r m a**REFAKATÇİ ANNELER
ÇOCUKLARINA KONAN
TANI VE UYGULANAN
TEDAVİ PLANINDAN NE
KADAR HABERDAR?**

Dr. Ümit KARTOĞLU(1),
Uz. Sunay AKTAŞ(2),
Uz. Kamil MALKOÇLU(3)
Dr. Ayşen BULUT(4)

GİRİŞ

Çocukların hastaneye yatırıldıklarında gösterecekleri tepkiler yaş, uyum yetenekleri, bağımsızlık ve özgüven dereceleri yanı sıra anne-baba ile uyum, ailenin dengesi, anne-babanın hastalığa tepkisi ve sağlık personeli ile iletişiminin boyutlarına bağlıdır(1,2,3). Sağlık personeli ile hasta çocuk ve ailesinin iletişiminin yetersiz olduğu durumlarda, çocuk ne denli uyumlu olursa olsun, her yapılan işlem onun için yanıtlanamayan bir bilmece haline gelir.

Hastalık ve hastanede uygulanan tıbbi girişimlere karşı çocukta çeşitli kaygı, korku ve kuşkular gelişir. Çocuklar bu sıkıntılarını aşmaya yönelik değişik savunma mekanizmalarını devreye sokarlar. Kimi çocukta huzursuzluk, saldırganlık söz konusu olabilirken, kimileri içe kapanır, çevreyle ilişkisini keser(1, 3, 4, 5, 6).

Hastaneye yatırılma girişiminin çocuklarca bir cezalandırma olarak algılandığını gösteren birçok araştırma mevcuttur(6). Bu çocuklar hastanede uygulanan acı veren işlemleri de kendilerine karşı yapılmış saldırılar olarak değerlendirmektedir(5).

Genellikle hekim ve hemşireler hastaneye yatan çocuğun yalnızca hastalığı ile ilgilenmekte, genellikle durumun duygusal boyutunu gözardı etmektedirler(7, 8). Oysa, hasta çocuk ve ailesiyle onları rahatlatmak için bir iletişim kurmak

hekim ve hemşirelerin temel işlevlerinden biridir. Özellikle uygulanacak tedavi ve yapılacak girişimler konusunda ailenin ve hasta çocuğun bilgilenme ve soru sorma hakkı vardır. Hasta çocuk ve ailesiyle kurulan başarılı bir iletişim, tedavinin başarı şansını da kuşkusuz arttıracaktır. İletişimin gereğine inanmak, atılacak ilk adımdır. Ancak, başarılı bir iletişim kurmak da kolay değildir. Zamansızlık önemli bir faktör olarak iletişimi engellese de, uygun iletişim frekansını ya da aracını bulamama iletişimi çıkmaza sokan ve zamansızlıktan daha önde gelen bir öge olabilmektedir.

Bu çalışma, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastanesi'nde görevli hekimlerin ve hastanede yatan çocuk ile refakatçi annelerin tanı ve tedavi girişimleri ile yaklaşımlarını belirleme amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde Ekim 1991-Mart 1992 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği 260 yatak ve toplam 296 personelle çocuklara hizmet vermektedir. Hastaneye 0-14 yaş arası çocuklar kabul edilmektedir. Acil servis dışında kalan tüm servislerde ortalama hastanede kalış süresi 6 gündür. Ziyaret yasaktır, ancak doktorlar hastaneye annelerinin refakatinde kabul edilmektedir.

Hastanedeki iki sosyal hizmet uzmanından biri acil servisten, diğeri acil servis dışındaki tüm servislerden sorumludur. Ancak, sosyal hizmet uzmanları genellikle parasal konularda devreye girmektedir. Bununla birlikte, sosyal hizmet uzmanı tarafından hastanede kalındığı sürece karşılaşılan sorunlarla ilgili refakatçi annelerle bir takvime bağlanmamış biçimde grup görüşmeleri yapılmaktadır.

Araştırma kapsamına 98 refakatçi anne ile hastanede görevli 70 hekim alınmıştır. Bu hekimlerin 39'u (%56) uzmanlık öğrencisi, 31'i (%44) uzman ya da öğretim üyesidir. Veriler anne ve hekimlerden anket yoluyla toplanmış, verilerin geçerliliğini sınamak için de servis ve poliklinik odalarında katılımsız gözlem yapılmıştır.

Hazırlanan anket formları uygulamadan önce öntestten geçirilmiş, kimi sorularda düzeltmeler yapılmıştır. Katılımsız gözlem çalışmalarını araştırma süresi boyunca farklı zamanlarda 10 tam işgünü yapılmıştır. Gözlemlerde özellikle hekim-refakatçi anne ilişkileri üzerinde odaklanmıştır.

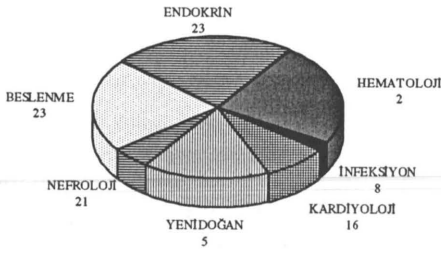
Aynı amaca yönelik farklı kaynaklardan toplanan veriler, bir potada değerlendirilmiştir.

- (1) Yrd. Doç., İst. Ün. Çocuk Sağlığı Enst. Öğr. Üyesi,
- (2) Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Uzm. Ana Çocuk Sağlığı Yüksek Lisans.
- (3) Sosyal Hizmet Uzmanı, Ana Çocuk Sağlığı Yüksek Lisans.
- (4) Doçent, İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü Öğretim Üyesi.

Verilerin kantitatif çözümlenmeleri bilgisayarda gerçekleştirilmiş, istatistiksel analizlerde z analizi ve ki kare testi kullanılmıştır.

BULGULAR

Görüşme yapılan 98 annenin servislere göre dağılımı şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Görüşme yapılan 98 annenin servislere göre dağılımı

Görüşme yapılan annelerin 28'i (%29) 25 yaşın altında, 49'u (%50) 25-34 yaş grubunda, geri kalanı ise (%21) 35 yaşının üzerindedir. Onbir annenin okuma yazması yoktur (%11.2). İlkokul mezunu anne oranı %71.4 (71 anne), ortaokul ve lise mezunu anne oranı ise %15.3'tür (15 anne). Yalnızca 2 anne yüksek öğrenim görmüştür. Annelerin %95'i (93 anne) ev hanımıdır. Annelerin (dolayısıyla çocukların) %34'ünün herhangi bir sosyal güvencesi yoktur.

Annelerin 31'i İstanbul dışındaki bir il'den hastaneye gelmişlerdir. Yalnızca 13 çocuğa herhangi bir kuruma başvurmadan önce ev tedavileri uygulanmış, çocuklardan 72'si (%74) hastaneye getirildiği yakınmalarla daha önce bir doktora götürülmüştür. Çocukların hastaneye getirilmesinde (gönderilmesinde) en sık kurum doktoru aileyi etkilemiştir (%44). Bunu %27 ile özel doktor izlemektedir. Araştırma kapsamına alınan 98 çocuğun 5'i (%5.1) daha önce bu hastanede ayaktan, 12'si ise (%12.2) yatarak tedavi görmüştür. Geri kalan 81 çocuk bu hastaneye ilk kez gelmektedir. Bununla birlikte daha önce herhangi bir hastaneye yatan çocukların oranı %58'dir. Bu yakınmasında, %85 çocuk ailesinin hastaneye ilk başvurusunda yatırılmıştır.

Anketlerin uygulandığı tarihte çocukların %15'inin 4 günden az, %42'sinin 4-10 gün, %43'ünün ise 11 günden daha uzun süredir hastanede bulunduğu belirlenmiştir.

Tanı

Araştırma kapsamına alınan tüm hekimlere çocuğa konan tanı ile ilgili anne ve çocuğa açıklama yapılmasının gerekli olup olmadığı sorulmuştur. Uzmanlık öğrencilerinin %69'u, uzman ve öğretim üyelerinin de %97'si hem anne,

hem de çocuğa açıklama yapılması gerektiğini bildirmişlerdir. Yalnız anneye tanının açıklanmasının yeterli olduğu uzmanlık öğrencilerinin %28'i, uzman ve öğretim üyelerinin ise %3'ü savunmuştur. Hiçbirine açıklama yapılmasına gerek olmadığını belirten bir kişi ise uzmanlık öğrencisidir. Gruplar arasında istatistiksel anlamda önemli farklar mevcuttur ($p < 0.01$). İkinci adım olarak hastayla daha doğrudan ilişkileri olması nedeniyle yalnız uzmanlık öğrencileri ve uzmanlara, anne ve çocuğa tanı ile ilgili açıklama yapıp yapmadıkları sorulmuştur. Bu kez uzmanlık öğrencilerinin %59'u, uzmanların ise %80'i hem anne hem de çocuğa açıklama yaptıklarını belirtmişlerdir. İki grup arasında istatistiksel anlamda fark yoktur ($p > 0.05$).

Annelerin 61'i (%62) çocuklarına konan tanıyı bilmektedir. Bunların %82'si tanıyı hekimden öğrenmiştir. Dokuz anne, tanıyı vizitte konuşulurken duyduğunu, iki anne ise dosyasına bakarak öğrendiğini belirtmiştir.

Yaş gruplarına göre annelerin çocuklarına konan tanıyı bilme dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir.

TABLO:1-Annelerin Çocuğa Konan Tanıyı Bilme Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Anne Yaş Grubu	Tanı Biliyor		Tanı Bilmiyor		TOPLAM	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
24 ve küçük	17	61	11	39	28	100
25-34	35	71	14	29	49	100
35 ve üzeri	9	43	12	57	21	100
TOPLAM	61	62	37	38	98	100

Genç annelerin, 35 ve daha üzeri yaşlardaki annelere oranla çocuklarına konan tanıyı daha çok bildikleri gözlenmiştir. Ancak gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$).

Çocuğa konan tanının bilinmesinin annenin eğitim durumu, mesleği, çocuğun cinsiyeti, daha önce hastanede yatıp yatmama durumu ve hastanede kalınan süre ile değişmediği görülmüştür ($p > 0.05$).

Tedavi Planı ve Girişimler

Uzmanlık öğrencilerinin %64'ü, uzman ve öğretim üyelerinin %87'si çocuğa uygulanacak tedavi planı ve girişimlerle ilgili anne ve çocuğa açıklama yapılmasını gerekli görmektedir. Buna karşın uzmanlık öğrencilerinin %33'ü, uzman ve öğretim üyelerinin ise %10'u bu açıklamanın yalnızca anneye yapılmasının gerekli olduğuna inanmaktadır. Her iki grupta da birer kişi tedavi

planı ile ilgili kimseye açıklama yapılmasına gerek olmadığını belirtmiştir.

Uzmanlık öğrencilerinin %61'i, uzmanların %70'i hem anne, hem de çocuğa tedavi planı ve girişimlerle ilgili açıklama yaptıklarını belirtmişlerdir. Uzmanlık öğrencilerinin %36'sı, uzmanların ise %30'u yalnız anneye açıklama yaptıklarını söylemişlerdir.

Annelerin 76'sı (%78) çocuklarına hastanede ne gibi bir tedavi yapılacağını bilmemektedir. Hastanede en sık uygulanan intravenöz tedavi, kan alma, röntgen çekme gibi girişimler yanı sıra, biyopsi yapılıp yapılmadığı, yapıldıysa girişimle ilgili açıklama verilip verilmediği de öğrenilmiştir. Sonuçlar Tablo 2'de gösterilmiştir.

TABLO:2-Tanı ve Tedaviye Yönelik Seçilmiş Girişimlerin Annelere Açıklanma Durumu

İntravenöz tedavi	n=83	Açıklama var	9
		Açıklama yok	74
Kan alma	n=95	Açıklama var	9
		Açıklama yok	86
Röntgen	n=52	Açıklama var	7
		Açıklama yok	45
Biyopsi	n=2	Açıklama var	0
		Açıklama yok	2

Tablo 2'den de görüldüğü gibi tanı ve tedaviye yönelik seçilen dört girişimde aileye açıklama oranları çok düşüktür. İntravenöz tedavi yapılan çocukların annelerinin %89'u, kan alınanların %91'i, röntgen çekilenlerin %87'si bu inceleme ve tedavilere ilişkin herhangi bir açıklama yapmadığını dile getirmiştir.

Tedavi planı ile annelerin bilgi sahibi olması annenin yaş grubu, eğitimi, mesleği, çocuğun cinsiyeti, daha önce hastanede yatmış olması, servis ve hastanede kalınan süre gibi durumlarla bir değişiklik göstermemektedir ($p>0.05$).

Tanıyı bilen 61 annenin yalnızca 20'si (%33) tedavi planı ile ilgili bilgiye sahiptir. Buna karşın tanıyı bilmeyen 37 annenin ikisi (%5) ne tedavi yapılacağını bilmektedir. Tanıyı bilen anne grubunun, bilmeyenlere oranla tedavi planı ile ilgili bilgi sahibi olmaları önemli derecede farklı bulunmuştur ($p<0.01$).

Servislerde ve poliklinik odalarında katılımsız olarak yapılan gözlemlerde, annelerin

genelde hekimlere soru sormada çekingen davrandıkları gözlenmiştir. Servislerde, annelerin sık sık bir araya gelerek, çocuklarıyla ilgili konuları tartışmaları dikkat çekmiştir. Tedavi ile ilgili yapılacak işlemlerle de ilgili anneler birbirlerini bilgilendirmektedirler. Gerek poliklinik gerekse servis gözlemlerinde, hekimlerin annelere tanı ve tedavi ile ilgili açıklama yaptıkları gözlenmiştir. Ancak yapılan bu açıklamalar, annelerin eğitim düzeyleri dikkate alınmadan verilmektedir. Hekimler annelere soru sorma fırsatı tanımadan açıklamaları birbiri ardına sıralamakta, anlaşılıp anlaşılmadığını da kontrol etmemektedirler. Hekimlerin doğrudan çocuklara yönelik bir açıklama yaptıklarına tanık olunmamıştır. Servis içi ve poliklinik gözlemlerinde hekimlerin zaman olarak büyük bir darlık içinde oldukları da gözlenmiştir.

Tanı ya da Tedavi Planını Anneye Kim Açıklayabilir?

Tanı ve tedavi planlarının anneye hekim dışında bir başka kişinin açıklayıp açıklayamayacağı uzmanlık öğrencileri ve uzmanlara sorulmuştur. Konu ile ilgili görüşlerin dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir.

Tablo:3-Hekimlerin, Çocuğa Konan Tanı ve Tedavi Planının Bir Başka Kişi Tarafından Açıklanması ile İlgili Görüşlerin Dağılımı

	Tedavi planı hekim dışı kişi tarafından				TOPLAM	
	Açıklanabilir		Açıklanamaz		Sayı	Yüzde
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Uzmanlık öğrencisi	12	31	27	69	39	100
Uzman	2	20	8	80	10	100
TOPLAM	14	29	35	71	49	100

Uzmanlık öğrencileri ve uzmanlar arasında görüş farkları bulunmamaktadır. Genelde hekimlerin büyük çoğunluğu (%71) bu görevi hekim dışı bir başka kişinin üstlenemeyeceğini belirtmişlerdir. Olumlu görüş bildiren hekimlere, kimin bu görevi üstlenebileceği sorulduğunda 8 kişi bu görevi psikolog, pedagoğ a da sosyal hizmet uzmanının tek başına üstlenebileceği söylemiştir. Geri kalan hekimler ise bu meslek gruplarının tek başlarına değil, hekimle birlikte bu görevi üstlenmelerinde yarar görmektedir.

TARTIŞMA

Araştırma kapsamına alınan refakatçi annelerin çocuklarına konulan tanı ve tedavi planları ile ilgili bilgilerinin sınırlı olduğu gözlenmiştir. Anneler servis içi sosyal ağlar oluşturmuş durumdadır. Bu ağ aracılığıyla kendi aralarında bilgi alışverişi yapmaktadırlar.

Annelerin tanı ve tedavi planı ile ilgili bilgileri annenin yaşı, eğitimi, mesleği, çocuğun cinsiyeti, daha önce hastanede yatma, servis gibi durumlarla bir değişiklik göstermemektedir. Tanıyı bilen annelerin ise bilmeyenlere oranla tedavi yöntemi konusunda önemli derecede yüksek oranda bilgi sahibi olduğu görülmüştür. Bu beklenen bir durumdur. Ancak, annelere ilişkin diğer özelliklerin tanı ve tedavi planını bilme konusunda bir fark yaratmaması ilginçtir. Bu durum, genel anlamda hekim ve diğer sağlık personeli ile annelerin içinde bulunduğu tek yönlü iletişim ortamından kaynaklanıyor olabilir.

Hekimlerin büyük yüzdesi, çocuğa konulan tanının ve tedavi planının anneye ve çocuğa açıklanması gerektiğini belirtirken, bu işi pratikte yaptığını belirten hekim sayısı daha düşüktür. Bununla birlikte yapılan gözlemler, açıklama işinin gerçekleştiğini doğrulamış, ancak bu açıklamaların çok amaçlı yapılmadığı kanısına varılmıştır. Hekimler, annelerle konuşurken, annelerin soru sormasına pek fırsat vermeden konuşmaktadırlar. Açıklamalarının çoğu annelerin anlayamadığı tıp terimleriyle doludur. Açıklamaların sonunda, hekimler annenin anlatılanları anlayıp anlamadıklarını da sınınamamaktadırlar.

Gözlemlerde, zaman etmeninin hekimleri olumsuz etkilediği görülmüştür. Hekimler gerek serviste, gerekse polikliniklerde iş açısından oldukça yüklü durumdadırlar. Hastalara açıklama için yeterli zaman ayıramamasının başında kuşkusuz negatif zaman etmeni söz konusudur. Ancak, zamandan olumsuz etkilenen bu hekimlere, "Tanı ve tedavi planlarını sizin dışınızda hastaya bir başka kişi açıklayabilir mi?" sorusu sorulduğunda konuya olumlu yaklaşan hekim oranı da %29 (14 kişi) gibi oldukça düşük bir değerde bulunmuştur. Olumlu görüş bildiren hekimlerden yalnız 8'i bu görevi psikolog, pedagoğ ya da sosyal hizmet uzmanının tek başına üstlenebileceğine inanmaktadır. Diğerleri bu meslek gruplarının mutlaka hekimle birlikte anneye açıklama yapması gerektiğine inanmaktadır. Bu görevi üstlenebileceklerin arasında hemşirenin sayılmaması ise ilginçtir. Hekimlerin, bu denli büyük zaman sıkıntısı içinde olmalarına karşın, annelerle iletişimde bir başkasına sorumluluk verilmesini istememeleri, sağlık hizmetlerini salt "hekim" in görevi olarak değerlendiren "klasik görüş"ün

izlerini taşımaktadır.

Hekim, hastasının ve ailesinin korkularını, kuşklarını gereksiz teknik "jargon"la değil, açık, yalın ve anlaşılır bir dille yenebilir (9, 10). Hastanın ve ailesinin anlamayacağı yaklaşımıyla açıklama yapmaktan kaçınmak ya da anlatılanları anlamadıklarından yakınmak özellikle sağlık iletişimde son yıllarda eleştirilen "karşıdakini suçlayıcı (victim blaming)" bir davranış biçimi olarak değerlendirilmektedir(11). Hekim ve hemşireler, hasta çocuk ve ailesini rahatlatacak, onları kuşklardan arındıracak bir iletişim frekansı bulmak zorundadır. Tıbbi ahlağın gereği de budur. Hekim ve hemşirelerin bu çabalarını zaman faktörü olumsuz yönde etkiliyorsa, hemşire, sosyal hizmet uzmanı ve çocuk gelişim uzmanı gibi bir diğer personelden yardım istenmelidir(12).

Hastanelerde annelerle kurulacak olumlu bir iletişim ortamının yararları büyüktür. Bu yolla, annelerin çocuğun yalnız hastalığı konusunda değil, korunma yolları ile de ilgili bilgi sahibi olması sağlanabilir. Böyle bir iletişim süreci, çocuğun daha sonra hekime başvurularında, annenin hekime yeterli öykü verebilmesinin de özünü oluşturur. Aksi halde, çocukla yeni karşılaşan hekim, anneden yeterli bilgi almak için daha çok zaman ayırmak zorunda kalacak, annenin geçirilmiş hastalıkla ilgili yeterli bilgisi olmadığından amacına da ulaşamayacaktır.

Yurt dışında özellikle, "probleme yönelik (problem based)" tıp eğitiminin yapıldığı tıp fakültelerinde, hekimlerin hasta ile kuracakları iletişimi güçlendirmeye yönelik özel yaklaşımlar izlenmektedir(13). Bu tıp fakültelerinin çoğunda, hekimler hasta ile ilgilenirken gerçekleştirilen video kayıtları daha sonra, grup tarafından birlikte izlenmekte ve iletişim açısından seyredilenlerin eleştirisi yapılmaktadır(14, 15).

Ülkemizdeki tıp fakültelerinde psikolojik yaklaşımlara şimdikinden daha ağırlıklı bir yer verilmesi ve hasta-hekim iletişimini güçlendirmeye yönelik programların oluşturulması, hekimlere olayları karşıdakinin bakış açısından değerlendiren "emik" yaklaşımların öğretilmesi ve "ekip hizmeti"nin öneminin vurgulanması ile hekimlik uygulamasının düzeyi olumlu yönde etkilenecektir.

KAYNAKLAR

- 1- Bilir Ş, Dönmez NB. Çocuk ve Hastane, Hacettepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Bölümü, Ankara, 1987.
- 2- Ekşi A. Psikososyal Sorunlar Pediatri 2, Ed. O. Neyzi, T. Ertuğrul, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 1484-1488 (1991).
- 3- Kerimoğlu E. Çocukların ve ailelerin hastalık ve hastaneye yatmaya tepkileri ve alınabilecek koruyucu önlemler, *Toplum ve Hekim* 37:2-5 (1985).
- 4- Bilir Ş, Baykoç ND, San P, Artan I. Hastanede yatan çocukların hastalıklarını ve hastaneyi algılamalarının incelenmesi, *Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Dergisi* 3:33-43(1987)
- 5- Stanbak E. Care of Children in Hospital, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1986.
- 6- Wolf S. Children Under Stress, Penguin Books, 63-85(1981)
- 7- Ling J.C., Barefield F. Building bridges between doctors and patients, *World Health Forum* 10(1):28-29 (1989)
- 8- Oleinik A. Influence of changes in physicians' patterns of explanation on patients' compliance, *Harefuah* 118(9):514-517 (1990)
- 9- Green PA. Meeting the needs of child in hospital, *Nursing Times* 12:210-212 (1970)
- 10- Örs Y. Hekimler ve bilinmesi gereken birtakım önemli etik ve deontoloji sorunları, *Toplum ve Hekim* 37:39-42 (1985)
- 11- Ingrosso M. Concepts of effectiveness of health promotion and health education, 2. European Conference on Effectiveness of Health Promotion and Health Education, May 14-16, 1992, Athens, Greece.
- 12- Morra M.E. Choices: Who's going to tell the patients what they need to know?, *Oncol Nurs Forum* 15(4):421-425(1988).
- 13- Trelle E. University of Linköping, Department of Community Health, Sweden (kişisel görüşme).
- 14- Callahan E.J., Bertakis K.D. Development and validation of the Davis Observation Code, *Fam. Med* 23(1):19-24 (1991).
- 15- Makely S. Methods for teaching effective patient communication techniques to radiotherapy students, *Radiogr. Today* 56(638):14-15 (1990).

HIZIR ACİL SERVİSİNDE ÇALIŞAN PRATİSYEN HEKİMLERDE STRES DERESESİNİN ve RUHSAL BELİRTİ DAĞILIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

R.Önen*,
C. Kaptanoğlu*,
G. Aksaray*,
N. Dilbaz*,
G. Seber*,
D. Tekin*

ÖZET

Hızır Acil Servisi'nde (HAS) çalışan paratisyen hekimlerin stres derecelerini ve ruhsal belirti dağılımlarını diğer kurumlarda çalışan paratisyen hekimlerle karşılaştırmalı olarak değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada üç ayrı gruptan 16'şar hekim olmak üzere toplam 48 hekim çalışma kapsamına alındı. HAS hekimlerinin diğer paratisyen hekimlerden özgün bazı farklılıklar gösterdiği ve stres düzeylerinin en yüksek olduğu gözlenmiştir.

GİRİŞ

Devlet Hastanelerine bağlı Hızır Acil Servislerinde (HAS) görevli hekimlerin bir çoğunu paratisyen hekimler oluşturmaktadır. Ayrı bir uzmanlık alanı haline gelen çeşitli acil hastalıklar karşısında bu hekimlerin ek bir stress yaşamamaları olanaksız gibidir. Ayrıca acil servislerin verdikleri hizmetin özellikleri nedeniyle diğer sağlık kurumlarından farklı bir çalışma düzenleri vardır.

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı HAS hekimlerinin stres düzeyi ve ruhsal belirti dağılımlarını diğer sağlık kurumlarında çalışan paratisyen hekimlerle karşılaştırmalı olarak değerlendirmektir.

HAS hekimlerinin giriş bölümünde açıklanan nedenlerle stres düzeylerinin ve ruhsal belirti sıklık ve yoğunluklarının daha yüksek olacağı düşüncesi bu çalışmayı yapmamıza neden olmuştur.