

HSP

Journal of Health Sciences and Professions

Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi

CİLT 1 SAYI 2 YIL 2014



ONURSAL EDİTÖR

Dr. Halil Koyuncu

EDİTÖR

Dr. Neriman Zengin

YAYIN KURULU

Dr. Ahmet Akgül
Dr. Burcu Ersöz Hüseyinsinoğlu
Ebru Kaya Mutlu
Canser Boz
Eyyüp Kara
Sevil Günaydın
Tuğba Canbulut

HAKEM KURULU

Dr. Ali Rıza Aba	Dr. Rabia Etki Genç	Dr. Hava Özkan
Dr. Hakan Acar	Dr. Nuran Gençtürk	Dr. S. Haluk Özseri
Dr. N. Ekin Akalan	Dr. Asiye Gül	Dr. Sibel Öztürk
Dr. Arash Alaei	Dr. Handan Güler	Dr. Hafize Öztürk Can
Dr. Sultan Alan	Dr. Osman Hayran	Dr. Doğaç N. Özüçelik
Dr. Şule Alpar Ecevit	Dr. Halim İşsever	Dr. Nevin Hotun Şahin
Dr. Özgür Alparslan	Dr. Sevil İnal	Dr. Nilgün Sarp
Dr. Fatma Ay	Dr. Işıl Işık Andsoy	Dr. F. Deniz Sayiner
Dr. Dilek Aygin	Dr. Birsene Karaca Saydam	Dr. Neriman Soğukpınar
Dr. Ahmet Ataş	Dr. Zekiye Karaçam	Dr. Selma Söyük
Dr. Ayla Bayık	Dr. Nazan Karahan	Dr. Haydar Sur
Dr. Abdulkhakim Beki	Dr. Hacer Karanisioğlu	Dr. Abdulfaz Suleymanov
Dr. Hülya Bilgin	Dr. Hülya Kayıhan	Dr. Ela Tarakçı
Dr. Burcu Semin Bilgütay	Dr. Nurten Kaya	Dr. Mehveş Tarım
Dr. Gülçin Bozkurt	Dr. Sıdıka Kaya	Dr. Panagiotis V. Tsaklis
Dr. Gonca Bumin	Dr. Hatice Kaya	Dr. Zeliha Tülek
Dr. Gülbeyaz Can	Dr. Hülya Kaya	Dr. Tümer Ulus
Dr. Esin Çeber Turfan	Dr. Gülbahar Keskin	Dr. Sevim Ulupınar
Dr. Derya Çelik	Dr. Mithat Kıyak	Dr. Hatice Ulusoy
Dr. Ayşe Çil Akıncı	Dr. Emine Kıyak	Dr. Hülya Üstündağ
Dr. Ayden Çoban	Dr. Leyla Küçük	Dr. Mine Uyanık
Dr. Esmâ Demirezen	Dr. Gökşen Kuran Aslan	Dr. Saadet Yazıcı
Dr. Nurdan Demirci	Dr. Meral Madenoğlu Kıvanç	Dr. Mehmet Yazıcı
Dr. Ayten Dinç	Dr. Hacer Özgen Narcı	Dr. İpek Yeldan
Dr. Gülümser Dolgun	Dr. Ayşegül Oksay Şahin	Dr. Hatice Yıldız
Dr. Veli Duyan	Dr. Çiğdem Öksüz	Dr. Hicran Yıldız
Dr. Serap Ejder Apay	Dr. Nermin Olgun	Dr. Eda Yılmaz
Dr. Leyla Erdim	Dr. Nazan Tuna Oran	Dr. Tülay Yılmaz
Dr. Ayla Ergin	Dr. Arzu Razak Özdiñçler	Dr. İsmet Galip Yolcuoğlu
Dr. Burcu Ersöz	Dr. Besey Ören	Dr. Neriman Zengin
Hüseyinsinoğlu	Dr. Neslihan Keser Özcan	
Dr. Afsun Ezel Esatoğlu	Dr. Gülsün Özentürk	

YAYIN KURALLARI

SAĞLIK BİLİMLERİ VE MESLEKLERİ DERGİSİ'nde daha önce başka bir yerde yayınlanmamış, hakem değerlendirmesinde olmayan ve Dergi Yazı Kurulu (Editorial Board) ve Yayın Danışma (Hakem) Kurulu tarafından değerlendirilerek uygun bulunan yazılar basılır. Basılması uygun görülmeyen yazılar geri iade edilmez. Yayınlanan yazı ve resimlerin tüm hakları dergiye aittir. Dergiden alıntı yapıldığı takdirde dergi kaynak olarak belirtilmelidir.

YAYIN KURALLARI

BİLİMSEL SORUMLULUK

Makalelerin bilimsel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Tüm yazarların gönderilen makalede akademik-bilimsel olarak doğrudan katkısı olmalıdır. Yazar olarak belirlenen isim makaledeki çalışmayı planlamalı veya yapmalı, makaleyi yazmalı veya revize etmeli, son halini kabul etmelidir.

ETİK SORUMLULUK

Dergi, “İnsan” ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygunluk (<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>) ilkesini kabul eder. Bu tip çalışmaların varlığında yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde bu prensiplere uygun olarak çalışmayı yaptıklarını, kurumlarının etik kurullarından ve çalışmaya katılmış insanlardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) aldıklarını belirtmek zorundadır. Çalışmada “Hayvan” ögesi kullanılmış ise yazarlar, makalenin GEREÇ VE YÖNTEMLER bölümünde Guide for the Care and Use of Laboratory Animals (www.nap.edu/catalog/5140.html) prensipleri doğrultusunda çalışmalarında hayvan haklarını koruduklarını ve kurumlarının etik kurullarından onay aldıklarını belirtmek zorundadır. Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan “Bilgilendirilmiş Olur” (informed consent) alınmalıdır. Eğer makalede direkt-indirekt ticari bağlantı veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma. ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu (konsültan, diğer anlaşmalar), editöre sunum sayfasında bildirmek zorundadır.

Makalede “Etik Kurul Onayı” alınması gerekli ise; alınan belge online olarak, Makale Gönderim” linkindeki bölümden, makale ile birlikte gönderilmelidir. Makalelerin etik kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır. Makalenin değerlendirilmesi aşamasında, yayın kurulunun gerek görmesi halinde, makale ile ilgili araştırma verilerinin ve/veya etik kurul onayı belgesinin sunulması yazarlardan talep edilebilir.

BİYOİSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Tüm retrospektif, prospektif ve deneysel araştırma makaleleri biyoistatistiksel olarak değerlendirilmeli ve uygun plan, analiz ve raporlama ile belirtilmelidir. Makalelerde p değerleri açık olarak verilmelidir ($p= 0.025$; $p= 0.524$ gibi). Araştırma makaleleri dergiye gönderilmeden önce, biyoistatistik uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve uzmanın ismi yazarlar arasında ya da makalenin sonunda yer almalıdır.

Makalelerin biyoistatistiksel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

YAZIM DİLİ YÖNÜNDEN DEĞERLENDİRME

Derginin yayın dili Türkçe ve İngilizce'dir. Türkçe makalelerde Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya www.tdk.gov.tr adresi esas alınmalıdır. İngilizce makaleler ve İngilizce özetler, dergiye gönderilmeden önce dil uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve uzman onayı editöre sunum sayfasında özellikle belirtilmelidir. Makaleyi, İngilizce yönünden değerlendiren, yazarlardan biri değil ise bu kişinin ismi makalenin sonunda bulunan TEŞEKKÜR (Acknowledgement) bölümünde belirtilmelidir.

Makalelerin yazım ve dil bilgisi kurallarına uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

YAYIN HAKKI

Yayımlanmak üzere kabul edilen yazıların her türlü yayın hakkı dergiye yayımlayan kuruma aittir.

Yazılardaki düşünce ve öneriler tümüyle yazarların sorumluluğundadır. Makale yazarlarına, yazıları karşılığında herhangi bir ücret ödenmez. Yayın Hakları Devir Formu "nu doldurup, makale gönderim" linkindeki bölümden makale ile birlikte göndermelidirler.

YAZI ÇEŞİTLERİ

Yazı daha önce bilimsel bir toplantıda sunuldu ise yazının başlığında (*) işareti ile belirtilmeli ve işarete (*), metnin ilk sayfası sonunda toplantı adı, yer ve tarihi belirtilerek açıklama getirilmelidir.

Araştırma bilim uzmanlığı ya da doktora tezinden oluşmuş ise başlıkta (*) işareti ile belirtilmeli ve metnin ilk sayfası sonunda (*) işaretinden sonra Enstitüsü, Yılı, Yüksek Lisans veya Doktora tezi olduğu açıklanmalıdır.

Yazılar A4 boyutlarında 1,5 Aralıklı olarak, Times New Roman yazı karakterinde, 12 punto ile yazılmalıdır. Sayfanın alt ve sağ yanında 2,5 cm' lik, üst ve sol yanından 2,5 cm' lik boşluk bırakılmalıdır. **Sayfa sayısı kaynaklar dışında derlemeler için en fazla 10, araştırma raporları için en fazla 12 olmalıdır.**

Orijinal Araştırma: Kliniklerde yapılan prospektif-retrospektif ve her türlü deneysel çalışmalar yayımlanabilmektedir. **Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 12 olmalıdır.**

Yapısı:

- Başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)
- Özet (Ortalama 200-250 kelime; amaç, gereç ve yöntemler, bulgular ve sonuç bölümlerinden oluşan, Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
- Giriş
- Gereç ve Yöntemler
- Bulgular
- Tartışma
- Sonuç
- Teşekkür
- Kaynaklar

Derleme: Doğrudan veya davet edilen yazarlar tarafından hazırlanır. Tıbbi özellik gösteren her türlü konu için son tıp literatürünü de içine alacak şekilde hazırlanabilir. Yazarın konu ile ilgili basılmış yayınlarının olması özellikle tercih nedenidir. Sayfa sayısı kaynaklar dışında en fazla 10 olmalıdır.

Yapısı:

- Başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)
- Özet (Ortalama 200-250 kelime, bölümsüz, Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar

Olgu Sunumu: Nadir görülen, tanı ve tedavide farklılık gösteren makalelerdir. Yeterli sayıda fotoğraflarla ve şemalarla desteklenmiş olmalıdır. Kaynaklar dışında en fazla 8 sayfa olmalı ve başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)

Yapısı:

- Başlık sayfası (makaleden ayrı gönderilmeli)
- Özet (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz; Türkçe ve İngilizce, Kısaltma kullanılmamalı)
- Giriş
- Olgu Sunumu
- Tartışma
- Kaynaklar

Editöryel Yorum/Tartışma: Yayımlanan orijinal araştırma makalelerinin, araştırmanın yazarları dışındaki, o konunun uzmanı tarafından değerlendirilmesidir. İlgili makalenin sonunda yayımlanır.

Editöre Mektup: Son bir yıl içinde dergide yayımlanan makaleler ile ilgili okuyucuların değişik görüş, tecrübe ve sorularını içeren en fazla 500 kelimelik yazılardır.

Yapısı:

- Başlık ve özet bölümleri yoktur.
- Kaynak sayısı 5 ile sınırlıdır.
- Hangi makaleye (sayı, tarih verilerek) ithaf olunduğu belirtilmeli ve sonunda yazarın ismi, kurumu, adresi bulunmalıdır. Mektuba cevap, editör veya makalenin yazar(lar)ı tarafından, yine dergide yayımlanarak verilir.

Bilimsel Mektup: Genel tıbbi konularda okuyucuyu bilgilendiren, basılmış bilimsel makalelere de atıfta bulunarak o konuyu tartışan makalelerdir.

Yapısı:

- Özet (ortalama 100-150 kelime; bölümsüz, Türkçe ve İngilizce)
- Konu ile ilgili başlıklar
- Kaynaklar

Tıbbi Kitap Değerlendirmeleri: Güncel değeri olan ulusal veya uluslararası kabul görmüş kitapların değerlendirmeleridir.

YAZIM KURALLARI

Dergiye yayımlanması için gönderilen makalelerde biçimsel esaslar

Makale, PC uyumlu bilgisayarlarda Microsoft Word programı ile yazılmalıdır. Özette kısaltma kullanılmamalı. Yazı içinde kısaltmalar kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilir ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için “Bilimsel Yazım Kurallarına” başvurulabilir.

Şekil, Resim, Tablo ve Grafikler:

- Şekil, resim, tablo ve grafiklerin metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlenin sonunda belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafiklerin açıklamaları makale sonuna eklenmelidir.
- Şekil, resim/fotoğraflar ayrı birer jpg veya gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm eninde ve 300 çözünürlükte taranarak), sisteme eklenmelidir.
- Kullanılan kısaltmalar şekil, resim, tablo ve grafiklerin altındaki açıklamada belirtilmelidir.
- Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak şekil, resim, tablo ve grafik açıklamasında belirtilmelidir.
- Resimler/fotoğraflar renkli, ayrıntıları görülecek derecede kontrast ve net olmalıdır.

Editöre Sunum Sayfası: Gönderilen makalenin kategorisi, daha önce başka bir dergiye gönderilmemiş olduğu, varsa çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi ve kuruluşlar ve varsa bu kuruluşların yazarlarla olan ilişkileri belirtilmelidir.

Kapak Sayfası: Makalenin başlığı (Türkçe ve İngilizce), tüm yazarların ad-soyadları, akademik ünvanları, kurumları, iş telefonu-GSM, e-posta ve yazışma adresleri belirtilmelidir. Makale daha önce bildiri olarak sunulmuş ise bildiri yeri ve tarihi belirtilmelidir. **Bu bölüm makaleden ayrı bir dosya olarak sisteme yüklenmelidir.**

Özetler: Yazı çeşitleri bölümünde belirtilen şekilde hazırlanarak, makale metni içerisine yerleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: En az 2 adet, Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. Kelimeler birbirlerinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).

Teşekkür: Eğer çıkar çatışması, finansal destek, bağış ve diğer bütün editöryal (istatistiksel analiz, İngilizce/Türkçe değerlendirme) ve/veya teknik yardım varsa, metnin sonunda sunulmalıdır.

Kaynaklar: Kaynaklar makalede geliş sırasına göre yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden hemen sonra “Üst Simge” olarak belirtilmelidir. Makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp “et al.” eklenmelidir. Kaynak yazımı için kullanılan format Index Medicus’ta belirtilen şekilde olmalıdır (Bkz: www.icmje.org).

Orijinal basımı Türkçe olan kaynakların başlığı [] içinde ve İngilizce olarak yazılmalıdır.

Örnek: Yazar(lar). Türkçe İsim [İngilizce İsim]. Türkçe Dergi İsmi [İngilizce Dergi ismi] yıl;cilt(sayı):sayfa numarası.

Yazının Sisteme Yükleneceği: [Açık Dergi Sistemleri Elektronik Yayıncılık Rehberinden \(ADS\)](#) yararlanabilirsiniz. HSP dergisine yazar olarak kayıt olduktan sonra beş aşamada yazıyı gönder bölümünden yazınızı gönderebilirsiniz.

Yazının Takibi: Kullanıcı adı ve şifrenizle sisteme giriş yaptıktan sonra ÖZET bölümünde yazınızın hangi aşamada olduğunu, DEĞERLENDİRME bölümünden HAKEM eleştirilerini görebilirsiniz.

Kaynakların yazımı için örnekler (Noktalama işaretlerine lütfen dikkat ediniz):

Makale	Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi, yıl, cilt, sayı; sayfa no’su belirtilmelidir.	<ul style="list-style-type: none">Zengin N, Enç N. Comparison of two blood sampling methods in anticoagulation therapy: venipuncture and peripheral venous catheter. <i>J Clin Nurs</i> 2008; 17(3):386-93.Zengin N, Üstündağ H. İnfüzyon setleri değişim süreleri ile ilgili yapılan çalışmalar ve öneriler [The change period of administration sets and the studies about this subject and suggestion]. <i>Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi [ournal of Anatolia Nursing and Health Sciences]</i> 2004;7(3):83-90.
Elektronik Makale	Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi, dergi ismi[serial on the Internet] yıl (erişim yılı) cilt, sayı; sayfa no’su. Erişim adresi:	<ul style="list-style-type: none">Perneger TV, Giner F. Randomized trial of heroin maintenance programme for adults who fail in conventional drug treatments. <i>BMJ</i> [serial on the Internet]. 1998 [cited 2005 Aug 12];317(2):[about 3 p.]. Available from: http://www.bmj.com/cgi/content/full/317/7150/1.

Bölüm yazarları farklı olan kitaplar için;	Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.	<p><u>Yabancı dilde yayımlanan kitaplar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Underwood LE, Van Wyk JJ. Normal and aberrant growth. In: Wilson JD, Foster DW, eds. Williams' Textbook of Endocrinology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders; 1992. p.1079-138. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113. Baselt RC, Cravey, RH. Disposition of toxic drugs and chemicals in man. 4th ed. Foster City, CA: Chemical Toxicology Institute; 1995.p.140-150. <p><u>Türkçe kitaplar için:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Tür A. [Emergency airway management and endotracheal intubation]. Şahinoğlu AH, editör. Yoğun Bakım Sorunları ve Tedavileri. 2. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2003. p.9-16.
Yazar ve editörün aynı olduğu kitaplar için;	Yazar(lar)ın/editörün soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.	<p><u>Yabancı dilde yayımlanan kitaplar için:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Solcia E, Capella C, Kloppel G. Tumors of the exocrine pancreas. Tumors of the Pan creas. 2nd ed. Washington: Armed Forces Institute of Pathology; 1997. p.145-210. <p><u>Türkçe kitaplar için:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Eken A. Kozmesötik Etken Maddeler [Cosmeceutical ingredients: drugs to cosmetics products]. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2006. p.1-7.
On-line yayımlar	DOI kabul edilebilir online referanstır	<ul style="list-style-type: none"> Degenhardt L, Bohnert KM, Anthony C. Assessment of cocaine and other drug dependence in the general population: 'Gated' vs. 'ungated' approaches. Drug Alcohol Depend [Internet]. 2008 Mar 1 [cited 2010 Apr 15]; 93(3):227-232. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2756072/DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2007.09.024.
Yazarı Belirsiz Kitaplar		<ul style="list-style-type: none"> The 1995 NEA almanac of higher education. Washington DC: National Education Association;1995.p.150-155. Ministry of Health and Social Welfare: Health Statistics Yearbook, Ankara Publications of Ministry of Health, 2010.
Tez	Yazar soyadı ve adı. Tezin başlığı.(Tezin	<ul style="list-style-type: none"> Kay JG. Intracellular cytokine trafficking and phagocytosis in macrophages [PhD thesis]. University of Queensland, St

	Türü- Yüksek lisans, Doktora) - yayınlayan kurum, yayın yeri, yıl, sayfa.	<p>Lucia, 2007.</p> <ul style="list-style-type: none"> Zengin N. Antikoagülan tedavinin izlenmesinde iki farklı kan alma yönteminin karşılaştırılması: Vena ponksiyon ve periferik venöz kateter [Comparison of two blood sampling methods in anticoagulation therapy: venipuncture and peripheral venous catheter][Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü [Institute of Medical Sciences, İstanbul University], İstanbul, Türkiye, 1999.
Web Sayfası	Yazarlı Web Sayfası Yazar. Yayın başlığı. Yayın yeri (Varsa): Yayın kuruluşu/yayıncı (varsa); Yayınlanma tarihi (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi). Erişim adresi:	<ul style="list-style-type: none"> Atherton J. Behaviour modification 2010 [updated 2010 Feb 10; cited 2010 Apr 10]. Available from: http://www.learningandteaching.info/learning/behaviour_mod.htm
	Yazarsız Web Sayfası	<p>Yazar/organizasyonun adı. Sayfanın başlığı [Internet], Yayının tarihi, Güncelleme tarihi. Erişim adresi:</p> <ul style="list-style-type: none"> Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı. Yeterli ve Dengeli Beslenme 2014. (Güncelleme tarihi; Erişim tarihi:) Erişim adresi: http://beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=47: Diabetes Australia. Diabetes globally 2012 [updated 2013 Dec 20; cited 2014 Jun 30]. Available from: http://www.diabetesaustralia.com.au/en/Understanding-Diabetes/Diabetes-Globally/
Metin içinde kaynaklar		<ul style="list-style-type: none">in his research, Jones ² asserts....as evidenced from a recent Australian study. Scholtz ¹ has argued that.....
Metin içinde sayfa numarası içeriyorsa		<ul style="list-style-type: none"> ...as one author has put it "the darkest days were still ahead". ^{1(p23)} ...as one author has put it "the darkest days were still ahead". ^{1(p23)} ...as one author has put it "the darkest days were still ahead". ^(1 p23) Scholtz ^(1 pp16-18) has argued that.....
Aynı anda birçok kaynak kullanılacaksa		<p>Her bir kaynak numarasından sonra virgül konulmalı , ardışık kaynak numaralarında araya “-“ konularak ilk ve son kaynak numarası yazılmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> örnek:..... ^{1,5,6-8}

Travmatik Beyin Hasarlı Çocuk Hastalarda Tekrarlayan Bilgisayarlı Tomografinin Değerliliği ve Radyasyon Hasarı*

Value of Repeated Computed Tomography and Radiation Exposure in Pediatric Patients with Traumatic Brain Injury

Mustafa

YAZICIOĞLU¹

Doğaç Niyazi

ÖZÜÇELİK²

Barış Murat AYVACI¹

Derya ÖZAŞIR¹

Yılmaz AYDIN¹

Uyarış ÇOBAN¹

Halil DOĞAN¹

¹Bakırköy Sadi Konuk
Eğitim ve Araştırma
Hastanesi

²İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yazışma adresi/
Correspondence
Derya Öztaşır, Bakırköy
Sadi Konuk Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
deryaozasir@gmail.com

Geliş Tarihi /Received
2506/2014

Kabul Tarihi/Accepted
16/07/2014

HSP 2014 1(2):1-9

Özet

Amaç: Bu çalışma, Travmatik Beyin Hasarı olan çocuklarda tekrarlayan BT çekimlerinin gerekli bir uygulama olup olmadığını araştırmak amacıyla planlanmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** 31 Aralık 2009-31 Aralık 2010 tarihleri arasında etik kurul onayı sonrası Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran ve kafa travması nedeniyle hastaneye yatırılarak tekrarlayan Bilgisayarlı Tomografi (BT) çekilen, 16 yaş ve altı 76 hasta geriye dönük olarak incelenmiştir. Elde edilen veriler, SPSS for Windows 15 istatistik programına kaydedilerek istatistiksel analizleri yapılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya alınan 76 hastanın 51'i (% 67,1) erkek, 25'i (%32,9) kız ve yaş ortalamaları $5,82 \pm 3,66$ bulundu. Araştırmaya alınan 76 hastaya toplamda 317 kez BT çekilmişti. Hastaların %42,10'una üç BT çekilirken geri kalanına üçten fazla BT çekilmişti. Hastaların %78,94'ünün sekelsiz taburcu olduğu, %7,9'unun opere edildiği görüldü. Hastaların ikinci BT'lerinde birinci BT'lerine göre sadece 2 hastada değişiklik saptandığı, yeni gelişen lezyon olarak bir hastada epidural hematoma ve bir hastada subdural hematomun ortaya çıktığı belirlendi. Birinci BT sonuçlarına göre hastaların %7,9'una cerrahi tedavi uygulandı. Hastaların %92,1'i herhangi bir cerrahi tedavi uygulanmadan hastaneden taburcu oldu. Hastaların %6,6'sı sekelli iyileşirken, mortalite oranı %1,3 olarak bulundu. Tekrarlayan BT'ler ile çocuklara ek radyasyon dozu verilirken, tedavilerinde herhangi bir değişiklik oluşmadı. **Sonuç:** Kafa travmalı çocuklarda tekrarlayan BT'lerin hastanın prognozuna, acil cerrahi girişim ve tahmini yaşam beklentisine bir katkısı olmadığı tespit edilmiştir. Tekrarlayan BT çekimi uygulanan çocuklar, gelecekte radyasyon ile ilişkili gelişebilecek hastalıklar yönünden izlenmelidir. **Anahtar kelimeler:** Çocuklarda kafa travması, tekrarlayan beyin BT, radyasyon, travmatik beyin hasarı

*Makale Dr. Mustafa Yazıcıoğlu'nun "Kafa Travmalı Çocuklarda Tekrarlayan BT Kullanımının Değerliliği" adlı uzmanlık tezinden oluşturulmuştur

Abstract

Aim: The aim of this study is to investigate the necessity of repeated computed tomography (CT) in pediatric patients with Traumatic Brain Injury (TBI). **Materials and Methods:** After ethical committee approval, this retrospective study was done between 76 pediatric patients with age ≤ 16 who applied to Bakirkoy Dr.Sadi Konuk Education and Research Hospital in between 31 December 2009- 31 December 2010 due to Head Trauma. **Results:** Fifty one of 76 patients were male, 25 were female and average age was 5.82 ± 3.66 . Of the patients admitted to emergency department, 86.84% have mild TBI, 7.9% have moderate TBI and 5.62% have severe TBI pre-diagnosis. Forty two point one percent of patients had CT three times, the rest had more than three times; total CT number was 317. Two patients showed changes in second CT (one epidural and one subdural hemorrhage) according to first CT whereas there was no change in third CT. The decision of operation in all operated patients treated surgically (7.9%) was given according to the result of first CT. While 92.1% of patients were discharged from the hospital by complete recovery, 6.6% of patients were with sequelae and mortality ratio was 1.3%. The changes in repeated CT did not change the treatment while every child was exposed to additional radiation. **Conclusion:** Repeated CT in children with head trauma did not contribute to the prognosis of patients, the choice of treatment and survival. The children applied serial CT should be followed for the diseases which can be progressed due to radiation in future.

Key words: Head trauma in children, repeated brain CT, radiation exposure, traumatic brain injury

Introduction

Traumatic Brain Injury (TBI) is one of the most important diseases of 21. century which causes mortality and disablement (1,2). Different procedures about the indication, dosage of Head CT and repeated CT used common in pediatric TBI have been performed in different centers (3-4).

The rates of CT used in the USA and other countries have increased rapidly particularly in the past 10 years (5). The use of CT procedures has expanded to more than 70 million in the United States per year, with nearly 10% of procedures performed on children (6).

Although CT scans are very useful clinically, recent reports have raised concerns about the potential for malignancy following CT scanning, especially in pediatric patients (5) In a case-control study (part of the UK Childhood Cancer Study) by Rajaraman et al. was showed further evidence of possible excess risk of cancer, even at doses lower than those associated with CT scanning (7). However, recent studies have challenged the need for a routine second or serial brain CT study after TBI.

The aim of this study to investigate the necessity of repeated CT which causes additional radiation exposure in pediatric patients.

Materials and methods

Of 167 pediatric patients admitted to Emergency Department of Bakirkoy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital in between 01 January 2010 -31 December 2010, followed and having CT more than once, 76 patients with ages ≤ 16 with TBI diagnosis were chosen

for the study. The patients having computed CT due to non-traumatic reasons and whose information could not be totally gathered were excluded from the study.

Brain CT screening was performed in 10 mm sections by tomography device of Siemens Somatom Sensation mark. The sections with the largest intracranial hemorrhage in brain CT were calculated in millimeter (mm) and recorded.

Statistical analysis was performed by using SPSS for Windows 15.0. Chi-square was used in proportional data. Non-parametric data were analyzed by Spearman Korelasyon. $p < 0.05$ was considered as significant

Results

Sixty seven point one percent (41) of 76 patients were male and 32.9% (25) were female. The average age was calculated as 5.82 ± 3.66 (minimum: 1; maximum: 15). Twenty three point seven percent of the patients were in 0-2 age group, 39.5% of patients were in 3-7 age group, 28.9% of patients were in 8-12 age group and 7.9% of patients were in 13-16 age group.

In the admitted in emergency department (ED), while 85.5% of the patients were observed as conscious, 9.2% of patients were confused, 3.9% of patients were coma and 1.2% of patients was found lethargic. Pathology in other systems than head injuries were detected in 25% of patients.

Of the patients applied to ED, 86.9% have mild TBI (GCS 3-8), 7.9% have moderate TBI (GCS 9-13) and 5.2% have severe TBI pre-diagnosis (GCS 14-15). The relationship between admission and discharge GCS values and operation and recovery was summarized in Table 1.

Table 1. The Outcome of Patients Grouped According to the Degree of Brain Injury at the Time of Admission and Discharge

	Admission GCS n (%)	Discharge GCS n (%)	Surgery (-) n (%)	Surgery (+) n (%)	Sequel (-) n (%)	Sequel (+) n (%)
Severe TBI (GCS=3-8)	4 (5.2)	2 (2.6)	3 (4.3)	1 (16.6)	2 (2.8)	2 (40)
Moderate TBI (GCS=9-13)	6 (7.9)	0 (0)	5 (7.1)	1 (16.6)	6 (8.6)	0 (0)
Mild TBI (GCS=14-15)	66 (86.9)	74 (97.4)	62 (88.6)	4 (66.7)	62 (88.6)	4 (60)
Total	76 (100)	76 (100)	70 (100)	6 (100)	70 (100)	6 (100)
p	p<0.05		p>0.05		p<0.05	

In this study, total 317 times CT scan were applied to 76 patients (median: 4.17; minimum: 3; maximum: 11 CT). 58.9% of patients had CT more than third times. After computed CT screening, children were exposed to estimated 249162 mSv radiation (Table 2).

Any operation was not performed to 92.1% of patients applied computed CT. Five of 6 (83.3%) patients operated and 65 of 70 (92.9%) patients not operated were discharged from the hospital by complete recovery. The difference between operation and recovery was found as statistically significant ($p<0.05$).

Table 2. Estimated Radiation Dose That the Patients Were Exposed

	n	CT/patient	Estimated Radiation dose/patient	Total CT number	Estimated Total Radiation dose
Radiation dose (mSv)	32	3	48	96	4608
	19	4	72	76	5472
	15	5	90	75	6750
	5	6	108	30	3240
	3	7	126	21	2646
	1	8	144	8	1152
	1	11	198	11	2178
Total	76	44	786	317	249162

The estimated radiation dose per one cranial CT is $18 \text{ mGy}=18 \text{ mSv}$

While the operation decision of patients treated surgically was given due to first CT, repeated CT treatment form was not changed. One patient not operated was exitus after 24 hours (mortality rate was 1.3%).

Seventy six patients accepted to the study showed totally 94 lesions in their CTs (Table 3). The indications of most surgical operations in all patients were reported in the patients with depressed fracture of their CTs, most progression with sequelae were detected in the patients with SDH in their CTs. Differences between patients in both groups were statistically different ($p<0.05$).

Two of 37 patients who had hemorrhage in first CT (5.4%) also showed new hemorrhage in second CT (epidural hemorrhage in one patient and subdural hemorrhage in other one) and they were not treated emergent surgically and were discharged with sequelae. None of the patients who did not have hemorrhage in second CT have no new hemorrhage in third CT ($p=1.000$).

While 84.61% of 39 patients who had hemorrhage in first CT were discharged with sequelae (one patient was exitus and five patients were sequel), 100% of 37 patients who did not have hemorrhage in first CT were discharged without sequelae ($p=0.013$).

Hemorrhage thickness of patients in first CT, second CT and third CT mean were reported as $3.29 \text{ mm} \pm 4.31$ (minimum: 0 - maximum: 21 mm); $3.61 \text{ mm} \pm 4.79$ (minimum: 0 - maximum: 23 mm); $3.57 \text{ mm} \pm 4.72$ (minimum: 0 - maximum: 23 mm) respectively.

Table 3. CT Findings and the Number of Patients Treated Surgically

CT Findings	1 st CT (n)	2 nd CT (n)	3 rd CT (n)	Surgery (+)	Surgery (-)	p	Sequel (+)	Sequel (-)	p
Linear fracture	40	40	40	3	37	p>0.05	1	39	p>0.05
EDH	23	24	24	2	22	p>0.05	1	23	p>0.05
SDH	12	13	13	1	12	p>0.05	4	9	p<0.05
Compression fracture	11	11	11	3	8	p<0.05	2	9	p>0.05
ICH	3	3	3	1	2	p>0.05	0	3	p>0.05
Contusion	2	2	2	-	2	p>0.05	1	1	p>0.05
SAH	1	1	1	-	1	p>0.05	0	1	p>0.05

EDH: Epidural hemorrhage; SDH: Subdural hemorrhage; ICH: Intracranial hemorrhage; SAH: Subarachnoid hemorrhage.

Eighteen point four percent of the patients showed increase in hemorrhage volume in the second CT according to first CT while 10.5% had decreased volume in hemorrhage. Nine point two percent of patients showed increase in hemorrhage volume in third CT according to second CT while 15.8% had decreased hemorrhage volume.

In patients, 0.32 mm increase between average measurements of first CT and second CT hemorrhage were found as statistically significant (p<0.05). Moreover, there was a significant correlation between changes in hemorrhage measurements of second CT in patients and GCS changes during observation (Spearman Korelasyon, p=0.047).

Discussion

In recent studies, the need for a routine second or serial brain CT study after TBI have begun to discuss in pediatric patients because of concerns about the potential for malignancy. In this study, the necessity of repeated CT application in the patients with pre-diagnosed of TBI was investigated.

While of the patients applied to ED by pediatric head trauma, 65-70.1% has mild TBI, 17.1-27.9% has moderate TBI and 6.8-6.9% has severe TBI (8-9) our study showed that 86.9% of the patients having repeated CT had mild TBI.

In the studies about pediatric head trauma, a strong relationship was reported between low GCS and worse CT and worse negative patient results (10-11). A study of Fearnside et al. reported that 65% of patients with 3 GCS score and 10% of patients with 7-13 GCS score ended with mortality (12). In our study, while GCS levels of patients in admission decreased,

the rate of surgical operations (severe: 6.1%, moderate: 25%, mild: 25%) and the rate of recovery with sequelae increased (mild: 6.1%, moderate: 0% and severe: 50%).

While there are no guidelines the necessity of repeat CT scan after TBI, to define progressive lesions required surgical operations, in some studies routine repeated CT was reported not to have advantage in the patients with head trauma (13-14-15).

In a study, out of 47 children, 5 (11%) underwent neurosurgical intervention following their second imaging study. They said that serial brain imaging may not be required for all children with intracranial injury (13). In a retrospectively study, One hundred and seventy-four patients were enrolled, fifty-four patients (31%) had pathological CT findings, eight patients underwent neurosurgical treatments. They believe that even though CT scans may be clinically unnecessary in many cases (15). In the study of Lee et al. (14) 77.9% of patients with decrease in GCS score had worse results in CTs, thus repeated CT screening is suggested for retrogressed clinical situations in patients. In the study of Brown et al., although there was neurological findings showed no retrogression, CT was suggested to be applied to the head traumatic patients with GCS score of eight and less (16). In this study, the significant correlation between GCS changes in patients' progression and changes in CT showed that clinical observation and GCS monitoring of the patients prevent repeated CT application and unnecessary radiation exposure.

In a study of Stone et al., an increase in subdural hematoma volume increased the patient mortality (17). In other study of Zumkeller et al., survival rate was reported as 50% in comatose patients with 18 mm subdural hematoma thickness and 20 mm middle line shift (18). In a study of Servadei et al., sizes of lesions decreased in 15 of 37 patients in first 12 hours while 22 showed increase in lesion sizes (19). In this study, in contrast to the literature, changes in hemorrhage thickness of CT (between zero and 23 mm) did not affect the operation-non-operation decision and the progression process with and without sequelae of patients.

In the studies with pediatric head trauma and serial CT, of the patients 9-16% showed epidural hemorrhage (EDH), 4.28-40% showed subdural hemorrhage (SDH), 1-57% showed intracranial hemorrhage (ICH), 6.04-64% showed subarachnoid hemorrhage (SAH), 8.5-38% showed contusion, 37.5% showed linear fracture, 7% showed depression fracture (10, 20, 21, 22). Durham et al. reported that repeated CT screening is suggested in children with high risk lesions with EDH, SDH, cerebral edema and ICH while this screening was emphasized to have limited advantages in patients with SAH, ICH and isolated head fractures unless there is deterioration in clinical situation of patients and the evaluation of risks in radiation exposure is necessary (23). In this study, while linear fracture, depression fracture and EDH were observed more frequently than in other studies, the frequencies of SDH, ICH, contusion and SAH were same as in other studies. Our study indicated that 97.4% of the patients of second CT was same with first CT, 100% of third CR was same with second CT and two new hemorrhage detected in second CT of the patients did not change the treatment process. Thus, this showed that repeated CT is not necessary for these patients.

In a study by Murgio et al. (24), 7.83% of the patients with head trauma were operated surgically while 18.2% of the patients in a study by Simsek et al (9) were operated surgically. In a study by Isik et al. (25), 89.2% of patients were shown total recovery, 7% was discharged

by sequelae and the mortality rate was reported as 3.8%. Figg et al reported that the emergent operations were applied to the patients with serious TBI in repeated CT screening and only with increased intracranial pressure (21%) and deterioration in neurological findings (3%) (26). They also reported that emergent operation application is not necessary for the patients who had CT screening without any routine findings. In this study, surgical operation was applied to 7.9% of patients, of these 92.1% of the patients showed total recovery, 6.58% was discharged by sequelae and mortality rate was 1.31%.

Also this study showed that the operation decision was given according to first CT result and sequential CTs do not affect the treatment process of the patient. Thus this revealed that repeated CTs were not necessary for the patients admitted to this study.

CT, the initial screening tool for head traumas includes high dose radiation (7-27). Before giving the decision about usage of CT screening, clinical observations for especially minor head traumatic children have decreased unnecessary ionic radiation exposure and long term risks (28).

CT screening was applied three times to 42.4% of the patients admitted to this study and the last as more than three times. While new findings raised from repeated CTs in the study did not affect diagnosis and prognosis of the patients, every child was exposed to 36 mSv additional radiation and all children were exposed to estimated 248372 mSv additional radiations totally due to repeated CT.

This study showed that the severity of GCS in admission and first CT lesion was important for closed monitoring and diagnosis process in patients. Also GCS and closed clinical observation in the pediatric patients with minor traumatic head trauma are enough. Repeated CTs without and changes in these findings have not affected the treatment process of patients and caused additional radiation exposure. Moreover, this research revealed that clinicians and radiologists should be definitely in contact for radiological screening of pediatric patients.

Conclusion

Repeated CT screening performed in pediatric patients with traumatic brain injury has not contributed to the prognosis of the patients, emergency treatment choice, recovery process without sequelae and survival. Due to repeated CTs, additional radiation exposure to pediatric patients poses a risk for radiation based cancers in future. These children should be monitored closely for progressive diseases.

References

1. Schneier AJ, Shields BJ, Hostetler SG, Xiang H, Smith GA. Incidence of pediatric traumatic brain injury and associated hospital resource utilization in the United States. *Pediatrics*. 2006 Aug;118(2):483-92.
2. Chua KS, Ng YS, Yap SG, Bok CW. A Brief Review of Traumatic Brain Injury Rehabilitation. *Ann Acad Med Singapore*. 2007 Jan;36(1):31-42.
3. Adamsbaum C, Rolland Y, Husson B. [Pediatric neuroimaging emergencies]. *J Neuroradiol*. 2004 Sep;31(4):272-80.

4. Muhogora WE, Ahmed NA, Alsuwaidi JS, Beganovic A, et al. Paediatric CT examinations in 19 developing countries: frequency and radiation dose. *Radiat Prot Dosimetry*. 2010 Jun;140(1):49-58.
5. Pearce MS, Salotti JA, Little MP, McHugh K, Lee C, Kim KP, Howe NL, Ronckers CM, Rajaraman P, Sir Craft AW, Parker L, Berrington de González A. Radiation exposure from CT scans in childhood and subsequent risk of leukaemia and brain tumours: a retrospective cohort study. *Lancet*. 2012 Aug 4;380(9840):499-505.
6. Callahan MJ. CT dose reduction in practice. *Pediatr Radiol*. 2011 Sep;41 Suppl 2:488-92
7. Rajaraman P, Simpson J, Neta G, Berrington de Gonzalez A, Ansell P, Linet MS, Ron E, Roman E. Early life exposure to diagnostic radiation and ultrasound scans and risk of childhood cancer: case-control study. *BMJ*. 2011 Feb 10;342:d472
8. Agrawal A, Agrawal CS, Kumar A, Lewis O, Malla G, Khatiwada R, Rokaya P. Epidemiology and management of paediatric head injury in eastern Nepal. *Afr J Paediatr Surg*. 2008 Jan-Jun;5(1):15-8.
9. Simşek O, Hiçdönmez T, Hamamcıoğlu MK, Kılınçer C, Parsak T, Tiryaki M, Kurt I, Cobanoglu S. Pediatric head injuries: a retrospective analysis of 280 patients. *Ulus Travma Derg*. 2005 Oct;11(4):310-317
10. Narayan RK, Greenberg RP, Miller JD, Enas GG, Choi SC, Kishore PR, Selhorst JB, Lutz HA et al.: Improved confidence of outcome prediction in severe head injury. *J Neurosurg* 1981(Jun); 54(6):751-762.
11. Brenner DJ, Hall EJ. Computed tomography-an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med*. 2007 Nov 29;357(22):2277-84.
12. Fearnside MR, Cook RJ, McDougall P, McNeil RJ. The Westmead Head Injury Project outcome in severe head injury. A comparative analysis of pre-hospital, clinical, and CT variables. *Br J Neurosurg* 1993; 7(3):267-279.
13. Schnellinger MG, Reid S, Louie J. Are serial brain imaging scans required for children who have suffered acute intracranial injury secondary to blunt head trauma? *Clin Pediatr (Phila)*. 2010 Jun;49(6):569-73.
14. Lee TT, Aldana PR, Kirton OC, Green BA. Follow-up computerized tomography (CT) scans in moderate and severe head injuries: correlation with Glasgow Coma Scores (GCS), and complication rate. *Acta Neurochir (Wien)*. 1997;139(11):1042-7.
15. Fundarò C, Caldarelli M, Monaco S, Cota F, Giorgio V, Filoni S, Di Rocco C, Onesimo R. Brain CT scan for pediatric minor accidental head injury. An Italian experience and review of literature. *Childs Nerv Syst*. 2012 Jul;28(7):1063-8.
16. Brown CV, Zada G, Salim A, Inaba K, Kasotakis G, Hadjizacharia P, Demetriades D, Rhee P. Indications for routine repeat head computed tomography (CT) stratified by severity of traumatic brain injury. *J Trauma*. 2007 Jun;62(6):1339-44.
17. Stone JL, Rifai MHS, Sugar O, Lang RG, Oldershaw JB, Moody RA. Subdural hematomas. 1. Acute subdural hematoma: progress in definition, clinical pathology, and therapy. *Surg Neurology* 1983 Mar;19 (3):216-231.
18. Zumkeller M, Behrmann R, Heissler HE, Dietz H. Computed tomographic criteria and survival rate for patients with acute subdural hematoma. *Neurosurgery* 1996 Oct;39(4):708-713.

19. Servadei F, Nanni A, Nasi MT, Zappi D, Vergoni G, Giuliani G, Arista A. Evolving brain lesions in the first 12 hours after head injury: analysis of 37 comatose patients. *Neurosurgery* 1995 Nov;37(5):899-906.
20. Kobayashi S, Nakazawa S, Otsuka T. Clinical value of serial computed tomography with severe head injury. *Surg Neurology*. 1983(Jul); 20(1):25-29.
21. Gennarelli TA, Spielman GM, Langfitt TW, Gildenberg PL, Harrington T, Jane JA, Marshall LF, Miller JD, Pitts LH. Influence of the type of intracranial lesion on outcome from severe head injury. *J Neurosurg* 1982;56:26-32.
22. Thorson CM, Van Haren RM, Otero CA, Guarch GA, Curia E, Barrera JM, Busko AM, Namias N, Bullock MR, Livingstone AS, Proctor KG. Repeat head computed tomography after minimal brain injury identifies the need for craniotomy in the absence of neurologic change. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013 Apr;74(4):967-73.
23. Durham SR, Liu KC, Selden NR. Utility of serial computed tomography imaging in pediatric patients with head trauma. *J Neurosurg*. 2006 Nov;105(5 Suppl):365-9.
24. Murgio A, Patrick PD, Andrade FA, Boetto S, Leung KM, Munoz Sanchez MA. International study of emergency department care for pediatric traumatic brain injury and the role of CT scanning. *Childs Nerv Syst*. 2001 Apr;17(4-5):257-62.
25. Işık HS, Gökyar A, Yıldız Ö, Bostancı U, Ozdemir C. Pediatric head injuries, retrospective analysis of 851 patients: an epidemiological study *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011 Mar;17(2):166-172.
26. Figg RE, Stouffer CW, Vander Kolk WE, Connors RH. Clinical efficacy of serial computed tomographic scanning in pediatric severe traumatic brain injury. *Pediatr Surg Int*. 2006 Mar;22(3):215-8.
27. Michel M, Jacob S, Roger G, Pelosse B, Laurier D, Le Pointe HD, Bernier MO. Eye lens radiation exposure and repeated head CT scans: A problem to keep in mind. *Eur J Radiol*. 2012 Aug;81(8):1896-900.
28. Nigrovic LE, Schunk JE, Foerster A, Cooper A, Miskin M, Atabaki SM, Hoyle J, Dayan PS, Holmes JF, Kuppermann N; Traumatic Brain Injury Group for the Pediatric Emergency Care Applied Research Network. The effect of observation on cranial computed tomography utilization for children after blunt head trauma *Pediatrics*. 2011 Jun;127(6):1067-73.

Türkiye’de Sağlık Yönetimi Alanında Lisans Eğitimini Sürdürmekte Olan Öğrencilerin Genel Profilinin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma*

A Profile Study of Bachelor's Degree Health Management Students in Turkey

Hatice ULUSOY¹
Nurperihan TOSUN¹
Jebacı Canberk AYDIN¹

¹Cumhuriyet Üniversitesi,
 Sağlık Bilimleri Fakültesi,
 Sağlık Yönetimi Bölümü

*Yazışma adresi/
 Correspondence*
 Dr.Hatice ULUSOY,
 Cumhuriyet Üniversitesi,
 Sağlık Bilimleri Fakültesi,
 Sağlık Yönetimi Bölümü
 hulusoy@cumhuriyet.edu.tr

Geliş Tarihi /Received
 20/06/2014
Kabul Tarihi/Accepted
 28/09/2014

HSP 2014 1(2):10-22

Özet

Bu çalışmanın amacı Sağlık Yönetimi alanında lisans eğitimini sürdürmekte olan öğrencilerin genel profilini saptamaktır. Tanımlayıcı araştırmanın evrenini, 2012-2013 eğitim-öğretim yılında Türkiye’de bu alanda eğitim veren 28 üniversitedeki tüm öğrenciler (N=3692) oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş, çalışmaya katılmayı kabul eden okullar örnekleme dahil edilmiştir. Çalışmaya üçü özel olmak üzere, 11 üniversiteden 1624 öğrenci katılmış olup, % 64,3’ünü kız öğrenciler oluşturmuştur. Yaş ortalaması 21,12’dir. Öğrencilerin %87,6’sı üniversite sınavına ilk veya ikinci girişlerinde yerleşirken, ilk tercihi sağlık yönetimi olanların oranı %28,9’dur. %50,7’sinin ilk üç tercihi arasında “sağlık yönetimi” bulunmazken, %50,3’ü mümkün olsa bölümü yeniden tercih edeceğini, %50,1’i bölümü kazandığına memnun olduğunu, %23,8’i bölüm değiştirmeyi düşündüğünü belirtmiştir. Mezuniyet sonrasında %57,6’sı kamuda, %18,5’i üniversitede çalışmak isterken, %66,9’u lisansüstü eğitim yapmak istemektedir. %64,2’sinin annesi, %45,1’inin babası en fazla ilkökul mezundur, %54,7’sinin ailesinin aylık geliri 1500TL’den azdır. Türkiye’de sağlık yönetimi alanında öğrenim görmekte olan tüm öğrencilerin %44’ü çalışmaya katılmış olup, çalışmadan elde edilen verilerin eğitim programlarını şekillendirmede yararlı olacağı düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: sağlık yönetimi, öğrenci, profil çalışması

Abstrac

The purpose of this study to determine the profile of Bachelor's Degree Health Management Students’ in Turkey. In this descriptive study sample consisted of 3692 students from 28 university. A questionnaire, developed by the researchers was mailed to all faculties which accepted to participate into the study. In total 1624 students filled the questionnaire of them 64,3 were female. The mean age was 21,12. Of the students 87,6% were entered the university education in their first or second attempt. 50,7% didn’t prefer health management in their first three choices. Half of them were happy with their replacement, 23,8% were unhappy. Following the graduation, 57,6% want to work in public sector. In total 66,9% were planning to study post graduate education. Of the students 64,2% of the mothers and the 45,1% of the fathers were graduated from primary school. Monthly incomes of 54,7 % of the families were less than 1500TL. 44% of all health management students in Turkey participated into the study. It is believed that the findings will be helpful in designing the educational programmes in these departments.

Keywords: health management, student, profile study

*Bu çalışma 27-29 Eylül 2013 tarihleri arasında Konya’da gerçekleşen 7.Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Giriş

Sağlık yönetimi, yönetim bilimi içinde multidisipliner bir alan olup, bireylerin ve toplumların sağlık düzeylerinin yükseltilmesi amacıyla kaynak ve süreçlerin planlanması, örgütlenmesi, yönlendirilmesi, kontrol ve koordinasyonudur. Sağlık yönetici ise sağlık hizmetlerinin planlanmasını ve amaçlarına uygun olarak, diğer insanlar aracılığıyla süreçlerin yürütülmesini sağlayan profesyoneldir.

Profil araştırmaları, araştırmanın evrenini oluşturan hedef kitlenin mevcut durumunu çeşitli değişkenler açısından betimlemedir. Öğrenci profilini tanımlama çalışması ise, eğitimin belli bir tür ve düzeyinde öğrenim görmekte olan bireylerin herkesçe gözlemlenebilir ortak özelliklerinin olabildiğince nicelleştirilmesi ve istatistiksel olarak ifadesi olarak tanımlanmaktadır.¹

Öğrenci profilini belirlemeye yönelik çalışmalar; öğrencilerin sosyal, ekonomik ve kültürel yapılarını öğrenmek, akademik ve mesleki olarak beklentilerini ve geleceğe yönelik planlarını saptamak, meslek hakkındaki bazı düşüncelerini ortaya koymak, seçtikleri meslekle geleceğe yönelik beklentilerinin ne ölçüde örtüştüğünü görmek açısından önem taşımaktadır. Bu çalışmalar, öğrencilerin özelliklerinin daha iyi tanınması ve onların özelliklerine göre eğitim kalitesinin artırılmasına yönelik yapılan çalışmalara da ışık tutabilir.²

Ülkemizde ilk olarak 1963 yılında başlayan sağlık yönetimi eğitimi, günümüzde giderek artan bir şekilde çok sayıda üniversitede devam etmektedir. Sağlık Yönetimi alanında lisans eğitimini sürdürmekte olan öğrencilerin sosyo- demografik özelliklerinin ve öğrenim gördükleri alana ilişkin bazı düşüncelerinin bilinmesi ve eğitim sürecinde dikkate alınması, verilen eğitimin niteliğinin artırılması ve mesleğin geleceğini yansıtması açısından önemlidir. Ülke genelinde müfredat çalışmalarının yapılmaya devam ettiği günümüzde, bu çalışmanın sonucundan elde edilecek verilerle, öğrencilerin genel profilini saptamak ve geleceğe yönelik tercihlerini almak mümkün olabilecek, elde edilecek verilerin, müfredatı şekillendirmede, öğrencilerin alt yapısına ve gereksinimlerine uygun olacak derslerin seçiminde, eğitimin yöneticilerine ve öğretim üyelerine ışık tutacağı düşünülmektedir.

Ülkemizde genel olarak üniversitelerde ve diğer bazı mesleklerde öğrenci profilini belirlemeye yönelik birçok tanım ve çalışma yapılmış olmasına rağmen sağlık yönetimi alanında okuyan öğrencilerin profilinin saptanmasına yönelik geniş çaplı, bir araştırmaya rastlanmamıştır.¹⁻⁵ Bu doğrultuda, bu araştırmanın amacı, Sağlık Yönetimi alanında lisans eğitimini sürdürmekte olan öğrencilerin genel profilini saptamaktır.

Gereç ve Yöntemler

Tanımlayıcı olarak planlanan araştırmanın evrenini, Türkiye genelinde 2012-2013 eğitim öğretim yılında Sağlık Yönetimi alanında (Sağlık İdaresi, Sağlık Kurumları Yöneticiliği, Sağlık Kurumları İşletmeciliği) lisans düzeyinde eğitim veren tüm (N= 28) fakülte ve yüksekokullarda öğrenim görmekte olan tüm öğrenciler (N=3692) oluşturmaktadır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiştir, anket doldurmayı kabul eden tüm öğrenciler örnekleme oluşturmuştur. Çalışmada, sağlık yönetimi alanında eğitim veren lisans programları ÖSYM'nin 2012 Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Sistemi (ÖSYS) Yükseköğretim Programları ve Kontenjanları Kılavuzundan (ÖSYM, 2012) belirlenmiştir.⁶

Bölmelerin yöneticileri (Bölüm Başkanı veya Yüksekokul Müdürü) ile e-posta ve/veya telefonla iletişim kurulmuş, çalışmanın amacı ve yöntem açıklanmış, çalışmaya katılımın gönüllülük ilkesine dayalı olduğu vurgulanmıştır.

Çalışmada veriler araştırmacılarca hazırlanan toplam 36 sorudan oluşan bir anket formu ile toplanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden yöneticilerin okullarına anketler kargo ile gönderilmiş, ilgili yöneticinin belirlediği anketör(ler) anketleri öğrencilere uygulamıştır. Araştırmanın amacı, yöntemi ve katılımın gönüllü olduğu bilgisi anketin ilk sayfasında da öğrencilerin dikkatini çekecek şekilde belirtilmiştir.

Mart- Nisan 2013 tarihleri arasında uygulanan anketler bir üniversite hariç tüm üniversitelerde ilgili bölümün öğretim elemanlarınca uygulanmıştır. Bir üniversiteye çalışmanın 2. ve 3. yazarı bizzat giderek anketleri öğrencilere uygulamışlardır.

Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi, madde 5, c fıkrasında belirtilen *“Sosyal ve beşeri bilimlerde yapılacak anket ve tutum araştırmalarında katılımcıların rızası alınır. Araştırma, bir kurumda yapılacaksa, katılımcıların rızasından sonra bağlı buldukları kurumun izni alınır”* hükmüne dayanarak çalışma için “Etik Kurul” onayı almaya gerek duyulmamıştır.⁷

Toplanan veriler SPSS 14 programı ile sıklık, yüzdelik, ki kare kullanılarak analiz edilmiştir.

Ülkemizde sağlık yönetimi alanında eğitim veren fakülte ve yüksekokullarda bulunan bölümlerin isimleri “sağlık yönetimi, sağlık idaresi, sağlık kurumları yöneticiliği, sağlık kurumları işletmeciliği” gibi farklı isimlere sahiptir. Bu makalede okuyucuya kolaylık olması açısından ve bölümlerin çoğunun adının sağlık yönetimi olmasından dolayı bölüm adı olarak “sağlık yönetimi” terimi kullanılacaktır.

Öğrencilerin Üniversite ve Fakültesine Göre Dağılımı (N=1624)

Devlet Üniversiteleri (N=1425; % 87,7)	Fakülte/YO Adı		
	SBF	SYO	İİBF
1. Süleyman Demirel			281
2. Gümüşhane		240	
3. Afyon Kocatepe		240	
4. Cumhuriyet	195		
5. Selçuk	157		
6. Ankara	115		
7. Dicle			108
8. İstanbul	89		
Özel Üniversiteler (N=199; % 12,3)			
9. Medipol	92		
10. Yeni Yüzyıl	61		
11. İstanbul Bilim		46	
Toplam	709	526	389
%	43,6	32,4	24,0

*SBF: Sağlık Bilimleri Fakültesi, SYO: Sağlık Yüksek Okulu, İİBF: İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Yukarıda ki tablodan da görülebileceği gibi, çalışmaya üçü özel olmak üzere toplam 11 üniversiteden 1624 öğrenci katılmış olup, Türkiye’de sağlık yönetimi alanında okuyan 3692 öğrencinin %44’üne ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin %87,7’sini Devlet Üniversitelerinde okuyanlar oluştururken, %43,6’sının bağlı olduğu fakülte, Sağlık Bilimleri Fakültesidir (SBF).

Bulgular

Tablo 1’de görüldüğü gibi öğrencilerin %42,9’u 21-22 yaş grubunda olup yaş ortalaması 21,12’dir (18-45). Katılımcıların % 64,3’ünü kız öğrenciler, 35,7’sini 1. sınıf öğrencileri, 71,3’ünü normal öğretim (NÖ) öğrencileri oluşturmaktadır. Tüm öğrencilerin yalnızca %1,3’ü üniversiteye girişte ilk 10.000 de bulunmaktadır. % 46,4’ü üniversiteye gelmeden önce en uzun süre yaşadığı yeri köy/belde/ilçe olarak belirtilmiştir. Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgeleri her dört öğrenciden birinin (%25,7) üniversiteye gelmeden önce en uzun süre yaşadığı bölgedir. Öğrencilerin %43’ünün ilgilendiği bir hobisi, %26’sının herhangi bir alanda iş deneyimi vardır.

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

		N	%
Yaş Grubu (N=1624)	20 yaş altı	648	39,9
	21-22 yaş	696	42,9
	23 ve ↑	268	16,5
	Cevapsız	12	0,7
Cinsiyet (N=1624)	Kadın	1044	64,3
	Erkek	580	35,7
Sınıf (N=1624)	1. Sınıf	579	35,7
	2. Sınıf	531	32,7
	3. Sınıf	319	19,6
	4. Sınıf	195	12,0
Öğretim Durumu (N=1624)	Normal	1158	71,3
	Öğrenim		
	İkinci Öğrenim	466	28,7
Başarı Sırası (N=1511)	0- 10.000	20	1,3
	10.001-20.000	22	1,5
	20.001-30.000	67	4,4
	30.001-40.000	98	6,5
	40.001-50.000	189	12,5
	50.0001 ve üzeri	1115	73,8
En uzun süre yaşadığı yer (N=1623)	Köy/Belde	297	18,3
	İlçe	457	28,1
	Şehir	434	26,7
	Büyükşehir	435	26,8
En uzun süre yaşadığı bölge (N=1618)	Akdeniz	310	19,1
	Marmara	297	18,4
	İç Anadolu	232	14,3
	Güneydoğu	216	13,3
	Anadolu		
	Doğu Anadolu	202	12,4
	Karadeniz	194	12,0
	Ege	167	10,3
Hobisi var mı? (N= 1622)	Evet	698	43,0
İş Deneyimi var mı? (N= 1622)	Evet	431	26,6

Tablo 2’de çalışmaya katılan öğrencilerin aileleri ile ilgili bazı tanıtıcı özellikler verilmiştir. Buna göre ailelerin % 27,3’ü köy veya belde yaşamaktadır. Öğrencilerin annelerinin %64,2’si babalarının %45,1’i en fazla ilkokul mezunudur. Annelerin %86,7’si ev hanımı, babaların %37,2 si serbest meslek sahibidir. Öğrencilerin %75,7’sinin aile tipi çekirdek ailedir. Ailelerin %54,7’sinin aylık geliri 1500 TL ve altındadır. Ailedeki ortalama çocuk sayısı 3,94’tür.

Tablo 2. Öğrencilerin Ailelerine Ait Özellikler

	N	%
Ailenin Yaşadığı Yer (N= 1624)		
Köy/Belde	443	27,3
İlçe	416	25,6
Şehir	386	23,8
Büyükşehir	379	23,3
Anne Eğitimi (N=1598)		
OY Değil	126	7,9
İlkokul	900	56,3
Ortaokul	226	14,1
Lise	238	14,9
Ön lisans	23	1,4
Lisans	85	5,3
Baba Eğitimi (N=1620)		
OY Değil	42	2,6
İlkokul	689	42,5
Ortaokul	258	15,9
Lise	389	24,0
Ön lisans	61	3,8
Lisans	181	11,2
Anne Mesleği (N=1603)		
Ev Hanımı	1389	86,7
İşçi	60	3,7
Memur	71	4,4
Emekli	50	3,1
Diğer	33	2,1
Baba Mesleği (N=1568)		
Serbest	583	37,2
Emekli	286	18,2
Memur	264	16,8
İşçi	201	12,8
Çiftçi	191	12,2
İşsiz	43	2,7
Aile Tipi (N=1622)		
Çekirdek	1228	75,7
Geniş	394	24,3
Gelir Düzeyi (N= 1584)		
1000TL'den Az	419	26,5
1001-1500TL	446	28,2
1501-2000TL	304	19,2
2001-2500TL	142	9,0
2501-3000TL	100	6,3
3001 ve üstü	173	10,9
Ailedeki çocuk sayısı ortalaması	3,94 (Ss: 2,27)	

Tablo 3. Öğrencilerin Ailelerinin Gelir Düzeyi İle Çocuk Sayısı Ortalaması

Aylık Gelir	N	Ort	Ss
1000TL'den Az	419	4,94	2,68
1001-1500TL	440	3,80	2,03
1501-2000TL	301	3,52	1,97
2001-2500	139	3,25	1,55
2501-3000	99	3,06	1,51
3001 ve üstü	172	3,70	2,34
Total	1570	3,94	2,27

F=26,247, p=0,000

Tablo 3'te Sağlık yönetimi öğrencilerinin ailelerinin gelir düzeyi ve ortalama çocuk sayısı verilmiştir. Ailelerin ortalama çocuk sayısı 3,94'tür. Ailenin gelir düzeyi azaldıkça çocuk sayısı artmaktadır ($p<0,001$).

Tablo 4. Öğrencilerin Sağlık Yönetimi Tercihleri ile İlgili Bilgilerin Dağılımı

	N	%
Üniversite Sınavına Giriş Sayısı (N=1599)		
1. Giriş	729	45,6
2. Giriş	671	42,0
3. Giriş	150	9,4
4 ve üzeri	49	3,1
Tercih Sırası (N= 1586)		
1. Tercih S. Yönetimi	459	28,9
2. Tercih S. Yönetimi	155	9,8
3. Tercih S. Yönetimi	168	10,6
İlk 3 de S. Yönetimi Yok	804	50,7
Bölümü Tekrar Seçer misiniz? (N=1609)		
Evet	810	50,3
Hayır	799	49,7
Yeniden Üniv. Sınavına Girerek Bölüm Değiştirmeyi Düşünme (N=1621)		
Evet	385	23,8
Hayır	1236	76,2
Bölümü Kazanmış Olmaktan Memnuniyet (N=1623) (Ort: 3,38 / Ss 1,03)		
1. Kesinlikle Memnun Değil	94	5,8
2. Memnun Değil	203	12,5
3. Kararsız	513	31,6
4. Memnun	615	37,9
5. Çok Memnun	198	12,2
Şu anda S. Yönetimi Öğrencisi Olmaktan Memnuniyet (N=1624) (Ort: 3,34 / Ss 1,03)		
1. Kesinlikle Memnun Değil	96	5,9
2. Memnun Değil	220	13,5
3. Kararsız	513	31,6
4. Memnun	621	38,2
5. Çok Memnun	174	10,7

Öğrencilerin %87,6'sı ilk veya 2. girişlerinde programa yerleşirken, ilk tercihi sağlık yönetimi olanların oranı %28,9'dur. Öğrencilerin %50,7'sinin ilk 3 tercihi arasında sağlık yönetimi bölümü bulunmazken, %50,3'ü mümkün olsa bölümü yeniden tercih edeceğini belirtmiştir. %76,2'si bölüm değiştirmeyi düşünmediğini, %50,1'i sağlık yönetimi bölümünü kazanmış olmaktan, %48,9'u şu anda sağlık yönetimi öğrencisi olmaktan memnun/çok memnun olduğunu belirtmiştir (Tablo 4).

Tablo 5. Öğrencilerin Üniversitenin Statüsüne Göre Bölümü Kazanmış Olmaktan ve Bölümün Öğrencisi Olmaktan Duydukları Memnuniyet Düzeyi

	Bölümü Kazanmış Olmaktan Memnuniyet	Şu anda S. Yön. Öğrencisi Olmaktan Memnuniyet
Devlet Üniversiteleri N=1424	3,33±1,04	3,29±1,04
Özel Üniversiteler N=199	3,70±0,93	3,71±0,85
Toplam N=1623	3,38±1,03	3,34±1,03
	F 22,72 p: 0,000	F30,56 p: 0,000

Öğrencilere 5'li likert tipinde iki soru ile bu bölümü kazanmış olmaktan ve bölümün öğrencisi olmaktan duydukları memnuniyet düzeyi sorulduğunda alınan yanıtların puan ortalamaları tablo 5 de görülmektedir. Buna göre devlet üniversitelerinin öğrencilerinin okuduğu bölümü kazanmış olmaktan memnuniyet ortalaması 3,33±1,04 iken, özel üniversitelerin öğrencilerinde bu ortalama 3,70±0,93'dir. Benzer şekilde devlet üniversitelerinde şu anda sağlık yönetimi öğrencisi olmaktan memnuniyet ortalaması 3,29±1,04 iken, özel üniversitelerin öğrencilerinde bu ortalama 3,71±0,85'dir. Fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,000) (Tablo 5).

Tablo 6. Öğrencilerin Üniversitelerine Göre İlk Üç Tercihlerinde Sağlık Yönetimi Bölümünü Tercih Etmelerine Göre Dağılımı

Üniversite Adı	Birinci Tercih Sağlık Yönetimi %	İlk 3 de Sağlık Yön. Yok %
Medipol	53,4	22,7
Yeni Yüzyıl	47,4	31,6
İstanbul Bilim	34,8	43,5
Afyon Kocatepe	30,2	51,5
Gümüşhane	28,9	52,2
İstanbul	28,1	59,6
Süleyman Demirel	27,8	44,4
Dicle	24,5	51,9
Selçuk	23,9	55,5
Cumhuriyet	22,6	63,1
Ankara	21,2	59,3
Total	28,9	50,7

Tablo 6'da öğrencilerin üniversitelerine göre ilk üç tercihlerinde sağlık yönetimi bölümünü tercih etmelerinin dağılımı verilmiştir. Buna göre Medipol Üniversitesi öğrencilerinin

%53,4'ü ve Yeni Yüzyıl Üniversitesi öğrencilerinin yaklaşık yarısı üniversiteye giriş sınavlarında sağlık yönetimini ilk tercih olarak yazdıklarını belirtmişlerdir. Cumhuriyet Üniversitesi öğrencilerinin %63,1'i, ilk 3 tercihleri arasında sağlık yönetiminin yer almadığını belirtmiştir.

Tablo 7. Üniversitelere Göre Öğrencilerin “İmkanınız Olsa Bölümü Tekrar Seçer miydiniz?” Sorusuna Yanıtlarının Dağılımları

Üniversite Adı	Evet %	Hayır %
İstanbul Bilim	68,9	31,1
Yeni Yüzyıl	68,3	31,7
İstanbul	67,0	33,0
Medipol	65,9	34,1
Dicle	56,5	43,5
Gümüşhane	58,5	41,5
Süleyman Demirel	52,7	47,3
Cumhuriyet	45,1	54,9
Selçuk	40,6	59,4
Afyon Kocatepe	35,0	65,0
Ankara	33,9	66,1
Total	50,3	49,7

Tablo 7’de görüldüğü gibi tüm öğrencilerin yaklaşık yarısı (%50,3) bölümü tekrar seçeceğini belirtirken, Bilim, Yeni Yüzyıl ve İstanbul Üniversitesi öğrencilerinin çoğunluğu (sırasıyla, %68,9; %68,3; %67) yeniden tercih yapmak gerekseydi bu bölümü tekrar seçebileceğini ifade etmişlerdir.

Tablo 8. Öğrencilerin Gelecekte Çalışmayı İstedikleri Alanların Dağılımı (N= 1624)*

	N	%
Devlet Hastanesi	755	46,4
Özel Hastaneler	687	42,3
Bakanlıklar	349	21,4
Üniversite Hastanesi	300	18,5
Akademisyenlik	298	18,3
İlaç sektörü	171	10,5
Sağlık sigortacılığı	129	7,9
Diğer	41	2,5

* Öğrencilerin yanıtları birden fazladır

Tablo 8’de görüldüğü gibi öğrencilerin %46,4’ü Devlet Hastanelerinde, %42,3’ü Özel hastanelerde çalışmayı planlamaktadır. Bakanlıklar, Üniversite hastaneleri ve akademisyenlik de

öğrencilerin planlamaları arasındadır. Öğrencilerin %10,5'i İlaç sektöründe, %7,9'u ise sağlık sigortacılığı sektöründe çalışmayı planlamaktadır.

Tablo 9. Öğrencilerin Üniversitelerine Göre Gelecekte Çalışmak İsteği Sektöre Göre Dağılımı

	Gelecekte hangi sektörde çalışmayı istiyorsunuz? (N= 1624)	
	KAMU %	ÖZEL %
Cumhuriyet	70,3	29,7
Afyon Kocatepe	70,2	29,8
Gümüşhane	68,9	31,1
Süleyman Demirel	59,1	40,9
Selçuk	58,6	41,4
Dicle	58,3	41,7
Ankara	51,3	48,7
İstanbul	44,3	55,7
Bilim	26,1	73,9
Medipol	21,7	78,3
Yeni yüzyıl	21,3	78,7
TOPLAM	57,6	42,4

Çalışmaya katılan öğrencilerin %57,6'sı gelecekte kamuda; Cumhuriyet, Afyon ve Gümüşhane Üniversitelerinin öğrencilerinin büyük çoğunluğu kamuda, özel üniversite öğrencilerinin çoğunluğu özel sektörde çalışmayı planlamaktadır (Tablo 9).

Tablo 10. Üniversitelere Göre Lisansüstü Eğitim Yapma İsteklerinin Dağılımı

	Lisansüstü eğitime (master/doktora) devam etmek istiyor musunuz? (N=1623)	
	EVET %	HAYIR %
Bilim	93,5	6,5
Yeni yüzyıl	85,2	14,8
Medipol	82,6	17,4
İstanbul	77,5	22,5
Ankara	73,9	26,1
Dicle	69,4	30,6
Afyon Kocatepe	66,7	33,3
Gümüşhane	64,6	35,4
Süleyman Demirel	61,2	38,8
Cumhuriyet	57,2	42,8
Selçuk	55,4	44,6
TOPLAM	66,9	33,1

Üniversitelere göre öğrencilerin lisansüstü eğitim yapma istekleri incelendiğinde Özel üniversite öğrencilerinin çok büyük çoğunluğunun, toplamda öğrencilerin %66,9'unun lisansüstü eğitim yapmak istediği saptanmıştır.

Tartışma ve Sonuç

Toplam 11 üniversiteden sağlık yönetimi alanında öğrenim gören 1624 öğrencinin katıldığı bu çalışmada bölümün daha çok kız öğrenciler (% 64,3) tarafından tercih edildiği saptanmıştır. Çalışma kapsamına alınan üniversitelerin bazılarının eğitime yeni başlamış olması nedeniyle, çalışmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunu 1. ve 2. sınıflar oluşturmuştur. Üniversite öğrenci kontenjanlarının da artırılmasıyla birlikte özellikle gelecekteki 3-4 yıl içinde mezun sayısında önemli bir artışın yaşanacağı bu mezunların istihdamının ve sağlık yöneticisi yetiştiren kurumların öğretim elemanı ve diğer koşullarının ilgililerce dikkate alınması gerektiği söylenebilir.⁸

Çalışmamızda öğrencilerin annelerinin %64,2'si, babalarının %45,1'i en fazla ilkokul mezunudur. Annelerin %5,3'ü, babaların %11,2'si lisans derecesine sahiptir. Tanalp ve arkadaşlarının (2012) 229 diş hekimliği fakültesi öğrencisi ile yaptığı çalışmasında, annelerin %56'sı, babaların %72'si lisans ve üzeri (yüksek lisans- doktora) dereceye sahiptir. Yiğit ve arkadaşlarının (2007) 21 üniversitede, hemşirelik son sınıfta okuyan 1009 öğrenci ile yaptığı çalışmada annelerin %80'i, babaların %48'i en fazla ilkokul mezunudur.⁴⁻⁹ Kostak ve arkadaşlarının (2012) 276 hemşirelik ve ebelik öğrencisi ile yaptığı çalışmada ise annelerin %67'si, babalarının %45'i en fazla ilkokul mezunudur.⁵ Bu bulgulara dayanarak çalışmamıza katılan öğrencilerin anne-baba eğitimlerinin hemşirelik ebelik öğrencileri ile benzer olduğunu, diş hekimliği öğrencilerinin anne-baba eğitimlerinin ise oldukça yüksek düzeyde olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmamızda annelerin 86,7'si ev hanımı, babaların 37,2'si serbest meslek sahibidir. Ailelerin %54,7'sinin aylık geliri 1500 TL ve altındadır. Ailedeki ortalama çocuk sayısı 3,94 tür. Anne ve baba mesleği açısından üniversite öğrencileriyle yapılmış diğer bazı çalışmaların bulguları, çalışmamızın bulguları ile paraleldir.^{3,4,5-10} Bulgularımıza dayanarak öğrencilerin büyük çoğunluğunun ailelerinin sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olduğunu söyleyebiliriz. Bu nedenle, öğrencilerin üniversite eğitimleri süresince özellikle ekonomik, sosyal, sanatsal alanlarda da desteklenmelerini önerebiliriz.

Öğrencilerin çok büyük bir çoğunluğu (%87,6) sağlık yönetimi bölümlerine ilk veya 2. girişlerinde yerleşmiş olup, sağlık yönetimi %28,9'unun ilk tercihidir, %49,3'ünün ilk üç

tercihinde sağlık yönetimi bölümü vardır. Öğrencilerin yaklaşık yarısı bölümü yeniden tercih edebileceğini ifade etmiştir. Bu bulgulara dayanarak öğrencilerin yarısının bölüme bilinçli olarak geldiğini memnuniyet düzeyinin de buna paralel olduğunu söyleyebiliriz. Tanalp ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında öğrencilerin %58,5'i ilk tercih olarak diş hekimliğini yazmıştır. Kostak ve arkadaşlarının (2012) yaptığı çalışmada ise hemşirelik ve ebelik %26,8'inin ilk 5 tercihi arasındadır.⁹⁻⁵

Çalışmada öğrencilerin %50,1'i sağlık yönetimi bölümünü kazanmış olmaktan, %48,9'u şu anda sağlık yönetimi öğrencisi olmaktan memnun olduğunu belirtmiştir. Öğrenci memnuniyeti ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda örneğin Aydın Adnan Menderes Üniversitesinde okuyan öğrencilerin (N=344) %17,2'sinin oldukça memnun olduğu saptanmıştır. 2012 yılı Cumhuriyet Üniversitesi Öğrenci Memnuniyet Anketi sonuçlarına göre ise üniversite genelinde öğrencilerin %38,8'i, Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin ise % 20,6'sı memnun olduğunu belirtmiştir. Ulusoy ve Karabulut'un (2011) Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde öğrenim gören 69 öğrenci ile yaptıkları memnuniyet çalışmasında ise öğrencilerin memnuniyet ortalaması 242,28±44,57 (5 puan üzerinden 3,41) olarak saptanmıştır. Yine Ulusoy ve arkadaşlarının (2010) 223 hemşirelik öğrencisi ile yaptığı çalışmada ise memnuniyet ortalaması 202,78±59,33 olarak saptanmıştır. Bu bulgulara göre sağlık yönetimi öğrencilerinin memnuniyet düzeyinin hemşirelik öğrencilerinden daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.^{11,12-13}

Çalışmamızda özel üniversitelerin öğrencilerinin okuduğu bölümü kazanmış olmaktan ve şu anda sağlık yönetimi öğrencisi olmaktan memnuniyet düzeyi devlet üniversitelerine göre anlamlı derecede daha yüksektir. Benzer şekilde özel üniversiteleri ilk tercihleri arasında yazan ve bölümü yeniden tercih edebileceğini söyleyen öğrencilerin oranı da yüksektir. Özel üniversitelerin, öğrencilerine sağladığı sosyal, kültürel ve ekonomik desteklerin fazla olmasının, olanaklarının daha gelişmiş olmasının öğrenci memnuniyetini artırdığı düşünülebilir.

Öğrencilerin kariyer planlamalarıyla ilgili veriler değerlendirildiğinde özel üniversite öğrencilerinin daha çok özel sektörde, devlet üniversitelerinin öğrencilerinin daha çok kamuda çalışmak istediği saptanmıştır. Bu bulguya dayanarak devlet üniversitesindeki öğrencilerin daha çok iş garantisi olduğu düşüncesiyle kamu sektörünü tercih ettikleri düşünülebilir. Oysa ülkemizde sağlık hizmetleri içinde özel sektörün hızla gelişiyor olması nedeniyle mezunların özel sektörde iş bulma imkanlarının daha fazla olabileceği düşünülebilir. O nedenle öğrencilerin özel sektörü daha fazla tanıyabileceği imkanların (staj vb.) sağlanmasını önerebiliriz.

Çalışmaya katılan öğrencilerin büyük çoğunluğunun (%66,9) lisansüstü eğitim yapmak istemesinin nedeni, yüksek lisans, doktora mezunlarının iş bulma imkanlarının daha fazla olduğunu düşünmeleri ve öğrencilerin eğitime değer vermeleri olabilir.

Sonuç olarak Türkiye’de sağlık yönetimi alanında öğrenim görmekte olan tüm öğrencilerin %44’ünün çalışmaya katılmış olduğu dikkate alındığında, çalışmadan elde edilen verilerin bölümlere eğitim programlarını şekillendirmede yararlı olacağı düşünülmüştür.

Kaynaklar

1. Özsoy S. Üniversite Öğrenci Profili: Kavramsal Bir Çözümleme ve Türkiye’ye İlişkin Bazı Ampirik Bulgular. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri, 2004; 4:2 301-334.Erişim Adresi: <https://www.edam.com.tr/kuyeb/pdf/tr/95228db158c25e69bf981e7ae46aa25dseckin.PDF>
2. Sandal EK, Karademir N. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Coğrafya Bölümü Öğrencilerinin Profili, Beklenti ve Sorunlarının Değerlendirilmesi. KSÜ Sosyal Bilimler Dergisi, 2013; 10:2. Erişim Adresi: http://sbd.ksu.edu.tr/Imagesimages/files/10_2_08_fen_edebiyat_fakultesi.pdf
3. Özdemir C, Demiriz G. Adnan Menderes Üniversitesi Öğrenci Profili Araştırması 2003, Aydın, 2007.
4. Yiğit R, Esenay F, Derebent E. Türkiye’de Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Profili. Cumhuriyet Üniversitesi HYO Dergisi, 2007; 11(3), 1-12.
5. Kostak M, Akarsu Ö, Ergül G. D. Edirne Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Profili. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2012; 7(19): 39-59.
6. Türkiye Cumhuriyeti Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) (2012). Erişim Adresi <http://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2012/OSYS/2012OSYSKONTKILAVUZ.pdf>
7. Cumhuriyet Üniversitesi (2013). Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi. Erişim Adresi:http://www.cumhuriyet.edu.tr/yonetmelik/yonergecumhuriyet_universitesi_bilimsel_arastirma_ve_yayin_etigi_yonergesiturk.pdf
8. Şener E, Erdem R, Akçakanat T. Türkiye’de Lisans Düzeyinde Sağlık Yöneticisi Yetiştiren Kurumların Akademik ve Eğitsel Profili. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2010; 13:1 29-44.
9. Tanalp J, Dilhan I, Dikbas İ, Oktay İ. Demographic Profile and Future Expectations of Students Enrolled in a Turkish Private Dental School. Journal of Dental Education , 2012; 76:6, 800-809.
10. Tektaş N, Tektaş M, Polat Z, Topuz A.S. Comparing The Expectations Of Undergraduate And Graduate Degree Students .Procedia Social and Behavioral Sciences, 2010; 2 1244–1248.
11. Cumhuriyet Üniversitesi (2012). Cumhuriyet Üniversitesi Öğrenci Memnuniyet Anketi Sonuçları. Erişim Adresi http://www.cumhuriyet.edu.tr/kurumsal_degerlendirme_pdf/Ek7_2012.pdf
12. Ulusoy H, Karabulut N. Sağlık Yönetimi Bölümü Öğrencilerinin Memnuniyet Düzeyleri. 9. Ulusal Sağlık Kuruluşları Yönetimi Kongresi Bildiri Kitabı s. 169-174. 26-29 Mayıs 2011 KKTC
13. Ulusoy H, Arslan Ç, Öztürk N, Bekar M. Hemşirelik Öğrencilerinin Eğitimleriyle İlgili Memnuniyet Düzeylerinin Saptanması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 20103; (2) 15-24.

Hemşirelik Öğrencilerinin Bilimsel Araştırma Yapmaya Yönelik Kaygı ve Tutumlarının Belirlenmesi

Determination of Anxiety and Attitude towards Doing Scientific Research of Nursing Students

Sevim ÇELİK¹

Gizem ÖNDER¹

Kamile DURMAZ¹

Yıldız YURDUSEVER¹

Nesrin UYSAL¹

*¹Bülent Ecevit
Üniversitesi, Zonguldak
Sağlık Yüksekokulu,
Hemşirelik Bölümü*

*Yazışma adresi/
Correspondence
Dr. Sevim ÇELİK, Bülent
Ecevit Üniversitesi
Zonguldak Sağlık
Yüksekokulu
Sağlık Birimleri Kampüsü
Abaz Mevkii Kozlu/
Zonguldak
sevimakcel@yahoo.com*

*Geliş Tarihi /Received
07/05/2014
Kabul Tarihi/Accepted
08/09/2014*

HSP 2014;1(2): 23-31

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, hemşirelik öğrencilerinin bilimsel araştırma yapmaya yönelik kaygı düzeylerini ve tutumlarını belirlemek ve etkileyen çeşitli değişkenler açısından incelemektir.

Gereç ve Yöntemler: Kesitsel tipte tanımlayıcı araştırmanın örneklemini 70 öğrenci oluşturdu. Araştırmanın verileri; bilgi formu, Araştırmaya Yönelik Kaygı Ölçeği ve Araştırmaya Yönelik Tutum Ölçeği ile toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız değişkenlerde t-testi ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı.

Bulgular: Öğrencilerin araştırmaya yönelik kaygı ölçeği puan ortalamasının 37.80 ± 8.02 olduğu saptandı. Öğrencilerin araştırmaya yönelik tutum ölçeği puan ortalaması 88.87 ± 12.17 olarak belirlendi. İstatistik dersi almayan öğrencilerin araştırma yapmaya yönelik kaygı düzeyleri daha yüksekti ($p > 0.05$). İstatistik ve araştırma dersi alan, bilimsel araştırma yapan öğrencilerin araştırma yapmaya yönelik tutumları daha olumluydu ($p > 0.05$).

Sonuç: Çalışma, öğrencilerin araştırma yapmaya yönelik kaygı düzeyinin çok yüksek olmadığını ve araştırma yapmaya yönelik tutumlarının olumlu olduğunu göstermiştir.

Anahtar kelimeler: öğrenci, hemşire, araştırma kaygısı, araştırmaya yönelik tutum

ABSTRACT

Aims: The aim of the study is to determine the anxiety and attitude related to doing the scientific research. It was aimed to investigate for various variables of the anxiety levels and attitudes.

Materials and Methods: The sample of cross-sectional descriptive study was consisted of 70 students. Data were gathered using information form, Research Anxiety Scale and Research Attitude Scale. It was used descriptive statistics, independent samples t-test and Mann Whitney U test in data analysis. **Results:** The mean score for Research Anxiety Scale of the students was determined as 37.80 ± 8.02 . The mean score for Research Attitude Scale was found as 88.87 ± 12.17 . Anxiety levels towards doing research of students who not taking statistics course was higher ($p > 0,05$). Attitudes toward doing research of students who taking statistics and doing scientific research was more positive ($p > 0.05$). **Conclusion:** The study show that anxiety levels towards doing research of the students are not very high and attitude towards doing research of students are positive.

Key words: Student, nurse, research anxiety, attitude towards research.

Giriş

Bilimsel araştırma; bir konuda sorunların belirlenmesi, çözüm yollarının planlanması, uygulamaya konulması, sonuçlandırılması, sonuçların tartışılması ve yorumlanması ile ilgili olarak gerçekleştirilen planlı, amaçlı ve sistemli bilgi üretim etkinliklerinin tümüdür.¹⁻⁵ Bilimsel araştırma yapabilmek ya da yapılan araştırmalardan etkin bir şekilde yararlanabilmek için bilgi ve beceri ile araştırmanın bilimsel ve toplumsal yaşamdaki yerinin anlaşılması önemlidir. Bu nedenle bilimsel tutum ve davranışların kazandırılması için bilimsel araştırma eğitiminin alınması gerekir.^{2,3,6}

Türkiye'deki bilimsel araştırma eğitimi, daha ziyade lisansüstü eğitim için gerekli bir işlev olarak görülmektedir.⁴ Ancak sağlık bakımının kalitesinin artırılmasında sağlık araştırmaları son derece önemli rol oynamaktadır. Klinik alanda çalışanların uygulamalarını geliştirmek, bakım sonuçlarını iyileştirmek için araştırmalara dahil olması tartışılmazdır.⁷ Ax ve Kincade⁸ de yaptıkları bir çalışmada, öğrenci hemşirelerin, klinik uygulamaların gelişiminde araştırmaların etkili olduğunu belirttiklerini bildirmiştir. Yapılan farklı çalışmalarda ise, mezuniyet sonrası hemşirelerin klinik alanda bilgi, zaman ve destek yetersizliğinden dolayı araştırma verilerinden yararlanmaya karşı olumsuz tutum sergiledikleri belirtilmiştir.^{7,9} Bu açıdan bakıldığında; hemşirelik mesleğini geliştirmek, mesleğin profesyonelleşmesine katkıda bulunmak, bakımda kaliteyi arttırmak, hemşirelerin otonomi ve güç sahibi olmalarını sağlamak için araştırma kültürünün lisans eğitimi sırasında kazandırılması, araştırmacı tutum ve davranışlarına sahip hemşireler yetiştirilmesi gerekmektedir.^{2,3,10}

Türkiye'de hala lisans düzeyindeki araştırma eğitiminde ciddi eksiklik ve yetersizliklerin olduğu bilinmektedir.^{3,11} Ancak, son yıllarda hemşirelik bölümlerinde bilimsel araştırmaya yönelik dersler ile bu konuda önemli adımlar atılmış, araştırma yöntemleri konusunda var olan yayınlar arttırılmıştır. Yapılan çalışma sonuçları da lisans düzeyinde araştırma eğitimi verilmesinin, lisans öğrencilerinin araştırma yapmaya yönelik tutum ve yaklaşımlarının olumlu yönde etkilediğini göstermiştir.^{2,6,12} Konuya yönelik farklı çalışma bulgularında hala birçok öğrencinin araştırma konusunda yüksek kaygı düzeyine sahip oldukları¹³ ve araştırma yapmaya olumsuz baktıkları¹⁴ bildirilmiştir. Yüksek düzeyde araştırma kaygısının da, öz yeterlilik duygusunu azalttığı, kişilerin araştırma yapmaya yönelik olumsuz tutum geliştirmesine, araştırma yapılması gerektiğinde sıkılma ve rahatsızlık hissetme, araştırma yaparken kendini huzursuz hissetme gibi davranışların ortaya çıkmasına neden olduğu vurgulanmaktadır.^{6,15}

Literatür incelendiğinde, hemşirelik öğrencilerinin araştırma yapmaya yönelik kaygı ve tutumlarını inceleyen çalışma saptanmamıştır. Bu bağlamda, araştırma ile hemşirelik öğrencilerin bilimsel araştırma yapmaya yönelik kaygı düzeylerinin ve tutumlarının belirlenmesi ve bu kaygı düzeylerinin ve tutumlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Araştırmanın Şekli: Bu araştırma kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırma olarak gerçekleştirilmiştir.

Evren ve Örneklem: Araştırmanın evrenini, 2013-2014 Eğitim- Öğretim Yılı Bahar Yarıyılında Bülent Ecevit Üniversitesi Zonguldak Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü 4. sınıfta okuyan 97 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup evrene ulaşılması

hedeflenmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü, Türkçe konuşup yazan, iletişim problemi olmayan, hemşirelikte araştırma dersini alan 70 öğrenci örneklem kapsamına alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olmayan ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde devamsız olan 27 öğrenci örneklem dışı bırakılmıştır.

Verileri Toplama Aracı: Araştırmada veri toplama aracı olarak Tanıtıcı Bilgi Formu, Araştırmaya Yönelik Kaygı Ölçeği ve Araştırmaya Yönelik Tutum Ölçeği kullanılmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Bu form; öğrencilerin yaş, cinsiyet, istatistik ve araştırma derslerini daha önce alıp almadığı, daha önce bir araştırma deneyimi olup olmadığı, hemşirelikle ilgili süreli yayın takip edip etmediği gibi özelliklerini sorgulayan; bir adet açık uçlu ve dokuz adet kapalı uçlu olmak üzere toplam 10 sorudan oluşmuştur.

Araştırmaya Yönelik Kaygı Ölçeği: Öğrencilerin araştırma kaygılarını belirlemek amacıyla Büyüköztürk¹⁶ tarafından geliştirilen, Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=.87$ olan ve 12 maddeden oluşan 5'li Likert tipi "Araştırmaya Yönelik Kaygı Ölçeği" kullanılmıştır. Araçta yer alan maddelere verilen yanıtlar, doğrudan kaygı durumunu yansıtan ifadelerde (1, 5, 6, 7, 9, 10, 12. maddeler) "tamamen katılıyorum"dan "hiç katılmıyorum"a doğru 5'den 1'e sayısal değerler verilerek puanlanmıştır. Doğrudan kaygı durumunu yansıtmayan (2, 3, 4, 8, 11. maddeler), tersine dönmüş ifadelerde ise bu işlemin tersi yapılmıştır. Böylece ölçekten alınan yüksek puan yüksek kaygıyı, düşük puan düşük kaygıyı göstermiştir. Ölçekten en az 12, en yüksek 60 puan alınabilmektedir. Bu araştırmada, ölçeğin güvenilirlik katsayısı $\alpha=.83$ olarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya Yönelik Tutum Ölçeği: Ölçek Köklü¹² tarafından geliştirilmiştir. 23 maddeden oluşan ve tamamen katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum ve hiç katılmıyorum şeklinde tutum seçenekleri olan 5'li Likert tipinde bir ölçektir. Ölçekte yer alan 23 maddenin 10 tanesi olumlu, 13'ü olumsuzdur. Olumlu maddeler 5'den 1'e, olumsuz maddeler ise 1'den 5'e puanlanmaktadır. Ölçekten en az 23, en fazla 115 puan alınabilmektedir. Yüksek puanlar, araştırmaya yönelik olumlu tutumu ifade etmektedir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha=.86$ 'dır. Bu araştırmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı $\alpha=.80$ olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Toplanması: Öğrenciler araştırmanın amaçları, formların eksiksiz ve dikkatli bir şekilde doldurulması gerektiği, elde edilen verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda bilgilendirildikten ve araştırmaya katılma onayları alındıktan sonra, veri formları öğrenciler tarafından araştırmacıların bulunduğu ortamda temel uygulamalı hemşirelik derslerinin bitiminde, gözlem altında doldurulmuştur. Anketler; Nisan- Mayıs 2014 tarihleri arasında öğrencilere uygulanmıştır. Öğrenciler 15-20 dakika içerisinde anketleri tamamladıktan sonra araştırmacılar tarafından geri toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verileri değerlendirmek için SPSS 18.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Araştırmada kişisel bilgilerin tespiti amacıyla yüzde, frekans ve ortalama gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Öğrencilerin bilimsel araştırma yapmaya yönelik kaygı düzeylerini ve tutumları ile yaş, cinsiyet, daha önce istatistik ve araştırma

derslerini alma durumları, araştırma deneyimlerini karşılaştırmak amacıyla bağımsız örneklem t-testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Etik Yaklaşım: Araştırmaya başlamadan önce araştırmada kullanılan Araştırmaya Yönelik Kaygı Ölçeği'ni geliştiren yazardan ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Öğrencilerden ise araştırmının amaçları, formların eksiksiz ve dikkatli bir şekilde doldurulması gerektiği, elde edilen verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı konusunda bilgilendirildikten sonra sözel onayları alınmıştır.

Bulgular

Hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalamasının 23.47 ± 1.15 , çoğunluğunun kadın (%68.6) olduğu ve istatistik dersi aldığı (%92.9) belirlenmiştir. Aynı tablo incelendiğinde, öğrencilerin yarısının bilimsel araştırma yapma deneyimi olduğu (%50), %77.1'inin en az bir bilimsel araştırma okudukları, hemşirelikte yayın takibi/izleme durumlarının oldukça düşük oranda (%18.6) olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Öğrenci hemşirelerin bilimsel araştırma yapmaya yönelik kaygı puan ortalaması 37.80 ± 8.02 olarak bulunmuştur. Tablo 2 incelendiğinde, öğrencilerin bilimsel araştırma yapmaya yönelik kaygı puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu, tanıtıcı özellikleri ile araştırmaya yönelik kaygı ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Erkeklerin, istatistik dersi almayanların, bilimsel araştırma yapma deneyimi olanların, süreli yayınları takip edenlerin, bilimsel araştırma okuyanların kaygı puan ortalamalarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 2).

Tablo 1. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri

		X ± SD	
Yaş		23.47 ± 1.15	
		n	%
Cinsiyet	Kadın	48	68.6
	Erkek	22	31.4
İstatistik dersi alma durumu	Almış	65	92.9
	Almamış	5	7.1
Bilimsel araştırma yapma deneyimi	Var	35	50.0
	Yok	35	50.0
Hemşirelikte süreli yayınları izleme	Evet	13	18.6
	Hayır	57	81.4
Bilimsel araştırma okuma durumu	Okumuş	54	77.1
	Okumamış	16	22.9

Tablo 2. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri ile Araştırmaya Yönelik Kaygı Ölçeği (AYKÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		AYKÖ X ±SD	İstatistiksel test*	p
Cinsiyet	Kadın	37.33 ± 6.38	Z = - 0.507	p = 0.62
	Erkek	38.81 ± 10.88		
İstatistik dersi alma durumu	Almış	37.70 ± 8.09	Z = -0.308	p = 0.75
	Almamış	39.00 ± 7.64		
Bilimsel araştırma yapma deneyimi	Var	37.94 ± 9.03	t=0.14	p = 0.88
	Yok	37.65 ± 6.99		
Hemşirelikte süreli yayınları izleme	Evet	38.00 ± 6.97	Z = - 0.303	p = 0.76
	Hayır	37.75 ± 8.29		
Bilimsel araştırma okuma durumu	Okumuş	38.25 ± 8.22	Z = -0.785	p = 0.43
	Okumamış	36.25 ± 7.30		

*Z: Mann Whitney U testi

*t: Student t testi

Öğrencilerin araştırma yapmaya yönelik tutum ölçeğinden 88.87±12.17 puan olarak araştırma yapmaya yönelik tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır. Tablo 3 incelendiğinde, bilimsel araştırma yapmaya yönelik tutumları ile öğrencilerin tanıtıcı özellikleri arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadığı görülmektedir. Ayrıca, araştırma kapsamındaki erkeklerin, istatistik dersi alanların, bilimsel araştırma yapma deneyimi olanların, süreli yayınları izleyenlerin, daha önce bilimsel araştırma okuyanların, bilimsel araştırma yapmaya yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin Tanıtıcı Özellikleri ile Araştırmaya Yönelik Tutum Ölçeği Alt Boyutları ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		<u>Olumsuz</u> <u>Tutum</u> X ±SD	<u>İsteksizlik</u> X ±SD	<u>BAYOTA</u> X ±SD	<u>AYOİ</u> X ±SD	<u>AYOT</u> X ±SD	<u>Toplam Puan</u> X ±SD
Cinsiyet	Kadın	22.25 ± 5.85	21.68 ± 5.95	22.83 ± 4.50	21.68 ± 5.95	22.02 ± 4.45	88.79 ± 11.79
	Erkek	23.22 ± 6.58	23.00 ± 5.77	21.50 ± 6.26	23.00 ± 5.77	21.18 ± 5.69	89.04 ± 13.34
Z	p	-1.021 0.30	-0.900 0.36	-1.212 0.22	-0.900 0.36	0.764 0.76	-0.215 0.83
İstatistik dersi alma durumu	Almış	22.46±6.16	22.13 ± 6.03	22.49 ± 5.23	22.13 ± 6.03	21.73 ± 4.88	88.87 ±12.47
	Almamış	23.80±4.86	21.60 ± 3.91	21.40 ± 3.20	21.60 ± 3.91	22.00 ± 4.89	88.80 ± 8.10
Z	p	-0.595 0.55	-0.240 0.81	-0.629 0.52	-0.240 0.81	-0.505 0.61	-0.057 0.95
Bilimsel araştırma yapma deneyimi	Var	22.62± 6.89	22.40 ± 5.99	22.05± 5.83	22.40 ± 5.99	21.85 ± 5.81	89.05 ± 13.53
	Yok	22.48± 5.19	21.80 ± 5.84	22.77 ± 4.32	21.80 ± 5.84	21.62 ± 3.72	88.68 ± 10.84
t	p	0.098 0.92	0.424 0.67	-0.582 0.56	0.424 0.67	0.220 0.82	0.127 0.90
Hemşirelikte süreli yayınları izleme	Evet	23.93± 5.70	24.76 ± 5.24	22.92± 4.29	24.76 ± 5.24	22.46 ± 3.68	94.07 ± 15.37
	Hayır	22,24± 6,14	21.49 ± 5.89	22.29 ± 5.30	21.49 ± 5.89	21.59 ± 5.09	87.68 ± 11.14
Z	p	-0.591 0.55	-1.877 0.06	-0.477 0.63	-1.877 0.06	-0.874 0.382	1.384 0.16
Bilimsel araştırma okuma durumu	Okumuş	22.46± 6.60	22.22 ± 6.26	22.61± 5.49	22.22 ± 6.26	22.14 ± 4.90	89.50 ± 12.26
	Okumamış	22.87± 3.86	21.68 ± 4.54	21.75 ± 3.60	21.68 ± 4.54	20.43 ± 4.57	86.75 ± 11.98
Z	p	-0.477 0.63	-0.540 0.58	-0.631 0.52	-0.540 0.58	-1.675 0.09	-0.301 0.76

*p<0.05 **BAYOTA: Bilimsel araştırmalara yönelik olumlu tutum ***AYOİ: Araştırmacılara yardımcı olmaya isteksizlik ****AYOT: Araştırmacılara yönelik olumlu tutum

Tartışma

Araştırma, lisans düzeyinde eğitim alan öğrenci hemşirelerin araştırma yapma kaygılarının orta düzeyde olduğunu göstermiştir. Elde edilen veriler, önceki araştırma verileri ile paralellik göstermektedir. Önceki yıllarda Yılmaz ve Çokluk'un⁶ fen edebiyat fakültesi mezunları üzerinde yaptığı çalışmada da, öğrencilerin araştırma kaygılarının çok yüksek olmadığı belirlenmiştir. Saracaloğlu³ ile Bayar ve arkadaşlarının⁴ lisansüstü öğrencilerde yaptığı bir çalışmada, lisansüstü eğitim alan öğrencilerin, araştırma kaygısının düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Aldıkları araştırma eğitim ile araştırma bilgisini etkili bir şekilde kullanmaları beklenen hemşire adaylarının, kaygı düzeylerinin düşük olması gerekir. Türkiye'de hemşirelik araştırmalarının yapılması sürecinde, hemşirelerin ve öğrencilerin araştırmacılara veri toplanmasını kolaylaştıracak şekilde destek olmamalarında öğrencilerin araştırma yapma sürecinde çok yüksek olmasa da kaygı yaşamalarının etkili olduğu kanısındayız.

Bu güncel araştırmada öğrencilerin cinsiyetleri ile araştırma yapmaya yönelik kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Diğer yandan erkek öğrencilerin bilimsel araştırma yapmaya yönelik kaygılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bökeoğlu ve Yılmaz¹⁷ Bayar ve arkadaşları⁴ ile Saracaloğlu ve arkadaşlarının² yaptıkları çalışmada ise öğrencilerin araştırma yapma kaygılarının cinsiyetlere göre farklılık göstermediği saptanmıştır. Bu araştırma bulgusunun önceki yıllarda yapılan araştırma bulguları ile paralellik gösterdiği belirlenmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre istatistik dersi alma durumu ile öğrencilerin bilimsel araştırma yapmaya yönelik kaygı durumları arasında anlamlı bir farklılık oluşmamıştır. Ancak, istatistik dersi almayan öğrencilerin kaygı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuç gruplardaki öğrenci sayılarının birbirine yakın olmamasından kaynaklanmış olabilir. Elde edilen bu bulgu Yılmaz ve Çokluk⁶'un, Saracaloğlu³, Saracaloğlu ve arkadaşlarının² yaptıkları çalışma sonuçları ile paralellik göstermiştir.

Yapılan bu güncel araştırmaya göre, öğrencilerin bilimsel araştırma yapmaya yönelik tutumlarının olumlu olduğu saptanmıştır. Björkström ve arkadaşları⁹ da, hemşirelik öğrencilerinin araştırmaya karşı tutumlarının olumlu olduğunu belirtmişlerdir.

Araştırma kapsamındaki öğrencilerin cinsiyetleri ile bilimsel araştırma yapmaya yönelik tutumları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Elde edilen bu bulgu, gençlerin cinsiyet farkı gözetmeksizin araştırmalara olumlu yaklaşımlarından kaynaklanabilir. Ancak bu araştırmada, erkek öğrencilerin bilimsel araştırma yapmaya yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Saracaloğlu³ yaptığı çalışmada da araştırmaya yönelik tutum puanlarının cinsiyete göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Saracaloğlu'nun¹⁸ beden eğitimi öğretmeni adayları üzerinde gerçekleştirdiği başka bir çalışmada kız öğrencilerin, Gürkan ve Er¹⁹ tarafından yapılan araştırmada ise erkek öğrencilerin tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır.

Yapılan bu çalışmada, istatistik dersi alanların araştırma yapmaya yönelik tutumları daha olumlu bulunmuştur ($p>0.05$). Bu durum istatistik dersi almış olmanın araştırmayı anlamaya etkisi ile araştırmaya yönelik tutum arasındaki ilişkinin varlığı ile açıklanabilir. Güncel çalışmanın bulguları önceki yıllarda yapılan çalışma bulguları ile de paralellik göstermiştir. Saracaloğlu ve arkadaşlarının² çalışmalarında ise araştırma tutumunun öğrencilerin istatistik dersi alma durumuna göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Saracaloğlu'nun³ yaptığı bir başka araştırmada ise, istatistik dersi alanların anlamlı şekilde araştırma yapmaya yönelik tutumları olumlu etkilediği belirlenmiştir. Buna göre istatistik dersi alan gençlerin araştırma yapmaya ilişkin tutumları daha olumludur.

Araştırmada bilimsel araştırma okuyan öğrencilerin araştırma yapmaya yönelik tutumları istatistiksel anlamlı olmasa da daha olumlu bulunmuştur. Bu bulgu, hemşire olarak uygulama alanlarında görev yapmaya başladıklarında bakımlarında, kanıta dayalı uygulamaları gerçekleştirecekleri düşündürdüğünden oldukça sevindiricidir. Collins ve Onwuegbuzie²⁰ de bilimsel araştırmaları okuyanların araştırma yapmakta daha başarılı olduklarını belirtmiştir.

Araştırmadaki diğer bir bulguya göre, daha önce bir araştırma deneyimi olan ya da araştırmaya katkıda bulunan öğrencilerin bilimsel araştırma yapmaya yönelik daha olumlu tutum geliştirdikleri saptanmıştır. Ancak tutum puan ortalamalarında gözlenen fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Saracaloğlu'nun³ yaptığı çalışmada da araştırma deneyimi olan ve olmayanların araştırmaya yönelik tutum puanlarında farklılaşmanın olmadığı saptanmıştır. Saracaloğlu ve arkadaşlarının² yaptıkları çalışmada ise araştırma deneyiminin araştırmaya yönelik tutumları anlamlı şekilde etkileyen bir değişken olduğu bulunmuştur.

Sonuç ve Öneriler

Araştırma öğrenci hemşirelerin bilimsel araştırma yapmaya yönelik kaygılarının orta düzeyde ve tutumlarının da olumlu olduğunu göstermiştir.

Araştırma bulguları doğrultusunda;

- Üniversitelerin hemşirelik öğretim planlarında araştırma kültürünü olumlu yönde destekleyen araştırma eğitiminin verilmesi,
- Öğrencilere lisans eğitimleri sırasında en az bir kez bilimsel araştırma yapma deneyiminin sağlanması,
- Araştırma kaygılarını azaltmak ve olumlu tutumlarını sürdürmek üzere, çalışmalarının ödüllendirilmesi ve bu çalışmaları sunabilecekleri ortamların oluşturulması,
- Öğrencilerin lisans eğitimleri sırasında bilimsel kongre ve sempozyumlara katılma olanaklarının sağlanması önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. 15. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2005.
2. Saracaloğlu AS, Varol SR, Ercan İE. Lisansüstü eğitim öğrencilerinin araştırma kaygıları, araştırma ve istatistiğe yönelik tutumları ile araştırma yeterlikleri arasındaki ilişki. *Buca Eğitim Fakültesi Dergisi* 2005; Özel Sayı 1: 187-199.
3. Saracaloğlu AS. Lisansüstü öğrencilerin akademik güdülenme düzeyleri, araştırma kaygıları ve tutumları ile araştırma yeterlikleri arasındaki ilişki. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2008; 5(2): 179-208
4. Bayar V, Bayar A, Eğmir E, Ödemiş Sİ, Kayır G. Lisansüstü eğitimi alan öğrencilerin bilimsel araştırma yapmaya yönelik kaygı düzeyleri. *VI. Ulusal Lisansüstü Eğitim Sempozyum Kitapçığı*, 14-15 Mayıs 2013, Sakarya, ss.90-96
5. Erdoğan S. Araştırmaya Giriş ve Araştırma Süreci. İçinden: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin N, editörler. *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, Uygulama ve Kritik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014.ss. 3-4.
6. Yılmaz K, Çokluk Ö.Fen - Edebiyat Fakültesi mezunlarının araştırma kaygı düzeyleri. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Dergisi* 2010; 10(1):1-9.

7. Sabzvari S, Kauser S, Khuwaja AK. Experiences, attitudes and barriers towards research amongst junior faculty of Pakistani medical universities. *BMC Medical Education* 2009; 9:68-74.
8. Ax S, Kincade E. Nursing students' perceptions of research: usefulness, implementation and training. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 35: 161–170
9. Björkström ME, Johansson IS, Hamrin EK, Athlin EE. Swedish nursing students' attitudes to and awareness of research and development within nursing. *J Adv Nurs.* 2003;41(4):393-402.
10. Unrau YA, Beck AR. Increasing research self-efficacy among students in professional academic programs. *Innovative Higher Education* 2004; 28(3): 187-204.
11. Şenol S. Araştırma ve Örneklem Yöntemleri. Ankara: Nobel Yayınları; 2012.
12. Köklü N. Araştırmaya Yönelik Bir Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Eğitim ve Bilim* 1992; 16(86): 27-36.
13. Onwuegbuzie AJ, Wilson VA. Statistics anxiety: nature, etiology, antecedents, effects, and treatments-comprehensive review of the literature. *Teaching in Higher Education* 2003; 8(2): 195-209.
14. Blischak D, Cheek M. A lot of work keeping everything controlled: a class research project. *American Journal of Speech-Language Pathology* 2001; 10:10–16
15. Lei, SA. Factors changing attitudes of graduate school students toward an introductory research methodology course. *Education* 2008; 128(4): 667-85.
16. Büyüköztürk Ş. Araştırmaya yönelik kaygı ölçeğinin geliştirilmesi. *Eğitim Yönetimi* 1997; 3(4): 453-64.
17. Bökeoğlu, ÇO, Yılmaz K. Üniversite öğrencilerinin eleştirel düşünmeye yönelik tutumları ile araştırma kaygıları arasındaki ilişki. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi* 2005; 41: 60-65
18. Saracaloğlu AS. Beden eğitimi öğretmeni adaylarının araştırmaya yönelik tutumları ve deneyimleri ile araştırma başarıları arasındaki ilişki. *Gazi Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2005; X (4): 13-32.
19. Gürgen U, Er KO. Öğretmen adaylarının internet kullanımına ve araştırmaya yönelik tutumları arasındaki ilişkilerin çeşitli değişkenler açısından belirlenmesi. *17. Eğitim Bilimleri Kongresi*, 1-3 Eylül 2008, Sakarya.
20. Collins KMT, Onwuegbuzie AJ. Relationship between reading ability and achievement in a graduate-level research methodology course. paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, New Orleans, LA, April.2000[cited 2014 August 15] Available from: <http://www.unco.edu/ae-extra/2008/8/onwuegbuzie.html>

Riskli Olan ve Olmayan Gebelerin Psiko-Sosyal Sağlıklarının Karşılaştırılması*

Comparison of Psycho-Social Health in Pregnant Women with and Without Risk

Mehtap GÜMÜŞDAŞ¹
Serap EJDER APAY²
Elif Yağmur ÖZORHAN³

¹ Atatürk Üniversitesi Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi

²Yrd. Doç. Dr. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum

³Araş. Görv. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum

*Yazışma adresi/
 Coresspondence
 Elif Yağmur ÖZORHAN,
 Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum
 Telefon: 0507 129 30 49,
 yagmur_8707@hotmail.com*

*Geliş Tarihi /Received
 21/08/2014
 Kabul Tarihi/Accepted
 09/09/2014*

HSP2014;1(2):32-42

Özet

Amaç: Literatürde gebelikteki ruh sağlığını, psiko-sosyal sağlığı değerlendiren çalışmalar mevcuttur. Fakat riskli olan ve olmayan gebelerin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Bu düşünceden hareketle bu araştırma yapılmıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırma tanımlayıcı ve gruplar arası karşılaştırmalı nitelikte olup Erzurum Nenehatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini ilgili hastaneye başvuran gebeler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya katılmaya gönüllü olan 232 (riskli=108, risksiz=124) gebe araştırma kapsamına alınmıştır. Veriler Mart-Aralık 2013 tarihleri arasında ilgili hastaneden resmi izin ve gebelerden sözel onam alındıktan sonra toplanmıştır. Verilerin toplanmasında anket formu ve Gebelikte Psiko-sosyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Veriler SPSS paket programında yüzdeler dağılımlar, ki-kare ve bağımsız gruplarda t testi kullanılarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya alınan gebelerin %46.6'sının 27-35 yaş aralığında, %38.4'ünün ilk gebeliği olduğu, %70.3'ünün gebeliği istediği, %85.3'ünün gebelik sürecinde destek aldığı ve %68.7'sinin bu desteği eşinden aldığı bulunmuştur. Araştırmaya alınan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması incelendiğinde; grupların sosyo-demografik özellikleri arasında (yaş, gebelik sayısı ve gebelikte problem yaşama durumu hariç) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$). Riskli olan ve olmayan gebelerin Psiko-sosyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; kaygı ve strese ait özellikler, psiko-sosyal destek gereksinimine ait özellikler, ailesel özellikler alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). **Sonuç:** Gebelerin psiko-sosyal sağlığının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Gebeliğin riskli ya da risksiz olmasının Psiko-sosyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği toplam puan ortalamalarını etkilediği ve riskli gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının risksiz gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ebelik, gebelik, riskli gebelik, psiko-sosyal sağlık

*3. Ulusal 2. Uluslararası Ebelik Kongresi, 20-23 Kasım 2013, Antalya'da poster bildiri olarak sunulmuştur.

Abstract

Aims: In the literature, there are studies evaluating the mental health and psycho-social health in pregnancy. But a study comparing risk and non-pregnant women has not been encountered. Starting from this idea, this research was conducted. **Materials and Methods:** This research is descriptive and comparative between groups qualified and has been made in Nenehatun Obstetrics and Gynecology Hospital, Erzurum. The universe of research is composed of pregnant women admitted to hospital. This study was conducted with 232 (Risk=108, No Risk=124) pregnant women who volunteered to participate in the study without sample selection. Research data from March to December, 2013 regarding the official permission from the hospital and from pregnant women were collected after obtaining verbal consent. In the data collection and Pregnancy Psychosocial Health Assessment Questionnaire Scale (SAPS) by researchers using the technique of face to face interviews were applied. Data were evaluated using the SPSS program, frequency distribution, the chi-square, independent t test. **Results:** Pregnancy who participated in the study have reported that 46.6% women are in the 27-35 age group, 38.4% of pregnant women in the first pregnancy, which was 70.3% of the pregnancies wants, 85.3% received support during pregnancy and 68.7% of the received support from his wife was found. Studies of socio-demographic characteristics of the pregnant women comparison examined; groups and between socio-demographic characteristics (except for age, number of pregnancies and having problem in pregnancy) were found to not be a statistically significant difference ($p > 0.05$). Of pregnant women with and without risk of Psychosocial Health Assessment Questionnaire total and subscale scores are examined by comparing the mean; the characteristics of anxiety and stress, psycho-social support to the requirement characteristics, family characteristics and the dimensions of difference between the mean total scores were found to be statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusion:** Psycho-social health of pregnant women can be said that a good level. Pregnancy risk or no risk of being Psychosocial Health Assessment Questionnaire total score affect and the mean total scores of the risk pregnant women were found to be higher than without risk pregnant women.

Key Words: Midwifery, pregnancy, risky pregnancy, psychosocial health.

Giriş

Gebelik kadın yaşamında doğal bir olaydır. Ancak gebelik döneminin neden olduğu psiko-sosyal değişiklikler, yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmayacak derecede fazladır. Bu nedenle gebelik kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir, sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir.¹⁻³ Psiko-sosyal sağlık; insanın sosyal çevreye iyi bir şekilde uyum gösterebilmesi ve insanın yaşadığı sosyal çevrede sağlığını bozabilecek olumsuzluklarının olmamasıdır.⁴ Gebelik döneminde psiko-sosyal ve duygusal destek yetersizliği gebelikte ve doğum sonrasında depresyon için belirleyici bir özelliğe sahiptir.¹

Gebelikte kadının yaşadığı biyolojik, fizyolojik ve psiko-sosyal değişiklikler yanında, anne rolüne ilişkin duygusal, yaşamsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular da ön plana çıkar. Bu nedenle gebelikte sık görülen depresyon ve kaygının sadece bir nedenle ilişkilendirilmesi veya açıklanmaya çalışılmasının doğru olmadığı, daha çok birden fazla ve karmaşık etmenlerin etkisiyle ortaya çıktığı öne sürülmektedir.⁵⁻⁶ Değişik kültürlerde gebelik döneminde depresyon yaygınlığını araştıran çalışmalarda depresif belirti görülme sıklığı Macaristan'da⁷ %17.9, Amerika'da⁸ %20, Kanada'da⁹ %25, Finlandiya'da¹⁰ %30 olarak bulunmuştur. Türkiye'de bu konuda sınırlı sayıda çalışma mevcut olmakla birlikte, Beck Depresyon Ölçeğine göre yapılan çalışmalar da gebelikte depresif belirti görülme sıklığını; Karaçam ve Ançel¹¹ %27.3, Altınay¹² %27.9, Sevindik¹³ %36.3 olarak bulmuşlardır. Türkiye'de, depresyon prevalansı diğer ülkelerin sonuçlarına göre yüksektir. Gebelerin eğitim ve gelir seviyesinin düşük olması, istihdamın az olması, evdeki rol, sorumluluk ve çocuk bakımını da beraber üstlenmeleri nedeniyle artan iş

sorumluluğu da depresyona eğilimi arttırmaktadır.

Riskli gebelik; maternal ve fetal sağlığı tehdit eden, mortalite ve morbidite olasılığını artıran fizyolojik, sosyal ve emosyonel bir durumdur.¹⁴ Gebelik ya da doğumun riskli olduğu durumlarda, riskli gebelik nedeniyle, evde ya da hastanede yatak istirahati önerilir. Gebelikteki yatak istirahati, intrauterin gelişme geriliği, plasenta previa, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü, kronik hipertansiyon, komplikasyonlu çoğul gebelik ve serviks yetmezliği durumlarında yaygın olarak kullanılır. Yatak istirahatinin uterus perfüzyonunu iyileştirdiğine, silinme ve dilatasyonu uyaran serviks üzerindeki baskıyı azalttığına, böylece bebeğin matürasyonu için uterusu kaldığı süreyi uzattığına; gebeye de dinlenme iyileşme olanağı sağladığına inanılmaktadır.¹⁵ Yatak istirahati fetüsü olumlu etkilerken, gebeyi fiziksel-psikososyal strese sokabildiği gibi tüm vücut sistemlerini etkileyebilir.¹⁶⁻¹⁷ Gebelikte ruh sağlığının iyi olması anne ve fetus sağlığı için önemlidir. Özellikle depresyon ve kaygının gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonları arttırabilir, yenidoğan sağlığını olumsuz etkileyebilir (preterm eylem, preeklampsi, zor doğum, doğumda daha fazla cerrahi müdahaleye gereksinim duyma, gebelik haftasına göre küçük fetus, düşük doğum ağırlıklı ve düşük apgar skorlu yenidoğan vb.).¹⁸

Gebelikteki fizyolojik reaksiyonlar kadar olumsuz psiko-sosyal reaksiyonların da tanınması ve önlenmesi, anne ve çocuk sağlığına olan olumsuz etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle gebelerin izlemlerinde tıbbi değerlendirme yapılırken, fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psiko-sosyal değerlendirmenin ve de neden olabilecek risk etmenlerinin de değerlendirilmesi bütüncül bir yaklaşım açısından önemli olup normal ve riskli olan gebeler ruhsal yönden bilgilendirilmelidir. Ebeler gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde gebeye en yakın olan kişilerdir. Bu nedenle ebelerin bu dönemlerde gebelerin fizyolojik gereksinimlerin yanı sıra psiko-sosyal gereksinimlerini de göz önünde bulundurması gereklidir. Bu tür gereksinimlerin anlaşılabilmesi için gebelerin gebelik döneminde psiko-sosyal sağlık durumlarının bilinmesi gerekmektedir. Böylece gebelerin, gebelikle ilgili korku ve kaygıları azaltılabilir ve gebeliğe ruhsal uyum kolaylaşabilir.²⁰ Yüksek nüfus artışı, gebelik, doğum, doğum sonrası dönemde yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, çocuk sayısının fazla olması, beklenen yaşam süresindeki artış, yüksek kentleşme oranı, geleneksel geniş ailelerin öneminin azalması bunların paralellinde yaşam biçimlerinde değişiklikler, hızlı sosyal, ekonomik ve kültürel çevre değişikliklerinin yarattığı psiko-sosyal zorlanmalar gebelerde depresyon yaygınlığını arttırmakta etkili olduğu düşünülmektedir. Literatürde gebelikteki ruh sağlığını, psiko-sosyal sağlığı değerlendiren çalışmalar mevcuttur.^{1,5-6,8,10} Fakat riskli olan ve olmayan gebelerin karşılaştırıldığı bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Bu düşünceden hareketle bu araştırma yapılmıştır. Çalışma Nenehatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesine başvuran normal ve riskli gebelerin psiko-sosyal sağlığını karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı ve gruplar arası karşılaştırmalı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi: Araştırma tanımlayıcı ve gruplar arası karşılaştırmalı nitelikte bir araştırmadır.

Araştırmanın yeri ve özellikleri: Araştırma Erzurum Nenehatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde yapılmıştır. İlgili hastane hasta yoğunluğu nedeniyle seçilmiştir. Hastane bütün sosyo-ekonomik statüdeki kadınlara hizmet vermektedir.

Evren-örneklem: Araştırmanın evreni Erzurum Nenehatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesine başvuran gebeler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmeden araştırmaya katılmaya gönüllü olan 108 riskli, 124 riskli olmayan toplam 232 gebe araştırma kapsamına alınmıştır. Bu çalışmada grupların eşleştirilmesi hem örneklem büyüklüğü hem de sosyo-demografik özellikler dikkate alınarak yapılmaya çalışılmıştır.

Araştırmaya Alınma

Kriterleri; riskli gebeler için 4'den daha fazla sayıda gebelik geçirme, 35 yaş ve üstünde olan gebeler, herhangi bir sistemik hastalığa sahip olan gebeler, hiperemezis gravidarum, üriner sistem enfeksiyonları, erken doğum tehdidi vb. gibi nedenlerden dolayı hastanede yatan gebeler örnekleme alınmıştır. **Risksiz gebeler için;** konuşma ve duyu kaybı olmaması, psikiyatrik bir tanı almamış olması, 20 hafta ve üzeri gebelik haftasına ulaşmış olması ve riskli gebeler için belirtilen kriterlere sahip olmayan gebeler örnekleme alınmıştır.

Araştırmanın Zamanı ve Yeri: Araştırmanın verileri Mart-Aralık 2013 tarihleri arasında Erzurum Nenehatun Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinden resmi izin ve gebelerden sözel onam alındıktan sonra toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları: Araştırma verilerinin toplanmasında anket formu ve Gebelikte Psiko-sosyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır. Anket, kadınların sosyo-demografik özelliklerini belirleyen 14 sorudan oluşmaktadır.

Gebelikte Psiko-sosyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği: Gebelikte psiko-sosyal sağlığı değerlendirmek amacıyla Yıldız tarafından geliştirilmiş olan ölçek 46 maddeliktir. Gebelikte Psiko-sosyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (PSSDÖ) 5 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her bir madde 1'den 5' kadar puanlanmaktadır. Ölçekte 6 alt boyut bulunmaktadır. Ölçekteki birinci alt boyutta yer alan 13 madde "*Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler*"i, ikinci alt boyutta yer alan 8 madde "*Kaygı ve strese ait özellikler*"i, üçüncü alt boyutta yer alan 7 madde "*Aile içi şiddete ait özellikler*"i, dördüncü alt boyutta yer alan 7 madde "*Psiko-sosyal destek gereksinimine ait özellikler*"i beşinci alt boyutta yer alan 4 madde "*Ailesel özellikler*"i ve altıncı alt boyutta yer alan 6 madde de "*Gebeliğe ilişkin fiziksel-psiko-sosyal değişikliklere ait özellikler*"i kapsamaktadır²¹.

Ölçeğin değerlendirilmesinde elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek madde puan ortalaması saptanır ve 1 ile 5 arasında sonuç elde edilir. Sonuçta toplam puan 5'den uzaklaşır 1'e yaklaştıkça gebelikte psiko-sosyal sağlıkta o düzeyde problem olduğunu gösterir ve 1 puan psiko-sosyal sağlığın çok kötü olduğunu ifade eder. Alt boyutlarda da aynı değerlendirme söz konusudur ve puan 1'e yaklaştığı ölçüde o alt boyuta ait problem olduğunu gösterir. Ölçekten elde edilebilecek minimum değer 1 ve maksimum değer 5 dir²¹. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır.

Verilerin Toplanması: Verilerin toplanmasında anket formu ve Gebelikte Psiko-

sosyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Araştırmaya; gebeliğinde herhangi bir risk faktörü (intrauterin gelişme geriliği, plasenta previa, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü, kronik hipertansiyon, çoğul gebelik vs.) bulunmayanlara ve gebeliğinde herhangi bir risk faktöründen dolayı (4'den daha fazla sayıda gebelik geçirme, 35 yaş ve üstünde olan gebeler, hiperemesis gravidarum, üriner sistem enfeksiyonları, erken doğum tehdidi vb. gibi nedenlerden dolayı hastanede yatan gebeler) ilgili hastanede yatarak tedavi gören gebeler alınmıştır. Her iki gruptaki gebelere anket formu ve PSDÖ uygulanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması ortalama 10-15 dk. sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi: Veriler SPSS paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; yüzdeler dağılımlar ki kare, bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik İlkeleri: Araştırmaya başlanmadan önce, Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünden Etik Kurul'undan onay ve Erzurum Nenehatun Kadın Doğum Hastanesi'nden uygulama izni alınmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce kadınlara, araştırmanın yapılma amacı açıklanarak "Aydınlatılmış Onam" ilkesi, elde edilen bilgilerin gizli tutulacağı belirtilerek "Gizlilik ve Gizliliğin Korunması" ilkesi, araştırmaya gönüllü olarak katılmak isteyenlerin alınması ile de "Özerkliğe Saygı" ilkesini içeren etik ilkeler yerine getirilmiştir. Ayrıca anket uygulamasının bitiminden sonra gebelerin soruları cevaplandırılarak konu ile ilgili bilgiler de verilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya alınan riskli gebelerin %43.5'inin 27-35 yaş aralığında, %69.4'ünün ilköğretim mezunu, %89.8'inin ev hanımı olduğu, %61.1'inin geniş ailede, %56.5'inin şehir merkezinde yaşadığı, %73.1'inin gelir durumunu orta düzey olarak ifade ettiği; eşlerinin %47.2'sinin ilköğretim mezunu olduğu ve %68.5'inin serbest çalıştığı bulunmuştur. Riskli gebelerin %34.3'ünün ilk gebeliği olduğu, %82.4'ünün gebelik sürecinde destek aldığı ve %65.2'sinin bu desteği eşinden aldığı bulunmuştur.

Araştırmaya alınan risksiz gebelerin %50.8'inin 18-26 yaş aralığında, %66.1'inin ilköğretim mezunu olduğu, %89.5'inin ev hanımı olduğu, %72.6'sının geniş ailede, %60.5'inin şehir merkezinde yaşadığı, %76.6'sının gelir durumunu orta düzey olarak ifade ettiği; eşlerinin %41.1'nin lise mezunu ve %59.7'sinin serbest çalıştığı bulunmuştur. Risksiz gebelerin %41.9'unun ilk gebeliği olduğu, %87.9'unun gebelik sürecinde destek aldığı ve %71.6'sının bu desteği eşinden aldığı bulunmuştur.

Araştırmaya alınan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması incelendiğinde; sosyo-demografik özellikler bakımından (yaş, gebelik sayısı, gebelikte problem yaşama durumu hariç) istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Riskli olan ve olmayan gebelerin PSDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması incelendiğinde; kaygı ve strese ait özellikler, psiko-sosyal destek gereksinimine ait özellikler, ailesel özellikler alt boyutları ve ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 1. Riskli Olan ve Olmayan Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Riskli Grup (n=108)		Riskli Grup (n=124)		Toplam (n=232)		Test ve p değeri
	n	%	n	%	n	%	
Yaş							X²= 21.18
18-26 yaş	44	40.7	63	50.8	107	46.1	df=2
27-35 yaş	47	43.5	61	49.2	108	46.6	p<0.05
36 ve üstü	17	15.8	-	-	17	7.3	
Eğitim							X²=0.32
İlköğretim mezunu	75	69.4	82	66.1	157	67.7	df=2
Lise mezunu	23	21.3	30	24.2	53	22.8	p>0.05
Üniversite mezunu	10	9.3	12	9.7	22	9.5	
Çalışma durumu							X²=0.26
Çalışan	10	9.3	14	11.3	24	10.3	df=1
Çalışmayan	98	90.7	110	88.7	208	89.7	p>0.05
Meslek							X²= 6.18
Ev hanımı	97	89.8	111	89.5	208	89.7	df=3
Memur	7	6.5	12	9.7	19	8.2	p>0.05
İşçi	-	-	1	0.8	1	0.4	
Serbest	4	3.7	-	-	4	1.7	
Aile tipi							X²=3.45
Çekirdek aile	42	38.9	34	27.4	76	32.8	df=1
Geniş aile	66	61.1	90	72.6	156	67.2	p>0.05
Yerleşim yeri							X²=0.88
Köy	32	29.6	30	24.2	62	26.7	df=2
İlçe	15	13.9	19	15.3	34	14.7	
Şehir	61	56.5	75	60.5	136	58.6	p>0.05
Eş eğitimi							X²=3.82
İlköğretim mezunu	51	47.2	43	34.7	94	40.5	df=2
Lise mezunu	37	34.3	51	41.1	88	37.9	p>0.05
Üniversite mezunu	20	18.5	20	24.2	50	21.6	
Eş meslek							X²=4.20
İşçi	15	13.9	14	11.3	29	12.5	df=2
Memur	19	17.6	36	29.0	55	23.7	p>0.05
Serbest	74	68.5	74	59.7	148	63.8	
Gelir durumu*							X²=0.45
Kötü	18	16.7	19	15.3	37	15.9	df=3
Orta	79	73.1	95	76.6	174	75.0	p>0.05
İyi	11	10.2	10	8.1	21	9.1	
Gebelik sayısı							X²= 2.42
1	37	34.3	52	41.9	89	38.4	df=3
2	26	24.1	35	28.2	61	26.3	p<0.05
3	27	25.0	37	29.9	64	27.6	
4 ve üstü	18	16.7	-	-	18	7.7	
Gebelikte problem yaşama durumu							X²= 2.20
Evet	106	98.1	-	-	106	45.7	df=1
Hayır	2	1.9	124	100	126	54.3	p<0.05
Yaşanan problemin türü							Test yapılmadı
Gebeliğe bağlı riskli durumlar ⁺	58	54.7	-	-	58	54.7	
Sistemik hastalıklar ++	34	32.1	-	-	34	32.1	
Gebeliğe bağlı riskli durumlar ve sistemik hastalıklar	14	13.2	-	-	14	13.2	
Destek alma durumu							X²=1.39
Evet	89	82.4	109	87.9	198	85.3	df=1
Hayır	19	17.6	15	12.1	34	14.7	p>0.05
Destek alınan kişi							X²=3.33
Eş	58	65.2	78	71.6	136	68.7	df=4
Anne	1	1.1	3	2.8	4	2.0	p>0.05
Kayınvalide	4	4.5	7	6.4	11	5.6	
Arkadaş	1	1.1	1	0.9	2	1.0	
Eş ve anne	25	28.1	20	18.3	45	22.7	

*Loğusalarn kendi ifadeler,+Hiperemezis gravidarum, düşük tehditi, preeklepsi vb. ++ kalp,tiroid,vb hastalıklar

Tablo 2. Riskli Olan ve Olmayan Gebelerin PSDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

PSDÖ		Gruplar		Test ve p Değeri
		Riskli	Risksiz	
ALT BOYUTLAR	Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler	4.25±0.62	4.24±4.18	t=0.80, p>0.05
	Kaygı ve strese ait özellikler	3.69±0.76	3.43±0.68	t=2.79, p<0.05
	Aile içi şiddete ait özellikler	4.79±0.44	4.68±0.52	t=1.75, p>0.05
	Psiko-sosyal destek gereksinimine ait özellikler	4.42±0.56	4.16±0.68	t=3.23, p<0.05
	Ailesel özellikler	4.64±0.60	4.44±0.55	t=2.65, p<0.05
	Gebeliğe ilişkin fiziksel-psiko-sosyal değişikliklere ait özellikler	4.22±0.71	4.08±0.67	t=1.61, p>0.05
Toplam Puan		4.31±0.45	4.14±0.41	t=2.85, p<0.05

Tartışma

Araştırma sonucunda elde edilen veriler ilgili literatür ile tartışılmıştır. Riskli olan ve olmayan gebelerin PSDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin, gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05).

Araştırmada riskli olmayan gebelerin gebelik ve eş ilişkisine ait alt boyut puan ortalaması 4.24±4.18 olarak saptanmıştır. Uçar'ın²² yaptığı çalışmada gebelerin gebelik ve eş ilişkisine ait alt boyut puan ortalaması (4.42±0.52) bu araştırma bulgusuyla paralellik göstermektedir. Toplumumuzda gebelik eş ve aileleri tarafından istenen bir durumdur. Gebeliğin istenen bir durum olması gebelikte risk faktörü olsa da olmasa da eşlerin gebeliğe bakış açısının aynı olduğu düşünülmektedir. Bölgemizde kaba doğum hızı 3.27 ile Türkiye'de ilk sırada olması da bunun bir göstergesi olabilir.²³

Riskli olan ve olmayan gebelerin kaygı ve strese ait özellikler alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin kaygı ve strese ait özellikler alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Araştırmada riskli gebelerin kaygı ve strese ait özellikler alt boyut puan ortalaması 3.69±0.76, riskli olmayan gebelerin ise 3.43±0.68 olduğu görülmektedir. Uçar²² yapmış olduğu çalışmada riskli olmayan gebelerin kaygı ve strese ait özellikler alt boyut puan ortalamasını 3.55±0.93 olarak bulmuştur ve bu çalışma ile benzerlik göstermektedir. Cebeci ve ark.larının²⁴ yapmış olduğu çalışmada; kronik fiziksel hastalığı olan loğusaların depresyon semptom düzeylerinin kronik fiziksel hastalığı olmayanlara göre daha yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Riskli gebelerde stres, kaygı ve bunlara bağlı olarak depresyon gelişme durumu risksiz gebelere göre daha yüksek olduğu söylenebilir.

Riskli olan ve olmayan gebelerin aile içi şiddete ait özellikler alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin aile içi şiddete ait özellikler alt boyutu puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Risksiz gebelerin almış olduğu puan ortalamaları 4.68±0.52 olarak bulunmuştur.

Yıldız'ın²¹ yapmış olduğu çalışmada gebelerin aile içi şiddete ait özellikler alt boyutundan aldıkları puan ortalaması 4.60 ± 0.54 ; Uçar'ın²² çalışmasında 4.88 ± 0.23 olarak bulunmuş olup bu araştırma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Ayrancı ve ark.larının²⁵⁻²⁶ yaptıkları çalışmada gebelerin %71.4'ünün gebelik sırasında en az bir kez psikolojik, sözel, cinsel şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir. Yapılan çalışmalarda toplumumuzda gebelik döneminde de kadınların farklı oranlarda şiddete maruz kaldıkları görülmüştür. Çalışmaya alınan gebelerin riskli ya da risksiz olması şiddete maruz kalmayı etkilemediği düşünülmektedir.

Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal destek gereksinimine ait özellikler alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin psiko-sosyal destek gereksinimine ait özellikler alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Riskli olmayan gebelerin psiko-sosyal destek gereksinimine ait özellikler alt boyut puan ortalaması 4.16 ± 0.68 bulunmuştur. Uçar'ın²² çalışmasında bu alt boyut ortalaması 4.30 ± 0.49 bulunmuş olup araştırma ile benzerlik göstermektedir. Bu sonuç "Riskli gebeler gebeliklerinin ilerleyen dönemlerinde bebeğinin ve kendisinin sağlığının olumsuz yönde etkileneceğini düşünerek daha fazla psiko-sosyal destek gereksinimine ihtiyaç duydukları ve sağlık kuruluşlarına ve sosyal destek veren kişilere risksiz gebelere göre daha fazla ihtiyaç duydukları" şeklinde yorumlanabilir. Bu araştırma bulgusunu destekleyen çalışmalar²² yanında desteklemeyen çalışmalar da²¹ bulunmaktadır.

Riskli olan ve olmayan gebelerin ailesel özellikler alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin ailesel özellikler alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Riskli olmayan gebelerin ailesel özellikler alt boyut puan ortalaması 4.44 ± 0.55 bulunmuş olup Uçar'ın²² çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Yıldız'ın yapmış olduğu çalışmada bu araştırmaya göre ailesel özellikler alt boyutun puan ortalamasının daha düşük (4.02 ± 0.76) olduğu görülmektedir. Bu sonuç genel olarak doğu illerinde batı illerine göre geniş aile kavramının daha fazla olduğu ve gebelerin eşleri veya kendi aileleriyle birlikte daha fazla vakit geçirdiği ve onlardan daha fazla destek aldığı şeklinde açıklanabilir.

Riskli olan ve olmayan gebelerin gebeliğe ilişkin fiziksel ve psiko-sosyal değişikliklere ait özellikler alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin gebeliğe ilişkin fiziksel ve psiko-sosyal değişikliklere ait özellikler alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Riskli olmayan gebelerin fiziksel ve psiko-sosyal değişikliklere ait özellikler alt boyut puan ortalamaları 4.08 ± 0.67 bulunmuştur. Uçar'ın²² yapmış olduğu çalışma bu araştırma bulgusu ile benzerlik göstermektedir. Bu konuya benzer olarak Özorhan'ın²⁷ yapmış olduğu çalışmada gebelerin gebelikteki beden imajlarını olumlu yönde algıladıkları bulunmuştur. Genel olarak Türk toplumunda gebelik istenen ve desteklenen bir durum olarak görülmekte ve gebeler fiziksel hem de psiko-sosyal değişiklikleri gebeliğin bir parçası olarak kabul etmekte ve gebelikte bu özelliklerin olumlu olarak algılanmasını sağlamaktadır.

Riskli olan ve olmayan gebelerin PSDÖ toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında; gebelerin ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel

olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Riskli olmayan gebelerin PSDÖ ölçek toplam puan ortalamaları 4.08 ± 0.67 , riskli olan gebelerin ise 4.31 ± 0.45 bulunmuştur. Bu sonuç, riskli gebelerin riskli olmayan gebelere göre sağlık kuruluşlarına daha fazla başvurduğu ve sağlık profesyonellerinden daha fazla destek aldığı, riskli gebelerin psiko-sosyal sağlık değerlendirmesinin de bu nedenle daha iyi olduğu şeklinde yorumlanabilir. Riskli olmayan gebelerin ölçek toplam puan ortalamaları Uçar'ın²² yapmış olduğu çalışma ile (4.25 ± 0.67) benzerlik göstermektedir. Yıldız'ın²¹ yapmış olduğu çalışmada ise gebelerin psiko-sosyal sağlığı değerlendirme ölçeği toplam puan ortalaması 3.84 ± 0.51 olarak bulunmuştur ve bu araştırmadaki riskli olmayan gebelerin puan ortalamasıyla (4.08 ± 0.67) karşılaştırıldığında daha düşük olduğu görülmüştür. Bu farklılık çalışmalardaki örneklem büyüklüklerin farklı olmasından kaynaklanabilir.

Sonuç

Normal ve riskli gebelerin psiko-sosyal sağlığını karşılaştırmak amacıyla yapılan çalışmada;

- Gebelerde gebelik ve eş ilişkileri benzerlik göstermekte gebeliğin normal ya da riskli olmasının bu ilişkiyi etkilemediği,
- Riskli gebelerde stres, kaygı ve bunlara bağlı olarak depresyon gelişme durumunun risksiz gebelere göre daha yüksek olduğu,
- Gebelerin riskli ya da risksiz olmasının şiddete maruz kalmayı etkilemediği,
- Sosyal desteğe riskli gebelerde daha fazla ihtiyaç duyulduğu,
- Ailesel özelliklerin psiko-sosyal sağlığı değerlendirmede etkili olduğu,
- Gebelikte fiziksel ve psiko-sosyal değişikliklerin, ister normal ister riskli gebelikte olsun psiko-sosyal sağlığı etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.
- Gebeliğin riskli ya da risksiz olmasının PSSDÖ toplam puan ortalamalarını etkilediği riskli gebelerin ölçek toplam puan ortalamasının risksiz gebelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.
- Gebelikte herhangi bir risk faktörünün olması psiko-sosyal sağlığı olumsuz olarak etkilememektedir.

Gebeliğin kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönem olduğu göz önünde bulundurulmalı, ebeler gebe izlemlerini yaparken risk faktörlerini iyi değerlendirmeli, kaygı ve stresin sıklıkla endişe ve depresyonla birleştiğini ve tablonun daha olumsuz bir hal aldığı bilmeli, gebelere bu bilinçle yaklaşmalıdır. Gebenin sosyal çevreye iyi bir şekilde uyum gösterebilmesi ve yaşadığı sosyal çevrede sağlığını bozabilecek olumsuzluklarının olmaması için gerekli danışmanlık hizmetlerini sunmalıdır. Fiziksel değerlendirme kadar psiko-sosyal değerlendirmede gebeliğin normal seyrinde gitmesi için önemlidir. Genellikle göz ardı edilen psiko-sosyal sağlığın da fiziksel sağlık kadar ön planda tutulması, gebelikteki risk değerlendirmelerinin dikkatlice yapılması, riskli gebelerin daha fazla sosyal destek sistemlerine ve sağlık kuruluşlarına ihtiyaç duyacağı unutulmamalıdır.

Yazar katkısı

MG: Literatür araştırması, veri toplama ve yazının hazırlanması konusunda katkıda bulundu.

SEA, YEÖ: Bu yazarlar çalışmanın tasarımı, yazının hazırlanması, içeriği, verilerin analizinin yapılmasında katkıda bulundu.

Kaynaklar

1. Vırt O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2008; 45 (1): 9-13.
2. Yeşiltepe Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi* 2004; 12(1): 11-16.
3. Yeşilççek Çalık K, Aktaş S. Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(1): 142-162.
4. Kesgin C, Topuzoğlu A, Sağlığın Tanımı; Başa Çıkma. *Journal of İstanbul Kültür Üniversty* 2006; (3): 47-49.
5. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. *C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi* 2001; 23(1): 61-64.
6. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010; 1(2): 71-7.
7. Bödecs T, Horvath B, Kovacs L, Diffellne Nemeth M, Sandor J. Prevalence of depression and anxiety in early pregnancy on a population based Hungarian sample. *Orv Hetil* 2009; 150:1888-1893.
8. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetric settings. *J Women's Health* 2003; 12: 373-380.
9. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000; 59: 31-40.
10. Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 487-490.
11. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: A study in a Turkish population. *Midwifery* 2009; 25: 344-356.
12. Altınay S. Gebelikte depresyon prevalansı, sosyodemografik özellikler, obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi (Uzmanlık tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara, 1999.
13. Sevindik F. Elazığ ilinde gebelikte depresyon prevalansı ve etkileyen faktörler (Yüksek lisans tezi). Fırat Üniversitesi, Elazığ, Türkiye, 2005.
14. Yeşiltepe Oskay Ü. Yüksek Riskli Gebelerde Hemşirelik Bakımı. *Perinatoloji Dergisi* 2004; 12(1): 11-16.
15. Arslan H, Korkmaz N. Kısmi yatak istirahati ile hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar. *Perinatoloji Dergisi* 2005; 13(2): 91-100.
16. Özkan S, Özkan M, Kocaman N. Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi Psikosomatik Tıp, İstanbul, 2004.
17. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 11.baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2012.
18. Matthey S. Assessing for psychosocial morbidity in pregnant women. *CMAJ* 2005; 173(3): 267-9.

19. Midmer D, Bryanton J, Brown R. Assessing antenatal psychosocial health Randomized controlled trial of two versions of the ALPHA form. *Can Fam Physician* 2004; 50: 80-87.
20. Marakoğlu K, Şahsıvar MŞ, Gebelikte Depresyon. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008, 28:525-532
21. Yıldız H, Gebelikte Psiko-sosyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2011; 4(1): 64-74.
22. Uçar H. Gebelerin psiko-sosyal sağlık durumları ile annelik rolü arasındaki ilişki. (Yüksek Lisans Tezi), Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Türkiye, 2014.
23. TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2008. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/> Erişim Tarihi: 18.07.2014
24. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 2002; 10(1): 11-18.
25. Ayrancı Ü, Günay Y, Ünlüoğlu İ . Hamilelikte aile içi eş şiddeti: Birinci basamak sağlık kurumuna başvuran kadınlar arasında bir araştırma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3: 75-87.
26. Güler N. Gebelikte eşi tarafından kadına uygulanan fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet ve ilişkili faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2010; 3(2): 72-77.
27. Özorhan EY. Gebelerin gebelik sürecinde beden imajını algılama durumlarının belirlenmesi. (Yüksek Lisans Tezi) Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Türkiye, 2012.

Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Güdülenme Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler

Nursing Students' Level of Vocational Motivation and Affecting Factors

Sevim ÇELİK¹
Elif ŞAHİN¹
Figen DADAK¹
Sare Gül SIDAL¹
Fatma AKYÜZ¹

¹Bülent Ecevit
 Üniversitesi, Zonguldak
 Sağlık Yüksekokulu,
 Hemşirelik Bölümü

Yazışma adresi/
 Correspondence
 Dr. Sevim ÇELİK, Bülent
 Ecevit Üniversitesi
 Zonguldak Sağlık
 Yüksekokulu
 Sağlık Birimleri Kampüsü
 Abaz Mevkii Kozlu/
 Zonguldak
 sevimakcel@yahoo.com

Geliş Tarihi /Received
 07/05/2014
 Kabul Tarihi/Accepted
 08/09/2014

HSP 2014; 1(2):43-56

Özet

Amaç: Bu araştırmanın amacı, öğrenci hemşirelerin mesleki güdülenme düzeylerini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

Yöntem: Bu kesitsel tipte tanımlayıcı araştırmanın örneklemini 622 öğrenci hemşire oluşturmuştur. Veriler anket formu, Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, pearson korelasyon analizi, student t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin içsel güdülenme puan ortalaması $38,98 \pm 8,21$, dışsal güdülenme puan ortalaması $19,52 \pm 3,65$, olumsuz güdülenme puan ortalaması $23,63 \pm 5,63$ ve Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeği puan ortalaması $82,06 \pm 11,95$ olarak saptanmıştır. Kız öğrencilerin ($p=0,00$), birinci sınıf öğrencilerinin ($p=0,00$), ailesinde sağlık çalışanı olmayanların ($p=0,02$), insanlara yardım etmeyi sevenlerin ($p=0,00$) güdülenme düzeyleri anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Hemşirelik hakkındaki olumlu düşüncelerin öğrencilerin güdülenme düzeylerinde anlamlı şekilde etkili olduğu belirlenmiştir ($p=0,00$). **Sonuç:** Hemşirelik öğrencilerinin içsel güdülenme düzeyleri dışsal güdülenme düzeylerinden yüksektir. Bu bağlamda, eğitim müfredatında ve eğitim yöntemlerinde öğrencilerin güdülenmelerini artırıcı değişikliklere yer verilmelidir.

Anahtar kelimeler: Öğrenci hemşire, güdülenme, hemşirelik, hemşirelik eğitimi

Abstract

Aim: The aim of this study is to determine nursing students' level of vocational motivation and affecting factors. **Method:** The sample of cross-sectional descriptive study was consisted of 622 nursing students. Data were gathered using questionnaire form and Motivation's Resources and Problems Scale. It was used descriptive statistics, pearson correlation analysis, student t-test and Mann Whitney U test in data analysis. **Results:** It was determined that mean score of intrinsic motivation of the students was $38,98 \pm 8,21$, mean. The mean score of extrinsic motivation was $19,52 \pm 3,65$ and mean score of negative motivation was $23,63 \pm 5,63$. It was found that mean score of Motivation's Resources and Problems Scale was $82,06 \pm 11,95$. It was found that motivation levels of female students ($p=0,00$), first class students ($p=0,00$), students who have not health professional in the family ($p=0,02$) and students who loves to help people ($p=0,00$) were significantly higher. It was determined that the students' positive thoughts about nursing were significantly affected on levels of their motivation ($p=0,00$). **Conclusion:** Levels of nursing students' intrinsic motivation were higher than level of extrinsic motivation. In this context, it should be included increasing motivation for training curriculum and training methods.

Key words: Nursing student, motivation, nursing, nursing education

Giriş

Eğitim; bireyin davranışlarında kendi yaşantısı yoluyla ve kasıtlı olarak istendik değişme, meydana getirme sürecidir. Bu süreçte etkili olan kavramlardan biri de güdülenmedir.¹ Güdülenme insan davranışlarını etkileyen çeşitli faktörler arasında, davranışın yönünü, şiddetini, kararlılığını belirleyen en önemli güç kaynağıdır. Güdü, istekleri, gereksinimleri, ilgileri, dürtüleri içine alan bireylerin çeşitli ihtiyaçlarını karşılamaları için doyum sağlayacak ya da amaca götürecekt davranışlarda bulunma sürecidir. Güdülenme insan davranışlarına şekil verme işlevini üstlenen eğitim-öğretim çalışmalarında önemli bir yere sahiptir.²⁻³

Hemşirelik öğrencilerinin etkili öğrenme ve kendini geliştirme yönündeki istekliliklerinin ya da akademik başarıyı etkileyen sorunların önemli bir kısmı güdülenme ile açıklanır. Bunu açıklamak için Deci ve Ryan tarafından geliştirilen teoriden yararlanılır. Bu teori içsel güdülenme, dışsal güdülenme ve olumsuz güdülenme olmak üzere üç faktörden oluşmaktadır.⁴⁻⁶

İçsel güdülenme kişinin kendi içinden, kendi isteği ile başarılı olma arzusudur. Zihinsel aşamada nereye gideceğinizi aklınızda oluşturmak ve kavramak, fiziksel aşamada ise gidilecek noktaya doğru harekete geçmektir. Öğrencinin hemşirelik mesleğine ilgi duyması, mesleği ile ilgili bilgileri öğrenmeyi istemesi, kendi alanında kariyer yapma olanağının olması, aldığı eğitimin yaşam kalitesini arttıracacağına inanması gibi duygu ve düşünceler içsel güdülenmeye örnek olarak verilebilir.^{4,6}

Dışsal güdülenme bireyin dışındaki faktörlerden, çalışma çevresinden kaynaklanmaktadır ve genelde motive edilen kişinin başka bir kişi tarafından bir takım araçlar kullanılarak motive edilmesiyle uygulanır. Öğretimin beklentileri karşılaması, eğitim alınan grubun istekli olması, öğrencinin bilgi ve becerilerini doğru kullanması sırasında takdir edilmesi öğrenciler için dışsal güdülenme kaynakları arasında yer almaktadır.^{4,6}

Olumsuz güdülenme bireylerin hareketleri ile sonuçların meydana getirdikleri arasında bağlantı kuramadıkları durumlarda güdülenmenin olmamasıdır. Güdülenmeyen bireyler ne içsel olarak, ne de dışsal olarak güdülenmiş olabilirler. Bireyler güdülenmediklerinde kendi davranışlarının, kontrollerinin dışında bir şeyin sonucu olduğuna inanırlar.⁷ Öğrencinin kendini yetersiz görmesi, öğrenmek için çaba göstermemesi, baskı altında olmanın ya da hata yapma korkusunun öğrenmeyi olumsuz etkilemesi olumsuz güdülenmede etkili olan değişkenler olarak belirtilmektedir.^{4,6} Bu üç güdülenmeden en önemlisi bireyin içinden gelen güdülerdir. Daha iyi güdülenme ve performans sağlamak için dışsal güdülenmenin içsel güdülenmeye dönüştürülmesi gerekmektedir. Öğrenciler dışsal güdülenme ile öğrenme eylemini gerçekleştirirken isteksizlik, ilgisizlik ve direnç gösterebilirken, içsel güdülenme; yaratıcı ve yüksek kalitede öğrenmeye yol açtığı ve kişinin bilgisini, inançlarını başarılı davranışlarla bütünleştirdiği için eğitimciler tarafından tercih edilir.^{3,4,6}

Eğitimciler hemşirelik eğitimi yaparken insan sağlığı ile ilgili olduğundan bu mesleği seçen öğrencinin fiziksel, zihinsel ve ahlaksal varlığında bir değişikliği, gerçekleştirecek eylemleri gelişmeyi ortaya koyan, mesleğe bakış açısında olumlu ve

ileriye gören, günümüz toplumunda modern profesyonel bir kişi olarak işlevlerini yapacak meslek üyelerini yetiştirecek biçimde olmalıdır.⁸

Hemşirelik öğrencileri eğitim süreçleri boyunca, mesleği sevmeme, teorik bilgileri çok kısa sürede işleme, bu yoğun bilgilerin hepsini öğrenmekle sorumlu olma, yoğun zaman baskısı yaşama, klinik uygulamalarda hastanede veya yabancı bir ortamda bulunma, uygulamalarda hata yapma korkusu, klinik uygulamalarda deneyimlerin yeterli olmaması, klinik ortamın ve ekibin yarattığı stresörler, hasta bireylerle ve hasta yakınlarıyla uğraşma, hastanede çalışanlarla olan iletişim sorunları, öğretim elemanı ve öğrenciler arasında yaşanan sorunlar, ders uygulamalarında ve bakım vermede yetersiz olma gibi çeşitli güçlükler yaşamaktadırlar. Hemşirelik öğrencileri yaşadıkları çatışmaların yanı sıra barınma, ders çalışma olanakları ve kaynak yetersizliği gibi sorunlar da yaşamaktadırlar.^{1,4,9}

Hemşirelik eğitimi bu yönleriyle oldukça stres yüklü bir eğitimidir. Böylesine stresli bir eğitim de öğrencileri olumsuz olarak etkilemektedir. Bütün bu nedenler öğrencilerde güdülenmeyi azaltmaktadır. Oysa öğrenme, problem çözme gibi yeteneklerin gelişmesi için öğrencinin güdülenmesi çok önemlidir.¹ Hemşirelik eğitiminde yaşanan sorunlara çözüm üretmek ve eğitim kalitesini yükseltmek için öğrencilerin öğrenme isteğini arttıracak önlemlerin alınması gerekmektedir. Öğrenmeyi etkileyen önemli unsurlardan biri olarak kabul edilen güdülenme etkeninin nasıl kontrol edilebileceği önemli bir sorun oluşturmaktadır. Bu sorunun çözümü için öncelikle hemşire öğrencilerin güdülenmesini etkileyen ve sorun oluşturan yapıların belirlenmesi gerekmektedir. Güdülenme bireyin öğrenmesinde ve öğrenme ortamının düzenlenmesinde önemli bir etkidir.²

Hemşirelik eğitiminde kalitenin artırılması, ileride meslek yaşamında mesleğini severek ve isteyerek yapacak hemşireler yetiştirilmesi ve yaşanan sorunlara çözüm üretilmesi için hemşirelik eğitimi alan öğrencilerin güdü kaynaklarının ve sorunlarının belirlenmesi önem taşımaktadır.¹⁰ Bu doğrultuda araştırma, öğrenci hemşirelerin mesleki güdülenme düzeyleri ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır. Bu genel amaç çerçevesinde aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- Öğrencilerin öğrenim gördükleri okul ile mesleki güdülenme düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Öğrencilerin bireysel özellikleri ile mesleki güdülenme düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Öğrencilerin ailevi özellikleri ile mesleki güdülenme düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Öğrencilerin hemşirelik hakkındaki görüşleri ile mesleki güdülenme düzeyleri arasında fark var mıdır?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi: Hemşirelik bölümünde eğitimlerini sürdüren öğrencilerin mesleki güdülenme kaynaklarını ve sorunlarını belirlemek amacıyla yapılan kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer: Araştırma 2013-2014 eğitim öğretim yılı bahar yarıyılında

Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü ve Zonguldak'a en yakın uzaklıkta bulunan Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini; Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf toplam 440 hemşirelik öğrencisi ve Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi birinci, ikinci, üçüncü sınıf toplam 360 hemşirelik öğrencisi olmak üzere toplamda 800 hemşirelik öğrencisi oluşturmuştur. Araştırmada örneklem belirleme yöntemine başvurulmamış tüm evrene ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırma; araştırmaya katılmaya gönüllü, Türkçe okuryazarlığı olan, görsel, işitsel, duyuşsal, algısal herhangi bir hastalığı olmayan ve araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli veya devamsız olmayan 622 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Fakültede okuyan 4. sınıf öğrencilerine güz döneminde mezun oldukları için ulaşılammış, bu nedenle kapsam dışı bırakılmışlardır. Araştırmaya katılım oranı %77,75'dir.

Araştırmanın Değişkenleri: Veri toplama formunda mesleksişel güdülenme ölçeğinin yanı sıra, öğrencilerin güdülenme kaynakları ve sorunlarını etkileyebileceği düşünölen eğitimin sürdüğü okul, sınıf, cinsiyet ve hemşireliği tercih nedeni gibi bağımsız değişkenler de sorgulanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri öğrencilerin içsel güdülenme, dışsal güdülenme ve olumsuz güdülenme durumlarıdır.

Veri Toplama Araçları: Araştırmada veri toplama aracı olarak anket formu ve Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeği kullanılmıştır.

Anket formu: Bu form literatür bilgisi doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.^{1,2} Öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri ve mesleğe ilişkin tutumlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanan 11 soru bulunmaktadır.

Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeği: 24 sorudan oluşan bu ölçek 2006 yılında Acat ve Köşgeroğlu² tarafından geliştirilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Bu ölçek "İçsel Güdülenme", "Dışsal Güdülenme" ve "Olumsuz Güdülenme" olmak üzere toplam 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte ifadeler hakkındaki görüşler 5'li likert ile puanlanmıştır. Ölçek toplam 24 maddeden oluşmakta olup bunların 11 maddesi içsel güdülenmeyi (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 23, 24 no' lu maddeler), 5 maddesi dışsal güdülenmeyi (13, 14, 15, 17, 20 no' lu maddeler) ve 8 maddesi olumsuz güdülenmeyi (5, 11, 12, 16, 18, 19, 21, 22 no' lu maddeler) belirlemeye yöneliktir. İçsel ve Dışsal güdülenme alt ölçeklerini oluşturan maddelerde "hiç katılmıyorum:1, katılmıyorum: 2, kararsızım: 3, katılıyorum: 4, kesinlikle katılıyorum: 5" puan verilir. Olumsuz güdülenme alt ölçeğini oluşturan maddelerde "hiç katılmıyorum: 5, katılmıyorum: 4, kararsızım: 3, katılıyorum: 2, kesinlikle katılıyorum: 1" puan verilir. Ölçekte içsel güdülenme "en az : 11 – en çok : 55", dışsal güdülenme "en az : 5 – en çok : 25" ve olumsuz güdülenme "en az : 8 – en çok : 40" olmak üzere toplamda "en az : 24 – en çok:120" puan alınabilir. Her bir alt ölçeğın puanı, ilgili alt ölçek maddelerinin aritmetik puan ortalaması alınarak belirlenmekte, toplamı kişinin mesleksişel öğrenme güdülenme düzeyinin puanını oluşturmaktadır. Elde edilen puan ne kadar yüksekse güdülenme düzeyi

de o kadar fazla olmaktadır bu nedenle toplam ölçek skoru hesaplanırken olumsuz güdülenme alt ölçeğini oluşturan maddelerin puanları ters çevrilmiştir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa katsayısı) 0.82 olarak bildirilmiştir. Bu güncel çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur.

Veri Toplama Süreci: Öğrenciler araştırmanın amaçları, formların eksiksiz ve dikkatli bir şekilde doldurulması gerektiği, elde edilen verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı doğrultusunda bilgilendirilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olanlar araştırma veri formunu gözlem altında doldurmuşlardır. Anketler; Şubat- Nisan 2014 tarihleri arasında öğrencilere uygulanmıştır. Anketleri öğrenciler 15-20 dk'da tamamladıktan sonra araştırmacılar tarafından hemen geri toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Anket sonucunda elde edilen veriler SPSS for Windows 15.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin analizi için; frekans, yüzde, pearson korelasyon analizi, student t testi ve Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Etik Yönü: Araştırmaya başlamadan önce her iki kurumun etik kurulu'ndan onay alındıktan sonra, araştırmanın yapılacağı her iki kurumdan ve Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeği'nin geçerliği ve güvenilirliğini yapan Acat ve Köşgeroğlu²'nden da yazılı izin alınmıştır. Öğrenciler araştırmanın amaçları doğrultusunda bilgilendirilerek sözlü onayları alınmıştır.

Bulgular

Bu bölümde araştırmadan elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirmesi sonucu ulaşılan bulgular; hemşire adaylarının demografik özelliklerine, öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih nedenlerine, hemşirelik mesleği hakkındaki düşünceleri, öğrencilerin öğrenim gördükleri okuldan beklentilerine, öğrencilerin hemşirelik mesleği hakkındaki düşüncelerine ilişkin bulgular tablo şeklinde sunulmuştur.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %79,7'sinin kadın, %20,3'ünün erkek olduğu, %67,5'inin yüksekokul, %32,5'inin fakülte öğrencisi olduğu, %35,0'inin birinci sınıf ve %24,8'inin ikinci sınıfta öğrenim gördüğü, %74,9'unun ailesinde sağlık çalışanı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Öğrencilerin çoğunluğunun hemşirelik mesleğini kolay iş bulabileceğini düşündüğü (%67,5), insanlara yardım etmeyi istedikleri (%30,1) ve giriş puanı bu bölüme yeterli geldiği (%20,4) için tercih ettiği görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 1. Öğrencilerin Demografik Özellikleri (N=622)

Özellik	Ortalama	Standart Sapma
Yas	21,13	1,86
	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	496	79,7
Erkek	126	20,3
Okuduğu Okul		
Yüksekokul	420	67,5
Fakülte	202	32,5
Sınıf		
Bir	218	35,0
İki	154	24,8
Üç	148	23,8
Dört	102	16,4
Ailede Sağlık Çalışanı Varlığı		
Var	156	25,1
Yok	466	74,9

Tablo 2. Öğrencilerin Hemşirelik Mesleğini Tercih Nedenleri (N=622)

Özellik	Sayı*	Yüzde**
Kolay iş bulabilme olanağı	420	67,5
İnsanlara yardım etmeyi isteme	187	30,1
Giriş puanı	127	20,4
Maaşın iyi olması	121	19,5
Ailesinin istemesi	120	19,3
Mesleği seviyor olma	3	0,5
Mecbur kalınması	1	0,2
Sağlık meslek lisesi mezunu olma	4	0,6
Kendi tercihi	1	0,2
Öğretmen yönlendirmesi	1	0,2
Masa başı işi olmaması	1	0,2

* Birden fazla yanıt verilmiştir. ** Yüzdeler N(622) sayısına göre alınmıştır.

Öğrenci hemşirelerin meslek hakkındaki meslek hakkındaki düşüncelerini gösteren dağılım incelendiğinde; %55,3'ünün hemşireliğin önemli bir meslek olduğunu düşündüğü, %75,1'inin mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmak istedikleri, %34,1'inin toplumun hemşireliğe bakışının olumsuz olduğunu ve %33,8'inin de olumlu olduğunu düşündükleri saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Öğrencilerin Hemşirelik Mesleği Hakkındaki Düşünceleri (N=622)

Özellik	Sayı*	Yüzde**
Önemli bir meslek olduğunu düşünüyor	344	55,3
Çalışma saatleri çok yorucu	206	33,1
Toplumun hemşireliğe bakış açısı		
Olumlu buluyor	210	33,8
Olumsuz buluyor	212	34,1
Kararsız	200	32,2
Tam ona göre bir meslek	104	16,7
Kişiliğiyle örtüşmüyor	101	16,2
Statü açısından kendisine uygun bulmuyor	82	13,2
Mezuniyet sonrası hemşirelik yapma durumu		
İstiyor	467	75,1
İstemiyor	155	24,9

* Birden fazla yanıt verilmiştir. ** Yüzdeler N(622) sayısına göre alınmıştır.

Araştırmaya katılan hemşire adaylarının öğrenim gördükleri okuldan beklentilerini gösteren dağılım incelendiğinde; %65,8'inin öğretim elemanları öğrenciye destek olmalı görüşünü destekledikleri, %5,5'inin de okuldan beklentisi olmadığı görüşünde oldukları görülmüştür (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Okuldan Beklentileri (N=622)

Özellik	Sayı*	Yüzde**
Öğretim elemanları öğrenciye destek olmalı	409	65,8
Mesleki bilgi ve becerileri ağırlıklı olmalı	325	52,3
Olanaklar artırılmalı	254	40,8
Beklentisi yok	34	5,5

* Birden fazla yanıt verilmiştir. ** Yüzdeler N(622) sayısına göre alınmıştır.

Hemşirelik öğrencilerinin Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeği'nin içsel güdülenme alt ölçeğinden ortalama $38,98 \pm 8,21$, dışsal güdülenme alt ölçeğinden $19,52 \pm 3,65$, olumsuz güdülenme alt ölçeğinden $23,63 \pm 5,63$ puan ve toplamda $82,06 \pm 11,95$ puan aldıkları belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Hemşirelik Öğrencilerinin Güdülenme Kaynakları ve Sorunları Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamaları (N=622)

	Ortalama \pm SS	Puan aralığı
İçsel Güdülenme	$38,98 \pm 8,21$	11-55
Dışsal Güdülenme	$19,52 \pm 3,65$	5-25
Olumsuz Güdülenme	$23,63 \pm 5,63$	8-40
Toplam Ölçek Puanı	$82,06 \pm 11,95$	24-120

Hemşirelik öğrencilerinin yaş ortalamaları ile mesleki güdülenme düzeyleri arasında negatif yönde zayıf bir ilişki ($p=0,00$) olduğu görülmektedir. Aynı tabloda şekilde kızların ($p=0,00$), hemşirelik fakültesinde ($p=0,24$) ve birinci sınıfta okuyan öğrencilerin ($p=0,00$), ailesinde sağlık çalışanı olmayanların ($p=0,02$) mesleki güdülenme düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Güdülenme Düzeylerinin Demografik Özelliklere Göre Karşılaştırılması (N=622)

Özellik	Ortalama±SS	r	p
Yas (21,13±1,86)	82,06±11,95	-0,10	0,01*
	Ortalama±SS	t	p
Cinsiyet			
Kız	82,87 ± 12,19	3,71	0,00*
Erkek	78,86 ± 10,41		
Okuduğu Okul			
Yüksekokul	81,31 ± 11,58	-2,26	0,24
Fakülte	83,61 ± 12,59		
Sınıf			
Bir	83,95 ± 11,63		
İki	79,55 ± 11,61	6,73	0,00*
Üç	83,65 ± 12,40		
Dört	79,47 ± 11,50		
Ailede Sağlık Çalışanı Varlığı			
Var	80,24 ± 11,48	-2,20	0,02*
Yok	82,66 ± 12,06		

*p<0,05

Tablo 7 incelendiğinde, öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih nedenleri arasında insanlara yardım etmeyi sevmeye nedeninin istatistiksel anlamlı şekilde mesleki güdülenme düzeylerinde etkili olduğu belirlenmiştir (p=0,00). Diğer tercih nedenlerinin öğrencilerin mesleki güdülenme puan ortalamalarında istatistiksel anlamlı farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Aynı tablo, mecbur kaldığı ve insanlara yardım etmeyi sevdiği için tercih edenlerin en yüksek, masa başı iş olmaması ve sağlık meslek lisesi mezunu olması nedeniyle tercih edenlerin ise en düşük mesleki güdülenme düzeyi puan ortalamasına sahip olduklarını göstermiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Güdülenme Düzeylerinin Hemşireliği Tercih Nedenine Göre Karşılaştırılması (N=622)

Özellik	Evet Ortalama±SS	Hayır Ortalama±SS	t	p
Kolay iş bulabilme olanağı	81,94 ± 11,12	82,30 ± 13,54	-0,32	0,74
Giriş puanı	81,11 ± 11,66	82,30 ± 12,03	-1,00	0,31
İnsanlara yardım etmeyi isteme	88,80 ± 11,22	79,16 ± 11,07	9,91	0,00*
Maaşın iyi olması	82,94 ± 12,20	81,84 ± 11,90	0,90	0,36
Ailesinin istemesi	80,98 ± 12,65	82,31 ± 11,78	-1,09	0,27
			Z	p
Mesleği seviyor olma	86,33 ± 5,68	82,04 ± 11,97	-0,81	0,41
Mecbur kalınması	94,00	82,04 ± 11,95	-1,16	0,24
Sağlık meslek lisesi mezunu olma	75,25 ± 7,13	82,10 ± 11,97	-1,36	0,17
Kendi tercihi	81,00	82,06 ± 11,96	-0,00	0,99
Öğretmen yönlendirmesi	80,00	82,06 ± 11,96	-0,12	0,89
Masa başı işi olmaması	66,00	82,08 ± 11,95	-1,43	0,15

*p<0,05

Tablo 8, öğrenci hemşirelerin çalışma saatlerinin çok yorucu olduğunu düşünmeleri ($p=0,50$) dışında, diğer hemşirelik mesleği hakkındaki görüşlerinin mesleki güdülenme puan ortalamalarında etkili olduğunu ($p=0,00$) göstermiştir. Buna göre, önemli ve tam ona göre bir meslek olduğunu düşünen, kişiliğiyle örtüşmediğini ve statü açısından kendisine uygun bulmadığını düşünmeyen, toplumun bakış açısının olumlu olduğunu düşünen ve bu konuda kararsızlık yaşayan öğrencilerin, mezuniyet sonrası bu mesleği yapmayı isteyenlerin mesleki güdülenme puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Hemşire adaylarının öğrenim gördükleri okuldan beklentilerine göre mesleki güdülenme düzeyleri puanlarının sonuçları incelendiğinde (Tablo 9); mesleki bilgi ve becerileri ağırlıklı olmalı diyen grubun ortalama mesleki güdülenme puanı en yüksek iken; öğrenim gördükleri okuldan beklentisi olmayan grubun ortalama puanının en düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca, “mesleki bilgi ve becerilerin ağırlıklı olmasını isteyenler ($p=0,00$) ile okulda olanakların artırılmasını bekleyenlerin ($p=0,03$) hemşire adaylarının güdülenme düzeyleri puan ortalamalarında istatistiksel anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur.

Tablo 8. Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Güdülenme Düzeylerinin Hemşirelik Mesleği Hakkındaki Düşüncelerine Göre Karşılaştırılması (N=622)

Özellik	Ortalama±SS	t	p
Önemli bir meslek olduğunu düşünüyor			
Evet	85,64 ± 11,22	8,82	0,00*
Hayır	77,62 ± 11,35		
Kişiliğiyle örtüşmüyor			
Evet	73,69 ± 10,69	-8,07	0,00*
Hayır	83,68 ± 11,51		
Tam ona göre bir meslek			
Evet	88,14 ± 13,41	5,19	0,00*
Hayır	80,83 ± 11,26		
Çalışma saatleri çok yorucu			
Evet	82,51 ± 11,47	0,67	0,50
Hayır	81,83 ± 12,19		
Statü açısından kendisine uygun bulmuyor			
Evet	77,78 ± 13,10	-3,51	0,00*
Hayır	82,71 ± 11,65		
Toplumun hemşireliğe bakış açısı			
Olumlu buluyor	84,23 ± 11,35	21,14	0,00*
Olumsuz buluyor	77,85 ± 12,14		
Kararsız	84,23 ± 11,22		
Mezuniyet sonrası hemşirelik yapma durumu		11,27	0,00*
İstiyor	84,90 ± 11,08		
İstemiyor	73,50 ± 10,31		

* $p<0,05$

Tablo 9. Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Güdülenme Düzeylerinin Öğrenim Gördükleri Okuldan Beklentilerine Göre Karşılaştırılması (N=622)

Özellik	Ortalama±SS	t	p
Öğretim elemanları öğrenciye destek olmalı			
Evet	82,56 ± 12,01		
Hayır	81,08 ± 11,82	1,47	0,14
Mesleki bilgi ve becerileri ağırlıklı olmalı			
Evet	83,99 ± 11,52		
Hayır	79,94 ± 12,08	4,27	0,00*
Olanaklar arttırılmalı			
Evet	83,33 ± 12,94		
Hayır	81,18 ± 11,16	2,14	0,03*
Beklentisi yok			
Evet	79,41 ± 13,89		
Hayır	82,21 ± 11,83	-1,32	0,18

*p<0,05

Tartışma

Araştırma kapsamına alınan hemşire adaylarının içsel ve dışsal güdülenme düzeylerinin yüksek, olumsuz güdülenmenin düşük olduğu görülmüştür. Gençay ve Gençay'ın yaptığı çalışmada, öğrencilerin dışsal motivasyon ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹¹ Özlü ve arkadaşları¹² da çalışmalarında öğrenci hemşirelerde olumsuz güdülenme puan ortalamalarının diğer güdülenme türlerine göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bu farklılığın araştırmaların farklı öğrenci gruplarında ve kurumlarda yapılmış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. İçsel güdülenme kaynaklarının öğrenmede daha güçlü ve daha sürekli motivasyon sağladığı belirtilmektedir.¹³ Ayrıca öğrencilerin içsel güdülenme düzeylerinin yüksek olmasının, hem eğitim sürecinde hem de çalışma hayatı sürecinde mesleğin kalitesinin artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmada hemşirelik öğrencilerinin toplam güdülenme düzeyleri ortalamasının biraz üzerinde bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgu önceki literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.⁴ Önceki çalışmalarda^{3,14-16} da mesleki güdülenmenin, mesleğin kazandıracağı prestij, elde edilecek yüksek ücret, mesleğe ve bilime duyulan ilgi, insanlara yardım etme ve fedakarlık duygularının yüksek olması ile artacağı vurgulanmaktadır. Bir mesleği en iyi şekilde yapmaya aday bu öğrencilerin, güdülenme düzeylerinin daha yüksek olması beklenirken ortalamasının biraz üzerinde bulunmasının, ülkemiz koşullarında hemşirelik eğitiminde yaşanan sorunlardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, hemşire adaylarının mesleksi öğrenme güdülenme düzeyleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir fark olduğu (p=0,00) ve hemşirelik bölümünün daha çok kız öğrenciler tarafından tercih edildiği belirlenmiştir. İflazoğlu ve Tümkaya¹⁷, yaptığı çalışmanın sonucunda öğrencilerin cinsiyetleri ve güdülenme düzeyinin kız öğrencilerin lehine anlamlı bir farkın olduğunu belirtmiştir. Özellikle toplumumuzda, hemşirelik mesleğinin toplumsal cinsiyet açısından da ele alındığında “kadına özgü” meslek grubu olarak algılandığı bilinmektedir. Bu algı da öğrencilerin tercihlerinde etkili olmaktadır.¹⁸

Araştırmada, hemşirelik öğrencilerinin fakülte veya yüksekokulda öğrenim görmelerinin mesleki güdülenme düzeylerini etkilemediği saptanmıştır. Buna karşılık hemşire adaylarının mesleki güdülenme düzeyleri ile sınıfları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farkın dördüncü sınıfların mesleki güdülenme düzeylerinin düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Son sınıf öğrencilerinin mesleğe atılmaya yönelik yaşadıkları streslerin güdülenme düzeylerinin düşük olmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Birinci sınıfta okuyan öğrencilerin güdülenme düzeyi diğer sınıflara göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,00$). Bunun en önemli nedeninin öğrencilerin mesleğe yeni adım atmalarıyla ilgili yaşadığı heyecandan kaynaklandığı düşünülmektedir. Cıvci ve Şener'in yaptığı araştırmada birinci ve dördüncü sınıflar arasında mesleki güdülenme düzeyleri arasında fark bulunmamıştır.¹

Ailesinde sağlık çalışanı olmayan hemşirelik öğrencilerinin mesleki güdülenme düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Ailesinde sağlık çalışanı olan öğrencilerin mesleki avantaj ve dezavantajları hakkında ön bilgiye sahip olmaları nedeniyle güdülenme düzeyleri farklılık göstermektedir.

Araştırma sonuçları incelendiğinde, öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih nedenleri arasında insanlara yardım etmeyi sevme nedeninin mesleki güdülenme düzeylerinde etkili olduğu belirlenmiştir ($p=0,00$). Diğer tercih nedenlerinin öğrencilerin mesleki güdülenme düzeylerinde farklılık oluşturmadığı saptanmıştır. Öğrencilerin mecbur kaldığı ve insanlara yardım etmeyi sevdiği için tercih edenlerin en yüksek, masa başı iş olmaması ve sağlık meslek lisesi mezunu olması nedeniyle tercih edenlerin ise en düşük mesleki güdülenme düzeyi puan ortalamasına sahip oldukları belirlenmiştir. Nilsson ve Stomberg de¹⁹ öğrenci hemşireler ile yaptığı çalışmada, öğrencilerin insanlara yardım etmeyi ve yararlı olmayı istedikleri için hemşireliği tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Eskimez ve arkadaşlarının²⁰ yapmış olduğu bir çalışmada, öğrencilerin hemşirelik mesleğini tercih etme nedenlerinin dağılımına bakıldığında, insanları ve onlara yardım etmeyi sevmenin ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Bu tercih nedenini ardından sağlık alanına ilgi duymak ve üniversite giriş puanının bu okul için yeterli olması gibi nedenler izlenmektedir. Özpancar ve arkadaşları²¹ tarafından hemşirelik öğrencileri ile yapılmış bir diğer çalışmada da öğrencilerin en çok iş bulma güvencesi, idealindeki meslek olduğu için ve yakın çevresinin etkisiyle mesleği seçtiklerini belirtmişlerdir. Bireylerin kendi istek ve yeteneklerine göre seçtikleri alanda çalıştıklarında mesleki güdülenme düzeyleri yüksek, başarılı ve mutlu oldukları, farklı nedenlerle seçtikleri alanda çalıştıklarında ise güdülenme düzeyi düşük, çalışmaya isteksiz, başarısız ve mutsuz oldukları düşünülmektedir.

Öğrencilerin, hemşirelerin çalışma saatlerinin çok yorucu olduğunu düşünmeleri dışında, önemli ve tam ona göre bir meslek olduğunu düşünen, kişiliğiyle örtüşmediğini ve statü açısından kendisine uygun bulmadığını düşünen, toplumun bakış açısının olumlu olduğunu düşünen ve bu konuda kararsızlık yaşayan öğrencilerin, mezuniyet sonrası bu mesleği yapmayı isteyenlerin mesleki güdülenme düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir ($p=0,00$). Hemşirelik mesleğinin toplum tarafından kabul görmüş bir meslek olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Bu sonucun da öğrencilerin tercihlerini bilinçli olarak yaptığının bir ifadesi olduğu düşünülmektedir. Acat ve Köşgeroğlu'nun çalışmalarında, hemşirelik eğitiminde, özellikle uygulamalı derslerde yeteri kadar rol

modeli olacak eğitimciler tarafından desteklenmediklerinden, öğrencilerin hem güven duygularının yetersiz, hem de eğitime karşı isteksiz oldukları görülmüştür.² Beydağ ve arkadaşları²², yaptıkları araştırmada öğrencilerin büyük çoğunluğunun mezun olduktan sonra hemşirelik mesleğini yapmak istedikleri sonucuna ulaşmışlardır.

Araştırmada hemşire adaylarının öğrenim gördükleri okuldan beklentilerine göre mesleki güdülenme düzeyleri arasında, mesleki bilgi ve becerileri ağırlıklı olmalı şeklinde yanıt veren grubun mesleki güdülenme düzeyi en yüksek iken ($p=0,00$); öğrenim gördükleri okuldan beklentisi olmayan grubun mesleki güdülenme düzeyi en düşük olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). Beklentisi olmayan öğrencilerin hemşirelik mesleğini benimsemedikleri düşünülmektedir. Hemşire adaylarının geneli teorik derslerde ve uygulama alanlarında öğretim elemanlarının kendilerine destek olmasını istemiştir. Bengtssona ve Ohlsson²³ tarafından İsviçre’de, hemşirelik ve sağlık okuluna devam eden 31 öğrenciyle kalitatif olarak, gerçekleştirilen bir çalışmada da, öğrenciler öğretim elemanlarının, motivasyonlarını etkilediğini belirtmişlerdir. Ayrıca, programın özelliğinin, derslerin içeriğinin, öğretim elemanlarının uyguladıkları stratejilerin ve klinik uygulamaların da motivasyonlarını etkilediklerini belirtmişlerdir. Bu nedenle eğitim ve öğretim elemanlarının anlayışlı, öğrencilerle derslerde ve uygulama alanlarında birebir ilgilenen ve mesleki açıdan donanımlı olmaları sağlanmalıdır. Cıvci ve Şener’in¹ yaptıkları araştırmada hemşire adaylarının, %43,8’i öğretim elemanlarının teorik derslerde ve uygulama alanlarında öğrenciye destek olmasını, %30,7’si mesleki bilgi ve becerilerin hemşirelik eğitiminde ağırlıklı olmasını beklemektedir.

Sonuç ve Öneriler

Hemşirelik öğrencilerinde güdülenmenin cinsiyete göre farklılık gösterdiği, kız öğrencilerin güdülenme düzeylerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin mesleğe ilişkin bakış açısının, toplumun hemşireliğe bakış açısının, mesleğin statüsünün, hemşireliği sevme durumlarının, mezuniyet sonrası hemşire olarak çalışmayı düşünme durumlarının mesleki güdülenmelerinde etkili olduğu belirlenmiştir.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

1. Dışsal motivasyon düzeyleri her ne kadar yüksek çıksa da öğrencileri motive edecek etkinlikler planlanmalı,
2. Mesleği seçen erkek öğrencilerin güdülenme düzeyinin artırılması ve meslek hakkındaki olumsuz yargılarının kaldırılması için rehberlik-danışmanlık hizmetleri sağlanmalı,
3. Hemşirelik öğrencilerinin hemşireliğin sosyal statüsü ve gelecekte toplumda edinecekleri yer konusunda sahip oldukları olumsuz yargıları giderici eğitim çalışmalarına yer verilmeli,
4. Eğitim süreci içinde verilen derslerde teorik bilginin yanında öğrencilerin kendi yeterliliklerinin farkına varmalarını sağlayacak projelere ve uygulama çalışmalarına ağırlık verilerek hemşirelik mesleğini güdeleyici duruma getirilmeli,
5. Öğretim elemanlarının anlayışlı, öğrencilerle derslerde ve uygulama alanlarında birebir ilgilenen ve mesleki açıdan donanımlı olmaları sağlanmalı,
6. Öğrenci hemşirelere mezuniyetten sonraki çalışma alanları tanıtılarak, mesleğe farklı alanlardan bakış açısı kazandırılmalı ve hedeflerini belirlemede yardımcı olunmalıdır.

Kaynaklar

1. Civci H, Şener E. Hemşire adaylarının mesleki güdülenme düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *DEUHYO ED* 2012; 5(4): 142-149.
2. Acat B, Köşgeroğlu N. Güdülenme kaynakları ve sorunları ölçeği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2006; 7: 204-210.
3. Gayef A, Sarıkaya Ö. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinde mesleki güdülenme. *Tıp Eğitimi Dünyası Dergisi* 2012; 33: 9-18.
4. Özkan S, Yılmaz E. Hemşirelik öğrencilerinin güdülenme düzeylerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2009; 25(3): 55-68.
5. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 2000; 55: 68-78.
6. Ryan R, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivation: classic definition and new directions. *Contemporary Educational Psychology* 2000; 25: 54-67.
7. Vallerand RJ, Bissonette R. Intrinsic, extrinsic, and amotivational styles as predictors of behavior: a prospective study. *Journal of Personality* 1992; 60: 599-620.
8. Şirin A, Öztürk R, Bezci G, Çakar G, Çoban A. Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve mesleği uygulamaya yönelik görüşleri. *Dirim Tıp Gazetesi*, 2008; 83: 69-75.
9. Karadağ G, Güner İ, Çuhadar D, Uçan Ö. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin benlik saygıları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008; 3(1):29-42.
10. Turgay AS, Karaca B, Çeber E, Aydemir G. Hemşirelik öğrencilerinin mesleği algılayışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;8(1):54-62.
11. Gençay ÖA, Gençay S. Beden eğitimi ve spor yüksekokulu öğrencilerinin öğretmenlik mesleğine ilişkin motivasyon düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2007; 17: 241-253.
12. Özlü ZK, Gümüş K, Güngörmüş K, Avşar G, Özer N. Sağlık bilimleri fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin mesleki güdülenme kaynakları ve sorunlarının incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2014; 11(1):47-53.
13. Xiang P, Chen A, Bruene A. Interactive impact of intrinsic motivators and extrinsic rewards on behavior and motivation outcomes. *Journal of Teaching in Physical Education* 2005; 24: 179-197.
14. Öztürk H. Hemşirelerde motivasyon düzeyleri ve performans düzeyleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul, 2002.
15. Crossley ML, Mubarak AA. Comparative investigation of dental and medical student's motivation towards career choice. *British Dental Journal* 2002; 193: 471-473.
16. Engin E. Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin öfke düzeyleri ile iş motivasyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı, İzmir, 2004.
17. İflazoğlu A, Tümkaya S. Öğretmen adayların güdülenme düzeyleri ile drama dersindeki akademik başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2008; 23 (1): 61-73.

18. Çiftçi G, Bülbül S. Sağlık bilimleri fakültesini tercih eden öğrencilerin, üniversite ve meslek tercihlerinde etkili olan faktörler. *J Kartal TR* 2011; 22(3):151-160.
19. Nilsson KEL, Stomberg MW. Nursing students motivation toward their studies- a survey study. *BioMed Central Nursing* 2008; 7(6):1-7.
20. Eskimez Z, Öztunç G, Alparslan N. Lise son sınıfta okuyan kız öğrencilerin hemşirelik mesleğine ilişkin görüşleri. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2008; 58-67.
21. Özpancar N, Aydın N, Akansel N. Hemşirelik 1. Sınıf öğrencilerinin hemşirelik mesleği ile ilgili görüşlerinin belirlenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12(3):9-17.
22. Beydağ D, Gündüz A, Özer FG. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin eğitimlerine ve mesleklerine bakış açıları, meslekten beklentileri. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2008; 1(3): 137-142.
23. Bengtssona M, Ohlssonb B. The nursing and medical students motivation to attain knowledge. *Nurse Education Today* 2010; 30(2): 150-156.

Torasik cerrahi sonrası postoperatif pulmoner komplikasyonların önlenmesinde İnseñtif spirometre ve Continuous Positive Airway Pressure (CPAP)'ın karşılaştırılması*

Comparison of Incentive spirometry and Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) on the prevention of postoperative pulmonary complications after thoracic surgery

Alis KOSTANOĞLU¹
Ela TARAKCI²
Enver DAYIOĞLU¹
Sabriye DEMİRCİ³

¹*İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi,
Kalp Damar Cerrahisi
Anabilim Dalı, İstanbul,
Türkiye*

²*İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Fizyoterapi ve
Rehabilitasyon Bölümü,
İstanbul, Türkiye*

³*İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,
İç Hastalıkları Anabilim
Dalı, İstanbul, Türkiye*

*Yazışma adresi/
Correspondence
Alis Kostanoğlu, ¹İstanbul
Üniversitesi İstanbul Tıp
Fakültesi, Kalp Damar
Cerrahisi Anabilim Dalı,
İstanbul, Türkiye
aliskostanoglu@yahoo.co
m*

*Geliş Tarihi /Received
01/07/2014
Kabul Tarihi/Accepted
03/09/2014*

HSP 2014 1(2): 57-67

Özet:

Amaç: Torasik cerrahi geçiren hastalarda İnseñtif spirometre ve devamlı pozitif havayolu basıncı- Continuous Positive Airway Pressure maskesinin postoperatif pulmoner komplikasyonlar üzerine etkisinin araştırılması. **Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya torasik cerrahi geçiren hemodinamik açıdan stabil, yaşları 16-75 arasında değişen 14'ü kadın, 16'sı erkek toplam 30 hasta dahil edildi. Hastalar ekstübasyonu takiben randomize olarak iki gruba ayrıldı. 1. grupta "İnseñtif Spirometre" çalışmaları, 2. grupta ise "CPAP uygulaması" yapıldı. Tüm olguların postoperatif birinci ve dokuzuncu günde arter kan gazları, solunum fonksiyon testleri ve akciğer radyolojik incelemesi yapıldı ve sonuçlar karşılaştırıldı. **Bulgular:** Olgularla çalışmaya başlandıktan sonra postoperatif birinci ve dokuzuncu günde yapılan arter kan gazı sonuçları gruplar arası farklı bulunmadı ($p>0.05$) Her iki gruptaki hastaların Zorlu Vital Kapasite-Forced Vital Capacity (FVC), birinci saniyede Zorlu Ekspirasyon Volümü-Forced Expiratory Volume 1 second (FEV1), ve Zorlu Ekspiratuar Akım-Forced Expiratory Flow (FEF %25-75) değerlerinde postoperatif dokuzuncu günde preoperatif ölçüm değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmalar tespit edildi ($p<0.001$). Ancak postoperatif birinci gün ile dokuzuncu gün solunum fonksiyon testleri karşılaştırıldığında ise dokuzuncu günde her iki grupta da anlamlı düzelmeler başladı ($p<0.001$). Solunum fonksiyon testlerinin tüm parametrelerinde gözlenen bu düzelmelerin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmadığı görüldü ($p>0.05$). Akciğer radyolojik incelemesinde de tedavi sonrası iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcut değildi ($p>0.05$). **Sonuç:** Torasik cerrahi geçiren hastalarda solunum performansını geliştirmek için mekanik fizyoterapi teknikleri etkilidir. İnseñtif Spirometre ve CPAP uygulamasının pulmoner komplikasyonları önleme açısından birbirlerine üstünlükleri yoktur.

Anahtar Kelimeler: Toraks cerrahisi; inseñtif spirometre; Continuous positive airway pressure; solunum fonksiyon testleri; fizyoterapi

*Bilim Uzmanlığı Tezi

Abstrac

Aim: Investigating effects of Incentive Spirometry and Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) masks on postoperative pulmonary complications in patients who were undergone thoracicsurgery. **Material and Methods:** The study enrolled totally 30 patients, including 14 female and 16 male patients, who were hemodynamically stable following thoracic surgery. Following the extubation, patients were randomly divided into two groups. "Incentive Spirometry" studies were performed with group 1, while "CPAP" studies were performed with group 2. For all cases, arterial blood gases analysis, respiratory functions tests and pulmonary X-ray examinations were performed at post-operative first and ninth days. **Results:** Following the onset of study, no difference could be found in arterial blood gases results performed at post-operative first and ninth days ($p>0.05$). In both groups, statistically significant decrease in Forced Vital Capacity (FVC), Forced Expiratory Volume in one second (FEV1) and Forced Expiratory Flow (FEF %25-75) values measured at post-operative ninth days was found in comparison with pre-operative measurement values ($p<0.001$). However, pulmonary function tests were compared postoperative first the ninth days and significant improvements in both groups began ninth day ($p<0.001$). It was observed that the improvement found in all parameters of respiratory function tests did not have statistically significant differences ($p>0.05$). In the pulmonary X-ray examination, there was not statistically significant difference between two groups following the therapy ($p>0.05$). **Conclusion:** Mechanic physiotherapy techniques are efficient for improving respiratory performance in patients who are undergoing thoracic surgery. Incentive Spirometry and CPAP are not superior to each other on preventing pulmonary complications.

Key words: Thoracic surgery; Incentive Spirometry; Positive Airway Pressure; pulmonary function tests; physiotherapy

Giriş ve Amaç

Major operasyonlardan sonra ortaya çıkan komplikasyonların büyük bir kısmını pulmoner komplikasyonların oluşturduğu bilinmektedir.¹⁻³ Bunun sebebi, anestezinin neden olduğu solunum kasları disfonksiyonu ve göğüs duvarı mekaniklerinin bozulması sonucunda akciğer hacimlerinde gerçekleşen değişimlerdir.

Torasik cerrahi sonrasında, anestezinin etkilerine ilave olarak, vertikal insizyonlar ağrıya neden olarak, mobilizasyonu kısıtladığı için postoperatif dönemde komplikasyonlara sebep olabilmektedir.⁴⁻⁹ Bunlar öncelikle atelektazi, pnömoni, plevral effüzyon olarak sıralanabilir. Bu komplikasyonlar postoperatif morbidite ve mortalitenin en önemli nedenleridir.

Torasik cerrahi işlemlerinden sonra postoperatif pulmoner komplikasyon görülme sıklığı (%19-59) , üst abdominal cerrahi (%16-17) veya alt abdominal cerrahiye (% 0-5) oranla daha yüksektir.^{10,11} Oranlar cerrahinin yerine, risk faktörlerinin varlığına ve bir postoperatif pulmoner komplikasyonu belirlemede kullanılan kriterlere göre değişir.¹² Postoperatif pulmoner komplikasyonlar hastaların hastanede kalış sürelerini uzatır. Bu sebeple komplikasyon gelişme riskini azaltmak için bazı önlemler alınabilir. Birçok araştırmacı preoperatif ve postoperatif dönemde değişik fizyoterapi teknikleri uygulayarak komplikasyonların gelişme hızını ve sıklığını azaltmışlardır. Bu fizyoterapi teknikleri solunum egzersizleri, İnsentif Spirometre (İS), Devamlı pozitif havayolu basıncı-Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) uygulaması, ekspiratuar manevralar, intermittan pozitif basınçlı solunum (IPPB), aktif solunum teknikleri döngüsü olarak sıralanabilir. Bu tekniklerin birbirlerine olan üstünlükleri ise kontrollü çalışmalarla farklı

biçimlerde gösterilmiştir.¹³⁻¹⁵

Çalışmamızda göğüs fizyoterapi uygulamalarında farklı iki metod olan İS ve CPAP'ı karşılaştırmayı tercih ettik. Bu iki teknik; arteriyel kan gazları, solunum fonksiyon testleri ve akciğer radyografileri ile değerlendirilerek pulmoner komplikasyonların önlenmesi bakımından karşılaştırıldı.

Gereç ve Yöntemler

Çalışma torasik (pulmoner cerrahi ve kalp cerrahisi) operasyon geçiren hemodinamik açıdan stabil 30 hastadan yazılı onayları alınarak gerçekleştirildi.

Araştırmamız etik kurul onay alındıktan sonra Helsinki Deklorasyonu'na uygun olarak yürütüldü.

Çalışma Grubu

Yaşları 16-75 arasında değişen, hemodinamik açıdan stabil, koopere olan ve preoperatif dönemde Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) tanısı almamış olan 14'ü kadın, 16'sı erkek toplam 30 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar randomize yöntemle iki gruba ayrıldı. Randomizasyon cerrahiden hemen önce hastalar tarafından seçilen kapalı zarf yöntemi ile yapıldı. Hastaların 5 tanesi lobektomi, 5 tanesi mitral valv replasmanı (MVR), 3 tanesi atrial septal defekt (ASD), 3 tanesi aort valv replasmanı (AVR), 11 tanesi koroner arter bypass greft (KABG), 1 tanesi pnömonektomi, 2 tanesi ise hem AVR hem de MVR operasyonu geçirmişti. KABG operasyonu geçiren ve hemodinamisi bozuk olan iki hasta çalışmaya dahil edilmedi. CPAP uygulanan gurutpan pnömonektomi geçiren bir hasta postoperatif 3. gün ex olduğu için çalışma dışı kaldı.

Kullanılan Değerlendirmeler

Tüm değerlendirmeler ilk olarak preoperatif dönemde, ardından postoperatif dönemde pulmoner komplikasyon riskini engellemek için yapılan fizyoterapi uygulamalarını takiben yapıldı.

Demografik özellikler: Olguların yaş, vücut ağırlığı ve boy uzunlukları kaydedildi.

Solunum fonksiyon testleri: Respirodyne-II aleti kullanılarak yapıldı. Zorlu Vital Kapasite (Forced vital capacity- FVC), birinci saniyede zorlu ekspirasyon volümü (Forced expiratory volum-FEV₁), 1. saniyede zorlu ekspiratuar volümün zorlu vital kapasiteye oranı (FEV₁/FVC), zorlu ekspiratuar akım (Forced expiratory flow-FEF_{%25-75}) orta değeri parametrelerine bakıldı. Testler hastalar yatakta uzun oturma pozisyonunda ve yatak başları 60 derece elevasyonda iken gerçekleştirildi. Test uygun dinlenme aralığı verilerek üç defa tekrarlandı. Bu üç değerden en yüksek olan seçildi.

Arter kan gazı ölçümü: ABL 500 cihazı kullanılarak yapıldı. Arter kan gazları PaO₂ (parsiyel oksijen basıncı), PaCO₂ (parsiyel karbondioksit basıncı) ve Oksijen Satürasyonu parametrelerine bakıldı. Akciğer Radyografik İncelemeleri: Akciğer grafileri yatakta uzun oturma pozisyonunda ve yatak başları 60 derece elevasyonda iken çekildi. Akciğer radyografileri, atelektazi ve plevral efüzyon riski açısından değerlendirilmeye alındı.

Uygulamalar

Torasik operasyon geçiren 30 hasta ekstübasyonu takiben randomize olarak iki gruba ayrıldı. 15 kişilik 1. gruba "İS" çalışmaları, 15 kişilik 2. gruba ise "CPAP" çalışmaları yapıldı. Her iki gruptaki hastalara mekanik fizyoterapi uygulamalarından sonra öksürük egzersizleri yaptırıldı. Öksürme egzersizleri için hasta uzun oturma pozisyonunda, yatak başı 60-90 derece elevasyonda ve insizyon yeri bir yastıkla desteklenerek pozisyonlandı. Hastadan derin bir inspiyumu takiben öne doğru eğilmesi ve hızla ekspiryum yapması ardından öksürmesi istendi.¹⁴ İS grubundaki hastalar postoperatif 1. gün yatak başı 45° yükseltilerek ve uzun oturma pozisyonunda her saat başı 5 dakika süreyle, günde toplam 1 saat insentif spirometre ile çalıştırıldı. İnsentif spirometre hastalara geniş bir inspiratuar efor yapması konusunda olanak sağlar ve bu sayede postoperatif dönemde solunum kaslarını kuvvetlendirerek, istemli nefes alıp-vermeyi arttırarak ve öksürme refleksini uyarak pulmoner komplikasyonların oluşma riskini önler.¹⁴ CPAP grubundaki hastalar ise postoperatif birinci gün yatak başı 45° yükseltilerek ve uzun oturma pozisyonunda her saat başı 5 dakika süreyle günde toplam 1 saat CPAP ile çalıştırıldı. CPAP basıncı 5 cmH₂O idi. CPAP arteriyal kan oksijenasyonunu arttırır, nefes alıp verme işlemini kontrol ederek dispneyi azaltır ve pulmoner komplikasyonların oluşma riskini önler.¹⁵ Her iki gruptaki hastalar ikinci günden dokuzuncu güne kadar iki saatte bir çalışmaya alındı, hastalarla toplam dokuz gün çalışıldı.

Tüm olguların postoperatif birinci ve dokuzuncu günde arter kan gazları ve akciğer radyolojik incelemesi, postoperatif dokuzuncu günde ise solunum fonksiyon testleri yapıldı ve sonuçlar karşılaştırıldı.

İstatistiksel Analizler

Çalışmanın veri analizinde SPSS istatistik programının 11.5 versiyonu kullanıldı. İki grubun ameliyat öncesi ve sonrası solunum fonksiyonları ve arter kan gazlarındaki değişimlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, birinci ve dokuzuncu günlerdeki değişim ise Covaryans testi ile yapıldı. Akciğer radyografilerinin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı.

Bulgular

Torasik operasyonlardan sonra postoperatif pulmoner komplikasyonların oluşmasını önlemek amacıyla yaptığımız bu çalışmada solunum fonksiyon testleri, arter kan gazları ve göğüs radyolojik incelemeleri kriter olarak kullanıldı. Olguların yaş, vücut ağırlığı, boy gibi bazı demografik bilgileri Tablo 1'de verilmiştir. Her iki grup arasında demografik özellikler açısından istatistiksel olarak farklılık bulunmadı. Hastaların ortalama yoğun bakım kalış süresi iki gün (1-7), hastane kalış süresi ortalama sekiz gün (7-19) olarak kaydedildi.

Solunum Fonksiyon Testleri: İS ve CPAP grubundaki hastaların preoperatif solunum fonksiyon testi sonuçları Tablo 2'de özetlendi. FVC, FEV₁, FEV₁/ FVC, FEF₂₅₋₇₅ değerleri ve PaO₂, PaCO₂, Oksijen saturasyonu değerlerinin hiçbirinde preoperatif dönemde gruplar arası istatistiksel fark yoktu.

Tablo 1. Hastaların Demografik Özellikleri

	1.grup (İS)	2.grup (CPAP)	p
	X±SS	X±SS	
	Median (min-max) (n=15)	Median (min-max) (n=15)	
Yaş (yıl)	53.07±14.99 52.50 (18-75)	51.67±14.99 49.20 (16-73)	0.091
Boy (cm)	160.73±10.83 159.02 (152-170)	164.20±6.27 162.05 (155-172)	0.087
Vücut Ağırlığı (kg)	61.77±18.33 58.00 (55-74)	63.53±13.53 62.55 (58-76)	0.082

*Mann-Whitney U Test

Tablo 2. 1. Grup ve 2. Grup Hastaların Preoperatif Dönem Solunum Fonksiyon Testi ve Arter Kan Gazları Değerlerinin Karşılaştırılması

	1.grup (İS)	2.grup (CPAP)	p
	X±SS (n=15)	X±SS (n=15)	
FVC (lt)	2.83±1.04	3.24±1.09	0.077
FEV ₁ (lt)	2.25±0.89	2.64±1.02	0.086
FEV ₁ / FVC (%)	78.69±11.22	79.09±11.50	0.094
FEF ₂₅₋₇₅ (lt)	2.17±1.29	2.97±1.55	0.187
PaO ₂ (mmHg)	85.81±17.06	92.36±9.85	0.084
PaCO ₂ (mmHg)	35.73±3.34	36.98±2.07	0.167
Satürasyon (%)	96.36±2.60	97.21±1.17	0.078

*Mann-Whitney U Test

Tablo 3. Preoperatif ve Postoperatif Dokuzuncu Gün Solunum Fonksiyon Testleri Sonuçlarının Karşılaştırması

	1.Grup (İS)			2.Grup (CPAP)		
	X±SS (n=15)		P	X±SS (n=15)		P
	Preop.	Postop. 9.Gün		Preop.	Postop.9.Gün	
FVC (Lt)	2.83±1.04	1.99±0.98	0.001	3.24±1.09	2.01±0.69	0.001
FEV ₁ (Lt)	2.25±0.89	1.57±0.78	0.001	2.64±1.02	1.65±0.61	0.001
FEV ₁ / FVC (%)	78.69±11.22	77.19±9.37	0.078	79.09±11.50	80.6±8.16	0.073
FEF _{%25-75} (Lt)	2.17±1.29	1.38±0.79	0.001	2.97±1.55	1.73±0.97	0.001

*Covaryans Testi, Mann-Whitney U Test

Olgularla çalışmaya başlandıktan sonra postoperatif birinci ve dokuzuncu günde solunum fonksiyon testleri yapıldı. İS ve CPAP grubundaki hastaların preoperatif ve postoperatif dokuzuncu gün solunum fonksiyon testleri sonuçlarının karşılaştırması Tablo 3'te özetlendi.

Her iki gruptaki hastaların FVC, FEV₁ ve FEF %₂₅₋₇₅ değerlerinde postoperatif dokuzuncu günde preoperatif ölçüm değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeydede idi. Ancak Tablo 4'te gösterildiği gibi postoperatif birinci gün ile postoperatif dokuzuncu gün solunum fonksiyon testleri karşılaştırıldığında postoperatif dokuzuncu günde her iki grubunda FVC, FEV₁ ve FEF %₂₅₋₇₅ değerlerinde anlamlı düzeltilmeler görüldü (p<0,001). Solunum fonksiyon testlerinin tüm parametrelerinde gözlenen bu düzeltilmenin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermediği belirtildi (p>0,05).

Tablo 4. Postoperatif Birinci ve Dokuzuncu Gün Solunum Fonksiyon Testi Değerlerinin Karşılaştırması

	1.grup (İS) X±SS(n=15)			2.grup (CPAP) X±SS (n=15)		
	Postop 1.gün	Postop. 9.gün	p	Postop 1.gün	Postop. 9.gün	p
FVC (lt)	1.65±0.79	1.99±0.98	0.001	1.62±0.61	2.01±0.69	0.001
FEV ₁ (lt)	1.27±0.61	1.57±0.78	0.001	1.31±0.5	1.65±0.61	0.001
FEV ₁ / FVC (%)	77.39±6.48	77.19±9.37	0.089	80.15±8.85	80.6±8.16	0.091
FEF % ₂₅₋₇₅ (lt)	1.06±0.65	1.38±0.79	0.001	1.36±0.70	1.73±0.97	0.001

*Mann-Whitney U Test

Arter Kan Gazları: Olgularla çalışmaya başlandıktan sonra postoperatif birinci ve dokuzuncu günde arter kan gazı değerleri tayin edildi. Ölçüm sonuçları İS ve CPAP grubundaki hastalar için Tablo 5'te özetlendi. Arter kan gazı değerleri açısından gruplar arası farklılık bulunmadı.

Tablo 5. Postoperatif Birinci ve Dokuzuncu Gün Arter Kan Gazı Değerlerinin Karşılaştırması

	1.grup (İS) X±SS (n=15)			2.grup (CPAP) X±SS (n=15)		
	1.gün	9.gün	p	1.gün	9.gün	p
PaO ₂ (mmHg)	112.87±26.79	110.74±31.96	0.078	88.71±22.95	94.66±14.57	0.069
PaCO ₂ (mmHg)	37.38±4.96	37.81±3.84	0.159	35.29±4.20	36.97±2.87	0.077
Satürasyon (%)	98.41±1.11	97.85±1.50	0.175	96.68±2.23	96.70±0.93	0.197

*Covaryans Testi, Mann-Whitney U Test

Komplikasyonlar: İS grubundaki hastalarda postoperatif birinci gün, iki hastada lobar atelektazi, bir hastada segmental atelektazi, dört hastada ise plevral efüzyon görüldü

(Tablo 6). CPAP grubundaki hastalarda, postoperatif birinci gün üç hastada lobar atelektazi, bir hastada ise plevral efüzyon görüldü. Her iki grup hastada istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0,05$). Postoperatif dokuzuncu günde ise İS grubundaki hastaların birinde lobar atelektazi, beşinde ise plevral efüzyon görülürken CPAP grubundaki hastalarda ise sadece birinde plevral efüzyon tespit edildi. Komplikasyon bakımından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

Tablo 6. Postoperatif Birinci Ve Dokuzuncu Gün Komplikasyon Sayıları

	1.grup (İS) (n=15)		2.grup (CPAP) (n=15)	
	1.gün	9.gün	1.gün	9.gün
Lobar Atelektazi (n)	2	1	3	0
Segmental Atelektazi (n)	1	0	0	0
Plevral Effüzyon (n)	4	5	1	1

*Ki-kare

Tartışma

Torasik cerrahi geçiren hastalarda postoperatif komplikasyonları önlemek için yaptığımız bu çalışmanın sonucunda her iki gruptaki hastaların FVC, FEV₁ ve FEF_{%25-75} değerlerinde postoperatif dokuzuncu günde preoperatif ölçüm değerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı azalmalar tespit edildi ($p<0,001$). Postoperatif birinci gün ile postoperatif dokuzuncu gün solunum fonksiyon testleri karşılaştırıldığında ise postoperatif dokuzuncu günde her iki grubun da FVC, FEV₁ ve FEF_{%25-75} değerlerinde anlamlı düzelmeler görüldü ($p<0,001$). Solunum fonksiyon testlerinin tüm parametrelerinde gözlenen bu düzelmelerin gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermedi ($p>0,05$).

Torasik ve üst abdominal cerrahiden sonra, göğüs kafesi ve diyafragmanın hareketlerinde azalma ve inspirasyon sürecinde belirgin zayıflama gözlenir. Hastaların solunum fonksiyon testleri parametrelerinde özellikle FVC, FEV₁ ve FEF_{%25-75} değerlerinde postoperatif dönemde azalmalar beklenir. Bunun sonucunda da pulmoner komplikasyonların görülme oranı oldukça sıktır. Solunum fonksiyon testleri parametrelerinde gerçekleşen bu azalmaları düzeltmek ve ciddi sağlık problemlerine yol açabilen bu komplikasyonların önlenmesi için çeşitli fizyoterapi yöntemlerini kullanan farklı çalışmalar yapılmıştır.⁸⁻¹⁰

Postoperatif pulmoner komplikasyonların önlenmesinde pek çok fizyoterapi yaklaşımı söz konusudur. Bunlar; ekspiratuvar manevralar, IPPB, aktif solunum teknikleri döngüsü, İS, CPAP, PEP (Positive Expiratory Pressure) gibi yöntemlerdir. Bu metodların hepsinin ortak amacı, postoperatif dönemde gelişen alveolar kollapsın önlenmesini sağlamaktır.¹³⁻¹⁵

Çalışmamıza dahil edilen hastalarda anamnez, klinik muayene, solunum fonksiyon testleri ve akciğer radyografik değerlendirmesinde, kronik obstruktif akciğer hastalığı başta olmak üzere solunum sistemini kısıtlayan herhangi bir hastalığa rastlanmadı.

Preoperatif ve postoperatif dönemde birinci ve dokuzuncu günlerde yapılan solunum fonksiyon testleri, arter kan gazları ve akciğer radyografileri ile hastaların klinik durumları objektif bir şekilde değerlendirildi. İki gruba ayrılan hastaların bir yarısına İS, ikinci yarısına ise CPAP uygulayarak hastaların postoperatif pulmoner komplikasyonları, öncelikle atelektazi, pnömoni ve plevral effüzyonu tanımlama bakımından kıyaslanarak değerlendirilmeye çalışıldı.

Postoperatif pulmoner komplikasyonların erken dönemde önlenmesi için intratorasik basıncın artırılması gereklidir, böylece Fonksiyonel Rezidüel Kapasite (Functional Residual Capacity-FRC)'nin normal sınırlarda kalması sağlanmış olur. FRC'nin normal sınırlarda kalmasını sağlamak çok önemlidir çünkü, rezidüel volüm ve total akciğer kapasitesindeki azalmalara PaO₂ ve PaCO₂'de değişimler de eklendiğinde atelektaziye sebep olabilirler.¹⁶ Akciğer volümlerini objektif ölçümlerle ortaya koymak için spirometrik incelemeler yapılabilir. Bu spirometrik incelemeler, uygulanacak fizyoterapi yöntemlerinin de karşılaştırılmasında oldukça önemlidir.¹⁷ Postoperatif erken dönemde kaybedilen akciğer volümleri ölçmek amacıyla biz de çalışmamızda solunum fonksiyon testlerini kullandık. Tam yüz maskesi veya sadece burun maskesi ile uygulanan CPAP azalan FRC'in artırılmasında ve hipoksinin düzeltilmesinde etkili yöntemlerdir. Uygulanan fizyoterapi yöntemleri ile hastaların solunum fonksiyon testi parametrelerinde düzelmeler başladığı böylece postoperatif pulmoner komplikasyonların oluşmasını engellediği bildirilmiştir.^{13,14} Her iki hasta grubunda da postoperatif dokuzuncu güne gelindiğinde özellikle FVC, FEV₁ ve FEF %₂₅₋₇₅ değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı volüm artışlarının başladığı gözlemlendi. Milles ve arkadaşları¹⁸ bizim çalışmamıza benzer olarak majör torasik cerrahi geçiren hastalarda postoperatif pulmoner komplikasyonların önlenmesi için CPAP'ı hastalarına uygulamışlardır. Sonuç olarak oksijenasyonu arttırmada 5-10 cmH₂O basıncın yeterli olabileceği sonucuna varmışlardır. Biz de çalışmamızda literatürle uyumlu olarak CPAP'ı 5 cmH₂O basınçla uyguladık ve sonuçta komplikasyon sayısının postoperatif dokuzuncu gündeki azalmasına dayanarak bu metodun etkili olduğu görüşündeyiz. Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak postoperatif dokuzuncu günde komplikasyon sayılarında gözlenen azalma sonucunda her iki metodun da etkili olduğu görüşüne vardık. Ricksten ve arkadaşları¹⁹ üst abdominal cerrahi geçiren hastalarda postoperatif dönemde bir gruba CPAP, diğer gruba PEP uygularken, kontrol grubuna İS destekli derin solunum egzersizleri uygulamışlardır. Cerrahi sonrası, üç grupta da arterial-alveolar oksijen farkında anlamlı bir artış görülürken, birinci gün bu artış maksimuma ulaşmıştır. Postoperatif ikinci gün, CPAP ve PEP grubunda arterial-alveolar oksijen farkı azalmış kontrol grubuyla karşılaştırıldığında ise PEP grubunda daha düşük olduğu gözlenmiştir. FVC değerinin CPAP ve PEP gruplarında kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Atelektazi insidansı kontrol grubunda diğer gruplara göre daha yüksek çıkarken, CPAP ve PEP grupları arasında anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Sonuçta CPAP ve PEP uygulanmasının, derin solunum egzersizlerine göre atelektazi oluşumunu engelleme ve akciğer hacimlerini artırma açısından daha üstün olduğu sonucuna varmışlardır. Overend ve ark.²⁰ yaptıkları bir derlemede taradıkları çalışmaların çoğunda kardiyak veya abdominal cerrahiye takiben kullanılan İS'nin kısa dönemde tedavi edici etkisinin olmadığını rapor etmişler ancak abdominal cerrahiye takiben postoperatif

pulmoner komplikasyonları önlemede İS'nin; derin nefes egzersizleri ve IPPB uygulanan hastalarda hiç tedavi görmeyen hastalara oranla aynı derecede etkili olduğu vurgulanmıştır. Kardiyak veya abdominal cerrahiyi takiben postoperatif komplikasyonların önlenmesinde İS uygulamalarının pozitif etkilerine dair yeterince kanıt olmadığı sonucuna varılmış ve daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda postoperatif dokuzuncu günde SFT değerlerinde düzelme olmasında İS ve CPAP uygulamaları ile benzer sonuçlar alınmış olması ve İS'nin kolay uygulanabilir, ucuz bir yöntem olması nedeniyle postoperatif dönemde komplikasyonların önlenmesi için önerilebilir bir yöntem olduğu sonucuna varıldı.

Çalışmamızda hem İS grubu hem CPAP grubu hastalarımız postoperatif dokuzuncu gün solunum fonksiyon testi sonuçlarına göre uygulanan fizyoterapi çalışmalarından eşit miktarda fayda gördüler. Benzer olarak yapılan birçok çalışmada postoperatif fizyoterapinin etkinliği ve önemi üzerinde durulmuş, birçok yöntem kombine edilerek karşılaştırılmalar yapılmış ve fizyoterapi uygulamalarının olumlu etkileri sonuçlarda rapor edilmiştir. Bu uygulamaların birbirine üstünlük oluşturmadığı, sadece uygulanan maske yöntemlerinin derin solunum egzersizlerine üstünlük oluşturduğu bazı çalışmalar ile gösterilmiştir.^{21,22} Varela ve arkadaşları²³ 2006 yılında yaptıkları bir çalışmada torasik cerrahi geçiren 119 hastaya İS, derin inspiratuar manevralar, statik bisiklet ve treadmill egzersizleri uygulamışlardır. 520 hastaya ise sadece rutin bakım ve İS uygulanmıştır. Bu çalışmada İS bir fizyoterapi yöntemi olarak değil hastalar tarafından bağımsız olarak fizyoterapi yerine kullanılmıştır. Fizyoterapi alan birinci grup hastalarda atelektazi insidansı (%2-8) diğer gruba oranla düşük bulunmuştur (p<0.001). Fizyoterapi alan grup hastaneden daha çabuk taburcu olduğu için maliyet açısından daha avantajlı olarak kabul edilmiştir. Braun ve arkadaşları²⁴ akciğer volümlerinin ve devamlı akciğer difüzyon kapasitesinin koroner arter revaskülarizasyon ameliyatından sonra azaldığını bildirmişlerdir. Yine bu çalışmada uygulanan her iki teknik de akciğer volümlerini erken dönemde preoperatif seviyeye doğru geri döndürme konusunda birbirine üstün bulunmamıştır.

Çalışmamızda iki farklı mekanik fizyoterapi tekniği olan İS ve CPAP uygulanan gruplar arasında solunum fonksiyon testlerindeki değişimler açısından anlamlı bir fark görülmedi. Hastaların postoperatif solunum fonksiyon parametrelerindeki düşüşlerin düzeltilmesi için iki farklı fizyoterapi yönteminin birbirine üstünlüğü bulunamadı.

Bizim çalışmamızın limitasyonlarından biri FRC'nin ölçülememesidir. Bir diğer limitasyonu ise hasta grubunun hem kardiyak hem de pulmoner cerrahi geçiren kişilerden oluşması yani homojen bir topluluk olmamasıdır.

Sonuç olarak; torasik cerrahi geçiren hastalarda solunum performansını geliştirmek ve dolayısıyla postoperatif pulmoner komplikasyonları önlemede mekanik fizyoterapi tekniklerinin etkili olduğu, hastaların postoperatif dönemde kaybetmiş oldukları akciğer volümlerini en kısa sürede kazanabilmelerinin önemli olduğu görüşündeyiz.

Kaynaklar

1. Ferguson MK. Preoperative assessment of pulmonary risk. *Chest* 1999;115: 58-63.
2. Hall JC, Talala RA, Mander J. A multivariate analysis of the risk of pulmonary complications after laparotomy. *Chest* 1991;99:923-7.

3. Brooks JA, Brunn DNS. Predictors of postoperative pulmonary complications following abdominal surgery. *Chest* 1997;111:564-71.

72

4. Ferreyra G, Long Y, Ranieri VM. Respiratory complications after major surgery. *Current Opinion in Critical Care* 2009;15:342-8.

5. Stéphan F, Boucheseiche S, Hollande J, Flahault A, Cheffi A, Bazelly B, et al. Pulmonary complications following lung resection: a comprehensive analysis of incidence and possible risk factors. *Chest* 2000;118(5):1263-70.

6. Agostini P, Cieslik H, Rathinam S, Bishay E, Kalkat MS, Rajesh PB, et al. Postoperative pulmonary complications following thoracic surgery: are there any modifiable risk factors? *Thorax* 2010;65:815-8.

7. Eagle KA, Guyton RA, Davidoff R, Edwards FH, EwyGA, Fonger J, Gardner TJ, et al. ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: Summary article. *J Am Coll Cardio*, 2004; 44:1146-54.

8. Berry CB, Butler PJ, Myles PS. Lung management during cardiopulmonary bypass: is continuous positive airways pressure beneficial? *Br J Anaesth* 1993;71(6):864-8.

9. Dyhr T, Laursen N, Larsson A. Effects of lung recruitment maneuver and positive end-expiratory pressure on lung volume, respiratory mechanics and alveolar gas mixing in patients ventilated after cardiac surgery. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2002;46(6):717-25.

10. Allen MS, Darling GE, Pechet TT, Mitchell JD, Herndon JE, Landreneau RJ, et al; ACOSOG Z0030 Study Group. Morbidity and mortality of major pulmonary resections in patients with early-stage lung cancer: initial results of the randomized, prospective ACOSOG Z0030 trial. *Ann Thorac Surg* 2006;81:1013-20.

11. Garcia Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J. Preoperative assessment. *Lancet* 2003;362:1749-59.

12. Patel RL, Townsend ER, Fountain SW. Elective pneumonectomy: factors associated with morbidity and operative mortality. *Ann Thorac Surg* 1992; 54:84-8.

13. Renault JA, Costa-Val R, Rossetti MB. Respiratory physiotherapy in the pulmonary dysfunction after cardiac surgery. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2008;23:562-9.

14. Savci S, Sakin S, Inal Ince D, Arıkan H, Can Z, Buran Y, Kuralay E. Active cycle of breathing techniques and incentive spirometer in coronary artery bypass graft surgery. *Fizyoterapi Rehabilitasyon* 2006;17:61-9.

15. Brooks D, Crowe J, Kelsey CJ, Lacy JB, Parsons J, Solway S. A clinical practice guideline on peri-operative cardiorespiratory physical therapy. *Physiotherapy Canada* 2001;53(1):9-25.

16. Tusman G, Bohm SH, Tempra A, Melkun F, Garcia E, Turchetto E, Mulder PG, Lachmann B: Effects of recruitment maneuver on atelectasis in anesthetized children. *Anesthesiology* 2003; 98:14-22

17. Berrizbeitia LD, Tessler S, Jacobowitz JJ, et al. Effect of sternotomy and coronary bypass surgery on postoperative pulmonary mechanics: Comparison of internal mammary and saphenous vein bypass grafts. *Chest* 1989;96:873-6.

18. Kindgen-Milles D, Buhl R, Gabriel A, Böhner H and Müller. Nasal Continuous Positive Airway Pressure A Method to Avoid Endotracheal Reintubation in Postoperative High-risk Patients With Severe Nonhypercapnic Oxygenation Failure. *Chest* 2000;117:1106-11.
19. Ricksten SE, Bengtsson A, Soderberg C, Thorden M, Kvist H. Effects of periodic positive airway pressure by mask on postoperative pulmonary function. *Chest* 1986;89: 774-81.
20. Overend T J, Anderson MA, Lucy SD, Bhatia C, Jonsson BI, Timmermans C. The Effect of Incentive Spirometry on Postoperative Pulmonary Complications. A Systematic Review. *Chest* 2001;120(3):971-8.
21. Gürses HN. Peroperatif rehabilitasyon, Kronik solunum yetersizliğinde solunum pompa desteği. *Solunum* 2002;4: 332-8.
22. Sarkıç S. Açık kalp ameliyatı geçiren hastalarda İnsemtif Spirometre ile aktif solunum teknikleri döngüsünün etkinliğinin karşılaştırılması. Kardiyopulmoner Rehabilitasyon programı yüksek lisans tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2004.
23. Varela G, Ballesteros E, Jimenez MF, Novoa N, Aranda JL. Cost effectiveness analysis of prophylactic respiratory physiotherapy in pulmonary lobectomy. *Eur J Cardiothorac Surg* 2006;29:216–20.
24. Braun SR, Brinbaum ML, Chopra PS. Pre and postoperative pulmonary function abnormalities in coronary artery revascularization surgery. *Chest* 1978;73:316-20.

Çocuklarda Cinsel İstismara Bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Olgu Analizi

Post-Traumatic Stress Disorder Due to Sexual Abuse in Children: Case Analysis

Gülçin BOZKURT¹
Coşkun YORULMA²
Duygu SÖNMEZ
DÜZKAYA³

¹ İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü

² İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Adli Tıp anabilim Dalı

³ İstanbul Üniversitesi Tıp
Fakültesi Hemşirelik
Hizmetleri Müdürlüğü

*Yazışma Adresi/
Correspondence*
Dr. Gülçin BOZKURT
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Demirkapı Cad. Karabal
Sk. Bakırköy Ruh ve Sinir
Hastalıkları Hastanesi
Bahçesi içi 34740
Bakırköy / İstanbul
Tel: 0212 414 15 00.
gulmeh@hotmail.com

Geliş Tarihi /Received
11/06/2014
Kabul Tarihi/Accepted
29/09/2014

HSP 2014;1(2):68-74

Özet

Cinsel istismara bağlı post travmatik stres bozukluğu, psikolojik etkileri yetişkinliğe kadar süren bir travmadır. Ülkemizdeki hastanelerde cinsel istismarı değerlendirme ve izleme ekipleri sınırlı sayıdadır. Başvurulabilecek merkez ve uzmanların yetersizliği nedeniyle, çocuk tekrarlayan, fiziksel ve ruhsal muayeneye maruz kalmaktadır. Multidisipliner ve bütüncül yaklaşımın olmadığı görülmüştür. Cinsel istismarda tanı ve tedavinin her aşamasında hemşire çocuğun yanında olmalıdır. Cinsel istismar nedeniyle travma sonrası stres bozukluğu olan çocuk ve ailesine; bireysel baş etmede yetersizlik, uyku bozukluğu ve benlik saygısında bozulma tanıları doğrultusunda hemşirelik bakımı yapılabilir. Bu olguda cinsel istismara uğrayan çocuğun; tedavi ve hak arama sürecinde yaşadığı sorunlara ve hemşirenin rolüne dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk; cinsel istismar, travma sonrası stres; hemşirelik

Abstract

Post-traumatic stress disorder due to sexual abuse is trauma lasting into adulthood of psychological effects. The hospital staff who are to evaluate and follow sexual abuse are sparse in our country. Due to lack of health center and experts, it has been observed that child has been exposed to the repeated physical and mental examination. Furthermore, it revealed that this is not a multidisciplinary and holistic approach. Nurse is supposed to accompany to the child in each stage of diagnosis and treatment of sexual abuse. Because of sexual abuse, nursing care can be applied in impaired diagnosis to the child with posttraumatic stress disorder and his/her family in order to cope with personal competence of child, sleeping disorders and self-esteem. In this case, it is aimed to pay attention sexually abused child's problems which occur during the process of treatment and advocacy, and the role of nurse.

Key words: Child, sexual abuse, posttraumatic stress,nursing

Giriş

Bir yetişkin tarafından, çocuğun cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak ya da kandırma yolu ile cinsel uyarı ve doyum için kullanılması, fuhuşa zorlanması, pornografi gibi suçlarda cinsel nesne olarak kullanılması cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır. Cinsel istismar; temas içermeyen cinsel istismarlar, cinsel dokunma, interfemoral ilişki, cinsel penetrasyon ve cinsel sömürü şekillerinde olabilir.^{1,2}

Ülkemizde, aile içinde, kurumlarda, toplumda çocuğun cinsel istismarının boyutlarını tam olarak yansıtan geniş çaplı araştırmalar yoktur. Bireysel, ailesel ve kültürel etkenlerden dolayı cinsel istismar olgularının gerçek rakamları bilinmemektedir.¹ Cinsel istismar %13–33 arasında değişen oranlarda görüldüğü ve bu çocukların ancak %15'inin bildirildiği tahmin edilmektedir.³⁻⁵ Yeterli veri olmamakla birlikte son yıllarda yapılan çalışmalar cinsel istismarın ülkemizdeki yaygınlığının azımsanmayacak oranlarda olduğunu göstermektedir. Liselerde okuyan kızlarla retrospektif olarak yapılan bir çalışmada %13.4'ünün cinsel istismara uğradığı belirlenmiştir.⁴ Çocukluk çağı, cinsel istismarına ait gerçek oranların saptanmasını etkileyen nedenler; çocuğun yaşadığı olayı söyleyememesi, söylediğinde şüpheyle karşılanması ya da kendisine inanılmaması, ailenin olayı yetkili mercilere bildirmemesi şeklinde sıralanabilir.¹

Birçok çalışmada kızların erkeklerden 2-5 kat daha fazla cinsel istismara maruz kaldığı gösterilmiştir.^{1,2,4} Dönmez ve ark., Göker ve ark. araştırmalarında sırasıyla istismara uğrayan olgularının %73'ünün, %69.4'ünün kız olduğunu belirlemiştir.^{1,4} En sık bildirilen cinsel istismar tipi kızlarda %42,7 ile bedene cinsel amaçlı dokunma, erkeklerde %50 ile anal penetrasyon olduğu saptanmıştır.⁴

Cinsel istismara maruz kalma anksiyete, depresyon, madde bağımlılığı, nevrotik bozukluklar, intihar davranışı, borderline kişilik bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğunu içeren psikiyatrik bozukluklarla sonuçlanabilmektedir.^{1,4,6-7} Dönmez ve ark. çalışmalarının da cinsel istismar sonrası çocukların büyük bir kısmında (%81.9) ruhsal bozukluk geliştiğini saptamıştır.⁴ Literatürde cinsel istismarın travma sonrası stres bozukluğuna yol açan en travmatik olay olduğu bildirilmektedir.⁸⁻⁹ Birçok araştırmacı cinsel istismara uğrayan çocuklarda en sık gözlenen psikiyatrik tanının, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olduğunu belirlemiştir.^{1-2,4,6,10}

Travma sonrası stres bozukluğunun çocuğun ruhsal gelişimini bozabileceği; uyumunu, duygulanım sürecini, benlik saygısını, bilişsel işlevlerini, sosyal becerilerini, kişilik gelişimini etkileyebileceği ve psikolojik etkilerinin yaşam boyu süreceği belirtilmektedir.^{3,8}

Cinsel istismarın çocuk üzerindeki etkileri; çocuğun istismarcı ile olan ilişkisine, istismarın şekline, süresine, şiddet kullanma durumuna, fiziksel zarara, çocuğun yaşı ve gelişim düzeyine ve travma öncesi psikolojik gelişimine bağlı olarak değişmektedir.^{1-2,4,10}

Travma sonrası stres bozukluğu, travma yaratan olayın istem dışı sık sık hatırlanması ve yeniden yaşanmış duygusu uyandırır. Yoğun endişe duyma, olayın rüyalarda tekrarlanması, uyku bozuklukları, öfke patlaması, aşırı tedirginlik, irritabilite, aşırı tepki verme belirtileri sık görülür. Bu kişilerde olayı hatırlatan duygu, düşünce ve ortamlardan kaçınma, günlük yaşam etkinliklerine ilginin kaybedilmesi ve geleceğinin kalmadığı duygusu gelişir.

Sağlık çalışanları; adli tıp, psikiyatri, acil ve çocuk kliniği gibi birçok alanda cinsel istismara uğramış çocuk ve aile ile karşılaşmaktadır. Çalışanların çocuklara ve ailelerine doğru yaklaşımda bulunması önemlidir.¹¹⁻¹³

Çoğu zaman toplum tarafından damgalanma, hak arama sürecinin gecikmesi veya sonuçsuz kalabileceği düşüncesiyle, cinsel istismar gizli kalmakta ve aileler hak aramaktan kaçınmaktadır. Bu olguda cinsel istismara uğrayan çocuğun; inceleme, takip ve tedavi sürecinde yaşadığı sorunlara ve hemşirenin rolüne dikkat çekilmektedir.

Olgu Sunumu

Karadeniz bölgesinde bir ilde 10 yaşındaki erkek çocuk, erişkin bir kişi tarafından, rektal temas yolu ile cinsel istismara uğramıştır. Cinsel istismardan hemen sonra durumu öğrenen ailenin, cinsel istismarı gerçekleştiren kişinin cezalandırılması için karakola başvurusu ile başlayan hak arama sürecindeki yaşantıları, adli tıp kayıtlarından elde edilen verilere göre aşağıda kısaca özetlenmiştir.

Karakolda ifadesi alınan aile ve çocuk savcılığa yönlendirilmiştir. *Savcılık* “Çocuğun livata yoluyla (anal ilişki), vücuduna organ veya sair cisim sokularak cinsel istismarın olup olmadığı, mağdura şiddet uygulanıp uygulanmadığı, olay nedeni ile çocuğun beden veya ruh sağlığının bozulup bozulmadığının değerlendirilmesi için” devlet hastanesine sevk etmiştir.

Devlet Hastanesi; yaptığı muayene sonucunda, darp cebir izine rastlanmadığı, halen hayati tehlikesi bulunmadığı, makatta saat 5-6-7 hizasında kızarıklıklar ve laserasyonlar olduğu ve kesin raporun *resmi bilirkişilik* tarafından verileceğini bildirmiştir. Çocuk tekrar değerlendirilmesi için *resmi bilirkişilik kurumu*'na gönderilmiştir.

Resmi bilirkişilik kurumu; “darp cebir izine rastlanmadığını, genital muayenede makatta saat 5-6-7 hizasında kızarıklıklar ve laserasyonlar bulunduğu....raporda tarif edilen bulguların ayrıntılı olmadığı, laserasyon tabirinin ne anlamda (sıyrık, fissür, yırtık gibi) kullanıldığının anlaşamadığı; bu nedenle değerlendirilemediğini... konuyla ilgili ihtisas kurulu olan bir üst *resmi bilirkişilik kurumu*'na gönderilerek heyet raporu istenmesinin uygun olacağı” bildirilmiştir.

Baba çocuğun olay tarihinden beri kendileri ile yattığını, yalnız yatmadığını ve korktuğunu bildirince,tıp fakültesi hastanesi çocuk psikiyatri bölümüne sevk edilmiştir.

...Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Psikiyatri kliniği; yapılan psikiyatrik muayenesinde, çocuğun olaydan sonra iki hafta evden dışarı çıkmaması ve rüyalarında olayı tekrar tekrar yaşadığını ifade etmesi, anamnez, psikiyatrik muayene ve psikometrik değerlendirmeler sonucunda, *Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı* ile imipramin 20 mg/gün tedavi başlanmış”....

... üst resmi bilirkişilik kurumu;...babadan alınan anamnezde, olaydan sonra anne ve babasıyla yatmaya başladığını, onların itirazı üzerine kendi odasında ancak kapıyı kilitleyip anahtarı cebine koyarak yattığı, psikolojik yardım ve ilaç kullandığı, okula başladıktan ve mahkemeye çıktıktan sonra korkularının yeniden alevlendiğini... Anal muayenesinde, mukozada...hizasında 0.5x0.1 cm ebadında nedbe dokuları olduğu, sfinkter tonusunun doğal bulunduğu”na dair muayene kaydı bilgilerine raporda yer vermiştir.

...üst resmi bilirkişilik kurumu Sonuç Raporu: Tıbbi belgeler ile dava dosyasında belirlenen adli psikiyatri ve adli tıbbi ilgilendiren hususların değerlendirilmesiyle:... *üst resmi bilirkişilik kurumunca* saptanan muayene bulguları ve dava dosyasının birlikte

değerlendirilmesi sonucunda; ... tarif ve tespit edilen bulguların vücuda anal yoldan, organ vs. cisim sokulması neticesinde meydana gelebilecek cinsel istismar niteliğinde olduğu, mevcut bulgularla kişide saptanan bulguların parmak, penis veya bir başka cismin sokulması neticesinde meydana gelip gelmediğinin tıbben ayırdedilemeyeceği ve bunun yanısıra kişide ruhsal yönden TSSB saptandığına oybirliği ile karar vermiştir.

Adli tıp raporları retrospektif olarak incelenerek, adli süreçteki durumu özetlenen bu olguda, hemşirenin sistem içindeki işlevi/etkisine dair hiçbir bilgiye ve kayda rastlanmamıştır.

Tartışma

Çocuğun cinsel istismarı tüm dünyada psikolojik, hukuki, ahlaki ve sosyal boyutları olan bir sorundur. Cinsel istismar her yaşta travmatik olmakla birlikte, bu olaydan sadece çocuklar değil, bu çocukların yakın çevreleri de etkilenmektedir.^{1,2,4,10} Cinsel istismarı ailesine bildiren mağdurların bir kısmının ailesi zarar göreceklərini düşündükleri için olayı gerekli mercilere bildirmemektedir.¹ Adli psikiyatrik değerlendirme adli süreç açısından önemli olduğu gibi olası psikiyatrik bozukluğun tespit edilmesi ve çocuğun korunması için de önemlidir.² Bu olgular çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniklerine daha çok adli değerlendirme ve ruh sağlığının bozulup bozulmadığının değerlendirilmesi amacıyla yönlendirilmektedir.^{1,2,4,14}

Cinsel istismara uğrayan çocukların %75-%85.5'ine psikiyatrik bir tanı konduğunu saptamıştır.^{1,10} Literatürde cinsel istismara uğrayan çocuklarda en sık görülen ruhsal bozukluğun %40-50 arasında oranlarda TSSB olduğu bildirilmiştir.¹⁰ Ülkemizde yapılan birçok araştırmada cinsel istismara uğrayan çocuklarda en sık saptanan psikiyatrik tanının TSSB olduğu (ilk üç sırada, TSSB, depresyon ve anksiyete) belirlenmiştir.^{1,2,4,10} İrdelemiş olduğumuz erkek çocuk olguda, erişkin bir kişi tarafından, anal penetrasyon yolu ile cinsel istismara uğramıştır. Cinsel istismar uzun sürmüşse, zorlama veya güç kullanılmışsa, cinsel eylem penetrasyon içeriyorsa psikiyatrik sonuçların daha ağır olduğu belirtilmektedir.¹⁰ Cinsel istismarın erkek çocuklarında kızlara oranla daha nadir ortaya çıktığı ve daha az bildirildiği belirtilmektedir. Dönmez ve ark. en sık bildirilen cinsel istismar tipinin erkeklerde %50 ile anal penetrasyon olduğunu saptamıştır.⁴ Her ne kadar kız çocukları cinsel istismara daha fazla maruz kaldığı belirlenmiş olsa da, erkek çocuklarının da risk taşıdığı unutulmamalıdır.

İstismarın açığa çıkmasının ardından çocukla olan etkileşim klinik tabloda belirleyici olmaktadır. Cinsel istismar için başvurulacak, uygun merkezlerin ve uzman ekiplerin yetersiz olmasının, çocuğun farklı kurum ve merkezde fiziksel ve ruhsal muayeneye maruz kalmasının travma kadar rahatsız edici olduğu, sorunu ağırlaştırdığı bilinmektedir. Soruna odaklı çözüm arayışına giden ve çocuktaki suçluluk ve sorumluluk duygularını azaltabilen bir destek sistemi ile çocuğun durumu daha olumlu seyretmektedir.⁴ Bu olguda hak arama sürecinde, bilirkişi görüşü almak için, en az 6 kişi ve kurum tarafından yapılan tekrarlayan değerlendirme süreci dikkat çekmektedir. Ayrıca mahkeme süreci, mahkemenin kaç oturumda sonuçlanacağı yukarıdaki raporda görülmektedir. Fazla sayıda (2-7 kez arasında) yapılan her muayenede çocuğun olayı tekrar yaşadığı bildirilmektedir. Oysa öykü, psikiyatrik bulgular, deliller ve tedavinin multidisipliner bütüncül yaklaşımla değerlendirilmesi gerekmektedir.¹¹

Bu çocukların muayenesinin adli tıp kurumunda, özel hazırlanmış muayene ünitesinde bir kerede bitirilmesi, genital muayenesinin de dahil tüm muayenesinin çocuk küçükse anne

kucağında veya yanında yapılması önerilmektedir.⁸ Cinsel istismara uğrayan bu olguda, yukarıdaki eksiklikler nedeniyle tanılama, tedavi ve resmi bilirkişilik süreci uzamıştır. Travma sonrası stres bozukluğunu önlemek için çocukla görüşmenin; uzman kişiler tarafından, standart görüşme teknikleri ve standart formlar kullanılarak yürütülmesi, görüşme bulgularının görüntülü ve yazılı kaydedilmesi gerekmektedir.¹³

Cinsel istismar riski olan çocukları tanılama, bakım, rehabilitasyon ve toplumun eğitilmesinde hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır. Hemşireler çocuğa hizmet verilen her alanda, cinsel istismara uğramış çocuklarla karşılaşabilirler.¹² Adli süreçteki durumu özetlenen bu olguda, dikkat çeken bir diğer sorun hemşirenin sistem içindeki işlevi/etkisine dair hiçbir bilgiye rastlanmamış olmasıdır. Cinsel istismara uğramış çocuklarla; çocuk klinikleri, çocuk psikiyatrisi, aile sağlığı merkezleri, adli tıp ve okullarda sık karşılaşılan hemşirelerin, bu çocuklara hizmet sunulan birimlerde yeterince aktif rol almadığı bilinmektedir. Arıkan ve ark. hemşirelerin %71'inin en az bir defa çocuk istismarı ile karşılaştığını belirlemiştir.¹⁵ Bu konuda yapılmış araştırmalarda ülkemizde adli tıp kurumlarında ve bu çocukların tedavi edildiği birimlerde, istismar konusunda tecrübeli hemşire sayısının yetersiz olduğu belirlenmiştir. Tamer ve ark. Ankara'da sekiz hastanenin atısında çocuk istismar ve ihmal ile ilgilenen yapılandırılmış bir ekip olduğu ve bu ekipler içinde hiç hemşire olmadığını saptamıştır.¹⁶ Hemşirenin; iyi bir gözlemci olması, Çocuğa özgü yaş özellikleri, büyüme-gelişme, adli hemşirelik, istismara uğrayan çocuğa yaklaşım, iletişimi bilmesi gerekmektedir. Çatık ve ark. Söke ilçesinde bulunan yedi sağlık kuruluşunda çalışan 192 hemşire ve ebe ile yaptığı çalışmada, ebe ve hemşirelerin %52,6'sının bu konuda hiç eğitim almadığı, % 13,7'sinin karşılaştığı vakayı adli vaka olarak bildirdiğini saptamıştır.¹⁷

Cinsel istismara hemşirelik yaklaşımında öncelikli hedefler; çocuğun güvenliğini sağlamak, istismarın daha fazla sürmesini önlemek, çocukta gelişen psikolojik bozuklukları azaltmak, ebeveyn işlevselliğini güçlendirmek ve çevresel stresörleri azaltmaktır.⁸⁻⁹ Bu çocuklarla karşılaştığında yapılacak ilk iş, çocuğun güvenliğini sağlamak ve profesyonel destek için ilgili yerlere başvurmak ve aile merkezli yaklaşımda bulunmaktır. Hemşire fiziksel değerlendirme, tıbbi kayıtların doğru ve eksiksiz tutulması, biyolojik delillerin uygun şekilde alınmasının desteklenmesi ve ilgili yerlere doğru şekilde gönderilmesini sağlamalıdır. Hemşire çocukla karşılaştığında, travmatik olay öyküsü, çocuğun yaşantısındaki değişiklikler, şimdiki yakınmaları, okuldaki durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vb. sorgulayarak hemşirelik tanıları koyar.^{12,18} Cinsel istismar bağlı TSSB gelişen çocuklara sıklıkla; bireysel baş etmede yetersizlik, sosyal izolasyon ve uyku düzeninde bozulma hemşirelik tanıları konularak bu tanıları doğrultusunda hemşirelik bakımı yapılmalıdır.¹⁹

Sonuç

Başvurulabilecek merkezlerin ve uzman ekiplerin yetersizliği nedeniyle, çocuğun farklı kurum ve merkezde tekrarlayan, fiziksel ve ruhsal incelemeye maruz kaldığı, multidisipliner, bütüncül yaklaşımın olmadığı görüldü. İstismara uğrayan çocuk ve aile hak arama mücadelesine başladığında, multidisipliner yaklaşımla çocuğun bir kerede değerlendirilmesi oldukça önemlidir. Multidisipliner ekip içinde hemşire, cinsel istismara uğramış çocukları aileleri ile birlikte ele alıp destekleme, çocuğun güvenliğini ve bakımını sağlamada önemli sorumluluklara sahiptir.

Cinsel istismarın yıkıcı etkilerinin sınırlandırılabilmesi için, cinsel istismarın mağdurlarda ve ailelerinde neden olduğu olumsuz ruhsal etkilerin önlenmesine yönelik kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının ve eğitimcilerin de cinsel istismar açısından eğitilmiş olmaları, ebeveynlerin bilinçli olmaları, sahip oldukları çocuk ve ergenlere cinsel eğitim vermeleri cinsel istismardan korunma ve istismarın erken tanınip, tedavi edilebilmesi açısından son derece önemlidir.

Çocuğun cinsel istismarı ve ihmalinin önlenmesi ve tedavisi için hemşire, doktor, sosyal hizmet uzmanı ve psikolojik danışmanlardan oluşan ekipler oluşturulması; konuyla ilgili olan kurumlar arasında gerekli koordinasyon ve işbirliğinin sağlanması, anne, baba ve çocukların bilgilendirilmesi ve konunun gündemde tutulması gerekir.

Kaynaklar

1. Göker Z, Aktepe E, Tural Hesapçoğlu S, Kandil S. Cinsel istismar mağduru olan çocukların başvuru şekilleri, klinik ve sosyodemografik özellikleri. S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 17(4):15-21.
2. Vural P, Uçar HN, Eray Ş, Çolpan M, Kocael Ö. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesi çocuk psikiyatrisi polikliniğine yönlendirilen adli olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013; 39 (1):49-53.
3. Akduman G, Ruban C, Akduman B, Korkusuz İ. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Adli Psikiyatri Dergisi 2005; 3: 9-14.
4. Dönmez YE, Soylu N, Özel Özcan Ö, Yüksel T, Çalışkan Demir A, Çon Bayhan P, et al. Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri. J Turgut Ozal Med Cent 2014; 21(1):44-8.
5. Shapiro DL, Levendosky AA. Adolescent survivors of childhood sexual abuse: the mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. Child Abuse and Neglect 1999; 23: 1175-1191.
6. Ackerman PT, Newton JEO, Mcpherson WB, Jones JG, Dykman RA. Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnosis in three groups of abused children (sexual, physical, and both). Child Abuse and Neglect 1998; 22:759-774.
7. Özbaran B, Gencer Ö, Kesikçi Ergin H, Miral S, Aydın C, Varan A. Bir çocuk köyünde yaşayan çocuk ve gençlerin cinsel istismar iddiaları sonrası psikiyatrik değerlendirmeleri ve izlemi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009; 29: 395-404.
8. Judith A, Cohen MD. Çocuk ve gençlerde travma sonrası stres bozukluğu. Aydın H, Bozkurt A, (Çeviri ed) Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8.Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi, 2007: 3286-3295.
9. Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007; 2: 13-22.
10. Şimşek Ş, Çıgıl Fettahoğlu E, Özatalay E. Cinsel istismara uğramış çocuklarda ve ebeveynlerinde travma sonrası stres bozukluğu. Dicle Tıp Dergisi 2011; 38(3):318-324.
11. Eşiyok B, Hancı İH, Özdemir Ç, Yelken N, Zeyfeoglu Y. Adli hemşirelik. Sted 2004; 13: 169-171.

12. Keskin G, Çam O. Çocuk cinsel istismarına psikodinamik bakış açısı ve hemşirelik yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 21:191-208.
13. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35: 82–86.
14. Tahiroğlu AY, Avcı A, Çekin N. Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9:1-7.
15. Arıkan D, Yaman S, Çelebioğlu A. Çocuk ihmali ve istismarı konusunda hemşirelerin bilgileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000; 3:29-35.
16. Tamer A, Şahin F, İlhan MN, Çamurdan AD, Yöney A. Ankara'daki hastanelerde çocuk istismarı ve ihmali olgularına takım yaklaşımı. Sted 2008; 17:49-55.
17. Çam O, Keskin G. Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. Yeni Sempoium 2005; 43:118–125.
18. Çatık AE, Çam O. Hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanıma düzeylerinin saptanması. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2006; 22(2):103-119.
19. Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 7.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, 2005.

Yeşil Hastane Konsepti ve Türkiye Deneyimi

The Experience of Turkey and Green Hospital Concept

Haydar HOŞGÖR¹

¹*İstanbul Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sağlık Yönetimi Bölümü*

*Yazışma adresi/
Correspondence
Öğr. Gör. Haydar
HOŞGÖR,
İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sağlık Yönetimi Bölümü,
Demirkapı C. Karabal S.
Bakırköy-İstanbul
Telefon:0212 414 15 00
h.hosgor@istanbul.edu.tr*

*Geliş Tarihi /Received
16/06/2014
Kabul Tarihi/Accepted
15/09/2014*

HSP 2014 1(2):75-84

Özet: İnsanoğlunun bireysel faaliyetleri sonucu ortaya çıkan küresel ısınma etkilerinin giderek daha fazla hissedilmeye başladığı dünyamızda; enerji kaynaklarını verimli kullanabilmek, alternatif enerji kaynakları üretebilmek, su kaynaklarının kontrolünü sağlayabilmek ve yapı sektöründe çevre dostu malzemeler tercih etmek, sadece maliyetlerin en aza düşürülmesinde değil, toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesinde de önemli bir hale gelmiştir. Buna paralel olarak yeşil kavramı ön plana çıkmış ve yeni inşa edilen tüm kamu ve özele ait binalarda; enerji tasarrufu ve kaynak verimliliği sağlayan, çevreye daha az karbondioksit yayan ve yeşil alanların sürdürülebilirliğini esas alan bir yeşil bina anlayışı hakim olmaya başlamıştır. Bu makalenin amacı; yurtdışında uzun yıllardır uygulanmakta olan yeşil bina felsefesinin tarihine, yeşil binaların özelliklerine ve sağlıkla olan ilişkilerine değinerek, Türkiye’de sağlık sektöründe böyle bir farkındalığın ürünü olan yeşil hastane örneklerinin varlığını ortaya koymaktır. Yeşil hastanelerin; sadece hasta ve hasta yakınlarına değil aynı zamanda sağlık profesyonellerine ve topluma sağladığı faydalar dikkate alındığında, sürdürülebilir yeşil alanlara niteliksel ve niceliksel olarak önem verilmesi ve çevre dostu yeşil hastane unvanı almış sertifikalı hastane sayısının artırılması gerektiği önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sürdürülebilirlik, yeşil bina, yeşil hastane

Abstract: The effect of global warming emerge from result of mankind 's individual activities has became to be felt progressively in our world; to use energy resources efficiently, produce alternative energy resources, ensure water resources and choose eco-friendly materials in the construction industry have been crucial not only reducing the cost but also increasing in the level of public health. In parallel to this, green concept came to the fore and the green building philosophy has become dominate in all public and private building which are built recently in order to save energy, ensure resource efficiency, emit less CO2 to the environment, sustain green area. The aim of this article is to put forth the example of green buildgs in Turkish health sector by mentioning the history of green building philosophy existing for years, adressing the prosperities of green buildings and relations with health. When the benefits of green buildings taken into consideration, the quality and quantity of green buildings should be increased and the number of hospital has green building certificate should be increased in the following years.

Keywords: Sustainability, green building, green hospital

Yeşil Felsefesi ve Yeşil Binalar

Yeşil alanlar, kentsel alan içinde estetik, eğitimsel, rekreasyonel, kültürel ve sürdürülebilir arazi kullanışlarına yönelik olarak çok amaçlı planlanan, tasarlanan, bu amaçla inşa edilen ve yönetilen kamuya ait alanlar ya da özel mülkiyet alanlarıdır.¹

Bugün sürdürülebilir, ekolojik, yeşil, çevre dostu gibi pek çok isim altında karşımıza çıkan doğayla uyumlu yapılar; yapının arazi seçiminden başlayarak yaşam döngüsü çerçevesinde değerlendirildiği, bütüncül bir anlayışla sosyal ve çevresel sorumluluk anlayışıyla tasarlandığı, iklim verilerine ve o yere özgü koşullara uygun, ihtiyacı kadar tüketen, yenilenebilir enerji kaynaklarına yönelmiş, doğal ve atık üretmeyen malzemelerin kullanıldığı, işbirliğini teşvik eden, ekosistemlere duyarlı yapılar olarak tarif edilebilir.²

Yeşil teknoloji, yapım projelerinin çevresel etkilerini azaltmak için yenilikçi bir anlam getirmiştir. Hatta mülkiyet sahipleri için yaşam döngüsüne sahip olan sürdürülebilir yapıların maliyetlerinin düşmesini sağlamıştır. Bu yeni teknolojinin etkili ve verimli bir şekilde uygulanması için bina tasarımları, mülkiyet sahiplerinin gereksinimlerine paralel olarak tarihsel olarak planlanmalıdır. Dolayısıyla başarılı firmalar, müşterilerine kaliteli hizmet sunabilmek için ileriye dönük yeşil yönetim tekniklerini öğrenme ihtiyacı duyacaktır. Yeşil binalar, inşaları esnasında çevreyi daha az etkiler, çevre sakinleri için daha sağlıklı bir ortam sağlar ve bu binaların yaşam döngüleri geleneksel binalara göre daha maliyet-etkilidir. Multidisipliner bir yaklaşım olarak bilinen yeşil yapı felsefesinde tüm ekip özgür ve yaratıcı bir şekilde fikirlerini paylaşabilir. Bu düşünce sistemine göz atıldığında, maliyet-etkililikle ilgili problemlere bütüncül çözümler sunulduğu dikkat çekmektedir.³

Neden Yeşil Binalar?

Bilimsel kanıtların büyük bir kısmı; iklim değişikliğinin ciddi ve acil bir konu olduğunu göstermektedir. Dünyanın iklimi, insan faaliyetleri tarafından meydana gelen sera gazlarındaki artışların bir sonucu olarak hızlı bir şekilde değişmektedir. Sera gazları arasında, enerji üretimleri için fosil yakıtların kullanımından kaynaklanan karbondioksitin aşırı kullanımı, eşine rastlanmamış çevresel kirlilik ve sağlık riskleri ortaya çıkarmıştır. Sürdürülebilir ve yenilenebilir enerji teknolojileri hem enerji taleplerini karşılamak hem de fosil yakıtların kullanımını azaltmak için önemli çözümlerdir. Özellikle binaların enerji tüketimlerinin önemli bir miktarı açısından temel problemleri çözmek ve böylece binaların çevre üzerindeki olumsuz etkilerini en aza indirmek için önemli bir konudur. Bu bakış açısından hareketle yeşil binalar; sürdürülebilir ve yenilenebilir enerji teknolojilerini kullanarak, binaların çevreye olan olumsuz etkilerini en aza indirmektedir.⁴

Küresel ısınma ve çevre kirliliği artıkça, doğa ürünü kaynaklar da hızla azalarak canlıların sıkıntı yaşamasına neden olmaktadır. 21. yüzyıl başında Dünya'nın içinde bulunduğu ve giderek ciddileşen küresel ısınma sorunu, orman yangınları, göllerin küçülmesi, ırmakların kurumması, kıyı şeritlerinin erozyona uğraması, buzulların erimesi ile deniz seviyesinin yükselmesi ve iklim değişikliği gibi daha birçok ekolojik ve iklimsel olumsuzluklar, insanlara her alanda olduğu gibi yapı sektöründe de yeşil olma bilinci ve sorumluluğu yüklemiştir. Bunun neticesinde kaynakların doğru kullanılması amacıyla çevre

dostu binalar diyebileceğimiz yeşil binaların yapılması fikri ortaya atılmıştır.⁵

Yeşil bina kavramı literatürde incelendiğinde genel olarak; sürdürülebilir bina veya ekolojik bina isimleriyle de karşımıza çıkmakta olup, sürdürülebilirlik kavramına özellikle vurgu yapıldığı görülmektedir. Sürdürülebilirlik kavramına dair çeşitli tanımlamaların olduğu bilinmektedir. Bu tanımlarda sürdürülebilirlik: uygun bir standartta bina veya konutun her bir bölümünü restore etmek için üstlenilen bir iş; binanın değeri ve kullanımını sürdürmek için, uygun bir standardizasyon ile binaya ait fonksiyonların, bina çevresinin ve binanın her bir bölümünün iyileştirilmesi veya restore edilmesi için üstlenilen bir iş; fiziksel bir değerlendirmeye tabi tutmak için yönetim eylemleri ve farklı tekniklerle ilişkili çabalar bütünü⁶ olarak ifade edilmiştir.

Yeşil Binaların Tarihsel Kökeni

Yeşil binalar 19. yüzyılın sonunda ve 20. yüzyılın başlarında ortaya çıkmıştır. Fakat yeşil binaların gelişmesi son zamanlarda yaygınlık kazanmıştır. 1980’lerde sürdürülebilir gelişmelerin kapsamı ve sürdürülebilir tasarımlar altında yeşil binalar, sürdürülebilirliğe olan katkıları sayesinde başarılı olduğunu kanıtlamıştır. Yeşil bina kavramı, sürdürülebilir gelişmelerin şemsiyesi altında ele alınmaktadır.⁷

Yeşil binaların tarihsel kökeni bir asır veya daha öncesine dayanmaktadır. 19. yüzyılın başlarında Milan’da düzenlenen ilk dünya sergisinde British Palace’ın iç ortam ısısını ayarlamak için yeraltı hava soğutma kutusu ve çatı fanı gibi pasif sistemler kullanılmaya başlanmıştır. 20. yüzyılın başlarında, Amerika’daki New York Times ve Flatiron Binaları, güneş ışığını azaltmak için duvarlarına gömülü pencerelerle tasarlamıştır. Ekolojik sistem veya doğal çevre, ilk mimari tasarımlarda zaten göz önünde bulundurulmuş ve yeşil binalar ilk tomurcuklarını bu dönemlerde vermeye başlamıştır. 1960’lara kadar Amerikan mimar Paola Soleri, ekoloji ve bina sözcüklerini birleştirmiş ve bu iki sözcükten ekolojik (yeşil) binaların yeni fikrini ortaya atmıştır. 1969’da Amerikan mimar Ian Lennox McHorg tarafından “Doğa ile Tasarla” adlı kitabın yayımlanmasıyla ekolojik mimarinin doğumu dikkatleri üzerine çekmiştir. Yarım yüzyıldan fazladır yeşil binalar yeni bir bina türü olmaya başlamıştır. Bu binalar tamamen bütünlük enerji tasarrufu, bina tasarımı ve çevreyi koruma özellikleri ile ilk basit hallerinden farklı olarak enerji kıtlığının mevcut şartlarına daha fazla uyum sağlamıştır. Bu yüzden bu yeni bina türleri, gelişmiş bina modellerinin yeni bir trendidir. Dünyadaki ülkeler, gelişmiş yeşil binalar için en iyi çevresel şartları oluşturmak için konuyla ilgili standartlar formüle etmeye başlamıştır. Amerika, 1975’in ilk zamanlarında “Yeni Binaların Tasarımında Enerji Tasarrufu Standardı” olan ASHRAE’yi yürürlüğe koymuştur. İngiltere, 1990’ların başında yeşil bina standartlarını oluşturmaya başlamış ve 2008’de İngiltere’deki tüm binalarda yeşil bina kriterleri tatmin edici düzeye ulaşmıştır. 2009’da İngiltere, “Düşük Karbona Geçiş Planı” nı bildirerek 2016’da tüm yeni binaların sıfır karbon salınım düzeyine erişmesini zorunlu hale getirmiştir. 2018’de tüm yeni kamu binalarının, 2019’da da tüm işyeri binaları ve ofislerinin bu düzeye erişmesini hedefleyerek 2020’den önce İngiltere’deki tüm yerleşkelerde bu hedeflere erişilmek amaçlanmıştır. Son zamanlarda Avrupa Birliği, enerji tasarrufu alanında “Bina Enerji Verimlilik Performansı” adı altında daha ileri ve yasal bir sistem yürürlüğe koymuştur. Kanun gereği olarak 2020’ye kadar tüm eyaletler veya kullanılan binalar neredeyse sıfır enerji tüketimi yapıyor olacaktır. İlk başlarda gelişmiş ülkelerde bina enerji tasarrufu işinde büyük başarılar ulaşılmıştır.

Danimarka'da 1972'den 1985'e kadar ısınma alanı %30 artmış ve kömürden elde edilen enerji tüketimi yaklaşık 3,18 milyon ton azalmıştır. Amerika 2011'de ilk enerji tasarrufu standardını uyguladığından beri çevre yönetimi ve enerji maliyetlerinde 43 milyar dolar tasarruf etmiştir.⁸

Yeşil Binaların Önemi

Yeşil binalar, alışlagelmiş bina tasarımlarının sınırlarını verimlilik, fonksiyonellik, dayanıklılık ve kullanışlı olma alanlarında genişletmektedir. Yeşil binaların tasarlanmasındaki amaç, yapısal çevrenin insan sağlığı ve doğa üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak olup ana başlıklarıyla; enerji, su ve doğal kaynakları verimli bir şekilde kullanmak, kullanıcı sağlığını koruyup, üretkenliği geliştirmek, atık, israf, kirlilik ve çevresel tahribatı azaltmak şeklinde sıralanabilir. Tüm bunlara rağmen yeşil binaların daha yüksek maliyet getireceği yönünde yaygın bir inancın olduğu söylenebilmektedir. Oysaki geleneksel uygulamalara oranla, yeşil bina uygulamaları ilk aşamada %2 oranında daha yüksek maliyet oluştursalar da yaşam süresi boyunca bu giderin 10 katı kadar kazanç sağlamaktadırlar. Söz konusu kazanç, hizmetlerin daha verimli kullanılması sonucu enerji giderlerindeki düşüşte görülmektedir. Bunun yanı sıra, yeşil binalarda çalışanların üretkenliklerinin de arttığı bilinmektedir. 20 yıllık bir süreci kapsayan çalışmalar bazı yeşil binaların m² başına 53-71 \$ arası kazanç sağladığını göstermektedir. Farklı sektörlerin ise enerji giderlerinde 130 milyon \$ kadar kazanç sağlayabilecekleri belirtilmektedir.⁹

Yeşil binalar üzerinde yapılan araştırmalar; binaların bu şekilde tasarlanması ve işletilmesi durumunda geleneksel yöntemlerle tasarlanmış ve işletilen ortalama binalara göre enerji kullanımında %24 ile %50 arasında tasarruf, karbondioksit salınımlarında %33 ile %39 arasında, su tüketiminde %30 ile %50 arasında, katı atık miktarında %70 oranında, bakım maliyetlerinde ise %13 oranında azaltım (tasarruf) sağlanabileceğini göstermektedir. Amerikan Yeşil Bina Konseyi (United States Green Building Council, USGBC), ortalama bir yeşil binanın yaklaşık %32 daha az elektrik kullanarak tasarrufa geçileceğini ifade etmektedir.¹⁰

Samer; yeşil özellikte olan ve olmayan binaları binaların enerji tüketimi, bina içi çevre kalitesi, bina atık yönetimi ve bina malzemeleri özelliklerini göz önünde bulundurarak şu şekilde sınıflamaktadır (Tablo 1).¹¹

Yeşil binalarda kullanılan malzemeler ise; biyolojik ve ekolojik çimento, yeşil beton, kamış hasır, çelik profil ve cam olarak sıralanmaktadır (Tablo 2).¹¹

Çimento endüstrisinin, küresel ölçekte insan kaynaklı karbondioksit salınımının yaklaşık %5'ini teşkil ettiği bilinmektedir. Çimentoya olan talebin ise yıllık %4,7'ye kadar büyüyeceği tahmin edilmekte ve bunun da karbondioksit salınımını arttıracığı vurgulanmaktadır. Çimento üretimi esnasında karbondioksit üretimini azaltmanın bir yolunun bio-çimento adı verilen biyolojik çimento kullanmaktan geçtiği ileri sürülmektedir. Silis, kum, çakmaktaşı ve kuvars gibi silisyum oksijeni bileşimlerinden oluşan biyolojik çimento kullanımının ise karbondioksit üretimini azaltacağı vurgulanmaktadır. Tropikal bölgelerde küçük ölçekte üretilen biyolojik çimentolar; çevresel, ekonomik ve teknik faydaları bünyesinde ihtiva etmektedirler.¹²

Tablo 1: Yeşil ve Yeşil Olmayan Binaların Kıyaslanması

Bina Türü	Yeşil Binalar	Yeşil Olmayan Binalar
Enerji tüketimi	Düşük	Yüksek
Bina içi çevre kalitesi	Çok iyi	İyi
Salınımlar	Düşük	Yüksek
Atık yönetimi	Oldukça verimli	Verimli
Bina malzemeleri	Çevre dostu	Çevre dostu değil
Proje uygulamaları	Karmaşık	Normal
Uygulanabilirliği	Eşik değerden %5 fazla	Eşik değerde

Tablo 2: Yeşil Binalarda Kullanılan Bazı Malzemeler ve Özellikleri

Malzeme	Kaynak	Dönüşümlülük	Doğal Döngü
Biyolojik Çimento	Organik	Geri dönüşümlü	İçerir
Ekolojik Çimento	Organik	Geri dönüşümlü	İçerir
Yeşil Beton	Organik/İnorganik	Geri dönüşümlü	Sınırlı içerir
Kamış Hasır	Organik	Geri dönüşümlü	İçerir
Saz Hasır	Organik	Geri dönüşümlü	İçerir
Çelik Profil	İnorganik	Geri dönüşümlü	İçermez
Cam	İnorganik	Geri dönüşümlü	İçermez

Yeşil çatılar; pasif bir soğutma tekniği olup, bina yapısının alt kısımlarına ulaşan güneş radyasyonunu durdurmak için inşa edilir. Yeşil çatıların enerji verimliliği açısından faydası hakkında yapılmış çalışmalar; yeşil çatıların kışın ısınmak için harcanan enerjiyi azalttıklarını, yazın ise serinleme sağladıklarını göstermektedir. Ayrıca yeşil çatıya sahip olmayan mevcut ve eski geleneksel binaların çatıları yeşil çatı sistemleriyle güçlendirildiği takdirde, yıllık bina enerji tüketimlerinde önemli ölçüde azalma olacağı vurgulanmaktadır.¹³

Çatıların bitkilendirilmesi, sızdırmaz daire yüzeyleri tarafından yaratılan ısıyı azaltarak hava kalitesini artırır. Buna ek olarak bitkiler, toz ve kir taneciklerinin taşınmasını engelleyen eşsiz bir kapasiteye sahiptir. Binaların yan yüzeyleri üzerinde ve çatılarında yetiştirilen bitkiler doğal bir filtre görevi üstlenirken aynı zamanda da ısıyı düzenleyip, hava kalitesini iyileştirmektedir.¹⁴

Yeşil Bina Derecelendirme Yöntemlerine Genel Bir Bakış

Türkiye ve dünyada sağlık sektöründen beklentilerin artması hastane binalarının da yenilenmesi ihtiyaçlarını doğurmuştur. Hasta ve hasta yakınları ile sağlık çalışanlarının ihtiyaçları, binaların daha kullanıcı dostu olmaları ve bir konfor algısı yaratmaları iken; hastane yöneticilerinin ihtiyaçları ise teknolojik altyapısı geliştirilmiş ve işletme maliyeti

düşürölmüş binalara sahip olmaktadır. Bu anlamda sürdürülebilir bina tasarımcılarının, bahsedilen ihtiyaçlara uyum sağlamadaki yol göstericilerinden bir tanesi de yeşil bina sertifikasyon sistemleri olmaktadır.¹⁵

BEPAC, CASBEE, GHEM, SBAT, LEED ve CPA gibi yeşil bina derecelendirme ve değerlendirme yöntemlerinden bazıları Ding tarafından ülkelere göre şu şekilde kategorize edilmektedir (Tablo 3).¹⁶

Tablo 3: Yeşil bina performans değerlendirme yöntemlerinden bazıları

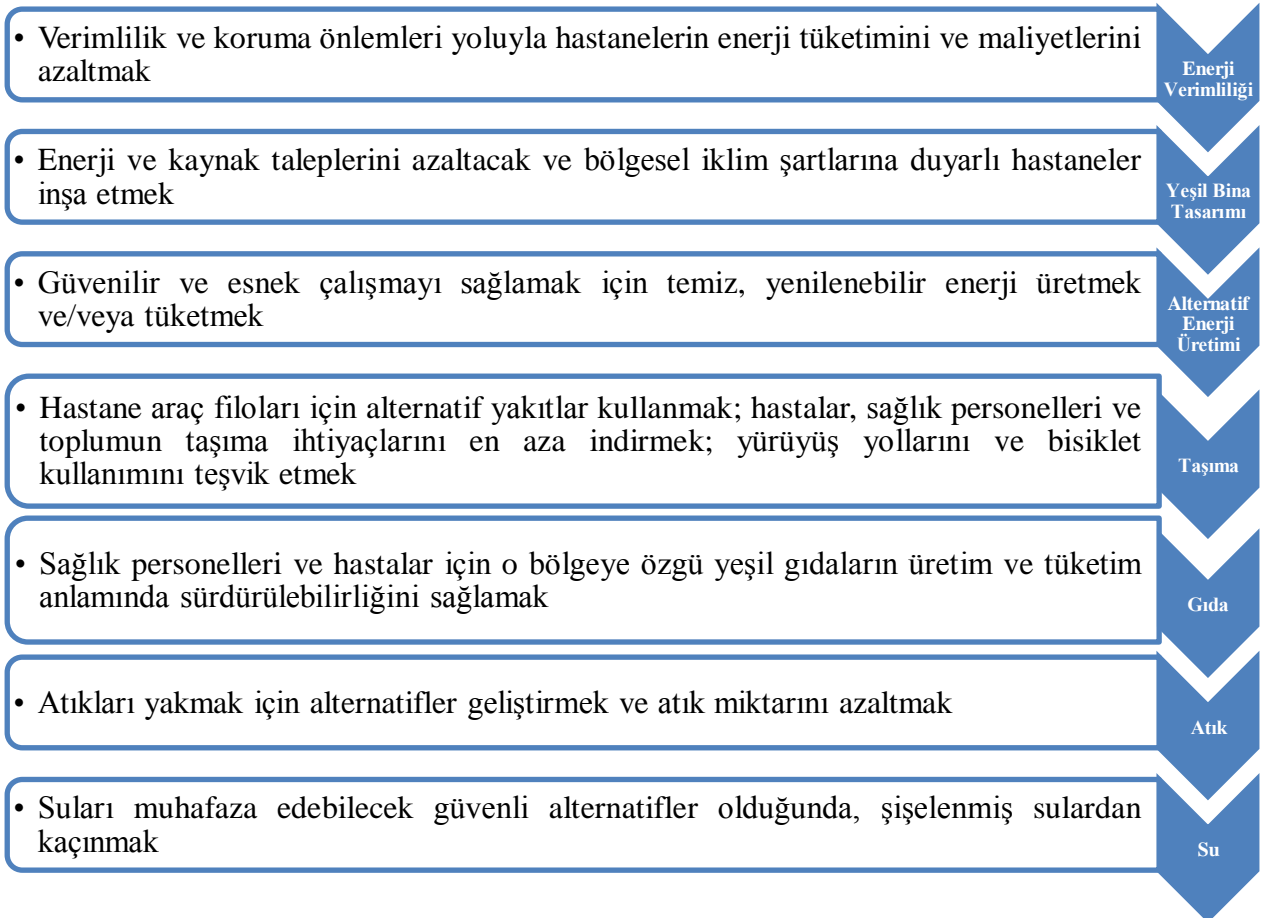
Değerlendirme Yöntemi	Köken	Özellikler
BEPAC (<i>Building Environmental Performance Assessment Criteria</i>)	Kanada	<ul style="list-style-type: none"> BREEAM'a benzer fakat daha detaylı ve kapsamlı bir değerlendirme yöntemleri sunar. Gönüllü bir araçtır.
CASBEE (<i>Comprehensive Assessment System for Building Environmental Efficiency</i>)	Japonya	<ul style="list-style-type: none"> Sanayi ve hükümet arasında bir işbirliği projesidir. Bölgesel özellikleri göz önünde bulundurur. Çevresel kapasiteleri belirlemek için kapalı ekosistemlerin konseptine dayanır.
GHEM (<i>Green Home Evaluation Manual</i>)	Çin	<ul style="list-style-type: none"> İmar Bakanlığı ile Bilim ve Teknoloji Geliştirme Teşvik Merkezi tarafından tanıtılmıştır. Performans standartlarıyla ilişkili ilk çevresel standartlar ve tasarım rehberleri hazırlanmıştır. İç çevre kalitesi ve kaynak tahsisine önem vermektedir.
SBAT (<i>Sustainable Building Appraisal Routine</i>)	Güney Afrika	<ul style="list-style-type: none"> Sosyal ve ekonomik konuları ele alan bir değerlendirmeyi içermektedir. 15 bölümden oluşan 5 performans kriteri vardır. Yaşam döngüsüne dayalı bina süreçlerini ele almaktadır.
LEED (<i>Leadership in Environmental and Energy Design</i>)	ABD	<ul style="list-style-type: none"> Amerikan Yeşil Bina Konseyi (USGBC) tarafından geliştirilmiştir. Endüstriyel bir standart yaratmak için geliştirilen sertifikasyon sürecidir. Sertifika, gümüş, altın ve platin olmak üzere 4 bölümden oluşan bir derecelendirme sistemine sahiptir. Bina performanslarını derecellemek için kullanılan basit bir kontrol listesi vardır. Gönüllü bir araçtır.
CPA (<i>Comprehensive Project Evaluation</i>)	İngiltere	<ul style="list-style-type: none"> Diğer bina performans değerlendirme sistemlerinden farklı olarak finansal ve ekonomik yaklaşımların bir kombinasyonunu kullanmaktadır. Bağımsız bir değerlendirmeyi içeren kontrol listesi içermektedir. Gönüllü bir araçtır.

Neden Yeşil Hastaneler?

Hastaneler, 7 gün 24 saat kesintisiz sağlık hizmetlerinin verildiği, kompleks biyomedikal teknolojilerin kullanıldığı, hava şartları, soğutma, jeneratör sistemleri ve tıbbi ekipmanların sağlık hizmet sunumunda çok önemli bir rol oynadığı yapılardır. Sağlık bakım hizmetleri gerek karmaşık mühendislik hizmetleri, gerekse de sunulan hizmetlerin heterojen yapısı sebebiyle genellikle kamu binaları arasında yeşil felsefesi ve yeşil sürdürülebilirlik açılarından yönetilmesi belki de en zor olan yapılardandır. Dahası, bu hizmetleri ve hizmetlerin sunulduğu yapıların koşullarını güvenlik ve hijyen açısından göz önünde bulundurmak özellikle hassas bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.¹⁷

Hastane atıkların büyük bir bölümünün genellikle klinik (tıbbi) atıklardan oluştuğu yönünde bir yanlışlık mevcuttur. Oysaki hastaneler tarafından üretilen tıbbi atıkların yalnızca %15'i sağlığa zararlıdır. Geriye kalan %85'lik kısmın ise kağıtlar, plastik malzemeler, yiyecekler ve diğer materyallerden oluşan ve 3R stratejisi olarak bilinen "Reduce" (azaltım), "Reuse" (yeniden kullanım) ve "Recycle" (geri dönüşüm) türlerinden oluşmaktadır. Ayrıca, %15'i teşkil eden tıbbi atıklar bu 3R stratejisi kapsamına dahil edilmemektedir.¹⁸

World Health Organization and Health Care Without Harm; çevre dostu yeşil hastanelerin 7 bileşenini özelliklerine göre şu şekilde bir sınıflandırmaya tabi tutmaktadır (Şekil 1).¹⁹



Şekil 1: Çevre dostu yeşil hastanelerin 7 bileşeni

Yeşil bir çevrede vakit geçirmek; ölüm oranlarını düşürmekte, hastalıkların yayılmasını azaltmakta ve genel sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Ayrıca doğa ve yeşil alanlar, fiziksel aktiviteleri geliştirmek için ucuz bir kaynak sunmakta ve böylece tükenmişlik sendromu gibi doğrudan yaşam tarzlarıyla ilgili hastalıkları önleyici bir görev üstlenmektedirler.²⁰

Kardiyovasküler kalp hastalıkları dahil olmak üzere kronik kalp hastalığı, felç ve kanser gibi hastalıklar Doğu ve Batı ülkelerinin çoğunda ölümlerin en önde gelen sebepleri olmaya devam etmektedir. Çoğu yüksek gelirli ülkelerde sonlanmış olan bulaşıcı olmayan hastalıkların ve kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm oranlarının azalması temel olarak; değişen yaşam tarzlarıyla, sigarayı azaltmayla, kolesterol ve tansiyon düzeylerinin kontrolüyle, fiziksel aktivitelerin artışıyla ve sağlıklı beslenme alışkanlığı kazanılmasıyla bağlantılıdır. Park ve yeşil alanlara yakınlık, kent sakinlerinin sağlığı için faydalıdır. Sağlık üzerinde yeşil alanların etkisi sıklıkla yeşil alan-obezite ve yeşil alan-fiziksel aktivite ortaklığıyla açıklanabilmektedir. Kardiyovasküler hastalıklara bağlı ölüm oranlarının düşmesi, stresin azalması, ruhsal sağlık ve bilişsel fonksiyonların en iyi olması durumu, yeşil alanların ve dolayısıyla yeşil hastanelerin varlığı ile yakından ilişkilidir.²¹

Türkiye'nin Yeşil Hastane Deneyimi

Dünyanın yeşil hastane konseptine olan farkındalığı ve ilgisi, varlığını inşa edilen yüzlerce kamu ve özel yeşil hastane binalarında gösterirken; bu durum Türkiye'de henüz emekleme aşamasındadır. Türkiye'de yeşil felsefe konseptiyle inşa edilmiş olan sadece iki özel hastane mevcut olup, ikisi de İstanbul'da yer almaktadır. Bunlardan ilki İstanbul Florence Nightingale Hastanesi, diğeri ise Medistate Kavacık Hastanesidir. Bu iki sağlık tesisini yeşil hastane yapan özelliklere bakmak gerekirse; Florence Nightingale grubunun beşinci hastanesi olarak hizmete giren İstanbul Florence Nightingale Hastanesi İstanbul'un merkezi Şişli'de 50.254 m² kapalı alana sahip olup toplam 18 kattan oluşmaktadır. Binanın çatısında bulunan heliport alanı her türden hava ambulans helikopterinini iniş-kalkış yapmasına uygun olarak tasarlanmıştır. Akıllı hastane olarak inşa edilen İstanbul Florence Nightingale Hastanesi TÜV Hessen Green Building sertifikası ile ülkemizin ilk "Yeşil Hastane Binası" unvanını almış olan hastanesidir. Yapımına 2008 yılında başlanmış olan hastanenin 219 hasta yatağı 51 yoğun bakım yatağı, hepsi laminar hava akımı ile donatılmış 11 ameliyathanesi ve 2 doğumhanesi bulunmaktadır. Ameliyathanelerin tümü odyovizüel olarak 300 kişilik konferans salonuna ve uluslararası noktalara bağlanabilmekte, bu sayede interaktif tıp eğitimi ve bilimsel aktivitelere imkân sağlamaktadır. Radyoloji sonuçlarının incelendiği rapor odasında hekimler dünyanın herhangi bir yerindeki hekim ile görüntülü ve sesli bağlantı kurabilmekte, hasta raporlarını inceleyerek karşılıklı görüş alışverişi yapabilmektedirler. Yine ülkemizde ilk kez kullanılmaya başlanan EOS cihazı ile ortopedik görüntüleme çok düşük dozlu 2D / 3D Xray ışınları kullanılarak radyasyon dozu ile ilişkili riskler hastalar için en aza indirgenmiştir.²²

Özel mimari ile tasarlanan Medistate Kavacık Hastanesi, alanı daha verimli kullanmak ve yakın bölümlerin birbirleri ile bağlantısını artırarak hastane içerisinde daha hızlı ve güvenli hareket etmek amacıyla doktorlar ile birlikte tasarlanmıştır. Hastane için önemli olan, mevcut alanın en verimli ve en çevreci olacak şekilde kullanılabilir olmasıdır. Denizaltı tarzıyla

tasarlanan hastane, bu sayede mevcut alanın en verimli kullanımını sağlamıştır. Toprak üzerinde 8.000 m², toprak altında ise 2.400 m²'lik bir kullanım alanına sahip olan hastane, toplam 12 kattan oluşmaktadır. Hastanenin en önemli özelliklerinden birisi de, her odasından İstanbul'un farklı açılardan manzarasının görülebilmesi ve Türkiye'nin en büyük acil servisine sahip olmasıdır.²³ İlerleyen yıllarda Türkiye için bu sayının artırılması gerek sağlık sektörünün geleceği gerekse de sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması konusunda büyük önem taşımakta ve bir noktada zorunluluk arz etmektedir. Sadece özel hastanelerin değil, kamu hastanelerinin de bu yeşil felsefe anlayışıyla yeşil hastaneler inşa etmeleri ve sağlık hizmeti sunmaları umulmaktadır.

Kaynaklar

1. Tosun E. Tekirdağ İli Çorlu İlçesi Açık ve Yeşil Alanların Saptanması Üzerine Bir Çalışma [A research carried out to determine the open and green areas of Çorlu in Tekirdağ province][Yüksek Lisans Tezi]. 2007. Tekirdağ: Trakya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü [Thrace University Graduate School of Natural and Applied Sciences], Tekirdağ, Türkiye, 2007, 4.
2. Çevre Dostu Yeşil Binalar Derneği. Yeşil Bina Nedir? 2011. (Güncelleme Tarihi: 2011; Erişim Tarihi: 19 Mayıs 2014) Erişim Adresi: <http://cedbik.org/sayfalar.asp?KatID=3&ID=24>
3. Doyle JT, Brown RB, Leon DP, Ludwig L. Building Green-Potential Impacts to the Project Schedule. AACE International Transactions 2009; 8:1-2.
4. Lee S, Lee B, Kim J, Kim J. A Financing Model to Solve Financial Barriers for Implementing Green Building Projects. The Scientific World Journal[ID 240394], 2013[cited 2014 May 07]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/240394>
5. Oğuz HK, Özoğlu F, Yalçın S, Kılıç F. Yeşil Binalar ve Lokasyonlarının CBS ile Değerlendirilmesi: İstanbul Örneği [Investigation About Green Buildings Location With GIS Analysis: Istanbul]. TMMOB Coğrafi Bilgi Sistemleri Kongresi Kitabı (Ankara, 11-12 Kasım 2013) s. 1.
6. Lee HNY, Scott D. Overview of Maintenance Strategy, Acceptable Maintenance Standard and Resources From a Building Maintenance Operation Perspective. Journal of Building Appraisal 2008; 4 (4): 269-278.
7. Wu P, Low SP. Project Management and Green Buildings: Lessons from the Rating Systems. Journal of Professional Issues in Engineering Education and Practice 2010;136 (2): 64-70.
8. Li Y, Yang L, He B, Zhao D. Green Building in China: Needs Great Promotion. Sustainable Cities and Society 2014[cited 2014 May 10]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.scs.2013.10.002>
9. Candemir B, Beyhan B, Karaata S. İnşaat Sektöründe Sürdürülebilirlik: Yeşil Binalar ve Nanoteknoloji Stratejileri [Sustainability in Construction: Green Building and Nanotechnology Strategies]. İstanbul: Sis Matbaası; 2012, s.47.
10. Kobaş B. Oluşturulmakta Olan Türk Yeşil Bina Değerlendirme Sisteminin Malzeme Kategorisi İçin BREEAM ve LEED Örneklerinin İncelenmesi [Evaluating Breeam And Leed's Building Material Credits In Order To Form A Roadmap For Turkish Green Building Assessment System][Yüksek Lisans Tezi] 2011. İstanbul: İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü [Istanbul University Graduate School of Natural and Applied Sciences], İstanbul, Türkiye, 2011, s.1-2.
11. Samer M. Towards the Implementation of the Green Building Concept in Agricultural Buildings: A Literature Review. Agric Eng Int: CIGR Journal 2013; 15 (2): 26.

12. Hosseini M, Shao Y, Whalen J. Biocement Production from Silicon-Rich Plant Residues: Perspectives and Future Potential in Canada. *Biosystems Engineering* 2011; 110 (4): 351-362.
13. Casleton H, Stovin V, Beck S, Davison J. Green Roofs; Building Energy Savings and the Potential for Retrofit. *Energy and Buildings* 2010; 42 (10): 1582-1591.
14. Thomas M, Thomas R. Green Roof for Sustainable Cities/ Sustainable Cities 2025. England: Civil Engineering and Design 2003; p. 10.
15. Yeşil Hastaneler 2012. (Güncelleme Tarihi: 19 Eylül 2012; Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2014) Erişim Adresi: <http://surdurulebilirbina.blogspot.com.tr/2012/09/yesil-hastaneler.html>
16. Ding GKC. Sustainable Construction-The Role of Environmental Assessment Tools. *Journal of Environmental Management* 2008; 86: 451-464.
17. Zawawi EMA, Kamaruzzaman SN, Ali AS, Sulaiman R. Assessment of Building Maintenance In Malaysia: Resolving Using a Solution Diagram. *Journal of Retail and Leisure Property* 2010; 9 (4): 350-351.
18. Burger B, Newman P. Hospitals and Sustainability. Australia: Curtin University of Technology; Construction Innovation Building Our Future 2013 [update 2013; cited 2014 May 25]. Available from: <http://www.curtin.edu.au/research/cusp/local/docs/hospitals-sustainability.pdf>
19. World Health Organization and Health Care Without Harm. Healthy Hospitals-Healthy Planet-Healthy People: Addressing Climate Change in Health Care Setting. England: World Health Organization (update 2009; cited 2014 April 27). Available from: http://www.who.int/globalchange/publications/climatefootprint_report.pdf?ua=1
20. Haluza D, Schönbauer R, Cervinka R. Green Perspectives for Public Health: A Narrative Review on the Physiological Effects of Experiencing Outdoor Nature. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2014; 11: 5446.
21. Tamosiunas A, Grazuleviciene R, Luksiene D, Dedele A, Reklaitiene R, Baceviciene M, et al. Accessibility and Use of Urban Green Spaces, and Cardiovascular Health: Finding from a Kaunas Cohort Study. *Environmental Health Journal* 2014; 13 (20): 2.
22. İstanbul Florence Nightingale Hastaneleri, Yeni Florence Nightingale, Yine Florence Nightingale (Güncelleme Tarihi: 2011; Erişim Tarihi: 02 Haziran 2014) Erişim Adresi: <http://www.florence.com.tr/istanbul-florence-nightingale-hastanesi.html>
23. Medistate Kavacık Hastanesi (Güncelleme Tarihi: 2014; Erişim Tarihi: 02 Haziran 2014) Erişim Adresi: http://www.medistate.com.tr/tr-TR/yazili-basin/502_hastane-01-03-2011a.aspx

Türkiye’de Çocukların Katılım Hakkı Üzerine Bir Derleme

A Review on the Children’s Right to Participant in Turkey

Tuğba CANBULUT

*İstanbul Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sosyal Hizmet Bölümü*

*Yazışma adresi/
Correspondence
Tuğba Canbulut
İstanbul Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Sosyal Hizmet Bölümü
tugbacanbulut@yahoo.com*

*Geliş Tarihi /Received
17/06/2014
Kabul Tarihi/Accepted
05/10/2014*

HSP 2014 1(2): 85-94

Özet

Türkiye’de çocuklar ve çocukluk sosyal bilim araştırmalarının önemli ve multidisipliner çalışma alanlarından biridir. Çocukların katılım hakkı da çocukluk çalışmalarındaki önemli konulardan biridir. Türkiye’de çocukların katılım hakkı, yetişkinler tarafından çizilen sınırlarla ele alınmaktadır. Bu derlemede çocukların katılım sosyolojik bakış ile eleştirel bir şekilde değerlendirilecektir. Öncelikle Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi’nde çocukların katılım hakkına dair belirlenen maddeler ele alınacaktır. Sonrasında, bu konuda -yetişkinler tarafından oluşturulan- toplumsal değerlere dair bir tartışma yürütülecektir. Toplumsal değerler ise aile ve eğitim kurumlarının karşısına aile ve eğitim sistemi dışında kalanları koyarak ele alınacaktır. Bu şekilde, Türkiye’de çocukların katılım hakkına dair eleştirel bir bakışın gerekliliği savunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk hakları; çocukların katılım hakkı; birleşmiş milletler çocuk hakları sözleşmesi.

Abstract

The children and the childhood are one of the most important and multi-discipliner concepts of social sciences in Turkey. Children’s rights to participation is also an important topic of childhood studies. In Turkey, children’s rights to participant is handled with the limits that are defined by adults. In this review, children’s rights to participant will be evaluated as critical in sociological view. At first, the children’s rights to participant clauses of the United Nations Convention on Children’s Rights will be handled. Then, a discussion in this topic -designed by adults- related to social values will be conducted. Social values are considered by crossing children outside of the family and the education system street culture and family&education institutions. By this way, the necessity of need for a critical view on the children’s rights to participant will be advocated.

Key Words: Children’s rights; children’s rights to participation; united nations convention on children’s rights.

Giriş

Ülkeler, eko-politik olarak geçirdikleri dönemlere göre incelendiklerinde, söz konusu dönemlerin sosyal konuları hakkında bilgi sahibi olmak da kolaylaşır. Ekonomik ve politik ve bir o kadar da kültürel duruşlar sosyal sermayeye yön vermektedir.

Şu durumda sosyal sermayeye konu olabilmek genel anlamda ülkelerin ekonomik, politik ve kültürel duruşları ve birikimleriyle alakalı görünmektedir. Çocukluk kavramı sosyal sermayenin bir ürünü olarak konuşulmaya başlandığından bu yana popülaritesini koruyan kavramlardan biridir.

Çocukluğun hiç tanınmadığı bir çağdan, hukuksal, toplumsal, eğitsel kurumlar içinde korunmaya alınan bir çocukluk kavramına geçiş tam dört yüzyıl sürmüştür.¹ Artık çocuklar ve çocukluk hemen hemen her daim gündemde kalmayı başarabilen, üzerinde farklı disiplinlerden veya alanlardan neredeyse her yetişkinin konuşabildiği, dile pelesenk olmuş kavramlardandır. Söylenebilir ki çocukluk üzerine yorum yapabilmek yetkisi genel itibarıyla cinsiyet, statü veya bakış açısı gözetmeksizin yetişkin olmakla kazanılmaktadır.

Sosyal bilimlerde çocukluk araştırmalarının tarihi çocuğa olan ilginin eksikliğiyle değil onların sessizliği üzerinden ele alınmaktadır.² Çocukları oldukça seven, onları her zaman koruyan ve mutlaka gelecek vaat eden bireyler olmaları için uğraşan yetişkinlerin gözden kaçırdıkları çocukların kendi varlıkları üzerinde konuşabilmelerinin önüne koydukları yetişkince setler olduğu gerçeğidir. Sosyal bilimde de yetişkinlerin sınırlarıyla çizilmiş ve sosyal bir kurgudan ibaret bir çocukluk anlayışı hakimdir. Oysa çocuk eksik bir yetişkin olmadığı gibi kendine özgü olduğu olan özel bir büyüme ve gelişme evresidir.³ Burada vurgulanmak istenen söz konusu evreyi belirleyen, evreyi yaşayan çocuklardan ziyade onlar hakkında en doğru kararı verebileceklerinden hiç şüphesi olmayan yetişkin grubunun olmasıdır.

Bu derleme, sosyal hizmet uygulamaları ve sosyolojik bakış kapsamında Türkiye’de çocukların ne tür bakış açılarıyla ele alındığını tartışmayı, çocukluk algısını mümkünse bir nebze sorgulamayı, çocukların toplumsal düzeyde kendileri adına konuşabilmelerinin olabilirliğini ya da olamazlığını tartışmayı amaçlamaktadır. Sosyal hizmet alanının uygulamalarının değerlendirilmesinden öte sosyolojik çıkarımlar yapılması söz konusudur. Derlemenin akışı çocukların toplumsal hayattaki yerlerine göre belirlenmiştir. Yetişkin bakışının eleştirilmesinin yine yetişkinlerce belirlenen kavramsallaştırmalara göre yapılması bir ironi halini resmediyor olsa da, çocukluk tartışmalarının çocukların kendi hayatları için belirledikleri başlıklar kapsamında yapılabilmesinin önündeki engellerin kaldırılabilmesine dair umutvar durumun belirtilmesi gerekli görülmektedir.

Türkiye’de Çocuk Ve Çocukluk Kavramları Üzerine

Çocuğun, toplumsal yaşamda nasıl anlamlandırıldığını araştırırken göz önünde bulundurulması gereken bir nokta çocukluk anlayışının, toplumsal dinamikler ve toplumsal yaşam koşullarını etkileyen toplumsal değişimler doğrultusunda şekillenmekte olduğudur.⁴ Milli bir ülkenin bir olgu hakkındaki yorumuna bakarken milli kaynaklardan yararlanılabilir, zira bu kaynaklar milliliğin meşrulaştığı ideolojiyi ve dolayısıyla olgulara o ülkeyi oluşturan toplulukların bakış açılarını yansıtır. Türk Dil Kurumu da ülkenin millileşme politikalarının bir parçasıdır. Türk Dil Kurumu’nun çocuk kelimesi için yaptığı tanımlamalardan üç tanesi şöyledir: “bebeklik ile erginlik arasındaki gelişme döneminde bulunan oğlan veya kız, uşak”, “büyüklere yakışmayacak, daha çok küçüklerin yapabileceği gibi davranan kimse” ve “belli bir işte yeteri kadar deneyimi ve yeteneği olmayan kimse”.⁵ Aslında bu tanımlamalar çocuğa bakışı net olarak anlatan tanımlardır.

Çocuk, bebeklik döneminin ardından girdiği gelişme döneminde büyük olmaya - yetişkinliğe- hazırlanır, bu süre içinde birtakım tecrübeler edinir, bu tecrübeler doğrultusunda yetişkin yetenekleriyle donatılmış bir hayat kurar ver bu hayat içinde çocukluk döneminde yapılan bazı şeyleri tekrarladığında söz konusu -çocukluk- hali küçümsenir. Çocukluk dönemi, o dönemin niteliğinden değil, yetişkinlik döneminde doğabilecek aksaklıkların önüne geçilmesi adına çok iyi inşa edilmelidir. Erbay’a göre (6), yaşamdaki en temel değerlerin, tutumların, becerilerin ve yetişkinliklerin temeli çocukluk döneminde atılır. Bir başka deyişle, sonraki yaşamın yolu, çocukluk döneminde çizilir ve şekillenir.⁶ Yani yetişkinlikte hata veya aksaklık olarak görülen her türlü şeyde çocukluk döneminin payı olduğu hakim görüştür. Sağlam ve sağlıklı geçirilmiş bir çocukluk döneminden sonra gelen yetişkinliğin de aynı veya yakın koşullarda devam edeceği düşüncesi mevcuttur. Bu sebeple çocukluk önemlidir ve verimli geçirilmesi gereken bir süreci kapsamaktadır. Burada belki de göz ardı edilen durum şudur ki, hem çocukluk hem yetişkinlik dönemleri modern sosyal dünyanın birer tahayyülleridir. Ve bu tahayyüllerin kurgulanmasında sadece yetişkinlerin söz hakkının olması sorgulanması gereken bir durumdur.

Derleme, Türkiye’de çocuğun konuşulduğu bazı alanlarda çocuğun katılım hakkının ne derece göz önünde bulundurulduğuna odaklanarak devam edecektir.

Uluslararası belgeler, sözleşmeler insanlık tarihinin tutanak altına alınmış tanıklarındır.⁷ Çocuk kavramının tartışıldığı bir dönem olarak on dokuzuncu yüzyıl ve yirminci yüzyıl, çocuklarla ilgili ulusal ve uluslararası düzenlemelere gidilen bir dönemi içermektedir.⁸

Yirminci yüzyılın ikinci yarısı, ‘çocuk sorunu’nun ağırlıkla tartışıldığı bir dönem olarak, çocuklarla ilgili tüm dünya ölçeğinde en önemli belge olan Çocuk Hakları Sözleşmesi

(ÇHS)'nin ortaya çıkmasına olanak sağlamıştır.⁹ Bu sözleşmeyi son derece önemli kılan özelliği çocukluğun yansımalarını ve çocuk haklarını evrensel anlamda ele alıyor olmasıdır. Bu derleme kapsamında sözleşmenin değinilecek en önemli maddesi çocukların katılım haklarını tartışmaya en müsait maddelerden olan 12. maddedir.

Sözleşmenin 12. maddesine göre, taraf devletler, görüşlerini oluşturma yeteneğine sahip çocuğun kendini ilgilendiren her konuda görüşlerini serbestçe ifade etme hakkını bu görüşlere çocuğun yaşı ve olgunluk derecesine uygun olarak, gereken özen gösterilmek suretiyle tanırlar.¹⁰ Şüphesiz bu madde çocuğa, kendi hayatına dair fikir beyan etme hakkını yine yetişkinler tarafından veren bir maddedir. Fakat Türkiye'de çocukların kendi kaderlerini tayin edebilme süreçlerine bakıldığında, aslında sözleşmeyle onaylanan bu hakkın 'çocukça' uygulanamazlığı dikkat çekmektedir. Toplumsal yapı kültürel normlar bir bütün olarak ele alınarak irdelendiğinde çocukların birer birey olarak görülemedikleri gerçeği açığa çıkmaktadır. Oysa sözleşmenin esas aldığı yaklaşım, yeni dünyanın nesne çocuktan özne çocuk anlayışına doğru evrilmesi yönündedir.¹¹ Bu bakışla çocukluk olgusuna yaklaşmanın çok da becerilebilen ve arzu edilen bir şey olmadığını Türkiye'de çocuk ekseninde yapılan çalışmalara bakarak anlamak mümkün olabilir.

Bu doğrultuda öncelikle değinilmesi gereken, çocukluğun da diğer bütün olgularda olduğu gibi bir sistem içinde ele alındığıdır. Türkiye'de çocuk eksenli çalışmalar genel anlamda, iki yana yaslanmış durumdadır.

Çocuklar bir tarafta düzenli hayatlarının içinde mensubu oldukları aileler ve eğitim sistemine göre değerlendirilmekte, diğer taraftan düzensiz asi hayatlarının içinden 'kurtarılmaya' uğraşılırken ele alınmaktadırlar. Bu bağlamda çocuğun katılım hakkını tartışmak için iki önemli başlık belirlenebilir. Bunlardan biri toplumsal düzenin sürdürülebilir halini destekleyen aile ve eğitim kurumları iken, diğeri, toplumsal düzenin aksamasına neden olan aile ve eğitim sistemi dışında tutulan çocuklara dair kültürdür. Bu başlıklar derleme kapsamında tartışılmak istenen konunun daraltılabilmesi açısından seçilmiş olmakla birlikte, belirlenen başlıklar dışındaki konuların ayrıca ele alınması gerekliliği de vurgulanmalıdır.

Aile Ve Eğitim Kurumları Bağlamında Çocuğun Katılım Hakkı

Aile, toplumun düzen halinin devamlı kılınabilmesi adına işleyen bir kurum olma boyutuyla – sadece işleviyle- ele alınıp, geleneksel kültürel yapısı bir kenara bırakıldığında ancak kutsal yapısı sorgulanabilir hale gelebilen bir ortam olur. Aile, kadınları, erkekleri, çocukları, gençleri, yaşlıları, engellileri ve böyle kategorize edilen bütün insanları birey olma

Kimliklerinden arındırarak her birine verdiği toplumsal rollerle onları bir bütün halinde gösteren bir kurumdur. Aileye bu gözle bakmak aslında Derridavari bir yapıbozum yapmaktır. Yazının eleştirel ruhu ve tartışma ortamının yaratılabilmesi adına kutsanmış aile formatının sorgulanması söz konusudur ki böylece aile yapısallığının yok ettiği birey çocuk veya çocuğun özne olması durumları ile katılım hakkı tartışılabilir.

Aile, çıkarların bir dayanışmasıdır.¹² Aile yanında düzenli hayatın birer parçası olan çocuk bireyler, aileye ait demografik bilgilerin ve çıkar dayanışmasının da bir bölümünü oluşturmaktadır. ‘Bakmakla yükümlü olunan çocuk’ olarak bir nicel ifadeye bürünmektedirler.

Bir diğer taraftan çocuk ailenin demokrasi yoksunu üyelerinden biri olarak aileyi ilgilendiren konuda sadece üstüne düşeni yapmakla yükümlü iken, kendisiyle alakalı konulardaki söz hakkı da son derece azdır. Öyle ki çocuğun aile içinde yer alması, zaten onun için olabilecek en muntazam durumdur.

Çocuğun katılım hakkından bahsederken değinilmesi gereken önemli noktalardan biri çocuğun kimlerle veya ne şekilde zikredildiğidir. Türkiye’de çocuk kelimesinin anıldığı yerlerden bazılarını söylemek gerekirse (bu bölümde aile vurgusuna dikkat çekilmeye çalışılmaktadır), çok çocuklu aileler, tek çocuklu aileler, tek ebeveynli çocuklar, boşanmış ebeveynlerin çocukları, çocuksuz aileler ilk akla gelenler olmaktadır. Görüldüğü gibi, ailenin, çocuğun konuşulmasındaki yeri ve önemi yadsınamayacak derecededir.

Çocuklar daha önce de bahsedildiği üzere eksik yetişkinliklerinden(!) tam yetişkinlik sürecine yönelik hazırlanan ve bu uğurda özne olma hallerinden bertaraf edilen bireylerdir. Her çocuk onu yetiştirenlere ve çevresine hatta aynı toprağı paylaştığı insanlara karşı hayırlı bir evlat olmak üzere hayata hazırlanma yolundadır. Hayırlı evlat mitine göre, çocukların ‘büyüdüklerinde’ onlara sağlanabilen veya sağlanamayan refahın karşılığını pozitif yönde vermeleri gerekmektedir. Çocuklar birer yetişkin olduklarında ailelerinin hayatlarını idame ettirmelerine yardımcı olacak birer yatırım gibi algılanmaktadırlar. Bu algıyı biraz detaylı tartışmak gerekirse çocukların birinci olarak işçi tanımlamasıyla toplumsal alanda yer almalarından, ikinci olarak ise yetişkinlerin sahip oldukları birer nesne olmalarından bahsedilebilir.

(Çocuk işçiliği anlamında) Çocuk emeği, bir taraftan nicelik ve nitelik açısından dönemden döneme, toplumdan topluma farklılık gösterirken, diğer taraftan buna yüklenen anlam da değişebilmektedir.¹³ Türkiye’de de çalışan bir çocuk olmak, yaşanılan bölgenin kültürüne göre farklı anlamlar kazanabilmektedir. Kırsal alan çocuk işçiliğinin masumane

alanı olurken kentsel alanda çalışan çocuğun her şeyden önce yoksul stigmatı ön plana çıkabilmektedir.

Çocukları çalışmaya iten çeşitli nedenler bulunmaktadır ancak temelde bilinmesi gereken nokta, çocuğu çalışmaya iten nedenlerin onun dışındaki faktörlerden ileri geldiğidir.⁶

Çocukların yatırım gibi görülmelerindeki ikinci nokta ise ‘çocuk sahibi olma’ sorunsalıdır. Bir metaya sahip olmak gibi dünyaya gelmesine vesile olduğu için bir çocuğa sahip olma isteği de çocuğun katılım hakkı bünyesinde eleştiriye açık olması gereken bir nokta olarak görülmektedir. Çocuk Hakları Sözleşmesince 18 olarak maksimize edilen çocukluk yaşı, ‘çocuk sahibi’ ailelerce daha da artırılabilir. ‘Ailenin gözünde (hala) çocuk olmak’ çocuğun aile tarafından korunmasını sağlayan bir mittir. Bu koruma karar aşamalarını da aileye devretmektedir. Karar verme mekanizması olarak aile büyüklerinin etkin role sahip olmaları kültürel arka planının yanısıra, aileyi korumayı görev edinen devletin de önemli bir sosyal politikasıdır. Çünkü iyi tasarlanmış bir çocukluk ve aile kurgusu ile bireylerin kontrol edilebilmeleri son derece kolaylaşabilmektedir.

Eğitim Sisteminde Çocuğun Katılım Hakkı

Eğitim sisteminde çocukların konuşulması ve katılım hakkına bakıldığında aileden farklı bir tablo ile karşılaşıldığı söylenemez. Çocuklar, tümüyle hizmet bekleyen bireyler olarak görülmektedir.¹⁴ Bu da onları katılım hakkı açısından pasifize etmektedir. Bu işlemde eğitimin payı büyüktür.

Çağdaş kapitalist toplumda eğitim ve öğretim sermaye artışının ve kapitalist toplumun devamının bağlı olduğu tek meta olan -toplumsal emek gücü üretiminde- önemli bir rol oynar.¹⁵ Marksizmin sık sık vurgu yaptığı gibi emek gücü üreten bir eğitim sistemi mevcuttur. Bunu yaparken de çocukluğu, çocukların karar vermediği bir sistemin içinde yoğurur. Eğitim sisteminin parçası olduklarında zaten hayatın bir çok alanından soyutlanan ve işleri onlara tanınan imkanlarla eğitim sisteminin daha efektif birer parçası olmak şeklinde kısıtlanan çocuklar söz konusudur. Foucault’ya dem vurarak söylemek gerekir ki okullar veya okullaştırılan kurs ve benzeri kurum ve kuruluşlar çocukların hapsedilme yerleri gibidir. Okulun çocuklara kendi yaşlıları ile sosyalleşmesi için tanıdığı varsayılan olanağı tersten okumakta fayda görülmektedir. Şöyle ki okul/eğitim sisteminin içindeki çocuk öznesi diğer toplumsal olayların tamamen dışında ve kontrol altında tutulmaktadır.

Devlet tarafından uygulanan eğitim politikaları, genel olarak çocukların katılım ve gelişim hakkı ile ters düşmekle birlikte, özellikle katılım hakkı ile ters düşen uygulamaların

yürürlüğe konulması ve kurumsallaştırılması ile sonuçlanmıştır.¹⁴ Müfredatla yoğun bir ilişki içinde geçen ve toplumsal kararlarda yok sayılabilen çocuklar söz konusudur ki bu çocuklar bir çocukluk kurgusu içinde toplumsal olaylardan dışlanmaya maruz kalan çocuklardır.

Eğitim sisteminin önemli bir parçası da millileştirme politikalarına çocukları dahil eden bazı eylemleri içeriyor olmasıdır. Çünkü devlet çocuk sadece ailesinin değil aynı zamanda devletin de geleceği için önemli görülmektedir. Millileştirme politikalarıyla çocuğa yüklenen gelecek kaygısının yanında bir de geçmişin sorumluluğu vardır.

(Oysa) çocuk geçmişle ilgilenmez, o şimdi'dir ve tereddütsüz biçimde hayatla ilişki içindedir.³ Eğitim sistemiyle çocuğun şimdisi elinden alınmakta, geçmişin geleceğe yansması olarak çocuk kullanılmaktadır.

Aile ve Eğitim Kurumları Sisteminin Dışındaki Çocukların Katılım Hakkı

Yazının akışı doğrultusunda aile ve eğitim kurumlarında çocukluk kurgusuna değinildikten sonra, şimdi de bu sistemlere toplumsal düzeni stabil kılacak şekilde dahil olamayan çocuklara odaklanmakta fayda vardır. Onlar da, bu sistem dışlıklarıyla yine yetişkinlerce tanımlanmış hayatlar yaşamaktadırlar. Aile yanında olmayıp, topluma zarar veren, aynı zamanda kendileri tehlike altında olduklarından bir şekilde gözetim altında tutulmak istenen çocuklar ile aile yanında oldukları için zarar gören ve gördükleri zararı topluma yansıtma riski gösteren çocuklar düzensiz gruba mensupturlar ve o çocuklar üzerinde yoğunlaşan çalışmalar bir hayli fazladır. Aslında denilebilir ki kendilerini aile kurumundan dışarı çıkaran çocuklar daha çok konuşulmaktadır. Çünkü diğerleri zaten kendilerine yetişkinlerce sağlanan sistemin birer parçası halinde sorunsuz ilerlemektedir. Aile yoksa ya da varken yokmuş gibiyse çocuk o zaman yetişkinlerin dikkatini daha çok çekmektedir. Sokak çocukları çalışmaları bunun en iyi örneğidir.

Damga kuramının sosyolojideki öncüsü kabul edilen Erving Goffman damgayı 'sahip olunan nitelikler ve toplumda kabul edilmiş değerler arasındaki ilişki biçimi' olarak tanımlar.¹⁶ Sokakta yaşayan veya çalışan çocukların sokak çocuğu damgası da toplumun değer yargılarından yola çıkılarak oluşturulmuş bir kurgudur. Söz konusu 'damga' sokaktaki çocuğun sistem dışılığına vurgu yaparak onu da sisteme dahil etme çabalarını meşrulaştırmaya imkan sağlamaktadır. Modern devletin toplum düzeninin sağlanması, çocuğun sokakla/sokakta kurduğu ilişkinin çocukluk değerlerinin üstündedir.

Sonuç

Devletin sosyal politikalar kapsamında üzerinde çalışmalar yaptığı konular aslında birer bireydir. Kadınlar, çocuklar, engelliler gibi sosyal politikaya dâhil edilip sosyal hizmet uygulanan kişilerin bu hizmetlerden memnuniyetini ölçen de yine devletin ta kendisidir. Çünkü memnun olmak için alınacak referans sistemi de modern devlet tarafından kurgulanmaktadır.

Katılım, karar süreçlerinde ve etkinliklerde yer almak ve etkili olmaktır; karar mekanizmalarında, uygulama ve değerlendirme süreçlerinde aktif müdahalede bulunmaktır.¹⁷ Bu derlemede, çocukların kendi hayatları üzerinde konuşabilmeleri ve bu konuşmayı yaparken ebeveyn ya da toplum baskısı altında kalmamaları gerekliliği üzerinde durulmaya çalışılmıştır. Çocukların psiko-motor gelişimleri tamamlanmadan bu sürece nasıl hâkim olacakları sorusu bir karmaşaya yol açmış olabilir. Fakat burada bahsedilen “bırakınız yapınlar bırakınız geçsinler” gibi bir yaklaşım değildir. Erkekler için gelişmiş yaşam şartları nasıl hazırlanabiliyorsa, kadınlar bu haklarını elde etmek için nasıl savaşıyorsa çocukların da bütün bunları yapabilmelerine imkân verilmesi gerekliliği, çocukların sahip olunan değerler olarak düşünülmemesi, değerli ve yatırım yapılması kişiler gibi algılanmaması vurgulanmak istenen noktadır.

Çocukların çocuk olma hallerinin kendilerince sorgulanması Türkiye’de oluşabilecek radikal olaylardan biri olarak görülebilir, böyle bakıldığında çocuğa bakışın değiştirilmesi çok uzak gibidir. Fakat uzak olduğunu düşünmek bile çocuklar adına verilmiş bir karardır. Tam da bu yüzden Şirin’in (18) de bahsettiği gibi çocukluğun yitip gitmesine karşı yeni bir çocuk okumasının yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Bekir O. Toplumsal Tarihte Çocuk Sempozyum 23-24 Nisan 1993 [Children in Social History Symposium April 23 to 24 1993]. İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları; 2013. p. Giriş xi-xii.
2. Prout A, James A. A New Paradigm for the Sociology of Childhood Provenance, Promise and Problems. In: Prout A, James A, editors. Constructing and Reconstructing Childhood: Contemporary Issues in the Sociological Study of Childhood. Second Edition. London: Falmer Press; 1997. p. 7-33.
3. Şirin M.R. Dersimiz Çocuk Çocuk Üzerine Düşünce Yazıları [Study Children, Thoughts Writing on Children]. İstanbul: İz Yayıncılık; 2012. p. 32.
4. Tunca T. Türkiye’de Değişen Aile ve Çocuğa Yüklenen Anlamlar [The Changing Meaning of Family and Children in Turkey]. In: Adak N, editors. Değişen Topluma Değişen Aile Sosyolojik Tartışmalar [Changing Family in Changing Sociological Society Debates]. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2012. p.163-176.

5. Türk Dil Kurumu, Türk Dil Kurumu Genel Sözlük. 2012. [cited 2012 June]. Available from:
http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.4fddeb420d9bb4.36007244.
6. Erbay E. Çocuk İşçi Olmak: Çocuk İşçiliğine Retrospektif Bir Bakış [Becoming Child Labour: A Retrospective Look at Child Labour]. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayını; 2008.
7. Yelken R. Çocuk Suçluluğunun Önlenmesinde Merkezi Kuram Aile: Çocuklara Dair Uluslar arası Sözleşmelerin Analizi [Center Theories for Prevention of Child Criminality: Analysis of the International Convention Relating to Children]. In: Hançerli S, Sevinç B, Gürer C, Öner M. C, editors. Suça Sürüklenen ve Mağdur Çocuklar [Crime dragged Children and Child Victims]. Ankara: SABEV Yayınları; 2011. p.32-41.
8. Baykara Acar Y. İstisnai Öyküler Cinsel Suçtan Hükümlü Çocukların Yaşam Öyküleri [Exceptional Stories Convicted of sexual crimes Children's Life Stories]. Ankara: Maya Akademi; 2011.
9. Yolcuoğlu İ.G. Ebeveyn Bakımından Yoksun Çocuklar ve Sosyal Hizmet [Children Deprived of Parental Care and Social Work]. In: Acar H, Negiz N, Akman E, editors. Sosyal Politika ve Kamu Bileşenleriyle Sosyal Hizmet Temelleri ve Uygulama Alanları. Ankara: Maya Akademi; 2013. p.155-167.
10. UNICEF. 2014. [cited 2014 June]. Available from:
http://www.unicef.org/turkey/crc/_cr23c.html.
11. TBMM. 2014. [cited 2014 June]. Available from:
<http://tbmm.gov.tr/komisyon/insanhaklari/pdf01/137-160.pdf>.
12. Güçlü S. Aileye İlişkin Kuramsal Yaklaşımlar [Theoretical Perspectives on Family]. In: Adak N, editors. Değişen Toplumda Değişen Aile Sosyolojik Tartışmalar [Changing Family in Changing Sociological Society Debates]. Ankara: Siyasal Kitabevi; 2012. p.65-91
13. Makal A. Çocuktum Ufacıktım Türkiye'de 1920-1960 Döneminde Çocuk İşçiliği [Child Labour in Turkey 1920-1960 Period]. Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Gelişme ve Toplum Araştırmaları Merkezi (GETA) Tartışma Metinleri No.98. Ankara: 2006.
14. Değirmencioğlu S. M. Tersten Katılım: Katılım Hakkı Üzerine Bir Değerlendirme [Reverse Participation: An Evaluation of Participation Rights]. In: Acar H, İçağasioğlu Çoban A, editors. Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmenin 20. Yılında Türkiye'de Çocuk Hakları [United Nations Convention on the Rights of the Child on the 20th anniversary of Children's Rights in Turkey]. Ankara: Maya Akademi; 2010. p.119-128.
15. Rikowski G. Marksist Eğitim Kuramı ve Radikal Pedagoji [Marxist Educational Theory and Radical Pedagogy]. İstanbul: Kalkedon Yayınları; 2011.
16. Gürdal Ünal A. Türk Çocuk Edebiyatında Engellilik 1969-2009 [Disability in Children's Literature in Turkey 1969-2009]. İstanbul: Evrensel Basım Yayın; 2011.
17. Değirmencioğlu S. M. Çocuklar ve Gençlerin Gözünden Katılım [Participation Through the Eyes of Children and Youth]. In: Acar H and others, editors. 6. Ulusal Sosyal Hizmetler Konferansı Küreselleşme, Sosyal Adalet ve Sosyal Hizmetler [6th National

- Social Services Conference Globalization, Social Justice and Social Services]. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayını; 2005. p. 311-316.
18. Şirin M. R. Gösteri Çağı Çocukları İletişim Toplumunda Medya Sarmalı [Show Age Children Spiral Media in Society]. İstanbul: İz Yayıncılık; 2006.

Duygusal Zekâ ve Ebelik*

Emotional Intelligence and Midwifery

Hediye BEKMEZCİ¹

Serap EJDER APAY¹

Hava ÖZKAN¹

¹Atatürk Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi, Erzurum

Yazışma Adresi/
Correspondence
Dr. Hava ÖZKAN, Atatürk
Üniversitesi Sağlık
Bilimleri Fakültesi,
Erzurum, E-mail:
havaorhan67@hotmail.com

Geliş Tarihi/Received:
2014-07-23
Kabul Tarihi/Accepted
2014-09-09

HSP 2014;1(2): 95-101

Özet

Duygusal zekâ, bireylerin öncelikle kendi duygularını anlamalarını ve yönetebilmelerini sağlayan, bunun yanında başkalarının duygularını anlayabilme, empati kurabilme, motivasyonlarını artırma ve özgüven duygularını geliştirme olanağı tanıyan bir kavramdır. Duygusal zekâ, ebelik uygulamalarında profesyonel ilişkilerin ve karmaşık olaylarda farklı bakış açılarının gelişmesine yardım edebilir. Ebeler, gebelere empatik bir tutumla yaklaştıklarında onların gereksinimlerini daha doğru saptayabilir ve olumlu sonuçlar elde edebilirler. Çünkü ebe tarafından anlaşıldığını hisseden birey önemsendiğini, ona güvendiğini ve kendisine değer verildiğini düşünür. Bu durum ebenin bireye ulaşmasını kolaylaştırarak bireyin bakımı kabul etmesini de kolaylaştıracaktır. Duygusal zekâyı kullanma, çalışma yaşamında başarıya ulaşmanın bir anahtarı olarak görülmektedir. Mesleki başarıya ulaşmak ve etkili ebelik bakımı vermek için; ebelik eğitimi başladığı andan itibaren, ebe adaylarının duygusal zekâlarını kullanma ve geliştirmeye yönelik becerileri kazanmaları sağlanmalıdır. Duygusal zekânın gelişimi ile birlikte sağlık çalışanlarının mesleki yaşamlarında başarılı olabilmeleri kritik düşünebilme, eleştirel bakabilme, sorgulayabilme ve karar verme yeteneklerinin artması ile mümkün olabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Zekâ, duygusal zekâ, ebe, uygulama, eğitim

Abstract

Emotional intelligence is a concept that primarily enables individuals to understand and manage their own feelings, understand the feelings of other people, establish empathy, increase their motivation, and develop the senses of self-confidence. Emotional intelligence may enable the development of professional relations in midwifery practices and different viewpoints in complex situations. If midwives approach the pregnant women with an emphatic attitude, they could determine their needs more accurately and obtain positive results since the individual who feels that she is understood by the midwife will think that she is considered important, trusted, and appreciated. This condition will enable the midwife to reach the individual and by this way, the individual will accept the care. Using the emotional intelligence is considered a key in succeeding in professional life. In order to succeed in professional life and provide an efficient midwifery care; it is required to enable preservice midwives to become skilful at using and developing their emotional intelligence as from the beginning of the midwifery training. The development of the emotional intelligence will enhance the skills of healthcare professionals such as critical thinking, critical approaching, questioning and decision making in order to succeed in professional life.

Key Words: Intelligence, emotional intelligence, midwife, practice, training

*Çalışma II. Uluslararası III. Ulusal Ebelik Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Giriş

Geçtiğimiz yüzyıla damgasını vuran entelektüel zekâ, 21. yüzyılda kendine güçlü bir rakip bulmuştur. ¹ Duygusal zekâyâ olan ilgi M.Ö. 350 yıllarına Aristo'ya kadar dayanır. Aristo, duygular uygun durumda ve uygun kişilere, uygun şekilde açıklanırsa anlamlı olacağını belirtmiştir. ² Günümüzde bilim insanları; bir kişinin başarılı olabilmesi için hem entelektüel hem de duygusal zekâyâ sahip olması gerektiğini belirtmektedir. ¹ Duygusal zekâ kavramı, sosyal psikoloji, nöro-biyoloji, bilişsel psikoloji bilimlerinde son zamanlarda; bireylerin tepkilerini ve özellikle yaşam olaylarını incelemek için yeniden önem kazanmaya başlamıştır.²

Duygusal Zekânın Tanımı

Zekâ, insanın öğrenme sürecinde, anlama, kavrama, parçaları veya ilgileri ilişkilendirme, bütünleştirme, değerlendirme ve yorumlama yapma aşamalarında yönlendirici olan bilişsel ve duygusal özelliklerle yakından ilişkili bir kavramdır.³ Duygusal zekâ, bireylerin öncelikle kendi duygularını anlamalarını ve yönetebilmelerini sağlayan, bunun yanında başkalarının duygularını anlayabilme, empati kurabilme, motivasyon artırma ve özgüven duygusunu geliştirme olanağı tanıyan bir kavramdır. Bundan dolayı, duygusal zekânın geliştirilmesi konusuna verilen önem artmaktadır.⁴

Duygusal zekâyâ ilişkin en önemli üç model Salovey ve Mayer, Bar-On, ve Goleman'ın geliştirdiği modellerdir.⁵ Salovey ve Mayer duygusal zekâyı, akademik zekâyâ benzeyen, bireyin algılayabildiği, değerlendirebildiği ve duygularını açıklayabildiği zamanda meydana gelen ve öğrenilen bir yetenek olarak tanımlamışlardır.^{2, 6} Bar-On duygusal zekâyı, kişisel özelliklerin ve yeteneklerin bir dizisine benzer olarak kavramsallaştırmıştır.² Bar-On'a göre duygusal zeka beş ana boyutta açıklanmaktadır. Bunlar; içsel dünya alanı (kişisel beceriler), dış dünya alanı (kişiler arası beceriler), uyumluluk (adaptasyon), stresle başa çıkabilme ve genel ruh durumu boyutlarıdır.⁷ Goleman duygusal zekâyı, empatide gerekli olan önemli bir sosyal beceri olarak kabul etmiştir.² Ayrıca kişisel ilişkilerde bireyin süreci tanımlamasını, duyguları yönetmesini ve yaşam olayları ile mücadele ederek kişilerarası ilişkilerde başarılı olmasını sağlayan temel yetenekleri temsil eden çok boyutlu kavram olarak tanımlanmıştır.^{2, 8}

Son yıllarda yapılan araştırmalar, entelektüel zekânın hayattaki başarıya katkısının %10'dan fazla olmadığını göstermektedir.^{1, 9} Duygusal zekâ kavramının son yıllarda daha çok önem verilen ve tartışılan bir kavram olmasının nedeni hayatta başarı ve mutluluğun sağlanabilmesinde, belirli bir entelektüel zekâ düzeyinin yanı sıra, bireylerin duygusal zekâyâ da sahip olmalarının gerekliliğidir.⁴

Duygusal Zekânın Önemi

Duygusal zekâ motivasyon, yaratıcılık ve performans yeteneğini içerir. Başarısızlık ve zorluklarla karşılaşıldığında ısrar etme yeteneği sağlar.² Ayrıca iş performansının, takım çalışmasının ve etkili iletişimin belirleyicisi olarak kullanıldığı gibi geniş ölçüde kişisel eğitim ve personel alımı için de bir araç olarak kullanılmaktadır.^{2, 10} Çalışma hayatında sadece kişinin hangi mesleki bilgi ve becerilere sahip olması gerektiğinin yanı sıra birbirleriyle nasıl ilişki kurdukları ve nasıl anlaştıkları konuları da önem kazanmaktadır. Günümüz yönetim anlayışında bireysel üstün özellikler ve başarılar değil, ekiplerin

üstünlükleri ve başarıları daha önemli hale gelmiştir. Ekipte birlikte çalışabilmenin, başarılı ve verimli olabilmenin yolu, ekip üyelerinin duygusal zekâya sahip olmalarıyla yakından ilişkilidir. ⁹ Duygusal zekâ ile ilgili farklı alanlarda yapılmış çalışmalar tablo 1’de özetlenmiştir.

Duygusal zekâ düzeyi, hem bireysel tatmini hem de iş başarısını doğrudan etkilemekte, ekip çalışması yapılan kurumlarda ortak güç oluşturmak için geliştirilmesi zorunlu özellikler arasında yer almaktadır.¹ Duygusal zekâ, zaman içinde bireyin olgunlaşması, sosyalleşmesi ve entelektüel düzeyinin artırılması yolu ile geliştirilebilen bir kavramdır. Duygusal zekâ düzeyi yüksek olan bireylerin liderlik, yenilikçilik ve etkili yöneticilik özellikleri ile ön planda yer almayı başardıkları bilinmektedir.¹⁸ Duygusal zekânın gelişimi için; deneyimler gerektirmekte, iyi rol modelleri ve rehberler gerekmektedir.²

Duygusal Zekâ ve Ebelik

Ebe, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlar, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırır ve yenidoğanın bakımını yapar. Görev sınırları, doğum öncesi eğitimi, anne-babalıktan başlayarak aile planlaması ve çocuk bakımına kadar uzanmaktadır.¹⁹ Hunter, duygusal desteğin anne-ebe ilişkilerinde ve verilen hizmetin kalitesi üzerinde önemli etkiye sahip olduğunu belirtmiştir. Ebeler, kadın ve ailesine bakım verirken heyecan ve mutluluğun yanı sıra stres, acı, korku, üzüntü gibi durumlar ile karşı karşıya kalmaktadır. ^{20,21} Hunter ve Deery, ebelerdeki duygusal zekâyı Hochschild’in teorik çerçevesini kullanarak incelemişler ve ebelerin çok fazla duygusal işlerinin olduğunu rapor etmişlerdir.² Vitello-Cicciu iş yerinde stres ve sağlıksız duyguları vurgulamıştır. Bunun anlamı çalışanların onlardan beklenen duyguları hissetmeleri için kendilerini zorlamasıdır. Örneğin, iş yerinde baskı altında ve yoğun çalışan ebelerin bakımda kadınlara olumlu imaj verebilmek için mutlu hissetmeye ve işlerinden memnun görünmeye eğilimli olmalarıdır. Ebelerin gerçekte ne hissettiği ve beklenen hislerinin ne olduğu arasında “uyumsuzluk veya ahenksizlik” vardır.^{2,22} Eğer bu duygular yönetilmezse, onlarda tükenmişlik ve psikolojik hastalıklarla sonuçlanabilir. Döngü içinde, sağlıktaki tükenmişlik ve ebelik/hemşirelik, hasta memnuniyetsizliğinin kayıtları ile bağlantılı olmasından dolayı bakımın kalitesine yansıtılabileceği vurgulanmaktadır.² Hunter, ebelerin sahip oldukları duyguları, diğerlerinin duygularını anlamak ve kendi duygularını ifade edebilmek için ebelik uygulamalarında çok gerekli olduğunu kabul etmiştir. Hunter ve Deery, duyguların önemini kabul etmede başarısız olan ebelerin “duygusal tarafsızlık” olarak tarif edilen bir yaklaşım eğiliminde olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum duygusal sorunlardan kaçınmayı ve pratik işlere odaklanmayı, profesyonel olarak bağımsız olmayı, baş etme stratejileri geliştirmeyi içerir. Bütün bunlar da ebelik mesleğini soğuk bir robot olarak gösterirken ebelik uygulamalarında kadın merkezli yaklaşıma da engel olabileceği ifade edilmiştir.^{2,23}

Duygusal zekâ, ebelik uygulamalarında profesyonel ilişkilerin ve farklı bakış açılarının gelişmesine yardım edebilir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası bakımı gerçekleştirirken ortaya çıkabilecek sorunları çözmede, ebelerin duygusal zekâlarını kullanmaları problem çözme yeteneklerini artıracaktır.² Ebelik bir yardım mesleğidir. Yardım etmede temel amaç, karşılıklı güvene dayalı iletişim ve etkileşim içinde, hizmet verilen bireyi tanımlamak ve sorunları ile baş edebilir, gereksinimlerini karşılayabilir hale gelmesini

sağlamaktır.^{24,25} Etkili kişilerarası ilişkiler kurma, yardım etme ve danışmanlık becerileri bir ebenin edinmesi gereken davranışlar olup kaliteli ebelik bakımının ön koşullarıdır.

Anlaşılacak, temel insan gereksinimlerinden biri olup ve bireyi doğru bir şekilde anlama ebenin empati becerisiyle ilişkilidir. Ebeler hastalara empatik bir tutumla yaklaştıklarında onların gereksinimlerini daha doğru saptayabilir ve olumlu sonuçlar elde edebilirler. Çünkü ebe tarafından anlaşıldığını hisseden birey önemsendiğini, kendisine güvenildiğini ve değer verildiğini düşünür. Bu durum ebenin bireye ulaşmasını kolaylaştırarak bireyin bakımı kabul etmesini de kolaylaştırır. Böylece, bireyselleşmiş bakım ve olumlu tedavi edici ortam sağlanarak bireyin iyileşme hızı artar, tedavi ve bakımın olumsuz sonuçları azalır.²⁵

Duygusal zekâsını geliştiren ve ruh sağlığı iyi olan ebelerin artması mesleki sorunlarını çözmelerine katkı sağlar. Duygusal zekâ özellikleri içinde özellikle “öz-farkındalık” kişilerin düşüncelerini, anlaşmazlıklarını, sınırlarını ve içinde buldukları durumlardan nasıl etkilendiklerini anlama süreci olduğundan dolayı ebelere onların duygularını, davranışlarını ve tepkilerini yorumlamada yardım eder.²⁶

Ebelerin, kadınları desteklemek ve kadın merkezli bakım sağlamak için kendi öz-farkındalıklarının geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Annelik bakımında duygusal zekânın artan önemi, kadınların ve ailelerinin aldığı bakımın kalitesini etkileyerek ebelerin etkinliğini arttıracaktır. Artan duygusal zekâ ile ebelerin kadınlar ve meslektaşlarıyla etkili ilişkiler geliştirmesini sağlayacak ve iş yeri baskısına karşı mücadelede ebelere katkı sağlayacaktır.² Bu doğrultuda duygusal zekâsı yüksek kişiler, fikirlerini açık ve doğrudan dile getirmekte, hem kendilerini hem de birlikte çalıştıkları kişileri, hasta ve sağlam bireyleri istenilen sonuca yönelik olarak rahat bir biçimde harekete geçirebilmekte, zor şartlar altında olumlu düşünme tarzını koruyarak motivasyonun yüksek olmasını sağlamak ve çatışmaları olumlu atmosferi koruyarak çözüme yönelik olarak sonuçlandırmaktadırlar.⁹

Eğitimcilerin, hem teorik hem de ebelik uygulamalarındaki karmaşık yaşam durumlarında artan duygusal sorunlar için ebe öğrencileri hazırlaması gerekir.^{2,27} Duygusal zekâyı kullanma, çalışma yaşamında başarıya ulaşmanın bir anahtarı olarak görülmektedir. Mesleki başarıya ulaşmak ve etkili ebelik bakımı vermek için; ebelik eğitimi başladığı andan itibaren, ebe adaylarının duygusal zekâlarını kullanma ve geliştirmeye yönelik becerileri kazanmaları sağlanmalıdır.² Duygusal zekânın gelişimi ile birlikte sağlık çalışanının mesleki yaşamlarında başarılı olabilmeleri, kritik düşünebilmeleri, eleştirel bakabilmeleri, sorgulayabilme ve karar verme yeteneklerinin artması ile mümkün olabilecektir. Dolayısıyla gerek mesleğe başlamadan okul yıllarında verilen eğitim programlarında gerekse mesleğin uygulanması sırasında çalışanların “duygusal zekâ” becerileri geliştirilmeye çalışılmalıdır.²⁸

Sonuç olarak; duygusal zekâ, insanın kendisinin ve diğer bireylerin duygularını anlamının bir yoludur. Ebeler, mesleki başarıya ulaşmak ve etkili ebelik bakımı vererek kadın ve ailesinin aldığı bakım kalitesini yükseltmek için duygusal zekâ becerilerini etkin şekilde kullanmalıdır. Bireylerin sahip oldukları duygusal zekâ ve bunun etkin bir şekilde kullanılabilmesi, yaşamın her alanında başarının elde edilmesinde temel faktördür.

Tablo 1. Duygusal Zekâ ile İlgili Farklı Alanlarda Yapılmış Çalışmalar

Yazar (Yıl)	Çalışmanın Adı	Çalışmanın Sonuçları
Yüksek Özdemir A, Özdemir A. (2007)	Duygusal Zekâ ve Çatışma Yönetimi Stratejileri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Üniversitede Çalışan Akademik ve İdari Personel Üzerine Uygulama.	Üniversite çalışanlarının, duygusal zekâ boyutları ve kullandıkları çatışma yönetimi stratejileri arasındaki ilişkilerin saptanması amacıyla yapılan çalışmada özellikle işbirliği ve uzlaşma stratejilerinin daha çok tercih edildiği ve çatışmaları yönetmede daha etkili olarak algılandıkları belirtilmiştir. Bu stratejilerin tercih edilmesinde ise çalışanların özellikle kendini motive etme boyutunun yani tüm zorluk engel ve alınan olumsuz sonuçlara rağmen başarıya odaklanabilmesinin ve de sosyal beceriler boyutunun etkili olduğu belirlenmiştir.
Yılmaz Kuşaklı M, Bahçecik N. (2008)	Yönetici Hemşirelerin Duygusal Zekâ Yetenekleri ve Liderlik Davranışları	Duygusal zekâları yüksek yönetici hemşirelerin mesleklerinde işbirlikçi, destekleyici ve yapıcı üyeler oldukları, insan ilişkilerine duyarlı ve sahip oldukları, yeteneklerini ve deneyimlerini grubun amaçlarına katkıda bulunmak için kullandıkları, başka kişilerin duygularının farkında oldukları ve onları değerlendirerek neyi, nasıl ve niçin hissettiklerini anladıkları, problemleri fark edip etkin çözümler ile uygulama yeteneğine sahip kişiler oldukları sonuçlarına ulaşılmıştır.
Kızıl Ş. (2014)	Öğretmenlerin Duygusal Zekâları İle Örgütsel Adanmışlıkları Arasındaki İlişki (Balıkesir İli Örneği).	Duygusal zekâ düzeyi yüksek öğretmenlerin, örgütsel adanmışlık düzeyinin de yüksek olacağı, okula adanma, öğretim işlerine adanma, öğretmenlik mesleğine adanma, çalışma grubuna adanma kısacası örgütsel adanmışlık düzeyinin yüksek olacağı belirtilmektedir.
Sü Eröz S. (2011)	Duygusal Zekâ ve İletişim Arasındaki İlişki: Bir Uygulama	Turizm sektöründe çalışan yöneticilerin duygusal zekâ yeterliliklerini ve iletişim becerilerini ölçmek amacıyla yapılan çalışmada; bireylerin duygusal zekâsının yüksek olması, işletmelerde örgütün ve kurumun duygusal zekâsının yüksek olmasına sebep olacağını ve dolayısıyla duygusal zekâsı ve iletişim yeteneği yüksek olan bireylerin oluşturduğu işletmelerin başarılarını sürdürülebilir kılacağını belirtmiştir.
Delice M, Günbeyi M. (2013)	Duygusal Zekâ ve Liderlik İlişkisinin İncelenmesi: Polis Teşkilatı Örneği	Polis liderlerinin duygusal zekâ seviyeleri arttıkça liderlik davranışları değerleri de olumlu olarak artmaktadır. Polis liderlerinin duygusal zekâlarının artması onların liderlik davranışlarına olumlu katkılar sağlayacak ve polis liderlerinin kurumsal hedefleri gerçekleştirmedeki ve kalite, verim ve performansı arttırmadaki katkıları da artacaktır. Polis liderlerinin etkili ve başarılı olması da Polis Teşkilatının suçların önlenmesi ve aydınlatılması konusunda daha başarılı olacağı anlamına gelmektedir. Ayrıca, polis liderlerinin yüksek duygusal zekâ seviyelerine sahip olmaları polislik mesleğinin doğasında bulunan strese karşı polis liderlerini daha güçlü yapacak ve polis liderleri stresle mücadelede daha başarılı olabileceği belirtilmektedir.
Kavcar B. (2011)	Duygusal Zekâ İle Akademik Başarı ve Bazı Demografik Değişkenlerin İlişkileri: Bir Devlet Üniversitesi Örneği	Duygusal zekâ düzeyi ile akademik başarı arasında pozitif ilişki olduğu ve dolayısıyla gerek işletmecilik eğitimi veren kurumların, gerekse işletmecilik öğrencilerinin, amaçlarını gerçekleştirmede duygusal zekâ becerilerinden faydalanabilecekleri ortaya konulmuştur. Üniversite eğitimini tamamlayarak iş yaşamına geçiş yapacak olan öğrencilerin istedikleri işlere girebilmek, iş yaşamındaki problemlerle başa çıkabilmek ve diğer çalışanlarla uyum içerisinde çalışabilmek için sahip olması gereken bazı özel becerilerden bir tanesinin duygusal zekâ becerisi olduğu belirtilmiştir.
Avşar G, Kaşıkçı M. (2010)	Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinde Duygusal Zekâ Düzeyi	Kişisel ve mesleki yaşamda başarının temeli olarak nitelendirilen duygusal zekânın, hemşirelikteki öneminin ve katkısının hem eğitimcilere hem de öğrencilere çeşitli programlar aracılığı ile aşılması gerektiği belirtilmiştir. Duygusal zekânın gelişimi ile öğrenci hemşirelerin, mesleki yaşamlarında başarılı olabilmeleri için kritik düşünme, eleştiri yapabilme, sorgulayabilme vb. yeteneklerinin artırılacağı ve duygusal zekânın gelişimi için eğitim programları oluşturulması gerektiği ve en kısa zamanda eğitime yansımalarının sağlanması gerektiği belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Akkoç Z. Duygusal zekâ [Emotional intelligence] [Yüksek Lisans Bitirme Projesi]. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü [Institute of Social Sciences, Kahramanmaraş Sütçü İmam University], Kahramanmaraş, Türkiye, 2007.
2. Patterson D, Begley A. An exploration of the importance of emotional intelligence in midwifery. *Evidence Based Midwifery* 2011; 9(3):128-134.
3. Güney S. [Behavioral sciences] Davranış bilimleri. 2. Baskı. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım; 2000. s. 225.
4. Doğan S, Demiral Ö. [The role and importance of emotional intelligence in success of the institutions] Kurumların başarısında duygusal zekânın rolü ve önemi. *Yönetim ve Ekonomi* 2007; 14(1): 209-230.
5. Lee Fen Ming (Ellen). Conflict management styles and emotional intelligence of faculty and staff at a selected college in Southern Taiwan [Unpublished Doctoral Dissertation]. University of South Dakota, South Dakota, 2003.
6. Salvoy P, Mayer J. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition & Personality* 1990; 9(3):185-211.
7. Deniz ME, Yılmaz E. [Investigation of the relationship between university students' emotional intelligence and stress coping styles] Üniversite öğrencilerinin duygusal zekâ ve stresle başa çıkma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2006; 3(25):17-26.
8. Akerjordet K. EI: Part 1: The development of scales and psychometric testing. *Nursing and Health Sciences* 2009; 11: 58-63.
9. Çetinkaya Ö, Alparslan A. [Effects of emotional intelligence on communication skills: A research on college students] Duygusal zekânın iletişim becerileri üzerine etkisi: Üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2011;1.
10. Akerjordet K, Severinsson E. Emotionally intelligent nurse leadership: a literature review study. *Journal of Nursing Management* 2008; 16:565-577.
11. Yüksek Özdemir A, Özdemir A. [Examine of the relationships between emotional intelligence and conflict management strategies: practice on academic and administrative staff working in university] Duygusal zekâ ve çatışma yönetimi stratejileri arasındaki ilişkilerin incelenmesi: üniversitede çalışan akademik ve idari personel üzerine uygulama. *Selcuk University Social Sciences Institute Journal* 2007;(18):393-410.
12. Yılmaz Kuşaklı M, Bahçecik N. [Emotional intelligence and leadership behaviors of nurse managers] Yönetici hemşirelerin duygusal zekâ yetenekleri ve liderlik davranışları. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi* 2012;20(2):112-119.
13. Kızıl Ş. Öğretmenlerin duygusal zekâları ile örgütsel adanmışlıkları arasındaki ilişki (Balıkesir ili örneği) [The relationships between emotional intelligence and organizational commitment of teachers (an example of Balıkesir province)][Yüksek Lisans Tezi]. Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü [Institute of Social Sciences, Okan University], İstanbul, Türkiye, 2014.
14. Sü Eröz S. Duygusal zekâ ve iletişim arasındaki ilişki: bir uygulama. [The relationships between emotional intelligence and communication: an application] [Doktora Tezi].

- Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü [Institute of Social Sciences, Uludağ University], Bursa, Türkiye, 2011.
15. Delice M, Günbeyi M. [Investigation of the relationship between emotional intelligence and leadership: an example of police] Duygusal zekâ ve liderlik ilişkisinin incelenmesi: polis teşkilatı örneği. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2013;27(1):209-239.
 16. Kavcar B. Duygusal zekâ ile akademik başarı ve bazı demografik değişkenlerin ilişkileri: bir devlet üniversitesi örneği. [The relationship between emotional intelligence and academic achievement and some demographical variables: a study on a state university] [Doktora Tezi]. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü [Institute of Social Sciences, Ankara University], Ankara, Türkiye, 2011.
 17. Avşar G, Kaşıkçı M. [Emotional intelligence levels of students of nursing college] Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinde duygusal zekâ düzeyi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010; 13(1):1-6.
 18. Cadman C, Brewer J. Emotional intelligence: a vital prerequisite for recruitment in nursing. *Journal of Nursing Management* 2001; 9: 321-324.
 19. Daşdibi Beydilli E. [Yesterday and today of midwifery] Ebeliğin dünü ve bugünü. 1 ed. Ankara: Alter Yayıncılık 2007. s. 36.
 20. Hunter B, Warren L. Midwives' experiences of workplace resilience. *Midwifery* 2014:1-9.
 21. Hunter B. Mapping the emotional terrain of midwifery: What can we see and what lies ahead? *International Journal of Work Organisation and Emotion* 2010; 3:253-269.
 22. Vitello-Cicciu J. *Nursing Management* 2003; 34 (10): 28-32.
 23. Hunter B, Deery R. Building our knowledge about emotion work in midwifery: combining and comparing findings from two different research studies. *Evidence based midwifery* 2005; 3:10-15.
 24. Tutuk A, Al D, Doğan S. [Determining communication skills and emphatic levels of nursing students] Hemşirelik öğrencilerinin iletişim becerisi ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2002; 6: 36-41.
 25. Cevahir R, Çınar N, Sözeri C, Şahin S, Kuşuoğlu S. [Evaluation of the empathic skills of midwifery students with respect to the classes they are attending] Ebelik öğrencilerinin devam ettikleri sınıflara göre empatik becerilerinin değerlendirilmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2008; 3: 3-15.
 26. Sharif F, Rezaie S, Keshavarzi S, Mansoori P, Ghadakpoor S. Teaching emotional intelligence to intensive care unit nurses and their general health: A randomized clinical trial. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine* 2013; 4(3):141-148.
 27. McQueen AC. Emotional intelligence in nursing work. *Journal of Advanced Nursing* 2004; 47:101-108.
 28. Onay M, Uğur B. [Satisfaction silent magic in health: "emotional intelligence"] Sağlıkta memnuniyetin sessiz sihri: "duygusal zekâ". *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi* 2011; 3(2):23-34.

Anne Sütü Bağışı: Türkiye’deki Durum Breast Milk Donation: The Situation in Turkey

Merve KADIOĞLU¹

Nevin HOTUN ŞAHİN¹

¹*İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale
Hemşirelik Fakültesi
Kadın Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği
ABD*

*Yazışma adresi
/Correspondence
Merve Kadioğlu, İstanbul
Üniversitesi Florence
Nightingale Hemşirelik
Fakültesi Kadın Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı*

kadioglumerve@gmail.com

*Geliş Tarihi /Received
2014-07-14
Kabul Tarihi/Accepted
2014-09-15*

HSP 2014;1(2):102-114

Özet

Yenidoğan sağlığı ve beslenmesi için kendi annesinin sütünden sonra en iyi seçenek bağışçı annenin sütüdür. Bağışçı anne sütünün temin edilmesi için, birçok ülkede yaygın olarak kullanılan yöntem ise, Anne Sütü Bankaları’dır. Bu nedenle, “Anne Sütü Bankacılığı” (ASB) çocuk sağlığı politikası ve düzenlemesi ile birleştirilerek, ulusal emzirme politikalarının bir uzantısı olarak korunmakta, geliştirilmekte ve desteklenmektedir. Yararları hakkında artan kanıtlara rağmen Türkiye’de gündeme gelen anne sütü bankacılığı uygulaması; etik sorunlar, geleneksel inançlar ve tutumlar, ailelerin bağışçı sütün güvenliği hakkındaki kaygıları ve bilgi yetersizliği nedeniyle tartışmalıdır. Bu derleme; ASB’nin amaç ve işleyişini, anne sütünün yenidoğan üzerindeki etkilerini, farklı kültürlerin anne sütü bankalarına yaklaşımlarını ve bağışçı sütü ile ilgili kültürel bakış açılarını içermektedir.

Anahtar kelimeler; Anne sütü, bağışçı (donör) sütü, süt bankaları.

Abstract

For the health and nutrition of the newborn, the best option, except her own mother’s milk, is the milk of the donor mother. Mother Milk Banks are the method commonly used in many countries for donors to provide breast milk. Mother milk Banking, unifying with the child health policy and regulation in many countries. Despite growing evidence about the benefits of breast milk, In Turkey, implementation of milk banking is still under debate because of the ethical concerns, traditional beliefs and attitudes, parent’s concerns about the safety of donor milk, and the lack of information. This review covers donor milk-related cultural perspective, impacts on the newborn and ASB’s aims and functioning in the world, different cultures approach to the breast milk banks .

Key words; Breast milk, donor milk, milk banks

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (United Nations Children's Fund -UNICEF) (2009) tarafından bebeklere ilk 6 ay sadece anne sütü önerilmektedir.¹ Anne sütü (AS) içerdiği bileşenler yönünden yenidoğanın tüm ihtiyaçlarını karşılayan eşsiz bir özelliğe sahiptir. Ancak, doğum sonu dönemde birçok bebek annesi tarafından emzirilirken, bazılarında anneye ya da yenidoğana ait çeşitli nedenlerden (prematürite, AS'nin yetersiz olması, anne ölümü, emme refleksinin gelişmemesi, beslenme intoleransı, düşük doğum ağırlığı vb.) dolayı emzirme mümkün olmamaktadır. Bu durumda, anne sütü bankaları (ASB) yenidoğana, ideale en yakın besini sağlamada önemli bir kaynaktır. DSÖ' "en azından preterm veya hasta bebekler için mama kullanmadan önce maternal emzirmenin desteklenmesi ve ilk tercih olarak ASB'nin teşvik edilmesini" tavsiye etmiştir.² Büyük çoğunluğun Müslümanlardan oluşan ülkemizde, yapılan çalışmalar sonucunda benzer olarak en büyük etik ikilemin "Süt Kardeşliği" olduğu bulunmuştur.³

Bu yazıda, bağışçı sütü ile ilgili kültürel bakış açıları, yenidoğan üzerindeki etkileri ile dünyadaki ASB'nin tarihçesi, amaçları, işleyişleri ve farklı kültürlerin anne sütü bankalarına yaklaşımları tartışılacaktır.

Anne Sütü ve Bağışçı (Donör) Sütü

Emzirme, bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için ideal besini sağlamada benzersiz bir yoldur. Ancak çocukların emzirilemediği veya emzirmemesi gerektiği durumlarda (annede AIDS, enfeksiyonel hastalıklar vb.), DSÖ ve UNICEF (2009) bebeğin kendi annesinden anne sütü verilmesine en iyi alternatifin, sağlıklı bir sütanneden ya da bir anne sütü bankasından sağlanması gerektiğini bildirmektedir.^{4,5} Amerikan Pediatrik Akademisi (AAP) ise; "bütün preterm bebeklerin anne sütü alması gerektiğini, önemli derecede laktasyon desteğine rağmen emzirme veya annenin kendi sütü uygun değilse, pastörize edilmiş bağışçı sütünün kullanılması gerektiğini" belirtmektedir.⁶

Geç başlangıçlı sepsis ve nekrotizan enterokolit (NEC), yüksek morbidite ve mortalite riski taşıyan prematüre ve hasta bebeklerde iki önemli komplikasyondur.⁷ Bunların engellenmesinde, riskli yenidoğanın beslenme şekli oldukça önemlidir. Özellikle preterm ve düşük doğum ağırlıklı (DDA) yenidoğanlar üzerinde yapılan birçok çalışma mevcuttur.⁸⁻¹⁰ Preterm ve DDA'lı bebeklerde hazır mama ve bağışçı anne sütüyle beslenme biçimi karşılaştırıldığında, hazır mama kullanımı NEC gelişiminde daha yüksek riske neden olmaktadır.^{8,9} NEC, 1500 gr'dan daha az kilodaki bebeklerin %10' ununu şiddetine bağlı

olarak %50 veya daha fazla mortalite oranı ile etkilemektedir.⁹ Başka bir meta-analiz çalışmasında bağışçı anne sütü alan bebeklerde NEC gelişme ihtimalinin üç kat daha düşük olduğu ve hazır mama alan bebeklere göre de NEC gelişiminin dört kat daha düşük olduğu bulunmuştur.¹⁰

Sadece hazır mama ile beslenen çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA) (<1500 gr) bebeklerin septisemi/menenjit, prematüre retinopatisi, idrar yolu enfeksiyonu, diyare ve üst solunum yolu enfeksiyonu riski, anne sütü ile beraber hazır mama alan bebeklerden daha yüksek bulunmuştur.¹¹ ÇDDA olarak sınıflanan çocuklar, normal doğum ağırlığındakilerden daha az bilişsel işleve ve akademik performansa sahip olmaktadır. Birkaç çalışma, anne sütü ile beslenmenin DDA'lı bebeklerde nöro-bilişsel gelişim üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu göstermektedir.^{12,13} 1850 g'dan daha düşük doğum ağırlıklı 300 bebekte yapılan prospektif, randomize edilmemiş bir çalışma, bağışçı sütü veya mama alanlar arasında, 5- 8 yaşlarındaki entelektüel zeka (IQ) skorlarını karşılaştırmıştır. Sosyal ve eğitimsel faktörleri eşitledikten sonra, bağışçı sütü alanlar da IQ (8.3 puan) puanı daha yüksek bulunmuştur. DDA'lı bebekler üzerinde yapılan çalışmaların meta analizinde, emzirme, hazır mamayla beslemeye göre önemli ölçüde daha yüksek IQ skorları ile ilişkilendirilmiştir.¹³

Gebelik süresi 32 haftadan az ve doğum ağırlığı 1800 gr'dan düşük olan toplam 1017 stabil prematüre bebek ile yapılan altı araştırmada, anne sütü ile (kendi annesinden veya bağışçı sütü) mamayla besleme (dönem maması veya preterm mama) karşılaştırılmıştır.¹⁴⁻¹⁹ Çalışmaların tamamında, mamayla beslenen bebek grubunda NEC'te önemli bir artış olmuştur. Beslenme intoleransı insidansı da mamayla beslenen bebeklerde önemli ölçüde daha yüksektir. İnvaziv enfeksiyon insidansı için herhangi bir önemli fark bulunmamıştır. Kısa süre mama ile beslenen bebeklerde diğer büyüme parametreleri (bebeğin baş- popo mesafesi, baş- topuk mesafesi, femoral mesafe ve baş çevresi) istatistiksel olarak önemli ölçüde daha yüksek bulunmuştur.¹⁴⁻¹⁹ Bir başka çalışmanın sonucuna göre; preterm ve diğer yüksek risk taşıyan bebeklerde bağışçı sütü ile besleme, bulaşıcı hastalıkları önleme, artırılmış beslenme toleransı, gelişmiş nöro-bilişsel fonksiyon ve diğer uzun vadeli faydalar için etkili bir strateji olarak önerilmektedir.²⁰ Özellikle DDA'lı bebeklerde bağışçı sütü kullanımının bebeklerde NEC vakaları sayısını, geç başlangıçlı sepsis (septisemi), gıda hassasiyetini ve hastanede kalma süresini azaltarak bireyler, aileler ve sağlık sistemleri için maliyetten önemli miktarda tasarruf sağlamaktadır.²¹⁻²³

Ülkemizde emzirme yaygındır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre çocukların tamamına yakını (%97) belirli sürelerle emzirilmişlerdir. Fakat bebeklerin emzirilemediği ya da kendi annelerinin sütlerini alamadığı durumlarda farklı yönelimler olmaktadır. Özellikle hazır mamalara erişimin kolay olması, maliyetinin düşük olması, ailelerin bilgi eksikliği, hali hazırda bağışçı anne sütü bankalarının bulunmayışı ve sağlık personeli tarafından bu konuda yeterince danışmanlık, destek ve eğitimin sağlanmamasından dolayı, bebeklerini emziremeyecek ya da kendi sütleri ile besleyemeyecek durumda olanlar, tanıdıkları bir kadının sütünü (süt annelik) ya da hazır mamaları tercih etmektedirler (Tablo 1). Çalışmalarda bildirilen bağışçı (donör) sütünün tercih edilmeme nedenleri Tablo 1’de sunulmuştur.^{2,3,24}

Tablo 1. Bağışçı (Donör) Sütünün Tercih Edilmeme Nedenleri

-
- Dini İnançlar
 - Ekonomik Nedenler
 - Tarama Testleri ve Kayıt Sistemine Olan Güvensizlik
 - Bağış Yapan Kişinin Tanınmaması
 - Toplanan Sütlerin Karıştırılması
 - Sütlerin Partörize Edilmesi
 - Bağışçı ve Alıcının Bebeklerinin Yaşlarının Uyumsuzluğu
 - Anne Sütü Bankacılığı Hakkında Bilgi Yetersizliği
 - Sağlık Personeli Tarafından Yeterince Desteklenmemesi
-

Anne Sütü Bankalarının Amacı ve Tarihçesi

ASB uygulaması, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir uzantısı olarak, E. Coli bakterisini bulan Theodor Escherich tarafından, anne sütü haricinde besin verilen bebeklerde ölüm oranlarının yüksek olduğunu fark edilip, 1909 yılında Avusturya’nın Viyana Şehrinde süt bankasının kurulması ile başlamıştır.²⁵ İlk zamanlarda bankalarda toplanan sütler herhangi bir işlemde geçirilmeksizin, sütü veren bağışçı (donör) doğrudan alıcı bebekleri emzirmiş ya da donör ile alıcılar arasında herhangi bir bağlantı kurulmadan gelişi güzel ihtiyaç sahiplerine ulaştırılmıştır. 1960’lı yıllarda bebek mamalarının, 1980’li yıllarda ise AIDS hastalığının ortaya çıkması ve gelişmiş tarama testlerinin yetersiz olması birçok süt bankasının kapanmasına neden olmuştur. Bu dönemde süt bankacılığının yaygınlaşmasını desteklemek

ve çalışma standartlarını profesyonel düzeyde belirlemek, denetlemek ve geliştirmek amacıyla “Anne Sütü Bankaları Birlikleri” (Human Milk Banking Association of North America-HMBANA) kurulmuştur.^{20,21,26,27} Anne Sütü Bankaları Birliklerinin kurulmasıyla beraber anne sütünün yararına ilişkin çalışmaların yapılması ve tarama testlerindeki gelişmeler süt bankalarının sayıca artmasında önemli bir etken olmuştur. Birlikler, anne sütü bankalarını, “yetkili sağlık uzmanları tarafından anne sütünün önerildiği bebeklerin özel ihtiyaçlarını karşılamak için bağışlanan sütü toplamak, taramak, işlemek, depolamak ve dağıtmak amacıyla kurulmuş bir hizmet” olarak tanımlamaktadır.^{20,25,27,28} Öncelikli hedefleri yoğun bakımdaki yenidoğanlar olmak üzere, kendi annesini ememeyen ya da emzirilemeyen bebeklere en doğal hakkı olan anne sütünü ulaştırmaktır. Başta iki yüz ASB ile Brezilya olmak üzere birçok ülkede, bir kısmı kar amacı gütmeyen ASB hizmet vermektedir.²⁵

Anne Sütü Bankalarının İşleyişi

ASB’ler bir hastanenin bünyesinde ya da herkes tarafından ulaşılabilir bir yerde kurulabilir. ASB içinde hekim, diyetisyen, laktasyon danışmanları, hemşire, enfeksiyon kontrol birimi, tıbbi direktör ve büro destek personelinden oluşan kurul görev yapar. Bu kurul süt bankalama süreçleri ve politikalarını incelemek için düzenli olarak toplanır. ASB’lerde kayıt tutulması önemlidir. Kayıtların tutulmasına ilişkin bilgiler aşağıdaki tabloda verilmiştir.²⁵

Tablo 2. Anne Sütü Bankalarının Kayıt Sistemi*

Bağışçıya ait kayıtlar	İdari kayıtlar	Alıcı hastane kayıtları	Alıcıya ait kayıtlar
<ul style="list-style-type: none"> • Kimlik bilgileri • Özgeçmiş ve soy geçmişine ait veriler • Yapılan tarama testleri sonuçları • Gönüllülük onay formu • Süt bağış çizelgesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Şişelerin sayısı • Bağışçı sayısı • Pastörizasyon işlemi süresi ve tarihleri • Bakteriyolojik test sonuçları • Dondurucu ve buzdolaplarının sıcaklık kontrol çizelgesi • Mali kayıtlar 	<ul style="list-style-type: none"> • Bağışçı sütünün reçete edilme sebebi • Reçete eden sağlık personeli bilgileri • Hastanelere toplu olarak verilen sütlerin verilme tarihi ve miktarları 	<ul style="list-style-type: none"> • Annelerin kabul ettiklerine dair onay formu • Alıcının kimlik bilgileri • Alıcıya bağışçı sütü verilme sebebi • Alınan miktar

*Kuzey Amerika Anne Sütü Bankaları Birliği

Bu süreçte ilk olarak, bağış yapmak isteyen tüm annelerle görüşme yapılır. Bağışçının genel sağlık durumu, ilaç kullanımı, beslenme tarzı, alkol, sigara alışkanlığı, mevcut çocuklarının yaşı, uluslararası seyahat geçmişi, ikamet ettiği yer, hastalık geçmişi, yüksek riskli davranış öyküsü, bulaşıcı hastalık öyküsü, meme başı sorununun varlığı, bağışlayabileceği minimum süt miktarı sorgulanır. Bağışçı altı ayda bir serolojik testlerden geçirilir. Olması gereken niteliklere sahip olan bağışçı annelerin sütleri periyodik olarak kabul edilir.^{21,24} Ancak en önemli etken “gönüllülük” esasıdır. Çünkü bu sürece katılmak ve sürdürmek için motivasyona gereksinim duyulmaktadır. Süt bağışı “çaba gerektiren, yorucu ve stresli, uzun süreli bir dönemde kararlılık ve fedakarlık gerektiren” bir olgu şeklinde tanımlanmıştır.^{29,30} Bağışlanan süt için bağışçıya herhangi bir ödeme yapılmazken, bankadan süt alanlara para karşılığında verilmektedir.³¹ Bankalarda toplanan bağışçı sütü ücretleri, sağlık sistemi, sigorta şirketleri veya bireyler tarafından belirlenmektedir.²⁵ Bağışçı annelere birebir ya da grup halinde emzirme danışmanları ve hemşireler tarafından ilk olarak danışmanlık verilir. Yazılı ve sözlü olarak süt sağma, saklama, toplama, ulaştırma aşamalarını ve uyması gereken kuralları içeren eğitim verilir. Ayrıca annelerin beslenmesi, süt sağma işlemi sırasında göğüs ve el hijyenine dikkat etmeleri, meme masajı ve elle sağma işlemi hakkında uygulamalı danışmanlık verilir. Her bir anneye isteğine göre manuel ya da elektrikli süt pompası temin edilir. Araştırma sonuçlarına göre elle sağmada kontaminasyon riskinin daha az olması ve süt üretimini uyardığı için tavsiye edilmektedir.³² Süt pompasını tercih eden annelere ise, pompaların sterilizasyonun önemi ve sütü doğrudan şişeye sağmaları konusunda uyarılır. Şişelere donörün adı, soyadı, sağılma tarihi ve saatini içeren bilgiler etiketlenir.^{21,24}

Sütler bankaya ulaştırılana kadar saklama koşullarına uygun şekilde korunur ve süt bankası görevlileri tarafından evlerden toplanır. Ya da, süt bankasının bulunduğu konuma göre (hastane gibi) kişiler tarafından süt bankası içinde sağılarak görevlilere teslim edilir. Evlerden toplama işlemi soğutma blok yapılmış, izole edilmiş frigofrik taşıyıcılarla (ısı değişimine duyarlı; gıda maddeleri, ilaçlar ve bazı kimyasal maddelerin taşınması için soğutucu ünitesi bulunan karayolu taşıtı), -20 C’ de süt bankasına ulaştırılır.³²

Bağışlanan süte bakteriyolojik test ve bazen pastörizasyon (30 dk için 62,5°C) yapılmaktadır.^{21,33} İngiltere’de kurulan Ulusal Sağlık ve Mükemmel Bakım Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence- NICE) kriterlerine göre sütlerin saklama koşulları Tablo 3’de verilmiştir.³² Süt bankasında anne sütü siparişi alındığında, süt gerektiği gibi götürülmekte, buzu çözdürülmekte ve dağıtılmaktadır. HMBANA kılavuzlarına göre, pastörize edilmiş insan bağışçı anne sütü ebeveyn veya velinin yazılı bilgilendirilmiş rızası ve

bir tıbbi hizmet tedarikçisinin yazılı tavsiyesi alınarak dağıtılmalıdır. Bağışçı anne sütü öncelikli olarak, NEC gelişimini önlemek için neonatal yoğun bakım ünitesinde yatan, riskli yenidoğan ya da prematür bebeklere verilmektedir.^{9,34}

ASB'lerin aktif olarak işlev görebilmeleri için, her kadının doğum öncesinde bankaların varlığı, konumu, yararları ve işleyişi hakkında bilgi sahibi olması gerekir. ASB'lerin mevcut olduğu ülkelerde, birçok kaygı ve etik ikilemler nedeniyle antenatal takipler ve gebe eğitim sınıflarında sağlık personeli tarafından ailelere danışmanlık yapılması önerilmektedirler. Yüz yüze bilgilendirmenin yanı sıra farkındalığı artırmak için gebelere broşürler, magnetler verilmekte, hastanelere asılmaktadır. Bunun yanında arz ve talebi karşılamak için doğum yapan anneler motive edilerek süt bağışının sürekliliği sağlanmaktadır.^{2,21}

Tablo 3. NICE Kriterlerine Göre Bağışçı Anne Sütü Saklama Koşulları*

İnsan Sütü	Oda ısısında (25 °C ve altı)	Buzdolabı (4 °C)	Dondurucu (-18 °C)
Taze çiğ süt	6 saat	48 saat	Preterm bebekler için 3 ay Term bebekleri için 6 ay
İşlem görmemiş çözülmüş süt	<4saat	<24 saat	Tekrar dondurulmaz
Dondurulmuş pastörize süt	<4 saat (sonrasında atılmalı)	<24 saat	Tekrar dondurulmaz

*NICE 2010.

Farklı Kültür ve Dinlerde Anne Sütü Bankalarına Bakış

Farklı kültürler ve dinler bu konu hakkında farklı bakış açısına sahiptirler. Ne Hıristiyanlık' ta ne Budizm' de ne de Hinduizm' de anne sütü paylaşımı bakımından herhangi bir sorun görülmemekte ve aksine teşvik edilmektedir. İnsandan insana kan naklini yasaklayan Yehova Şahit'i toplumlarda bile, anne sütünün paylaşımı hakkında herhangi bir katı kural bulunmamaktadır.⁷

İslam dininde, süt paylaşımı erdem olarak görülmektedir. Emzirme çok fazla teşvik edilmekte ve kutsal kitaptaki birçok ayette bunu desteklemektedir. Ayrıca, anne sütünün uygunsuz kullanımını da yasaklamakta ve satılmaması gerektiğini belirtmektedir. Ancak, İslam dünyasında süt bankalarının kurulmasını sorun yapan inanç şu şekildedir: Beşten fazla (aynı çocuğu emzirme sayısı) olmak üzere, bağışçı bir anne tarafından emzirilen 2 yaşından küçük çocuklar aslında kan bağı olmamasına rağmen, bağışçı annenin çocukları ile kardeş olarak düşünülmektedir. Bu inanca göre bu çocuklar, kardeş oldukları için birbirleriyle evlenememektedirler.⁷ İslami Fıkıh Akademisi Konseyi'de, İslam dünyasında süt bankalarının

kurulmasını veya Müslüman bir çocuğun bir süt bankasından sütle beslenmesini yasaklamış ve kullanılması durumunda ileriki dönemlerde kardeş evliliklerinin meydana gelebileceğini belirtmiştir.^{2,5,35} Bu nedenlerle inanç sistemi İslam olarak kabul edilen ülkelerde anne sütü bankacılığı uygulaması kabul görmemektedir.

Diğer yandan, Müslüman bilginler ve bu sorunun önemini dini hükümlerini ele alan denetlemeye yetkili organlar arasında artan bir farkındalık söz konusudur. Bu kuruluşlar, yakın işbirliği içinde çalışmakta ve sıklıkla ortak konferanslar düzenlemekte ve ortak Müslüman bilginlerle paylaşımlarda bulunmaktadır. Böylece, hükümleri dünya çapında saygıyla karşılanmakta ve Müslüman ülkelerde sıklıkla kabul edilmektedir.³⁵ Dünya çapındaki birkaç temel fıkıh İslam Hukuku okullarından biri olan Avrupa Fetva ve Araştırma Konseyi (ECFR), batılı toplumlarda yaşayan Müslüman azınlıklara özel, ilgili sorunlara odaklanmak amacıyla 1997’ de Dublin, İrlanda’ da kurulmuştur. ECFR, müslüman ailelerin preterm bebeklerinin bu terapiden yoksun kalmasını istemediklerinden dolayı, 2004’te toplanmış ve batılı toplumlarda yaşayan Müslüman ailelerin karşı karşıya kaldıkları bir sorun olan bağışçı anneyi belirleme şartları mevcut olmadığında, preterm bebeklerde anne sütü kullanımına olanak vermeye dair bir hükmü ele almıştır. ECFR, preterm bebeklerin tedavisinde bağışçı sütünün kutsal bir amaca sahip olduğunu belirterek, anne sütü bankalarından övgüyle bahsetmeye başlamış ve neonatal bir yoğun bakım ortamındaki preterm bebeğe donör sütü sağlanmasının akrabalık oluşturmadığı sonucuna varmıştır. ECFR, bu sonucu açıklamak için şu 3 argümanı kullanmıştır: (1) akrabalığa neden olan emzirmenin tam anlamının açıklanması gerekmektedir. Akrabalar arasında evliliğe dair kısıtlamaların yer aldığı Kur’an ayetinden yapılan alıntıda: “ve süt annelerinizle (sizi emzirenlerle)” [Nisa 04:23] denilmekte ve bu ayette “annelik’ten yani, yalnızca bir kadının sütüyle beslenmekten ibaret olamayacak bir şeyden bahsedilmektedir. Ayrıca, ayette eylemi tanımlamak için özellikle emzirme terimi (Arapça ’da göğüsten besleme eylemi şeklinde açık anlama sahip) kullanılmaktadır. Bu nedenle akrabalık, emzirme eylemini ve anne ile yakın temasta olmayı gerektirmektedir, çünkü her ikisi de anne ve çocuk arasında özel bir ilişki oluşumunu sağlamaktadır. Besleme tüpüyle veya şişeyle süt verme, emzirme anlamına gelmemekte ve bu nedenle akrabalık oluşturmamaktadır. (2) Bağıştta bulunan annelerin kimliği ve her bir annenin bağışladığı süt miktarı bilinmemektedir (ve bazı bilginlere göre akrabalık için diğer bir gereksinim olan beslemeyi yapana ulaşma şartını yerine getirmemektedir). Emzirme seanslarının sayısı ya da bağışçı annenin kimliği hakkında şüphe olduğunda, akrabalık oluşmamaktadır. (3) Belirli bir dini uygulamada çelişkiye düşüldüğünde, İslam daha iyiyeye

doğru olan yolu kabul etme ve inananlar için zorluk oluşturmaktan kaçınma eğiliminde olmayı önermektedir.³⁵ Bu gerekçelere uygun olarak, EFCR anne sütü bankalarını kurma, bu bankalara süt bağışında bulunma ve buralardan süt almayı uygun bulmaktadır. Bu ayet ele alınıp açıklandığı için bazı Müslüman ülkelerde süt bankaları planları yapılmaktadır.

Anne sütü bankası konusunda insanların inanç sistemine saygı duyarak, kabullenebilmeleri için farklı yapılanmalar kullanılmaktadır. Örnek olarak; Malezya' daki Kent Hastanesi ve Kuveyt' teki Adan Hastanesi'nde, sütün bir merkezde toplanmadığı, gerekli test ve taramalar sonucu, bağışçı ve alıcının birbirleriyle tanıştırıldığı yoğun bakım üniteleri süt bankacılığı sürecini sağlamaktadır.²⁴ Bu, süt paylaşımının etkili bir şekilde düzenlenmiş bir formudur. Müslüman nüfuslu toplumlarda süt kardeşliği olgusunun irdelenmesinde daha fazla şeffaflığa imkan sağlamak düşünülmeli gereken bir durumdur.

“Anne sütü bankası” projesi ülkemizde de Sağlık Bakanlığı'nın gündeminde yer alan konulardan biridir. Medyada uzunca bir süre yer etmiş, ancak birçok eleştiriye maruz kalınması ve projenin altyapısının yeterli olmaması nedeniyle henüz oluşturulamamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan son açıklamaya göre; projenin alt yapısı daha da sağlamlaştırılıp, herkesin sorularına ve kaygılarına yanıt bulacak şekilde yeniden düzenlenecektir. Bu düzenlemeler şunları kapsamaktadır; “Süt bağışlayan annelerin sütleri karıştırılmayacak, her bebek için tek donörden süt alınacaktır. Bağış yapan bir annenin bir süt bebeği olacaktır. Güvenli bir kayıt sistemi kullanılacak, süt bağışı yapanın ve alıcının kimlikleri kayıt altına alınacak, bu bilgiler her iki nüfus kütüğüne gönderilecek ve her iki tarafa da verilecektir. Hem bağışçı hem de alıcıdan yazılı onam formu istenecektir. Bağışçı annenin bebeği ile alıcı annenin bebeği aynı cinsiyetten olacaktır. Süt alan bebekler 5 yıldan sonra ve her 5 yıllık periyotta en az 5 defa bilgilendirilecektir“. Ayrıca anne sütü bankası yerine aynı işlevi görecektir “süt anne merkezleri” kurularak “süt annelik ve süt kardeşliği” projesinin etkin hale getirilmesi planlanmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Büyük çoğunluğunu Müslümanların oluşturduğu ülkemizde, yapılan çalışmalar sonucunda diğer Müslüman ülkelerle benzer olarak büyük etik ikilem “Süt Kardeşliği”dir. Bağışçı sütü ile akrabalık konusu Müslümanlar arasında iyi bilinmektedir, çünkü bu, Müslümanların çoğunun kültürel olarak almış olduğu temel İslami eğitimin bir parçasını oluşturmaktadır. Sonuç olarak, birçok aile bu çelişkiyle karşı karşıyadır ve çoğu bağışçı sütü kavramı hakkında bir görüşe sahip değildir. Bu nedenle ASB kurulmasında atılacak en önemli adım, ailelerin

buna yönelik kaygılarını ortadan kaldırmak ve bilgilendirmek olmalıdır. Anne sütü bankacılığı için şunlar önerilebilir;

*Öncelikli amaç emzirmeye engel olan faktörlerin ortadan kaldırılmasıdır. Her anneye bebeğini emzirme sorumluluğunun kendisine ait olduğu açıklanmalıdır. Anneler mümkün olduğunca kısa sürede kendi süt üretimlerini başlatmaya yönelik desteklenerek bağışçıların sayısı sınırlandırılabilir.²¹

*Dini liderler “süt bankası” terimi yerine, “süt paylaşımı” teriminin kullanılmasını önermektedirler.⁷

*Bir çocuk için birçok bağışçı annenin sütü yerine mümkünse bir bağışçı annenin sütü ile sınırlandırılması önerilmektedir.⁷

* Diğer ülkelerde bulunan süt bankalarında donör sütleri karıştırılarak pastörizasyonu sağlanmaktadır. Ancak bu durum İslami bölgelerde kabul edilemez bir uygulamadır. Bu nedenle bağışçıların sütleri karıştırılmamalıdır.⁷

* Alıcı ile sütü bağışlayan ailenin bilgilerinin yer aldığı ve her iki tarafta da bulunması gereken bir belge/kayıt oluşturulmalıdır.

*Süt bankalarının etkin olabilmesi için, gönüllülük esasına dayalı, kar amacı gütmeyen kuruluşlar olarak kurulması gereklidir.⁷

*Kamu bilincini artırmak için anne sütü bankasının faydaları ve süreçlerinin topluma, potansiyel bağışçılara ve alıcılara iyi bir şekilde tanıtılması gereklidir.

Her hastanede yenidoğan yoğun bakım ünitesine yakın bir alanda süt bankaları kurularak; annelerin sütlerini sağmaları için teknik donanım ve alanın bulunması hem laktasyonun sürdürülmesi hem de aileler için destekleyici bir yaklaşım olması açısından faydalı olacaktır. Süt bankalarında bağışçı ve alıcılara hemşireler tarafından süt sağma işlemi, annenin beslenmesi, emzirme ve anne sütünün önemi, sütün bankalarda toplanması ve saklanma koşulları hakkında bilgi verilmelidir. Anne sütü bankası iyi bir şekilde yapılandırılır, bağışçı ve alıcıların inanç sistemine uygun koşullar oluşturulur, sağlık politikaları ile desteklenir ve denetimler düzenli olarak yapılırsa toplum tarafından benimseneceği düşünülmektedir.

Kaynakça

1. World Health Organization (WHO) and UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva, Switzerland: 2009. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597494_eng.pdf

2. Mackenzie C, Javanparast, Newman L. Mothers' knowledge of and attitudes toward human milk banking in South Australia: a qualitative study. *Journal Of Human Lactation*. 2013; 29(2):222-9.
3. Gürol A, Özkan A, Çelebioğlu H. Turkish women's knowledge and views regarding mother's milk banking. *Collegian*. 2013; 206; 1-6.
4. Chang FY, Cheng SW, Wu TZ, Fang LJ. Characteristics of the first human milk bank in Taiwan. *Pediatrics and Neonatology* . 2013; 54(1):28-33.
5. Hsu HT, Fong TV, Hassan NM, Wong HL, Rai JK, Khalid Z. Human milk donation is an alternative to human milk bank. *Breastfeeding Medicine*. 2012; 7(2):118-22.
6. American Academy of Pediatrics. Policy Statement: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012; 129, 827–841.
7. Ramli N, Ibrahim NR. , Hans VR. Human milk banks: The benefits and issues in an Islamic setting. *Eastern Journal Of Medicine*. 2010; 15(4): 163-167.
8. Boyd CA, Quigley MA, Brocklehurst P. Donor breast milk versus infant formula for preterm infants: Systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*.2007; 92:169-75.
9. Quigley M, Henderson G, Anthony M, McGuire W. Formula milk versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 17;(4):1-23.
10. McGuire W, Anthony MY. Donor human milk versus formula for preventing necrotizing enterocolitis in preterm infants: Systemic review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*.2003; 88:11–14.
11. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005; 115: 496-506.
12. Lucas A, Morely R, Cole TJ. Randomized trial of early diet in preterm babies and later intelligence quotient. *BMJ*. 1998; 317(7171): 1481–1487.
13. Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT. Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 1999; 70(4): 525-535.
14. Davies DP. Adequacy of expressed breast milk for early growth of preterm infants. *Arch Dis Child* 1977; 52(4):296-301.
15. Schultz K, Soltész G, Mestyán J. The metabolic consequences of human milk and formula feeding in premature infants. *Acta Paediatr Scand*.1980;69(5):647-52.

16. Gross SJ. Growth and biochemical response of preterm infants fed human milk or modified infant formula. *N Engl J Med.* 1983; 3;308(5):237-41.
17. Tyson JE, Lasky RE, Mize CE. Growth, metabolic response, and development in verylow- birth-weight infants fed banked human milk or enriched formula. *J Pediatr.* 1983; 103(1):95-104.
18. Lucas A, Gore SM, Cole TJ. Multicentre trial on feeding low birthweight infants: effects of diet on early growth. *Arch Dis Child.* 1984; (59):722-730.
19. Schanler RJ, Lau C, Hurst NM, Smith EO. Randomized trial of donor human milk versus preterm formula as substitutes for mothers' own milk in the feeding of extremely premature infants. *Pediatrics.* 2005;116(2):400-6.
20. Tudehope DI. Human milk and the nutritional needs of preterm infants. *The Journal of Pediatrics.* 2013;162(3):17-25.
21. Kim JH, Unger S. Human milk banking. *Paediatrics- Child Health.* 2010; 15(9): 595–598.
22. Wight NE . Donor human milk for preterm infants. *J Perinatol.* 2001; 21: 249-254.
23. Lucas A, Cole TJ. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *The Lancet.* 1990;336 (22):1519–1523.
24. Gribble KD. Peer-to-peer milk donors' and recipients' experiences and perceptions of donor milk banks. *Journal of Obstetric, Gynecologic And Neonatal Nursing .* 2013; 42(4):451-61.
25. Human Milk Banking Association of North America. Guidelines for the establishment and operation of donor human milk banks. 2011. Fort Worth, TX.
26. Rosenbaum K. Implementing the use of donor milk in the hospital setting: implications for nurses. *Nursing for Women's Health.* 2012; 16(3): 202-208.
27. Kennaugh J., Bormon L. The increasing importance of human milk banks. *E-Journal Of Neonatology Research.* 2011; 1(3): 119-125.
28. Updegrave K. Nonprofit human milk banking in The United States. *Journal Of Midwifery - Women's Health.* 2013; 58, (5), 502–508.
29. Avishai O. Managing the lactating body: The breast-feeding project and privileged motherhood. *Qualitative Sociology.* 2007;30(2),135–152.
30. Stearns CA. The work of breastfeeding. *Women's Studies Quarterly.* 2009; 37(3/4), 63–80.

31. Shaw R, Bartlett A. Giving breastmilk: Body ethics and contemporary breastfeeding practice. 1 st ed: Bradford,Canada; Demeter Press; 2010. p. 83–97.
32. NICE Clinical Guideline. Donor breast milk banks: the operation of donor milk bank services. 2010. Available from: [http:// www.nice.org.uk/guidance/CG93](http://www.nice.org.uk/guidance/CG93).
33. Hartmann BT, Pang WW, Keil AD, Hartmann PE, Simmer K. Best practice guidelines for the operation of a donor human milk bank in an Australian NICU . Early Human Development. 2007; 83(10):667- 673.
34. Simmer K, Hartmann B. The knows and unknowns of human milk banking. Early Human Development.2009; 85 (11):701-704.
35. El-Khuffash AL, Unger S. The concept of milk kinship in Islam: Issues raised when offering preterm infants of muslim families donor human milk. Journal Of Human Lactation. 2012; 28(2):125-7.

Çocuklarda Obezitenin Önlenmesi ve Yönetiminde Hemşirenin Rolü

The Role of Nurses in the Prevention and Management of Obesity in Children

Leyla ERDİM¹

Ayşe ERGUN²

Sema KUĞUOĞLU³

¹*İstanbul Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü*

²*Marmara Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Halk
Sağlığı Hemşireliği
Anabilim Dalı*

³*Marmara Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Çocuk
Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı
Emekli Öğretim Üyesi*

*Yazışma Adresi
Correspondence*

Dr. Leyla Erdim

*İstanbul Üniversitesi, Sağlık
Bilimleri Fakültesi, Ebelik
Bölümü Demirkapı Cad.
Karabal Sok. Bakırköy Ruh
ve Sinir Hastalıkları
Hastanesi Bahçesi içi 34740
Bakırköy/İstanbul
Tel: 90 0212 4141500
levlaerdim@gmail.com*

*Geliş Tarihi/Received
24/08/2014*

*Kabul Tarihi/Accepted
22/09/2014*

HSP 2014;1(2):115-126

Özet

Obezite birçok sağlık sorununu beraberinde getirebileceği için tedavisinden çok gelişiminin önlenmesi önemlidir. Çocuk ya da adolesan obezitesini önleme girişimleri, tedavi edilmesine kıyasla daha etkili ve daha az maliyetlidir. Bunun için önleme çalışmalarına çocukluk çağında başlanması önemlidir. Hemşireler sağlık eğitimi yoluyla ilgilendikleri grupların sağlıklarının korunmasında ve geliştirilmesinde önemli etkiye sahiptirler. Hemşirelerin yenidoğan döneminden başlayarak adolesan dönemini de kapsayacak şekilde çocukların fazla tartılılığına neden olan değiştirilebilir sağlık davranışları (çocuğun beslenme ve aktivite alışkanlığı ile sedanter davranışı) ve onların tartı durumlarına etki eden aile çevresinin sağlık davranışları (beslenme ve aktivite alışkanlıkları) konusunda çocuk ve aileye yapacakları beslenme ve sağlık eğitimi obezite ile mücadelede son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, hemşirelik, obezite.

Abstract

Since obesity is the source of many comorbidities, the main point of focus should be the prevention of its development, and not its consequent treatment. Interventions aimed at preventing childhood or adolescent obesity are more efficient and cost-effective than its treatment. In this regard, it is important to initiate prevention programs during childhood. Nurses play a crucial role in protecting and promoting health in various groups via health education. Nutrition and health education, which include information on modifiable health behaviors that cause overweight in children (nutritional and exercise habits and sedentary behavior in children) and on familial health behaviors that affect children's weight (nutritional and exercise habits), should be provided for children and families by nurses starting from the neonatal period and extending to adolescence in order to fight obesity.

Key Words: Child, nursing, obesity.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi şeklinde tanımladığı obezite tüm dünyada hızlı bir şekilde artarak yüzyılın en önemli halk sağlığı sorunlarından biri durumuna gelmiştir.³⁶⁻³⁷

Tüm dünyada obezitenin oranı son 30 yılda iki kattan daha fazla artmıştır.³⁷ Obezite erişkin yaş gruplarını etkilediği gibi çocuk ve adolesanları da etkileyerek yaygınlığı endişe verici boyutlara ulaşmıştır. Amerika Birleşik Devletlerinde Ulusal Beslenme ve Sağlık Araştırması (NHANES 2011-2012) sonuçlarına göre 2-19 yaş arasındaki çocuk ve adolesanlardaki obezite oranı % 16.9 (12.5 milyon), yenidoğan ve okul öncesi çocuklarda % 8.1 olarak belirlenmiştir.²⁴ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Avrupa Bölgesi Çocukluk Çağı Şişmanlığın İzlenmesi araştırmasına (COSI-2009-2010) göre 6-9 yaş aralığındaki erkek çocuklardaki fazla tartıllık prevalansı % 57 ile % 18, kız çocuklarında % 50 ile % 18, obezite prevalansı ise erkeklerde % 31 ile % 6, kızlarda ise % 21 ile % 5 arasında bulunmuştur.⁴⁰

Ülkemiz içinde çocukluk çağı obezitesi önemli bir sağlık sorunudur.³³ Sağlık Bakanlığının 2010 yılında yaptığı Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) sonuçlarına göre 0-5 yaş grubu çocuklarda fazla tartıllık oranı % 17.9, obezite oranı % 8.5, 6-18 yaş grubu çocuklarda ise fazla tartıllık oranı % 14.3, obezite oranını % 8.2 olarak belirlenmiştir.³²

Global olarak çocukluk obezitesindeki bu hızlı artış birçok fizyolojik ve psikolojik probleme yol açarak, ülke ekonomilerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Obezite ile diyabet, hipertansiyon, kas ve iskelet sistemi sorunları, hiperlipidemi, solunum sistemi hastalıkları, serebrovasküler hastalıklar arasında sıkı bir ilişki vardır. Obezite, çocuk ve adolesanları bu tür hastalıklara yatkın hale getirmekte veya daha erken yaşlarda ortaya çıkmasına sebep olarak yaşam kalitesini düşürmektedir.^{7,23, 33, 37, 39} Ayrıca benlik saygısında düşme, depresyon ve sosyal ilişkilerden uzaklaşma şeklinde psiko-sosyal sorunlara da neden olabilmektedir.^{16,20} Obez çocuk ve adolesanların yetişkinlikte de obez kalma olasılıkları daha yüksektir. Obez çocukların 1/3'ü, obez adolesanların ise % 80'i erişkin yaşa ulaştıklarında obez kalmaktadırlar.⁹ Bu olumsuz nedenlerden dolayı çocukluk çağı obezitenin önlenmesi, erken dönemde tanınması ve tedavisi çocukluk ve erişkin dönemde obeziteye bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir.¹⁹

Bu makalenin amacı, çocuklarda obezitenin önlenmesi ve yönetiminde hemşirenin rolünü incelemektir.

Obezite Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Hemşirelerin obezite ile mücadelede, sağlık bakım hizmetlerinin tüm aşamalarında (koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici) hastalığın önlenmesi, tedavisi ve bakımında önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bütün basamaklarda amaç, vücut ağırlığını normal sınırlarda tutmak veya normal sınırlara indirmektir.^{22,28} Obeziteye neden olduğu bilinen çok sayıda faktör içinde, aşırı ve yanlış beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği en önemli nedenler olarak kabul edilmektedir.³³ Hemşireler obezite veya fazla tartılı olma riskini azaltacak sağlıklı beslenme ve fiziksel aktiviteyi geliştirmede çocuk, aile ve toplum için eğitici ve rol model olarak ideal pozisyonadlardır. Obeziteyi önlemeye yönelik araştırma kanıtlarına dayalı sağlıklı yaşam programları oluşturabilirler. Obezite yönetiminde; eğitim, bakım yönetimi ve destek sağlama gibi hemşirelik girişimleri, çocuklar ve ergenlerdeki obezite probleminin çözümünde gerekli stratejilerinin oluşturulmasında, uygulanmasında ve değerlendirilmesinde önemlidir.²⁸

Çalışmalarda çocukluk obezitesini önleme ve tedavi programlarında ailelerin de yer almasının programın başarısını arttırdığı belirtilmektedir.^{8,13-14} Bu nedenle hemşirelerin obezitenin önlenmesi ve yönetiminde aileler ile birlikte çalışmaları ve çocukları için olumlu model oluşturmaları açısından aileyi bilinçlendirilmeleri gereklidir. Hemşireler bu uygulamalarını okullarda, toplum sağlığı merkezlerinde ve birinci basamak sağlık kurumları ya da evde sağlam çocuk muayeneleri sırasında yapabilirler.²⁸

Obezite yönetimi; obezitenin önlenmesi, erken tanı ve tedavisi ile birlikte obezitenin yaratacağı veya artışına neden olacağı sağlık sorunlarının giderilmesini içeren birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerine yönelik girişimleri kapsar. Her aşamada yapılacak önerilerin birbirinden net sınırlarla ayrılması güçtür. Çünkü obezite gelişmeden önce alınacak önlemler ve obezite tanısı sonrası yaklaşım tarzları birbirlerine benzemektedir.^{26,28}

Birincil koruma

Obez olmayan bireylerde obezite ile ilgili patolojik değişimlerin gelişmesini önlemek amacıyla yapılan sağlıklı yaşam biçiminin geliştirilmesi girişimleridir. Hemşireler obeziteyi önlemede obezitenin en sık görüldüğü yaş dönemlerine göre çocuk ve aileyi kapsayan eğitimlerinde sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin önemi üzerinde durmalıdır.²⁸

Yenidoğan ve bebeklik döneminde obezitenin önlenmesi için en uygun girişim hemşirelerin annelere yapacakları anne sütü beslenme danışmanlığıdır. Bu dönemde bebek için, yaşına uygun alınması gereken enerji ve besin öğelerini sağlayacak en ideal besin anne sütüdür. Anne sütü ile beslenme obeziteyi engellemektedir.^{17,31}

HEMŞİRELİK

Çocuk ve adolesan gruplarında ise hemşireler obeziteyi önlemeye yönelik aileyi de içine alan sağlık eğitimi programları yapabilirler. Hemşire günde en az beş porsiyon meyve ve sebze tüketilmesi, karbonatlı ve kolalı içeceklerin tüketilmemesi ya da en aza indirilmesi, fast-food tüketiminin sınırlandırılması konularında çocuk ve aileyi bilgilendirmelidir. Ebeveynler çocuklarının beslenme ve aktivite davranışına yönelik kurallar geliştirme ve uygulama yönünde cesaretlendirilmelidir. Aile olarak her gün kahvaltı yapılmalı, dışarıda mümkün olduğunca az yemek yenmelidir. Tüm aile üyeleri haftada en az beş-altı kez hep birlikte yemek yemelidir. Yemekler televizyon karşısında yenmemeli, ebeveynler çocuklarına yiyeceği hiçbir zaman ödül olarak kullanmamalıdır. Çocuklarına öğünlerini her gün düzenli tüketme alışkanlığı kazandırarak ve sağlıklı besinler yiyerek örnek olmalıdırlar.^{11,30}

Sağlıklı beslenmenin yanı sıra çocuğun fazla televizyon izleme ve bilgisayar kullanma gibi hareketsiz davranışları sınırlandırılmalı, fiziksel aktivite için cesaretlendirilmelidir. Ebeveynler aktif yaşam tarzını benimseyerek düzenli fiziksel egzersiz yaparak çocuklarına örnek olmalıdır. Ebeveyn ve çocuğun birlikte yapabileceği yürüyüş, dans, top oynama gibi eğlenceli fiziksel aktiviteler önerilebilir. Hemşire çocuğun televizyon izleme ve bilgisayar başında geçirdiği zamanı günde iki saat ile sınırlandırılması, yattığı odada televizyon bulundurulmaması ve günde en az bir saat fiziksel aktivite yapmasının önemi konusunda ebeveynleri bilgilendirmelidir.^{11,30}

İkincil koruma

Erken teşhis ve birey için gerekli uygulamalardan oluşmaktadır. Obezitenin erken dönemde belirlenmesi ve uygun şekilde tedavisi ile birey sağlığını yeniden kazanabilir. İkincil korumanın içeriğinde sağlık taramaları ve periyodik muayeneler yer alır.²⁸

Hemşire çocuğun fazla tartılı veya obez olduğunu belirlediğinde girişim planlamadan önce tam bir değerlendirme yapmalıdır. Ayrıntılı değerlendirmede hemşire; çocuğun aile öyküsünü (kalp hastalıkları, diyabet, obezite, yüksek tansiyon, hiperlipidemi, pankreatik hastalıklar ve iskelet hastalıkları), günlük besin alımını, aktivitesini ve tartı kontrolü için yapılan önceki girişimleri sorgulamalı, boy ve tartısını ölçerek, vücut sistemlerini incelemelidir. Veriler değerlendirildikten sonra çocuğun “Vücut Kitle İndeksi” (VKİ) hesaplanmalıdır.²⁸ VKİ [$\text{vücut tartısı(kg)/boy(m}^2\text{)}$] formülüne göre hesaplanır. Çocuklarda VKİ yaş ve cinsiyete göre farklılık gösterir.¹⁵ Eğer çocuğun VKİ’si yaş ve cinse göre belirlenmiş çizelgelerde 95. persentilin üzerindeyse obez, 85-95 persentil arasında ise fazla tartılı olarak tanımlanır.^{10,25,34}

Hemşire çocuğun obez ya da fazla tartılı olduğunu belirledikten sonra ebeveynlerin

çocuklarının tartısı konusundaki algılarını değerlendirmelidir. Çünkü ebeveynlerin çocuklarının tartılarını doğru biçimde algılamaları yani fazla tartılı ya da obez olduğunun farkında olmaları yaşam biçimini değiştirmeye istekli olmalarını ve girişimlerin başarısını etkileyecektir.²⁹

Hemşire daha sonra çocuğun yaşına uygun sağlıklı beslenmeyi ve fiziksel aktiviteyi geliştirecek aile eğitimine başlamalı ve gerekli durumlarda diyetisyen ile işbirliği yapmalıdır.^{6,29} Eğitimde; öncelikle diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve hipertansiyon gibi obezite ile ilişkili sağlık sorunları hakkında kapsamlı bilgi vermeli, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin önemini vurgulamalıdır.

Hemşire bebeklik döneminde anneye yapacağı eğitimde özellikle çocuğun büyümesinin izlenmesi (büyüme eğrileri konusunda bilgi verilmeli), ayına uygun beslenmesi ve yanlış bebek besleme davranışlarının düzeltilmesi üzerinde durmalıdır. Bunun için bebeğini ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslemesi, bebeğin her ağlamasını açlık işareti olarak algılamaması ve bebeği beslemek yerine susturmak için başka yöntemler bulması, ek besinlere zamanında başlaması (6. ay), ek besinlerin uygun kalite ve miktarda olmasına dikkat etmesi, besinlere tuz ve şeker eklememesi, ek besinleri verirken kaşık kullanması, bebeği hazır bebek mamaları (formül süt) ile besliyorsa mamayı tarife göre hazırlaması ve biberondaki mamanın miktarının bebeğin ayına uygun olması, mamayı hazırlarken su yerine süt kullanmaması, ek besin olarak unlu-şekerli (muhallebi) tercih etmemesi, hazır bebek mamalarına bisküvi, ekmek, un, şeker, yağ eklememesi gerektiği üzerinde durmalıdır.^{2,27,38}

Çocukluk ve adolesan döneminde ise hemşire beslenme eğitimini yapmadan önce ebeveynlerin çocuk besleme tutum ve davranışlarını, evde sağlıklı ve sağlıksız bulunan besinleri ve çocukların bunlara ulaşılabilirliğini ve ebeveynlerin sergiledikleri beslenme davranışlarını bilmelidir.^{5-6,29} Öncelikle obezite gelişiminde rol oynayan hatalı beslenme davranışının düzeltilmesi gereklidir. Hatalı beslenmenin düzeltilmesi için yemek içeriğinin ve yemek yeme biçiminin düzenlenmesi gerekir. Yemek içeriğinin düzenlenmesinde; kolalı ve gazlı içecekler, hazır meyve suları, çikolata, gofret, dondurma, şeker, pasta, kek gibi şişmanlatıcı gıdaların kısıtlanması, makarna, pilav, börek, mantı, hamurlu ve sütlü tatlılar, yağ ve yağda kızarmış yiyecekler gibi karbonhidratlı ve yağdan zengin gıdaların kısıtlanması, kalori bakımından zengin abur-cubur diye adlandırılan yiyeceklerin atıştırılmasının önlenmesi, hamburger, pizza, tost, döner ekmek gibi hazır yemeklerin yenmemesinin gerekliliği vurgulanmalıdır. Sınırlı tüketimi önerilen tüm atıştırılmalık ve hazır yiyeceklerin evde bulundurulmaması özellikle belirtilmelidir. Yemek yeme biçiminin düzenlenmesinde

HEMŞİRELİK

ise; hızlı yemenin, sık ve seyrek yemenin terk edilmesi, gece yatmadan önce kalori bakımından zengin yiyeceklerin alınmaması gereklidir.^{29,41}

Hemşire yaş ve cinse göre gerekli miktarda besin alımını içeren yeni bir yaşam stili kurulmasına destek olmalıdır.⁶ Beslenme eğitiminde özellikle çocuk için gerekli olan besinler üzerine odaklanılmalıdır. Çocuklara verilecek besinler normal büyüme ve gelişmeyi sağlayacak yeterli kalori ve esansiyel besinleri içeren, protein, karbonhidrat ve yağ içeriği bakımından dengeli olmalıdır. Her besin grubu için uygun porsiyonlarda ve geniş çeşitlilikte bir yiyecek listesi hazırlanmalıdır. Hemşire ayrıca aileye her bir besin grubunu ve bu besin grubundaki yiyeceklerin porsiyon büyüklüğünü gösteren beslenme piramidinin bir kopyasını sağlamalıdır.^{5,18,29} Özellikle sebze, meyve, düşük yağlı süt ürünleri ve kepekli tahıllar önerilebilir. Gerekli olandan daha az besin alımı boy uzamasının durmasına neden olacağı için önerilmez. Yiyeceklerini seçmede çocuğa özgürlük tanınmalı, kısıtlamalar aşırı olmamalıdır.^{25,41}

Hemşireler, ebeveynleri çocuklarını evlerinde menü planlama ve yemek hazırlama gibi uğraşlara katmaları için teşvik edebilirler. Ebeveynlerin çocukları ile yemeği birlikte hazırlaması, yemek hazırlamak için bir model oluşturur. Ayrıca çocuklar hazırlanmasına yardım ettikleri yemekleri yeme eğilimi gösterirler. Çocuklar bu şekilde sağlıklı yemek ve sağlıklı atıştırmanın nelerden oluştuğunu anlayabilirler.^{12,29} Hemşirelerin sağlıklı vücut tartısı hakkında aileyi bilgilendirmeleri de eğitimin önemli bir parçasıdır. Çünkü birçok ebeveyn fazla tartılı çocuk ve adolesan görmeye alışık oldukları için kendi çocuklarını fazla tartılı olarak görmeyebilmektedirler.²⁹

Çocuğun sağlıklı beslenmesi yanında aktif bir yaşam biçiminin geliştirilmesi de kilo kontrolünün önemli bir parçasıdır. Fiziksel aktivite sağlıklı bir beden için gerekli kas ve kemik gelişimini sağlarken aynı zamanda obeziteyi önlemede önemli bir adımdır. Hemşireler ebeveynlere fiziksel aktivitenin sağlık üzerindeki yararlarını anlatmalı, düzenli egzersizi bir aile aktivitesi haline getirip egzersiz yaparak çocuğa iyi bir model oluşturmaları için teşvik etmelidir.^{6,11,22} Harcanan kalorinin artırılması için öncelikle günlük yürüyüş miktarının artırılması, merdiven kullanılması, kısa mesafelerde araba yerine yürümenin teşvik edilmesi, giyinmek, çanta hazırlamak, odanın düzenlenmesi gibi bireysel işlerin çocuk tarafından yapılmasının sağlanması gibi günlük aktivite içerisinde düzenlemelere gidildikten sonra düzenli egzersiz yapılması önerilir.⁴ Başlangıçta 15-20 dakika süreli haftanın üç-dört günü yapılan hafif tempoda yürüyüş, aerobik egzersizi gibi egzersizlerle başlanırken giderek egzersizin temposu, süresi, sayısı ve içeriği artırılmalıdır.^{3,11} Fiziksel aktivitenin şekli ve

miktarından daha önemli olan süreklilik kazanmasıdır. Bu nedenle çocukların hareket etmekten hoşlanmaları ve bu davranışı yaşam boyu sürecek bir alışkanlığa dönüştürmeleri desteklenmelidir. Her çocuğun hoşlanacağı bir fiziksel aktivite bulunabilir. Aile ile birlikte günlük yürüyüşler, okul ya da diğer kurumların organize spor etkinliklerine katılma, dans etme, koşu, tırmanma, basketbol, futbol, bisiklete binme gibi aktiviteler önerilir.^{4-5-6, 41}

Çocukluk Obezitesinin Önlenmesine Yönelik Öneriler ^{4, 11, 18, 21, 27, 29, 38}	
Beslenme Önerileri	<ul style="list-style-type: none"> • Bebekler ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmeli • Ek gıdalara 6. aydan sonra başlanmalı, ek gıdalar uygun kalite ve miktarda olmalı, en az 2 yıl emzirme sürdürülmeli • Büyükçe çocuklara düzenli öğünler halinde yemek yeme alışkanlığı kazandırılmalı • Öğünler atlanmamalı özellikle SABAH kahvaltısı mutlaka yapılmalı • Günlük öğünlerde yenilen besinlerin 4 yapraklı besin yoncasında yer alan besin gruplarına göre hazırlanmasına dikkat edilmeli • Çocuklara sebze yemekleri, baklagiller ve salata yeme alışkanlığı kazandırılmalı • Kolalı, şekerli ve gazlı içecekler yerine su, ayran, süt ve taze sıkılmış meyve suları tercih edilmeli • Ara öğünlerde meyve, ayran, süt, taze meyve suları, peynir-ekmek, ev yapımı küçük kek veya poğaçaya gibi yiyecekler yenilmeli • Atıştırılabilir olarak meyve ve sebze tüketimini arttırmak için meyve ve sebzeler evde uygun ve kolay ulaşılabilir yerlerde ve hazır bulundurulmalı • Çikolata, gofret, cips ve şekerleme gibi abur cubur denilen yiyecekler yemek öncesinde ve yemek aralarında yenilmemeli, çok istenirse NADİREN yemekten sonra az miktarda yenilmeli • Yemekler yavaş ve iyice çiğnenerek yenilmeli • Yemekler yemek masasında ve aile üyeleri ile birlikte yenilmeli • Yemek için porsiyonların boyutları yaşa uygun olmalı • Yemek sırasında televizyon seyredilmemeli, kitap veya dergi okunmamalı • Yemek bitince sofradan kalkılmalı • Okullarda bulunan yiyecek makinelerinde çocuk ve gençlere sağlıklı besin seçimleri sunulmalı • Okul kantinlerinden beslenme önlenmeli, okul kantinlerinde sağlıklı yiyecekler bulundurulmalı • Hazır besinlerden uzak durulmalı • Ev dışında mümkün olduğunca az yemek yenilmeli, özellikle fast- food tüketimi sınırlandırılmalı
Fiziksel Aktiviteye Yönelik Öneriler	<ul style="list-style-type: none"> • Asansör yerine merdiven kullanılmalı • Yakın mesafelere yürüyerek gidilmeli • Ev ve bahçe işlerine yardım edilmeli • Her gün 1 saat süreyle fiziksel aktivite yapılmalı • Hareketli yaşamdan hoşlanmak için öncelikle hoş giden keyif alınacak bir aktivite seçilmeli (voleybol, basketbol, yürüme, ip atlama gibi.) • Aile bireylerinin birlikte yapabileceği yürüyüş, dans, top oyunları gibi aktiviteler tercih edilmeli • Çocuklar okuldan sonra ve ev ödevlerini yapmadan önce dışarıda aktif oyunlar oynamaları ya da aktif bir iş yapmaları için cesaretlendirilmeli • Okul spor oyunlarına çocuğun katılımı cesaretlendirilmeli ve desteklenmeli • Güvenli olan ve mümkün olan her şartta yürüyüş yapılmalı
Sedanter Davranışa Yönelik Öneriler	<ul style="list-style-type: none"> • Günlük olarak televizyon ve bilgisayar başında geçirilen süre en fazla 2 saatle sınırlandırılmalı • Çocuğun uyuduğu odada televizyon bulundurulmamalı, çocuğun yaşı 2 yaşından küçük ise hiç televizyon seyrettirilmemeli • Televizyon izlerken, bilgisayar başında çalışırken veya sadece dinlenirken bir defada 30dk. dan fazla oturulmamalı

HEMŞİRELİK

Hemşireler, ebeveynleri pasif aktiviteleri sınırlandırmaları konusunda da bilgilendirmelidir. Çocuklar televizyon izleme, bilgisayar kullanma ve pasif oyunlar yerine aktif oyunlara yönlendirilmelidir. Ebeveynler çocuklarının televizyon izleme sürelerini sınırlandırmaları, televizyon izlerken yanlarında bulunmaları ve bu sırada neler yediklerini izlemeleri konusunda uyarılmalıdır.⁵

Üçüncül koruma

Bu aşamada çocukluk çağı obezitesine yönelik yapılacak girişimler sınırlıdır ve konusunda uzman olan multidisipliner bir ekip tarafından yürütülür. Ekip üyeleri doktor, hemşire, diyetisyen, psikolog ve egzersiz danışmanından(fiziksel aktivite uzmanı) oluşur. Bu düzeydeki girişimler çok ciddi düzeyde obez olan, yaşam tarzını değiştirmeye yönelik girişimlerinde (fiziksel aktivite ve beslenme davranışı) başarılı olamamış ve kilosu değişmemiş, obeziteye bağlı sağlık sorunları/riskleri olan çocuk ve adolöslanlara faydalı olabilir. Obez çocuğa veya adolöslana yapılacak girişimler bir protokol çerçevesinde uygulanır. Bu protokol; beslenme ve aktivite danışmanlığı, öğünlerin belirlenmesi, başlangıçta düşük enerjili diyet uygulaması ve gerekirse hekim önerisiyle adolöslan gruba ilaç tedavisini ya da cerrahi uygulamaları içermektedir. İlaç tedavisinin etkin olabilmesi için diyet ve aktivite uygulamasıyla birlikte yürütülmesi gerekir. Konusunda uzman olan hemşire bu aşamada multidisipliner ekip ile birlikte hareket eder.¹¹

Sonuç

Günümüzde çocukluk çağının en sık görülen kronik hastalıklardan biri olan obezite, yetişkinlik obezitesine yol açtığı ve pek çok kronik hastalık için zemin oluşturduğundan, önleme çalışmalarına çocukluk çağında başlanması önemlidir.^{12,34} Hemşirelerin yenidoğan ve bebeklik döneminde emziren annelere fiziksel ve emosyonel yönden destek sağlayarak yaşamın ilk 6 ayında sadece anne sütünün verilmesi, 6.aydan sonra emzirmenin sürdürülmesi ile birlikte uygun kalite ve miktardaki tamamlayıcı besinlere başlanması ve en az 2 yıl emzirmenin sürdürülmesinin sağlanması,^{1,38} çocuğun ve adolöslanın yaşına uygun beslenmenin sağlanması, aile üyelerinin bir arada evde yemek yemeleri, yemek sırasında televizyon seyretme ya da kitap okuma gibi dikkati başka yöne çeken davranışların yapılmaması, yemekler arasında atıştırmanın kaldırılması ve üç ana üç ara öğün şeklinde yenilmesi, günlük fiziksel aktivitenin düzenlenmesi (en az 60 dak.), tartı kaybettiğe çocuğa ödül uygulanması, yeme ve aktivite davranışlarıyla ebeveynlerin çocuklarına model oluşturması obezite ile mücadelede başarıya ulaşmayı sağlayacaktır.^{6,35,41}

Kaynaklar

1. American Nurses Association (ANA), Ana Issue Brief, Information and analysis on topics affecting nurses, the profession and health care, The Imperative of Breastfeeding, Policy changes to promote the health and economic benefits of infant feeding 2010. [updated 2011 May; cited 2014 August 8]. Available from: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/Positions-and-Resolutions/Issue-Briefs/Breastfeeding.pdf>
2. Arslan P. Çocukluk ve adölesan çağı şişmanlığın diyet tedavisi ilkeleri. *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism* 2003; 7(2): 27-32.
3. Aydın A. Çocukluk çağı obezitesi. *Klinik Çocuk Forumu* 2008; 8(1):38-45.
4. Baltacı G. Obezite ve Egzersiz. 1.Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730, Klasmat Matbaacılık; 2008.
5. Barlow SE. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: Summary report. *PEDIATRICS* 2007; 120 (Suppl 4):S164-S192.
6. Ben-Sefer E, Ben-Natan M, Ehrenfeld M. Childhood obesity: current literature, policy and implications for practice. *International Nursing Review* 2009; 56(2): 166-173.
7. Cali AMG, Caprio S. Prediabetes and type 2 diabetes in youth: an emerging epidemic disease? *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2008;15(2):123-127.
8. Chen JL, Weiss S, Heyman MB, Vittinghoff E, Lustig R. Pilot study of an individually tailored educational program bymail to promote healthy weight in Chinese American children. *J Spec Pediatr Nurs* 2008;13(3): 212-222.
9. Cinaz P. Çocukluk çağında obezite. Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A, editör. *Temel Pediatri*. 1. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti; 2010. s. 59-65.
10. Cinaz P. Obezite. *Clinic Pediatri* 2007; 2(6):19-23.
11. Davis MM, Gance-Cleveland B, Hassink S, Johnson R, Paradis G, Resnicow K. Recommendations for prevention of childhood obesity. *PEDIATRICS* 2007; 120 (Suppl 4):S229-S253.
12. Demattia L, Denney SL. Childhood obesity prevention: Successful community-based efforts. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 2008; 615(1):83-99.
13. Golan M, Crow S. Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition Reviews* 2004a; 62(1):39-50.

HEMŞİRELİK

14. Golan M, Kaufman V, Shahar DR. Childhood obesity treatment: Targeting parents exclusively v. parents and children. *British Journal of Nutrition* 2006; 95(5):1008-1015.
15. Gönöz H. Şişmanlık. Neyzi O, Ertuğrul TY, editör. *Pediyatri*. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Kitabevleri Ltd Şti; 2002. s. 221-226.
16. Griffiths LJ, Parsons TJ, Hill AJ. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *Int J Pediatr Obes* 2010; 5(4):282-304.
17. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: A meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2005;162(5):397-403.
18. Karaağaoğlu N. İlköğretim Çocukları İçin Sağlıklı Beslenme. 1. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No:726, Klasmat Matbaacılık; 2008.
19. Karasalihoğlu S. Çocukluk çağı obezitesi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005;1(37):66-71.
20. Khodaverdi F, Alhani F, Kazemnejad ,A, Khodaverdi Z. (2011). The relationship between obesity and quality of life in school children. *Iranian J Publ Health* 2011; 40(2): 96-101.
21. Köksal G, Özel HG. Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Obezite. 1.Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 729, Klasmat Matbaacılık; 2008.
22. Lazarou C, Kouta C. The role of nurses in the prevention and management of obesity. *British Journal of Nursing* 2010; 19(10):641-647.
23. Li S, Chen W, Srinivasan SR, Bond MG, Tang R, Urbina EM, et al. Childhood cardiovascular risk factors and carotid vascular changes in adulthood: The Bogalusa Heart Study. *JAMA* 2003;290(17):2271-2276.
24. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA* 2014; 311(8):806-814.
25. Özbek MN, Topaloğlu AK. Çocukluk çağında obezite. *Türkiye Klinikleri Pediyatrik Bilimler Dergisi* 2007; 3(6): 47-50.
26. Özcebe H, Tezcan S, Güner P. Çocuklarda obezite sorunu ve ö mler. *Çocuk Dergisi* 2005; 5(1):15-20.
27. Paul IM, Bartok CJ, Downs DS, Stifter CA, Ventura AK, Birch LL. Opportunities for the primary prevention of obesity during infancy. *Adv Pediatr* 2009;56(1): 107-133.
28. Saunders D, Harrison B. Application of the epidemiological model: Community-based interventions for the management of obesity in children and young adults . *Forum on Public Policy* [serial on the Internet]. 2007 [cited 2014 Aug 8]; 2007 (1). Available from: <http://forumonpublicpolicy.com/archive07/saunders.pdf>

29. Snethen JA, Broome ME, Kelber S, Leicht S, Joachim J, Goretzke M. Dietary and physical activity patterns: Examining fathers' perspectives. *JSPN* 2008;13(3):201-211.
30. Spear BA, Barlow SE, Ervin C, Ludwig DS, Saelens BE, Schetzina KE, et al. Recommendations for treatment of child and adolescent overweight and obesity. *PEDIATRICS* 2007; 120(Suppl 4): S254-S288.
31. Strong G, Lee S. Breastfeeding to combat childhood obesity the duration required to reduce the risk. *Clinical Lactation* 2012; 3 (4): 143-146.
32. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara 2014.
33. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014 - 2017). Sağlık Bakanlığı Yayın No: 773, Ankara 2013.
34. Tarım Ö. Pediatrik obeziteye genel bakış. *Güncel Pediatri Dergisi* 2006; 4(Özel Sayı 1):28-31.
35. The Report of the National Taskforce on Obesity, The Policy Challenges 2005. [cited 2014 Aug]. Available from:
<http://www.hse.ie/eng/health/child/healthyeating/taskforceonobesity.pdf>
36. The World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health 2014 [updated 2014; cited 2014 Aug]. Available from:
<http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/en/>
37. The World Health Organization. Obesity and overweight fact sheet 2014 [updated 2014 Aug; cited 1014 Aug 8]. Available from:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
38. UNİCEF. Infant and young child feeding 2014 [updated 2014 January 16; 2014 Aug 8]. Available from: http://www.unicef.org/nutrition/index_breastfeeding.html
39. Verbeeten KC, Elks CE, Daneman D, Ong KK. Association between childhood obesity and subsequent Type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med* 2011; 28(1):10-18.
40. Wijnhoven TMA, van Raaij JMA, Spinelli A, Starc G, Hassapidou M, Spiroski I, et al. WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6–9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010. *BMC Public Health* [serial on the Internet]. 2014 [cited 2014 Aug 8]; 14(1):

HEMŞİRELİK

[about 806 p.]. Available from: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-14-806.pdf>

41. Yalçın S. Görkem büyüyor. *STED* 2003; 12(11): 434-436.

Nöromusküler Hastalıklarda Solunum Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi: Derleme

Assessment of Ventilatory Function in Patients with Neuromuscular Disease: Review

Dr. İpek YELDAN¹,
Dr. Gökşen KURAN
ASLAN¹

¹*İstanbul Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Fizyoterapi ve
Rehabilitasyon Bölümü,
Nörolojik Fizyoterapi ve
Rehabilitasyon Anabilim
Dalı*

*Yazışma adresi/
Correspondence
İpek Yeldan, İstanbul
Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Fizyoterapi ve
Rehabilitasyon Bölümü,
Nörolojik Fizyoterapi ve
Rehabilitasyon Anabilim
Dalı Demirkapı Caddesi,
Karabal Sokak,
Bakırköy/İstanbul,
ipekyeldan@gmail.com*

*Geliş Tarihi /Received
26/06/2014
Kabul Tarihi/Accepted
06/08/2014*

HSP 2014 1(2): 127-136

Özet

Nöromusküler hastalıklarda kas iskelet sistemi problemlerinin yanı sıra solunum kas zayıflığı ve buna bağlı olarak solunum disfonksiyonu gelişebilmektedir. Solunumsal komplikasyonlar, özellikle kronik ve hızlı ilerleyen nöromusküler hastalıklarda, morbidite ve mortalitenin en önemli nedenlerindedir. Bu hastalarda vital kapasite azalır, restriktif solunum paterni görülür. Solunum kas zayıflığı nedeniyle, nöromusküler hastalığı olan kişilerde yorgunluk, nefes darlığı, sekresyon birikimi, tekrarlayan alt solunum yolu infeksiyonları, solunum yetmezliği, pulmoner hipertansiyon ve akut veya kronik korpulmonale gelişebilir. Uyku ile ilişkili solunumsal problemler de başlangıçta uyku sırasında görülürken hastalığın ilerlemesiyle birlikte uyanıklık dönemine de yansır. Nöromusküler hastalıklarda sistematik klinik değerlendirme, erken dönemde hastanın fiziksel kapasitesindeki yetersizlik nedeniyle maskelenen solunumsal semptom ve bulguların saptanmasında esastır. Bu derleme nöromusküler hastalıklarda karşılaşılan solunum problemleri ile anamnez, fizik muayene, solunum kas gücü ölçümleri, arter kan gazları analizi, tepe öksürük akımı ölçümü, radyolojik değerlendirme, spirometrik ölçümler ve uyku başlıkları altında değerlendirmeyi kapsamlı olarak gözden geçirecektir.

Anahtar Kelimeler: Nöromusküler hastalıklar, solunum, solunumsal değerlendirme

Abstract

Respiratory muscle weakness and consequently respiratory dysfunction may occur as well as musculoskeletal problems in patients with neuromuscular diseases. Respiratory complications are the most important cause of morbidity and mortality particularly in chronic and rapidly progressive neuromuscular diseases. Vital capacity is reduced and a restrictive ventilatory pattern is seen in these patients. Due to respiratory muscle weakness; fatigue, breathlessness, secretion retention, recurrent lower respiratory tract infections, respiratory failure, pulmonary hypertension, and acute or chronic cor pulmonale may occur in patients with neuromuscular diseases. While respiratory problems may manifest initially during sleep, it also reflect to awake period with progression of diseases. Systematic clinical evaluation of neuromuscular diseases is essential for the detection of respiratory signs and symptoms which are masked because of physical capacity inability of patients in early stage. This review will evaluate comprehensively the assessment of respiratory problems which are encountered in neuromuscular diseases under the headings of history, physical examination, respiratory muscle strength measurements, arterial blood gas analysis, peak cough flow measurements, radiologic evaluation, spirometry and sleep.

Key Words: Neuromuscular diseases, respiration, respiratory assessment

Giriş

Nöromusküler hastalıklar iskelet kasının ilerleyici, herediter, dejeneratif hastalıklarıdır. Nöromusküler hastalığı olan kişilerde hastalığın tipine göre seyir değişmekle birlikte, genelde ilerleyici kas kuvvet kaybı, atrofi, kontraktür, deformiteler ve ilerleyici yetersizlik sözkonusudur.¹⁻³ Nöromusküler hastalıklar kas iskelet sistemi problemlerinin yanı sıra yutma bozuklukları, solunum kas zayıflığı ve buna bağlı olarak gelişen solunum yetmezliğine yol açan bir grup hastalığı içerir. Nöromusküler hastalıkların çoğu yürüme kaybı, tekerlekli sandalyeye bağlanma, omurga deformiteleri, yutma bozuklukları, solunum kas zayıflığı ve buna bağlı olarak solunum yetmezliğine neden olurlar. Solunum yetmezliği, kronik ve hızlı ilerleyen nöromusküler hastalıklarda morbidite ve mortalitenin en sık görülen sebebidir.⁴⁻⁶ Solunumsal yetmezlik belirti ve bulguları hastanın mobilitesindeki sınırlanmalar nedeniyle maskelenebilir ve klinik tablo ciddileşene kadar belirgin olmayabilir (*Tablo1*).⁷ Nöromusküler hastalıkların değerlendirilmesinde solunum sistemin değerlendirilmesi problemlerin erken dönemde saptanması açısından önemlidir.

Tablo 1. Solunum Yetmezliğinin Semptom Ve Bulguları

Semptomlar

- Genel zayıflık
- Disfaji
- Disfoni
- İstirahatte ve eforda dispne
- Yorgunluk
- Uyku bozukluğu

Klinik Bulgular

- Hızlı yüzeysel solunum
- Taşikardi
- Zayıf öksürük
- Kesik kesik konuşma
- Yardımcı solunum kası kullanımı
- Abdominal paradoksal hareket
- Ortopne
- Trapez ve boyun kaslarında zayıflık
- Yutma sonrası öksürük

Laboratuvar verileri

- VK ≤ 15 mL.kg⁻¹, VK ≤ 1 L veya stabil durumdakinden % 50 azalma veya oturma pozisyonundan supin pozisyona geçerken $> \% 20$ düşme
- Maksimum inspiratuvar basınç (MİP) ≤ 30 cmH₂O, maksimum ekspiratuvar basınç (MEP) ≤ 40 cmH₂O
- Noktürnal desatürasyon
- PaCO₂ > 45 mmHg

VK: Vital kapasite, PaCO₂: Parsiyel karbondioksit basıncı

Göğüs duvarı ve akciğer kompliyansının azalması sebebiyle, zayıflamış solunum kasları üzerine binen mekanik yük artar. Solunum kaslarına binen yük ve solunum kaslarının kapasitesi arasındaki dengesizlik, yorgunluğa ve bu hastalarda en önemli ölüm nedeni olabilen solunum yetersizliğine yol açabilir. Primer klinik tablo; hiperkapni, hipoksemi ve asidoz ile sonuçlanan hipoksidir. Uzun süreli klinik tablo hastalığa göre değişebilir de, genellikle sekresyon birikimi, atelektazi ve alt havayolu enfeksiyonlarını içerir.^{7,8}

Nöromusküler hastalıklarda karşılaşılan başlıca problemlerden birisi, solunum kas fonksiyonunun ilerleyici bozukluğudur. Değerlendirmede özellikle akciğer ile akciğerlerin ventilasyonu için gerekli mekanik enerjiyi sağlayan solunum kaslarının değerlendirilmesi yer almalıdır.^{9,10}

1. Solunum patofizyolojisi

Solunumu etkileyen tüm nöromusküler hastalıklar; inspirasyon volümünde, dolayısıyla total akciğer kapasitesinde (TAK) azalmaya neden oldukları için restriktif akciğer hastalıkları arasında yer alırlar. Göğüs kompliyansının yanısıra, maksimum inspirasyon ve ekspirasyon basınçları ve benzer şekilde çoğu akciğer volüm ve kapasiteleri azalmıştır.¹¹ Göğüs duvarı kompliyansı kronik kas hastalığı olan kişilerde yaklaşık olarak %30 azalır. Fonksiyonel rezidüel kapasite (FRK) değişmemiş, azalmış ya da hafifçe artmış olabilir. Kronik kas hastalığı olan kişilerde FRK'de orta derecede azalma ve normal rezidüel volüm (RV) ile ilişkili olan, vital kapasite (VK) ve TAK'de orta derecede azalma vardır. VK'de azalma, yalnızca solunum kas zayıflığı sebebiyle değil, aynı zamanda akciğer ve göğüs duvarı kompliyansından da kaynaklanır.¹² Düzenli olarak derin veya mekanik olarak yardımcı nefes alma olmaz ise maksimum nefes alma kapasitesi (MNAK) azalır, akciğer kompliyansı azalır ve hastada kronik mikroatelektaziler gelişir. Akciğerin ve göğüs duvarının azalmış elastisitesini aşmak için, solunumun artmış elastik işi gerekli hale gelir. Uzun vadede mikroatelektaziler, akciğer ve göğüs duvarı elastikiyetini bozar ve sonuçta göğüs kafesi hareketi sürekli olarak kaybolur.^{1,2,5}

2. Solunum kas disfonksiyonu

Nöromusküler hastalıklarda solunum kas zayıflığı sık karşılaşılan bir problemdir. Ancak hareket kaybı nedeniyle genellikle geri planda kalır. Bu hastalarda solunum kas zayıflığı, yetersiz ventilasyon, noktürnal hipoventilasyon veya yetersiz öksürük nedeni olabilir (*Tablo 2*).^{2,7,8,13} Ciddi solunum kas zayıflığı gelişen nöromusküler hastalığı olan kişilerde yorgunluk, nefes darlığı, sekresyonların bozulmuş kontrolü, tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonu, solunum yetersizliği, pulmoner hipertansiyon ve akut veya kronik korpulmonale gelişebilir.¹⁴

Kronik nöromusküler hastalık sebebiyle ciddi solunum kas zayıflığı olan hastaların fiziksel aktiviteleri kısıtlı olduğu için nadiren solunum sistemlerine yük bindirirler ve bu nedenle de çoğu nefes darlığından şikayet etmez.¹⁵

Nöromusküler hastalıklarda görülen yetersiz ventilasyonun esas nedeni inspiratuar kas zayıflığıdır. Inspiratuar kasların zayıflığı tidal volümün azalmasına neden olur. Tidal volümü (TV) arttırmak ve alveoler ventilasyonun devamı için solunum hızı artar. Buna rağmen TV daha da azalabilir, alveolar hipoventilasyon ve arteriel karbondioksit basıncında artma meydana gelir. Inspiratuar kasların zayıflığı restriktif solunum paternine neden olur. Inspiratuar kas zayıflığı olan hastalar yardımcı solunum kaslarını kullanırlar ve diyafragmatik harekete yardımcı olabilmek için

yerçekiminden yararlanırlar. Bunların sonucunda ortopne, yardımcı solunum kası kullanımı ve abdominal paradoks hareket gelişir.^{9,10} Yetersiz ventilasyona sıklıkla eşlik eden hipoksemi birçok nedene bağlıdır. Yetersiz ventilasyon tek başına hipoksemiye neden olabilir. İspiratuar kas zayıflığı olan hastaların solunumu yüzeyleydir ve inspirasyonu etkin yapamazlar. Bu nedenle atelektazi gelişir bu da solunum sistemi kompliyansının azalmasına neden olarak, solunum işinin artmasına ve solunum kas yorgunluğuna yol açar.^{11,12}

Ekspiratuar kas zayıflığı, kas hastalığı olan kişilerde yaygın olarak gözlenir. Etkisiz öksürüğe ve dolayısıyla sekresyonların atılımının bozulmasına sebep olur. Bu durum bazı hastalarda tekrarlayan alt solunum yolu infeksiyonlarına yol açabilir. Sağlıklı kişilerde, ekspiratuar kasların kuvvetli kasılması ile plevral basınçta oluşturulan büyük değişikliklerle merkezi intratorasik havayollarının dinamik kompresyonu, sekresyonların atılabilecekleri proksimale doğru hareket etmelerinde rol oynar. Ekspiratuar kas zayıflığı arttıkça, öksürme eforu sırasında oluşturulan plevral basınçlar azalır ve havayolu temizlenmesi bozulur.^{16,17}

İspirasyon ve ekspirasyon sırasında ağız basınçlarındaki azalma genel kas gücü değerlendirilmesi ile ilişkili değildir. Hem nöromusküler hastalığın tipi hem de genel kas zayıflığının dağılımı solunum kas bozukluğu ile ilişkilidir. Proksimal ekstremitelerde tutulumu olanların distal ekstremitelerde kas zayıflığı olanlara göre anlamlı solunum kas zayıflığı olma ihtimali vardır.¹⁸

Solunum kas zayıflığı olan hastalarda bulunan hızlı, yüzeysel solunum paterni solunum kas kuvvetindeki azalma nedeniyle olabileceği gibi, akciğer ve göğüs duvarı elastik rekoilindeki değişiklikler nedeniyle de olabilir. İspiratuar kas tonusunda azalma, akciğer volümünü azaltan ve göğüs duvarı tonusunda ve uzayabilirliğinde kronik değişiklikler yaratan akciğer elastik rekoiline karşı koyamamaya yol açabilir. İspiratuar kas gücünün %30'u kaybolduğunda, gaz değişiminde anormallikler ortaya çıkabilir.¹⁹

Tablo 2. Solunum Kas Zayıflığı İle İlişkili Problemler

	Yetersiz ventilasyon	Hipoksemi	Yetersiz öksürük	Aspirasyon riski
İspiratuar kas zayıflığı	X	X	X	
Ekspiratuar kas zayıflığı			X	
Üst solunum yolu kas zayıflığı			X	X

Solunum kas zayıflığına bağlı olarak öksürük mekanizmasının bozulması sonucu yetersiz hava yolu temizliği, tekrarlayan solunum yolu infeksiyonlarına, atelektazilere ve sonuç olarak solunum yetmezliğine sebep olabilir.²⁰

Konuşma, yutma ve sekresyonların temizlenmesinde rol oynayan bulber kasların zayıflığında bu fonksiyonlar etkilenir, aspirasyon riski artar, öksürük kuvveti azalır, sık tekrarlayan alt solunum yolu infeksiyonları oluşur. Salya, ağır yutma bozukluğunun bir göstergesidir.^{4,5,21}

3. Uyku ile ilişkili solunum bozuklukları

Nöromusküler hastalığı olan kişilerde uyku sırasında solunum sıklıkla anormaldir. Özellikle uykunun hızlı göz hareketleri (Rapid eye movements (REM)) döneminde interkostal ve yardımcı kasların aktivitesi azaldığı için üst hava yolu obstrüksiyonu görülür. Üst hava yolu obstrüksiyonu noktürnal hipoventilasyonu tetikleyebilir veya arttırabilir. Hızlı göz hareketi (REM) döneminde bozulmuş uyku kalitesi ile birlikte hipopne ve hiperkapni siktir. Noktürnal desatürasyonun nedeni hipoventilasyondur. Oksijen desatürasyonun derecesi diyafragmatik disfonksiyonun ciddiyeti ile ilişkilidir.²²

REM uykusu sırasındaki hızlı ve yüzeysel solunum paterni, hiperkapni ve kötüleşmiş oksijenasyona yol açan artmış ölü-boşluk ventilasyonuna neden olur. Solunum dürtüsünde azalma uyku sırasında belirginleşir.²³

Paradoksal abdominal hareketi olan hastalarda, diyafragmanın solunuma katılımında anlamlı azalma ve dolayısıyla hem REM hem de non-REM uykusunda daha büyük oksijen desatürasyonu ortaya çıkar. Restriktif hastalıkta kan gazlarında ilk anlamlı bozukluk, REM uykusu sırasındaki hiperkapni ve hipoksidir. Uyanırken hiperkapni VK beklenenin %40'ının altına düştüğü zaman ortaya çıkar. Uyanırken CO₂ seviyesi 50 mmHg'yı aştığında, noktürnal oksihemoglobin desatürasyonları ciddi olabilir.²⁴

Solunumsal problemler başlangıçta uyku sırasında görülürken hastalığın ilerlemesiyle birlikte uyanıklık dönemine de yansır. Noktürnal hipoventilasyon semptom ve bulguları uykusuzluk, kabus görme, sabah baş ağrısı, gün boyu uyuklama, yorgunluk, bilişsel fonksiyonlarda yavaşlamadır.²⁵

Nöromusküler Hastalıklarda Solunum Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi

Nöromusküler hastalıklarda sistematik klinik değerlendirme, erken dönemde hastanın fiziksel kapasitesindeki yetersizlik nedeniyle maskelenen solunumsal semptom ve bulguların saptanmasında esastır.

1. Anamnez

Solunum kaslarının fonksiyon bozukluğuna bağlı klinik tablo, etkilenen kas veya kas gruplarına ve disfonksiyonun derecesine bağlıdır. Dispne ve tekrarlayan alt solunum yolu infeksiyonları ile birlikte olan veya olmayan öksürük nöromusküler hastalık varlığının ilk klinik ipuçları olabilir.²⁶

2. Fizik muayene

Solunum problemi klinik açıdan belirgin olan hastalarda sıklıkla istirahatte takipne görülür. Hem oturur hem de sırtüstü pozisyonda solunum kas kontraksiyonunun paterni araştırılmalıdır. Solunum hızı kaydedilmelidir. Global alveolar hipoventilasyon semptomlarının varlığı araştırılmalıdır. Nazal kanatlaşma, interkostal kas retraksiyonu, stenokleidomostoid ve skalen kasların kontraksiyonu değerlendirilmelidir. Göğüs kafesi ve abdomenin içeri paradoksal hareketi, solunum işyükünün, solunum kas gücünden daha büyük olduğunun ya da ciddi diyafram zayıflığının göstergesidir.^{8,9} Ciddi diyafram zayıflığında, üst göğüs kafesi dışarı doğru hareket ederken, üst abdomen içeri doğru hareket eder. Solunum hızında belirgin artma, ilerleyici yardımcı kas kullanımı ve ortopne görülür.^{13,14}

3. Radyolojik değerlendirme

Göğüs radyografisinde sıklıkla diyafragmaların elevasyonuna bağlı olarak akciğer volümleri azalmıştır.¹⁴

4. Arter kan gazları analizi

Arter kan gazları analizi asit-baz dengesinin ve alveolar ventilasyon yeterliliğinin değerlendirilmesinde altın standarttır. Arteriyel kan gazları bozuklukları yalnızca ciddi solunum kas zayıflığı olan hastalarda görülür. Hipoksemi genellikle hafiftir. İntrapulmoner şant, ventilasyon/perfüzyon dengesizliği ve mikroatelektazilere bağlı olarak gelişir. Öksürük refleksinde bozulma nedeniyle sekresyonların birikimi hipoksemi yaratabilir. Arteriyel oksihemoglobin ölçümü ile değerlendirilir. Hiperkarbi solunum kas gücünün duyarsız bir ölçümüdür. PaCO₂ solunum kas gücü %50 den fazla azalmadıkça artmaz. Bikarbonat ve pH değerleri akut ya da kronik asidozis olup olmadığını belirlemeye yardım eder.²⁷

5. Solunum kas gücü ölçümü

a) Maksimal ağız basınçları

Kapalı havayoluna karşı istemli kontraksiyonla havayolu açılmasında ölçülen maksimal inspiratuar (MİP) ve ekspiratuar (MEP) ağız basınçları, solunum kas gücünü test etmede en kolay ve en yaygın olarak kullanılan yöntemlerdir. Black ve Hyatt'ın²⁸ tekniği en sık kullanılandır. MİP, inspiratuar kas kuvvetini gösterir, derin ekspirasyondan sonra, RV'ye yakın ölçüdür. Maksimum ekspirasyon sonrası sistem bir kapak ile kapatılır ve kişinin kapalı kapağa karşı en az 1.5 sn süren maksimal inspirasyon yapması istenir. Klinik uygulamada -80 cm H₂O'ya (-8 kPa) erişemeyen MİP değeri anormal olarak kabul edilmektedir. MİP<-20/-30 cm H₂O olması solunum desteğine ihtiyaç olduğunu gösterir.²⁹

MEP, ekspiratuar kas kuvvetini yansıtır. MEP, TAK'de ya da yakınında ölçülür. Maksimum inspirasyon sonrası sistem bir kapak aracılığıyla kapatılır ve kişinin kapalı sisteme karşı en az 1.5 sn süren maksimum ekspirasyon yapması istenir. Pulmoner sekresyonları temizleyecek etkili bir öksürük için MEP > 40 cm H₂O olmalıdır.³⁰

60 erkekte yaş 20-54	MİP	124±22 cmH ₂ O	MEP	233±42 cmH ₂ O
60 kadında yaş 20-54	MİP	87±16 cmH ₂ O	MEP	152±27 cmH ₂ O

b) Nazal inspiratuar basınç

Nazal inspiratuar basınç, dönüştürücüye bağlı kateter yardımıyla ölçülür. Kateter burnun bir tarafına yerleştirilir. Oturur pozisyonda ölçüm yapılır. Normal bir ekspirasyon sonrası koklama manevrası yapılır. Genellikle 5-10 koklama manevrası sonrası bir platoya erişilir. Kişinin kooperasyonuna bağlıdır. Nazal inspiratuar basıncın <70 cmH₂O olması diyafram kası zayıflığının bir bulgusudur. Inspiratuar kas kuvvetinin noninvaziv bir yöntemle iyi ölçülmesini sağlar.³¹

c. Göğüs kafesi ve abdominal hareketin analizi

Normal tidal solunum sırasında, diyafram kontraksiyonunun plevral basıncı azaltması ve abdominal basıncı arttırmasıyla, göğüs ve abdominal kompartmanlar senkronize olarak dışa doğru hareket ederler.¹⁴

d. Transdiyafragmatik basınç gücü ölçümü

Diyafram gücünün (Pdi) değerlendirilmesi, gastrik (Pga) ve endoözofajiyal (Pes) basınçların ölçümü ile yapılır.³¹

$$Pdi = [Pga] - [Pes]$$

e) Frenik sinir stimülasyonu

Diyafram gücünün ölçümünde kritik nokta, istemli eforlar sırasında diyaframın sürekli olarak maksimal aktivasyonunu elde edebilme yeteneğidir. Elektrofrenik stimülasyonu bunu elde etmek için kullanılan bir methodur. Frenik sinir; boyunda krikoid kartilaj seviyesinde, sternokleidomastoid kasının posterior kenarına yakın bölgede en yüzeysel olduğu yerde uyarılır. Deneyim gerektirir, hastalar için konforlu olmayabilir. Klinik ortamda ulaşılması zordur.^{30,31}

6. Tepe öksürük akımı (TÖA)

TÖA'nın normal değeri erişkinlerde >360 L/dk'dır. Peak flow metre (PEF metre) veya pnömotakograf ile ölçülebilmektedir. Nöromusküler hastalığı olan hastalarda PEF metre ile ölçülen TÖA ekspiratuar kas kuvveti ölçümü için daha iyi ve güvenilirdir. Tepe öksürük akımı (TÖA), öksürüğün etkinliğinin belirlenmesinde önemli bir göstergedir. TÖA'nın 270 L/dk'nın altına düştüğü durumlarda yardımcı öksürük teknikleri önerilmelidir. TÖA <160 L/dk olması hava yolu temizliğinin sağlanamamasına neden olur. Trakeal aspirasyon gerekebilir.³²⁻³⁵

7. Spirometre

Nöromusküler hastalık sebebiyle solunum kas zayıflığı, VK'de azalma ile spirometre testinde restriktif patern oluşturur. Nöromusküler hastalığı olan hastalarda FVC azalır. FEV₁ değeri FVC oranında azalır, FEV₁/FVC oranı değişmez dolayısıyla restriktif patern görülür.¹ VK ölçümü otururken ve yarı yatar pozisyonda yapılmalıdır. Dik pozisyondan sitüstü pozisyona geçildiğinde, VK'de %25' den fazla azalma olması, diyafram zayıflığının ve uyku ile ilişkili hipoventilasyonun göstergesidir.⁴ VK≤10 ml/kg olması solunum yetersizliğinin habercisidir ve solunum desteğine ihtiyaç olduğunu gösterir.⁵ Nöromusküler hastalıklı kişilerde 1 saniyede zorlu ekspirasyon volümü (FEV₁) ve zorlu ekspirasyon akımı (FEF) 25-75 ya da FEF50 (orta ekspirasyon akım hızlarının) ölçümü normal belirlenmiş değerlerden sıklıkla daha büyüktür.³⁶

8. Akciğer volümleri

Nöromusküler hastalığı olan kişilerde restriktif ventilasyon paterni görülür. Sıklıkla rastlanan azalmış TAK ve normal ya da azalmış FRK'dir. TAK'ın düşük oluşu inspiratuar kas zayıflığını gösterir. RV genellikle yükseltilmiştir ve ekspiratuar kas zayıflığının bulgusudur. Göğüs duvarı deformitesi varlığında FRK ve RV normal veya düşük olabilir.¹⁴

9. Maksimum Nefes Alma Kapasitesi (MNAK)

Maksimum nefes alma kapasitesi (MNAK), kapalı glottis ile tutulabilen ve daha sonra dışarı verilen havanın maksimum volümünün ölçümüdür. MNAK akciğer kompliyansının ve orofarinjial ve larinjial kaslarının gücünün fonksiyonudur. VK'de kayıp ile derin nefes alma güçlüğü ortaya çıkar. Nöromusküler hastalığı olan hastaların çoğunda VK azalsa da MNAK değeri yüksek olabilir.

MNAK/VK farkı bulber kas kuvvetinin ölçümünde kullanılabilir. Manuel yardımcı öksürme sırasında yeterli tepe öksürük hızlarını elde etmek için en azından 500 ml'lik MNAK gereklidir.³⁷

10. Maksimal istemli ventilasyon (MİV)

MİV, normal ekspiratuar akım hızının varlığında solunum kas dayanıklılığının bulgusudur. MİV değerleri solunum kas gücü ile ilişkilidir ve solunum kas zayıflığını araştırmada VK'den daha hassas bir ölçümdür. Bu değer in progresif olarak azalması bazı nöromusküler hastalıklarda kötü prognoz göstergesi olabilir.¹¹

11. Uyku Değerlendirmesi

Nöromusküler hastalıklarda uykuda solunum bozukluklarının saptanması açısından uyku çalışmaları değerlendirmede yer almalıdır. Uyku-uyanıklık anomalileri veya noktürnal solunum yetmezliği bulgu ve semptomları görülen hastalarda gece boyu polisomnografi veya solunum poligrafisi önerilir.²⁵

Nöromusküler hastalıklarda solunum fonksiyonlarının değerlendirilmesi, çok yönlü düşünmeyi ve klinik karar vermeyi gerektiren dinamik bir süreçtir. Hastanın rutin kontrollere düzenli olarak katılması, günlük yaşamındaki değişimleri izlemesi ve gözlemlerini sağlık profesyonelleriyle paylaşması cesaretlendirilmelidir. Bu süreçte nöromusküler hastalığı olan kişiye tıbbi bakım sağlayan ekibin koordinasyonu, değerlendirme ve tedavi planının daha etkin ve kapsamlı olmasında önemli role sahiptir.

Kaynaklar

1. Rochester DF, Esau SA. Assessment of ventilatory function in patients with neuromuscular disease. Clin Chest Med 1994;15(4):751-763.
2. Bertorini TE. Introduction: Evaluation of patients with Neuromuscular Disorders. In: Bertorini TE editors. Neuromuscular Disorders: Treatment and Management. 1st ed. Philadelphia: Saunders; 3-19; 2010.
3. LS Aboussouan. Mechanisms of exercise limitation and pulmonary rehabilitation for patients with neuromuscular disease. Chron Respir Dis 2009 6: 231.
4. Polkey MI, Lyall RA, Moxham J, Leigh PN. Respiratory aspects of neurological disease. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1999;66:5-15.
5. Bourke SC. Respiratory involvement in neuromuscular disease. Clin Med 2014;14 (1):72-75.
6. Perrin C, Unterborn JN, Ambrosio CD, Hill NS. Pulmonary complications of chronic neuromuscular diseases and their management. Muscle Nerve 2004;29:5-27.
7. Ambrosino N, Carpena N, Gherardi M. Chronic respiratory care for neuromuscular diseases in adults. Eur Respir J 2009;34:444-451.
8. Dogan T, Kendirli MT, Togrol E. [Neuromuscular assessment of respiratory system function]. Solunum sistemi fonksiyonlarının nöromusküler değerlendirilmesi. İçinde: [Functional assessment of respiratory system: Current approaches and clinical usage]. Solunum Sistemi Fonksiyonel Değerlendirmesi Güncel Yaklaşımlar ve Klinikte Kullanımı. Ed. Kartaloglu Z, Okutan O. Birinci baskı, Deomed, İstanbul; 81-101, 2013.

9. Kartaloğlu Z, Okutan O. [Current approach to respiratory problem in neuromuscular diseases]. Nöromusküler hastalıklardaki solunumsal problemlere güncel yaklaşım. *Tuberk Toraks* 2012;60(3):279-290.
- 10 Yeldan I. [Pulmonary rehabilitation in patients with neuromuscular diseases]. Nöromusküler hastalıklarda pulmoner rehabilitasyon. İçinde: Uzun M. editör. *Kardiyak ve pulmoner rehabilitasyon*. 1. Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi. 445-452,2014.
11. Criner GJ, Marchetti N. Effects of neuromuscular diseases on ventilation. In: Fishman AP, ed. *Fishman's pulmonary diseases and disorders*, vol 1.4th ed. New York: Mc Graw Hill; 1635-1665, 2008.
12. Racca F, Sorbo D, Mongini T, Vianello A, Ranieri VM. Respiratory management of acute respiratory failure in neuromuscular diseases. *Minerva Anestesiol* 2010;76:51-62.
13. Laghi F, Tobin MJ. Disorders of the respiratory muscles. State of the art. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;168:10-48.
14. Cotes JE, Chinn DJ, Miller MR. Thoracic cage and respiratory muscles. *Lung Function*. 6th Edition. Blackwell Publishing;99-110, 2006.
15. Matecki S, Petrof BJ,Hamilton. Physiologic basis of respiratory diseases. In: Hamid Q, Shannon J, Martin J, editors. *Respiratory consequences of neuromuscular disease*. BC Decker Inc, Hamilton, Ontario; 319-329; 2005.
16. Rodríguez-Roisin R, Roca J. Mechanisms of hypoxemia. *Intensive Care Med* 2005;31(8):1017.
17. Finder JD, Birnkrant D, Carl J, Farber HJ, Gozal D, Iannaccone ST et al. Respiratory Care of the Patient with Duchenne Muscular Dystrophy ATS Consensus Statement. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; Vol 170. pp 456-465.
18. McCool FD. Global Physiology and Pathophysiology of Cough. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2006;129;48-53.
19. Bach JR, Smith WH, Michaels J, Saporito L, Alba AS, Dayal R et al. Airway secretion clearance by mechanical exsufflation for post-poliomyelitis ventilator-assisted individuals. *Arch Phys Med Rehabil* 1993;74:170-177.
20. Vianello A. Neuromuscular Disorders. In: Palange P, Simonds A editors. *ERS Handbook Respiratory Medicine*. 1st edition. Latimer Trend&Co.Ltd, UK; 361-364; 2010.
21. Hill M, Hughes T, Milford C. Treatment for swallowing difficulties (dysphagia) in chronic muscle disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;2: CD004303.
22. Nicolle MW, Phil D. Sleep and Neuromuscular Disease. *Semin Neurol* 2009;29:429-437.
23. Oztura I, Guilleminault C. Neuromuscular disorders and sleep. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2005;5(2):147-152.
24. Barbe F, Quera-Salva MA, McCann C, Gajdos P, Raphael JC, de Lattre J et. al. Sleep-related respiratory disturbances in patients with Duchenne Muscular Dystrophy. *Eur Respir J* 1994;7:1403-1408.
25. Bourke SC, Gibson GJ. Sleep and breathing in neuromuscular disease. *Eur Respir J* 2002;19:1194-1201.
26. American Thoracic Society /European Respiratory Society. Statement on respiratory muscle testing. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 166:518-624.

27. Williams AJ. ABC of oxygen: assessing and interpreting arterial blood gases and acid-base balance. *BMJ* 1998;317(7167):1213.
28. Black LF, Hyatt RE. Maximal respiratory pressures: Normal values and relationship to age and sex. *Am Rev Respir Dis* 1969;99:696-702.
29. Martínez-Llorens J, Ausín P, Roig A, Balañá A, Admetlló M, Muñoz L, Gea J. Inspiratory Pressure: an Alternative for the Assessment of Inspiratory Muscle Strength? *Arch Bronconeumol* 2011;47(4):169-175.
30. American Thoracic Society/European Respiratory Society. Statement on respiratory muscle testing. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;166:518-624.
31. Hughes PD, Polkey MI, Kyroussis D, Hamnegard CH, Moxham J, Green M. Measurement of sniff nasal and diaphragm twitch mouth pressure in patients. *Thorax* 1998;53:96-100.
32. Lawson RW. Neuromuscular Disorders. *Critical Thinking in Respiratory Care. A Problem- Based Learning Approach*. Eds. Mishoe SC, Welch MA JR. Mc Graw Hill Companies; p.577-609; 2002.
33. Sancho J, Servera E, Diaz J, Marin J. Comparison of peak cough flows measured by pneumotachograph and a portable peak flow meter. *Am J Phys Med Rehabil* 2004;83(8):608-612.
34. Leiner GC, Abramowitz S, Small MJ, Stenby VB. Cough peak flow rate. *Am J Med Sci* 1966;251(2):211-214.
35. Bott J, Blumenthal S, Buxton M, Ellum S, Falconer C, Garrod R, et al. Guidelines for the physiotherapy management of the adult, medical, spontaneously breathing patient. *Thorax* 2009; 64(Suppl 1):i1-i51.
36. Sharma GD. Pulmonary Function Testing in Neuromuscular Disorders. *Pediatrics* 2009;123:219-221.
37. Kang SW, Bach JR. Maximum insufflation capacity: the relationships with vital capacity and cough flows for patients with neuromuscular disease. *Am J Phys Med Rehabil* 2000; 79: 222-227.