

# GEBELİK SAYISI VE DOĞUM YAPMA ŞEKİLLERİ İLE DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI DÜZEYİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN DOĞUM ÖNCESİNDE VE DOĞUM SONRASINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

**Öğr. Gör. Neslihan ÖZDEMİR**

Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

[nesliozdemir40@gmail.com](mailto:nesliozdemir40@gmail.com)

**Prof. Dr. Ergin KARİPTAŞ**

Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi

[ekariptas@ahievran.edu.tr](mailto:ekariptas@ahievran.edu.tr)

**Doç. Dr. Serap YALÇIN**

Ahi Evran Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi

[syalcin@ahievran.edu.tr](mailto:syalcin@ahievran.edu.tr)

## ÖZET

Bu çalışma Kırşehir ilinde doğum yapan kadınların gebelik sayıları doğum yapma şekilleri ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için planlanmıştır. Araştırma Türkiye'nin Kırşehir ilinde gerçekleştirilmiştir. Örneklem ise Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma hastanesine doğum yapmak için gelen ve basit seçkisiz örnekleme yöntemiyle seçilen toplam 97 kadından oluşmaktadır. Araştırmaya katılan 97 bireyin Antepartum ve Postpartum dönemde sürekli ve durumluk kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla Spielberger (1966) tarafından geliştirilen Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türkçe ye uyarlanan durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri ve katılımcılara ait demografik özellikleri belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre kadınların sürekli kaygı düzeylerinin kaçınıcı kez gebe olmaları ile ilişkisi ile antepartum dönemde ilk gebeliğini yaşayan kadınlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu söylenebilir. Vajinal doğum yapan kadınların antepartum dönemdeki durumluk ve kaygı düzeyleri sezaryan doğum yapanlara göre daha yüksektir. Vajinal yolla doğum şeklinin kadınları daha çok kaygılandığı görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Doğum, durumluk kaygı, sürekli kaygı

## ABSTRACT

The study was planned to determine the relationship between the number of pregnancies of women, forms of delivery and the state and trait anxiety levels in Kırşehir. The investigation was carried out in the Kırşehir province of Turkey. Between the dates January-June 2017 specified the study sample admitted to Ahi Evran University Hospital in Kırşehir, research meet the criteria and who decided birth shape and who agreed to participate in the study 97 women was

created. The state and trait anxiety scale, which has been developed by Spielberger and colleagues in 1964 and reliability and validity studies, translated into Turkish by Öner and Le Compte (1983), has been applied to the 97 women in this study. Results demonstrate that the level of trait anxiety is statistically different when compared with women who have multiple pregnant and those who live with first pregnant in the antepartum period. According to statistical analysis, the state and trait anxiety levels of women who vaginal delivery during the anteropteran period were higher than women who cesarean delivery. Women who experience vaginal delivery are more concerned than women who experience cesarean delivery.

**Key Words:** Birth, state anxiety, trait anxiety

## GİRİŞ

Gebelik veya doğum insanoğlunun var olduğu günden bu yana üreme, çoğalma, aile olma veya toplum olma dürtü ve ihtiyacına cevap veren sosyolojik, fizyolojik, biyolojik ve psikolojik hatta hukuksal boyutu olabilen olaydır. Biyolojik boyutu açısından 40 haftalık bir zaman periyodunu ifade etmektedir. Bir diğer boyutu ise doğumun psikolojisinin ve insan psikolojisini etkileyen tarafı da bulunmaktadır. Bu psikolojik boyutunun içerisinde anne, çocuk veya çevresinde oluşan kaygı sayılabilir. Kaygı yaşayan kişi, istenmeyen, olumsuz ve sıkıntılı sonuçları bekleyen bir ruh hali içindedir. Kaygının hafif ve normal yaşanması çoğu kere istendik bir durumdur. Zira belli ölçüde kaygı olmadığı zaman bireyin motivasyonunda eksiklikler ortaya çıkabilir. Ancak aşırı kaygılanma kişiyi duygusal anlamda tahrip edebilmenin yanında çevresindekileri de olumsuz etkileyebilmektedir. Cattell ve Scheier (1975) kaygıyı kavramsal olarak açık-bilinçli durum ve gizli bilinçdışı durum şeklinde ayırmışlardır. Bu kavramlar daha sonra durumluk kaygı ve sürekli kaygıya karşılık gelen “genel kaygı” ve “durumsal kaygı” olarak değişmiştir. Yıllar geçtikçe durumluk kaygı ve sürekli kaygı arasındaki fark daha net olarak açığa çıkmıştır. Psikologlar genel kaygıyı sürekli kaygı ve durumluk kaygı olmak üzere iki kategoriye ayırmışlardır (Howard ve Smith, 1986; Mikulincer, Kadem ve Paz, 1990; Biggs ve Moore, 1993, s. 243). Sürekli kaygı, “genel bir hazır bulunuşluk ile pek çok durumda kaygılı tepki verme” olarak tanımlanabilir. Durumluk kaygı ise; “belirli bir durumda hissedilen kaygıdır” (Biggs ve Moore, 1993, s. 243).

Durumluk kaygı, olaydan olaya değişkenlik gösterebilmektedir. Gerçekleşme sıklığı, ne derece yoğunlukta olduğu, sürekli olmaması kaydıyla kişinin ruhsal tepkileri olarak adlandırılabilir (Özgüven, 1994). Spielberger’e (1966, 1983) göre durumluk kaygı, kaygı eğiliminde bireysel farklılıklar gösterir. Sürekli kaygı öznel iken, durumluk kaygı geçici duygusal içerik-temelli durumdur. Doğum kaygısı, çocuk edinme kaygısı veya günlük hayattan (Richardson ve Suinn, 1972; Cruise, Cash ve Bolton, 1985) içeriğine bağlı olarak durumların oluştuğu durumluk kaygıların örnekleri olabilmektedir.

Sürekli kaygı, insanı strese sokan koşulun tehdit etmesi veya kişinin tehlike olarak algılaması ve bu olaylara karşı gösterdiği tepkilerin sıklığı ve derinliğini artarak belirli periyotlarla devam etmesidir. Bu kaygı durumu kişiden kişiye ve olaydan olaya farklılıklar gösterebilmektedir. Aynı zamanda bir kişilik özelliği olarak karşımıza çıkmaktadır. Duruma göre sürekli kaygısı üst düzey olan kişiler, daha az olanlara nispeten kişide stres veya kaygı oluşturabilecek olayları doğrudan tehdit olarak algılamalarının yanında yoğunluğunu normal kişilere göre daha derin yaşamaktadırlar (Özgüven, 1994).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelerde gebelik sayısının ve doğum yapma şekillerinin gebelerin hem biyolojik hem de psikolojik durumlarını etkilediği bilinmekle birlikte gebelerin sürece ilişkin kaygı düzeylerinin ve anksiyetelerinin arttığı da belirlenmiştir (Akbaş, Vırt, Savaş, ve Sertbaş 2008; Arslan, Gürkan, Ekşi, vd. 2006; Aslan 2016; Aydın 2016; Börü 2016; Cebeci 2009; Çakır Koçak

2007; Dönmez, Yeniell ve Kavlak 2014; Duran ve Atan 2011; Kaplan, Bahar ve Sertbaş 2007; Karabulut 2014; Karaman 2009; Kuğu ve Akyüz 2001; Özdamar, Yılmaz, Beyca ve Muhcu 2014; Yüksel 2014). Bu nedenle bu çalışmanın amacı, vajinal ve sezeryan doğum yapan gebelerin antepartum ve postpartum dönemlerindeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini etkileyen faktörler ve bu iki kaygı türü arasındaki ilişkiyi incelemektir.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

### **Araştırmanın Türü**

Yapılan araştırma kapsamında vajinal ve sezeryan doğum yapan hastaların antepartum ve postpartum dönemlerindeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini etkileyen faktörler ve bu iki kaygı türü arasındaki ilişkiler inceleneceğinden dolayı araştırmanın deseni nedensel karşılaştırma araştırmasıdır. Bu araştırma türünde aynı duruma maruz kalan ve farklı düzeyde etkilenen gruplar arasında karşılaştırma yapılır. Nedensel araştırmalar durum öncesi ve durum sonrası belirlenen değişkenler arası ilişkilerin belirlenmesi amacıyla yapılır ve katılımcılar üzerinde herhangi bir deneysel işlem ve manipülasyon yapılmaz (Büyüköztürk vd., 2014).

### **Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evrenini Kırşehir ilinde 2017 yılı içinde doğum yapan anneler oluşturmaktadır. Örneklem ise Ocak-Haziran 2017 tarihleri arasında Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma hastanesine doğum yapmak için gelen ve basit seçkisiz örnekleme yöntemiyle seçilen toplam 97 kişiden oluşmaktadır.

### **Veri Toplama Araçları**

Araştırmaya katılan 97 bireyin Antepartum ve Postpartum dönemde sürekli ve durumluk kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla Spielberger (1966) tarafından geliştirilen Öner ve Le Compte (1983) tarafından Türkçe'ye uyarlanan durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri ve katılımcılara ait demografik özellikleri belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu uygulanmıştır. Spielberger'in durumluk ve sürekli kaygı ölçeği, her bir ölçekte 20 madde olmak üzere toplam 40 maddeden oluşmaktadır. Durumluk kaygı ölçeğinde dört sınıfta toplanan cevap seçenekleri, (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamıyla şeklindedir; Sürekli kaygı ölçeğindeki seçenekler ise (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklindedir. Durumluk kaygı ölçeğinde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20) ters madde varken, sürekli kaygı ölçeğinde yedi tane (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39) ters madde mevcuttur. Her iki ölçekten de elde edilen puanlar 20 ila 80 arasında değişmektedir. Büyük puan kaygının yüksek olduğunu gösterirken, düşük puan ise düşük kaygıya işaret eder. Genel olarak ölçeklerde 36'nın altında puan alanlarda düşük düzeyde kaygı, 37-42 puan arasında orta düzeyde kaygı ve 42 ve üzerinde puan alanlarda yüksek kaygı bulunduğu kabul edilmektedir (Öner ve Le Compte, 1983).

## İşlem ve Veri Analizi

Yapılan araştırma ile doğum yapmak için hastaneye gelen anne adaylarının doğudan önce ve doğumdan sonra sürekli ve durumluk kaygı düzeyleri ve bunlar arasındaki ilişkiler belirlenecektir. Bu amaçla araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylere doğumdan önce ve doğumdan sonra Spielberger 'in durumluk ve sürekli kaygı ölçekleri uygulanmıştır. Araştırma kapsamında yer alan 97 katılımcıdan her birine Antepartum ve Postpartum dönemde sürekli ve durumluk kaygı ölçekleri uygulanarak elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Her bir katılımcı için Doğum Öncesi Durumluk Kaygı (DÖDK), Doğum Sonrası Durumluk Kaygı (DSDK), Doğum Öncesi Sürekli Kaygı (DÖSK) ve Doğum Sonrası Sürekli Kaygı (DSSK) için toplam puanlar hesaplanmıştır. Hesaplanan bu puanların dağılımını belirlemek için çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Buna göre, elde edilen dört puan türünün de çarpıklık ve basıklık değerleri -1 ile +1 arasında değişmektedir. Elde edilen bu sonuçlar dağılımın normal olduğuna işaret etmektedir. Araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen verilere ait dağılımlar normallik varsayımını sağladığından dolayı, yapılan olan analizlerde parametrik yöntemler kullanılmıştır. Bu kapsamda, Antepartum ve Postpartum dönemin karşılaştırılması amacıyla yapılan analizlerde, ilişkili örneklem için t-testi kullanılmışken, her iki ölçek için demografik değişkenler bazında yapılan karşılaştırmalarda ilişkisiz örneklem t-testi kullanılmıştır. Bunlara ek olarak her iki ölçekten elde edilen puanların arasındaki ilişkiyi belirlemek amacı içinde Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında 0.05 anlamlılık düzeyi dikkate alınmıştır.

Yapılan araştırmada kullanılan ölçeklerden elde edilen puanların güvenilirliğine ait sonuçlar Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Ölçeklerden Elde Edilen Puanların Güvenirliğine İlişkin Sonuçlar

Ölçek	N	Cronbach Alpha ( $\alpha$ )	
		Antepartum Dönem	Postpartum Dönem
Durumluk Kaygı Ölçeği	20	0.92	0.91
Sürekli Kaygı Ölçeği	20	0.86	0.85

Tablo 1' de görüldüğü üzere, doğum öncesi ve doğum sonrası durumluk ve sürekli kaygı ölçeklerinden elde edilen puanlara ait Cronbach Alpha ( $\alpha$ ) güvenilirlik katsayısı değerleri 0.85 ile 0.92 arasında değişmektedir. Elde edilen bu değerler ölçeklerden elde edilen puanların iyi düzeyde güvenilir olduğuna işaret etmektedir.

### Çalışmanın etik yönü

Araştırmanın yürütülmesine ilişkin gerekli izin Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Eğitim ve Araştırma hastanesinden alınmış ve araştırmaya katılan gebelerden araştırma hakkında açıklamalar yapıldıktan sonra yazılı ve sözel bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

## BULGULAR

Bu bölümde, örneklem grubunun demografik özelliklerine ait sonuçlar ve araştırma kapsamında incelenen değişkenlerle ilgili toplanan verilere ilişkin yapılan analiz sonuçları yer almaktadır.

Yapılan analizler neticesinde araştırma kapsamındaki 18-23 yaş arasında olan katılımcıların sayısı 20 (%20,6) iken, 24-29 yaş aralığında olanların sayısı 44 (%45,4) ve yaşı 30 ve üzerinde olan katılımcıların sayısı ise 33'dür (%34). Eğitim durumu dikkate alındığında, araştırma kapsamındaki kadınların 35'i (%36,1) ilköğretim düzeyinde eğitime sahip iken, 62'si (%63,9) ise lise ve üstü eğitim düzeyine sahiptirler. Katılımcıların gelir durumlarına ait bulgulara göre, geliri giderinden az olanların sayısı 7 (%2,1) iken, geliri giderine denk olan katılımcıların sayısı 80 (%82,5) ve geliri giderinden fazla olan kadınların sayısı da 10'dur (%10,3). Ayrıca örneklem grubundaki kadınlardan 14'ü (%14,4) sigara kullanmaktadır.

Araştırmaya katılan 97 bireyin ilk gebelikleri olup olmamasına ve önceki doğum yapma şekillerine göre doğum öncesi ve sonrası dönemdeki durumluk ve sürekli kaygı düzeylerine ait dağılım aşağıdaki tablolarda verilmiştir.

**Tablo 2.** Katılımcıların Antepartum ve Postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin ilk gebelik olup-olmama durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Antepartum Dönem						Postpartum Dönem				
Grup	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Birinci Gebelik	34	56.64	94	2.57	0.01*	34	38.00	93	-0.29	0.76
İkinci Gebelik	62	50.45				61	38.68			
Toplam	96	52.65				95	38.44			

\* p<0.05

Katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin şuan ki gebeliklerinin kaçınıcı gebelikleri olması durumlarının göre karşılaştırılması ait bulgular Tablo 2'de verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, ilk gebeliğini yaşayan kadınların antepartum dönemindeki durumluk kaygı düzeyleri ( $\bar{X}$  =56.64), ikinci gebeliğini

yaşayan kadınlara göre ( $\bar{X} = 50.45$ ) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.01 < 0.05$ ). Postpartum dönemde ise her ne kadar ikinci gebelik yaşayanların durumluk kaygı düzeyleri ( $\bar{X} = 38.68$ ), ilk gebeliğini yaşayan katılımcılardan çok az miktarda yüksekse de ( $\bar{X} = 38.00$ ) elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0.76 > 0.05$ ).

**Tablo 3.** Katılımcıların Antepartum ve Postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin ilk gebelik olup-olmama durumlarına göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Antepartum Dönem						Postpartum Dönem				
Grup	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Birinci Gebelik	34	45.44	94	0.52	0.59	34	44.64	93	0.38	0.70
İkinci Gebelik	62	44.45				61	43.95			
<b>Toplam</b>	96	44.80				95	44.20			

Tablo 3’de sürekli kaygı düzeyleri katılımcıların, gebeliklerinin ilk gebelik olup olmama durumlarına göre karşılaştırılmasına ait bulgular verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, ilk gebeliğini yaşayan kadınların antepartum dönemindeki sürekli kaygı düzeyleri ( $\bar{X} = 45.44$ ), ikinci gebeliğini yaşayan kadınlara göre ( $\bar{X} = 44.45$ ) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Ancak, elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0.59 > 0.05$ ). Benzer şekilde postpartum dönemde de ilk gebeliklerini yaşayan kadınların sürekli kaygı düzeyleri ( $\bar{X} = 44.64$ ), ikinci gebeliğini yaşayan kadınlara göre ( $\bar{X} = 43.95$ ) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Ancak, elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0.70 > 0.05$ ).

**Tablo 4.** Katılımcıların Antepartum ve Postpartum dönemde durumluk kaygı düzeylerinin bir önceki doğum yapma şekillerine (Vajinal/Sezaryan) göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Antepartum Dönem						Postpartum Dönem				
Grup	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Vajinal	38	51.39	61	0.42	0.68	37	37.43	60	-1.22	0.23
Sezaryan	25	50.16				25	40.88			
<b>Toplam</b>	63	50.90				62	38.82			

Tablo 4’de görüldüğü üzere, vajinal doğum yapan katılımcıların Antepartum dönemdeki durumluk kaygı düzeyleri ( $\bar{X} = 51.39$ ), sezaryan doğum yapan katılımcıların durumluk kaygı düzeylerinden ( $\bar{X} = 50.16$ ) daha yüksektir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0.68>0.05$ ). Postpartum dönemde ise sezaryan ile doğum yapan katılımcıların durumluk kaygı düzeyleri ( $\bar{X} = 40.88$ ), vajinal doğum yapan katılımcılardan ( $\bar{X} = 37.43$ ) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0.23>0.05$ ).

**Tablo 5.** Katılımcıların Antepartum ve Postpartum dönemde sürekli kaygı düzeylerinin bir önceki doğum yapma şekillerine (Vajinal/Sezaryan) göre karşılaştırılmasına ait ilişkisiz örneklem t-testi sonuçları.

Grup	Antepartum Dönem					Postpartum Dönem				
	N	$\bar{X}$	Sd	t	p	N	$\bar{X}$	Sd	t	p
Vajinal	38	44.07	61	-0.94	0.35	37	42.81	60	-1.82	0.07
Sezaryan	25	45.92				25	46.72			
<b>Toplam</b>	63	44.80	62	44.38						

Tablo 5’de görüldüğü üzere, sezaryan doğum yapan katılımcıların antepartum dönemdeki sürekli kaygı düzeyleri ( $\bar{X} = 45.92$ ), vajinal doğum yapan katılımcıların sürekli kaygı düzeylerinden ( $\bar{X} = 44.07$ ) daha yüksektir. Ancak bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0.35>0.05$ ). Postpartum dönemde ise sezaryan ile doğum yapan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri ( $\bar{X} = 46.72$ ), vajinal doğum yapan katılımcılardan ( $\bar{X} = 42.81$ ) daha yüksek olarak elde edilmiştir. Elde edilen bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p=0.07>0.05$ ).

## TARTIŞMA

Kadınların şuan ki gebeliklerinin kaçınıcı gebelikleri olması durumlarına göre antepartum dönemindeki durumluk kaygı düzeylerin ilk kez gebelik yaşayan kadınlarda fazla olduğu ancak farklı olarak postpartum dönemde ise ikinci gebelik yaşayanların durumluk kaygı düzeylerinin az da olsa yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kadınların sürekli kaygı düzeylerinin kaçınıcı kez gebe olmaları ile ilişkisi ile antepartum dönemde ilk gebeliğini yaşayan kadınların çok az bir farkla da olsa yüksek olduğu söylenebilir. Sürekli kaygıya sahip kadınların ise postpartum dönemde de ilk gebeliklerini yaşayanların yüksek kaygıya sahip olduğu bulgu sonucunda olduğu söylenebilir. Her ne kadar elde edilen farklılıklar istatistiki olarak anlamlı olmasa da daha önce gebelik deneyimi olmayanların durumluk ve süreklilik kaygılarının yüksek olması deneyimsiz ve nasıl bir şey olduğunu tam olarak algılayamamaları ile ilgili olmasıyla alakalı



olduğu biçiminde yorumlanabilir. Ancak durumluk kaygıda postpartum dönem kadınları ikinci kez gebelik yaşayanların kaygı durumlarının yüksek olma sonucu dikkati çekmektedir. Bu sonuç doğum sonrasında yaşanacak zorlukların bilinmesiyle alakalı olması biçiminde yorumlanabilir. Akbaş, Vırt, Savaş, ve Sertbaş'ın (2008), Börü'nün (2016) ve Duran ve Atan'ın (2011) ilk kez anne olacakların istatistiki olarak anlamlı sayılabilecek oranda kaygı puanı daha yüksek olduğu ulaşılan sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Literatürle benzer sonuçlara sahip olan araştırmanın kaçınıcı kez anne olunacağı değişkeni anne deneyimini ortaya koymanın yanında kaygı düzeyini de göstermektedir.

Araştırma örnekleminde yer alan vajinal doğum yapan kadınların antepartum dönemdeki durumluk kaygı düzeyleri sezaryan doğum yapanlara göre daha yüksektir. Farklı olarak postpartum dönemde durumluk kaygı düzeyi sezaryan ile doğum yapan kadınların daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sürekli kaygı düzeylerinde antepartum dönemdeki sezaryan doğum yapan kadınların vajinal doğum yapan kadınlara göre daha yüksektir. Benzer şekilde postpartum dönemde ise sezaryan ile doğum yapan katılımcıların sürekli kaygı düzeyleri daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir ifadeyle hem durumluk hem de sürekli kaygılara göre sadece antepartum dönemde durumluk kaygıda farklı olarak sezaryan doğum yapan kadınların kaygılarının yüksek olduğu beklenenin aksi yönde bir sonuç ortaya koyduğu söylenebilir. Bu bulgu doğal yollarla olan doğum şeklinin kadınları daha çok kaygılandığı yönünde yorumlanabilir. Aslan (2016) yaptığı çalışmada vajinal doğum yapan kadınların doğum esnasında, sezaryen olan kadınların ise doğum sonrası ağrı yaşadıklarını belirlemiştir. Epizyotomi, amniotomi, fundal bası, suni indüksiyon gibi doğuma müdahale uygulamaları yüksek oranda yapılmaktadır. Doğum esnasında oral alım kısıtlanmakta ve ten tene temas ihmal edilmektedir. Kadınlar çoğunlukla fetal nedenlerden dolayı sezaryen olmakta, sezaryen olan kadınlar sonraki doğumlarında sezaryeni tercih ettiği sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu araştırmanın sonuçlarına bezer olarak Duran ve Atan'ın (2011) araştırma sonuçlarına bakıldığında kadınların bazıları doğal yollarla gerçekleşen doğuma karşı olumlu tutum ve duyguda olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda doğal yıllarla olan normal doğumla annelik duygularının oluşarak gelişeceği, kişinin kendisini iyi hissedeceğini ve bazı doğuma dayalı hastalıklardan arınılacağını düşündüklerini belirtmişlerdir. Daha düşük frekansta ise normal doğuma karşı olumsuz tutum geliştiren annelerin olduğunu sonucuna da ulaşılmıştır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda, gebelerin sürekli kaygı düzeylerinin kaçınıcı kez gebe olmaları ile ilişkisi ile antepartum dönemde ilk gebeliğini yaşayan kadınlara göre istatistiksel olarak farklı olduğu görülmektedir. Vajinal doğum yapan kadınların antepartum dönemdeki durumluk ve kaygı düzeyleri sezaryan doğum yapanlara göre daha yüksektir. Vajinal yolla doğum şeklinin kadınları daha çok kaygılandırdığı görülmektedir.

Bu bulgulara yönelik olarak gebelik ve doğuma yönelik kaygılar konusunda gebelerin eğitilmelerinin önemli olduğu söylenebilir. Bu çalışma gebelerin şu anda verdikleri cevaplar sonucunda yapılmış kesitsel bir çalışmadır. İleride bu konu ile ilgili uzamsal ve nitel çalışmaların yapılması farklı sonuçları da beraberinde getirebilir.

**NOT: Bu çalışma** 10-11 Novenber 2017 tarihinde Ankara’da düzenlenen III. International Symposium on Multidisciplinary Studies’de özet bildiri olarak sunulmuş çalışmanın genişletilmiş halidir.

## KAYNAKLAR

- Akbaş, E., Vırt, O., Savaş, A. H., ve Sertbaş, G. (2008). Gebelikte Sosyo-demografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 45(3), 85-91.
- Arslan, H., Gürkan, Ö., C., Ekşi, Z. ve Yiğit, F., E. (2006). Doğum Sonrası Depresyonun Annelik Yaşamına Etkileri. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*. 3(10), 71-80.
- Aslan, Ş. (2016). Doğum yapmak için hastaneye başvuran primipar kadınların beklentileri ve doğum sürecinde yaşadıkları (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Aydın, R. (2016). Barkin annelik fonksiyonu ölçeğinin uyarlanması ve psikometrik özelliklerinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- Biggs, J., B. ve Moore. P., J. (1993). *The Process of Learning*, Australia: Prentice Hall.
- Börü, F. (2016). Primipar kadınların doğum kaygısı ile doğum şeklini seçmeleri arasındaki ilişki (Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul.

- Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E. K., Akgün, Ö. E., Karadeniz, Ş., ve Demirel, F. (2014). *Bilimsel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Pegem Akademi.
- Cattell R., B. ve Scheier, I., H. (1975). *The Nature of Anxiety*, NY: Springer.
- Cebeci, S. C. T. (2009). Tam aileye ve tek ebeveyne sahip ailelerden gelen 7-12 yaşları arasındaki çocukların bağlanma stilleri ve kaygı durumları arasındaki ilişki. (Yüksek Lisans tezi), Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Cruise, R. J., Cash, R. W., ve D. L. Bolton (1985). Development and Validation of an Instrument to Measure Statistical Anxiety, *American Statistical Association Proceedings of the Section on Statistics Education*, 92-97.
- Çakır Koçak, Y. (2007). İlk kez anne-baba olacıklara antenatal dönemde verilen eğitimin kaygı düzeylerine etkisi (Doktora Tezi) Ege Üniversitesi, İzmir.
- Dönmez, S., Yeniçel, Ö. A., & Kavlak, O. (2014). Vajinal Doğum Ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3), 908-920.
- Duran, E. T., & Atan, Ş. Ü. (2011). Kadınların sezaryen/vajinal doğuma ilişkin bakış açılarının kalitatif analizi. *Genel Tıp Dergisi*, 21(3), 83-88.
- Howard, G. S. ve R. Smith (1986). Computer Anxiety in Management Reality?, *Communications of the ACM*, 29(7), 611-615.
- Kaplan, S., Bahar, A., & Sertbaş, G. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 113-121.
- Karabulut, G. (2014). Gebelikte doğum beklentisinin postpartum depresyon geliştirme üzerine etkisi (Yüksek Lisans Tezi), Haliç Üniversitesi, İstanbul.
- Karaman, S. (2009). Sağlık ile ilgili programlarda öğrenim gören üniversite öğrencilerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri (Yüksek Lisans Tezi). Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- Kuğu N, Akyüz G. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23, 61-64.

- Mikulincer, M., P. KedeM ve D. Paz (1990). Anxiety and Categorization-I: The Structure and Boundaries of Mental Categories, *Personality and Individual Differences*, 11(8), 805-814.
- Öner N, Le Compte A. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı, 1. Baskı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1983. ss: 1-26.
- Özdamar, Ö., Yılmaz, O., Beyca, H. H., Muhcu, M. (2014). Gebelik ve Postpartum Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 45(2), 71-77.
- Özguven, İ. E. (1994). *Psikolojik Testler*, Ankara: Yeni Doğu Matbaası.
- Richardson, F. ve R. Suinn (1972). The Mathematics Anxiety Rating Scale; Psychometric Data, *Journal of Counseling Psychology*, 19(6), 551-554.
- Spielberger, C. D. (1966). The Effects of Anxiety on Complex Learning and Academic Achievement, İçinde C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behaviour* (ss. 361-398), NY: Academic.
- Spielberger, C. D. (1983), *State- Trait Anxiety Inventory for Adults*, California: Mind Garden Inc.
- Yüksel, B. (2014). Kaygı belirtilerini açıklamada bağlanma, pozitif ve negatif duygu düzenleme ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkiyi bütünleyici model arayışı (Yüksek Lisans Tezi), Hacettepe Üniversitesi, Ankara.

# Kanserde Beslenme

**Doç.Dr. Ayla ÜNSAL\***  
ay\_unsal@hotmail.com

## ÖZ

Kanserin oluşumu çok değişik nedenlere bağlıdır. Farklı kaynaklara göre diyetle ilgisi %10-70 arasında olup %35 olarak kabul edilmektedir. Genellikle kanserli hastalar çok zayıf kaşeksi görünümündedir. Bu durum artan enerji gereksinimi, vücut protein ve yağlarının kaybı, su ve elektrolit anormallikleri sonucu oluşur. Bazı kanserler fazla kilo ile ilişkilidir. Düzenli egzersiz ve uygun diyet kiloları normal değerler içinde tutmaya yardımcı olacaktır. Lifli gıdaların bağırsak kanserlerini önlediği görüşü yaygındır. Ayrıca çok et, yağ ve süt mamullerini yiyen ülkelerin insanlarında meme, bağırsak kanserleri ile koroner kalp hastalıkları riski daha yüksektir. Dolayısıyla kanserli hastaların beslenme ile ilgili konulara her zaman önem verilmelidir.

**Anahtar kelimeler:** Kanser, Beslenme, Diyet

## Nutrition In Cancer

### ABSTRACT

The formation of cancer depends on many different causes. According to different sources, the interest in dieting is between 10-70% and it is accepted as 35%. Patients with cancer often have very weak cachexia. This results in increased energy requirement, loss of body protein and fat, water and electrolyte abnormalities. Some cancers are associated with excess weight. Regular exercise and proper diet will help keep the pills at normal values. The view that fibrous foods prevent bowel cancer is widespread. In addition, breast, intestinal cancers and coronary heart disease are more at risk in people who eat meat, fats and dairy products. Therefore, the issues related to nutrition of cancer patients should always be given importance.

**Keywords:** Cancer, Nutrition, Diet

\*Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, KIRŞEHİR ( /0386  
280 53 02)

## GİRİŞ

Fizyolojik bozukluk olarak tanımlanan tümör, organizmadaki bazı hücrelerin kontrolsüz çoğalması sonucu oluşur. Bu sırada bazı hücreler kaybolur veya normal biyokimyasal işlevleri değişir. Hücrede meydana gelen değişimler benign ve malign olarak ikiye ayrılır. Benign tümör orijini aldığı bölgede büyür, çevreye sıçramaz, ciddi hastalık ve ölüme neden olmaz. Kanser diye adlandırdığımız malign tümör ise, oluştuğu bölgeden çevre dokulara sıçrar, metastazları oluşturur ve genellikle öldürücüdür.

Kanserin oluşumu çok değişik nedenlere bağlıdır. Farklı kaynaklara göre diyetle ilgisi %10-70 arasında olup %35 olarak kabul edilmektedir. Örneğin; tuzun midede nitrit türevlerini oluşturarak mukozayı zayıflatarak mide, özofagus kanserleri riskini arttırdığı sanılmaktadır.

Genellikle kanserli hastalar çok zayıf kaşeksi görünümündedir. Bu durum artan enerji gereksinimi, vücut protein ve yağlarının kaybı, su ve elektrolit anormallikleri sonucu oluşur. Hastaların besin alımı azalmış, sindirim ve emilim bozulmuş, enerji harcamaları artmıştır. Hastaneye yatan bu hastaların genellikle % 25'inde protein-enerji malnutrisyonu görülür. Gastrointestinal sistemle ilgili kanserlerde bu oran % 75'e kadar çıkar (Baysal ve Aksoy, 1999).

Bazı kanserler fazla kilo ile ilişkilidir. Düzenli egzersiz ve uygun diyet kiloları normal değerler içinde tutmaya yardımcı olacaktır. Lifli gıdaların bağırsak kanserlerini önlediği görüşü yaygındır. Ayrıca çok et, yağ ve süt mamullerini yiyen ülkelerin insanlarında meme, bağırsak kanserleri ile koroner kalp hastalıkları riski daha yüksektir. Yağsız etler, örneğin; balık ve tavuk kırmızı etin yerine tercih edilmelidir (Biol, Akdemir ve Bedük, 1993).

### **Kanserli Hastanın Beslenmesi**

Kanserli hastaların beslenmesinde amaç;

- Beslenme yetersizliklerini önlemek,
- Kilo kaybını en aza indirmek,
- Sıvı-elektrolit dengesini sağlamak ve sürdürmektir (Biol, Akdemir ve Bedük, 1993).

Anoreksiya (iştah kaybı) kanserli hastalarda çok sık görülen bir sorundur (Baysal ve Aksoy, 1999; Biol, Akdemir ve Bedük, 1993; Durusoy, Eren, Ertürk, ve İnceer, 1995; Fadiloğlu ve Soğukpınar, 1996; Platin, 1998). Bu durum, hastanın normal vücut ağırlığını koruyabilmesi için gerekli besin tüketimini etkiler. Kansere bağlı gelişen kaşeksi tablosu ise, hastalığın ilerlemiş olduğu durumlarda görülen karmaşık bir metabolik sorundur (Biol, Akdemir ve Bedük, 1993; Fadiloğlu ve Soğukpınar, 1996; Platin, 1998).

Bunların yanında sık görülen, bir hemşirelik tanısı olan beslenme değişikliği; iştahsızlık, bulantı, kusma, tat almada bozukluk ve stomatitis vb. toksik

belirtilere bağlanabilmektedir. Yetersiz beslenme, kanserli hastalarda sık karşılaşılan bir problemdir (Fadıloğlu ve Soğukpınar, 1996).

Kanserli hastalarda, hasta özellikle radyoterapi ve kemoterapi alıyorsa günlük alması gereken sıvı miktarı normale göre 1000-1500 ml. artırılır. Çünkü hızlı hücre yıkımı sonucu oluşan artıklar böbreğin yükünü arttırmaktadır. Eğer sıvı miktarı arttırılmazsa böbrek yetmezliğine neden olabilir (Bırol, Akdemir ve Bedük, 1993).

Kanserli hastalarda beslenmeyi; hastalık oluşmadan önce alınacak koruyucu önlemleri içeren beslenme durumu, hastalık sırasında ortaya çıkabilecek olan değişikliklere göre uygulanması gereken beslenme durumu ve tedavide uygulanan yöntemlere göre özel beslenme durumları olarak üçe ayırabiliriz.

**1. Hastalık oluşmadan önce beslenme açısından koruyucu olarak alınacak önlemler:** Diyetle yağdan gelecek enerji miktarı %30'u geçmemelidir. Özellikle kolon, meme ve prostat kanserlerinin oluşumundan yağ sorumlu tutulmaktadır. Tahıl, sebze ve meyveler diyetle yeterince bulunmalıdır. Doğal antioksidanlara yani lahana, Brüksel lahanası, karnabahar, turpgillere yer verilmelidir.

Aşırı tuz tüketimi, salamuralar, turşu ve tütsülenmiş besinler, nitrit-nitrat ilave edilmiş besinlerden (sosis, salam gibi) kaçınılmalıdır. Bu tip yiyecekler mide ve özofagus kanserlerinde etkilidir. Yine aşırı karbonhidratlı besinler (şeker, nişasta gibi) tüketilmemelidir. Ayrıca diyetin yeterli ve dengeli miktarda vitamin ve mineral içeriğine de özen gösterilmelidir. Özellikle C, E, A vitamini ve karotenler diyetle yeterince bulunmalıdır. Aşırı şişmanlıktan kaçınılmalıdır. Ama kanser olup da ağırlık kaybı olmayan bir hastanın (kilosunda kalan hasta) olana göre (zayıflayana göre) yaşam şansı daha uzundur. Hastalığın ileri safhalarında aneroksia hastalarda kaşeksiye neden olmakta yağ, protein ve karbonhidrat metabolizması değişmekte, kilo kaybının yanı sıra iştah, tat duygusunun kaybı en sık görülen komplikasyonu oluşturmaktadır (Baysal ve Aksoy, 1999).

**2. Hastalık oluşuktan sonra hastalığın seyrine ve ortaya çıkan biyokimyasal değişikliklere göre beslenme durumunun ayarlanması:** Kanserli hastanın beslenme durumunun öncelikle saptanması gerekmektedir. Hastanın kişisel özelliklerine, hastalığın seyrine, aldığı tedaviye göre beslenme plan ve programı yapılmaktadır. Örneğin; kanserli çocuklarda görülen malnütrisyon genellikle demir yetersizliği ile beraber olmaktadır.

Hastalarda rastlanılan diğer bir durum da iştah ve kilo kaybıyla beraber görülen anoreksidir. Hastanın aldığı tedaviye göre de sindirim ve emilim bozuklukları sıklıkla görülür. Aneroksianın ileri safhalarında kaşeksi oluşur. Yetersiz besin alımının yanı sıra, eksternal besin kaybı da söz konusudur. Konakçı ve tümör arasında besin öğeleri için yarış başlamıştır.

Hastada iştah azalması varsa, yemek yemesinin elzem olduğu kendisine anlatılmalı, oğunler yŭklŭ olmamalı ufak ufak kahvaltılar şeklinde verilmelidir. Öncelikle katı besinler verilmeli, iēecekler oğunlerden sonraya bırakılmalıdır. Enerji sağlamayan iēeceklerden de kaēımılmalıdır. Ufak yorucu olmayan egzersizlerle iştahı arttırma yoluna gidilmelidir. Hacmi az, enerji ve protein sağlama aēısından konsantr e yiyecekler seēilmelidir (Baysal ve Aksoy, 1999).

**Protein ve toplam kalori alımını belirli dŭzeyde tutmak** amacıyla hastalar, şunları yemelidir;

- Balık, kŭmes hayvanları, yumurta, sŭt ve sŭt ūrŭnleri gibi protein bakımından zengin yiyecek řekillerini,
- A ve C vitaminleri iēeren sebze ve meyveler. Bu yiyecekler arasında kavun, karpuz, ēilek, turunēgiller, domates, yeşilbiber, lahana, karnabahar, ıspanak, patates, havuē, kabak vb. bulunur.
- Kepek unundan yapılmış ekmek, arpa, yulaf ezmesi
- **İştahsızlık halinde şunlar yapılabilir;**
- Yemeklerden Önce egzersiz yapmak. 5-10 dakikalık bir yŭrŭyŭř ya da yatakta yapılan sınırlı hareketler bile iştahı aēar.
- Tŭm yiyecekleri zevkli bir biēimde ve gŭzel bir ortamda sunmak.
- Azar azar ama sık yemek.
- Şok yemek ēeřidi bulundurmak.
- Sabahları genellikle iştahın en aēık zamanı olduğundan, bundan yararlanarak kahvaltayı gŭnŭn en bŭyŭk ođŭnŭ haline getirmek.
- Yemek yerken midenin boşalmasını sağlamak iēin yavaş yemek. Bŭylece baş dŭnmesi ve kusma da Őnlenir. Her şeyi iyice ēiđnemek.
- Ağızdaki farklı herhangi bir tadı taze meyve, meyve suyu ya da emilen ekşi sert şekerlemelerle gidermeye ēalıřmak (Durusoy vd., 1995).

**3. Tedavide uygulanan yŭntemlere gŭre Őzel beslenme durumlarının uygulanması:** Tedavi alan kanserli hastalarda bazı diyetlerin zararlı etkisi olduğu dikkati ēekmiřtir. Az miktarda et ve tŭrevleri ēok miktarda posa iēeren diyetler demir ve ēinko yetersizliğine, sŭt ve ūrŭnlerinin az olması da kalsiyum yetersizliğine neden olmaktadır. Bu durumda bazı besin oğelerine karşi ēok hassas olan hastalara hayvansal kaynaklı proteinlerin az verilmesi B<sub>12</sub> yetersizliğini oluşturur. Bŭyle durumdaki hastalarda tedavi amacı ile kullanılan ilaēların ve vitaminlerin toksik etkileri gŭrŭlmektedir. Kanser tedavisinde kullanılan yŭntemler konakēının beslenme statŭsŭne genellikle olumsuz yŭnde etki etmektedir (Baysal ve Aksoy, 1999; Regina, Bell ve Bell, 2000).

Kemoterapi uygulanan hastalarda mide bulantısı, kusma gŭrŭlebilir. Bunun iēin de şunları Őnermek mŭmkŭndŭr;

- Mide bulantısı sırasında birkaç kraker ya da kızarmış ekmek yemek (Durusoy vd., 1995; Yurtsever ve şenol, 1996).
- Elma suyu, limonata, et suyuna ēorba gibi sulu bir gıda rejimi uygulamak.



- Tatlı, yağlı, çok tuzlu ya da baharatlı yiyecekler ile salam gibi kokulu yiyeceklerden kaçınmak. Patates püresi, elma püresi gibi yumuşak yiyecekler bulantı hissini azaltır.

- İlaç tedavisi süreci içinde birkaç çeşit şeker yemek. Sert emilen ya da yumuşak nane şekeri ya da ekşi şekerlemeler gibi.

- Çeşitli yemek yeme biçimlerini denemek. Örneğin; ilaç tedavisinden önce birkaç kez büyük öğünler yedikten sonra, günün geri kalan kısmını hafif öğünlerle geçiştirmek ya da ilaç tedavisinden 12 saat öncesine kadar ve 24 saat sonra sulu bir diyet uygulamak.

- Müzik, televizyon, elişleri, sohbet gibi dikkat dağıtıcı şeylerle uğraşmak.

- Kusma oluyorsa su ya da limon suyu karışımıyla ağız çalkalanmalıdır. Kusma durduğunda azar azar ve yavaş hareketlerle bir sıvı yudumlanabilir (Durusoy vd., 1995).

- Sıcak yiyecekler bulantı-kusmayı arttırdığından soğuk yiyecekler (dondurma, donmuş yoğurt vb.) verilmelidir. Genellikle içecekler daha iyi tölere edilir. Sade gazoz veya diğer sodalı içeceklerde verilebilir (Yurtsever ve Şenol, 1996).

Ayrıca kanser hastalarında, *tükürüğün yetersiz miktarda üretimi, nişastaların yetersiz sindirilmesi, ağız yaralarının oluşumunun hızlanması, tat almada azalma, katı yiyecekleri çiğnemede zorluk ve diş çürükleriyle* sonlanır.

Tükürük miktarındaki az ya da orta dereceli azalmalar için basit önlemler yeterli olabilir. Hasta;

- Saatte birkaç kez su, elma suyu, üzüm suyu ya da meyve suları gibi tahriş etmeyen sıvılar içmelidir.

- Genellikle tükürük üretimini arttıran ekşi maddeler yemelidir.

- Tütün ve alkolün yanı sıra çok baharatlı, karbonatlı, sıcak ya da soğuk, çiğnenmesi zor ya da asitli yiyeceklerden vazgeçilmelidir (Durusoy vd., 1995).

Hastalar kuru, sert ve kabuklu yiyecekler (kızarmış ekmek, kraker vb) yememesi konusunda uyarılmalıdır. Bu tür yiyeceklerin çiğnenmesi, yutulması güçtür ve kuru ağız mukozasını daha kolay irrite edebilir. Ayrıca çok tuzlu yiyecek ve yemeklerden de kaçınılmalıdır (Yurtsever ve Şenol, 1996).

Yine bu hastalarda görülen *ishalin önlenmesi ya da aza indirgenmesi için*, kalori ve proteinden zengin ama yağ ve lifli maddelerden fakir olan, az miktarda posa bırakan bir diyet önerilir. Bu açıdan yenmesi önerilen yiyecekler şöyledir;

- Köy peyniri ve yağsız peynirler, yumurta,
- Kaynamış, yağsız süt, doğal yoğurt, ayran,
- Et suyuna çorba,
- Izgarada ya da fırında pişirilmiş balık, tavuk,
- Muz, elma püresi, kabuğu soyulmuş elma, elma suyu, üzüm suyu,
- Makarna, şehriye, pirinç pilavı,
- Taze ve sarı kabuklu fasulye, havuç, bezelye, ıspanak, kabak.

Yenmemesi gereken yiyecek ve içecekler;

- Kepek ekmeği ve kepek gibi tahıllar.
- Kabuklu yemişler ve çekirdekler.
- Çiğ sebzeler.
- Hamur işi yiyecekler, patlamış mısır, kabuklu yemişler.
- Kırmızı biber, karışık baharat, karabiber, sarımsak gibi sert baharatlar

(Durusoy vd., 1995).

Kanserli hastalarda görülen dumping sendromu, bir olasılıkla sindirim sistemi içeriğinin hızlı ve fazla miktarda boşalmasına bağlı olarak gelişen karmaşık bir olaydır (Platin, 1998). Bu durumda, hastaya yemekler yavaş ve sık yedirilmelidir. Yemeklerden yarım saat sonraya kadar hastanın pozisyonu değiştirilmemelidir, yatırılıp veya ayağa kaldırılmamalıdır. Yemeklerden önce katı yiyecekler 25-30 dakika sonra da sıvı yiyecekler verilmelidir. Diyetin yüksek proteinli, düşük karbonhidratlı olmasına dikkat edilmelidir. Konsantr tatlılardan (bal, pekmez, reçel vb) kaçınılmalıdır. Alınan sıvıların aşırı sıcak veya soğuk olmamasına dikkat edilmelidir (Baysal ve Aksoy, 1999).

Bu hastalarda karşılaşılan sorunlardan konstipasyon, laktoz intöleransı, gaz, şişkinlik ve geçirme problemlerini önlemek için, şu girişimlerde bulunulmalıdır;

Konstipasyon için; hastaya günde 8-10 bardak sıvı verilmelidir. Diyetine posalı yiyecekler, çiğ meyve, sebze, kuru yemişler, kepekli ekmek eklenmelidir. Laktoz intöleransını önlemek için; laktoz içermeyen yiyeceklerden menü seçimine gidilmelidir. Süt ve sütlü tatlılar diyetten çıkarılıp bunların yerine soya sütü, kalsiyumdan zengin diğer yiyecekler (peynir ve yoğurt gibi) kullanılabilir. Gaz, şişkinlik ve geçirme hallerinde; gaz yapıcı, kepekli yiyecekler, mısır, yeşilbiber, soğan, turp, lahana, karnabahar verilmemelidir. Hastanın hava yutmamasına, yemeklerini yavaş yavaş iyi çiğneyerek yemesine dikkat edilmelidir (Baysal ve Aksoy, 1999).

Kanserli çocukların beslenmesi özel bir konudur. Spesifik beslenme tedavisi; hastanın ağırlığını arttırmak, şimdiki ağırlığını korumak ya da yaşamını olabildiğince uzatmak gibi tedavi hedefleri ile ilgilidir. Çocukların bazı yiyecekleri sevme eğilimleri ve buldukları büyüme gelişme dönemine göre özel beslenme rejimine gereksinimleri vardır. Kendileri için seçilen yiyecekleri yemelerinin nedenini anlayamazlar. Bu nedenle de beslenme rejimini uygulamak zordur. Hemşireler beslenme saatlerinde yemeklerin, hastanın arkadaşları ile beraber, müzik eşliğinde ya da değişik yerlerde yenilmesini sağlamayı denemişler, çocuklara değişik kültürden yemekler, kendi evlerinden getirdikleri yemekler ya da kendilerinin seçtikleri yemekleri vermişler, ayrıca kendini yalnız ve güvensiz hissedenerleri rahatlamaya çalışmışlardır. Sonuçta, belki de en iyi yol en basit olanıdır. Güvendiği bir ortamda, sevdiği kişilerle birlikte ve kısmen rahatlamış bir çocuk, verilenleri yiyebildiği kadar yiyecektir (Yıldız, 1993).

Kanserli hastaların beslenme ihtiyacının yeterli bir şekilde karşılanması, bu hastaların bakımının önemli bir bölümünü oluşturur. Çünkü iyi beslenmemiş hastalar, tedaviyi iyi beslenmiş olanlar kadar iyi tolere edemezler. Ayrıca, kötü beslenmiş hastalar kanserin psikolojik ve emosyonel sorunlarına ve tedavisine uyum göstermeyebilir.

Hemşirenin, hastanın beslenmesiyle ilgili değerlendirme yapması, kanserli hastanın beslenme ihtiyaçlarını karşılamada temel adımdır (Yurtsever ve Şenol, 1996).

Kanserli hastaların beslenmesinde hangi safhada olursa olsun, kendilerinin ve yakınlarının konu hakkında bilinçlendirilmeleri ve eğitilmeleri gereklidir. Aldığı diyetin hemen hastalığı düzeltmeyeceği, ancak yardımcı olacağı beslenme eğitimi ile komplikasyonlarını daha hafif atlatacağı belirtilmelidir. Uygun ve iyi bir beslenme ile tedavinin daha etkin olacağı, iyileşme şansının artacağı, yaşam süresinin uzayabileceği örneklerle anlatılmalıdır.

Çocuk hastalarda ise, akrabaları ile zaman zaman aynı diyeti alamayacakları, bununla beraber uygun diyetlerle yaşamlarını ve gelişmelerini devam ettirebilecekleri ailelerine söylenmelidir. Bazı durumlarda yaşları ne olursa olsun bütün hastalara spesifik besin maddeleri veya besin öğeleri verilebileceği, özel beslenme teknikleri uygulanabileceği açıklanmalıdır. Karşılaştıkları herhangi bir beslenme sorunlarında ise, diyetisyenleri ile doğrudan ilişki kurmaları önerilmelidir.

Komplikasyonlar çıkmadan önce hastalığın seyrine göre uygun bir beslenme yapılabiliriyorsa, hastanın tedaviye ve hastalığa karşı direncinin arttığı ve yaşam süresinin uzadığı bir gerçektir (Baysal ve Aksoy, 1999).

## **Sonuç ve Öneriler**

Bireylere kanser oluşmadan önce koruyucu beslenme önerileri sunulmalıdır. Kanser tanısı aldıktan sonra ise hastaların hastalığın çeşidi, prognozu ve yaşanan değişikliklere göre beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi gerekir. Ayrıca tedavilerinde uygulanan yöntemlere göre beslenmelerinde değişikliklere gidilmelidir. Böylelikle kanserli hastalarda beslenme yetersizlikleri, kilo kaybı ve sıvı-elektrolit dengesizliği gibi yaşanabilecek olan sorunların önüne geçilmiş olacaktır.

## **KAYNAKLAR**

Baysal. A. ve Aksoy, M. (1999). Diyet el kitabı, (3. Baskı), Ankara: Hatiboğlu Yayınları.

Birol, L., Akdemir, N. ve Bedük, T.(1993). İç hastalıkları hemşireliği, Ankara: Vehbi Kaç Vakfı Yayınları.

Durusoy, İ.R., Eren, M. T., Ertürk, N., Öztürk, Ş., B. Ve İnceer, B.(1995). Kadına özgü kanserlerde kendine yardım el kitabı. İzmir: Saray Tıp Kitapevleri, 1995,

Fadıloğlu Ç, ve Soğukpınar, N.(1996). Kanserli hastada hemşirelik bakımı, İzmir: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yayınları.

Platin, N.(1998). Hemşireler İçin Kanser El Kitabı, (2. Baskı). Ankara: IV. Akşam Sanat Okulu Matbaası.

Regina, S., Bell, C. & Bell, R.(2000). Nutrition in cancer: An overview, seminars in Oncology Nursing, 16(2): 90-98.

Yıldız, S. (1993). Onkolojik hastalığı olan çocukların beslenmesinde hemşirelik yaklaşımı, Hemşirelik Bülteni, 5(23). İstanbul : İstanbul Üniversitesi Basımevi.

Yurtsever, S, ve Şenol, S. (1996). Kanserli hastalarda gastrointestinal sistem bozuklukları ve hemşirenin rolü, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1): 29-30.

# Şiddet ve Sağlık

**Dr. Nurcan COŞKUN US<sup>1</sup>**  
[nurcan\\_coskun@yahoo.com](mailto:nurcan_coskun@yahoo.com)

**Prof.Dr. Ramazan ERDEM<sup>2</sup>**  
[raerdem@yahoo.com](mailto:raerdem@yahoo.com)

## ÖZ

Sağlık işyerlerinde şiddet ile ilgili çalışmaları gözden geçirerek gelecekte bu konuya ilişkin sorunların giderilmesini ve güvenli ortamların oluşturulması amaçlanmıştır. Türkiye’de son 5 yılda yapılmış “şiddet ve sağlık” kavramlarının literatürü taranarak 15 çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmalar incelenerek öneriler sunulmuştur. Şiddet ve sağlık konusu üzerine yapılmış çalışmalardan derlenen bilgiler kullanılarak uygulanabilir, somut verilere ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışmalarda ortaya çıkan sonuç sağlık çalışanlarının ¾’ünün şiddete maruz kaldığı, en fazla şiddete maruz kalan meslek grubunun hekimler olduğu, erkek çalışanların kadın çalışanlara göre daha fazla şiddete maruz kaldıkları, şiddet türünün çoğunlukla sözel olarak yaşanmasının yanı sıra fiziksel şiddetin de azımsanmayacak boyutta olduğu, şiddetin çoğunlukla hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği ve şiddet çoğunlukla acil servislerde yaşanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Şiddet, Sağlık, Şiddet ve Sağlık.

## Violence and Health

### ABSTRACT

It is aimed to solve the problems related to this issue in the future by establishing safe environments by observing the studies related to violence in health workplaces. The literature on the concepts of "violence and health" in the last 5 years in Turkey has been scanned and 15 studies have been reached. These studies are examined and suggestions are presented. It can be applied by using the information gathered from the studies on violence and health issues, tries to reach concrete data. The results of the studies show that ¾ of the health professionals are exposed to violence, the most exposed group of physicians, the male workers are exposed to more violence than the female workers, the violence is mostly in verbal and physical violence is not negligible mostly by patients' relatives and violence is mostly experienced in emergency services.

**Key Words:** Violence, Health, Violence and Health.

---

\*10. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresinde (1-3 Aralık 2016) sözlü bildiri olarak sunulmuştur, Ankara.

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi ABD. mezunu,  
[nurcan\\_coskun@yahoo.com](mailto:nurcan_coskun@yahoo.com)

<sup>2</sup> Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi ABD., [raerdem@yahoo.com](mailto:raerdem@yahoo.com)

## GİRİŞ

İşyerinde şiddet olgusu geçmişten günümüze sorun olarak değerlendirilmiş ve bu konuya olan ilgi artmıştır (Özen, 2007: 2). Şiddet, son yıllarda artış göstermesiyle de küresel halk sorunu olarak değerlendirilmektedir (Yeşildal, 2005: 281). Sağlık işyerlerinde şiddet ise; hasta, hasta yakınları ya da diğerlerinden gelen, sağlık çalışanına yönelik sözel veya davranışsal tehdit, fiziksel veya cinsel saldırılar olarak değerlendirilmektedir (Sarcan, 2013: 1). Sağlık işyerlerinde şiddet olgusu, yeni fenomen olmamasına rağmen günümüz toplumundaki değişimlerin bir yansıması olarak görülme sıklığında artış meydana gelmiştir. Bu nedenle çoğu araştırmacının da konusu olmuştur (Altıntaş, 2006: 2).

Bu yazıdaki amaç sağlık işyerlerinde şiddet ile ilgili çalışmaları gözden geçirmek ve gelecekte bu konuya ilişkin sorunların giderilmesine, güvenli ortamların sağlanmasına yönelik çalışmalara rehberlik edecektir.

### ŞİDDET NEDİR

Şiddet olgusu, insanlık tarihi kadar eski olmakla birlikte bireysel ve toplumsal öğelerin bir araya getirdiği karmaşık bir yapı sergiler. Şiddet olgusunu bu nedenle tanımlamak kolay değildir. Baskı, eziyet, korkutma, sindirme, öldürme, cezalandırma, tehditler, sözlü hareketler ve fiziksel saldırılar gibi çeşitli formlarda şiddet olgusuyla karşılaşabiliriz. Şiddet olgusu, her toplumda derece derece de olsa günlük yaşamda yer almaktadır (Kocacık, 2001: 1). Türk Dil Kurumu sözlüğünde arapça kökenli olan “şiddet” kavramı; bir hareketin, bir gücün derecesi, yeğinlik, sertlik birinci anlamı, hız ikinci anlamı, bir hareketten doğan güç üçüncü anlamı, karşıt görüşte olanlara kaba kuvvet kullanma dördüncü anlamı, kaba güç beşinci anlamı, duygu veya davranışta aşırılık altıncı anlamı olarak tanımlanmıştır (Türk Dil Kurumu Türkçe Sözlük, 2005: 1866). Şiddet, güç ve baskı uygulayarak kişinin bedensel ya da ruhsal açıdan zarar görmesine sebep olan kişisel veya toplu hareketlerin tümü olarak tanımlanmaktadır (Dişsiz ve Hotun Şahin, 2008: 50). Benzer şekilde şiddet kavramı; başkasını öldürme, sakat bırakma ya da yaralama yoluyla zarar verilmesini içermesi nedeniyle gücü aşmaktadır. Benzer eylemlerin başkasına karşı tehdit oluşturması ve böylece insana fiziksel ve ruhsal zarar veren her davranışı şiddet olarak değerlendirilmektedir (Özerkmen, 2012: 5). Şiddet/saldırganlık olgusu günümüzde farklı disiplinler tarafından analiz eden ve açıklamaya çalışan çok sayıda farklı yaklaşım vardır. Bu durum şiddet kavramının çok boyutlu ve kompleks yapıya sahip olduğunu göstermektedir (Kızmaz, 2006: 248).

Şiddet kavramına insan doğasıyla ilişki kuran yaklaşım biyoloji disiplini uzmanlarıdır. Şiddet davranışının temelinde genellikle beynin işleyişine bağlantılı olarak kimyasal ve hormonal etkileşimler vardır. Bu yaklaşım şiddetin zaten insan doğasında mevcut olduğunu açıklamaktadır. Böylece biyoloji

disiplini şiddet tutumlarını; diyet, alerjiler, hormonal düzensizlikler, testosteron gibi bio-kimyasal faktörler, beyin bozuklukları ve tümör gibi nöropsikolojik faktörler ile genetiksel faktörler üzerinden değerlendirmektedir (Kızmaz, 2006: 248). Şiddetin doğallığını vurgulayan görüşlerin vardıkları nokta, şiddetin zaten doğal bir olgu olduğu, zaten doğada olduğu, insan dışındaki canlıların da birbirlerine şiddet uyguladıklarıdır. İnsanın toplumsal özelliği ve iradesi göz önünde bulundurulduğunda insanın şiddeti diğer canlıların şiddetinden ayırmak gerekir. Şiddetin doğallığı tezini bu nedenle kabul etmek doğru değildir (Ergur, 2009: 1).

## ŞİDDET TÜRLERİ

Şiddet olgusu çok yönlü olması nedeniyle farklı biçimlerde sınıflandırılmaktadır. Psikolojik, ahlaksal, siyasal, ekonomik ve hukuksal yönleriyle incelenebilir.

Şiddet failin tipine göre bireysel ya da kolektif olabilmektedir. Kan davası ve namus cinayeti gibi durumlar güdülenmeye yönelik şiddet türlerindedir. Suça yönelik olup olmamasına göre ise cinayet, hırsızlık, tecavüz, silahlı saldırı, soygun suç sayılan şiddet türlerinden sayılırken, eğitimsizlik, trafik kazaları, yönetimde kayırma, yoksulluk suç sayılmayan şiddetlerdendir (Çabuk Kaya, 2006: 106, 107).

Fiziksel şiddet, en sık karşılaşılan şiddet türü olup tanımlaması en kolay olanıdır. Genellikle şiddet kavramının tanımı ile fiziksel şiddetin tanımı aynı yapılmaktadır. Bir kişiye veya gruba karşı, onlar üzerinde cinsel, fiziksel ya da psikolojik zarara sebep olacak şekilde fiziksel kuvvet uygulanmasının yanı sıra bu şiddet türü, dayak atma, tekmeleme, tokatlama, çekme, itme, ısırma, sıkımayı kapsamaktadır (Definition and typology of violence, <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>, Access date: 26.10.2017).

Psikolojik şiddet, günümüzde mobbing olarak da adlandırılmaktadır. Mobbing terimi insan davranışlarında Heinz Leymann tarafından, bir ya da birkaç kişinin tek bir kişiye sistemli olarak yönelttikleri etik dışı iletişim ile düşmanca davranışlarda bulunması şeklinde tanımlanmıştır (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2012: 478). Fiziksel güç kullanabileceğini hissettirerek bir kişi veya grup üzerinde onların zihinsel, ahlaki, ruhsal, fiziksel veya sosyal gelişimine zarar verebilecek tarzda kasıtlı baskı psikolojik şiddet olarak adlandırılmaktadır (Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study – Questionnaire, [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVquestionnaire.pdf), Access Date: 25.10.2017).

Ekonomik şiddet; her türlü mala verilen zarar olarak tanımlanmakta ve aynı zamanda insana yönelik fiziki şiddetten ayırt edilmektedir (Özerkmen, 2012:7). Bireyi bağımlı ve fakir hale getiren, ekonomik kaynakların ve paranın birey

üzerinde bir yaptırım, tehdit ve kontrol aracı olarak kullanıldığı şiddet türü olarak ekonomik şiddet tanımlanmıştır (Can Gürkan ve Coşar, 2009: 124).

Cinsel şiddet; çocuğa, gence, yaşlıya kısaca her yaştan bireye laf atma ve el kol hareketi yapmakla başlayıp tecavüze kadar değişkenlik gösteren cinsel taciz ve saldırdır. Cinsel şiddet olayları büyük bir bölümü aynı zamanda fiziksel şiddet de içermektedir (Büyükbayram ve Okçay, 2013: 46). Cinsel şiddet kavramı karşı tarafın isteği dışında fiziksel gücü kullanarak cinsel etkileşimde bulunma olarak benzer şekilde tanımlanmıştır (Altıntaş, 2006: 10).

Sözel şiddet; kişiyi küçük düşüren, aşağılayan veya kişinin itibar ve değerine saygı duyulmadığını gösteren ifadelerin tamamını içermektedir. Hakaret, azarlama, aşağılama sözel şiddeti kapsamaktadır (Pınar ve Pınar, 2013: 316). Bireyin kişiselliğine, sözel olarak; küfür etme, aşağılama v.b. davranışları içeren eylemlerle zarar vermez (Altıntaş, 2006: 10).

Hangi şiddet türü olursa olsun şiddet türlerinin temelinde zarar verme olgusu yer almaktadır.

## SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET

Sağlık kurumunda şiddet kavramı, hasta, hasta yakınları ya da diğer başka bir bireyden gelen, sağlık çalışanına risk oluşturan sözel ya da davranışsal tehdit, fiziksel saldırı veya cinsel saldırıları içermektedir (Al vd., 2012: 116). Dünya Sağlık Örgütüne (DSÖ) göre şiddet: “*Kişinin kendine, bir başkasına, grup ya da topluluğa yönelik olarak ölüm, yaralama, ruhsal zedelenme, gelişimsel bozukluğa yol açabilecek ya da neden olacak şekilde fiziksel zorlama, güç kullanımı ya da tehdidinin amaçlı olarak uygulanması*”dır (World Health Organization, 2002: 4). Benzer şekilde hasta, hasta yakınları ya da diğer herhangi bir bireyden gelen, sağlık çalışanı için risk oluşturan; tehdit davranışı, sözel tehdit, fiziksel saldırı ve cinsel saldırıdan oluşan durum olarak sağlık çalışanlarına yönelik şiddet tanımlanmaktadır (Ayrancı vd., 2002: 148). İnsana fiziksel ya da ruhsal yaralamaya ve zarar vermeye yönelik davranışlar olarak da literatürde şiddet kavramı tanımlanmaktadır (Vural vd., 2013: 147).

Doğuştan ya da sonradan kazanılan saldırganlık içgüdüleri olarak bilinen şiddet kavramı, fiziksel ve psikolojik şiddet olarak incelenmektedir (Aslan vd., 2005: 18). Sağlık işyerlerinde şiddet, uygulayıcıların kim olduğuna göre; sağlık çalışanları ile sağlık çalışanları arasında, sağlık çalışanları ile hasta/hasta yakınları arasında, sağlık çalışanları ile üçüncü şahıslar arasında, sağlık çalışanları ile hasta veya hasta yakınları ya da üçüncü şahıslar arasında, hasta veya hasta yakınları ile hasta veya hasta yakınları arasında, üçüncü şahıslar ile üçüncü şahıslar arasında, hasta veya hasta yakınları ile üçüncü şahıslar arasında farklı biçimlerde meydana gelmektedir. Bunlar arasında en fazla sözel şiddet sıklıkla gözlenirken aynı zamanda sözel şiddetle birlikte fiziksel şiddet de gözlemlenmektedir (Ergur, 2009: 8).



Yapılan araştırmalar işyeri şiddetinin her sektör ve işyerinde görülen bir sorun olduğunu ve bu sorunun hizmet sektöründe daha sık ve yoğun olarak yaşandığını göstermektedir. Özellikle kamu hizmetlerinin üretildiği, topluma sunulduğu ve insan ilişkilerinin yoğun olarak yaşandığı alanlarda çalışanların işyeri şiddetine daha fazla maruz kaldıkları saptanmıştır (Özen Çöl, 2008: 107). Sağlık işyerlerinde çalışanların diğer iş yerlerinde çalışanlara göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu tespit edilmiştir (Dikmetaş, Top ve Ergin, 2011: 138; Elliott, 1997: 38; Yeşıldal, 2005: 282). Dünyadaki her iki sağlık çalışanından birisi şiddete maruz kaldığını yapılan araştırmalar ortaya çıkarmıştır. Araştırmalar, çalışma yaşamındaki bütün şiddet olaylarının %25'nin sağlık sektöründe ortaya çıktığını ve sağlık sektöründe çalışanların %50'sinin şiddete maruz kaldığını göstermiştir (Can ve Beydağ, 2013: 422).

Hizmetten yararlananların çeşitli nedenlerle memnun olmadıkları için sağlık çalışanlarına şiddet uygularken, şiddet sonucunda ise hizmette aksaklık yaşanacağı için yine memnuniyetsiz bir şekilde ayrılması olasıdır.

## **SAĞLIK ÇALIşANLARINA YÖNELİK şİDDETİN NEDENLERİ**

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin kaynağı çok çeşitlidir. Bireysel faktörler şiddetin oluşmasında rol oynayabilir. Örneğin; çalışanın cinsiyetinin kadın olması, akıl hastalığı, alkol ya da uyuşturucu kullanan hastaların sağlık çalışanlarına yönelik şiddet riskini artırmaktadır (Cooper and Swanson, 2002: 6). Sağlık hizmetinin sunulduğu ortamın fiziki koşulların yetersizliği, kötü aydınlatma, güvenlik yetersizliği, hastaların fazla beklemesine neden olan iş akışının iyi düzenlenmemesi, aşırı kalabalık, personel yetersizliği gibi organizasyonel faktörler de şiddet riskini arttıran nedenler arasında yer almaktadır (Pınar ve Pınar, 2013: 318). Sağlık hizmetlerinin sunumunun 24 saat kesintisiz olması, stresli aile üyelerinin varlığı, hastaların hizmetten yararlanmak için uzun süre beklemesi ve bakım hizmetlerinden yeterince yararlanamaması gibi durumların varlığı şiddet nedenlerini oluşurmaktadır. Ayrıca işlerin yoğun olması, personel sayısının yetersiz olması, yoğun çalışma koşullarına sahip olma, şiddetle baş etme hususunda çalışanın eğitim yetersizliği gibi faktörler de şiddet riskini arttıran nedenler arasında yer almaktadır (Çamcı ve Kutlu, 2011: 10). Kendileriyle ilgilenilmediği düşüncesi, kendi hastalarının daha acil olduğu düşüncesi, bekleme salonlarının düzensiz olması, kendilerine adil davranılmadığı şüphesinin bulunması gibi nedenler de sağlık çalışanına yönelik şiddeti ortaya çıkarmaktadır (Akça, Yılmaz ve Işık, 2014: 3).

Sağlık hizmeti sunucuları farklı yönetim teknikleri kullandıkları için karmaşık yapıya sahip kuruluşlardır. Bu nedenle sağlık çalışanları, hizmet sundukları kişilerden etkilenmekte ve kendileri de bu kişileri etkileyebilmektedirler. Bu karmaşık yapıda genellikle açık ve etkili bir iletişimin gerçekleşmediği ve bazı iletişimsel sorunların yaşandığı bilinmektedir. Bu iletişimsel sorunların temelinde ortamsal özellikler, tarafların bireysel özellikleri, hasta ve hastalık psikolojisi ve sağlık çalışanlarının kullandığı tıbbi terminolojidir (Yağbasan ve

Çakar, 2006: 613,614). Sağlık çalışanları açısından taraflar arası iletişim önemi yadsınamaz nitelik taşımaktadır.

Sağlık kurumlarında altyapı ve donanım eksiklikleri, personel yetersizliği veya kötü yönetimden kaynaklanan uzun beklemler, uzayan kuyruklar, geciken randevular, aşırı iş yükü, olumsuz çalışma koşulları, hastalara yeterince zaman ayıramama, boş yatak bulunmaması, hastalar için asgari konfor ve güvenliğin sağlanmaması, hastane güvenliğinin yetersizliği, iltimas ve adam kayırmacılık, park olanaklarının yetersizliği ve hastanelerin yedi gün yirmi dört saat halka açık olması ve hizmet vermesi gibi örgütsel faktörler şiddete zemin hazırlayan etmenler arasındadır (Aydın, 2008: 4). Sağlık kurumlarındaki örgütsel faktörlerdeki aksaklıklar sağlık çalışanlarına şiddet niteliğinde davranışların oluşmasında sebep olabilir.

Sağlık kurumlarının rahat olmayan çevresel koşulları, ortamın gerilimini arttırmakla birlikte bu gerilim önyargı oluşmasına veya aleyhte tavır almaya neden olarak şiddetin ortaya çıkmasını sağlamaktadır (Altıntaş, 2006: 23).

Hem sağlık çalışanların hem de hastaların içinde yaşadığı mevcut ekonomik ve toplumsal koşulların yarattığı sosyal psikoloji, karşılıklı tahammülsüzlüğü, empati ve tolerans yitimine neden olmakla birlikte gündelik hayatta var olmak için bencilce rekabeti “olumlu” bir değer olarak kodlamaktadır. Bunun sonucunda böyle bir ortamda, sağlık çalışanları ve hastaların birbirleriyle olumsuz etkileşimlere girmesi ve mevcut olumsuz etkileşimlerin bir süre sonra şiddete dönüşmesi kaçınılmaz bir gerçek olarak değerlendirilmektedir (Adaş, Elbek ve Bakır, 2008: 18).

## **SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN OLASI ETKİLERİ**

Sağlık çalışanlarına yönelik ruhsal ve fiziksel etkileriyle ortaya çıkan şiddet, ana hatları ile sözel, fiziksel ve cinsel şiddet ile karşılaşmaktadır (Ayrancı vd., 2002: 148). Sağlık işyerlerinde karşılaşılan sözel, fiziksel, psikolojik ve cinsel içerikli olarak farklı türlerde meydana gelen şiddet olaylarının maliyeti de bireysel, kurumsal ve toplumsal düzeyde ortaya çıkmaktadır (Keser Özcan ve Bilgin, 2011: 1143). Sağlık çalışanlarına yönelik bireysel düzeydeki etkileri; yaralanma, motivasyon kaybı, tükenmişlik, post travmatik stres bozukluğuna sebep olurken, sağlık çalışanlarına yönelik kurumsal düzeydeki etkileri ise iş gücü kaybına neden olmaktadır.

Çalışanların karşılaştıkları şiddet, işyerinde mesleki sağlık ve güvenlik sorunu haline geldiğini göstermektedir (Özen Çöl, 2008: 108). Bu açıdan değerlendirildiğinde sağlık çalışanları üzerinde şiddet psikolojik, kariyer ve finansal olarak etkilemektedir (Stanko, 2002: 53). Fiziksel ve duygusal şiddete maruz kalan çalışanların yaşadığı duygusal deneyimler arasında; öfke, şok, korku, şaşkınlık, tükenmişlik, güven kaybı, depresyon, anksiyete, öğrenme güçlükleri, sosyal ilişkilerden çekilme ve uyku bozukluğu gözlemlenmektedir.

Bunların yanı sıra, işyerinde şiddet, çalışanların kariyerini etkilemekte ve işyerinde şiddete maruz kalanların, kurumlarından ayrılması sıklıkla karşılaşılan durumlar arasındadır (Cooper and Swanson, 2002: 7; Stanko, 2002: 54; Parlar, 2008: 552;).

Sağlık hizmeti sunumu sırasında karşılaşılan şiddet, hasta/hasta yakınları açısından değerlendirildiğinde hizmetin sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Sunulan hizmetin aksamasını ya da hizmetin sunulmasını engellemektedir (Ayrancı vd., 2002 : 152). Şiddete maruz kalan çalışanların işten ayrılma gibi durumlarda sağlık insan gücünde azalma durumunda sunulan hizmetin kalitesinin düşmesi olası sonuçlar arasında değerlendirilebilir.

Sağlık kurum ve kuruluşlarında şiddetin yaşanması durumunda doğrudan ve dolaylı olarak maliyetlerin artmasına neden olmaktadır. Personel sağlama (ilan, duyuru vb.) ve seçme faaliyetleri için yapılan harcamaları doğrudan maliyetler oluştururken, personelin işe alıştırılması, hizmet içi eğitimi için yapılan harcamalar, personel verimliliğinin düşmesi sonucu ortaya çıkan maliyet artışları da dolaylı maliyetleri oluşturmaktadır (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 355).

Sağlık işyerinde şiddetten dolayı sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşmesi, sağlık çalışanlarının kurumdan veya mesleklerinden ayrılmaları, sağlık çalışanlarının fiziksel ya da psikolojik olarak zarar görmeleri sebebiyle topluma sunulan genel sağlık hizmetlerinde bir daralma ve genel maliyetlerin artması ile sonuçlanabilir (Sarcan, 2013: 19). Şiddet, hizmetin verimliliğini ve etkililiği düşürmesi nedeniyle toplumsal açıdan olumsuz olarak değerlendirilebilir.

## **SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDETİN YÖNETİMİ**

Hasta ve çalışan için küçük çaplı önlemler ve hastaneyi ilgilendiren büyük çaplı önlemler olmak üzere başlıca iki ana yöntemle şiddetle başa çıkmak mümkündür. Hastayı yakından gözlemek, detaylı öykü almak, hastaya yaklaşımda stresle baş etme yollarını öğrenmek, etkili sözel ve sözel olmayan beceriler gibi güncel yaklaşımların yanı sıra kısıtlama, tecrit etme ve ilaçla tedavi gibi geleneksel yöntemler ile hastaya odaklı önleyici yöntemlerle şiddet yönetimi yapılmaktadır. Uygun raporlama sistemleri, etkili güvenlik eğitimleri, güvenlik görevlilerinin insana davranışı ve saldırganlık konusunda eğitilmeleri, 24 saat alan içi güvenlik sağlanması, güvenli kapılar, güvenlik kameraları, metal detektörleri ve kontrol noktaları, koruyucu akrilik pencere, panik alarmları ve kayıt tutarak hastane geneli ile geniş çaplı önlemler alınmasıyla şiddetin yönetimi sağlanır (Atan ve Dönmez, 2011: 77).

Sağlık çalışanlarının şiddetin yönetimi için çatışma çözümü, risk farkındalığı ve saldırı yönetimi konusunda eğitim almaları sağlanmalıdır. Şiddet yönetiminin eğitim programının içeriği, şiddet işaretleri olabilecek bulguları izleme; öfkenin sözlü ifadesi, tehditkar beden dili, ilaç bağımlılığı ve alkol kullanım belirtileri ve silah olması, öfkeyi ele alacak davranışlarda bulunma; dokunma, order vermeme,

sakin olma, bireyin duygularını anlamaya çalışma, agresif olarak yorumlanacak davranışlardan kaçınma (aniden kalkma, sesi yükseltme vb.), alarında olma; hasta/hasta yakını ile beraberken potansiyel şiddet için her durumu değerlendirme, potansiyel bir şiddet durumunda yalnız olmama gibi durumların değerlendirilmesi için yararlı olacağı düşünülmektedir (Beşer, 2012: 43). Şiddet anında korunma eğitiminin yanı sıra şiddet oluşumunun önlenmesine yönelik eğitimlerle şiddet yönetiminin sağlanması daha etkili olacağı düşünülebilir.

### **Türkiye’de Sağlıkta Yaşanan Şiddetin Nedenlerini Anlamaya Ve Çözüm Yolları Geliştirmeye Yönelik Olarak Yapılan Çalışmalar**

Son yıllarda artış gösteren doktorlara ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddet içerikli saldırılar, toplumsal bir sorun haline gelmiştir (Eker et al., 2012: 19). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ülkemizde sanıldığından daha yüksek oranlarda olmasına rağmen bildirim azdır. Çalışanların haklarını savunacak yeterli ve etkin yasal düzenlemelerin olmayışı bunun en önemli nedenini oluşturmaktadır. Sağlık çalışanlarının güvenli koşullarda çalışması ve olabilecek şiddet riskinin azaltılması için güvenli ortamın sağlanması, çalışanların eğitilmesi, mevzuatların düzenlenmesi sağlık yöneticilerinden beklenen görevlerdendir (Al et al., 2012: 121). Ülkemizde hastaneler, sağlık çalışanları için gün geçtikçe tehlikeli ortamlar olmaktadır. Bu nedenle hekimler ve sağlık çalışanları kendilerini güvende hissetmemektedir (Annagür, 2010: 162). Ülkemizde sağlık personelinin mağdur olduğu eylemlere ilişkin “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”, “İşyerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesine Dair Yönetmelik” yürürlüktedir. Bunların yanı sıra sağlık personeline yapılan sözel saldırılar, yaralamalar, darp ve öldürmeye ilişkin hükümlerine de “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” yürürlüktedir.

### **Mevzuat, Düzenleme ve Uygulamalar**

7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesinin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerine, 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak 6 Nisan 2011 tarihili ve 27897 sayılı resmi gazetede hasta ve sağlık çalışanlarının güvenliklerini sağlamak amacıyla on iki maddelik bir genelge yayımlanmıştır (Resmi Gazete, 27897).

Bu genelge (Resmi Gazete, 27897) tüm sağlık kurumlarında;

- Hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına,
- Hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına,
- Sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine,
- Bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine,

➤ Hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları içermektedir.

Bu yönetmenlikte hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olarak 4. maddesinin (f) bendinde: sağlık hizmeti sunumunda hasta ve çalışanların zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçler ile ilgili alınacak tedbir ve iyileştirmeleri içermektedir. Beşinci madde bu tedbir ve iyileştirmelerin sağlanmasını sağlık kurumlarına tevdi etmiştir. Yedinci maddesinin (d) bendi çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine için düzenleme yapılmasını ve gerekli tedbirlerin alınmasını öngörmüştür.

Aynı zamanda psikolojik tacizle mücadeleyi güçlendirmek üzere başbakanlık talimatıyla 19 Mart 2011 tarihili ve 27879 sayılı resmi gazetede “İşyerlerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) önlenmesi” için psikologlar vasıtasıyla çalışanlara yardım ve destek sağlamak için “ALO 170” merkezi kurulması için bir genelge yayımlanmıştır. Ayrıca çalışanların uğradığı psikolojik taciz olaylarını izlemek, değerlendirmek ve önleyici politikalar üretmek üzere Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde Devlet Personel Başkanlığı, sivil toplum kuruluşları ve ilgili tarafların katılımıyla “Psikolojik Tacizle Mücadele Kurulu” kurulması kararı alınmıştır (Resmi Gazete, 27879).

### **Beyaz Kod Uygulaması**

Sağlık Bakanlığı çalışanlarının şiddet olaylarını bildirmek için 24 saat hizmet verecek “113” numaralı telefonu ve web sitemizdeki bildirim formunu kullanabilecekleri bir uygulaması bulunmaktadır. Sağlık çalışanına yönelik herhangi bir şiddet olayı gerçekleştiğinde kurum yöneticileri tarafından derhal “113” numaralı telefonla Beyaz Kod Birimine bildirim yapılır. Eş zamanlı olarak olayın; ilgili kurumun hukuk birimine ve adli mercilere intikal ettirilmesi, müteakiben de bakanlığın web sitesinde “Beyaz Kod Bildirim Formu”nun eksiksiz bir şekilde doldurulması ile sistem çalışmaktadır. Şiddete uğrayan sağlık çalışanı tarafından “113” numaralı telefona doğrudan da bildirim yapılabilmektedir. Bildirim üzerine Beyaz Kod Birimi, olayın adli makamlara intikal ettirilip ettirilmediğini araştırarak ve şayet ettirilmemiş ise olayı derhal adli makamlara bildirilmesiyle süreç işlemektedir. Beyaz Kod Birimi, ayrıca şiddet olayının gerçekleştiği sağlık kurumunun hukuk birimlerine de olayın bildirildiğini teyit edecektir. Şiddet olayları için Bakanlık hukuk birimleri, işlenen suçtan mağdur olan Bakanlık personeline veya vefatı halinde kanuni mirasçılara bir avukatın hukuki yardımını isteyip istemediğini soracak ve talep etmeleri halinde Bakanlık avukatlarınca ilgili personele 28.04.2012 tarihli ve 28277 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde hukuki yardım yapılmaktadır (<https://beyazkod.saglik.gov.tr/KullanımKilavuzu.pdf>, Erişim Tarihi: 28.10.2017).

## **Türkiye’de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddete İlişkin Çözüm Önerileri**

Ülkemizde sağlık çalışanlarına yönelik şiddete ilişkin çok sayıda araştırma yapılmasına karşılık, toplumumuzun erkek egemen yapısı nedeni ile kadına ve kadın ağırlıklı mesleklere yönelik şiddet davranışları giderek artmıştır. Çıkarılan kanunlar sadece şiddet sonrası dönemde yapılan başvurulara yöneliktir. Bu anlamda yazılı, görsel basının desteğini sağlayıcı çalışmalar yapılamamış, diğer disiplinlerin de katılımı sağlanamamıştır (Altıntaş, 2006: 37). Yoğun çalışma şartlarına sahip olan sağlık çalışanlarının sundukları hizmetlerin niteliğinin düşmesinin nedenlerinden hasta ve hasta yakınlarına yeterince bilgi verilmemesi gelmektedir. Bunun sonucunda da sunulan hizmetteki memnuniyetsizlik ve ihmal edilmiş oldukları düşüncesi şiddetin nedenlerini artıran en büyük faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (<http://www.isguvenligi.net/dunyada-ve-turkiyede-sagliga-ve-saglik-calisanlarina-yonelen-siddet/>, Erişim Tarihi: 13.10.2017). Sunulan hizmetin memnuniyetine daha önem verildiği takdirde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin ciddi oranda azalacağı beklenmektedir.

Toplumsal müdahaleler yoluyla şiddetin azaltılmaya yönelik girişimlerde bulunulabilir. Sağlık işyerlerinde şiddet durumuna karşı müdahale stratejileri geliştirilmelidir. Şiddete yönelen nedenlerden özellikle muayene sırasında beklenebileceği konusunda halka eğitim verilmelidir. Şiddete uğrayan risk grupları için de müdahale öncelikli stratejiler geliştirilmelidir (İlhan vd., 2013: 10). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin önlenmesi için şiddet konusundaki farkındalıklarının ve duyarlılıklarının artırılmasına yönelik eğitimlere önem verilmelidir. Şiddeti rapor etmek için açık yazılı tedbir ve prosedürlerin kolay ulaşılabilir hale getirilmesi ve çalışanların şiddeti rapor etmeleri konusunda cesaretlendirilmesi gerekmektedir. Bu sayede şiddetin vardığı boyutu, sonuçların daha objektif değerlendirilmesi, alınacak tedbirlerin daha net belirlenmesi sağlanmış olacaktır (Sucu, Cebeci ve Karazeybek, 2007: 161).

## **Türkiye’de Yapılan Çalışmalar**

Türkiye’de son 5 yılda yapılmış “şiddet ve sağlık” kavramlarının literatürü taranarak 15 çalışmaya ulaşılmıştır. Anahtar kelimelerle çeşitli kombinasyonlar yapılarak Google, Google Akademik, ULAKBİM arama motorlarında tarama yapılmış ve uygun bulunanlar çalışma kapsamına dahil edilmiştir. Bu hizmetin geçmişten günümüze olacak şekilde incelenerek uygulanabilir somut öneriler sunulmuştur.

Şiddet ve sağlık konusu üzerine yapılmış çalışmalardan derlenen bilgiler kullanılarak uygulanabilir, somut verilere ulaşılmaya çalışılmıştır.

Araştırmacıların çoğu, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet konusunu çalışmışlardır. İncelenen 15 çalışmanın araştırmacılarından 13’ü hekim, 2’si sağlık yönetimi uzmanı, 2’si kalite birimi görevlisidir. Bunların yanı sıra tıbbi dokümantasyon ve ilk ve acil yardım alanlarından da araştırmacı mevcuttur.

Renkli kod uygulamalarına ve sağlık çalışanlarının şiddet olaylarını değerlendirmesi ve oneriler sunmasına yönelik çalışmalar da bulunmaktadır.

Araştırmacılar daha çok sağlık alanında çalışan meslek gruplarının işyeri şiddeti ile karşılaşma oranını, şiddetin kaynağını, şiddet türünü ve sıklığını, şiddet algısını değerlendirmeyi amaçlamışlardır.

Araştırmacıların büyük bir çoğunluğu evren ve örneklem seçiminde kamuya ait hastaneleri tercih etmişlerdir. Aynı zamanda ağız ve diş sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri, niversite hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerini tercih eden araştırmacılar da mevcuttur. Çalışmaların çoğunda rneklemi tüm sağlık çalışanları oluştururken, 2 çalışmanın örneklemine acil servis çalışanları oluşturmaktadır.

İncelenen çalışmalardan 13 tanesi anket yöntemi ile, 2'si teorik nitelik ve tarihci metodu ile kaynak taraması tekniğinden yararlanılarak yapılmıştır. Çalışmaların yaridan fazlası araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen ve uzman görüşüne başvurularak düzenlenen anket formunu kullanmışlardır. Bunun yanı sıra 2 alışma ILO ve DSÖ İşyeri şiddeti lği ile, 2 alışma Arnetz tarafından geliştirilen şiddet Olayı Formu ile hazırlanmıştır.

Çalışmalarda ortaya çıkan sonuç sağlık çalışanlarının  $\frac{3}{4}$ 'ünün şiddete maruz kaldığı, en fazla şiddete maruz kalan meslek grubunun hekimler olduğu, erkek çalışanların kadın çalışanlara göre daha fazla şiddete maruz kaldıkları, şiddet türünün çoğunlukla sözel olarak yaşanmasının yanı sıra fiziksel şiddetin de azımsanmayacak boyutta olduğu, şiddetin çoğunlukla hasta yakınları tarafından gerçekleştirildiği ve şiddet çoğunlukla acil servislerde yaşanmaktadır.

## SONUÇ

“şiddet”, insanların varlığından şikyeti olmalarına rağmen ancak yine de devamına isteyerek veya istemeyerek katkıda bulunduğu bir olgu olarak yaşamımızın içinde yer almaktadır. Sağlık alanında çalışanlar için sağlıklı ve güvenli bir ortamın sağlanması, çalışanların farkındalıklarının artırılması ve şiddeti nleme programlarının etkin bir şekilde uygulanması ile mümkün olacaktır. şiddeti önlemeye yönelik alternatif davranış modelleri ile Türkiye genelinde sağlık çalışanlarına eğitimler verilmesi ile yararlı olunacağı kanısındayız.

## KAYNAKÇA

Adaş E.B., Elbek O. ve Bakır K. (2008), *Sağlık Sektöründe Şiddet Raporu I*, Türk Tabipleri Birliği Gaziantep-Kilis Tabip Odası Yayını, 55.

Akça N., Yılmaz A. ve Işık O. (2014), *Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet: Özel Bir Tıp Merkezi Örneği*, Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi, 13(1): 1-12.

Al B., Zengin S., Deryal Y., Gökçen C., Arı Yılmaz D., Yıldırım C. (2012), *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet*, The Journal Of Academic Emergency Medicine, 11: 115-124.

Altıntaş N. (2006), *Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşirelere Yönelik Şiddetin Belirlenmesi*, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yrd.Doç.Dr. Y. Kutlu).

Annagür B. (2010), *Violence Towards Health Care Staff: Risk Factors, Affects, Evaluation and Prevention*, Current Approaches in Psychiatry, 2(2): 161-173.

Aslan Ö., Lofçalı A., Uğur Ş., Tuğlu A. (2005), *Hemşirelerin Acil Serviste Şiddet Gören Olgu Senaryolarına Yaklaşımları*, Gülhane Tıp Dergisi, 47(1): 18-23.

Atan, Ş. Ü. ve Dönmez, S. (2011), *Hemşirelere Karşı İşyeri Şiddeti*, Adli Tıp Dergisi, 25 (11): 71-80.

Aydın M. (2008), *Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı*, Türk Tabipleri Birliği Isparta-Burdur Tabip Odası Başkanlığı Yayını, 34.

Ayrancı Ü., Yenilmez Ç., Günay Y., Kaptanoğlu Ç. (2002), *Çeşitli Sağlık Kurumlarında ve Sağlık Meslek Gruplarında Şiddete Uğrama Sıklığı*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3: 147-154.

Beşer A. (2012), *Sağlık Çalışanlarının Sağlık Riskleri ve Yönetimi*, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 5(1): 39-44.

Büyükbayram A. ve Okçay H. (2013), *Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddeti Etkileyen Sosyo-Kültürel Etmenler*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(1): 46-53.

Can Gürkan Ö. ve Coşar F. (2009), *Ekonomik Şiddetin Kadın Yaşamındaki Etkileri*, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3): 124-129.



Can K. ve Beydağ K.D. (2013), *Acil Servis Hemşirelerine Hasta ve Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddetin İncelenmesi*, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(4): 419-430.

Cooper C. L. and Swanson N. (2002), *Workplace Violence in the Health Sector Introduction*, State of the Art, 1-67.

Çabuk Kaya N. (2006), *Şiddetin Sosyal Dinamikleri: Yoksulluk, İşsizlik ve Göç*, Toplumsal Bir Sorun Olarak “ŞİDDET” Sempozyumu Bildiri Kitabı, 105-120.

Çamcı O. ve Kutlu Y. (2011), *Kocaeli’nde Sağlık Çalışanlarına Yönelik İşyeri Şiddetinin Belirlenmesi*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(1): 9-16.

Dikmetaş E., Top M. ve Ergin G. (2011), *Asistan Hekimlerin Tükenmişlik ve Mobbing Düzeylerinin İncelenmesi*, Türk Psikiyatri Dergisi, 22(3): 137-149.

Dişsiz M. ve Hotun Şahin N. (2008), *Evrensel Bir Kadın Sağlık Sorunu: Kadına Yönelik Şiddet*, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi,1(1): 50-58.

Definition and Typology of Violence, <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/>, Access date: 26.10.2017.

Dünyada ve Türkiye’de Sağlığa ve Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet, <http://www.isguvenligi.net/dunyada-ve-turkiyede-sagliga-ve-saglik-calisanlarina-yonelen-siddet/>, Erişim Tarihi: 13.10.2017.

Eker H.H., Özder A., Tokaç M., Topçu İ., Tabu A. (2012), *Aggression and violence towards health care providers, and effects thereof*, Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 4: 19- 29.

Elliott P.P. (1997), *Violence in Heath Care What Nurse Managers Need to Know*, Nurse Manage, 28(12): 38-42.

Ergur A. (2009), *İnsan Ve Şiddet*, Hekime Yönelik Şiddet Çalıştayı, TTB, İstanbul Tabip Odası, 1-70.

İlhan M.N., Çakır M., Tunca M.Z., Avcı E., Çetin E., Aydemir Ö., Tezel A., Bumin M.A. (2013), *Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar*, Gazi Medical Journal, 24: 5-10.

Kavuncubaşı Ş . ve Yıldırım S. (2012), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, Siyasal Kitabevi 3. Baskı, Ankara, 592.

Keser Özcan N. ve Bilgin H. (2011), *Türkiye’ de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Sistematik Derleme*, Türkiye Klinikleri J Med Sci, 31(6): 1442-1456.

Kızmaz Z. (2006), *Şiddetin Sosyo-Kültürel Kaynakları Üzerine Sosyolojik Bir Yaklaşım*, Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 16(2): 247-267.

Kocacık F. (2001), *Şiddet Olgusu Üzerine*, C.Ü. İktisadi İdari Bilimler Dergisi, 2(1): 1-7.

Özen S. (2007), *İşyerinde Psikolojik Şiddet ve Nedenleri*, “İş, Güç” Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 9(3): 1-24.

Özen Çöl S. (2008), *İşyerinde Psikolojik Şiddet: Hastane Çalışanları Üzerine Bir Araştırma*, Çalışma ve Toplum, 19(4): 107-134

Özerkmen N. (2012), *“Toplumsal Bir Olgu Olarak Şiddet”*, Akademik Bakış Dergisi, 28: 1-19.

Parlar S. (2008), *Sağlık Çalışanlarında Göz Ardı Edilen Bir Durum: Sağlıklı Çalışma Ortamı*, TAF Preventive Medicine Bulletin, 7(6): 547-554.

Pınar T. ve Pınar G. (2013), *Sağlık Çalışanları ve İşyerinde Şiddet*, TAF Preventive Medicine Bulletin, 12(3): 315-326.

Resmi Gazete, *Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik*, Sayı: 27897.

Resmi Gazete, *İşyerinde Psikolojik Tacizin (Mobbing) Önlenmesi*, Sayı: 27879.

Sağlık Bakanlığı Beyaz Kod Uygulaması,  
<https://beyazkod.saglik.gov.tr/KullanimKilavuzu.pdf>, Erişim Tarihi:  
28.10.2017.

Sarcan E. (2013), *Toplumun Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddete Bakış Açısı*, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi (Tez Danışmanı: Doç.Dr. Behçet Al).

Stanko E. A. (2002), *Workplace Violence in the Health Sector Section 5*, State of the Art, 49-60.

Sucu G., Cebeci F. ve Karazeybek E. (2007), *Acil Birim Çalışanlarına Hasta ve Yakınları Tarafından Uygulanan Şiddet*, Türkiye Acil Tıp Dergisi, 7(4): 156-162.

Tengilimoğlu D., Işık O. ve Akbolat M. (2012), .Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Nobel Akademik Yayıncılık Eğim Danışmanlık Tic. Ltd. şti. Geliştirilmiş 5. Basım, 579.

Türk Dil Kurumu (2005), Türkçe Sözlük, Türk Dil Kurumu Yayınları, Ankara, 1866.

Vural F., Çiftçi S., Fil ř., Dura A., Vural B. (2013), *Bir Devlet Hastanesinde Acil Servis Çalışanlarına Yönelik şiddet: şiddetin Rapor Edilme Sıklığı*, Türk Aile Hekimliği Dergisi, 17(4): 147-152.

Yağbasan M. ve Çakar F. (2006), *Doktor-Hasta İlişkisinde Dile Ve Davranışa Dayalı İletifimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araşturması*, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 15: 609-629.

Yeşildal N. (2005), *Sağlık Hizmetlerinde İş Kazaları ve şiddetin Değerlendirilmesi*, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4(5): 280-302.

World Health Organization: Violence and Health: Task For on Violence and Health(2002), Cenevre, WHO, 45.

Workplace Violence in the Health Sector Country Case Study – Questionnaire,  
[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/interpersonal/en/WVq\\_uestionnaire.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/interpersonal/en/WVq_uestionnaire.pdf), Access Date: 25.10.2017.

# Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalık Tanılı Olgunun Koroner By-Pass Operasyonu Sonrası Hemşirelik Bakımı (Olgu Sunumu)

Nihal YILMAZ<sup>1</sup>  
Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA<sup>2</sup>

## Öz

Erişkinlerde en sık görülen kardiyovasküler hastalık koroner arter hastalıklarıdır, bu nedenle bu hastalıkların oluşumuna zemin hazırlayan risk faktörlerinin belirlenmesi ve sekonder korunma önlemlerinin uygulanması önemlidir. 85 yaşında, kadın hasta batıcı tarzda sırt ağrısı şikayeti nedeni ile kardiyoloji bölümüne alınmıştır. Anjiyografi sonrası, Aterosklerotik Kardiyovasküler Hastalık ön tanısıyla, kalp damar cerrahi kliniğe devir edilmiştir. Operasyon sonrası yoğun bakıma alınmıştır. Olgunun her gün yapılan fizik muayenesi laboratuvar ve izlem bulgularının değerlendirilmesi ile elde edilen veriler doğrultusunda hemşirelik sorunları belirlendi ve bakımı gerçekleştirildi. Akut ağrı, beden gereksiniminden az beslenme ve deri bütünlüğünde bozulma, elektrolit dengesinde bozulma riski, uyku biçiminde bozukluk, gaz alışverişinde bozulma, gastrointestinal fonksiyonlarda değişim, hiperglisemi gelişme riski, Miyokard kontraktilesinin azalmasına bağlı kardiyak debinin azalma riski, kanama riski, önemli hemşirelik sorunları olarak ele alındı. Hastanın yoğun bakım ünitesine kabulünden itibaren yoğun bakım ekibi işbirliği ile kapsamlı hemşirelik bakımı uygulanan ve olası risk/komplikasyon gelişmesi önlenerek prognozu iyi sonuçlandı. Post-op erken dönemde hemşirelik bakımı oldukça önemlidir. Bu olguda Koroner By-Pass operasyonu geçirmiş hastanın post-op erken dönemde hemşirelik bakımına ilişkin, hemşirelik sürecinin aşamaları incelenmiş, hemşirelik girişimlerinin önemine ve gerekliliğine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır. Bu konuda yapılan çalışmalar ve deneyimlerin paylaşılması bilgilerin arttırılmasına ve hemşirelik uygulamalarını geliştirmeye katkı sağlayacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Hemşirelik bakımı, yoğun bakım, kardiyovasküler hastalık, ateroskleroz, By-pass operasyonu

# **Nursing Care After Coronary Bypass Operation With Atherosclerotic Cardiovascular Disease (Case Study)**

## **Abstract**

Coronary artery disease is the most common cardiovascular disease in adults. Therefore, it is important to determine the risk factors for the development of these diseases and to apply secondary prevention measures. An 85-year-old female patient was admitted to the cardiology department for a back pain complaint. After angiography, Atherosclerotic Cardiovascular Disease was transferred to cardiovascular surgery clinic with an initial diagnosis. After the operation intensive care was taken. The nursing problems were identified and maintained in the direction of the data obtained by the physical examination laboratory and monitoring findings of the case every day. Acute pain, low nutrition and loss of skin integrity, Risk of deterioration in electrolyte balance, disorder in sleep, disruption of gas exchange, change in gastrointestinal function, risk of hyperglycemia, risk of decreased cardiac lead due to decrease of myocardial contractility, bleeding risk, important nursing problems receipt. From the admission of the patient to the intensive care unit, extensive nursing care was implemented in cooperation with the intensive care unit and the prognosis was improved by avoiding possible risk / complication development. In the early post-op period, nursing care is very important. In this case, the stage of the nursing process related to nursing care in the post-op early period of the patient who underwent Coronary By-Pass operation was investigated and it was aimed to draw attention to the importance and necessity of nursing interventions. The sharing of experiences and work done in this way will contribute to increase the information and improve the nursing practices.

**Key words:** Nursing care, intensive care, cardiovascular disease, atherosclerosis, By-pass operation

<sup>1</sup> Uludağ Üniversitesi SUAM, Kalp–Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi, Bursa,

<sup>2</sup> Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Balıkesir,

## Giriş

Ateroskleroz, dünyada en yaygın ölüm ve hastalık nedeni olan koroner kalp hastalıklarındandır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tahminlerine göre, tüm dünyada ölüm sebepleri ve yaşamı kısıtlayan hastalıklar arasında birinci sıraya yerleşecektir (Carpenter, Griss ve Loscalzo, 2002; Abaönü Babacan, 2005 ). Ateroskleroz lipidler, makrofajlar, düz kas hücreleri ve hücre dışı maddeleri değişik oranlarda içeren intimal plaklar sebebiyle oluşan, ilerleyici arteryel darlık ve tıkanmalara, arterlerin esneklik ve antitrombotik özelliklerinin bozulmasına sebep olan bir hastalıktır (Akdemir ve Aykar, 2008).

Ateroskleroz ve Koroner Arter Hastalık (KAH) ile ilgili risk faktörleri değiştirilebilir ve değiştirilemez şeklinde ikiye ayrılır. Irk, yaş, cinsiyet ve genetik gibi risk faktörleri değiştirilemez faktörlerdir. Yaş arttıkça KAH riski artmakta olup ailede KAH öyküsünün olması hem erkekler hem de kadınlar için risk oluşturmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri ise hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet, metabolik sendrom, sigara içmek, obezite, fiziksel hareketsizlik gibi etmenlerdir. Hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet ve metabolik sendrom biyolojik faktörler olup ilaç tedavisi, kilo azaltma ve diyetle kontrol altına alınabilmektedir. Koroner arter hastalıklarında sekonder korunmanın amacı; koroner ve diğer aterosklerotik vasküler hastalığı olan bireylerde hastalığın ilerlemesini önlemektir. Amerikan Kalp Birliği'nin sekonder korunma kapsamında yer alan önerileri; sigaranın bırakılması, arter kan basıncının kontrol edilmesi, kan lipid değerlerinin kontrolü, fizik aktivitenin artırılması, kilo kontrolü, diyabetin tedavi edilmesi, antiagregan /antikoagülan, renin anjiyotensin aldosteron antagonistleri ve beta bloker ilaçların verilmesi gibi hem biyolojik hem de davranışsal risk faktörlerinin kontrol altına alınmasıdır. Sağlık ekibi içerisinde yer alan hemşirelerin kardiyovasküler veya diğer kronik hastalıkların önlenmesinde, riskli kişilerde hastalığın ortaya çıkışının geciktirilmesinde ve olası komplikasyonların azaltılmasında toplumda farkındalık yaratma, bireyleri eğitme, bireylere sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazandırma ve hastalandıklarında da bireylerin tedaviye uyumunu sağlamada önemli sorumlulukları vardır. "Hemşire liderliğindeki kardiyovasküler klinikler" de yürütülen çalışmalarda, bu kliniklerde yapılan uygulamaların sağlıklı bireylerin ya da hastaların kardiyovasküler hastalıkları önleme ve tedavi girişimlerine uyumunu artırdığını ve hasta sonuçlarında iyileşmeler olduğunu gösteren kanıtlar vardır (Türkmen, Bahadır ve Ergün, 2012).

Koroner arter bypass greft (KABG) cerrahisi, koroner kalp hastalarında semptomları azaltmak, hastayı hastalık seyrindeki komplikasyonlardan korumak ve yaşam kalitesini yükseltmek için yapılan bir ameliyattır. Bu ameliyat kalp kasının oksijenlenmesini sağlayarak fiziksel aktiviteyi artırmaya yardımcı olur (Korkmaz, Alcan, Aslan ve Çakmakçı, 2015).

Kardiyovasküler kliniklerde hastalığı tedavi etmekten çok sağlığı geliştirmeye ve eğitime odaklanılmaktadır. Bu alanda eğitilmiş hemşireler tarafından bireylerin risk faktörleri ayrıntılı olarak değerlendirilmekte, gerekli olan yaşam biçimi

değişikliklerine uyumları incelenmekte, elde edilen veriler doğrultusunda gerekli düzenlemelere birey ile birlikte karar verilip uygulanması sağlanmakta ve bireylerin düzenli olarak izlenmeleri yapılmaktadır (Raftery, Yao, Murchie, Campell ve Ritche, 2005; Wood, et al, 2008).

Aterosklerotik kalp hastalıkları ülkemizde sık görülmekte ve cerrahi olarak müdahale edilerek sağlıklı yaşam süresi uzatılmaya çalışılmaktadır. Postoperatif erken dönemde hemşirelik bakımı oldukça önemlidir. Bu olgu sunumunda, koroner by-pass operasyonu olmuş hastamızın postoperatif erken dönemdeki hemşirelik yaklaşımları ve hemşirelik sürecinin aşamaları incelenmiş, hemşirelik girişimlerinin önemine ve gerekliliğine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

### **Olgu**

85 yaşında, kadın hasta. Batıcı tarzda sırt ağrısı şikayeti nedeni ile kardiyoloji bölümüne alınmış. Hipertansiyon (HT) ve Diabetes Mellitus (DM) öyküsü mevcut. Allerji öyküsü yok. Sigara ve alkol kullanımı yok. Hastanın üre, kreatin değerinde yükselme olduğu için hidrasyon başlanıp, monitörize edilerek yakın diürez ve elektrolit takibi başlanmış ve anjiyografi sonrası; Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık ön tanısıyla kalp damar cerrahi kliniğine devir edilmiş. 61 kg ve 1,61 cm boyunda olan hasta operasyona alınmış ve operasyon sonrası Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi'ne (KDCYBÜ) alınmıştır. Nitrogliserin ve dopamine infüzyonu başlanmış, operasyon gününün ilk 48. saatinde hastanın idrarı kısıtlanmış ve kreatin değeri artış gösterdiği için nefroloji konsültasyonu istenmiş. >üre/kre:58/0,95>üre/kre:73/1,79 Na/k:148/5,3 Ca:6,8 ast/alt:38/15 değerleri ile konsültasyonu görülmüştür. Renal doppler usg çekilmiş, nefrotoksik ajanlardan (nsai vb) kaçınılmış, hipotansiyondan kaçınılmış, yakın diürez takibi, günlük üre-kre-elekt görülmesi gibi nefroloji önerilerine uyulmuştur. Hastanın operasyon gününün 3. gününde elektrolit dengesi düzelerek kliniğe transferi sağlanmıştır. Hastanın klinik tedavisi tamamlandıktan sonra şifa ile taburcu olmuştur.

### **Hemşirelik Tanıları, Hemşirelik Bakımının Sonuçları ve Hemşirelik Girişimleri**

Aterosklerotik kardiyovasküler hastalık ön tanısıyla izlediğimiz olgunun, hemşirelik bakım sonuçları ve hemşirelik girişimleri Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntülerine dayalı North American Nursing Diagnosis Association-Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) tarafından belirlenen hemşirelik tanıları ve bunlara ilişkin yapılan girişim ve sonuçların değerlendirilmesine dayalı olarak planlanmıştır.

#### **1. Aktivite ve Egzersiz**

**Hemşirelik tanısı:** Kanamaya riski.

**İlişkili faktör:** Cerrahi travmaya bağlı, kullanılan ilaçlara (coraspin, heparine) bağlı

**Hedef:** Kanamayı önlemek

#### **Uygulama**

- Hastanın hidrasyonu artırılır,

- Cerrahi girişim alanı ve insizyon bölgesi kanama yönünden gözlem altında tutulur,
- Cerrahi spanç ve kompreslerdeki kan tahmin edilir, (tamamen ıslanmış bir spanç 4x4 10 ml, ıslanmış kompres 100-150 ml kadar kan)
- Derinin bütünlüğü sürdürülür,
- Dren kontrolü yapılır,
- Drenlerden gelen mayinin rengi kontrol edilir,
- Genito-üriner sistemin bütünlüğü sürdürülür,
- Güvenli çevre sağlanır,
- Hekim istemine göre K vitamini, taze kan transfüzyonu uygulanır,
- Kan kaybı sürekli takip edilerek, cerrahi aspiratörlerde kan kaybı bilinir,
- Kanama yönünden vital bulgular değerlendirilir, (Tansiyon düşüklüğü, nabız yüksekliği)
- Pansumanlar kontrol edilir,
- Seri hemotokrit kontrolleri yapılır,
- Yara kenarında şişme, ağrı, renk değişikliği kontrol edilir,
- Yara yeri kontrolü yapılır.

## 2. Beslenme

**Hemşirelik tanısı:** Beden gereksiniminden az beslenme ve deri bütünlüğünde bozulma

**İlişkili faktör:** Beslenme örüntüsünde bozulma ve etkisiz beslenmeye bağlı

**Hedef:** Deri bütünlüğünün sürdürülmesi ve beden gereksinimi kadarıyla beslenme

### Uygulama

- Bası noktaları belirli aralıklarla kontrol edilir,
- Bası yarası riski değerlendirilir, (Braden Skalası)
- Cilt travmalardan korunur,
- Ciltte ödem varlığı, ödem derecesi, turgor tonusu, nemliliği, rengi, bütünlüğü sık sık değerlendirilir,
- Dehidratasyon, ödem gibi durumlar riski arttırdığından aldığı-çıkardığı sıvı takibi yapılır,
- Deri hijyeni uygun malzemeler ile sağlanır, (kurutmayan, alkol içermeyen maddeler)
- Deri tıbbi cihaz ve araçların sebep olduğu basınç hasarı açısından gözlenir,
- Düzenli olarak deri hiperemi açısından gözlenir,
- Hidrasyonun yeterli olması için yeterli sıvı alımı sağlanır,
- Kuru derinin nemlendirilmesinde yumuşatıcı/nemlendirici ürünler kullanılır,
- Pamuklu, emici giysiler tercih edilir,
- Sürtünmeye neden olan faktörler belirlenir,
- Topuklara statik destek sağlanır,
- Vücut hijyeninin devamlılığı sağlanır,
- Yatak takımlarının temiz, kuru, kırıksız olması sağlanır,



- Hastanın oral ya da parenteral beslenmesi sağlanır.

### 3. Sıvı-elektrolit dengesi

**Hemşirelik tanısı:** Elektrolit dengesinde bozulma riski

**İlişkili faktör:** Sıvı-elektrolit dengesizliğine bağlı

**Hedef:** Sıvı-elektrolit dengesinin sağlanması

#### Uygulama

- Hiponatremi belirti ve bulgularının değerlendirilmesi,
- Hipopotasemi belirti ve bulgularının (EKG'de değişiklik, potasyumda düşüş, hipotansiyon) değerlendirilmesi ve normalden sapmaların hekime bildirilmesi,
- Günlük kilo takibinin yapılması; aldığı-çıkarıldığı takibinin yapılması,
- Beslenme durumunun düzenlenmesi,

### 4.Bilişsel-Algısal

**Hemşirelik tanısı:** Akut ağrı

**İlişkili faktör:** Cerrahi doku travması

**Hedef:** Ağrıyı gidermek veya en aza indirmek

#### Uygulama

- Ağrılı işlem sırasında mahremiyet korunur,
- Ağrının şiddeti hastanın yaşına uygun ölçek kullanılarak değerlendirilir,
- Ağrıyı ortaya çıkaran faktörler belirlenir,
- Analjeziklerin yan etkileri yakından izlenir,
- Ağrı deneyimi değerlendirilir,
- Hasta ve ailesi ile güvenli ilişki kurulur,
- Doktor istemine göre analjezik tedavisi uygulanır ve etkinliği değerlendirilir,
- Erken ameliyat sonrası dönemde sözsüz ve otonomik ağrı yanıtları değerlendirilir,
- Ses, ışık ve gürültü açısından uygun fiziksel çevre sağlanır,
- Vital bulgular değerlendirilir.

### 5.Uyku ve Dinlenme

**Hemşirelik tanısı:** Uyku biçiminde bozukluk

**İlişkili faktör:** Ağrıya sekonder olarak pozisyon alma güçlüğüne bağlı

**Hedef:** Yeterli ve dengeli bir uyku ve dinlenmenin sağlanması

#### Uygulama

- Gürültü, sesler azaltılır,
- İşlemler uyku dönemindeyken en az rahatsızlık verecek şekilde düzenlenir,
- Hastanın uyku örüntüsü özellikleri yakından izlenir ve kaydedilir,
- Hekim istemine göre ilaçları verilir.

### 6.Beslenme-Metabolik

**Hemşirelik tanısı:** Kullanılan ilaçlara bağlı hiperglisemi gelişme riski

**İlişkili Faktör:** Hastanın diabetes mellitus (DM) olması

**Hedef:** Hastanın kan şeker değeri 70- 100 mg/dl arasında olacak

### **Uygulama**

- Hastanın KŞ ölçümü uygun sıklıkta yapılacak,
- Diyetisyen ile görüşülerek diyeti düzenlenecek,
- Ana ve ara öğünlerini eksiksiz alması sağlanacak,
- Diyabet tedavisi hekim istemine göre uygulanacak,
- Diyabet eğitim hemşiresine bilgi verilerek uygun zamanda hasta ile görüşmesi sağlanacak.

### **7. Aktivite İntoleransı**

**Hemşirelik tanısı:** Miyokard kontraktilesinin azalmasına bağlı kardiyak debinin azalması riski

**İlişkili faktör:** Hipertansiyon, koroner hastalığı

**Hedef:** Erken müdahale ile hastada düşük kardiyak debiye bağlı komplikasyonlar olmayacak, Hastanın günlük yaşam aktivitelerini yorgunluk ve dispne olmadan yerine getirebilmesi.

### **Uygulama**

- Hareket toleransının değerlendirilmesi (yaşam bulguları, mesafe, ağrı kontrolü); hastaya göğüs ağrısı, nefes darlığı, baş dönmesi ve yorgunluk hissettiğinde aktiviteyi sonlandırması gerektiğinin açıklanması,
- Öncelikli aktivitelerin hastayla birlikte belirlenmesi,
- Enerji tüketimini azaltmak için yatak istirahati sağlanarak fowler pozisyonunun verilmesi,
- İhtiyacı olan eşyaların yakınına verilmesi,
- Hekim istemine göre oksijen verilmesi,
- Düşük kalp debisi belirti bulgularının takip edilmesi ve raporlandırılması (nabız kontrolü, kan basıncında düşme, nabızda artış, yorgunluk vb.) ihtiyacı olduğunda hastaya aktivitelerini gerçekleştirmesinde yardımcı olunması,
- Aldığı-çıkardığı takibinin yapılması,
- Aritmi açısından acil ilaç ve malzeme bulundurulması,
- Elektrokardiyografi (EKG) takibi yapılması,
- Yaşam bulgularının 2-4 saatte bir (apikal nabız dahil) kontrol edilmesi.

### **8. Aktivite İntoleransı**

**Hemşirelik tanısı:** Gaz alışverişinde bozulma

**İlişkili Faktör:** Kalp debisinde azalmaya bağlı doku perfüzyonunda bozulma

**Hedef:** Hastanın dispnesi olmadan yeterli ve etkin solunumun olması

### **Uygulama**

- Solunum sayısının ve ritminin değerlendirilmesi, önemli bir değişiklik gözlemlendiğinde hekime bildirilmesi,
- Akciğer seslerinin dinlenmesi,
- Kalp debisini arttıran girişimlerin (anksiyetenin azaltılması, Fowler pozisyon verilmesi) uygulanması,
- Hekim istemine göre lüzum halinde (LH) oksijen verilmesi,
- Aktivitelerinin izin verildiği ve tolere edebildiği düzeyde kademeli olarak artırılması,
- Hekim istemine göre diüretik verilmesi, etki ve yan etkilerinin değerlendirilmesi.

## 9. Eliminasyon

**Hemşirelik tanısı:** Konstipasyon riski

**İlişkili Faktör:** Barsak alışkanlığının değişmesi

**Hedef:** Hastanın normal sıklıkta ve kıvamda gaita yapması, rahatsızlık hissetmeyerek rutin barsak alışkanlığının devam etmesi.

### Uygulama

- Diyetle posa ve sıvıya yer verilmesi,
- Valsalva manevrasından kaçınılması için hastaya eğitim verilmesi,
- Barsak peristaltizmi ve motilitesini arttırmak için hastanın toleransına göre aktivite planlaması yapılması,
- Dışkılama zamanının düzene sokulması (özellikle kahvaltı sonrası),
- Hekim istemine göre lüzum halinde(LH) laksatif veya dışkı yumuşatıcı ilaç uygulaması.

### Olgu Analizi

Hastadan alınan anamnez doğrultusunda “Aktivite intoleransı” tanısı konuldu. Yapılan fiziki değerlendirme (nabız kontrolü ve kapiller dolum zamanı) ile kalp debisinde azalma saptandı. Ayakta uzun süre durduğunda ve yürürken halsizlik hissedilen hastada yatak istirahati uygulandı. Uygulanan hemşirelik girişimleri sonrasında aktivite düzeyi artırılmış ve mobilize olması desteklenmiştir.

Pre-operatif düşük kalp debisine bağlı doku perfüzyonunda bozulmaya neden olduğundan “Gaz alışverişinde bozulma” tanısı konuldu. Ekstübasyon sürecinde oksijen inhalasyonu desteği ve solunum fizyoterapisi yaptırılarak solunum sıkıntısı büyük ölçüde giderilmiştir ve hastanın uyumu sağlanmıştır. Hastaneye yatışından beri yetersiz beslenme gözlenen hastaya “Dengesiz beslenme- beden gereksiniminden az beslenme” tanısı konuldu. Diyetisyen işbirliği ile hastanın beslenme düzeyi artırıldı. Uykudan dinlenmeden uyandığını ve yeterli düzeyde uyuyamadığını ifade eden hastaya “Uyku biçiminde bozulma” tanısı konuldu. Hastaya bilgi verildikten sonraki takiplerde diğer günlerden daha fazla uyuduğunu (yaklaşık 4-5 saat) ve dinlenerek uyandığını ifade etti. Antikoagülan (Clexane) kullanımına bağlı “Kanama riski” tanısı konuldu. Hastada alınan önlemler neticesinde kanama belirtileri gözlenmedi.

Diüretik tedavi ve kardiyak diyet uygulaması nedeniyle “Elektrolit dengesinde bozulma riski” tanısı konuldu. Hipopotasemi veya hiponatremi belirtileri gözlenmedi. Aldığı-çıkardığı dengede. EKG izleminde AF ritminde olduğu kaydedildi. İlaç tedavisi hekim istemine göre uygulandı. Yine bu tanıyla paralel olarak kilo kaybı, kaşıntı, kuruluk ve turgorda azalma gözlenmesi nedeniyle “Deri bütünlüğünde bozulma riski” tanısı konulan hastada yapılan hemşirelik girişimleri sonucunda deri bütünlüğünün devamı sağlandı. Diüretik kullanımı, yetersiz beslenme ve yüksek anksiyete nedeniyle hastaya “Konstipasyon riski” tanısı konuldu. Uygulanan hemşirelik girişimleri neticesinde takip süresince konstipasyon gözlemlenmedi.

### **Sonuç ve Tartışma**

Hastaya uygulanan üst düzey hemşirelik bakımı ile hastanın insizyon bölgesinde kanama, enfeksiyon belirtileri gözlenmemiş ve dren takibi yapılmıştır. Hastanın pansumanı yapılırken aseptik ilkelere uyulmuş ve enfeksiyon oluşum riski büyük ölçüde önlenmiştir. Hastanın deri bütünlüğü verilen hemşirelik bakımı ile sağlanmış ve bası yarası riski önlenmiştir. Aldığı-çıkardığı sıvı takibi, kilo takibi yapılarak sıvı-elektrolit dengesi sağlanmıştır. Aktivite düzeyi artırılarak mobilize olması sağlanmıştır. Beslenme düzeyi artırılarak dehidratasyon ve elektrolit dengesizliği önlenmiştir.

Ekstübasyon sürecinde oksijen inhalasyonu desteği ve solunum fizyoterapisi yaptırılarak solunum sıkıntısı büyük ölçüde giderilmiştir ve hastanın uyumu sağlanmıştır.

EKG izlemi ve vital bulguları yakından ve saatlik takip edilerek önemli değişiklikler gözlemlendiğinde müdahalesi erken dönemde yapılarak komplikasyonlar büyük ölçüde önlenmiştir.

Hastanın post-op erken dönemde kan gazı takibi ve kan numune sonuçları röntgen filmi yakından takip edilerek olası müdahaleleri ekip işbirliği ile başarılı bir şekilde sağlanmıştır. Hastanın klinik sürecinde başarılı bir şekilde tedaviye yanıtı sağlanarak şifa ile taburculuğu, taburculuk eğitimi ile sağlanmıştır.

## Kaynakça

Abaönü Babacan, G. (2005). Koroner arter hastalığı majör risk faktörleri ve C-reaktif proteinin değerlendirilmesi. İstanbul: TC Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 5. Dahiliye Kliniği, Uzmanlık Tezi.

Akdemir, N. ve Akyar, İ. (2008). Aterosklerotik Kalp Hastalıklarından Korunma ve Hemşirenin Sorumlulukları. *İç Hastalıkları Dergisi*. 15(3): 125-130.

Carpenter, C., Griggs, R. ve Loscalzo, J. (2002). Cecil Essentials of Medicine. Çev. Ed: Çavuşoğlu H. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.

Korkmaz, F. D., Alcan, A. O., Aslan, F., E. ve Çakmakçı, H. (2015). Koroner arter baypas greft ameliyatı sonrası yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*. 23(2); 285-294.

Rafty, J. P., Yao, G. L., Murchie, P., Campbell, N. C. & Ritchie, L. D. (2005). Cost effectiveness of nurse led secondary prevention clinics for coronary heart disease in primary care: follow up of a randomised controlled trial. *BMJ*. 330: 707-710.

Türkmen, E., Badır, A. ve Ergün, A. (2012) Koroner arter hastalıklarından korunma. *ACU Sağlık Bil Derg* 12(3):223-231.

Wood, D. A., Kotseva, K., Connolly, S., Jennings, C., Mead, A. & Jones, J. (2008) Nurse-coordinated multidisciplinary, family-based cardiovascular disease prevention programme (EUROACTION) for patients with coronary heart disease and asymptomatic individuals at high risk of cardiovascular disease: a paired, cluster-randomised controlled trial. *Lancet*. 371(14): 1999-2012.

# Özel Yetenekli Öğrencilerin Coğrafya Derslerinde Bir Farklılaştırma Örneği Olarak Resfebenin Kullanımı

Emine YURTERİ\*  
emine.yurteri@hotmail.com

Hüseyin MERTOL\*\*  
huseyinmertol@sdu.edu.tr

## ÖZ

İçerik farklılaştırması, fikirlerden, kavramlardan, tanımlayıcı bilgi ve gerçeklerden oluşur. İçerik, öğrenme yaşantıları gibi, hızlandırma, yoğunlaştırma, çeşitlilik, yeniden düzenleme, esnek zaman, daha ileri ya da karmaşık kavramların, materyallerin kullanımıyla değiştirilebilir. Mümkün olduğunda öğrenciler içerik alanlarında kendi hızlarıyla ilerleme konusunda teşvik edilmelidir. Eğer belirli bir üniteyi kavrarlarsa, daha ileri öğrenme aktiviteleriyle desteklenmelidirler. Kısa adıyla anılan Resfebe resiml alfabe anlamına gelmekte olup, resfebe bilmeceleri ne matematiğe, ne de ağır bir genel kültür ve kelime bilgisine ihtiyaç duyar, biraz mantık ve hayal gücü ile çözülebilir. Genellikle birkaç harf veya resim ile oluşturulan resfebeler vardır, kaliteli bir resfede resmin manasını bulmak ayrı bir bilmecedir, harfler verilmişse de bunların çözerken kullanılara gereken biçimsel özellikleri vardır. Bu çalışmada konular ile ilgili içerik farklılaştırma amacıyla önce düz anlatım kullanılarak anlatılmış daha sonra resfebenin tanımı yapılarak düz anlatım yöntemi ile anlatılan coğrafya ders konularından biri için resfebe yapmaları istenmiştir. Öğrenciler tarafından toplamda 97 adet resfebe üretilmiş ve üretilen bu resfebeler altı ana grupta toplanmıştır. Bunlar coğrafi terimler, şehirler, ülkeler, yerler yerçekimleri, kıtalar ve iklim, şeklinde gruplandırılmıştır. Böylece ders daha etkin hala gelirken öğrencilerin zihinsel ve akıl yürütme konusunda bir farklılaştırma örneği sunabildiği sonucuna varılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Coğrafi Terimlerin Öğretimi, İçerik Farklılaştırma, Özel Yetenek

## Using Rebus as an Example of Differentiation in Geography Courses for Gifted Students

### ABSTRACT

Content differentiation consists of ideas, concepts, descriptive information and facts. Content, like learning experiences, can be changed by using accelerations, intensification, diversity, reorganization, flexible time, more advanced or complex concepts, materials. Whenever possible, students should be encouraged to progress at their own pace in content areas. If they have a specific unit, they should be supported by further learning activities. The short name of the picture means the picture alphabet. Recipes do not need mathematics, nor a heavy general culture and vocabulary, can be solved with some logic and imagination. There are usually resfabels created with a few letters or pictures, but

---

finding the quality of a resident's picture in a quality resume is a separate one, although the letters are given, they have formal features that must be used when solving. In this study, in order to differentiate the content related to the subjects, the course was first described as a lecture, then it is required to make resefeben for one of the geography course subjects described with the definition of resefebenin and explained with the lecture management. A total of 97 rescues were produced and produced and these rescues were collected in six main groups. These are grouped in terms of geographical terms, cities, countries, places, landmarks, continents, climate. Thus, it was concluded that students who are still more effective in the course can offer a differentiation example about mental and reasoning.

**Keywords:** Content Differentiation, Special Ability, Teaching Geographical Terms

\*Coğrafya Öğretmeni-Malatya Bilim ve Sanat Merkezi

\*\*Dr. Öğretim Üyesi-Isparta Süleyman Demirel Üniversitesi Eğitim Fakültesi / Türkçe ve Sosyal Bilgiler Eğitimi ABD

## Giriş

Özel yetenekli öğrenciler daha ileri, karmaşık ve entellektüel çalışmalarda sırf standart eğitim programının temellerini her yönüyle kazanamamış olmaları nedeniyle engellenmemelidirler. Bu tür durumlarda ileri eğitim süreçlerinin tanıtımı ve uygulamasının ertelenmesinin, bu çocuklar için cezalandırıcı bir etkisi olabilemektedir ve bu da bireysel gizil gücün gelişimini engelleyebilir (Davaslıgil, 2004). Farklılaştırılmış bir eğitimde içerik öğrenciler için anlamlı, öğrencilerin dünyaları ile ilişkili olmalıdır. Etkili bir içerik farklılaştırması kapsamındaki eğitim-öğretim materyalleri konuyla ilgili gerçek bilgilere, ilkelere ve genellemelere ulaşmaya aracı ve öğrencilerin kendilerini ve hayatı anlamlandırmalarına yardımcı olmalıdır (Tomlinson, 2007).

Farklılaştırma özel yetenekli öğrencilerin bireysel ihtiyaçlarını karşılayarak, gelişimini en üst düzeyde desteklemek için gerekli strateji ve ortamın sağlanması olarak tanımlanmaktadır (VanTassel-Baska, 2003). Farklılaştırmanın en önemli yanı özel yetenekli öğrenciyi kendi düzeyinde desteklemektir. Farklılaştırmada a) hızlandırma, b) karmaşıklık, c) derinlik, d) zorlayıcılık, e) yaratıcılık f) soyutluk temel özelliklerinin uygulanması gereklidir (VanTassel- Baska, 2003).

Özel yetenekli öğrencilerle yapılacak etkinlikler farklılaştırma yapılırken içerik, süreç, ürün ve öğrenme ortamlarının farklılaştırması şeklinde olmaktadır. İçerik farklılaştırılması disiplinler arası veya farklı kaynakların kullanılması gibi birden fazla becerinin kullanıldığı çalışmalarda ön plana çıkmaktadır (Popham, 1971). Özel yetenekli bireylerin özel ilgi alanlarını yansıtan; siyaset, farklı iklimler ve ülkeler, tarihi karakterler ve olaylar gibi... birçok konusosal bilimlere içinde barındırmaktadır.

Süreç farklılaştırmasında ise düşünceler, bilgiler veya beceriler zamana yayılan girdileri anlamlı kılmak adına yapılan değerlendirmelerden oluşmaktadır. Çözümleme, uygulama, sorgulama veya problem çözme çabası içinde olan öğrenciler için öncelikle bilginin anlamlandırılması olmaktadır (Maker, 1982).

Ürün farklılaştırması ise daha çok becerileri göstermek amacı ile kullanılmaktadır. Özellikle öğrenci hakkında bilgi veren öğrenciyi tanımlayabilecek ürünlerinden oluşan portfolyolar yani ürün dosyaları bu farklılaştırma türünde önem arz etmektedir. Bir konuya ilişkin projenin sonlandırılması, bir konu ile ilgili yazılan makale veya farklı bakış açısını sergileyen bir çalışma örnek olarak gösterilebilir.

Ortam farklılaştırmada ise, daha çok iraksak düşünme ve farklı bakış açılarını ortaya koyan öğrencilerin merkezde olduğu hareketli etkinlikler içeren çalışmalara ortam hazırlanması gerekmektedir.

Sürece dayalı zenginleştirme öğrencilerin kazandığı üst düzey becerileri farklı ortamlara ve akademik konulara transfer etmelerini zorlaştıran bir yaklaşım olarak karşımıza çıkmaktadır. Sürece dayalı zenginleştirme türleri dışında kalan



---

zenginleştirme türleri ise içeriğe ve ürüne dayalı zenginleştirmelerdir. Ürüne dayalı zenginleştirmede öğrenme çıktılarına ağırlık verilir. Bu çıktılar somut ürünler örneğin roman, günlük, rapor, portfolyo gibi somut ürünler olabileceği gibi soyut ve düşünsel ürünleri de olabilmektedir. İçeriğe dayalı zenginleştirme yaklaşımı ise akademik içeriği ders konularının öğretimi üzerine yoğunlaşır. İçeriğin kapsamı genişletilip derinleştirilir. Bu yaklaşım daha çok matematik, fen bilgisi, dil bilgisi ve sosyal bilgiler gibi akademik ağırlığı olan derslerin öğretiminde uygulanmaktadır. Zenginleştirme uygulamalarından verimli sonuçlar alabilmek için üç yaklaşımı entegre etmek gereklidir (Sak, 2012).

Coğrafya eğitiminin, en önemli unsurlarından biri yaşadığımız yeri ve dünyayı tanımadır. Gallagher'e (2006) göre özel yetenekli bireylerin tarihi ve coğrafi bilgileri daha iyi anlayabilmeleri için disiplinlerarası bağlantı kurulması oldukça önem arz etmektedir. Bu bağlantılar kurulurken öğrencilerle zenginleştirme ve farklılaştırma çalışmalarını ön plana çıkarmak gerekmektedir. Sosyal Bilgiler ders programlarında özel yetenekli bireylerin ilgisini farklı bakış açılarına ortaya çıkarmak temel alınması gereken önemli konuların başında gelmektedir (VanTassel-Baska ve Stambaugh, 2006).

Daha önce yapılan çalışmalara bakıldığında terim ve kavram öğretiminin coğrafi olgu ve olayları tanımlamak için oldukça önemli olduğu karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle, Turan 'a (2002) göre kavram ve terimler coğrafya öğretiminde önemli bir yer tutar. Turan yapmış olduğu çalışmada, lise coğrafya derslerinde kavram ve terimlerin öğretiminde yöntemleri ve karşılaşılan sorunlar ele alınmış, farklı yöntem ve eğlendirici tekniklerin kullanımının öğrenmeyi artıracak görüşünü dile getirmiştir. Alkış'ın (2005) "ilköğretim birinci kademe sosyal bilgiler ders kitaplarında coğrafya konularıyla ilgili kavramların belirlenmesi (2004 programına göre)" adlı çalışmasında ise sosyal bilgiler ders kitaplarında yer alan coğrafya kavramlarının fazla sayıda olmasından dolayı ilköğretim öğrencilerin bu kavramların tümünün kazandırılmasının oldukça zor olacağı bulgulararak, coğrafi kavramların öğretiminde kavramların önemine dikkat çekmiştir. İlgili literatüre bakıldığında kavram öğretimiyle ilgili alanyazında yapılan çalışmaların (Akbaş, 2008 ; Alım, 2008; Çoşkun, 2003; Doğanay, 2002 ; Güngördü, 2002) kavram öğretimi ve bu öğretimin ilke ve yönetimlerinin önemini vurgulayan çalışmalar olduğu bulgulanmıştır. İlgili alanyazında resfebenin kullanıldığı araştırmalara dair bulgular son derece kısıtlıdır. Yurt dışında yapılan bazı çalışmalar resfebenin önemine dikkat çekmiştir. Özellikle öğrenmeye güçlüğü çeken öğrenciler için Sheeh'in (2002) de yaptığı çalışmada öğrencilerin öğrenme güçlüğünde resfebe kullanımının öğrenmeyi artırdığı bulgusuna ulaşılmıştır. Clark 'ın (1981) de yaptığı çalışmada ise okul öncesi dönemde yer alan öğrencilerin resfebe kullanarak kavramları ve kelimeleri daha iyi öğrenilidiğini savunmaktadır.

Kısa adıyla anılan resfebe alfabe anlamına gelmektedir. Resfebe bilmeceleri ne matematiğe, ne de ağır bir genel kültür ve kelime bilgisine ihtiyaç duyar, biraz mantık ve hayal gücü ile çözülebilir. Genellikle birkaç harf veya resim ile

oluşturulan resfebeler vardır, kaliteli bir resfebede resmin manasını bulmak ayrı bir bilmecedir, harfler verilmişse de bunların çözerken kullanılması gereken biçimsel özellikleri vardır. Sözcüklerle oynamayı seven özel yetenekli bireyler için resfebelerden derslerde yararlanmak hem düşünceyi zenginliştiren bir uygulama olup farklı derslerde kavram öğretiminde kullanılabilecek uygulamalar arasında yer alması uygun olacaktır.

## Yöntem

Araştırma da gözlem ve yarı yapılandırılmış görüşme kullanılmıştır. Özel yetenekli olduğu tespit edilen 97 öğrenci araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Bu araştırmada amaçlı örneklem çeşitlerinden ölçüt örneklem kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme, derinlemesine araştırma yapabilmek amacıyla çalışmanın amacı bağlamında bilgi açısından zengin durumların seçilmesidir. Amaçlı örneklemede araştırmacı kimlerin seçileceği konusunda kendi yargısını kullanır ve araştırmanın amacına en uygun olanları örnekleme alır ( Balcı, 2005). Bu çalışmada 2017-1018 eğitim öğretim yılının 1.döneminde Malatya Bilim ve Sanat Merkezinde coğrafya dersini alan öğrencilerdir. Özel yetenekli öğrenciler akranlarını üstünde zekâya sahip olmasından dolayı, her gün devam ettikleri okuldan farklı olarak, Bilim ve Sanat Merkezlerinde 7. ve 8. sınıfta coğrafya dersi işlemektedir. Bu kurumda coğrafya dersine devam eden 51 erkek, 46 kız öğrenci coğrafya sınıfı ortamında gözlemlenmiş sonrasında ders öğretmeninden görüş alınmıştır.

Çalışmada öncelikle öğretmenin Resfebe'yi ilk grup coğrafya dersini alan ilk gruptaki öğrencilerine anlatması istenmiştir. Öğretmen Resfebe'nin mantığını örneklerle öğrencilerine göstermiştir. Sonrasında öğrencilere A4 kağıtları dağıtılmış ve onlardan yer adları başta olmak üzere coğrafya dersi ile ilgili bir kelimeyi Resfebe yoluyla kağıda aktarmaları istenmiştir. Resfebe'yi kendileri çizebilecekleri gibi bilgisayardan şekillerin çiziminde yararlanabilecekleri söylenmiştir. Araştırmanın uygulamasında **ilk aşama** öğrencileriyle bir ön test ve son test uygulaması yapılmış ve ön test uygulamasında öğrenciler arasında 'Resfebeden önce ve sonra coğrafya dersinin daha ilgi çekici hale gelip gelmediği belirlenmeye' çalışılmıştır. **İkinci aşama** olarak öğrencilere yapmış oldukları resfebeleri sınıf arkadaşlarına sormaları istenmiş ne kadarının bilinip bilinmediği tespit edilmeye çalışılmıştır.

## Bulgular

Çalışmada Bilim Sanat Merkezi'ne devam eden 97 öğrenci 90 farklı Resfebe yapmıştır. Resfebe'nin tamamı coğrafya dersi içinde kullanılan kelimelere aittir. Her öğrenci coğrafya dersinde bir adet Resfebe yapmıştır. Yapılan Resfebelerin bir bölümü fotoğraflanmıştır.

Bilim ve Sanat Merkezi coğrafya öğretmeni ile yapılan görüşmede coğrafya

dersini alan Malatya Bilim ve Sanat Merkezi öğrencilerine diğer arkadaşlarının yaptıkları Resfebeler sorulduğunda Karabük Yalova çizimleri dışındaki diğer Resfebeleri doğru cevapladıkları anlaşılmıştır. Öğrencilere Resfebe kağıtlarındaki kelimelerin coğrafi kelime olarak anlamaları sorulduğunda volkanik bir malzeme olan Lapilli'nin ne olduğunu hatırlayamamışlardır. Yer adlarını bilen öğrencilerden yerin haritada gösterilmesi istendiğinde çoğunluğu haritada gösterebilmiştir. Öğrencilerle yapılan görüşmede ise Resfebe ile coğrafya dersinin işlenişinde katılımınız nasıl? , Sizce Resfebe yapmanız coğrafya dersini zevkli hale getirdi mi? soruları sorulmuştur.

**Tablo 1.**

***Resfebe kullanımı Coğrafya Dersini Zevkli Hale Getirme Durumu***

<i>Ankete Katılanların Cinsiyet göre Dağılımı</i>	<i>Kız</i>	<i>Erkek</i>
<i>Zevkli Hale getirmiştir</i>	40	47
<i>Zevkli Hale getirmemiştir</i>	4	6
<i>Toplam</i>	44	53

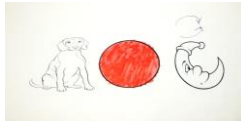
Araştırmaya Katılan erkekler kızlara göre resfebe etkinliğini daha farklı bulduklarını dile getirmişlerdir.

**Tablo 2.**

***Ülkeler Kategorisinde Oluşan Bazı Resfebe Örnekleri***



**İngiltere**



**İtalya**



**Sudan**

Araştırmaya katılan öğrencilerin ülkelerle ilişkili oluşturdukları resfebe örnekleri Tablo 2'de gösterilmiştir İngiltere kelimesi için inmek eylemini kullanan öğrenci ikinci şekilde ise takımların ismini ters çevirerek lig sözcüğünü gil yapmıştır. Daha sonra başından terlere akan bir insan resmine e harfimi eklemiştir. İtalya örneğinde ise köpek ve kırmızı top şekillerine ayı ekleyerek resfebeyi tamamlamıştır. Son örnek çalışmada ise su sözcüğüne dağ sözcüğünü ekleyerek 'ğ' harfini çıkartarak oluşturmuştur.

**Tablo 3.**

***Şehirler Kategorisinde Oluşan Bazı Resfebe Örnekleri***



**Düzce**



**Ankara**



**Tekirdağ**

Araştırmaya katılan öğrencilerin Tablo 3'deki resfebe örnekleri incelendiğinde Düzce sözcüğünü oluşturmak için düz zemin üzerine büyük harflerle ce sözcüğü yazıldığı görülmektedir. İkinci resfebe olan Ankara sözcüğünü oluşturmak için Anka kuşuna aralıktan bakan göz eklenerek bir oluşum gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. Tekirdağ resfesi ise kedi figürüdağın üzerine oturtularak resmedilmiştir.

**Tablo 4.**

***Yerçekileri Kategorisinde Oluşan Bazı Resfebe Örnekleri***



**YANARDAĞ**



**SIRDAĞLAR**

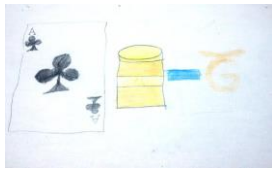


**KANYON**

Araştırmaya katılan öğrencilerin Tablo 4'deki resfebe örnekleri incelendiğinde yan tarafa bakan bir insanın yanına arının 'ı' harfi çıkartılarak dağ eklenmesi ile yanardağ sözcüğü oluşturulmuştur. Daha sonra ise sıra sayılarını devam ederken yanına çizilen dağlarla sıradağlar resfesi oluşturulurken, kan ve yonca sözcüğündeki '-ca' eki çıkarılarak kanyon sözcüğü oluşturulmuştur.

**Tablo 5.**

***Kıtalar Kategorisinde Oluşan Bazı Resfebe Örnekleri***



**ASYA**



**GÜNEY AFRİKA**

Araştırmaya katılan öğrencilerin Tablo 5'deki resfebelerin oluşturulmasında iskambil kağıdında bulunan as ve yağ getirilip 'ğ' harfi çıkartılarak oluşturulmuştur. Güney Afirika sözcüğü ise yönler çizilerek güney ok işareti ile gösterilip, af dileyen iki insan ve kirliliği ters çevrilmesi gösterilip a harfi ekleyerek oluşturulmuştur.

**Tablo 6.**

***İklim Kategorisinde Oluşan Bazı Resfebe Örnekleri***



**KARASAL İKLİM**



**HAZİRAN**

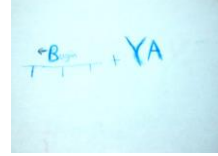
Araştırmaya katılan öğrenciler iklim kategorisinde kar şekline 'a' harfini ekleyerek sal resmi çizmişler ve karasal iklim resfesbesini oluşturmuşlardır. Haziran ayını oluşturan resfebe ise hazine kelimesinden 'ne' sözcüğümü çıkararak nar çizimini ters çevirerek oluşturulmuştur.

**Tablo 7.**

**Yerler Katagorisinde Oluşan Bazı Resfebe Örnekleri**



**Kuzey Buz Denizi**



**Dünya**

Araştırmaya katılan öğrencilerin Tablo 7'deki Kuzey Buz Denizi resfesbesi, pusula işaretinde kuzeyi gösterip buz ve deniz eklenmesi ile oluşturulurken, Dünya sözcüğü bugünden geriye gidilerek dün vurgusu yapıpıp'ya' sözcüğü eklenerek oluşturulmuştur.

**Tablo 8.**

**Terimler Katagorisinde Oluşan Bazı Resfebe Örnekleri**



**Kırağı**



**Ateş Küre**

Araştırmaya katılan öğrencilerin Tablo 8'deki Kırağı terimi oluşturulurken, kırmak eylemine gösteren şekile ağ eklenmiş ve 'ı' harfi tamamlanarak yapılmıştır. Ateş ve dünya resimleri yan yana getirilerek Ateş Küre resfesbesi oluşturulmuştur.

**Tablo 9.**

**Katagorilere göre oluşan resfebeler ve sayıları**

Resfebe Katagorisi	Resfebe İsimleri	Sayıları
Ülkeler	Sudan , Avustralya, Kanada, Atlantis İtalya, Brezilya,	13

---

Filipinler, Rusya, Tayland,  
Malezya, İngiltere, Hindistan  
Türkiye

<i>Şehirler</i>	Bolu(2), Balıkesir(3), Ankara (2), Erzurum, Çanakkale, İstanbul, Konya, Kilis, Burdur, Kırklareli, Tokat, Düzce, Karabük, Koceli, Yalova, Malatya, Tekirdağ, Bitlis, Kastamonu, Kütahya, Ağrı, Çankırı, Gümüşhane	<b>27</b>
<i>Yerçekilleri</i>	Yanardağ(2), Volkan(2), Akarsu(3), Yer altı suyu (2), Gölet, Yarımada, Dikit, Lapilli, Kanyon, Sıradağ, Dalmaçya	<b>16</b>
<i>Kıtalar</i>	Asya, Güney Afrika	<b>2</b>
<i>İklim</i>	Karasal, İklim (2), Haziran	<b>4</b>
<i>Yerler</i>	Kuzey Buz Denizi, Karadeniz (2), Everest, Abant Gölü, Karakaya, Kutup(2), Hekiman, Okyanus, Doğu Anadolu, Boğaziçi Köprüsü, Maldivler	<b>12</b>
<i>Terimler</i>	Sanayi (2) , Dünya, Heyelan, Paralel, Bölge, Siyasi, Buzul, Coğrafya, Yer Kabuğu, Patlama, Ateş Küre, Güneş, Yaprak, Dalga, Granit, Kırağı (2), Sosyal, Artezyen, Santral, İnsan, Atlas, Geoit	<b>23</b>
<i>Toplam</i>		<b>97</b>

---

---

Yukarıda Tablo 9'a bakıldığında Bilim ve Sanat Merkezi Coğrafya dersi alan öğrencilerinin 13 adet ülke, 27 şehir, 16 yerleşli, 2 kıta, 4 iklim, 12 farklı yer ismi, 23 terim olmak üzere toplam 97 Resfebe ürettiği görülmektedir. Resfebelerden 28 tanesi benzer coğrafi kelimelerden oluşmaktadır. Öğrencilerin sözcük dağarcığı olarak ortaya koyduğu bazı terimlerin resfebeleri 2 veya 3 tekrar alan resfebeler olmuşlardır. Bunlar iklim, sanayi, kırağı, yer altı suyu, volkan, akarsu, yanardağ, Bolu, Balıkesir, Ankara resfebeleri olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ülkeler bölümünde Filipinler, Atlantis gibi genel olarak hemen akla gelecek ülkeler dışında ülkelerin seçilmesi yapılması öğrencilerin farklı düşüncülerinin kanıtı olarak karşımıza çıkmaktadır. Şehirler bölümünde ise diğer bölümlere oranla en çok resfebe üretiminin yapıldığı ve en çok ürünün ortaya çıktığı bölüm olarak bulgulanmıştır. Yerçekilleri kategorisinde ise daha çok dağ ve kıyı şekilleri ile sulak alanlarda meydana gelen oluşumları kapsadığı dikkat çekmektedir.

Kıtalar ve İklim kategorisi ise öğrencilerin en çok zorlandığı ve uygulamada en az ürünün ortaya çıktığı kategori olarak karşımıza çıkmaktadır. Yerler bölümünde özel yetenekli öğrencilerin farklı mekanları uzaktaki ve yakındaki geneldeki ve özeldeki bilgilerinin farklılığı göze çarpmaktadır. Coğrafi terimler ise şehirlerden sonra en çok ortaya ürün çıkarılan kategori olarak dikkat çekmektedir.

## **Sonuç, Tartışma ve Öneriler**

Üstün zekâlı ve yetenekli çocukların eğitimi 1. İstanbul çalıştay 2013 Raporu'na göre :

Tarih-Coğrafya sınıfı gibi bir oluşum sağlamanın, materyal kullanımında kolaylık sağlayacağı, ve materyal kullanımı-öğretim ilişkisini kuvvetlendireceği savunulmuştur. Öğrencilerin bu şekilde, derslerin işlenmesi sırasında zenginleştirilmiş materyallerin tümüne rahatlıkla ulaşabilecekleri, gerek zihinsel olarak motive edici, gerek fiziksel olarak destekleyici ve zenginleştirici bir öğrenme ortamında eğitim-öğretim görmeleri, üstün zekâlıların eğitimi için gerekli olan içerik, süreç ve ürün farklılaştırmasının ilkelerinin de sağlanmasına yardımcı olacağı belirtilmiştir. Yapılan çalışmaya katılan öğretmenlerin verdiği bilgiler doğrultusunda üstün zekâlı çocuklar için kullanılan araç ve gereçlerin bir kısmı öğretmenler tarafından üretilmektedir. Araştırmaya katılan öğretmenlerin verdiği bilgilerden yola çıkılarak sosyal bilgiler derslerinde kullanılan materyaller: görsel, işitsel, hem görsel hem işitsel olarak sınıflandırılmıştır.

Farklılaştırılmış bir eğitimde içerik öğrenciler için anlamlı, öğrencilerin dünyaları ile ilişkili olmalıdır. Etkili bir içerik farklılaştırması kapsamındaki eğitim-öğretim materyalleri konuyla ilgili gerçek bilgilere, ilkelere ve

genellemelere ulaşmaya aracı ve öğrencilerin kendilerini ve hayatı anlamlandırmalarına yardımcı olmalıdır (Tomlinson, 2007). Özel yetenekli bireylerin eğitimleri ve eğitim ortamlarının düzenlenmesi gibi konular da, örgün ve yaygın eğitimde tek tip uygulamalar yerine bilgi ve deneyim paylaşımını esas alan, bireyin ilgi, yetenek ve potansiyeline göre farklılaştırılmış eğitim programlarına ihtiyaç vardır. Farklılaştırma, üstün zekâlı ve yetenekli çocukların bireysel ihtiyaçlarını karşılayarak, gelişimini en üst düzeyde desteklemek için gerekli strateji ve ortamın sağlanmasıdır ( Akt. Mertol, 2014).

Bu bağlamda bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir. Bir zeka oyunu olan Resfebe bir derste etkinlik olarak kullanılabilir BİLSEM coğrafya öğretmeni ile yapılan görüşmede Resfebe'nin coğrafya dersindeki görselliği arttırdığı sonucuna varılmıştır. Resfebe'nin kullanıldığı coğrafya dersinde öğrencilerin tamamı derse aktif olarak katılmıştır. Öğrencilerin dersi daha zevkli buldukları tespit edilmiştir. Öğrencilerin coğrafi kelimelere bakış açısı değişmiştir. Artık bir yer ismini farklı sembol, resim, şekillerle görebilmektedirler. Uygulanan Resfebe etkinliği öğrencilerin bildiği coğrafi kelimeler üzerinden yapıldığı için bilinenin pekişmesi, unutulanan hatırlanması sağlanmıştır. Yapılan çalışma Resfebe daha önce bir derste kullanılmadığı için sonuçları yönünden ilktir. Çalışmanın sonucunda yapılabilecek öneriler şu şekilde sıralanabilir. Resfebe farklı derslerde kullanılabilir. Resfebe 'de konu sınırlaması yapılarak coğrafya dersindeki ünitelerin sonunda konuyu pekiştirme amaçlı uygulanabilir. Bilinen coğrafi kelimeler yerine ünite öncesi o üniteye ait coğrafi kelimeler önceden verilerek de Resfebe uygulanabilir.

## Kaynaklar

Akbaş, Y. (2008). Ortaöğretim 9. Sınıf Öğrencilerinin İklim Konusundaki Kavram Yanılgılarının Giderilmesinde Kavramsal Değişim Yaklaşımının Etkisi, (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.

Alım, M. (2008) "Öğrencilerin Lise Coğrafya Programında Yer Alan Yer Yuvarlağı ve Harita Bilgisi Ünitelerindeki Bazı Kavramları Anlama Düzeyleri ve Kavram Yanılgıları", Milli Eğitim Dergisi, 177, 166–180.

Alkış, S. (2005). İlköğretim Birinci Kademe Sosyal Bilgiler Ders Kitaplarında Coğrafya Konularıyla İlgili Kavramların Belirlenmesi (2004 Programına Göre). Coğrafya Dergisi, sayı: 11, s: 82–90, İstanbul.

Balcı, A. (2005). Sosyal Bilimlerde Araştırma. Ankara: PegemA Yayıncılık

Clark, C. R. (1981). Learning words using traditional orthography and the symbols of Rebus, Bliss, and Carrier. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46(2), 191-196.

Coşkun, M. (2003). Coğrafya Öğretiminde Nem Konusundaki Kavram Yanılgıları ve Giderilmesine Yönelik Öneriler", Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 23(3) 147-158, Ankara.



---

Davaslıgil, U. (2004). Üstün Çocuklar, Yer aldığı eser R. Şirin, A. Kulaksızoğlu ve A.

E. Bilgili (Ed.), *Üstün Yetenekli Çocuklar: Seçilmiş Makaleler Kitabı*. İstanbul :Çocuk Vakfı Yayınları: 63, I. Türkiye Üstün Yetenekli Çocuklar Kongresi Yayın Dizisi.

Doğanay, A. (2002). Öğretimde Kavram ve Genellemelerin Geliştirilmesi. Hayat Bilgisi ve Sosyal Bilgiler Öğretimi. Edt: C.Öztürk ve D.Dilek. Ankara: Pegem A Yayıncılık.

Gallagher, J. (2006). *Models that guide teaching the gifted. Gifted children gifted education*. USA: Great Potential Press.

Güngördü, E. (2002). Coğrafya’da Öğretim Yöntemleri, İlkeler ve Uygulamaları, Ankara: Nobel Yayınevi.

Maker, C. J. (1982). *Curriculum development for the gifted*. Rockville, MD: Aspen Publishers, Inc.

Mertol, H. (2014). Türkiye’de ve ABD’de üstün zekalı çocuklara sosyal bilgiler dersi veren öğretmenlerin görüş ve uygulamaları (Hope projesi ve bilssem örneği). (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Atatürk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

Popham, D. (1971). *Teaching gifted social sciences in grades ten through twelve*. Sacramento, CA: California State Department of Education.

Sak, U. (2012). *Üstün zekalılar: özellikleri, tanılanmaları, eğitimleri*. Ankara: VizeBasın Yayın.

Sheehy, K. (2002). The effective use of symbols in teaching word recognition to children with severe learning difficulties: A comparison of word alone, integrated picture cueing and the handle technique. *International Journal of Disability, Development and Education*, 49(1), 47-59.

Tomlinson, C. A. (2007). *Öğrenci Gereksinimlerine Göre Farklaştırılmış Eğitim*, İstanbul: SEV-YAY

Turan, İ. (2002). Lise coğrafya derslerinde kavram ve terim öğretimi ile ilgili sorunlar. *Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 22(2).

Van Tassel-Baska, J. (2003). A curriculum study of gifted student learning language arts. *Gifted Child Quarterly*, 46, 30-44.

VanTassel-Baska, J. & Stambaugh, T. (2006). *Comprehensive curriculum for gifted learners* (3. Ed.). USA: Pearson Education Inc.