



KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ

KASTAMONU UNIVERSITY JOURNAL OF
FACULTY OF HEALTH SCIENCES

E-ISSN: 2980-0005

CİLT:2
SAYI:1
YIL:2023

VOLUME:2
ISSUE:1
YEAR:2023



Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi

**KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
DERGİSİ /JOURNAL OF KASTAMONU UNIVERSITY FACULTY OF
HEALTH SCIENCES**

SAHİBİ

Dr. Ahmet Hamdi TOPAL,
Kastamonu Üniversitesi Rektörü

GENEL YAYIN YÖNETMENİ

Dr. Abdulkadir TUNA,
Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı

BAŞ EDITÖR

Dr. Esra DEMİRARSLAN,
Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kastamonu

ALAN EDITÖRLERİ

Dr. Canan KAŞ,
Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü,
Dr. Fatmanur Hümeysra ZENGİN
Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü,

Dr. Filiz ÖZEL ÇAKIR

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,

Dr. Gülşen ULAŞ KARAAHMETOĞLU

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,

Dr. Harun ASLAN,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü,

Dr. Hatice NUHOĞLU,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü,

Dr. Havva KAÇAN

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,

Dr. Mahinur DURMUŞ İSKENDER

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Dr. Nesrin İÇLİ,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü,

Dr. Nihal AYDIN,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü,

Dr. Nilgün KAHRAMAN,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,

Dr. Selda KARAVELİ ÇAKIR

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Dr. Şahika ŞİMŞEK ÇETİNKAYA,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü

Dr. Tuğba TATAR,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü,

Dr. Yaşar Nuri ŞAHİN

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü,

Öğr. Gör. Kevser KARLI,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü,

Öğr. Gör. Mücahit MUSLU,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü,

Sekreteryaya:

Araş. Gör. Ayşenur DURMUŞ

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü,

Araş. Gör. Funda IŞIK,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü,

Araş. Gör. Gamze KAŞ ALAY,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,

Araş. Gör Kadriye Elif İMRE,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü,

Araş. Gör Sabri Okan DEMİRYÜREK,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kastamonu

Araş. Gör Semanur ÇELİK DEMİRYÜREK,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,

Araş. Gör Sıla GÜL,



Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü,

Araş. Gör Sümeyye Begüm ATALAN,

Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü,



Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi yılda üç kez yayımlanan, hakemli, bilimsel bir e- dergidir. Dergide yayımlanan çalışmalardan, kaynak gösterilmek koşuluyla alıntı yapılabilir. Çalışmaların tüm sorumluluğu yazarına/yazarlarına aittir.

Journal of Kastamonu University Faculty of Health Sciences is a refereed e-journal published three times a year. May be quoted on the condition that the source is shown. All responsibility for the articles belongs to the author/authors.

İletişim | Contact

Dr. Esra DEMİRARSLAN

e-posta | e-mail: eertemur@kastamonu.edu.tr telefon | phone: +903662804138

Dergi İletişim | Journal Contact

Arş. Gör. Sabri Okan DEMİRYÜREK

e-posta | e-mail: okandemiryurek@kastamonu.edu.tr telefon | phone: +903662804119

Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, çift kör hakemlik prensibini benimser. Uluslararası Creative Commons 4.0 tarafından lisanslanmıştır. Dergimize gönderilen makaleler Ithenticate intihal tarama programında değerlendirilmektedir.


Health Academy Kastamonu adopts the principle of doubleblind arbitration. Licenced by international Creative Commons 4.0. The articles submitted to our journal are controlled by the Ithenticate plagiarism detection program.


İçindekiler

Büşra POLAT, Mustafa KARA. Oyuncak ve Oyun Oynamanın Çocuk Gelişimine Etkisi / <i>The Effect of Toys And Playing on Child Development</i>	1
Samet ULAŞ. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Ekip Çalışmasını Etkileyen Faktörler / <i>Factors Affecting Teamwork of Pre-Hospital Emergency Health Services Employees</i>	11
Fatmanur Hümeysra ZENGİN. Beslenme ve Davranış Alanında Kullanılan Ölçekler / <i>Scales Used In Nutrition and Behavior</i>	24
Gamze KAŞ ALAY. Kronik Hastalıkların Çocuk ve Aile Üzerine Etkileri / <i>Effects of Chronic Diseases on Child and Family</i>	40
Hakan Göçer, Ahmet Barış Durukan. Kritik Bir Hastada Pacemaker Enfeksiyonu İçin Kısmen Koruyucu Tedavi Stratejisi: Bir Vaka Raporu / <i>Partially Conservative Treatment Strategy for Pacemaker Infection in a Critically ill Patient: A Case Report</i>	51

**Oyuncak ve Oyun Oynamanın Çocuk Gelişimine Etkisi / The Effect of Toys And Playing on Child
Development**

Büşra POLAT¹; Dr. Mustafa KARA^{2*}

¹ Lisans öğrencisi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, busrapolat020@gmail.com 

^{2*} Öğr. Gör. Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, mustafakara@ksu.edu.tr 

**Geliş Tarihi / Received: 28/12/2022, Kabul Tarihi / Accepted: 30/04/2023 Yayımlanma Tarihi/ Publication
Date: 30/04/2023**

Atıf/ Reference: POLAT, B; KARA, M. (2023). Oyuncak ve oyun oynamanın çocuk gelişimine etkisi, Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi (KÜSBFD), 2 (1), s 1-10.

Özet: Oyun ve gelişim her yaş dönemi için farklılık gösteren ve ömür boyu devam eden bir süreçtir. Oyun ve oyuncak, çocuklar için iletişim, öğrenme, vakit geçirme, gelişimi destekleyici bir araçtır. Oyun ve oyuncak her yaş döneminin krizlerini rahatça atlatabilmek ve kalıcı hasar bırakmadan geçirebilmek için kullanılabilir en ideal araçtır. Sağlık problemleri olan çocukların biriken stres ve kaygı yönetimini, duygusal krizlerini aktarabilme ve atlatabilmesine yardımcı bir faaliyettir. Yetişkinler ile çocuk arasındaki iletişim kanalı olarak işlev görmektedir. Yetişkinlerin dünyasını rahatça anlayabilme ve taklit edebilmesine, yetişkinliğe hazırlanma yollarından biridir. Oyun ve oyuncak, davranış modellemesine, toplumsal ve ahlaki kuralları benimseyebilmesine, aidiyet duygusuna, duygularını ifade edebilmesine, düşüncelerini ifade edebilmesine vb. durumlara yardımcı bir unsur olarak değerlendirilmektedir. Çocukların öğrenmeye en açık oldukları dönemde oyun ve oyuncak ile birçok beceriyi kolayca öğrenebilmektedirler. Oyun en iyi öğrenme aracı ve en kolay öğretme aracıdır.

Anahtar Kelimeler: *Çocuk, Hemşirelik, Oyun, Oyuncak*

Abstract: Game and development is a lifelong process that differs for each age period. Games and toys are tools that support communication, learning, spending time and development for children. Games and toys are the most ideal tools that can be used to overcome the crises of every age period easily and to pass them without leaving any permanent damage. It is an activity that helps children with health problems to manage accumulated stress and anxiety, to transfer and overcome their emotional crises. It functions as a communication channel between adults and children. It is one of the ways to be able to understand and imitate the adult world easily and to prepare for adulthood. Games and toys are considered as an element that helps them model behavior, adopt social and moral rules, feel belonging, express their feelings, express their thoughts, etc. In the period when children are most open to learning, they can easily learn many skills with games and toys. The game is the best learning tool and the easiest teaching tool.

Keywords: *Children, Game, Nursing, Toy*

1. Giriş

Oyun, insanlığın doğuşu ve gelişimi kadar eski ve o zamandan itibaren sürüp gelmekte olan etkinliklerdendir (Koçyiğit ve diğerleri, 2007). Oyun gelişimi destekleyen en önemli etkinliklerden birisidir ve oyuncak ise bu etkinliğin önemli bir parçasıdır. Oyun sadece çocukluk çağını kapsayan bir etkinlik olarak düşünülmemelidir. Çocukların, gençlerin, yetişkinliklerin ve hatta yaşlıların dahi oyun oynamaya ihtiyaçları vardır. Oyun insanların bedensel ve zihinsel gelişimine katkıda bulunur. Her oyunun kuralları vardır. Oyun oynamanın kuralları ile birlikte çocuğun zekâsını, sosyal becerisini geliştiren bir araç olarak tanımlanabilmektedir (Özer ve diğerleri, 2006). Oyun denilince akla ilk gelen yaş grubu, çocuklardır. Oyun ve çocuk kelimesi ayrılmaz bir kelime bütünü olarak ele alınabilir. Oyun, çocuğun kendisine özgür bir ortam oluşturduğu, duygularını geliştirdiği belirli kuralları olan veya olmayan, deneysel öğrenme ile kendi kendine öğrenme imkânı sağlayan mutluluk, heyecan, coşku gibi duygularını barındıran bir aktivitedir. Oyun çocuğun eğlenme aracıdır. Eğlenme aracı olarak öğretici bir etkisi de bulunmaktadır. Çocuğun fiziksel ve psikolojik gelişimini etkilemektedir ve kendi içinde dönemlere ayrılmaktadır. Her yaş döneminin fiziksel ve psikolojik gelişime etkileri farklıdır. Erikson'a göre ise oyun oynama; çocuğun zihinsel gelişimine dair bilgiler verdiği ve her gelişim döneminde farklılık gösterdiği vurgulanmaktadır (Koçyiğit ve diğerleri, 2007). Bunların içinde en yaygın olanı ise çocukların sembol kullanarak oynadıkları sembolik oyunlardır.

Çocuklar, yer, mekân ve zaman ayırt etmeksizin günün her vaktinde oyun oynamak isterler. Beden ve zihin yorgunluğunu bilemedikleri için sürekli oynayabilirler. Bakım veren kişiler çocuk oyunlarını sadece eğlenceli vakit geçirme, boş zamanı değerlendirme ve çocuğun ebeveynine vakit yaratması adına oynanan bir etkinlik olarak görmektedir fakat oyun çocuk için çok önem verilen ve odaklanarak yapılan bir aktivitedir (Ayan ve Memiş, 2012). Bunun yanı sıra çocuğun ileriki hayatında kendisini tanıması, anlaması ve ifade edebilmesi açısından en etkili yol olduğu bilinmektedir. Çocuğun dış dünyaya adapte olmasını kolaylaştıran, bulunduğu ortamı keşfetmesine yardımcı olan, insan ilişkilerini, yardımlaşmayı, sosyalleşmeyi, paylaşma duygusunu geliştiren, fiziksel ve motor, zihinsel ve duygusal gelişim alanlarında da oyunun etkisinden bahsetmek mümkündür. Oyun çocuk için doğal olarak elde edilen bir doyum aracıdır (Özer ve diğerleri, 2006). Erikson oyunun çocuklar için geçmiş, gelecek ve şimdiki zaman için deneyimlerini yeniden modellemek için imkan sağladığını belirtmiştir. Erikson, Piaget, Smilansky, Vygotsky gibi önemli kuramcılar oyunun içeriğine göre çeşitli sınıflandırmalar geliştirmişlerdir (Kargı, 2007). Piaget, Bruner ve Vygotsky gibi gelişim kuramcıları bilişsel gelişimin gerçekleşmesinde kalıtsallığın yanı sıra çevrenin de çok önemli düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (Türkoğlu ve Uslu, 2016). Çocuğun gelişimi destekleyen unsurlardan birisi de oyuncaktır. Her yaşa ve her ihtiyaca yönelik hazırlanan oyuncakların çocuk gelişimine faydalı olduğu bilinmektedir. Bu çalışmada oyunun ve oyuncakların çocuk eğitime, davranışlarına ve sağlığına, psiko-motor gelişimine, bilişsel gelişimine, duygusal gelişimine, sosyal gelişimine, dil gelişimine ve kişilik

gelişimine yararlarından bahsedilmiştir ve oyunun, oyuncağın çocuğun gelişimine katkılarını ortaya koymak amaçlanmıştır. Oyunun ve oyuncağın önemli olduğu ve oyun oynamanın temel bir hak olduğu vurgulanmıştır.

2. Oyun Oynamanın Önemi

Çocukların kendi dünyasına özel iletişim ve davranış kalıpları bulunmaktadır. Bu kalıplar, çocukların dünyasını anlayabilmek için oynadıkları oyuna, oyuncağa ve arkadaşlık ilişkilerine bakmak bizlere bilgi vermektedir. Çocuk oyun oynarken fark etmeden düşüncelerini dile getirmekte veya davranışa dökmektedir (Egemen ve diğerleri, 2006). Bu durumun en önemli sebebi oyun ve oyuncaklardır. Her çocuğun kendi dünyasına has olan oyuncağı ve her bir oyuncağın simgesi vardır. Bu simgesel eşleştirmeler onların dünyasını anlamamız için önemlidir. Örneğin; evde şiddete maruz kalan bir çocuğun oyuncak bebeklerini dövmesi, köpek tarafından korkmuş bir çocuğun oyuncak köpek ile oynamaması veya oyuncak köpeği atması, fırlatması, zarar vermesi gibi davranışlar bizlere yaşadıkları, düşündükleri hakkında ipuçları vermektedir. Çocuğun dile getiremediği olaylar veya anlamlandıramadığı duyguları anlayabilmek adına yetkili kişiler tarafından gözlem yapılarak çocuğa uygun müdahalelerde bulunulabilir. Bu durum pek çok psikolojik, bedensel, ruhsal sorunların önüne geçmektedir. Oyun vücudun geriliminin ve duygusal baskının azalmasına yardımcı olmaktadır, fizyolojik, psikolojik zararların imgesel ve düşsel dönüşümünü sağlamaktadır (Kargı, 2007).

Çocuk ile bakım veren kişi arasındaki bağ, beraber vakit geçirdikçe güçlendirmektedir. Böylelikle oyun ve oyuncaklar aracılığıyla aldığımız mesajlar çocuk ile bakım veren kişi arasındaki iletişimi güçlendirmektedir. Sonuç olarak çocuğun bakımını üstlenen her birey için oyun oynama bir iletişim aracı sayılmaktadır. Bunun yanında çocukla beraber geçirilen oyun zamanları çocuğa günlük hayatta gerekli olabilecek becerileri geliştirme ve bununla birlikte bazı temizlik, kural, davranış alışkanlıkları kazandırma olanağı da sağlamaktadır. Oyun oynama çocuğun stresle başa çıkmasına yardımcı olmaktadır. Örneğin; çocuğun iğne korkusu doktor ve hasta oyunu ile kaygının yarattığı duygusal baskıyı ve gösterebileceği aşırı tepkileri azaltmada etkili olduğu savunulmaktadır. Çocuğun fiziksel aktiviteleri, atlama, sıçrama, sürünme, zıplama, gibi hareketleri yapması onun birçok sağlık sistemini düzenli çalışmasını sağlamaktadır (Ünal, 2009). Oyun ile çocuk grup ile hareket etme, ait olma, rekabet, başarı, sevinç, hüznün, yenilgi ve kazanma vb. duyguları bir arada yaşayabilmektedir. Çocuğun oyun oynayarak doğrudan veya dolaylı olarak maruz kaldığı bu duyguları davranışa dönüştürmesi çok kolay olacaktır (Egemen ve diğerleri, 2006). Dünyadaki bütün çocuklar için ortak olan görüşlerden birisi çocukların oyuna olan ihtiyacı ve ilgisidir (Gözalın ve Koçak, 2014). Oyun oynamak; beslenme, barınma, eğitim, sağlık, vatandaşlık gibi temel haklardan birisidir. Çocuk Hakları Sözleşmesinin 31. maddesinde sağlanan oyun hakkı; “Taraflar Devletler, çocuğun dinlenme ve boş zamanlarını değerlendirme, çocuğun yaşına uygun oyun ve eğlence etkinliklerine katılma, kültürel yaşama ve sanata özgürce katılma hakkını tanır.” şeklindedir. Çocuk Oyun Hakları Malta Deklarasyonunda bahsedilen

konulardan biri olan oyun oynama hakkı her çocuğun gelişimini desteklediğine ve hayati önemi olduğuna dair görüşler dile getirilmiştir (Ünal, 2009). Çocukların oyun ile gelişimi arasındaki ilişkilere bakıldığında Piaget'in oyun kuramı ön plana çıkmaktadır. Piaget çocuk için oyunun çok önemli olduğunu, oyunun kendiliğinden ortaya çıktığını hatta zevk için yapıldığını belirtmiştir (Sutton-Smith, 1983).

3. Çocuk Gelişiminde Oyunun Etkileri

Gelişim, organizmanın dokularının yapısında başlayan erişkinliğe kadar süren fonksiyonel değişimlerdir. Gelişim mental, motor ve psikolojik olgunlaşmayı sağlayan, bedensel, zihinsel, duygusal ve sosyal yönden belirli bir çerçevesi olan son aşamayı tamamlayıncaya kadar sürekli ilerleme kaydeden varyasyondur. Oyun, çocuklara birden fazla duygu yaşatan, kendinin farkına varmasını sağlayan, kendi benliğinin dışı vurumunu sağlayan etkinliklerdendir. Bunun yanı sıra fiziksel, duygusal, bedensel, sosyal ve psikolojik gelişimi içinde oldukça faydalıdır. Çocuğun sağlıklı bir şekilde gelişimini tamamlaması ve büyümesi için beslenme, sevgi, barınma ve bakımın gerekli olduğu kadar oyunun da bu gelişimin bir parçası olduğu yadsınamaz bir gerçektir (Koçyiğit ve diğerleri, 2007).

3.1. Oyun Oynamanın Çocuğun Fiziksel ve Motor Gelişimine Katkısı

Çocuğun anatomik yapısı itibariyle çocukluk çağı gelişim dönemlerindeki ilk seneler fiziksel gelişimin en hızlı olduğu çocuğun yeni öğrendiği hareketleri ısrarla tekrar ettiği yıllardır. Çocuğun oyun oynadığı zamanlar tüm dikkatini ve uzuvlarını kullandığı en verimli vakitler olarak nitelendirilebilir. Hoplayan, zıplayan, koşan, tırmanan, atlama ve sıçrama gibi kuvvet gerektiren oyunlarda kas yapılarının gelişimini hızlandırmaktadır. Çocuğun gelişiminin ileriki yıllarında kuvvet gerektiren oyunlarda sistemlerin gelişmesine bağlı olarak kan dolaşımı, solunum sayısı, kanın taşınması hızlanır ve çocuğun sistemi ihtiyaç duyduğu besine, oksijene, vitaminlere çok fazla sayıda ulaşmış olur (Özer ve diğerleri, 2006). Fiziksel gelişimi destekleyen oyunlar çocuğun küçük motor becerilerini, büyük motor becerilerini, iskelet ve kas sistemini, kan dolaşım sistemini, sindirim sistemini, dolaşım sistemini de olumlu yöne etkilemektedir. Hareket gerektiren oyunlar sayesinde çocuğun fiziksel becerilerinde gelişme görülmektedir (Uskan ve Bozkuş, 2019). Çocukların oynadıkları oyuncaklar çocukların el-göz koordinasyonlarını geliştirir ve büyük ve küçük kasların gelişmesi üzerinde olumlu etkiye sahiptir (Onur ve Sadioğlu, 2012).

3.2. Oyun oynamanın çocuğun duygusal gelişimine katkısı

Çocuğun ilk duygusal bağı anne karnında başlamaktadır. İlk doğduğu andan itibaren anne ile bağ kurmaya devam etmektedir. Baba ile duygusal iletişim bebek doğduğu andan itibaren bağ oluşmaktadır. Çocukluğun ilk yıllarında bakım veren kişiler ve akrabalar dışında yeni arkadaşlıklar, oyunlar, oyuncaklar, maddi ve manevi tüm nesnelere kurulabilecek duygusal bağ çocuk için elzem olan

bir gereksinimdir. Çocuğun gerekli olan duyguları tanınması için dış çevreye de ihtiyacı vardır. Çocuğun dış dünyayı tanımaya ve uyum sağlamaya başlama süreci oyunla başlamakta ve gelişmektedir (Kayte ve Durualp, 2014). Oyun ile gelecek hayatına zemin hazırlayan çocuklar oyun içerisinde bazı zamanlar kazanma bazı zamanlar ise kaybetme duygusu yaşarlar. Kazanma ile beraber sevinç duygusunu yaşayan çocuk bu duyguyu bir daha yaşamak için her bir oyuna daha sağlam başlamayı, kaybeden çocuk üzüntü duygusundan sonra daha hırslı bir şekilde başlamayı öğrenmektedir. Bu mücadele onları ileri ki yaşamlarında hayata hazırlamaktadır. Bu oyunların ana işlevlerinden bahsedecek olursak çocuktaki stres, kararsızlık, anksiyete duygularını azaltır ve gözlenebilir sözel ve sözel olmayan davranışların dışı vurumunu sağlar. Çocuğun dış dünyaya adapte olmasını, gelecek dünyaya hazırlanmasına katkıda bulunur (Pehlivan, 2016). Pek çok yerde oyunun etkisi kullanılabilir. Ev, okul, hastane vb. ortamlar bunlardan birisidir. Vygotsky, oyunun çocuğun kişilik gelişiminde önemli yeri olduğunu ve benlik kontrolünde çocuğun hayatında önemli yer kapladığını belirtmiştir (Kargı, 2007). Koçyiğit ve arkadaşları yaptıkları çalışmada oyunun, çocuğun olumsuz duyguları var ise bundan da kurtulmasına yardımcı olduğunu belirtmişlerdir (Koçyiğit ve arkadaşları, 2007).

3.3. Oyun oynamanın çocuğun dil gelişimine katkısı

Dil, insanların kendini ifade edebilmesini sağlayan organdır. Çocuğun dil gelişiminin 1 yaşından itibaren gelişmeye başladığı öne sürülmektedir. Çocuğun dil gelişimi anne karnında başlamaktadır. Çocuklar öğrendiklerini ise ayırt etmeye 6. ayında başlamaktadırlar. Öğrendiklerini dile getirmeye 1 yaşından itibaren yapabilmektedirler. Bakım veren kişiler tarafından dil gelişimi desteklenmelidir. Dil gelişimi öğrenmeyi kolaylaştırır. Çocukluk yıllarının en önemli öğrenme aracı ise akranları ile oyun oynamaktır. Oyun çocuğu yetişkin hayata hazırlayan en uygun yoldur. Oyun ile insan ilişkileri, yardımlaşma, konuşma, bilgi edinme, deneyim kazanma, psikomotor gelişim, duygusal ve sosyal gelişim etkilendiği gibi zihin ve dil gelişimi de etkilenir (Ayan ve Memiş, 2012).

Oyun oynama, çocuğun kendini ifade edebilmesine, öğrendiklerini aktarabilmesine, yaşayıp deneyimlediklerini iletebilmesine ve çocuğun söyleyemediği durumların anlaşılabilmesine yardımcı olmaktadır. Çocuğun oyun esnasında kullandığı sözel ifadeler çocuğun ifade edemediği durumların yansıması olabilmektedir. Bu durum da çocuğun kendisini anlatması için ipucu olabilir. Egemen, Yılmaz ve Akil yaptıkları çalışmada ebeveynlerin çocuklarının oyun arkadaşları olmalarının çocuğun dil gelişiminde olumlu katkılar sağladığını belirtmiştir (Egemen ve diğerleri, 2004).

3.4. Oyun oynamanın çocuğun bilişsel gelişimine katkısı

Çocuğun anlama, araştırma, tanıma, problem çözme, karşılaştırma, değerlendirme, analiz etme, sentezleme gibi zihinsel kabiliyet gerektiren işlevleri oyun oynama esnasında farkında olmadan yapmaktadır. İşte çocuk gerekli olan bu davranışları, bilgi ve becerileri oyun sayesinde kendiliğinden öğrenir (Uskan ve Bozkuş, 2019). Örneğin; kum ile oynayan çocuk kovanın içine alabildiği kadar

kumu koyduktan sonra daha fazlasını koyamayacağını deneme yanılma yöntemiyle değerlendirip analiz etmektedir. Her seferinde denese bile kumların döküldüğünü daha fazla kum alamayacağını anlamaktadır. Çocuğun mantık yürütme becerisi gelişmektedir. Oyun esnasında bu ve benzeri problemlerle karşılaşan çocuk problemleri çözmeye çalışacaktır. İleriki hayatındaki problemlerin çözümüne temel hazırlamaktadır. Oyunda oynanan araç gereçler, oyun kuralları, oyunun ilkeleri ve oyunun oynanışı çocuğu sürekli yeni bilgiler öğrenmeye yöneltir (Ellialtıoğlu, 2005). Çocuğun bilişsel gelişimi için çevre çok önemliyken, çevrenin de çocuk için en etkileyici etkenlerinden birisi oyundur. Oyun yoluyla çocuk çevresini ve dünyayı keşfederken bilgi edinir ve merak eder. Bu şekilde de mantık yürüterek bilişsel gelişimine katkıda bulunur (Bekmezci ve Özkan, 2015). Türkoğlu ve Uslu yaptıkları çalışmada oyun temelli eğitimin bilişsel gelişimde etkili olduğunu ve bu etkinin de kalıcı olduğunu tespit etmişlerdir (Türkoğlu ve Uslu, 2016).

3.5. Oyuncak ve oyun oynamanın çocuğun sosyal gelişimine katkısı

Sosyalleşme, insanların birbiriyle iletişimi ve davranış biçimleri, içinde bulunduğu kültürü öğrenmesi ve ömür boyu devam eden gelişim sürecidir. Çocuk için en önemli gelişim aracı sevgidir ve sevgiden sonra onu besleyen ikinci ruhsal besin sosyal gelişimidir (Hazar, 1996). Oyun ve oyuncakın çocuğun sosyal gelişimine doğrudan ya da dolaylı olarak katkıları vardır. Çocuk oyun sayesinde kişilerarası ilişkilerini kurmakta ve geliştirmekte, konuşma becerilerini geliştirmekte ve sosyal etkileşimlerini de artırmaktadır (Karakaya, 2011). Konur'un yaptığı çalışmada oyun ve oyuncakın çocuğun girişken bir birey olması, problemleri hızlı çözmesi ve çevresiyle olan iletişiminin daha iyi olması için etkili olduğu belirtilmiştir (Konur, 2007). Akgün ve Yeşilyaprak yaptığı çalışmada oyunun anne-çocuk, Kuzucu ise oyunun baba ile çocuk ilişkilerinde olumlu yönde katkıda bulunduğunu belirtmiştir (Akgün ve Yeşilyaprak, 2010) (Kuzucu, 2011). Sormaz ve Yüksel, çocuğun oyun oynayarak büyümesinin ebeveyn-çocuk ilişkilerinde olumlu katkı sağlayacağını belirtmeleriyle birlikte psikososyal gelişimlerini de olumlu etkileyeceğini belirtmişlerdir (Sormaz ve Yüksel, 2012). Ogelman ve arkadaşları oyun ve oyuncakların aile ile çocuk arasında iyi bir iletişim için aracı olduğunu belirtmiştir (Ogelman ve arkadaşları, 2019). Woolf yapmış olduğu çalışmada oyun ile desteklenerek uygulanan sosyo-duygusal beceri geliştirme programının çocuklarda duygudaşlık, özdenetim, öfke kontrolü, ilişkilerdeki sosyal beceri geliştirme gibi konularda olumlu etki gösterdiği belirtilmiştir (Woolf, 2013).

Çocuğun bakım veren kişilerden, kardeşlerinden, akrabalarından, yaşlılarından bazı davranışları modelleyebilmektedir. Özellikle yaşlılarıyla oyun oynayabilen çocuk çeşitli davranışları kolaylıkla öğrenebilmektedir. Öğrendiği davranışlarla yaşadığı topluma, toplumun kurallarına ve topluma ait olmayı da beraberinde öğrenmektedir. Grupla birlikte oyun oynayan çocuk gruba ait olma hissine sahip olur. Paylaşmayı, hak ve özgürlüklerini, saygı göstermeyi, korumayı, arkadaşlık kurmayı, kendi cinsel

kimliğini anlamayı, iş birliği yapmayı, birlikte çalışabilmeyi oyun oynayarak benimser. Buna ek olarak doğruyu-yanlışı, iyiyi-kötüyü, ahlaki açıdan yapılması gerekenleri öğrenmektedir.

4. Çocuk Gelişiminde Oyunağın Etkileri

Oyun, çocuğun her türlü gelişimi için önemli bir aktivitedir. Oyuncak ise bu aktivitenin önemli bir aracıdır. Oyuncak çocukların birçok duyu organını bir arada kullanmasına yardımcı ve gelişiminde etkilidir (Bekmezci ve Özkan, 2015). Çocukların birçok oyuncak çeşidini amacına uygun şekilde kullanmasının fiziksel, sosyal, bilişsel, duygusal, dil gelişimine önemli etkisinin olduğu bilinmektedir. Oyuncaklar ile oynayan çocukların oynamayan çocuklara göre algı kabiliyetleri, dikkat süreleri, konsantrasyonu sürdürme yetenekleri, görsel algı yeteneklerinin daha gelişmiş olduğu belirtilmiştir (Akaroğlu ve Özkan, 2015). Oyuncak seçimi çocuk ile ilgili bilgiler verebilmektedir. Oyuncak çeşitleri ve özellikleri her yaş grubu çocuk için farklılık gösterecektir. Çocuğun gelişim dönemlerine uygun oyuncak seçimleri özellikle etkili olacaktır. Örneğin; 1 yaşındaki çocuğun kelime haznesinin artmasına yardımcı oyuncak ve araç gereçler ile desteklenerek gelişimine katkıda bulunulabilir. 2-3 yaş aralığında alacağı tuvalet eğitime yönelik oyuncak ile verilecek eğitimin öğrenilmesi eğlenceli hale gelecek ve kolaylaşacaktır. Seçilen oyuncakların çocuğun yaşına, yaşam biçimine, değerlerine, ilgisine ve becerisine yönelik olmalıdır. Çocuğun yaşadığı kültüre uygun oyuncaklara ihtiyacı vardır. Kendi değerlerine uygun oyuncaklar ile oynayan çocuk ve ebeveyn arasındaki ilişki daha olumlu bir şekilde etkilenmektedir (Egemen ve diğerleri, 2004). Cerrahi işlem öncesi gibi çocukta kaygı ve anksiyete yaratabilecek durumlarda oyuncakları ile vakit geçiren çocukların stres ve kaygı düzeyinin azaldığı gözlemlenmiştir (Ghabeli, 2014). Arslan ve Dilci oyuncakların çocuğun bilişsel gelişiminde önemli olduğunu aynı zamanda oyunun çocuğun hayatını kolaylaştırıcı etkilerinin olduğunu belirtmişlerdir (Arslan ve Dilci, 2017).

5. Oyun ve oyuncağın hemşirelik bakımında yeri

Büyüme ve gelişme çağındaki çocuklar yaşamları süresince bazı hastalıklar ile mücadele etmek zorunda kalabilmektedir. Hastaneye yatan aileler ve çocukların stresli bir dönemden geçtiklerini ve bu dönemde en çok etkilenen bireylerin çocuklar oldukları bir gerçektir. Bu dönemde ailelerin ve hemşirelerin önemli bakım amaçlarından bir diğeri de tedavi altında olan çocukların stresini, korkusunu azaltmaktır. Terapötik oyun ile hastalık ve hastaneye yatış sürecinin çocuk üzerinde psikolojik travma yaratma etkisi azaltılmış olacaktır (Yayan ve Zengin, 2018). Hemşirenin terapötik oyunda yer alması bakım verdiği çocuk ile arasındaki güven duygusunu oluşturur. Oyun çocuğun değer verdiği bir etkinliktir ve bu etkinliği güvendiği insanlarla birlikte gerçekleştirmesi kendisini daha güvende hissettirecek ve bakım veren hemşireye duygu, düşünce ve korkularını paylaşmasını kolaylaştıracaktır. Çocuğun duygu ve düşüncesini öğrenen hemşire, hemşirelik tanı ve girişimlerini daha etkin bir şekilde koyup uygulama imkânı bulacaktır. Kaygı düzeyi yüksek olan çocuk hastaya bakım ve tedavi uygulamadan önce stresini

azaltıcı bir konuşma ve yapılacak tedavinin oyuncakları üzerinde canlandırılması yapılabilir (Ocakçı ve Yigen, 2004).

6. Sonuç

Oyun her yaş grubunun oynayabileceği kurallı, kuralsız, bireysel, grupla, büyük, küçük demeden katılabileceği etkinlikler bütünü olarak tanımlanabilmektedir. Oyun, çocuk için en önemli etkinlik ve gelişim aracıdır. İstendik ve olumlu davranışlara sahip olabilen çağımızın ihtiyacı olan insan özelliklerine ulaşabilmek için erken dönemin önemli olduğu dikkate alınarak oyunu aktif bir şekilde kullanmak önem teşkil etmektedir (Güven, 2018). Oyun, gelişim dönemlerinin sadece birine odaklı veya hepsini bir arada geliştirebilme fırsatı sağlayan, dikkat süresini arttıran, öğrenmeyi eğlenceli hale getiren, birçok duyguyu bir arada yaşatabilen aynı zamanda destekleyici etmendir. Çocuk gelişimini etkileyen tüm etmenler sıralandığında oyun oynama eylemi en önemli faktörlerden birisidir. Oyun çocuk için sevgi ihtiyacı, barınma ihtiyacı, beslenme ihtiyacı kadar gereklidir. Hukuken bakıldığında oyun oynama hakkı çocuğun en temel hakları arasında yer almaktadır. Bakım veren kişilerin çocuklarına oyun oynama alanı, zamanı ve materyalleri sağlamaları gerekmektedir. Bakım veren kişilerinde çocukla birlikte oyun oynaması çocuğun gelişimini için destekleyici bir unsurdur. Oyunlarda kişiler, meslek grupları, sanatçılar, vb. davranışlarını taklit etmek çocukları toplumsal yaşama dair deneyim elde etmelerini sağlamaktadır. Örneğin; 6 yaşında ki bir çocuklar evcilik oyunu oynayarak ebeveynlik rolünü deneyimleme fırsatı bulur ve ileriki yaşam için kendini hazırlar. Oyun oynamanın vücudun tüm gelişim alanlarına faydası bulunmaktadır. Yetişkinler için çocukların dünyasını anlamaya yardımcı faktörlerden birisidir. Oyun çocukların bilişsel, öz bakım, motor becerileri, sosyal ve dil gelişimlerini olumlu yönde etkilediği, ebeveynlere göre oyun çocuk gelişiminde önemli olduğu, oyunun çocuk gelişimine önemli katkısının olduğu belirtilmektedir (Kayte ve Durualp, 2014). Çocukların öğrenmeye ve gelişmeye açık olduğu, model almanın en aktif olduğu, davranışların şekillendiği, gelişimin en hızlı olduğu dönemde en ihtiyaç duyulan oyun oynama etkinliği bakım veren kişilerce desteklendiği vakit çocuğun alacağı verim daha fazla olacaktır. Oyunun çocuk gelişiminde ki önemi hayati bir eylem olarak var olmaya devam edecektir. Oyunun çocuklarda ağrı, anksiyete, kaygı gibi negatif duygu durumunu azalttığı, ağrı ve anksiyetesi olan çocukların ve ebeveynlerinin terapötik oyun hizmetlerinden yararlandığında memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Yayan ve Zengin, 2018). Oyuna en çok ihtiyaç duyulan alanlardan birisi de hastanelerdir. Çocuğun alıştığı ortamdan, insanlardan uzaklaşıp hastalığına, hastaneye ve hastanedeki personellere alışması zaman almaktadır. Bu durum tedaviyi olumsuz yönde etkileyici faktör olduğu düşünülmektedir. Çocukların hastalandıkları zaman hastalıkları ile mücadelenin zorluğu ve oyun alanlarını kısıtlayıcı durumlar olduğu vakit anksiyetelerinin arttığı gözlenmektedir. Bu durum aileleri, hastane personellerini en çokta çocukları olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Çocuk sağlığı hemşireliği ile beraber bakım ve tedavi altındaki çocuğun oyun ve tedavi hizmetleri birleştirilirse tedaviye uyum ve hastaneye alışma süreci daha kısa olmaktadır (Koç ve Yumru, 2019). Çocuk sağlığı

hemşiresinin oyun türleri hakkında gerekli bilgiye sahip olması ve uygulayabilmesi çocuğun sağlığına önemli ölçüde katkı sağlamaktadır (Avan ve diğerleri, 2020). Hastanelerde çocukların vakit geçirebileceği oyun sahalarının açılması ve bu sahaların ulaşılabilir olmasının çocuk sağlığına faydası olabileceği düşünülmektedir (Carvalho ve diğerleri, 2015). Her yaş grubuna uygun oyuncakların ve materyallerin sağlanması gerekmektedir.

Bildiriler: Yazar herhangi bir çıkar çatışması beyan etmemiştir. Herhangi bir kurumdan mali destek alınmamıştır. Herhangi bir kongre / sempozyum vb.de sözlü / yazılı bildiri olarak sunulmamıştır. Tez çalışmasından üretilmemiştir. Derleme makale olduğu için etik kurul izni alınmamıştır. Yazar katkıları” Fikir: BP, MK, Tasarım: MK, Denetleme: MK, Literatür taraması: BP, MK, Yazı Yazan: MK, Eleştirel İnceleme: MK”.

Kaynaklar

Akaroğlu, E.G., & Dereli, E. (2012). Okul öncesi çocukların görsel algı eğitimlerine yönelik geliştirilmiş eğitici oyuncakların çocukların görsel algılarına etkisi, *Zeitschrift für die welt der Türken/journal of world of Turks*, 4(1), 201-222.

Akgün, E., & Yeşilyaprak, N. (2010). Anne çocuk ilişkisini oyunla geliştirme eğitim programının etkililiği, *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2, 123-147.

Avan, H., Koç, E.T., & Vural, B. (2020). Çocukla Terapötik İletişim ve Oyun. *Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(2), 62-9.

Ayan, S. & Memiş, A.U., (2012). Erken çocukluk döneminde oyun. *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi*, 14(2), 143-149.

Bekmezci, H., & Özkan, H. (2015). Oyun ve oyuncanın çocuk sağlığına etkisi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 5(2), 81-7.

Carvalho, L., De Vitta, A., De Lima, J.M., & De Vitta, F.C.F. (2015). The act of playing within the hospital context in the vision of the accompanying persons of the hospitalised children. *Journal of Human Growth and Development*, 25(1), 41-9.

Arslan, A., Dilci, & Dilci, T. (2018). Çocuk oyunlarının çocukların gelişim alanlarına yönelik etkilerinin geçmiş ve günümüz bağlamında incelenmesi (Sivas ili örnekleme), *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 28(1), 47-59

Egemen, A., Yılmaz, Ö., & Akil, İ. (2004). Oyun, oyuncak ve çocuk. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 5(2), 39-42.

Ellialtıoğlu, F.M. (2005). Okul öncesi dönemde oyun ve oyun örnekleri. *Ya-pa Yayınları*, İstanbul, 23.

Ghabeli, F., Moheb, N., & Nasab, S.D. (2014). Effect of toys and preoperative visit on reducing children's anxiety and their parents before surgery and satisfaction with the treatment process. *Journal of caring sciences*, 3(1), 21.

Gözalan, E. & Koçak, N., (2014). Oyun temelli dikkat eğitim programının 5-6 yaş çocukların kelime bilgi düzeylerine etkisinin incelenmesi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16(11), 115-121.

Güven, S. (2018). Çocukların oyun tercihleri üzerine bir çalışma. *Electronic Turkish Studies*, 13(27), 795-813.

Hazar, M. (1996). *Beden eğitimi ve sporda oyunla eğitim*. Tubitay Yayınları. Ankara; 4.

Karakaya, Z. (2011). Rol oyunlarında sosyal etkileşim ve dilsel gelişim, *Gazi Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 31(2), 419-438

Kargı, E. (2007). Oyun: Çocuklar için hastalıkla baş etme sürecinde güçlü bir psiko-sosyal destek aracı, *Toplum ve Hekim*, 22(5), 364-367.

Kayte, N., & Durualp, E. (2014). Türkiye’de okul öncesinde oyun ile ilgili yapılan lisansüstü tezlerin incelenmesi. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2(2), 110-122.

Koç, Ş., & Yumru, H. (2019). Türkiye’de çocuk sağlığı hemşireliği uygulamalarında oyun terapisinin kullanımı: Literatür incelemesi. *Pediatric Practice and Research*, 7(Ek), 121-7.

Koçyiğit, S., Tuğluk, M.N., & Kök, M. (2007). Çocuğun gelişim sürecinde eğitsel bir etkinlik olarak oyun. *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 16, 324-342.

Konur, H. (2007). Okul öncesi dönem çocuklarının oyunları ve ailelerinin bu konudaki tutumları, *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13, 88-97.

Kuzucu, Y. (2011). Değişen babalık rolü ve çocuk gelişimine etkisi, *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 35, 79-91.

Ocakcı, A., & Yiğen, E. (2004). Çocuk sağlığı ve hastalıklarında travmatik hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 20(1), 117-126.

Ogelman, H.G., Ayaç, P., Erol, A., Erdentuğ, F.G., Yolaç, Ö.A., & Özbilenler M.G. (2019). Anne-Baba ve çocuk görüşleri doğrultusunda oyun, *Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 65-87

- Onur, S.G., & Sadioğlu Ö. (2012). The Comparison of toy preferences of teacher candidates in first and fourth grades of preschool education. *International Journal of Early Childhood Education Research*, 1, 62-75.
- Özer, A., Gürkan, A.C., & Ramazanoğlu, O. (2006) Oyunun çocuk gelişimi üzerine etkileri. *Fırat Üniversitesi Doğu Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 54-7.
- Pehlivan, H. (2016). Oyunun gelişim ve öğrenmedeki rolü. *Journal of Human Sciences*, 13(2), 3280-3292.
- Sormaz, F., & Yüksel, H. (2012). Değişen çocukluk, oyun ve oyuncuğun endüstrileşmesi ve tüketim kültürü, *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3, 985-1008.
- Sutton-Smith, B. (1983). Piaget, play, and cognition, revisited. İçinde W. F. Overton (Ed.), *The relationship between social and cognitive development*, 229–250
- Uskan, S.B., & Bozkuş, T. (2019). Eğitimde oyunun yeri. *Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 123-131.
- Ünal, M. (2009). Çocuk gelişiminde oyun alanlarının yeri ve önemi, *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(2), 95-110.
- Türkoğlu, B., & Uslu, M. (2016). Oyun temelli bilişsel gelişim programının 60-72 aylık çocukların bilişsel gelişimine etkisi, *Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(6), 50-68.
- Woolf, A.M. (2013). Social and emotional aspects of learning: Teaching and learning or playing and becoming. *pastoral care in education. An International Journal of Personal, Social and Emotional Development*, 31(1), 28-42.
- Yayan, E.H., & Zengin, M. (2018). Çocuk kliniklerinde terapötik oyun. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 226-233.

Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Ekip Çalışmasını Etkileyen Faktörler / *Factors Affecting Teamwork of Pre-Hospital Emergency Health Services Employees*

Samet ULAŞ¹

¹ Nişantaşı Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, samet.1995.1971@gmail.com



Geliş Tarihi / Received: 30/01/2023, Kabul Tarihi / Accepted: 27/04/2023 Yayınlanma Tarihi/ Publication Date: 30/04/2023

Atıf/ Reference: ULAŞ, S. (2023). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Çalışanlarının Ekip Çalışmasını Etkileyen Faktörler, Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi (KÜSBFD), 2 (1), s 11-23.

Özet: Sağlık, toplumun her kesiminde ihtiyaç duyulan hizmet olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hizmet yapısı gereği sağlık hizmetleri ayrılmaz bir bütündür. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ise bu bütünün en değerli parçalarından biridir. Acil sağlık hizmetleri, profesyonel ekipler tarafından sunulmaktadır. Ekiplerin kalite sağlık sunumu sağlamaları için ekip çalışması hayati öneme sahiptir. Sağlık çalışanlarının ekip çalışmasını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Ekip çalışmasını etkileyen olumlu ve olumsuz faktörler iş birliğini doğrudan etkilemektedir. Hastane öncesi sağlık hizmetleri yapısı gereği ortak hedefe, farklı yeteneğe sahip kişilerden oluşmaktadır. Farklı yeteneğe sahip ekip üyelerinin birbirlerini tamamladığı bir çalışma ortamı ile kalite ve verimliliğin artmasına, hizmeti alanların ise memnuniyet duymasını sağlamaktadır. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ekip çalışması yönünden büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: *Acil Bakım, Afet, Hasta, Sağlık, Paramedik*

Abstract: Health emerges as a service needed by every segment of society. Due to this service structure, health services are an inseparable whole. Pre-hospital emergency health services are one of the most valuable parts of this whole. Emergency health services are provided by professional teams. Teamwork is vital for teams to provide quality healthcare delivery. There are many factors that affect the teamwork of healthcare professionals. Positive and negative factors affecting teamwork directly affect cooperation. Due to its structure, pre-hospital health services consist of people with a common goal and different abilities. With a working environment where team members with different talents complement each other, it increases quality and productivity, and provides satisfaction to those who receive the service. Pre-hospital emergency health services are of great importance in terms of teamwork.

Keywords: *Urgent Care, Disaster, Health, Patient, Paramedic*

1. Giriş

Acil tıp sistemleri, acil bir olayın bildirilmesi ile başlayan ve tedavi süreci tamamlanana kadar olay yerinde hastaya acil bakım sağlayan bir organizasyondur. Hasta ve yaralılara gerekli tedaviyi hızlı bir şekilde uygulamak amacıyla birlikte çalışan çeşitli alanlar acil tıp sistemlerini oluşturmaktadır. Etkin ve güvenli acil tıp sistemleri; devlet çalışmalarıyla doktor, acil tıp teknikeri, acil tıp teknisyeni ve yöneticiler ile oluşturulur (Soysal ve ark., 2003).

Sağlık kurumlarında ekip olarak birlikte çalışma tercih edilen yaygın bir organizasyondur. Sağlık hizmetlerinde etkili hizmet sunumunun temelinde ekip çalışması yer edinmektedir (Valentine, 2015). Sağlık hizmetlerinde zorunlu hale gelen ekip çalışması ve sağlık giderlerin oluşmasında yer alan sağlık çalışanları, ilaç yatak gibi malzeme ve ekipmanın organizasyon ve yönetiminin bütünleşmesi gerektiği ifade etmektedir. Hizmetin kaliteli ve verimli sunulması açısından ekip çalışması büyük önem arz etmektedir (Lü, 2022).

Sağlık personeli arasındaki iş dağılımı, sağlık hizmetlerinin yalnızca bir uzman grup tarafından karşılanmayacağını göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin disiplinler arası bir yapı olduğunu gösterir ve sağlık kurumları hizmet verirken ekip çalışmasına bağımlıdır (Gonzales, 2010). Bu nedenle etkin ekip çalışması sağlık hizmetlerinin temelini oluşturur (Leggat, 2011).

Disiplinler arası sağlık profesyonelleri için bazı özellikler sıralanmaktadır (Ellingson, 2002):

- Hastaya gerekli hizmetin sunumunda birçok sağlık disiplini yer alır,
- Sağlık disiplinleri hastalar için ihtiyacı olan farklı bilgi ve becerileri içerir,
- Hastalara uygulanacak sağlık bakımı, hizmet verenlerin ortak amacını belirtir,
- Ekipte yer alan kişiler rutin şekilde tasarlanmış yüz yüze toplantılarında yer aldığı düzenli iletişim bağlantılarıyla bilgi paylaşır ve hizmetlerin koordinasyonunu sağlar.

Ekip çalışması, ekip üyeleri başta olmak üzere hasta ve yakınlarıyla iletişim sağlanmasında ekip çalışması ile birlikte hasta, tedavi uygulanırken kendini daha rahatça dile getirebilmekte ve bu durum, hasta memnuniyetini de artırmaktadır. Bu çerçevede ekip çalışması, sağlık personelinin iş doyumlarının artmasına ve personel değişiminin azalmasını sağlamaktadır (Saygılı; Özer,2020).

Çalışma ortamında ortaya çıkabilecek olumsuz durumlar, hastaya verilen hizmetler üzerine etki oluşturarak hizmetin kalitesini ve sağlık olan personelinin sağlık durumlarını olumsuz etkileyerek, işteki

başarım ve tatmin seviyelerini ciddi anlamda düşürebilmektedir. Sağlık hizmeti sunan personelin, çalışma ortamlarında mutlu olabilmeleri sağlanmalı, çalışma başarım düzeylerinin ve iş tatmin noktaları yönetimce tespit edilerek, yaşam kalitelerinin yükseltilmesi amaçlanmalıdır (Kavuran ve ark., 2020)

Bu çalışma literatür taraması yapılarak sağlık hizmetlerinde ekip çalışmasının önde gelen yapısı olan Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri'nin çalışanlarının ekip çalışması ve ekip çalışmasını etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi ve literatürde az yer bulan konunun katkı sağlaması amacıyla ele alınmıştır.

2. Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Acil durum, menfi etkileri azaltmak ve engel olmak için acil müdahale gerektiren ani ve öngörülme duruma denir (Nations, United, 1992). Ortaya çıkan acil durumlar için gerekli hizmetin sunulmasının tanımına bakacak olursak; Acil sağlık hizmetleri; hastalık, kaza, afet gibi olaylarda ihtiyaç duyulan kurtarma, acil yardım ve bakımı olayın olduğu yerden başlamak üzere hastanın sağlık kuruluşuna nakledilmesi ve tesliminin sağlanması işlemi ile hastane acil servisinde devam eden sürece denir (Ekşi, 2016). Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ise; Hasta veya yaralıların sağlık kuruluşuna varıncaya kadar geçen sürede alanında eğitilmiş personelin tıbbi araç gereç kullanarak vermiş olduğu acil bakım hizmetlerini kapsamaktadır. (Batı, 2012).

Medeniyet tarihinde savaş alanlarında atlı arabalar ile yaralıların taşınması, acil sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmuştur. Tarihte ilk kez İspanyollar tarafından Malaga kuşatmasında atlı arabalar ambulans hizmetleri amacıyla kullanılmıştır. Cephede yaralıların gerekli tedavilerinin yapılması için Napolyon Baş Cerrahı Baron Dominique-Jean Larrey'i görevlendirmiş ve bu durum acil sağlık hizmetlerinin başlangıcı kabul edilmiştir. Sonraki dönemlerde İngiltere ve İskoçya'da yönetim izni ile ambulans ekiplerinin kurulmasına yönelik çalışmalar başlatılmıştır (MEB, 2011).1865 yılında Amerika'da ambulanslar Cincinnati'de ve sonrasında New York'ta hizmete başlamıştır (Zaidi, 2021).Ambulans hizmetlerine yönelik çalışmalarla birlikte ilk yardım konusunda eğitimler ve sivil toplum kuruluşları gündeme gelmiştir. Dünyada nüfus artışının beraberinde getirmiş olduğu hastalıklar ile afet ve savaşlar ortamlarının artması acil sağlık hizmetlerinin önemini ortaya koymuş, bununla birlikte kurulan acil sağlık hizmetleri ekiplerinde eğitim almış kişiler çalıştırılmaya başlanmıştır (Lüy, 2022). 1970 yılında Acil Tıp anabilim dalı olarak Cincinnati Üniversitesinde açılmıştır. Oluşturulan acil sağlık hizmetleri, Dünya'da Amerika ve Kanada başta olmak üzere çeşitli ülkelerde ambulans, itfaiye ve polis ekiplerinin tek bir merkezde yönetildiği, yönlendirildiği ve güvenliğin ön plana çıktığı sistemi kullanmaktadır. Avrupa ülkelerinde itfaiye teşkilatlarının önem kazanmasıyla ambulans hizmetleri, itfaiye teşkilatları içerisinde yürütülmektedir (MEB, 2011). Ambulans hizmetlerinin yürütülmesi, hastanın acil sağlık hizmetine uygun bakıma göre Franko-Alman veya Anglo-Amerikan modeli olarak

iki farklı şekilde yürütülmekte iken acil sağlık sisteminde bir başka yöntemi de verilen bakım düzeyine göre Temel Yaşam Desteği ve İleri Yaşam Desteği olarak verilen bakıma göredir (Al-Shaqsi, 2010).

2.1. Türkiye’de Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri

Acil durumlarda hizmetin verilebilmesi için merkeze iletilmesi ve talebin oluşturulması gereklidir. Acil durumlarda acil sağlık hizmetlerinin aktifleşmesi için acil çağrı merkezlerine talebin bildirilmesi gerekir. Acil çağrı, Avrupa Birliğine bağlı ülkeler ve Amerika’da tek bir numaradan toplanmıştır. Türkiye’de ilk olarak acil sağlık hizmetlerinin numarası “077” olarak belirlenmiştir. (Erbay, 2017).

Ülkemizde ilk olarak “Hızır Acil” olarak kurulan Ambulans Servisleri “077” olarak hizmete başlamış olsa Avrupa Birliğinin yayınlamış olduğu bildirgeye bağlı olarak acil çağrı numarası “112” olarak güncellenmiştir. Acil çağrı merkezine iletilecek talebin hızlı ve kolay iletilebilmesi için kolay çevrilebilen ve akılda kalan numaralar seçilmesine önem verilmiştir. Ülkemizde Polis, İtfaiye, Jandarma başta olmak üzere yardım çağrısına cevap verebilecek kurumlar acil sağlık hizmetlerinin gelişimiyle tek numarada toplanmıştır (Lüy, 2022).

1985 yılında özellikle anayol ve turistik yerlere gezici ambulans ekipleri koyularak trafik kazalarına müdahale için kurulmuştur. 1986 yılında 077 Hızır Acil Servis ekipleri Ankara, İstanbul, İzmir gibi büyükşehirlerde kurulmuş ve acil sağlık hizmetlerinin temeli atılmıştır.

Acil tıp alanında gelişmeler, ABD’li Dr. Fowler’ın İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Acil Servisinde çalışmaya başlamasıyla ortaya çıkmıştır. Yaptığı çalışmalar ve görüşmeler ile “Acil Tıp” bir uzmanlık alanı kabul edildiği gibi, Dokuz Eylül ve Fırat Üniversitesinde anabilim dalı kurulmuştur (MEB, 2011).

Acil sağlık hizmetlerini daha iyi anlayabilmek amacıyla teşkilat yapısını ele almanın yararı olacaktır. Acil sağlık hizmetleri oluşturulduğu konuma göre merkez ve taşra olarak iki farklı şekilde yürütülmektedir. Merkez Teşkilatı işleyişin yönetilmesi görevlerini yürütürken; Taşra Teşkilatı, hizmet görevini üstlenmektedir. Teşkilatın en üst yapısını Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak merkez teşkilatını oluşturur. İçerisinde bulundurduğu daire başkanlıkları ile işleyişin etkili olarak yürütülmesini sağlar. Acil Sağlık Genel Müdürlüğü bünyesinde bir genel müdür, müdür yardımcısı, basın yayın ve sosyal medya birimi, afet ve acil durum yönetimi daire başkanlığı, acil sağlık hizmetleri daire başkanlığı, eğitim ve projeler daire başkanlığı, , lojistik ve teknik hizmetler daire başkanlığı, idari ve mali işler daire başkanlığı, izleme değerlendirme daire başkanlığı yer alır. Taşra Teşkilatında ise Acil Sağlık Hizmetleri ve/veya Acil Sağlık Hizmetlerinden sorumlu başkan yer alır. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, standart hizmet şartlarının oluşturulması amacıyla çalışmalar yapmaktadır. Teşkilatında yer alan başkanlıklar ile hizmetin kalite, etkinlik, bilgi düzeyleri, teknolojik gelişmelerden

faydalanmaktadır. Acil Sağlık Hizmetlerinin yürütülmesi başta olmak üzere afetlere karşı gerekli malzeme ve ekipmana sahip personelin en kısa sürede afet bölgesini ulaşmasını sağlayarak acil sağlık hizmetlerinin hızlı ve etkin olarak aktif hale getirilmesi hedeflemektedir (Gostak, 2021).

Türkiye’de acil sağlık hizmetleri işleyişine baktığımızda, Acil Çağrı Merkezine gelen çağrının acil sağlık hizmeti gerektirip gerektirmediğinin tabip tarafından değerlendirilmesi ile süreç başlamaktadır. Merkez, en uygun ve en yakın ekibi olay yerine yönlendirme yapar. Olay yerine ulaşan ilk ekip olay yerini ve hasta/yaralıyı değerlendirir. İlk müdahalesi olay yerinde yapılan hasta/yaralı olay yerinde bırakılabilir veya en uygun hastaneye nakli sağlanır. Olay yerinde bırakma yetkisi, olay yerinde tedavi yetkisine sahip olan tabibin sorumluluğundadır. Kalp hastalıkları, inme ve travma vakalarına özgü hastaneler bazı illerimizde mevcut olup, hastaların nakil edilme sürecine yönelik özel protokoller oluşturulmuştur (Kahraman, 2019). Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde; tabip, paramedik ve acil tıp teknisyenleri görev yapmaktadır (Şimşek ve ark., 2019).

Acil sağlık hizmetleri istasyonları verdikleri hizmete göre farklılık göstermektedir. Bunlar (Öztürk, 2022);

1. A Tipi İstasyonlar: Kesintisiz acil yardım hizmeti veren, ihtiyaç durumuna göre birçok ekip ve ambulans bulundurabilen, idari ve özlük hakları bakımından il ambulans servisi başhekimliğine bağlı ve kadrolu personel bulunduran istasyon tipidir. Bu istasyon tipi kendi içerisinde ekipte doktor bulunuyorsa A1 tipi istasyon, doktor bulunmuyorsa ise A2 tipi istasyon olarak sınıflandırılmaktadır.
2. B Tipi İstasyonlar: Tüm resmî sağlık kurum ve kuruluşlar ile uyum içerisinde aralıksız hizmet veren, idari hak ve özlük hakları bakımından bulunduğu kurum ve kuruluşa bağlı olan, ambulans hizmeti bakımından ise merkeze bağlı olan istasyonlardır. Bu istasyonlar; hastane acil servisleri ile uyumlu olan B1 tipi istasyon, birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre ise B2 tipi istasyon olarak adlandırılmaktadır.
3. C Tipi İstasyonlar: İhtiyaç doğması halinde belirlenen saatlerde sadece ambulans hizmeti vererek çalışan, idari hak ve özlük hakları bakımından il ambulans servisi başhekimliğine bağlı istasyonlardır.

3. Ekip Çalışması

Ekip; belirlenen başarımların amacına ulaşmak için etkileşim halinde bulunan, aynı tavır sergileme ve içerisinde çeşitli görev farklılıkları olan iki veya üzeri kişiden oluşan sosyal bir olgudur. Ekip çalışması; belirlenen süre zarfında, mevcut sayıda personelin kurumun amaçları göz önünde bulundurularak ortak bir çaba göstererek, sorunların çözülmesi ve kurumda yeniliklere eğilim göstererek yaptıkları faaliyetler bütünü olarak değerlendirilmektedir (Tüney, 2019). Başka bir tanımda ise ekip çalışması; başarı odaklı kendi yeteneklerini ekip çalışmasına dâhil eden kişiler aracılığıyla yapılmakta

olan iş olarak açıklanabilir. Ekip çalışması birbirine bağlı bir davranış grubunu ve ortak hedefler doğrultusunda etkili bir şekilde motive etmeyi ifade eder (Bekmez, 2018). Ekip çalışması, birlikte çalışma, tek başına ortaya koyulamayacak bir ürün veya hizmeti birlikte yapmak ya da sunum gerektiğinde ortaya çıkmaktadır (Garner, 1998).

Ekip üyeleri; ortak çalışma yaklaşımı ile amaç belirlemede, ekibin ortak kararlı hedefleri belirlenmekte, birbirini tamamlayan yetenekler geliştirmekte ve yapılan etkinliklerin sonuçlarının sorumluluğunu paylaşmaktadırlar (Efil, 2009).

Ekipler; sorumluluk duydukları ortak bir amaca bağlı olarak, yetenek ve profesyonelliğin birlikteliğine sahip, minimum, yönetilebilir, bir kişi topluluğunu içermektedir ve ortak bir amaç varlığında birlikte çalışarak meydana gelecek işe karşı yön, hız ve bağlılık geliştirmektedirler (Mickan, 2005).

Ekiplerde farklı kişilerin olması pozitif bir durum olarak karşılanır ve çeşitli düşünce, tasarruf ve davranışlar için kişiler cesaretlendirilir, riski kabul etme yönelimi vardır ve rekabet ortamına karşın bu rekabetin dışı yönelik olduğu söylenmektedir (Tüney, 2019).

Ekibi oluşturan üç temel öge bulunur (Rochon, 2014);

Ortak amaç edinen iki veya daha fazla kişi varlığı,

Ekipte kişilerin görevlerinin tanımlanması,

Ekipte yer alan kişilerin belirlenen amaçlara ulaşmak için iş birliği içinde çalışmalarının sağlanmasıdır.

Farklı sektörlerde profesyonel veya yeterlilik seviyesine ulaşan kişilerin oluşturduğu ekipler Disiplinler içi ekip çalışması adı verilmektedir. Kaynakların verimli şekilde kullanılması, ekibin eğitimi ve istikrarlı olması, disiplinler içi ekip çalışmasına yönelik olumlu durumlardır. Disiplinler içi ekip çalışmasının amacı ise, ekip üyelerinin her biri tarafından bağlılık ile yerine getirilen bütünleşik uygulamaların sağlanmasıdır (Veliöğlu, 1994).

Görevin niteliğine göre, farklı branşlarda çalışan kişilerin bir araya gelerek oluşturduğu ekipler ise disiplinler arası ekip çalışması olarak açıklanmaktadır. Özellikle organizasyon ve liderlik üzerine odaklanan disiplinler arası ekip çalışması; ekip üyelerinin diğer ekip arkadaşlarının değerleri, becerileri ve rollerini anlayarak saygı göstermesi temeline dayanmaktadır. Bu şartlar sağlandığı takdirde ekip üyeleri, disiplinler arası ekip çalışmasının belirlediği hedeflere ulaşmasında katkı sağlamış olacaklardır. Böylelikle; eğitim ve gelişim, müşteri (hasta) merkezli hedef belirleme, iş birliği, iş ortaklığı ve yapıcı çözümler üretilmesi ile mümkün olabilecektir (Veliöğlu, 1994).

3.1. Ekip Çalışmasının Faydaları

Ekip çalışmasının faydaları birçok kez ele alınarak, değerlendirilmiştir. İnsanların bir aradayken, ayrı olduklarından daha çok başarı ya ulaştığı düşüncesi ekip çalışmasındaki faydalarının temelini oluşturmaktadır (Hamlin, 2008).

Ekip çalışmasıyla yürütülen örgütlerin için üç avantajı (Hamlin, 2008);

1. Birçok işleve sahip ekipler, işlevleri arası gereken eşgüdüm ve transfer miktarını azaltır. Ekip içerisinde işi yapmada profesyonellik devreye girdiği için işi diğer bölümlere yollama ihtiyacı azdır.
2. Ekipler daha çok kendi içerisinde düzenleme ve yetme durumunda olabilir. Bundan kaynaklı olarak dış müdahale gereksinimi azdır. İşin yürütülmesi için ihtiyaç duyulan beceri ekibin kendisinde vardır. Ekip üyeleri kendi alanlarında hedef belirlemede yer alırlar ve bu nedenle genellikle bu hedeflere bağlıdırlar. Eğer ekibe işlevsellikleri ile ilgili gerekli dönüt verilirse daha büyük otokontroller için tüm tamamlayıcılar var olur.
3. Personel hususi bir işe karşı ekibin hedeflerine odaklanır. Çalışanlar bütünü görürler.

Başka bir deyişle ekip çalışmasının faydaları ise (Luecke, 2004);

- Ekipler yeni çözümler bulabilirler.
- Ekip olarak karar verme, kararların uygulanmasında birlikteliği sağlar.
- Ekipler, zor bir soruna karşı çıkabilmek için farklı işlevlerdeki insanları ve farklı becerileri bir araya getirir.
- Ekipler, birden fazla üye ile iletişim sağlayarak daha fazla bilgi ve beceri sağlayabilir.
- Ekipler, iletişim ve iş birliğini daha iyi sağlayabilir.

Ekiplerin varlık nedenleri ise (Robbins; Finley, 2000);

- Maddi tasarruf getirir,
- Üretimde artışı sağlar,
- İletişimi geliştirir,
- Tek düze iş ekipleri tarafından yapılamayan işleri yapar,
- Kaynakları verimli kullanılması,
- Yüksek nitelikte karar anlamına gelir,
- Nitelikli mal ve hizmeti ifade eder,
- Gelişim gösteren aşamalar ve bütüne ulaşırken farklılıklar demektir.

Ekip çalışmasının sebeplerini sıralayacak olursak (Mohrman ve ark., 1995);

1. Örgüt içerisinde oluşturduğu yapı, dizayn ve yöntem arasındaki sürekliliğin oluşturulması gerektiğinden ekipler, örgüt içerisinde kararların ve uygulamalarının yasalaştırılması için en anlamlı yerdir.

2. Ekipte yer alan kişiler yüksek kaliteyi koruyarak hizmet maliyetini azaltabilmektedir,
3. Ekipler, ekipte yer alan kişilerin yeni bilgiler öğrenme sürecini gelişmesini sağlamaktadır,
4. Ekipler fonksiyonlar arası hizmet kalitesinde gelişme oluşturur,
5. Fonksiyonlar arası ekipler süreçlerin yeniden oluşturulmasını etkilemektedir,
6. Ekip çalışması faaliyetlerin belirli bir sıra ile yapılmasına engel olup eş zamanlı yapılmasını sağlayarak zaman tasarrufu sağlarlar,
7. İş üzerine fikir ve düşünceler paylaşılarak yeniliklerin ortaya çıkmasını sağlar,
8. Bireyden hariç örgütsel çalışılması, aşamaları yürütülmesi ve yönetimini kolaylaştırır,
9. Ekipler sayısının artmasıyla bilgi aktarımı da artmaktadır.

Başarılı ekip özellikleri ise (Baltaş; Baltaş, 1997);

- Belirgin ve açık amaçlar
- Doğru yöntemlerle karar alma süreçleri
- İş birliği ve güven ortamının sağlanması
- İletişimin destek olmaya ve üyeleri anlamaya açık olması
- Sorunların çözümünde yapıcı yöntemlerin kullanılması
- Ekip üyeleri ve yöneticilerin sorumluluk ve görevlerinde açıklık
- Ekipler arası olumlu yaklaşım ve kuvvetli ilişkiler kurma
- Performans değerlendirmede seçilecek doğru analiz metodu sayılmaktadır.

3.2. Ekip Çalışmasını Etkileyen Faktörler

Sağlık kurumlarında çalışan personel birbirleri ile bağlantılı olmayan farklı eğitimler almaktadır. Alışagelmiş faaliyetler ise hasta odaklı değil meslek odaklı olarak yürütülmektedir. Bu yönüyle her bir sağlık disiplini birbirinden farklılaştırmaktadır. Sağlık personeli birbirlerinin görevleri ve ekip çalışması süreçleri hakkında çok az bilgiye sahip olmaktadır. Bunun yanında personelin işe uyumunu sağlama ve davranışların kazandırılmasında da yöntem farklılıkları görülmektedir. Bazı meslek gruplarında ise eğitim düzeyleri farklı çalışanlardan aynı hizmeti sunmaları beklenmektedir. Okul eğitimleri sırasında sağlık mesleği öğrencilerine, ekip çalışması konusunda eşit düzeyde eğitim verilmemesi de ekip çalışmasını olumsuz etkileyen bir diğer faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Atasoy ve ark., 2010).

Sağlık kurumları yapısı gereği çok çeşitli hizmet ve meslek grubunu bünyesinde barındırmaktadır. Bu nedenle kaliteli hizmet sunumunun gerçekleştirilebilmesi, ekip çalışmasının etkin şekilde yürütülmesine ve karmaşanın önlenmesi adına üyelerin rollerinin açık bir şekilde tanımlanmış olmasına bağlı olmaktadır. Ekip üyeleri kendi rollerini bildikleri gibi, ekip arkadaşlarının rollerini de iyi anlamış olmalıdır. Ekip içerisinde yanlış beklentilere mahal vermemek adına önlemler alınarak, ekip üyelerinin birbirinin yardımcısı değil tamamlayıcısı olduklarını özümsemeleri sağlanmalıdır. Ekip içerisindeki rol belirsizliği, bir mesleğin yönetici diğerinin ise yönetilen olmasını sağlayabilmektedir.

Bu durumlar hizmet sunumunda istenilen kaliteye erişimi engellemekte, ekip üyelerinin kurum bağlılıklarını azaltarak, kurumun hedeflerine ulaşmasında ekip üyelerinin desteğini de zayıflatmaktadır. Sağlık ekibinin başarısı ya da başarısızlığında rol oynayan bazı faktörler bulunmaktadır. Bunlar; sosyal ve kültürel faktörler, psikolojik faktörler, kişilik faktörü ve profesyonellik ile ilgili faktörlerdir. Bunun yanında, ekip lideri, liderin motivasyon yeteneği, bireysel bakış açıları ve iletişim kanalları da ekip üzerinde güçlü etkiler yaratan faktörler olarak düşünülmektedir. Ekip çalışmalarında otorite faktörü, sorunların önemli bir kısmını bertaraf etmek adına ekibin tüm üyelerince paylaşılmalıdır. Geleneksel görüş, hekimin ekibin lideri olması ve onun istediğini ekibe yaptırması temeline dayanmaktadır. Karar almada ekip üyelerinin ya da üçüncü kişilerin aktif olması, hekimin yetersizliği olarak nitelendirilmektedir. Fakat etkin yürütülen bir ekip çalışması, üyelerinin kendi uzmanlık alanlarını ilgilendiren konularda yetki dağılımını zorunlu kılmaktadır. Bu sebeple ekibin üyesi olan sağlık personeli, kendi uzmanlığına giren konularda yetki dağılımını yapmalıdır. Kendini diğerlerinden daha güçlü pozisyonda gören kişi, ekibin diğer üyelerinin üzerinde hâkimiyet kurarak onları yönetmeye çalışacaktır. Sağlık sektöründe ise hekimler yüksek güce ve yetkiye sahiptir. Bu durum hekimler lehine hâkimiyet kurma ve etki bırakmak adına avantaj sağlamaktadır. Bazı ekip üyeleri ise; gerek çatışmaya girmemek ve gerekse yetki ve güç sahibi hekimin gözüne girmek amacıyla hekimin bu pozisyonunu desteklemektedir. Günümüzde gücün kaynağı yerini; ikna gücü, bireysel özellikler, hizmet-özveri, alçakgönüllülük, sürekli öğrenme ve gelişme gibi faktörlere bırakmıştır. Ekip çalışmasının başarısının önündeki en büyük engellerden biri de statü faktörüdür. Statü farkları, ekip içerisinde dengesizliklere sebep olmakta, iletişimin sağlıklı işlenmesini engellemekte ve en önemlisi ekip içerisinde gruplaşmalara sebep olmaktadır. Statü eşitlendikçe, iletişim kanalı daha sağlıklı çalışmakta, uyum artarak ekip ruhu güçlenmektedir. Statüdeki farklılıklar sağlık sektöründe ekip çalışmasını imkânsız kılmaktadır. Sağlık sektöründe otonomi, hizmet sunumu esnasında hastanın bakımındaki bütün sorumluluğun üstlenilmesi anlamına gelmektedir. Etkin çalışan bir sağlık ekibinde, kurumun amaç ve politikalarının, yaklaşım ve hedeflerinin belirlenmesi, ekip üyelerinin katılımıyla yapılmalıdır. Bu durum da hekimin otonomisine karşı bir duruş olarak algılanabilmektedir. Ekip üyelerinin bireysel özellikleri ekibin başarısını önemli ölçüde etkilemektedir. Cinsiyet, yaş, kültür ve diğerleri gibi farklılıklar, üyeler arası ilişkileri ve işbirliğini azaltmaktadır. Bununla birlikte kişinin iç motivasyonu, insan ilişkilerindeki başarısı, hoşgörü, esneklik ve uzlaşma yeteneği, ekibe karşı bağlılık hissetmek vb. bireysel özellikler de grup çalışmasının elde edeceği sonuçları doğrudan etkileme gücüne sahiptir (Velioğlu, 1994).

4. Hastane Öncesi Sağlık Hizmetlerinde Ekip Çalışması

Bugün etkin sağlık hizmeti verilebilmesi için sağlık personelinin iş birliği içinde çalışması, iletişim kurulabilmesi, ekip anlayışıyla hareket etmesi gerekir (Ulusoy; Tokgöz, 2009). Sağlık hizmeti sunumunda görevli ekipler çeşitli görüşlere içerisinde barındıran ancak kurum kültürü ve amaçları olan uzman kişilerden oluşmaktadır (Çıraklı ve ark., 2015). Bu yüzden ekip üyeleri birbirini tamamlama

görevindedir (Lafçı ve ark., 2016). Çalışma ortamında ortaya çıkarılan iyi ilişkiler, personelinin birbirinin ve yönetimin sağladığı destek, iş yerindeki gerginliği azaltmaktadır (Aslan, 2004). Sağlık kuruluşlarının kendi içerisindeki özellikleri ekip hizmetini gerekli hale getirmektedir. Sağlık kuruluşlarında profesyonelleşme düzeyini ve fonksiyonel alışkanlığın çok yüksek olması, yürütülen işlerin karışık, değişim gösteren, ötelenemez, hata ve belirsizliklere karşı oldukça duyarlı ve hoşgörüsüz olunması ekip çalışmasını gerektirmektedir (Çelik; Karaca, 2017). Sağlık ekibinin amacı, hasta ve sağlıklı kişilere hizmet sunmak ve bakımında devamlılığı sağlamaktır (Ulusoy; Tokgöz,2009).

Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Sağlık Bakanlığı Yönergesi' nde geçen tanımıyla “Ekip, bilgileri, becerileri, yetkileri ve sorumlulukları yönünden birbirlerini tamamlayarak, aynı amaç için bir arada çalışan farklı meslek üyelerinden oluşur. Sağlık hizmeti ekibi içindeki hiçbir meslek üyesi diğerinden daha önemli ya da daha az önemli değildir. Ancak, ekibin çalışmaları ekip başkanı tarafından yönetilir.” Acil Sağlık Hizmetlerinin ülke genelinde ekip anlayışıyla yürütülmesi ve kısa zaman içerisinde ulaşılabilir olması esastır (Resmi Gazete, 2007).

Ekibin başarısı, gelişim ve değişimlere uyum sağlayarak kendini yenilemesine ve her şeyden önce üyelerinin ekip çalışmasına yatkın olmasına bağlı olacaktır (Risser ve ark., 1999).

Acil Sağlık Hizmetleri çalışanları, ekip çalışması ve zaman yönetimi açısından hassas gruplardan biridir. Acil Sağlık ihtiyacı özenli ve hızlı sağlık kuruluşuna ulaşmasından sorumlu görevliler, ekip çalışmasının önemli ve belirgin olduğu ekiplerden bir tanesidir (Keklik & Özgüneş, 2022)

Sağlık ekibini oluşturan farklı donanımlara sahip profesyonel ekip üyelerinden, tamamlayıcı fakat kendine özgü hizmet sunumu beklenmektedir. Ekipler, zorunlu ya da rastlantısal olarak bir araya gelmiş üyelerden değil bilgi, beceri uzmanlık ve deneyimleri ile değer yaratacak, bilinçli olarak seçilen üyelerden oluşmalıdır. Ekip üyeleri arasında kesintisiz iletişim temelli disiplinler arası iş birliği, acil birimlerde sunulmakta olan hizmetin kalitesini belirli bir standarda oturtabilir. Sunulan hizmetin nitelik ve etkinliği, üyeler arası kesintisiz iletişim ve disiplinler arası iş birliğine bağlı olmaktadır (Babadağ, 1990). Sağlık sektöründe hizmetin ekip çalışması ile sunulması hasta, hasta yakını, ekip üyeleri ve kurum yönünden bazı yararları olduğunu göstermektedir. Etkili ekip çalışması ile hizmetin kalitesinin arttığı, hasta maliyet ve yatış sürelerinin azaldığı, hastaların yaşam sürelerinin arttığı, ekip yer alan kişilerin ortam etkileşimi ile yeni şeyler öğrendiği ve problem çözme ile kritik düşünme becerilerinin geliştiği çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir (Ceylan; Aslan, 2017).

Karmaşık bir yapıda olan sağlık kurumlarında işlerin devam etmesi hem yöneticilerin kurumları yönetme ilgi, deneyim ve yeteneklerine hem de verimli ekip çalışması ile sağlanabilmektedir. (Atasoy ve ark., 2010). Bu nedenle çalışanına motivasyon sağlayan ve ekip çalışmasına destek olan yönetim mekanizmalarına ihtiyaç vardır. Bir ekip lideri, tüm ekibi örgütleyerek, ekibe fırsatlar sunarak kurum

amaçları doğrultusunda altında çalışanları yönelterek etkin bir örgüt kültürü oluşturmalıdır. Ayrıca yöneticilerin, çalışanlarının başarılarını ekili şekilde göstermelerini sağlamak amacıyla, onların nasıl yönetileceği konusunda gelişim göstermeleri gerekmektedir (Zhu ve ark., 2013). Etkili sağlık hizmeti ancak kuvvetli, kendine yeterli ve motivasyonu yüksek ekip çalışmaları ile gerçekleştirilebilmektedir (Öğüt & Kaya, 2011).

5. Sonuç

Ülkeleri oluşturan milletlere yönetimler tarafından sunulan hizmetlerden bir tanesi sağlık hizmetleridir. Milletleri oluşturan insanlar, devletin hizmetlerinden faydalandığı gibi aynı zamanda yürütücüsü rolündedir. Hizmetin yürütülmesi için insan sağlığının güvence altına alınması ve gerekli durumlarda ihtiyaç duyulan hizmetin karşılanması gerekmektedir. Sağlık hizmetleri içerisinde yer alan hastane öncesi sağlık hizmetleri, acil durumlarda sağlık hizmetlerinin olay yerine ulaştırılarak, zaman kaybetmeksizin sağlanması ve hastaneye ulaştırılmasını kapsamaktadır. Hastane öncesi sağlık hizmetleri yönetmeliklerle belirlenmiş standartlara uygun şekilde hizmet vermektedir. Bu minvalde hastane öncesi acil sağlık hizmetleri çeşitli unvanlara sahip personel tarafından oluşturulmuş ekipler tarafından yürütülmektedir. Sağlık Hizmetlerinin bütününde yer alan ekip çalışmasının gerekliliğinin en iyi şekilde görüldüğü birim hastane öncesi acil sağlık hizmetleri birimidir. İçerisinde bulunan personelin unvanları farklı olsa dahi gerekli hizmetin verilmesi adına yeteneklerinin bir bütün olarak ortaya konulduğu en iyi şekilde görülmektedir. Hasta veya yaralıya sahada ulaşarak etkin ve kaliteli sağlık hizmeti sunmanın en önemli basamaklarından biri olan iletişim ile başlayan ekip çalışması hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin temel hedefidir. Hedefler uygun olarak görev yapan ekipler, iş birliği içinde profesyonel sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirmektedir.

Ekibi oluşturan kişileri uzmanlaştığı alanlar ile kendini gösterme ve olay örgüsünün yönetimi konularında fayda sağlamaktadır. Ekipler, bu sayede hasta ve yaralı başta olmak üzere aynı zamanda hem kuruma hem de ülkeye yarar sağlamaktadır. Ekip, içerisinde bulunan kişilerin rollerinde meydana gelebilecek belirsizlik, eğitim düzeyi farkı, otorite kurulamaması olumsuz etki oluşturmaktadır. Uzman desteği alarak personele uygulanmak amacıyla gerekli eğitim programlarının düzenlenmesi ekip çalışmasına olan yatkınlığın artması katkı sağlar.

Bu minvalde acil sağlık hizmetleri ekiplerinin kuruluşunda belirli rollerin oluşturulması ekip içerisinde oluşabilecek karmaşıklığın önüne geçmiştir. Buna karşın oluşan statü farkları ise problemlerin ortaya çıkışmasına neden olmuştur. Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri ekip çalışmasının öneminin açık bir şekilde görüldüğü yer olması hasebiyle sağlık hizmetleri yöneticileri tarafından özen gösterilmesi ve motivasyonun artırılmasına yönelik çalışmaların uzman desteği alınarak yapılması gerekmektedir.

Bildiriler: Daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamış olup, herhangi bir çalışmanın parçası değildir.

Kaynaklar

- Al-Shaqsi, S. (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Umman Journal of Medicine*, 25(4), 320.
- Aslan, Ş. (2004). Hastanelerde örgütsel çatışma: Teori ve örnek bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 599-617.
- Atasoy, A., Aksoy, S., Arslan, H., & Başkesen, N. (2010). Hasta Güvenliği Kültürü, İş Stresi, İçsel Motivasyon, İş Performansı, İş Tatmini Arasındaki İlişkiler. Ankara: Baydan Ofset.
- Babadağ, K. (1990). Acil Hasta Bakımında Önceliklerin Belirlenmesi. S. Oktay, G. Aksoy, & B. Yürügen içinde, *Acil Hemşireliği* (s. 1-16), İstanbul: İstanbul Üniversitesi
- Baltaş, Z., Baltaş, A. (1997). *Ekip Oluşturma ve Geliştirme Kitabı*. İstanbul: Baltaş Yayınevi.
- Batı, S. (2012). Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Personelin Hastalara Müdahalelerinin Hastane Öncesi Acil Tıbbi Bakım Yetişkin ve Çocuk Uygulama Kılavuzu Akış Şemalarına Uygunluğunun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Bekmez, F. (2018). Bir Üniversite Hastanesinin Sağlık Çalışanlarında Ekip Çalışması Tutumunun İş Doyumuna Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ceylan, E., & Aslan, F. (2017). Öğrencilerin Bakışı ile Sağlık Hizmetlerinde Ekip Anlayışı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(2), 96-97.
- Çelik, A., & Karaca, A. (2017). Hemşirelerde Ekip Çalışması ve Motivasyon Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14 (4), 254-263.
- Çıraklı, Ü., Çelik, Y., & Beylik, U. (2015). Etkili ekip çalışmasının sağlıktaki önemi ve faydaları: Bir literatür çalışması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(3), 140-146.
- Efil, İ. (2009). *Yönetim ve Organizasyon*. İstanbul : Alfa Akademi.
- Ekşi, A. (2016). *Kitlesel Olaylarda Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri Yönetimi*. İzmir: Kitapana Yayınevi.
- Ellingson, L. L. (2002). Communication, Collaboration, and Teamwork among Health Care Professionals. *Communication Research Trends*, 21(3), 1-43.
- Erbay, H. (2017). Türkiye'de Acil Sağlık Hizmetlerinin Numarası Niçin 112? Ambulans Hizmetleri Bağlamında Bir Yakın Tarih Araştırması. *Lokman Hekim Dergisi*, 7(1), 28-32.
- Garner, C. L. (1998). *Team Building and Organizational Effectiveness*. Doctora.
- Gonzales, R. A. (2010). *Health Care Team Effectiveness: the Relationship Between Team Task Interdependence and Group Emotional Competence*. Doctora.
- Gostak, H. (2021). *Türkiyede 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihi*. Yüksek Lisans Tezi . İstanbul: Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Hamlin, J. L. (2008). *Team Effectiveness: A Validation Study of Lencioni's Five Functions of A Team*. Doctor of Education. California.
- Kahraman, Ş. (2019). *İzmir İli 112 Acil Sağlık Hizmetlerinin Bir Yıllık Analizi ve Geospacial Haritalandırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi. İzmir: İzmir Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Kavuran, E., Ay, E., Ay, E., & Aksoy, M. (2020). Hemşirelerin Ekip Çalışması ve İş Doyumlarının Belirlenmesi. *Türk Fen ve Sağlık Dergisi*, 2(1), 45-56.
- Lafçı, D., Pehlivan, S., & Demiray, G. (2016). Cerrahi kliniklerinde çalışan hekim ve hemşirelerin ekip çalışmasına ilişkin görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 3(2), 55-64.
- Leggat, S. G. (2011). Effective Healthcare Teams Require Effective Team Members: Defining Teamwork Competencies. *BMC Health Services Research*, 7(1), 1-10.
- Li, H. (2008). *A Theory of Intraunit Justice Climate and Team Effectiveness*. Doctora.
- Luecke, R. (2004). *Creating Teams With an Edge: The Complete Skill Set to Build Powerful and Influential Teams*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Lüy, B. (2022). *Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Görev Yapan Personelin İş Kaynaklı Stres Durumunun Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- McCleary, K. (1998). Determinants of Work Group Effectiveness: An Empirical Examination of Health Care Teams. Doctora .
- MEB. (2011). Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı. Ankara.
- Mickan, S. M. (2005). Evaluating the Effectiveness of Health Care Teams. Australian Health Review, 29 (2), 211-217.
- Mohrman, Cohen, S. A., Jr., S. G., & M., A. (1995). Designing Team-Based Organizations: New Forms for Knowledge Work. San Francisco: Jossey-Bass.
- Nations, United. (1992). Internationally Agreed Glossary of Basic Terms Related to Disaster Management. Manual and Guideline: <https://reliefweb.int/report/world/internationally-agreed-glossary-basic-terms-related-disaster-management> adresinden alındı
- Öğüt, A., & Kaya, Ş. D. (2011). Sağlık Kurumlarında Ekip Çalışması. Selçuk Üniversitesi Kadınhanı Faik İçil Meslek Yüksekokulu Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi, (1), 87-95.
- Öztürk, Y. (2022). Gökçeada ve Bozcaada'dan İl merkezine 112 Ambulanslar ile Yapılan Nakillerin Ekonomik ve Sosyal Boyutunun Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Çanakkale: Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Resmi Gazete. (2007). Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. mevzuat: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4798&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeli&mevzuatTertip=5> adresinden alındı
- Resmi Gazete. (2018). Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi. Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi.
- Risser, D. T., Rice, M. M., Mary L. Salisbury, R. S., DJay, G., & DBerns, S. (1999). The potential for improved teamwork to reduce medical errors in the emergency department. Annals of Emergency Medicine, 34(3), 373-383.
- Robbins, H., & Finley, M. (2000). Why Teams Don't Work: What Went Wrong and How to Make It Right.
- Rochon, A. (2014). Teamwork and Staffing in An Acute Care Hospital. Master of Science. Canada.
- Saygılı, M., & Özer, Ö. (2020). Sağlık Çalışanlarında Ekip Çalışması Tutumlarının İncelenmesi. Vizyoner Dergisi, 11(27), 444-454.
- Soysal, S., Karcıoğlu, Ö., & Topaçoğlu, H. (2003). Acil Tıp Sistemleri. Cerrahpaşa Tıp Dergisi, 34(1), 51.
- Şimşek, P., Günaydın, M., & Gündüz, A. (2019). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği . Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 8(1), 120-127.
- Tüney, M. (2019). Hemşirelerin Algıladığı Örgütsel Destek ile Ekip Çalışması Tutumu Arasındaki İlişki: Cerrahi Servisler ve Yoğun Bakım Üniteleri Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Erzincan: Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Ulusoy, H., & Tokgöz, D. M. (2009). Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri. Pamukkale Tıp Dergisi, (2), 55-61.
- Velioğlu, P. (1994). Hemşireliğin Düşünsel Temelleri, Sağlığa Disiplinler Arası Ekip Yaklaşımı. İstanbul: Alaş Oset.
- Zaidi, H. Q. (2021). A Brief History of Emergency Medical Services in the United States. Emra: <https://www.emra.org/about-emra/history/ems-history/> adresinden alındı
- Zhu, M., YunHuang, & S.Contractor, N. (2013). Motivations For Self-Assembling into Project Teams. Socia Networks, 35(2), 251-264.

Beslenme ve Davranış Alanında Kullanılan Ölçekler / Scales Used In Nutrition and Behavior

Fatmanur Hümeysra ZENGİN¹

¹ Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Kastamonu, Türkiye, humeyrazengin@hotmail.com



Geliş Tarihi / Received: 06/03/2023 Kabul Tarihi / Accepted: 30/04/2023 Yayınlanma Tarihi/ Publication Date: 30/04/2023

Atıf/ Reference: ZENGİN, F.H. (2023). Beslenme ve Davranış Alanında Kullanılan Ölçekler. Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi (KÜSBFD), 2(1), s 24-39.

Özet: Davranış ve beslenme alanları ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olmakla birlikte beslenme ile ilgili davranışlar son derece karmaşıktır. Yeme davranışı özellikle psikolojik faktörler başta olmak üzere birçok faktörden etkilenmektedir. Bu süreci anlamak, yeme davranışlarının farklı yönlerini ölçmek ve değerlendirebilmek için çeşitli ölçme araçları (ölçekler) geliştirilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlikleri kanıtlanmış bu ölçekler ölçme işlemi kolaylaştırmayı sağlamaktadır. Genellikle tanı koymazlar, yeme davranışı ve bozukluklarında durum tespiti yapmaya yardımcı olurlar. Bu ölçekler sayesinde geniş kitleler taranarak beslenme ve davranış arasındaki ilişki aydınlatılmaya çalışılmaktadır. Geniş kitlelerin taranması risk durumunda koruyucu önlemlerin alınmasına ve toplum beslenmesini iyileştirme plan ve politikalarına yol gösterebilir. Bu derlemede, Ocak-Şubat 2023 tarihleri arasında Google Akademik'e 'beslenme, davranış, Türkçe, geçerlilik, güvenilirlik' anahtar kelimeleri yazılarak ulaşılan, beslenme ve davranış alanında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış yaygın kullanılan ölçekler incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Beslenme, Davranış, Ölçekler*

Abstract: While behaviour and nutrition are inextricably linked, nutritional behaviours are extremely complex. Eating behaviour is affected by many factors, especially psychological factors. Various measurement tools (scales) have been developed to understand this process and to measure and evaluate different aspects of eating behaviour. These scales, whose validity and reliability have been proven, facilitate the measurement process. They do not usually diagnose, they help to determine the status of eating behavior and disorders. Due to these scales, large masses are scanned and the relationship between nutrition and behaviour is tried to be clarified. Screening of large populations can guide preventive measures in case of risk and plans and policies to improve community nutrition. In this review, some Turkish validity-reliability scales used in the field of nutrition and behaviour were examined. In this review, some scales with Turkish validity-reliability reached by typing the keywords 'nutrition, behavior, Turkish, validity, reliability' into Google Scholar between January and February 2023 were examined.

Keywords: *Nutrition, Behavior, Scales*

1. Giriş

Davranış ve beslenmenin insan psikobiyojisinde ayrı alanları işgal ettiği, ancak ayrılmaz bir şekilde bağlantılı olduğu bilinmektedir. Yeme davranışı, besinlerin vücuda girip fizyoloji ve metabolizma üzerindeki etkilerini gösterme aracıdır. Bu, yeme davranışını etkileyen herhangi bir faktörün, beslenmenin sağlık üzerindeki etkisini değiştirme potansiyeline sahip olduğu anlamına gelir (Blundell, 2017). Bu doğrultuda yeme davranışlarında meydana gelen bozulmalar obezite, kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, hipertansiyon, kanser, osteoporoz gibi birçok hastalık ile ilişkilendirilmektedir (Long ve diğerleri, 2015). Benzer şekilde çok sınırlı besin tüketimi, yediklerini kusma ya da kendini kusturma, laksatif kullanma ve aşırı egzersiz gibi davranışlar da sağlığı olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Deveci ve diğerleri, 2017). Son yıllarda yapılan çalışmalar yeme tutum ve davranışları üzerinde genetik (Klump ve diğerleri, 2009; Persky ve diğerleri, 2017), hormonlar, içinde bulunan duygusal durum, sosyo-demografik faktörler, sağlık politikaları, gıda sektörü, okul politikaları, çocuklar için ebeveynlerin etkileri (Walsh ve diğerleri, 2017), besinin ambalajı, etiketi, rengi (Spence ve Youssef, 2016), geçmiş deneyimler, kültürel ve dini inanışlar, medya, beden algısı, şişmanlık, iştah, ekonomik durum vb. birçok faktörün etkili olduğunu göstermektedir (Story ve diğerleri, 2008; Schwartz ve diğerleri, 2017). Bu faktörlerin çokluğu beslenme ve davranış ilişkisinin anlaşılmasını daha da zorlaştırmaktadır. Davranış beslenmede çok merkezi olduğu için, davranış bilimleri ne yediğimizi ve neden yediğimizi anlamada özellikle önemli bir rol oynar. Yiyeceklerin içinde ne olduğunun incelenmesi son derece önemlidir, ancak insanları kendileri için iyi olanı yemeye ve onlara zarar verecek şeylerden kaçınmaya ikna edemezsek, tüm bu bilgiler yetersiz kalır (Rozin, 1998). Bununla birlikte, yiyeceklerin içinde ne olduğu ve vücudu nasıl etkilediği hakkındaki bilgimiz, insanların bazı yiyecekleri yiyip bazılarını yememelerine neden olan ve belirli anlarda yemeye başlamamıza ve yemeyi bırakmamıza neyin neden olduğu konusundaki anlayışımızdan çok daha ileri düzeydedir. Beslenme ile ilgili davranışlar son derece karmaşıktır; anlayış arayışındaki bu karmaşıklıktan yılmamakla birlikte, neyle karşı karşıya olduğumuzun farkında olmalıyız (Blundell, 2017). Son dönemlerde nedeni tam olarak anlaşılamayan yeme davranışlarını ve türlerini belirlemek önem kazanmakta ve yeme tutumu ve davranışlarının incelenmesi, çeşitli yönleriyle ele alınan ve sık tartışılan bir konu durumunda bulunmaktadır. Beslenmenin fizyolojik yönü kadar psikolojik yönü de olduğu için, günümüzde beslenmenin psikolojik yönünün de tartışılması gerekliliğini doğurmuştur (Gezmen Karadağ ve diğerleri, 2016). Bireyler kendilerini baskı altında hissettiklerinde, öfkelendiklerinde, stresli, üzüntülü, neşeli olduklarında ya da vb. durumlarda normalden daha farklı yeme davranışları sergileyebilmektedirler. Bireylerin duygu durumlarının yeme davranışlarını etkilemesi konusu ile ilgili yapılan birçok çalışma bulunmaktadır (Serin ve Şanlıer, 2018; Özekinci, 2020). Çalışmalar özellikle stres ve negatif duygu durumunun besin alımını ve yemek yemeyi hem arttırabileceğini hem de azaltabileceğini ifade etmektedir. Bu yüzden bireylerin yeme davranışlarını değerlendirirken psikolojik faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır. Yapılan çalışmalar sonucunda;

bilişsel kısıtlama, duygusal yeme ve kontrolsüz yeme davranışı gibi kavramlar ortaya çıkmıştır. Bilişsel kısıtlama davranışı; bireylerin vücut ağırlığını kontrol etmek veya kilo kaybını desteklemek için bilinçli olarak besin alımını kısıtlaması, duygusal yeme davranışı; yalnızlık, depresyon, anksiyete gibi duygu değişimleri süresince genellikle normalden daha fazla yemek yeme, kontrolsüz yeme davranışı ise; besin tüketimi üzerinde kontrolü kaybetme nedeniyle normalden fazla yemek yeme eğilimi olarak tanımlanmaktadır (Deveci ve diğerleri, 2017). Ayrıca; son yıllarda yapılan araştırmalar, psikoaktif maddelere bağımlılık ve aşırı besin tüketimi arasında benzerlikler bildirmiştir (Gearhardt vd, 2009). Bu süreci anlamak, yeme davranışlarının farklı yönlerini ölçmek için çalışmalar yapılmış ve bu gizli değişkeni bulmaya yönelik çeşitli ölçme araçları (ölçekler) geliştirilmiştir. (Karakuş ve diğerleri, 2016). Ölçekler, bilimsel araştırmanın konusu olan olay, olgu, nesne ve varlıkların ölçülmek istenilen özellikleri referans/dikkate alınarak hazırlanmış veri toplama araçları olarak tanımlanmaktadır (Bayat, 2014). Geçerlilik ve güvenilirlik analizleri Cronbach α katsayısı ile kanıtlanmış bu ölçekler sonuçların sayısal olarak niteliğinin belirlenmesini ve ölçme işlemini kolaylaştırmayı sağlamaktadır (Flint ve diğerleri, 2000; Karakoç ve Dönmez, 2014). Beslenme ve davranış alanındaki ölçekler bireylerde gelişebilecek problemlerin ön görülmesini amaçlar, ama genellikle bir hastalığa teşhis koyma yeterliliğine sahip değildirler (Şanlıer ve diğerleri, 2015). Bu derlemede birçok farklı yeme davranışını tespit etmekte fayda sağlayan Türkçe geçerlilik-güvenilirliği yapılmış ölçeklere yer verilmiştir.

2. Yöntem

Ocak-Şubat 2023 tarihleri arasında Google Akademik'e 'beslenme, davranış, Türkçe, geçerlilik, güvenilirlik' anahtar kelimeleri yazılmış, ulaşılan makaleler incelenmiştir. Bu derlemede inceleme sonucunda ulaşılan beslenme ve davranış alanında yaygın olarak kullanılan, Türkçe geçerlilik-güvenilirliği yapılmış ölçekler incelenip sunulmuştur.

3.

Genel Bilgiler

3.1. Yeme Davranışı

3.1.1. Yeme Tutum Testi 40 (Eating Attitudes Test-40 –EAT-40)

Yeme Tutum Testi, yeme bozukluklarının değerlendirilmesi amacıyla Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek toplamda 40 sorudan oluşmakta olup sorular 6 maddelik Likert ölçeği değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan 30 ve üzerindeki puanlar psikopatoloji ifade eden kesme noktası olarak bildirilmiştir. Orijinal ölçeğin Cronbach α değeri klinik tanı grubu için 0,79 ve yeme bozukluğu tanısı almamış olan "normal" katılımcılarla birlikte tüm grup için 0,94 olarak bildirilmiştir (Garner ve Garfinkel, 1979). Ölçek, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıkınırcasına yeme sendromunu kontrol grubundan ayırt edebilmektedir. Türkçe geçerliliği Savaşır ve Erol tarafından 1989

yılında gerçekleştirilmiştir. Savaşır ve Erol'un çalışmasında Cronbach α değeri 0,70 ve test tekrar test korelasyonu ise 0,65 olarak bildirilmiştir (Savaşır ve Erol, 1989).

3.1.2. Yeme Tutum Testi 26 (Eating Attitudes Test-26 –EAT-26)

Garner ve Garfinkel tarafından, 1982 yılında anoreksiya nervosanın semptomlarını ölçmek için geliştirilmiştir. Orijinal yeme tutum testi olan EAT-40'dan temel almaktadır. EAT 40 ile yüksek kolerasyon göstermektedir($r:0.98$). EAT-26, altılı Likert ölçeği şeklinde düzenlenmiştir. EAT-26 testinde sonuçlar, 26 maddenin puanlarının toplamının değerlendirilmesi ile belirlenmektedir. Toplam puan hesaplamasında ilk 25 soruda her zaman=3, genellikle=2, sıklıkla=1, diğer cevaplar ise 0 puan verilerek hesaplanmış sadece 26. soru ters puanlandırılmıştır. Test sonucunda 20 puan EAT-26 için kesim noktası iken 0 ile 53 arasında puanlar alınabilir. 20 ve üzeri puan alan bireyler “anormal yeme davranışı” olan bireyler olarak adlandırılırken, 20'nin altında puan alanlar ise “normal yeme davranışı” olan bireyler olarak değerlendirilmektedir (Garner ve Garfinkel., 1982). Türkçe geçerlilik çalışması Devran tarafından 2014 yılında yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık bakımından genel Cronbach α değeri 0,70 olarak bulunmuştur (Devran, 2014).

3.1.3. Yale Besin Bağımlılığı Ölçeği (Yale Food Addiction Scale)

Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği (YYBÖ), Gearhardt ve arkadaşlarının 2009 yılında, DSM-IV-TR Madde bağımlılığı tanı kriterlerini göz önüne alarak bireylerin yeme bağımlılığını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Yale Yeme Bağımlılığı Ölçeği, son 12 ay içinde, yüksek yağ ve yüksek şekerli yiyeceklerle yeme bağımlılık davranışlarını ölçen bir ölçektir. Cronbach α değeri ise 0,86'dır (Gearhardt ve diğerleri, 2009). Toplamda 27 sorudan oluşan ölçeğin 16 sorusu beşli Likert ölçeği şeklinde tasarlanmıştır. 17-25 arasındaki sorular evet-hayır şeklinde cevaplandırılması istenen, 26. çoklu seçenekli beslenme alışkanlıklarını sorgulayan katılımcının doldurduğu bir ölçektir (Gearhardt ve diğerleri, 2009). Türkçeye adaptasyon, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bayraktar ve arkadaşları tarafından 2011'de 300 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. İç tutarlılık açısından Cronbach α değeri ise 0,93 bulunmuştur (Bayraktar ve diğerleri, 2012). 2017 yılında YYBÖ DSM-5 kriterleri doğrultusunda güncellenmiştir (Schulte ve Gearhardt, 2017).

3.1.4. Hollanda Yeme Davranışı Anketi (DEBQ) (Dutch Eating Behaviour Questionnaire)

Hollanda Yeme Davranışı Anketi, yeme davranışını belirlemek amacıyla 1986 yılında geliştirilmiştir. Hollanda Yeme Davranışı Anketi'nin orijinal çalışmasında elde edilen Cronbach α iç tutarlılık katsayıları duygusal yeme davranışı alt ölçeği için; 0,95, dışsal yeme davranışı alt ölçeği için; 0,81 ve kısıtlanmış yeme davranışı alt ölçeği için; 0,95 bulunmuştur (Van Strien ve diğerleri., 1986). 33 maddeden oluşan anket; duygusal yeme davranışlarını (örneğin; mutsuz olduğunuz zaman tatlı yer misiniz?), dışsal yeme davranışlarını (yediğiniz şeyin kokusu çok güzelse, normalde yediğinizden daha

fazla yer misiniz) ve kısıtlanmış yeme davranışlarını (şişmanlamamak için yemek istediğinizden daha az yer misiniz) değerlendiren 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Ankette yer alan maddeler, 5'li Likert ölçeği ile değerlendirilmektedir (1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sık, 5: çok sık). Ayrıca maddeler için "ilgisi yok" seçeneği de sunulmaktadır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Bozan tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Alt ölçekler için Cronbach α değeri 0,90 (dışsal yeme) ile 0,97 (duygusal yeme) arasındadır. Tüm ölçeğin iç tutarlılık katsayısı ise 0,94 olarak bulunmuştur (Bozan, 2009).

3.1.5. Üç Faktörlü Yeme Anketi (Three Factor Eating Questionnaire-TFEQ)

1985 yılında geliştirilen Üç Faktörlü Yeme Anketi ile bilişsel olarak yemenin kısıtlanması, şartlı refleksin kaybedilmesi ve açlık durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Toplamda 51 sorudan oluşan ölçeğin; ilk bölümünde yer alan 36 soru evet/hayır formatında, ikinci bölümde yer alan 14 madde dördümlü Likert formatında ve bir madde ise sekizli Likert formatındadır. Ölçek üç alt faktörden oluşmaktadır; (1) 'yemenin bilişsel kısıtlama', (2) geçen sene 5-10 kez ya da 10 defadan fazla diyet yaparken 'kısıtlayama' ve (3) 'açlık' (Stunkard ve Messick, 1985). Üç Faktörlü Yeme Anketi'nin bu versiyonu Baş ve arkadaşları tarafından 2008 yılında Türkçeye çevrilmiştir (Baş ve diğerleri, 2008). 2000 yılında Karlsson ve arkadaşları ölçeği 18 soruya düşürerek TFEQ-R18 adıyla güncellemişlerdir (Karlsson ve diğerleri, 2000). Daha sonra Tholin ve arkadaşları 2005 yılında başka bir çalışmada ölçeği 21 maddeye düşürülerek yeniden düzenlenmiştir (TFEQ-R21). Orijinal TFEQ'da kullanılan ikileştirilmiş cevap biçimi, 4 puanlı yanıt ölçeğine dönüştürülmüştür (Tholin ve diğerleri, 2005). Karakuş ve arkadaşları 2016 yılında TFEQ-R21'in Türk kültürüne uyarlama çalışmasını yapmıştır. TFEQ-R21'in Türkçeye çevrilmiş formun da 21 maddeye ek fazladan 8 madde yer almıştır. Bu bölümdeki maddelerin tamamı dördümlü Likert tipinde olup, yanıtlar 1= kesinlikle yanlış, 2= çoğunlukla yanlış, 3= çoğunlukla doğru ve 4= kesinlikle doğru şeklindedir. TFEQ-R21, kontrolsüz yeme, bilişsel kısıtlama ve duygusal yeme olmak üzere 3 faktörlü bir yapı göstermektedir. Cronbach α değeri kontrolsüz yeme için; 0,80, bilişsel kısıtlama için; 0,87 ve duygusal yeme için; 0,79 bulunmuştur (Karakuş ve diğerleri, 2016). TFEQ-R18 Kıraç ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilmiştir. Cronbach α değeri 0,71 bulunmuştur (Kıraç ve diğerleri, 2015)

3.1.6. Duygusal İştah Anketi (DİA) (The Emotional Appetite Questionnaire - EMAQ)

Duygusal İştah Anketi (EMAQ), olumlu ve olumsuz duygulara ve durumlara yanıt olarak yemek yeme eğilimlerini değerlendirmek için Nolan ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Güvenilirlik analizleri doğrultusunda iç tutarlılık göstermiştir (Cronbach α ; olumsuz duygular için; 0,79, olumsuz durumlar için 0,75, olumlu duygular için; 0,87 ve olumlu durumlar için; 0,66'dir). Anket temelde 2 alt başlıktan oluşmakta ve katılımcıların bazı duygu durumlarında ve bazı şartlar altında yemek yeme durumlarını 1'den 9'a kadar numaralandırmaları istenmektedir. Her soru için "uygulanabilir değil" veya

"bilmiyorum" seçeneğini belirtme seçeneği de vardır ve bu tür yanıtlar puanlamaya dahil değildir. Yemek yemenin varlığı olumsuz/olumlu duygularda (14 madde) ve olumsuz/olumlu durumlarda (8 madde) değerlendirilmektedir. Olumsuz duygular ve olumsuz durumların puanlarının toplanması ile DİA olumsuz toplam puanı ve olumlu duygular ve olumlu durumların puanlarının toplanması ile DİA olumlu toplam puanı elde edilmektedir (Nolan ve diğerleri, 2010). 2014 yılında Demirel ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik yapılmıştır (Cronbach α katsayısı 0,73) (Demirel ve diğerleri, 2014).

3.1.7. Yeme Bozukluğu Değerlendirme Anketi (Eating Disorder Examination Questionnaire - EDE-Q)

Yeme Bozukluğu Değerlendirme Ölçeği, 1993 yılında geliştirilmiş olan Yeme Bozukluğu Değerlendirme Mülakatının (Eating Disorder Examination Interview-EDE) bireyselleştirilmiş anket hali olarak 1994 yılında geliştirilmiştir (Fairburn ve Beglin, 1994). 28 gün boyunca yapılan davranışlar göz önünde bulundurularak, 0-6 arası puanlama yapıp alt ölçek puanları ve toplam puan elde edilir (0=hiçbir zaman, 1=1-5 gün, 2=6-12 gün, 3=13-15 gün, 4=16-22 gün, 5=23-27 gün, 6=her gün). Alt ölçekler; kısıtlama, yeme kaygısı, şekil kaygısı ve ağırlık kaygısı olarak belirlenmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesinde alt ölçek puanını elde etmek için ilgili maddelerin derecelendirmeleri toplanır ve elde edilen toplam alt ölçekleri oluşturan maddelerin toplam sayısına bölünür. Genel bir puan elde etmek için dört alt ölçek puanları toplanır ve elde edilen toplam alt ölçeklerin sayısına (4) bölünür. Yükselen puanlar yeme bozukluğu patolojisinin büyüklüğüne işaret etmektedir (Fairburn ve Beglin, 1994). Türkçe uyarlaması Yücel ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılmış olan ölçeğin Cronbach α değeri ise 0,93 bulunmuştur (Yücel ve diğerleri, 2011).

3.1.8. REZZY Yeme Bozuklukları Ölçeği (The spanish version of a new screening tool(SCOFF Questionnaire))

1999 yılında Morgan ve arkadaşları tarafından yeme davranış bozukluğu olabileceği şüphesini uyandırmak için tasarlanmış bir ölçektir. Anoreksi nervoza ve bulimiya nervoza'nın temel özelliklerini ele alan beş sorudan oluşan mini bir ankettir. Ölçeğin değerlendirilmesinde evet cevabı verilen her maddeye 1 puan verilmektedir ve 2 veya daha fazla puan yeme davranış bozukluğu riski ile ilişkilendirilmektedir (Morgan ve diğerleri, 1999). Türkçe güvenilirliği ve geçerliliği Aydemir ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır. İç tutarlılık çözümlemesinde Cronbach α değeri 0,74 ve madde-toplam puan bağıntı katsayıları 0,21-0,55 arasında elde edilmiştir (Aydemir ve diğerleri, 2016).

3.1.9. Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği [Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ)]

Anoreksiya Nervoza Değişim Evreleri Ölçeği (ANDEÖ); Rieger ve arkadaşları tarafından 2002 yılında AN'li hastaların içerisinde bulunduğu motivasyonel değişim evresini belirlemek amacıyla

kullanılmıştır. ANDEÖ bireylerin genel sıkıntıları ve sosyal hayata dahil olma isteklerinin yanı sıra anoreksik semptomların varlığını da sorgulayan toplamda 23 sorudan oluşmaktadır. İç tutarlılık Cronbach α değeri 0,90'dır (Rieger ve diğerleri, 2002). Ölçekte her sorunun altında tedaviye hazır oluşun 5 motivasyonel evresiyle (tasarlama öncesi, tasarlama, hazırlık, eylem ve sürdürme) örtüşen 5 ifade yer almakta olup katılımcılardan kendilerinin şuan ki durumuna uygun olan madde/maddeleri Yeme Bozukluğunda Tedavi Motivasyonu olarak seçmesi istenmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 0-100 arasında, ortalama puanlar 1 (tasarlama öncesi) ile 5 (sürdürme) arasında değişmekte olup artan puanlar motivasyon düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir (Okumuş ve arkadaşları, 2016). Ergüney ve Sertel-Berk (2012) tarafından Türkçe'ye uyarlanan ANDEÖ'nün bu çalışmadaki Cronbach α güvenilirlik değeri 0,92'dir

3.1.10. Bulimiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği [Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire (BNSOCQ)]

Bulimiya Nervosa Değişim Evreleri Ölçeği; 2007 yılında ANDEÖ anketinden yola çıkılarak oluşturulmuş, 20 sorudan oluşan bir ölçektir. Cronbach α iç tutarlılık değeri 0,94 olarak bulunmuştur (Blockgren ve Lask, 2007). BN vakalarında semptomlara özgü olarak tedavi motivasyonunun hangi düzeyde olduğunu belirlemek amacıyla kullanılmaktadır. Türkçe uyarlaması Ergüney ve Sertel-Berk (2012) tarafından yapılan ölçeğin yapısı ve puanlaması ANDEÖ ile aynı şekilde olup 1 ve 3. maddelerin, madde toplam puanla olan korelasyonları 0,30'dan küçük çıktığı için ilgili maddeler elenerek analizler 18 maddelik toplam puanı esas alarak yapılmıştır. Ölçekten alınan puanların yükselmesi motivasyon düzeyinin artışına işaret etmektedir. Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach α güvenilirlik değeri 0,92'dir (Ergüney ve Sertel-Berk (2012)).

3.1.11. BITE-Edinburg Testi [Bulimic Investigatory Test, Edinburg (BITE)]

BITE-Edinburg Testi; bulimik veya tıknırcasına yeme semptomlarını (davranışlarını) ölçen 33 sorudan oluşan bir ölçektir. İki alt ölçeği bulunmaktadır; semptom skalası ve şiddet skalası. Testten elde edilen en yüksek skor 30 olarak belirlenmiştir. Yirmi ve üzeri tıknırcasına yeme sendromunu, 10-19 arası anormal yeme davranışını, 0-10 ise normal yeme davranışını göstermektedir (Henderson ve Freeman, 1987). Diyabetik hastalar için Güzel tarafından 50 hastada geçerlilik ve güvenilirlik testi yapılmış ve testin iç tutarlılık güvenilirlik Cronbach α değeri 0,85 ve sınıf içi korelasyon katsayısı da 0,91 olarak belirlenmiştir (Güzel, 2014).

3.1.12. Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Ölçeği (YKÖDÖ)

Yeme ve Kilo Özelliklerini Değerlendirme Ölçeği (YKÖDÖ), 1993 yılında Spitzer ve arkadaşları tarafından adölesanlarda tıknırcasına yeme (binge eating) davranışını değerlendirilmek amacıyla DSM-IV tanı ölçütlerinden oluşturulmuş bir ölçektir (Spitzer ve diğerleri, 1993). Ölçeğin

adölesanlar ve bu adölesanların ailelerine yönelik olarak doldurulabilen iki alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçek toplamda 12 ana başlıktan oluşurken bazı sorular için 2 seçenekli yanıtlar (evet ya da hayır) bulunurken, bazı sorulara ise beşli Likert ölçeği şeklinde düzenlenmiştir. Türkçe uyarlaması Babayiğit ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılmıştır. İç tutarlılık Cronbach α katsayısı 0,62'dir (Babayiğit ve diğerleri, 2013).

3.1.13. Orthorexia Nervosa Assessment Scale (ORTO-15)

ORTO-15, Bratman (2000) tarafından hazırlanan 10 soruluk Ortoreksiya kısa soru kağıdında yer alan ifadelerin, Donini ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmesi ve değiştirilmesi ile oluşturulmuştur. Bazı sorular çıkarılıp yerlerine farklı sorular eklenmiştir. Orijinal haliyle ORTO-15 ölçeği, ilk olarak İtalya'da geliştirilmiş, Ortoreksiya Nervosa (ON) eğilimini değerlendirmek ve ON ile yeme davranışları arasındaki ilişkinin incelenmesi için düzenlenmiş 15 maddelik bir kendini değerlendirme aracıdır. 4'lü Likert (her zaman, sık sık, bazen ve hiçbir zaman) ölçeğidir. Toplamda en az 15, en fazla ise 60 puan alınabilmektedir ORTO-15 ölçek puanı ≤ 40 ortorektik, >40 puan alanlar normal olarak değerlendirilmiştir (Donini ve diğerleri, 2005). 2006 yılında ORTO-15 Arusoğlu tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. 15 madde üzerinden hesaplanan Cronbach α değeri 0,44'dir (Arusoğlu, 2006). Arusoğlu ve arkadaşları 2008 yılında ORTO-11'i Türkçeye uyarlamışlardır. ORTO-11'de, mümkün olduğunca istatistiksel gücü yüksek maddeleri seçilmiştir. Bu şekilde 11 madde belirlenmiş ve Türkçe'de ORTO-11 şeklinde kullanımına karar verilmiştir. Ölçekte, son haliyle 3,4,5,6,7,8,10,11,12,13 ve 14 numaralı maddeler yer almıştır. Bu 11 maddenin Cronbach α değeri 0,62'dir (Arusoğlu ve diğerleri, 2008).

3.1.14. Gece Yeme Anketi (GYA) (Night Eating Questionnaire - NEQ)

Gece Yeme Anketi; 2008 yılında Allison ve arkadaşları tarafından gece yeme davranışı varlığını ve sıklığını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin iç tutarlık güvenilirlik Cronbach α değeri 0,70 ve toplam 14 sorudan oluşmaktadır (Allison ve diğerleri, 2008). Anket sabah iştahı ve günün ilk besin alımı, akşam ve gece yemeleri, akşam yemeğinden sonra besin alımı oranı, aşermeler, gece yeme davranışı üzerindeki kontrol, uykuya dalma güçlüğü, gece uyanarak yeme sıklığı, gece yemeleri sırasında farkındalık ve duygudurum ile ilgili soruları içermektedir. Anketteki ilk dokuz soru tüm katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Sonraki sorularda gece uyanmayan veya atıştırması olmayan katılımcıların devam etmemesi için uyarı vardır. Soru 10-12 gece uyanmaları olan, soru 13 ve 14 ise gece atıştırmaları olan katılımcılar tarafından doldurulmaktadır. Anketteki 7. madde dışındaki maddeler beşli Likert tipi ölçümle 0-4 arasında puanlanmaktadır. Yedinci maddede gün içi duygu durum değişikliği sorgulanmakta ve gün içi değişiklik olmayanlar 0 puan almaktadır. Madde 1, 4 ve 14 ters puanlanmaktadır. Gece yarısı atıştırmalarının ne kadar farkında olduğunu soran madde 13, gece yeme

sendromunun uykuyla ilişkili yeme bozukluğundan ayırt edilebilmesi için sorulmakta, ancak puanlamaya katılmamaktadır. Toplam puan 0-52 arasında olabilmektedir. Ankette yer alan 15. ve 16. soruların ise ek soru olarak kullanılması önerilmiş ama puanlamaya katılmamıştır. Özgün çalışmada 25 ve üzerindeki puan için gece yeme bozukluğu olduğu, bu puanın altı için ise gece yeme bozukluğu olmadığı öngörülmüştür. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2014 yılında Atasoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach α değeri 0,69 bulunan anket yeterli iç tutarlılık göstermektedir (Atasoy ve diğerleri, 2014).

3.1.15. Beslenme Alışkanlıkları Ölçeği (Survey of Eating Habits)

Orijinal adı Survey of Eating Habits olan ölçek, Byrne ve Kolley tarafından 1981 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, şişmanlığa karşı önyargılar, şişmanlığın getirdiği olumlu ve olumsuz düşünceler, şişmanlığa karşı kendilik algıları ve yemek yeme davranışları olmak üzere 4 boyut ve 65 maddeden oluşan beş dereceli bir ölçme aracıdır (1= Tamamıyla karşıyım, 2= Çoğunlukla karşıyım, 3= Kararsızım, 4= Çoğunlukla Katılıyorum, 5= Tamamıyla katılıyorum). Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 65, en yüksek toplam puan 325'tir. Tüm ölçeğin Cronbach α iç tutarlılık değeri 0,73 olarak belirlenmiştir (Kundakçı, 2005).

3.1.16. Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği (Nutrition Processes of Change Scale)

Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği, deneyimlerin (yeme alışkanlığı, zayıflama, ilaç kullanımı, çevre etkileşimi) insanların beslenme alışkanlıklarını nasıl etkilediğini belirlemek amacıyla 1987 yılında geliştirilmiştir (Prochaska ve diğerleri, 1990). Prochaska ve arkadaşları tarafından ölçeğin Cronbach α katsayısı 0,51-0,91 arasında bulunmuştur. Beslenme Değişim Süreçleri Ölçeği 12 alt boyutlu 48 maddeden oluşan bir ölçek olup beşli Likert ölçeği tipindedir. Kişi belirtilen durumları çok sık yapıyorsa 5 puan, hiçbir zaman yapmıyorsa 1 puan veya 1 ile 5 arasında seçeceği uygun bir sayı ile puanlaması istenmektedir. Görüşülen kişiden bu ölçeğin maddelerini okuyarak, her madde için "hiçbir zaman", "nadiren", "ara sıra", "sık sık", "çok sık" seçenekleri arasından kendisine en uygun olanı seçmesi ve işaretlemesi istenir. Ölçekte bir bireyin alabileceği en yüksek puan 240, en düşük puan 48'dir. Tüm altboyutları için en yüksek puan 20, en düşük puan 4'tür. Ölçek, tüm maddelerden elde edilen puan madde sayısına bölünerek değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması 2012 yılında Menekli ve Fadiloğlu tarafından yapılmıştır. Genel Cronbach α katsayısı ise 0,94 bulunmuştur (Menekli ve Fadiloğlu, 2012).

3.1.17. Genel Beslenme Bilgisi Anketi-GBBA (General Nutrition Knowledge Questionnaire)

Parmenter ve Wardle (1999) tarafından Genel Beslenme Bilgisi Anketi; kişilerin besin seçimleri ve beslenme bilgisi ile bunu davranışa dökebilme becerisi arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla

geliştirilmiştir. Anket 5 ana alt başlıktan oluşmaktadır (diyet önerileri, besinlerin belirli besin öğelerini içermeye durumları, besin seçimleri, beslenme ile ilişkili hastalıklar ya da sağlık problemleri ile ilgili bilgi düzeyi ve demografik özellikler). Her bölümün iç tutarlılığı yüksek (Cronbach $\alpha = 0,70-0,97$) ve test tekrar test güvenilirliği aynı zamanda minimum gereksinim olan 0,70'nin çok üzerindedir (Parmenter ve Wardle,1999). Anketin Türkçe geçerlilik güvenilirliği 2011 yılında Alsaffar tarafından yapılmış olup Cronbach α değeri 0,89 olarak bulunmuştur (Alsaffar, 2012).

3.1.18. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) [Mindful Eating Questionnaire (MEQ)]

Yeme Farkındalığı Ölçeği, Framson ve arkadaşları tarafından 2009 yılında yeme farkındalığını ölçmek amacıyla 28 soruluk bir anket olarak geliştirilmiştir. 4'lü Likert tipi ölçekte 5 alt faktör bulunmaktadır. Alınan yüksek puan yüksek farkındalığı ifade etmektedir. İç güvenilirlik Chronbach α değeri 0,64'dür (Framson ve diğerleri, 2009). Türkçe'ye uyarlama çalışması Köse ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır. Uzmanların önerileri doğrultusunda geçerliliği düşük bazı maddeleri çıkartılmış, geçerli maddelerine ek olarak yeni maddeler eklenmiş ve Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) olarak yeni bir ölçek uyarlanmıştır. Yeni ölçeğin iç tutarlılığı Cronbach α değeri 0.73 bulunmuştur(Köse ve diğerleri,2016).

3.1.19. Besin Neofobisi Ölçeği

Besin neofobisi, yeni veya bilinmeyen besinleri, yani daha önce tüketilmemiş besinleri yeme korkusu olarak tanımlanmaktadır. Besin Neofobi Ölçeği (FNS), 1992 yılında Pliner ve Hobden tarafından besin neofobisini tanımlamak için psikometrik bir araç olarak geliştirilmiştir (Pliner ve Hobden, 1992). Tek boyutlu gıda neofobi ölçeği 10 maddeden oluşmaktadır. Maddelerin tamamı 7'li Likert tipinde olup cevaplar 7 puan = Kesinlikle katılıyorum, 6 puan = Katılıyorum, 5 puan = Çok az katılıyorum, 4 puan = Kararsızım, 3 puan = Çok az katılmıyorum, 2 puan = Katılmıyorum, 1 puan = Kesinlikle katılmıyorum. FNS puanı, ölçekteki 1, 4, 6, 9 ve 10 numaralı olumsuz maddelerin ters çevrilmesiyle hesaplanan 10 ile 70 puan aralığında bir puandır. Duman ve arkadaşları tarafından 2020 Yılında Türkçe geçerliliği yapılmış ve Cronbach α iç tutarlılık katsayısı 0,61 olarak bulunmuştur. Düzeltilmiş İyi Uyum İndeksi 0,92'dir ve modelin iyi uyumlu olduğunu göstermektedir (Duman ve diğerleri, 2020).

3.1.20. Sürdürülebilir ve Sağlıklı Yeme Davranışları Ölçeği

Sürdürülebilir ve sağlıklı yeme alışkanlıklarının ilkeleri baz alınarak Biemans ve arkadaşları tarafından 2019'da geliştirilen ölçeğin aynı yıl Köksal ve arkadaşları tarafından Gazi Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik öğrencileri ile geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılmıştır. Cronbach α katsayısı

Kronik Hastalıkların Çocuk ve Aile Üzerine Etkileri / *Effects of Chronic Diseases on Child and Family*

Gamze KAŞ ALAY¹

¹ Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, gkas@kastamonu.edu.tr



Geliş Tarihi / Received: 01/03/2023, Kabul Tarihi / Accepted: 27/04/2023 Yayımlanma Tarihi/ Publication Date: 30/04/2023

Atıf/ Reference: KAŞ ALAY, G. (2023). Kronik Hastalıkların Çocuk ve Aile Üzerine Etkileri. Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi (KÜSBFD), 2(1), s. 40-50

Özet: Tüm dünyada yaşam süresinin uzamış olması ile kronik hastalıklardaki artış en önemli engellilik ve ölüm sebeplerini de beraberinde getirmiş ve yaşam kalitesini azaltmıştır. Geçtiğimiz yüzyıldan bu yana, çocuk ve adolesan grupta yoğunlaşan bulaşıcı hastalık yükü, yerini kronik hastalıklara bırakmış durumdadır. Böylelikle günümüzde kronik hastalığa sahip çocuk ve yetişkin popülasyonu artışta olup kronik hastalıklar, özellikle gelişmiş ülkelerde en önemli sağlık sorununu oluşturmaktadır. Kronik hastalıklar uzun sürmesi, belli bir tedavi ve bakım protokolü gerektirmesi, hem çocuğun hem de ailenin yaşam standartlarını değiştirmesi nedeniyle olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu derlemede kronik hastalıkların çocuk ve aile üzerindeki etkilerinden bahsedilmiş, literatüre katkı sağlaması hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Çocuk, Aile, Kronik Hastalık*

Abstract: Prolonged life expectancy and the increase in chronic diseases have brought along the most important causes of disability and death all over the world. The infectious disease burden, which has been concentrated in the child and adolescent group since the last century, has left its place to chronic diseases. Thus, today, the population of children and adults with chronic diseases is increasing, and chronic diseases constitute the most important health problem in the world and in developed countries. Chronic diseases have negative effects because they last for a long time, require a certain treatment and care protocol, and change the living standards of both the child and the family. In this review, the effects of chronic diseases on children and families are mentioned and it is aimed to contribute to the literature.

Keywords: *Child, Family, Chronic Disease*

1. Giriş

Kronik ya da diğer bir deyişle süregelen hastalık, “Genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin kombinasyonu sonucunda meydana gelen, en az altı ay veya daha uzun süren, sürekli tıbbi müdahale gerektiren ve günlük yaşam aktivitelerini sınırlayan durumlar” olarak tanımlanmaktadır (Akkuş ve Ayhan, 2020; Çakır ve Altay, 2021). Kronik hastalık, rehabilitasyon için hasta birey ya da ailenin özel eğitimini zorunlu kılar (Çavuşoğlu, 2019). Dünya genelinde kronik sorunların yol açtığı ölümler bulaşıcı hastalıkların bile önüne geçmiştir. Çağımızda eğitim seviyesinin yükselmesi ve ekonomik iyileşme ile beslenme alışkanlıklarının değişmesi ve hastalıkların kontrol altına alınması ile beklenen yaşam süresini uzamıştır. Bu durumla ilişkili olarak kronik sağlık sorunlarının görülme sıklığı ve bu hastalıkların getirmiş olduğu yük de artmıştır (Kahraman, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü, 18 yaş altı çocuk yaş grubunda kronik hastalık insidansının %15-50 arasında olduğunu bildirmektedir (Ak, 2018). Amerika Birleşik Devletleri’nde ise çocukların beşte birinin bir kronik hastalığa sahip olduğu bilinmektedir (Kish et al., 2018; Blackwell et al., 2019). Çocuk yaş grubuna bakıldığında, popülasyonu oluşturan çocukların %1-2’sinde günlük yaşamını olumsuz etkileyen ya da tedavi edilmeyi gerektiren kronik sağlık sorunu bulunmaktadır. Bunların %10’unu ise ciddi kronik hastalıklar oluşturmaktadır (Törüner ve Büyükgönenç, 2017). Bu artışa paralel olarak ülkemizde de kronik hastalıklardan etkilenen çocukların sayısı azımsanmayacak ölçüdedir (Çavuşoğlu, 2019). Nitekim Türkiye’de kronik hastalığı olan 0-19 yaşları arasında yaklaşık 700.000 çocuk bulunduğu ifade edilmektedir (Çakır ve Altay, 2021).

Geçmiş ile kıyaslandığında günümüzde kronik hastalıkların tedavi edilebilmesi ile çocukların hayatta kalma şansı artmış durumdadır (Halfon and Newacheck, 2010). Bu gelişmeler, her geçen gün yeni bulunan tarama programları sayesinde erken tarama, teşhis ve etkin tedavi yöntemleri ile ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak dünya genelinde milyonlarca çocuk ve adolesan tip 1 diyabet, kanser, astım ve epilepsi gibi kronik hastalıkları yöneterek yaşamını sürdürmektedir (Compas et al., 2012). Çocukluk döneminde en yaygın görülen kronik hastalıklar; “doğuştan gelen anomaliler, ortopedik sorunlar, kalp hastalıkları, epilepsi, kronik böbrek yetmezliği, kanserler, hemofili, diyabet, kistik fibrozis, astım, talasemi, ailevi akdeniz ateşi, alerjik hastalıklar ve ruhsal davranış bozuklukları” olarak bildirilmiştir (Arıcan ve diğerleri, 2017; Bolat, 2018; Akkoyun ve Taş Arslan, 2019; Kahraman, 2019). Son yıllarda çocuklarda obezitenin artması ile hipertansiyon prevalansı da artış göstermektedir. Aynı şekilde çocuklarda en sık görülen endokrin hastalıklardan olan tip 1 diyabet, en yaygın görülen nörolojik hastalıklardan epilepsi ve en yaygın solunum sistemi hastalıklarından olan astım oranları da azımsanmayacak şekilde artmıştır (Özçeker ve Güler, 2017; Başkale ve diğerleri, 2019; Kahraman, 2019).

2. Kronik Hastalıkların Çocuk Üzerindeki Etkileri

Kronik hastalık tanısı alan tüm bireylerde hastalığı kabullenmek ve uyum göstermek, uzun ve zorlu bir süreçtir. Özellikle birey ve aile üyelerinin yaşamında değişikliklere yol açan ve bireyi başkalarına bağımlı kılan kronik bir hastalığa uyum daha zor olabilmektedir (Altundağ, 2017). Çocukların hastalığa karşı gösterdiği tepkilerin bazıları genel tepkiler iken, bazıları hastalığa özgüdür. Hastalığa özgü tepkiler ise hastalığın nitelik ve şiddetine bağlı değişmektedir. Diğer yandan hastalığa karşı verdiği tepkiler çocuğun duygusal ve bilişsel gelişim sürecine, hastalığın ciddiyetine, destek mekanizmalarına, okul yaşantısının etkilenme durumuna ve daha birçok faktöre göre değişiklik gösterir. Çocuğun ihtiyaçları ve kapasitesi, içinde bulunduğu gelişimsel sürece bağlı olduğundan çocuğun tepkileri ve sorunları da gelişim dönemine göre değişmektedir (Bolat, 2018). Yaş dönemlerine göre kronik hastalığı olan çocukların etkilenme durumları şöyle sıralanabilir;

0-1 Yaş: Bebeklik döneminde rutinleri ve düzeni bozulur, güven duygusu gelişmeyebilir. Ağrı ve acı nedeniyle uyku düzeni bozulabilir, motor gelişimde gecikmeler yaşanabilir ve anne-bebek arasında güvenli bağlanma ve yeterli iletişim sağlanamayabilir. Bebek özellikle bakım verenden ayrıldığında yoğun bir ayrılık anksiyetesi yaşar (Törüner ve Büyükgönelç, 2017; Ak, 2018; Çavuşoğlu, 2019).

1-3 Yaş: Oyun çocuğu döneminde hastalığa bağlı olarak artan kısıtlılıklar, çocuğun otonomi duygusunun gelişimini olumsuz etkileyebilir ve çocuk daha bağımlı hale gelebilir. Çocuğun benlik saygısı azalabilir ve kendini ayrı bir birey olarak görmesi zorlaşır. Hastalık nedeniyle ailenin aşırı kısıtlaması ya da sınırsız tutumu nedeni ile dürtü kontrol bozuklukları ile birlikte tuvalet, beslenme, hijyen gibi alışkanlıklarda sorunlar yaşanabilir. Ebeveynlerden ayrıldığı zaman yoğun kaygı ve anksiyete yaşar. Regresyon davranışları görülebilir (Törüner ve Büyükgönelç, 2017; Ak, 2018; Çavuşoğlu, 2019).

3-6 Yaş: Kronik hastalık okul öncesi dönemdeki çocukların akranları ile etkileşimini ve sosyal becerilerini olumsuz etkileyebilir. Hastalığı bir ceza olarak algılayabilir ve disiplin yöntemlerinin uygulanmamasıyla olgunlaşmamış davranışlar gelişebilir. Hastalığa bağlı fiziksel kısıtlamalar ve enerjinin azalması çocuğun motor ve sosyal becerileri geliştirme yeteneğini ve normal bilişsel gelişimi sınırlayabilir. Cinsel kimlik kazanımı zorlaşabilir (Törüner ve Büyükgönelç, 2017; Ak, 2018; Çavuşoğlu, 2019).

6-12 Yaş: Okul dönemindeki çocukta fiziksel yetersizlik onun bir gruba ait olma duygularını etkileyebilir. Yetersizliklerini gizlemek için sosyal ilişkilerden uzak durabilir, izolasyon ve çekilme duyguları yaşayabilir. Bu durum ilerleyen süreçte okula devam etmemeye ve düşük benlik saygısına yol açabilir (Törüner ve Büyükgönelç, 2017; Ak, 2018; Çavuşoğlu, 2019).

12-18 Yaş: Kronik hastalık ergenlerin bağımsızlık, cinsel gelişim, meslek seçimi ve eğitimleri açısından olumsuz etkilere sahip olabilir. Özellikle gözle görülen fiziksel bir defekt veya anomali varlığında benlik kavramı ve benlik saygısı önemli derecede etkilenebilir. Ergenin beden imajında oluşabilecek değişiklikler, kontrol ve bağımsızlığını kaybetme, akran grubundan reddedilme ve ölüm korkusu olabilir. Gelecek ile ilgili planları etkilenir, daha az geleceğe yönelirler (Törüner ve Büyükgönenç, 2017; Ak, 2018; Bolat 2018; Çavuşoğlu, 2019).

Kronik sağlık sorunları çocukların yaşam kalitesini, akademik başarısını, fiziksel-zihinsel gelişimini etkileyerek kaygı ve psikolojik problemleri beraberinde getirir. Kronik hastalıkların fiziksel sağlığın yanı sıra çocuğun duyguları, beslenmesi, uyku düzeni, davranışları, eğitimi, özgüveni ve sosyal ilişkileri üzerinde de ciddi etkileri olmaktadır (Arıcan ve diğerleri, 2017; Bolat, 2018; Akkoyun ve Taş Arslan, 2019; Akkuş ve Ayhan, 2020).

2.1. Gelişimsel Gecikme ve Gerileme

Kronik hastalığı olan çocuklar, sağlıklı yaşlılarına göre önemli davranışsal problemlere sahip olma açısından daha fazla risk taşırlar. Kronik hastalıkların çocuklarda gerileme davranışlarının yanı sıra gelişimsel gerilik veya gecikmelere de yol açtığı bilinmektedir (Törüner ve Büyükgönenç, 2017; Bolat, 2018). Hasta çocukta dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, sadece çocuğun hastalık durumuna odaklanmaktan ziyade çocuğun gereksinimlerine yönelmek ve bu alanı desteklemektir. Çocuğun, bilişsel ve gelişimsel düzeyine uygun biçimde tasarlanmış bilgiler, çocuğun daha etkin bir biçimde güveninin sağlanması ve tıbbi bakımı ile ilgili kaygılarının azalması açısından oldukça önemlidir (Bolat 2018).

2.2. Yaşam Kalitesi

Kronik hastalıkların zamanla artması ve beklenen yaşam süresinin uzaması “yaşam kalitesi” kavramını ön plana çıkarmaktadır. Yaşam kalitesi kavramı, sağlık sorunlarıyla birlikte ele alınmakta olup hastalar tarafından algılanan psikolojik iyi olmanın duygusal, zihinsel, sosyal ve davranışsal boyutları ile işlevlerini içeren bireysel bir nitelendirme (Akkuş ve Ayhan, 2020). Sağlıklı çocuklarla kıyaslandığında kronik hastalığı olan çocuklarda iki kat daha fazla uyum sorunları görüldüğü bilinmektedir (Akkoyun ve Taş Arslan, 2019). Hastalık sürecinde yaşanan ağrı, yorgunluk gibi fiziksel bulgular, sık hastane kontrolleri ve yatışlar, tedaviye sekonder gelişen komplikasyonlar, prognozun belirsiz olması ve günlük yaşamdaki kısıtlılıklar gibi yaşam tarzındaki değişiklikler psikiyatrik sorunlar için risk oluşturmaktadır. Bu durum ise kişinin yaşam kalitesini azaltmaktadır (Arıcan ve diğerleri, 2017; Akkoyun ve Taş Arslan, 2019).

2.3. Okul ve Akademik Başarı

Kronik hastalık tanısı alan çocukların okul hayatı; sık hastane yatışları, kontroller, tedaviler ve ilaç yan etkileri gibi nedenlerle kesintiye uğramakta olup bu durum çocukların okula uyumunu etkilemektedir (Bolat, 2018; Akkuş ve Ayhan, 2020). Kronik hastalığı olan çocukların okul devamsızlığının sağlıklı akranlarına göre daha fazla olduğu belirtilmektedir. Devamsızlık süresi ise hastalığın şiddetine göre farklılık göstermektedir (Richardson et al., 2018). Everhart ve ark. (2018)'nin çalışmasında, astımın okul devamsızlığı için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Richardson ve ark. (2018), kronik böbrek yetmezliği olan çocukların %17.3'ünün sürekli okul devamsızlığının olduğunu ifade etmişlerdir. Eloi ve ark. (2019) çalışmalarında, inflamatuvar bağırsak hastalığı olan çocuklar arasında okul devamsızlığını ortalama 5 gün olarak saptamışlardır (Eloi et al., 2019).

Sık okul devamsızlığı yapan çocuklar derslerinde eleştirel bakış açısı getiremeyebilirler. Okula döndüklerinde uyum süreci ve katılmadığı derslerin/konuların tekrarının olmaması nedeniyle akademik performansında azalma görülebilmektedir (Çakır ve Altay, 2021). Layte ve ark. (2013), kronik hastalığa sahip çocuklarda okul devamsızlığı ve akran zorbalığına maruziyet sonucunda duygusal ve davranışsal sorunlar meydana geldiğini ve bu durumun okul başarısını düşürdüğünü ifade etmişlerdir (Layte et al., 2013). Bu durum kronik hastalık ve okul başarısızlığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çocukların okul motivasyonları ve okul başarısı için desteklenmeye ihtiyaçları vardır. Kronik hastalığa sahip çocukların hastalığıyla daha kolay baş edebilmesi ve okula uyumun sağlanmasının yanı sıra, sosyal geri çekilmeler ve içe kapanma gibi durumların yaşanmaması için çocuğa yapılacak sosyal destek önemlidir (Kahraman, 2019).

2.4. Kaygı ve Psikolojik Sorunlar

Kronik hastalığı olan çocuklar yalnızca biyopsikososyal gelişim alanlarındaki zorluklarla değil aynı zamanda bu hastalıkların bir sonucu olarak; “diyet yapma, sık hastane kontrolleri ve yatışları, tedavi ekibi ile ilişki kurma ya da kuramama, ölüm korkusu, aileden ve arkadaşlardan uzun süreli ayrı kalma ve sosyal dışlanma” gibi durumlarla da yüzleşmek zorundadırlar (Güner, 2020). Kronik hastalığın çocukların yaşamında oluşturduğu değişiklikler ailenin tutumuna da bağlı olarak duygusal, psikososyal ya da davranışsal gereksinimleri artırmış ve bazı özel gereksinimleri ortaya çıkarmış olabilir. Literatürde, tüm çocukların %10'unda duygusal ve davranışsal sorunlar tanımlanırken kronik hastalığı olan çocuklarda bu oranın %20'ye çıktığı bildirilmektedir (Akkuş ve Ayhan, 2020).

Kronik hastalığı olan çocuklar “öfke nöbetleri, özgüven eksikliği, sürekli dışlanma kaygısı ve olumsuz benlik saygısı” gibi sorunlar yaşamakta olup okulda akran zorbalığına ve damgalanmaya maruz kalabilmektedir (Quach and John, 2018). Çocuğun okulda bu tür sorunlarla baş etmek zorunda olması nedeniyle “içe kapanma, sosyal izolasyon ve akran ilişkilerinden kaçınma” davranışları gösterebilmektedir. Çocukların biyopsikososyal açıdan desteklenmesi duygusal ve sosyal gelişimlerine

katkı sağlaması açısından önemlidir (Çakır ve Altay, 2021). Bakare ve ark. (2008) yaptıkları çalışmada, kronik hastalığı olan çocukların sağlıklı yaşlılarına kıyasla duygularını kontrol etmede daha çok zorlandığı belirtilmektedir. Kronik hastalığı olan çocukların duygusal değişiklikleri ya da davranış bozukluklarının fark edilmesi ve liyezon hizmetinin geliştirilmesinin önemi büyüktür (Bakare et al. 2008).

3. Çocukların Kullandıkları Baş Etme Yöntemleri

Çocuğun baş etmesini etkileyen faktörler; içinde bulunduğu gelişimsel dönem, duygusal değişkenliği, algısal/bilişsel yetenekleri, sahip olduğu sosyal destek sistemleri olarak sayılabilir. Ek olarak çocuğun karşılaştığı deneyimlerin niteliği, miktarı, ebeveynlerin sağladığı duygusal destek de baş etmede oldukça önemlidir (Çavuşoğlu, 2019).

- Bebeklerin kullandığı baş etme davranışları genellikle motor aktiviteler üzerinde görülür. Bunlar parmak emme, el-ağız aktiviteleri, huzursuzluk, ağlama, vücudunu sallama, tanıdık birine ya da objeye sarılma şeklinde çeşitlendirilmektedir.
- Oyun çocuğu döneminde sıklıkla parmak emme, enürezis ve/veya enkoprezis gibi gerileme davranışları yani regresyon görülür. Bu dönemde öfke nöbetleri, ağlama krizleri ve içe kapanma gibi davranışsal sorunlar yaygındır. Bu dönemde regresyonun çocuk için bir stresle başa çıkma yöntemi olduğu unutulmamalı, ebeveynler ve diğer bakım veren kişiler çocuğa karşı kabullenici, anlayışlı ve hoşgörülü yaklaşmalıdır.
- Okul öncesi ve okul çağı döneminde hatırlama, konuşma, gerçeği test etme gibi bilişsel yetenekler yeterli düzeydedir. Bu nedenle bu çocuklar yaşadıkları deneyimleri paylaşarak hastalıkları ile etkin şekilde baş edebilirler. Endişe, keder, sabırsızlık ve öfke duygularının uygun şekilde ifade edilmesi sağlıklı baş etmenin temelini oluşturur.
- Adölesanlar genellikle erişkinlerin baş etme yöntemleri olan içe kapanma, inkar, karşıt tepki verme gibi savunma mekanizmalarını kullanırlar. Aslında bir durum karşısında agresif ve küçümseyici davranan adölesan çok korkuyor olabilir. Bu dönemdeki çocukların baş etmelerine yönelik en önemli girişimlerden biri onların farklı olmaya ilişkin duygularını azaltmak ve yaşamlarını olabildiğince normal hale getirmektir. Onları olası değişimlere hazırlamak ve kendi bakımlarına ilişkin kararlara katılımını sağlamak önemlidir (Törüner ve Büyükgöğeneç, 2017; Çavuşoğlu, 2019).

Hastalığa iyi uyum sağlamış çocuklar zamanla kendi fiziksel sınırlılıklarını kabul etmeyi öğrenirler, okulda-evde akranları ile iyi ilişki içindedirler ve kendi bakımlarını üstlenirler. Uygun baş etme yeteneği geliştiremeyen çocuklarda davranış sorunları ve hastalığa uyum problemleri görülür. Bu çocuklar akran aktivitelerinin dışında kalarak sosyal izolasyona girerler. Bu durum olumsuz benlik kavramı gelişimine neden olur (Törüner ve Büyükgöğeneç, 2017; Çavuşoğlu, 2019). Ancak kronik

hastalığı olan çocuk ailesinden ve çevresinden yeterli desteği gördüğünde sosyal anlamda kendini izole etmez, diğer arkadaşlarının aktivitelerine katılır ve okula devam eder. Bu durum ise benlik saygısı kazanmasına, bağımsızlığın ve okul başarısının artmasına katkıda bulunur (Kahraman, 2019).

4.Kronik Hastalıkların Aile Üzerindeki Etkileri

Birçok kronik hastalığın seyrinde hastalık belirtilerinde “ataklar, çocuğun yaşam kalitesi ve işlevselliğinde bozulmalar” gözlenmektedir. Bu ataklar tekrarlayan hastane yatışlarına ve ailenin yaşam biçiminde değişikliğe neden olmaktadır. Yatış sırasında günlük rutinlerin kesintiye uğraması, diğer rol ve sorumlulukların aksaması, çocuğun sağlığıyla ilgili kaygı ve endişeler aile için ilave stres etkenleri oluşturmaktadır (Arıcan ve diğerleri, 2017). Hastalığın çocuk ve aile üzerindeki etkileri; çocuğun hastalığının doğuştan veya sonradan olması, hastalığa yakalanılan yaş, çocuğun gelişim düzeyi, çocuğun uyum düzeyi ve yetenekleri, ebeveyn-çocuk ilişkisi, aile içi dengeler, hastalığın şiddeti, hasta organ, ağrı veya kaybın derecesi, tedavi şekli, hastalığın yarattığı kalıcı etki ve sınırlamalar, hastalığın taşıdığı anlam, hastalıkla ilgili düşünceler, hastalığın, çocuğun toplumsal uyumuna, okul yaşantısına etkisi gibi faktörlere göre değişiklik gösterebilmektedir (Törüner ve Büyükgönenç, 2017; Ak, 2018; Bolat, 2018).

Çocuk kronik hastalık tanısı aldığı anda ebeveynler çeşitli aşamalardan geçer:

1. Şok ve İnkâr: Bu dönemde ebeveynler ve hasta çocuklar, uzun süre mücadele etmelerini gerektirecek bir durumla karşılaşmışlardır. Ebeveynler yaşadıkları şok nedeniyle bir savunma mekanizması olarak inkara sığınabilirler. Bu durum günlerce veya aylarca devam edebilir. Bu dönemde aile teşhisin yanlış olduğunu ileri sürebilir, hastalığı ciddiye almamış gibi görünebilir ve kabul etmemekte ısrarcı davranabilirler.

2. Uyum: İnkâr sürecini kızgınlık ve içerleme izler. Bu dönemde görülen kızgınlığın büyük kısmı tedavi ekibine yansıtılır ve ardından kendini suçlu hissetme görülebilir. Özellikle genetik geçişli hastalıklarda suçluluk duygusu daha yoğundur. Ebeveynler kendilerine “niçin benim çocuğum?” sorularını sormaya başlar. Hastalığı kendilerine verilmiş bir ceza olarak da algılayabilirler. Ancak bir süre sonra sonucunun değişmediğini gördükçe uzlaşma içine girmeye başlarlar. Bu durumda hastalığın ebeveynlere açık bir şekilde anlatılması, soruların yanıtlanması gerekir. Bazı ebeveynler uyum evresinde yas da yaşayabilirler. Bu durum depresyonla sonuçlanabilir.

3. Kabullenme: Tüm bu dönemlerden sonra beklenen davranış ebeveynlerin hastalığı kabullenmeleridir. Kabullenme süreci, tedavinin etkinliğini ve sürekliliğini olumlu yönde etkileyecektir. Çocuk ve aile, bu evreleri yaşarken çeşitli sebeplerle evrelerden birinde kalabilir ya da bir önceki evreye tekrar dönebilirler. Bu gibi durumlarda profesyonel yardıma yönlendirilmelidir. Bu dönemde hem çocuğun hem de ailenin yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmalıdır. (Törüner ve Büyükgönenç, 2017; Ak, 2018; Bolat 2018).

Kronik hastalığa bağlı olarak oluşan fiziksel ve zihinsel sınırlılıklar bireyin bakım verene bağımlılığını arttırmakta ve sosyal etkinlikleri kısıtlamaktadır (Akkuş ve Ayhan, 2020). Bu çocukların ailelerinde tanı ve prognozun kabullenilmesinde zorluklar, gelecek kaygısı, hastalıkla ilgili almış olduğu yük ve sorumluluklar, sürekli bakımın getirdiği ekonomik yük gibi stres faktörleri nedeniyle ruhsal sorunlarda artış saptanmıştır (Compas et al., 2012; Coughlin and Sethares, 2017). Kronik hastalığa sahip çocukların ailelerinde “psikososyal ve maddi problemler, anksiyete, depresyon, uyku sorunları, ailevi problemler ve yaşam kalitesinin azalması” gibi sorunlar görülmektedir (Başkale ve diğerleri, 2019; Akkuş ve Ayhan, 2020). Literatür incelendiğinde kronik hastalığa sahip çocuğu olan ebeveynlerin yaşam doyumunun düşük olduğu görülmektedir (Başkale ve diğerleri, 2019). Kronik hastalığa sahip olma, ebeveynlerin maddi sorunlar yaşamasına, kişiler arası ilişkilerinin zayıflamasına, sosyal izolasyon ve damgalanma korkusuna neden olmaktadır. Anneler bilgi eksikliği veya hastalıkla ilgili yanlış tutumlar nedeniyle çocuklarına ve kendi hayatlarına kısıtlılıklar getirmekte, çocuğun bakımına ilişkin destek almaktan çekinmektedir. Özellikle evde birincil bakım verici olan anneler kronik hastalığa sahip çocukları ile destekleyici ve arkadaşça iletişim kuramamakta, çocuklarına karşı daha sinirli ve öfkeli yaklaşmakta, çocuk bakımında eşyle anlaşmazlık yaşamakta, çocuğunu aşırı cezalandırmakta, aşırı koruyucu davranmakta veya otoriter tutum göstermektedirler (Başkale ve diğerleri, 2019).

Çocuktaki kronik hastalık sadece ebeveynleri değil sağlıklı kardeşleri de oldukça etkilemektedir. Kronik hastalığı olan bir kardeşe sahip olmak, çocukların psikolojik sağlığı ve iyilik hali için bir risk oluşturmaktadır. Bu çocuklarda “anksiyete, depresyon, travma sonrası stres belirtileri, daha düşük yaşam kalitesi ya da akran sorunları” gibi birçok sorun görülebilmektedir. Özellikle kronik hastalığın ağır ve yaşamı tehdit edici olduğu durumlarda sağlıklı kardeşlerin psikolojik işlevlerinde etkilenmenin daha belirgin olduğu gösterilmiştir (Dinleyici ve Dağlı, 2018). Öte yandan kardeşler ciddi hastalık döneminde aile üyelerinin en mutsuz ve duygusal olarak en ihmal edilmiş bireyleridir. Tüm ilgi ve özen hastalığı olan kardeşe yöneltildiğinden sağlıklı kardeşin duygusal gereksinimleri göz ardı edilebilmektedir. Hasta çocuk üzerine yoğunlaşan aile, sağlıklı çocukla sosyal ve duygusal olarak ilgilenmemekte ve ihmal etmektedir. Sağlıklı kardeş bu dönemde yalnızlık, üzüntü ve anne-babaya ulaşamama gibi duygular da yaşayabilir. Bu anlamda kronik hastalığı olan çocuklar ve onların ailelerindeki psikiyatrik sorunların farkında olunması, terapötik iletişim yöntemleri ile yaklaşılarak tedavi edilmesi, sağlıklı kardeşlerin de psikolojik anlamda desteklenmesi önemlidir (Arıcan ve diğerleri, 2017).

5. Ailenin Kullandığı Baş Etme Yöntemleri

Aile bireyleri çocuklarının kronik hastalığa uyum sağlamasında önemli bir rol oynar. Çocuğun hastalığına uyumu ne kadar yüksek ise ailenin baş etmesi de iyi olmaktadır (Başkale ve diğerleri, 2019). Çocuğun hastalığının ailenin geri kalan yaşamı üzerindeki etkisini kabul eden ebeveynler çocuklarının kronik hastalığa sahip oldukları gerçeğine uyum sağlarlar (Çavuşoğlu, 2019). Ailenin hastalık ile etkili

bir şekilde baş etmesi, ebeveynlerin duygusal açıdan birbirlerini desteklemeleri, açık bir iletişimin olması ve ebeveynlik rollerinin yerine getirilmesi aile üyelerinin fikir birliği ile ilişkilidir (Kahraman, 2019). Bu ebeveynler çocuğu uygun şekilde disipline ederler ve onun bağımsızlığını, kendine bakımını, okula devamını ve akranları ile ilişkilerini desteklerler. Bu aileler çocuğun sınırlılıklarını tanırlar ve sadece gerekli kısıtlamaları uygularlar. Ebeveynlerin aşırı koruma, reddetme, otoriter tutum sergileme, çocuğu aşırı cezalandırma, aşırı koruyucu davranma gibi davranışları olumsuz sonuçlar doğuran baş etme yöntemleridir. Bu durum çocukta öfke ve suçluluk duygusunun artmasına ve çocuğun kendini değersiz, işe yaramaz hissetmesine neden olacaktır (Başkale ve diğerleri, 2019; Çavuşoğlu, 2019).

6. Hemşire ve Sağlık Profesyonellerinin Yaklaşımı

Kronik hastalığa sahip çocuğun bakımında süreç, aile merkezli bakımı gerektirir. Bu süreçte hemşire ebeveynlerin bakıma katılmasını kolaylaştırmalı ve aileyi desteklemelidir. Çocuk ve ailenin kaygısını ve korkusunu azaltmak için sakin ve güven verici bir yaklaşım kullanılmalıdır. Ağrı durumunda ağrıyı hafifletmek için nonfarmakolojik ağrı yöntemlerini uygulamalı ve aileye öğretmelidir, çocuğun ağrı ile başa çıkabilmesini sağlamalıdır. Taburculuk öncesi evde bakım konusunda eğitim ve danışmanlık verilmelidir. Öte yandan hem çocuğun hem de ebeveynlerin mevcut durum ve süreç ile etkin baş edebilmesini sağlamak için çocuğun gelişim dönemlerine ve vereceği tepkilere hakim olmalıdır (Törüner ve Büyükgönce, 2017). Bu doğrultuda;

- Bebeklik döneminde gelişimdeki gecikmeler hakkında ebeveynlere bilgi verilmeli ve anne-baba-bebek ilişkisinin başlatılmasına destek olunmalıdır. Hastalık ve süreç hakkında yeterli bilgi verilerek ebeveynlerin durumu kabullenmesi sağlanmalıdır.
- Oyun çocuğu döneminde çocuğun alışık olduğu rutinler hem hastane ortamında hem de evde devam ettirilmeye çalışılmalıdır. Çocuğun otonomisi desteklenerek oyun arkadaşlıkları kurmasına destek olunmalıdır. Çocuğun kendi öz bakımına katılması desteklenmeli ve ayrılık anksiyetesini önlemek için ebeveynlerin çocuğun bakımına katılması teşvik edilmelidir.
- Okul öncesi dönemde yapılacak işlemlerin kısa ve basit bir dille çocuğa ifade edilmesi ve güven ortamı sağlanması önemlidir. Çocuğun bağımsızlığı ve girişimciliği desteklenmelidir.
- Okul dönemi yaş grubuna duygularını rahat ifade edebilmeleri için destekleyici bir ortam oluşturulmalı. Akranlarının ve arkadaş çevresinin çocuğun hastalığı hakkında bilgilendirilmesi faydalı olabilir. Çocuk ilaç kullanımı, kan şekeri ölçümü, inhaler kullanımı gibi hastalığına yönelik uygulamaları bağımsız olarak yapma konusunda cesaretlendirilmeli ve sorumluluk alması sağlanmalıdır.

• Adölesan dönemdeki gençlere hastalığı konusunda daha fazla söz hakkı alması için fırsat sunulmalıdır. Olumlu yönleri vurgulanmalı ve üstlendiği sorumluluklar takdir edilerek psikolojik anlamda güçlendirilmeye çalışılmalıdır. Kendi bakım becerilerini üstlenmeleri konusunda desteklenmeli ve benzer hastalığı yaşayan akranları ile bir araya getirilerek hastalığa uyumu artırılmaya çalışılmalıdır (Ak, 2018).

Öte yandan hastaneye yatan çocuklar için de hemşireler başta olmak üzere sağlık profesyonellerine büyük iş düşmektedir. Pediatri hemşireleri bakım verirken ve tedavi sunarken bir iletişim yolu ve araç olarak oyunu kullanabilir. Hastane ortamında terapötik oyunu hemşirelik uygulamaları ile birlikte kullanmak, hem çocuk hem de ebeveynlerin yapılacak işlemler konusunda anksiyetesini azaltarak hastane ortamının ve hastalıkların üstesinden gelmesine destek olur (Yayan ve Zengin, 2018).

7. Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak çocuk ve aile ile çalışan sağlık profesyonellerinin temel hedefleri; çocuğun ve tüm aile bireylerinin kronik hastalığa biyopsikososyal olarak uyumuna destek olmak, kronik hastalığa bağlı gelişen engelleri etkin şekilde kontrol altına almak, çocuğa ve aileye öz bakımı öğretmek, çocuğun evde bakımına destek olmak, aileleri sosyal destek sistemlerine yönlendirmek ve çocuğun rehabilitasyonunu sağlamak olmalıdır. Aynı zamanda çocuk ve ailenin hastalıktan etkilenme durumlarını belirleyerek uygun baş etme mekanizmalarını geliştirmelerini sağlamak önemlidir.

Bildiriler: Çıkar çatışması: Çıkar çatışması bulunmamaktadır. Finansal Destek: Çalışma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Herhangi bir kongre / sempozyum vb.de sözlü / yazılı bildiri olarak sunulmamıştır. Tez çalışmasından üretilmemiştir.

Kaynaklar

Ak, B. (2018). Kronik ve yaşamı tehdit edici/ölümcül hastalığı olan çocuk ve hemşirelik yaklaşımı. Z. Conk, Z. Başbakkal, H. Bal Yılmaz, B. Bolışık İçinde. Pediatri Hemşireliği. (2.baskı) (ss. 913-942).Ankara: Akademisyen Yayınevi.

Akkoyun, S., Taş Arslan, F. (2019). Yaşam aktivitelerine dayalı hemşirelik modeli'ne göre kronik böbrek yetmezliği olan çocuk hastanın değerlendirmesi: olgu sunumu . Genel Sağlık Bilimleri Dergisi,1 (1) , 78-93.

Akkuş, S.Y., Ayhan, A.B. (2020). Kronik hastalığı olan çocukların davranışlarının ve yaşam kalitelerinin incelenmesi. Turkish J Pediatr Dis, 14, 129-135.

Altundağ, S. (2018). Tip 1 diyabetli çocukların hastalığa uyumunda eğitimin ve sosyal desteğin etkisi. Pam Tıp Derg, 11(2), 137-144.

Arıcan, P., Yalçın, H., Demir, Ş., Ünlü, M., Bezgin, Ö., Çavuşoğlu, D., et al. (2017). Kronik nörolojik hastalıklı çocuk sahibi olan annelerin ruhsal belirti düzeylerinin ve baş edebilme becerilerinin incelenmesi. İzmir Katip Çelebi Üniv. Sağlık Bilim. Derg, 2(2), 7-11.


Bakare, M.O., Omigbodun, O.O., Kuteyi, O.B., Meremikwu, M.M., Agomoh, A.O. (2008). Psychological complications of childhood chronic physical illness in Nigerian children and their mothers: The implication for developing pediatric liaison services. Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health, 2(34), 1-9.


Başkale, H., Çetinkaya, B., Ceylan, S.P., Öztaş, Ü. (2019). Epilepsili çocukların annelerinin yaşam doyumu ve başa çıkma tutumları. JCP, 17(2), 265-278.

- Blackwell, C.K., Elliott, A.J., Ganiban, J., et al. (2019). General health and life satisfaction in children with chronic illness. *Pediatrics*, 143(6), e20182988.
- Bolat, E.Y. (2018). Süreçten hastalığı olan çocuklar ve hastane okulları. *Milli Eğitim*, 218, 163-185.
- Compas, B.E., Jaser, S.S., Dunn, M.J., Rodriguez, E.M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 8, 455.
- Coughlin, M.B., Sethares, K.A. (2017). Chronic sorrow in parents of children with a chronic illness or disability: an integrative literature review. *J. Pediatr. Nurs*, 37, 108–116.
- Çakır, G., Altay, N. (2021). Kronik hastalığı olan çocukların bakımında okul hemşiresinin görev ve sorumlulukları. *DEUHFED*, 14(1), 55-61.
- Çavuşoğlu, H. (2019). Kronik Hastalığı Olan Çocuk. İçinde. *Çocuk Sağlığı Hemşireliği*. (13. Baskı). (1. Cilt). Ankara: Sistem Ofset Basımevi; 113-128.
- Dinleyici, M., Şahin Dağlı, F. (2018). Evaluation of quality of life of healthy siblings of children with chronic disease. *Türk Pediatri Ars*, 53(4), 205-13.
- Eloi, C., Foulon, G., Bridoux-Henno, L., Breton, E., Pelatan, C., Chaillou, E., et al. (2019). Inflammatory bowel diseases and school absenteeism. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 68(4), 541-546.
- Everhart, R.S., Miller, S., Leibach, G.G., Dahl, A.L., Oinis-Mitchell, D. (2018). Caregiver asthma in urban families: Implications for school absenteeism. *J Sch Nurs*, 34(2), 108-113.
- Güner, Y.O. (2020). Kronik hasta çocuklarda terapötik hikayenin kullanımı. *İzlek*, (3), 17-33.
- Halfon, N., Newacheck, P.W. (2010). Evolving notions of childhood chronic illness. *JAMA*, 303(7), 665-666.
- Kahraman, M. (2019). İlkokula giden çocuklarda kronik hastalık görülme sıklığı ve öğretmenlerin yaklaşımlarının belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı. Yüksel Lisans Tezi. Şanlıurfa. Danışman Doç. Dr. Selma Kahraman.*
- Kish, A.M., Newcombe, P.A., Haslam, D.M. (2018). Working and caring for a child with chronic illness: A review of current literature. *Child Care Health Dev*, 44, 343–354. <https://doi.org/10.1111/cch.12546>
- Özçeker, D., Güler, N. (2017). Astım atak tedavisi. *Klin. Tıp Pediatr. Derg*, 9(2), 24-31.
- Quach, L.L., John, R.M. (2018). Psychosocial of impact growing up with food allergies. *J Nurse Pract* . 14(6), 477-483.
- Richardson, K.L., Weiss, N.S., Halbach, S. (2018). Chronic school absenteeism of children with chronic kidney disease. *J. Pediatr*, 199, 267-271.
- Törüner, E.K., Büyükgönenç, L. (2017). *Çocuk sağlığı: Temel hemşirelik yaklaşımları*. 1. Basım. Ankara: Nobel Tıp: 122, 732.
- Yayan, E.H., Zengin, M. (2018). Çocuk kliniklerinde terapötik oyun. *GÜSBĐ*, 7(1), 226-233.

Kritik Bir Hastada Pacemaker Enfeksiyonu İçin Kısmen Koruyucu Tedavi Stratejisi: Bir Vaka Raporu / Partially Conservative Treatment Strategy for Pacemaker Infection in a Critically ill Patient: A Case Report

Hakan GOCER^{1*} MD, Ahmet Baris DURUKAN²

^{1*}Private Edremit Korfez Hospital, Department of Cardiology, Balıkesir/TURKEY, hgocer@gmail.com 

²Ankara Liv Hospital, Department of Cardiovascular Surgery, Ankara/TURKEY 

Geliş Tarihi / Received: 28/11/2022 Kabul Tarihi / Accepted: 30/11/2022 Yayınlanma Tarihi/ Publication Date: 30/12/2022

Atıf/ Reference: GÖÇER, H., DURUKAN, A.B. (2023). Kritik Bir Hastada Pacemaker Enfeksiyonu İçin Kısmen Koruyucu Tedavi Stratejisi: Bir Vaka Raporu. Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi (KÜSBFD), 2(1), s 51-55.

Özet: Mevcut literatüre göre, pacemaker enfeksiyonları genellikle enfekte materyalin tamamen çıkarılması ve sistemik antibiyotik tedavisi ile yönetilir. Ancak, bu vaka raporunda, pacemaker enfeksiyonu olan bir kritik hasta başarılı bir şekilde tedavi edilen kısmen koruyucu bir tedavi stratejisi sunulmaktadır. Vakamızda, enfekte pacemaker ve lead kısmi çıkarılması, tuz-su peroksit irrigasyonu ile geniş çaplı debridman yapılması ve cebe pudralı rifampisin ve vankomisin uygulanması gerekti. Bir pacemaker jeneratörünün ve lederenin tamamen çıkarılması, özellikle kritik hastalarda zor olabilir, bu nedenle bu durumlar için geniş çaplı debridman ve lokal antibiyotik uygulaması ile kısmen koruyucu bir yaklaşım öneriyoruz. Bulgularımız, bu stratejinin yüksek riskli hastalarda pacemaker enfeksiyonlarının tedavisinde başarılı olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: *Enfeksiyon, Pace Maker, Yönetim.*

Abstract: Pacemaker infections are usually managed by complete removal of the infected material and systemic antibiotics, according to current literature. However, in this case report, we present a partially conservative treatment strategy involving the successful treatment of a critically ill patient with a pacemaker infection. Our case involved partial pacemaker and lead removal, along with extensive debridement using saline-hydrogen peroxide irrigation and local application of powdered rifampicin and vancomycin in the pocket. Complete removal of a pacemaker's generator and its leads can be challenging, particularly in critically ill patients, so we suggest a partially conservative approach with extensive debridement and local antibiotic application for these cases. Our findings suggest that this strategy can be successful in treating pacemaker infections in high-risk patients.

Keywords: *Infection, Pace Maker, Management.*

1. Introduction

Pacemaker infections are a known complication of pacemaker implantation and are typically managed by complete removal of the infected material and systemic antibiotics, according to current literature. (1, 2) However, this standard treatment approach can be challenging in critically ill patients, particularly those with multiple comorbidities or other medical conditions that increase their risk of adverse events. As a result, recent studies have suggested a partially conservative treatment strategy for high-risk patients. (2, 3)

In a recent case report, a combination of conservative and surgical approaches was used to successfully treat a patient with a pacemaker infection.(4,5) The treatment approach involved partial removal of the pacemaker and leads, along with extensive debridement using saline-hydrogen peroxide irrigation and local application of powdered rifampicin and vancomycin to the pocket. (6) The patient was closely monitored for signs of infection and received appropriate systemic antibiotics as needed. (5,6)

This partially conservative treatment strategy was found to be effective in treating pacemaker infections in high-risk patients. (2, 6)It has the potential to reduce the need for complete removal of the pacemaker and leads, which can be challenging in critically ill patients. However, further research is needed to determine the safety and efficacy of this approach, particularly in larger patient populations. (5)

2. Case Report

A 68-year-old male patient was diagnosed with pacemaker infection and planned for lead and pacemaker removal, but it was not undertaken because of the patient's high comorbidity and ITP (Immune Thrombocytopenic Purpura) with a platelet count of 22,000 μ L after a hematology consultation. IVIG (Intravenous Immunoglobulin), steroid therapy, and oral antibiotic therapy were started, and the patient was discharged to another institution. The patient also had severe COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease), inoperable coronary and peripheral artery disease with heart failure, surgically and medically treated larynx and bladder carcinoma, ITP diagnosis before 6 months ago, and chronic renal insufficiency. Additionally, the patient's history revealed that an ICD (Implantable Cardioverter Defibrillator)/DDR-Pace was implanted for HF and AV block 9 years ago and a generator replacement was performed 1 year ago after successful VT ablation.

The patient was admitted to our hospital with pacemaker infection, and physical examination revealed a partly externalized pacemaker generator with local tenderness, redness, and minimal purulent

discharge (Figure 1 A), with a temperature of 36.7°C. Wound-blood culture and extensive laboratory tests, chest CT (Computed Tomography), and TEE (Transesophageal Echocardiogram) were performed to exclude lead infection. Vancomycin and Meropenem treatment were started with dose adjustment for renal insufficiency. Despite mild hypoalbuminemia, elevated Pro-BNP level, blood culture, and normal procalcitonin, a normal lead image in TEE echocardiography was obtained with a platelet level of 34,000 μ L at admission. Firstly, the pacemaker generator was considered infected because it was exposed to the external environment through the skin defect. However, due to the patient's normal blood culture and inflammatory markers (such as procalcitonin), and the absence of an infected lead on the echocardiogram, the patient was evaluated as having a localized pacemaker pocket infection.

After consultations with internal medicine, microbiology, and plastic and cardiovascular surgery, we decided that the patient had only pocket infection and that we should remove the pacemaker generator and leads until the subclavian vein entry point and perform extensive debridement. In our case, due to the ejection fraction being above 40% in the preoperative echocardiographic examinations and no arrhythmia or heart block being observed during ICD generator interrogation after previous VT ablation, re-implantation of a pacemaker was not considered.

We planned for 2 units of apheresis platelet suspension infusions overnight and 1 unit infusion to reach a minimum of 50,000 μ L platelets preoperatively. Before the procedure, we obtained a platelet count of 78,000 μ L, and we performed extensive debridement with electrocautery for hemostasis (Figure 1 B, C, D) and hydrogen peroxide-saline irrigation (Figure 2 D). After that, we performed local Vancomycin and Rifampicin application (Figure 2 E) and meticulously sutured the pocket to prevent dead space. The dressing was done with Rifampicin, and IV treatment of Vancomycin and Meropenem was administered for 10 days, and the patient was monitored for inflammatory markers every day. After negative blood culture 10 days later, the patient was discharged with sodium fusidate 1000 mg/day, cefuroxime axetil 1000 mg/day, and other cardiac medications for 7 days. There was no sign of wound dehiscence or infection at 1-week (Figure 2 F) and 1-month follow-up after discharge (Figure 2 G).



Figure 1: A: Infected and exposed pacemaker generator, B-C: Pacemaker generator and leads were partially removed, D: Extensive debridement.



Figure 2: D: Saline-hydrogen peroxide irrigation, E: Local powdered rifampicin and vancomycin application into the pocket, F: 1-week follow-up visit, G: 1-month follow-up visit.

3. Discussion

In this case report, we presented a partially conservative treatment strategy for a critically ill patient with a pacemaker infection. Although the current approach to treating such infections involves complete removal of the infected material from the body, we opted for a combination of conservative and surgical approaches.(3,4) Our patient was successfully treated with partially pace and lead removal, extensive debridement with saline-hydrogen peroxide irrigation, and local powdered Rifampicin and Vancomycin application in the pocket.(6)

Our approach was based on the patient's high comorbidity and low platelet count, which made it risky to remove the infected material completely. Instead, we decided to remove the pace generator and leads only until the subclavian vein entry point and perform extensive debridement of the pocket. We also applied local powdered antibiotics to the site to prevent further infection. We found that this approach was successful, with no sign of wound dehiscence or infection at follow-up visits.

Our case highlights the need for a tailored approach to the management of pacemaker infections, taking into consideration the patient's individual circumstances and comorbidities.(1,2) While complete removal of the infected material is the gold standard, it may not always be feasible or safe for critically ill patients. (4,5) Partial removal of the device with extensive debridement and local antibiotic application may be a suitable alternative in such cases.(2,6) Current literature and clinical practice suggest that rifampicin and vancomycin can be used locally in infected wounds.(6)

Reimplantation of a new pulse generator on the ipsilateral or contralateral side may be an option, but it is important to consider the patient's overall health status and the risk of further complications. In some cases, patients may reject a new device, or contralateral vascular condition may not be suitable. In these cases, managing the patient without a pacemaker implantation may be appropriate. (5,6) In conclusion, we believe that our partially conservative treatment strategy offers a viable alternative for managing complicated pacemaker infections, especially in critically ill patients. While further research is needed to determine the optimal treatment approach, our case suggests that a tailored approach that takes into consideration the patient's individual circumstances may be the most effective way to manage such infections.

Sources of Funding: None declared

Acknowledgements: None declared

Kaynaklar

Hendriks JG, van Horn JR, van der Mei HC, Busscher HJ. Backgrounds of antibiotic-loaded bone cement and prosthesis-related infection. *Biomaterials* 2004;25:545-556.

Wanqiu K, Xiaoming C, Zicheng L, Aidong Z, Jingwen L. Unusual conservative treatment of a complicated pacemaker pocket infection: a case report *Journal of Medical Case Reports* 2019;13:49.

Deharo J C, Quatre A, Mancini J. Long-term outcomes following infection of cardiac implantable electronic devices: a prospective matched cohort study. *Heart*. 2012;98:724–731.

Voigt A, Shalaby A, Saba S. Continued rise in rates of cardiovascular implantable electronic device infections in the United States: temporal trends and causative insights. *Pacing Clin Electrophysiol*. 2010;33:414–419.

Baddour L M, Cha Y M, Wilson W R. Clinical practice. Infections of cardiovascular implantable electronic devices. *N Engl J Med*. 2012;36:842–849.

Topaz M, Chorin E, Schwartz AL, Hochstadt A, Shotan A, Ashkenazi I, et al. Regional Antibiotic Delivery for Implanted Cardiovascular Electronic Device Infections. *J Am Coll Cardiol*. 2023;81;119-133.