

**BALIKESİR**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**  
BALIKESİR HEALTH SCIENCES JOURNAL



**BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ISSN:2146-9601  
E-ISSN:2147-2238

CİLT  
VOLUME | 9 SAYI  
ISSUE | 1

NİSAN  
APRIL | 2020

**YAYIN KURULU VE İLETİŞİM**

**SAHİBİ / OWNER**

Balıkesir Üniversitesi adına  
Rektör:  
**Prof. Dr. İter KUŞ**  
On behalf of Balıkesir University

**EDİTÖRLER / EDITORS**

**Prof. Dr. İzzet KARAHAN**  
**Doç. Dr. Ersoy BAYDAR**  
**Doç. Dr. Celalettin ÇEVİK**

---

**EDİTÖRLER KURULU/ EDITORIAL BOARD**

---

Prof. Dr. M. Tefik YAVUZ  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Şükrü Hakan ATALGIN  
Balıkesir Üniversitesi Veteriner Fakültesi

Prof. Dr. Özlem YAVUZ  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi

Prof. Dr. Cengiz CEYLAN  
Balıkesir Üniversitesi Veteriner Fakültesi

Prof. Dr. Mehmet Şükrü GÜLAY  
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

Prof. Dr. Gül Ece SOYUTEMİZ  
Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi

Prof. Dr. Zekeriya GÖKTAŞ  
Balıkesir Üniversitesi Spor Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Sibel KARACA SİVRİKAYA  
Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Ömür KARACA SAYGILI  
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Doç. Dr. Emre YANIKKEREM  
Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Doç. Dr. Raziye ÖZDEMİR  
Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Oğuzhan KORKUT  
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Kevser TARI SELÇUK  
Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi

Dr. Öğr. Üyesi Cevher SAVCUN DEMİRCİ  
Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Fadime ÜSTÜNER TOP  
Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Bahar SUNAY  
Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi

---

**İLETİŞİM ADRESİ / CORRESPONDENCE ADDRESS**

Prof. Dr. İzzet KARAHAN  
Balıkesir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Çalış Yerleşkesi 10145 BALIKESİR  
Faks: (0266) 612 10 09  
e-posta: izzetkarahan@hotmail.com  
bsbd@balikesir.edu.tr  
Web: www.baun-sbdergisi.com

---

## İÇİNDEKİLER / CONTENTS

| Sayfa Numarası                   | ORJİNAL ARAŞTIRMALAR / ORIGINAL RESEARCH ARTICLES  |
|----------------------------------|--|
| 1-6                              | <b>Ebelik Öğrencilerinin Problem Çözme Becerileri ile Öz Etkililik Yeterlik Düzeyleri Arasındaki İlişki</b><br>Views and Expectations of Midwifery Students Towards the Profession of Midwifery<br>Funda ÇİTİL CANBAY, Elif Tuğçe ÇİTİL, Safiye Kübra ÖZCAN  |
| 7-18                             | <b>Lise Öğrencilerine Verilen Ruhsal Hastalıklara Yönelik Eğitimin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanca ve Sosyal Mesafeye Etkisi</b><br>The Effect of Mental Illnesses Oriented Education Given to High School Students on Faith and Social Distance<br>Hatice ÇALIK KOYAK, Hülya ARSLANTAŞ   |
| 19-28                            | <b>Ergenlerde İnternet Bağımlılığını Etkileyen Faktörler</b><br>The Factors Affecting Internet Addiction in Adolescents<br>Rüveyda YÜKSEL, Cihan KOCAİRİ, Hülya ARSLANTAŞ Barış SÖYLEMEZ   |
| 29-35                            | <b>Erken Evre Parkinson Hastalarında Pilates ve Elastik Bantlama Uygulamalarının El Fonksiyonları, Postüral Kontrol ve Gövde Kontrolü Üzerine Etkisi- Randomize Kontrollü Çalışma</b><br>Effects of Pilates and Elastic Taping on the Hand Functions, Postural Control and Trunk Control in Early Stage Parkinson's Patients– A Randomised Controlled Study<br>Evrım GÖZ, Berril DÖNMEZ ÇOLAKOĞLU, Raif ÇAKMUR, Birgül BALCI |
| 37-44                            | <b>Bir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulundaki Öğrencilerde Duygusal İştah ile Obezite Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi</b><br>Evaluation of The Relationship Between Emotional Appetite and Obesity in Students at a of Health Services Vocational High School<br>Zehra Betül ERKAYA, A. Ferdane OĞUZÖNCÜL, Osman KURT  |
| <b>DERLEMELER / REVIEWS</b>      |  |
| 45-54                            | <b>Türkiye’de Sağlık Sisteminin Sorunları ve Çözüm Önerileri</b><br>Problems and Solutions of the Health System in Turkey<br>Arzu BULUT, Halil ŞENGÜL  |
| 55-62                            | <b>Suriyeli Çocuk Mülteciler ve Sorunları</b><br>Syrian Child Refugees and Problems<br>Süreyya SARVAN, Emine EFE   |
| <b>OLGU RAPORU / CASE REPORT</b> |  |
| 61-63                            | <b>A Case Giving Early Findings, but Diagnosed Late: Ataxia Telangiectasia Ataxia Telangiectasia Case Report</b><br>Erken Bulgu Veren ancak Geç Tanı Konulan Bir Olgu; Ataksi Telenjiektazi<br>Hilal AYDIN, İbrahim Hakan BUCAK, Haydar BAGIS  |



## Ebelik Öğrencilerinin Ebelik Mesleği Hakkındaki Görüşleri ve Mesleğe Yönelik Beklentileri

Funda ÇİTİL CANBAY<sup>1</sup>, Elif Tuğçe ÇİTİL<sup>2</sup>, Safiye Kübra ÖZCAN<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü  
<sup>2</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü  
<sup>3</sup>KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Funda ÇİTİL CANBAY

e-mail: Midwifefunda23@gmail.com Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Erzurum, Türkiye

**Geliş Tarihi / Received:** 05.05.2019, **Kabul Tarihi / Accepted:** 04.11.2019

Copyright holder Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

### ÖZ

**Amaç:** Araştırma, ebelik öğrencilerinin ebelik mesleği hakkındaki görüşleri ve mesleğe yönelik beklentilerinin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma tanımlayıcı tipte yapıldı. Araştırmanın evrenini, bir üniversitenin sağlık yüksekokulunun ebelik bölümü öğrencileri (n=376) oluşturdu. Araştırmanın örneklemini örneklem seçimine gidilmeden belirlenen ve araştırmaya katılmayı kabul eden tüm öğrenciler (n=290) oluşturdu. Öğrencilerin özellikleri, ebeliğe yönelik görüş ve beklentilerinin belirlenmesi için 19 sorudan oluşan bir bilgi formu kullanıldı. Veriler ortalama ve yüzdelik oranları üzerinden sunuldu.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 20.57±2.26 idi. Öğrencilerin çoğu (%59.3) bölümünü isteyerek seçmemiş, %30'u bölümü iş bulma kolaylığı düşüncesiyle seçmişti. Öte yandan öğrencilerin %41'i bölümü kazanmadan önce ebelik hakkında olumsuz, %52.8'i şu anda da ebelik hakkında olumsuz düşünmekte ve %59.3'ü üniversite tercihi yapacak öğrencilere ebeliği önermeyeceklerini belirttiler. Ebelik mesleğinin sorunlarına ilişkin birden fazla cevap verilmiş olup, öğrencilerin %43.4'ü yoğun iş yüküne bağlı ebeliğin sevilerek yapılmadığını bildirdi. Öğrencilerin %39.7'si ebelik yöneticilerinin ebe olması gerektiğini belirtti. Ebeliğe yönelik beklentilere ilişkin en fazla; öğrencilerin %56.2'si okullarda ebe akademisyen sayısının artacağı ve %53.8'inin ebeliğin gelecekte daha saygın bir meslek olarak tanınacağı cevabını verdi.

**Sonuç:** Öğrencilerin görüş ve beklentileri öğrenim görülen sınıflara göre şekillenmektedir. Öğrencilerin mesleğe ilişkin problemlere bağlı olumsuz görüşleri olduğu görülse de mesleğin gelişimine yönelik çözüm odaklı bazı önerileri bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Beklenti, Ebelik, Görüş, Öğrenci.

## Views and Expectations of Midwifery Students Towards the Profession of Midwifery

### ABSTRACT

**Aim:** This research was done to identify the views and expectations of midwifery students towards midwifery.

**Material and Methods:** The research was done descriptively. The population of the study included midwifery department students (n=376) from the health high school of a university. All the students, accepting to participate in the research (n=290), were gathered in the research sample without applying any sampling method. An information form, including 19 questions, was used to identify student features and their views and expectations towards midwifery. The data were presented through mean and percentage.

**Results:** The age average of the participants was 20.57±2.26. Majority of them (59.3%) did not choose the department willingly and 30% chose it in anticipation of finding a job easily. Likewise, 41.0% had negative opinions about the department before matriculation, 52.8% have negative ideas for midwifery currently and 59.3% stated they would not suggest midwifery department to the students who would make university preference (59.3%). The questions about the problems of midwifery had more than one answer and 43.4% said the profession was not done gladly. 39.7% stated midwifery administrators should be midwives. 56.2% responded the number of midwife academicians would increase and 53.8% expected midwifery to be perceived as a more prestigious profession in the future regarding the expectations towards midwifery.

**Conclusion:** Views and expectations of the students were shaped according to their grade levels. Although it was seen that they had negative views depending on the problems regarding the profession, they had several solution-oriented offers for the development of the profession.

**Keywords:** Expectation, Midwifery, Opinion, Student.

## GİRİŞ

Meslek kavramı; “belli bir eğitim süreci ile edinilen, sistematik bilgi ile becerilere dayalı, insanlara yararlı bir ürün üretmek, hizmet vermek ve karşılığında para kazanmak suretiyle yapılan, kuralları belirlenmiş iş” olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2018). Uluslararası Ebeler Konfederasyonu’na (ICM) göre (2018); ebe tanımı ise, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde bağımsız rolleri olan, temel ebelik uygulama yeterliliklerine sahip, küresel ebelik eğitimi standartları çerçevesinde ve bulunduğu ülkenin ebelik eğitim programını başarıyla tamamlayarak, ebe unvanını kullanan kişidir. Ebelik mesleğinin doğası ve uygulamalarına yönelik koşullar dünya genelinde farklılık göstermekle birlikte, ebelik eğitiminde gereksinimlerin bilinmesi gerekir. Ebelik eğitiminde; öğrenciyi sürekli destek sağlanması ile özgüven kazandırmak yoluyla bilgi ve becerilerinin kazanılması kolaylaşacaktır (Patterson ve ark., 2018). Ebelik eğitimi ile kadın merkezli bakım perspektifine dayalı, kanıta dayalı uygulamalar yapan ve ebelik felsefesini benimseyen öğrenciler geliştirmek amaçlanmaktadır (Barry ve ark., 2014).

Meslekler hakkındaki görüş ve beklentiler, tercih edilen mesleğin eğitimi başladığı andan itibaren oluşmaya başlar (Çevik ve ark., 2012). Ülkemizdeki öğrencilerin ebelik mesleğini tercih etme nedenleri arasındaki en fazla neden sırasıyla; iş bulma kolaylığı, aile etkisi ve üniversite giriş puanlarındaki alınan puanların yeterliliği olarak görülmektedir (Kostak ve ark., 2012; Dinç ve ark., 2017). Ebelik emek isteyen ve gelişmekte olan bir meslek grubudur. Ebeliğe ilişkin en göze çarpan problem iş yükünün fazlalığı ve mesleğe yönelik beklentilerin karşılanmamasıdır (Pugh ve ark., 2013). Bununla birlikte toplum tarafından ebelik ve hemşirelik mesleğinin; eğitimi, görev tanımı, ekonomik ve sosyal yönü yeteri kadar bilinmediği için bu meslekler toplumun olumsuz değer ve yargılarından etkilenmektedir (Turgay ve ark., 2005). Bu nedenle ebelik öğrencilerinin emeklilikten önce meslekten ayrılma ya da başka bir mesleğe yönelme gibi düşünceleri olabilir. Ayrıca ebelik öğrencileri klinik ortamlarda gelişmelerinin önünde bazı engel ve problemlerle karşılaşmaktadırlar.

Ebe eğitimcileri ile ebeler, ebelik bölümü öğrencilerinin teoriye ilişkin bilgi eksikliklerini kapatmak ve ebe adaylarına öz yeterlik kazandırmak konusunda yardımcı olma sorumluluğunu üstlenmeleri gerekir (Jordan ve Farley, 2008). Eğitim ve sağlık kurumlarının ebelik öğrencilerinin mesleğe yönelik beklentilerini belirleme sorumlulukları bulunmaktadır (Fenwick ve ark., 2016). Ülkemizde ebelik öğrencilerinin klinik deneyimlerine ilişkin bilgilerin artmasına rağmen, ebelik öğrencilerinin mesleğe ilişkin sorunları, beklenti ve deneyimlerine yönelik çalışmalar sınırlı sayıdadır (Taşkın Yılmaz ve ark., 2014; Bilgin ve ark., 2016; Aydın Kartal ve Yazıcı, 2017). Ebelik öğrencilerinin ebelik mesleğine ilişkin görüşlerinin ve beklentilerinin belirlenmesiyle mevcut problemlerin belirlenmesi, bu problemlerin çözümüne uygun stratejilerin geliştirilmesi ve ebelikte mesleki memnuniyetin artırılması için gerekli çalışmaların başlatılması için ebelere yol gösterici olabilir. Bu nedenle bu araştırma ile ebelik öğrencilerinin ebelik mesleği hakkındaki görüşleri ve mesleğe yönelik beklentilerini

belirlemek amaçlandı. Tanımlayıcı türde yapılan çalışmada “Çalışmanın yapıldığı kurumun ebelik öğrencilerinin ebelik mesleği hakkındaki görüşleri nelerdir?” ve “Çalışmanın yapıldığı kurumun ebelik öğrencilerinin ebelik mesleğine yönelik beklentileri nelerdir?” sorularına yanıt arandı.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın evreni bir sağlık bilimleri fakültesinin ebelik bölümü öğrencilerinden (n=376), örneklemi ise çalışmaya katılmaya istekli 290 öğrenciden (evrenin %77.1’i) oluştu. Araştırma verileri, 2017-2018 eğitim öğretim döneminin ilkbahar döneminde toplandı. Araştırma kapsamına alınmayan 86 öğrenci devamsızlık ve çalışmaya katılmak istememe gibi nedenlerle araştırmanın dışında kaldı.

Öğrenciler; çalışmaya katılmaya istekli olmak, 18 yaş üzeri olmak, herhangi bir iletişim probleminin olmaması ve ebelik bölümü öğrencisi olmak kriterlerine göre araştırma kapsamına alındı. Araştırmanın herhangi bir aşamasında araştırmaya devam etmek istemeyen öğrenciler ve araştırma dahil edilme kriterlerine uymayan katılımcılar araştırma kapsamının dışında bırakıldı.

Veriler, öğrencilerin bireysel özelliklerini ve ebelik mesleğine yönelik görüş ve beklentilerini sorgulayan, 19 sorudan oluşan bir öğrenci bilgi formu ile elde edildi. Bu form araştırmacılar tarafından literatür bilgilerine dayalı olarak hazırlandı (Ertekin Pınar ve ark., 2013; Yurtsal ve ark., 2014; Arslan Özkan ve Baş, 2016; Atasoy ve Ermin, 2016). Çalışmaya başlamadan önce anket formunu test etmek amacıyla araştırma örnekleme dahil edilmeyen 10 öğrenci ile pilot uygulama yapıldı. Böylece anketlerde anlaşılmayan bir sorunun olup olmadığı ve bu uygulamanın ne kadar süreceği test edildi. Verilen geri bildirimlere bağlı olarak anket sorularında anlaşılır olmayan ya da gereksiz görülen ifadeler tekrar gözden geçirildi ve anlaşılmayan ifadeler tekrar düzenlendi. Araştırmada öğrenci bilgi formlarından elde edilen verilerin, SPSS 21.0 programı kullanılarak analizi yapıldı. Sürekli değişkenler, ortalama ve standart sapma; kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde olarak ifade edildi.

Çalışma süresince İnsan Hakları Helsinki Deklarasyonu’na sadık kalındı. Araştırma verilerinin toplandığı okulun bölüm başkanlığına ve dekanlığına araştırmanın amaç ve kapsamını da içeren bir form ile başvuru yapılarak izin alındı. Örneklemi oluşturan öğrencilere çalışmanın amaç ve yararlarını, çalışmadaki rollerini açıklayan bir form ile bilgilendirilmiş olurları alındı. Öğrencilere bilgilerinin gizli tutulacağı söylendi. Çalışmada gönüllülük, isteklilik ilkesine özen gösterildi. Çalışma için etik kurul izni alındı (Dumlupınar Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurul Birimi, Sayı: 56120658-050.02-E.20225, Tarih: 25.04.2018).

## BULGULAR

Araştırmaya katılan ebelik öğrencilerinin yaş ortalaması 20.57±2.26 olup, yaş aralığı 17-29 arasında bulunmaktadır. Ebelik bölümünde; birinci sınıftan 83 (%28.6), ikinci sınıftan 76 (%26.2), üçüncü sınıftan 66 (%22.8) ve dördüncü sınıftan 65 öğrenci (%22.4) araştırmaya katılmıştır. Ebelik bölümünde öğrenim gören öğrencilerin çoğunluğu (%46.6) Anadolu, fen ya da



anadolu öğretmen lisesinden muzun olduğu görülmektedir.

Öğrencilerin %46.6'sı çekirdek aile mensubu olup, öğrencilerin çoğunluğunun (%72.1) ailesinin gelirinin giderini karşıladığı tespit edilmiştir. Öğrencilerin yaşamlarının büyük bölümünü geçirdiği yerin %74.8 oranında şehir-kent olduğu görülmektedir (Tablo 1).

Katılımcıların ebelik bölümüne ve mesleğine ilişkin görüşleri sorgulandığında öğrencilerin yarısından fazlasının %59.3'ü ebelik bölümüne istemeden gelmiştir. Öğrencilerin çoğunluğu (%30) ebelik bölümünü iş bulma kolaylığı nedeniyle tercih etmiştir. Öğrencilerin %41.0'ı ebelik programına yerleşmeden önce ebelik mesleği hakkında olumsuz düşüncelere sahip olduğunu ve şu anda öğrencilerin %52.8'i ebelik mesleği hakkında daha olumlu düşüncelere sahip olduğunu bildirmişlerdir. Buna rağmen öğrencilerin %59.3'ü orta öğretimdeki öğrencilere ebelik bölümünü önermediklerini bildirmişlerdir. Öğrencilerin mezuniyet sonrası çalışmak istediği alan sorulduğunda öğrenciler en fazla koruyucu sağlık hizmetlerinde (%33.4) ve hastanelerin doğum, obstetri ve jinekoloji birimlerinde (%25.5) çalışmak istediklerini bildirmişlerdir (Tablo 2).

Ebelik öğrencilerine ebelik mesleğinin sorunlarını sordumuzda; öğrenciler sorun olarak algıladıkları durumların çoğunlukla yoğun iş yüküne bağlı mesleğin sevilerek yapılmaması (%43.4), meslekte tatillerin/izinlerin az olması (%40.3), meslekte branşlaşma olmaması (%36.9), maaşın yetersizliği (%33.8), toplumun ebeliğe olumsuz bakış açısı (%33.8), çalışmakta olan ebelerin olumsuz tavırları (%33.1) ve ebelerin yetki ve sorumluluklarının az olması (%29.0) olduğunu görülmektedir. Ebelik mesleğinin sorunlarına yönelik çözüm odaklı çeşitli öneriler verildi. Ebelik bölümü öğrencilerine ebelik mesleğinin sorunlarına ilişkin çözüm önerileri sorulduğunda öğrencilerin çoğunluğu; öğrencilerin %39.7'si ebelerin yönetici pozisyonunda olmalı, %35.9'u ebe alımları artırılmalı, %31.7'si ebelik eğitiminde birlik sağlanmalı ve %26.6'sı mezuniyet sonrası düzenli aralıklarla eğitimler olmalı şeklinde görüş bildirmiştir (Tablo 3).

Katılımcı öğrencilere ebelik eğitimine yönelik gelecekteki beklentileri sorulduğunda öğrencilerin çoğunluğu; okullarda ebe kökenli akademisyen sayısının artmasını (%56.2), hemşirelik fakültelerinde olduğu gibi ebelik fakültelerinin de kurulmasını (%34.1), ebelik bölümlerindeki öğrencilere iyi derecede yabancı dil eğitiminin verilmesini (%31.7), uygulamalarda öğrencilerin görev/sorumluluklarının daha iyi belirleneceği (%29.7) ve böylece eğitimin kalitesinin artacağı (%25.2) yönünde beklentilerini bildirmişlerdir. Öğrencilerin ebelik mesleğinden gelecekteki beklentileri sorulduğunda; öğrencilerin %53.8'i ebeliğin toplumda daha saygın bir meslek olarak algılanması, %36.9'u toplumda bir meslek olarak kabul görmesi, %35.9'u mezuniyet sonrası eğitimlerin artırılması, %34.8'i, alanında uzman ebelerin yetişmesi, %34.5'i tüm hastanelerde ebeler için ebe bir yöneticinin olması ve %33.8'i çalışma koşullarının iyileştirilmesi şeklinde görüşlerini bildirmiştir (Tablo 4).

**Tablo 1. Öğrencilerin bireysel özelliklerine göre dağılımı**

| Bireysel Özellikler (n=290)                    | n          | %    |
|--|------------|------|
| <b>Yaş</b>                                     |            |      |
| 17-19  | 108        | 37.2 |
| 20-22  | 129        | 44.5 |
| 23 ve üzeri                                    | 53         | 18.3 |
| <b>Yaş ortalaması</b>                          | 20.57±2.26 |      |
| <b>Okuldaki yıl</b>                            |            |      |
| 1. yıl   | 83         | 28.6 |
| 2. yıl   | 76         | 26.2 |
| 3. yıl   | 66         | 22.8 |
| 4. yıl   | 65         | 22.4 |
| <b>Mezun olduğu okul</b>                       |            |      |
| Düz/genel lise                                 | 90         | 31.0 |
| Anadolu/fen/öğretmen lisesi                    | 135        | 46.6 |
| Meslek lisesi                                  | 65         | 22.4 |
| <b>Aile tipi</b>                               |            |      |
| Çekirdek                                       | 209        | 72.1 |
| Geniş  | 65         | 22.4 |
| Parçalanmış                                    | 16         | 5.5  |
| <b>Gelir durumu</b>                            |            |      |
| Gelirim giderimi karşılıyor                    | 227        | 78.3 |
| Gelirim giderimi karşılamıyor                  | 63         | 21.7 |
| <b>Yaşamının önemli bölümünü geçirdiği yer</b> |            |      |
| Şehir-kent                                     | 217        | 74.8 |
| İlçe-kasaba                                    | 39         | 13.4 |
| Köy-kırsal                                     | 34         | 11.7 |

**Tablo 2. Öğrencilerin ebelik bölümü ve mesleğine ilişkin görüşlerine göre dağılımı**

| Öğrencilerin görüşleri (n=290)  | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Ebelik bölümünü isteyerek seçme</b>                                      |     |      |
| Evet  | 118 | 40.7 |
| Hayır   | 172 | 59.3 |
| <b>Ebelik bölümünü seçme nedenleri</b>                                      |     |      |
| Ebe olmak istediğim için  | 57  | 19.7 |
| İş bulma kolaylığı olduğu için  | 87  | 30.0 |
| Kutsal bir meslek olduğu için   | 54  | 18.6 |
| Ailem/çevrem istediği için  | 36  | 12.4 |
| Puanım yettiği için   | 35  | 12.1 |
| Lisansüstü bir programa yerleşmek için                                      | 21  | 7.2  |
| <b>Ebelik programına yerleşmeden önce ebelik mesleği hakkında düşüncesi</b> |     |      |
| Olumlu  | 118 | 40.7 |
| Olumsuz   | 119 | 41.0 |
| Fikrim yoktu  | 53  | 18.3 |
| <b>Şu anda ebelik mesleği hakkında ne düşündüğü</b>                         |     |      |
| Olumlu  | 153 | 52.8 |
| Olumsuz   | 137 | 47.2 |
| <b>Orta öğretimdeki öğrencilere ebelik bölümünü önerme durumu</b>           |     |      |
| Evet  | 118 | 40.7 |
| Hayır   | 172 | 59.3 |
| <b>Mezuniyet sonrası çalışmak istediği alan</b>                             |     |      |
| Eğitim alanında   | 41  | 14.1 |
| Yönetim alanında  | 38  | 13.1 |
| Koruyucu sağlık hizmetlerinde   | 97  | 33.4 |
| Hastanelerin doğum, obstetri ve jinekoloji birimlerinde                     | 74  | 25.5 |
| Hastanelerin doğum, obstetri ve jinekoloji dışındaki birimlerinde           | 28  | 9.7  |
| Başka bir meslek alanında   | 12  | 4.1  |

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

**Tablo 3. Öğrencilerin ebelik bölümü ve mesleğine ilişkin algıladıkları sorunlar ve çözüm önerilerine göre dağılımı**

| Öğrencilerin görüşleri (n=290)  | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Ebelik mesleğinin sorunları nelerdir? *</b>                              |     |      |
| Atama sorunu olması   | 55  | 19.0 |
| Ebe sayısındaki yetersizlik   | 24  | 8.3  |
| Çalışma koşullarındaki zorluklar  | 72  | 24.8 |
| Toplumun ebeliğe olumsuz bakış açısı  | 98  | 33.8 |
| İş yükünün fazla olması   | 47  | 16.2 |
| Ebeliği koruyan dernek ve kuruluşların olmaması                             | 32  | 11.0 |
| Ebelerin yetki ve sorumluluklarının az olması                               | 84  | 29.0 |
| Alınan eğitimin iş yaşantısında kullanılmaması                              | 24  | 8.3  |
| Meslekte branşlaşma olmaması  | 107 | 36.9 |
| Maaşın yetersiz olması  | 98  | 33.8 |
| Ekip içinde statü belirsizliğinin olması                                    | 47  | 16.2 |
| Mesleğin sevilerek yapılmaması  | 126 | 43.4 |
| Zorlu çalışma koşullarına rağmen meslekte izinlerin az olması               | 117 | 40.3 |
| Meslekte erkeklerin olmayışı  | 75  | 25.9 |
| Çalışmakta olan ebelerin olumsuz tavırları ya da mobbing                    | 96  | 33.1 |
| <b>Ebelik mesleğinin sorunlarına ilişkin çözüm önerileriniz nelerdir? *</b> |     |      |
| Mesleğe ait demeklere herkesin üye olması sağlanmalı                        | 57  | 19.7 |
| Ebelik mesleği topluma tanıtılmalı  | 41  | 14.1 |
| Ebelik eğitiminde birlik sağlanmalı   | 92  | 31.7 |
| Ebe alımları artırılmalı  | 104 | 35.9 |
| Mecliste/ bakanlıkta ebe bir temsilci olmalı                                | 54  | 18.6 |
| Yöneticiler ebe olmalı  | 115 | 39.7 |
| Mezuniyet sonrası düzenli aralıklarla eğitimler olmalı                      | 77  | 26.6 |
| Ebeler lisansüstü eğitime özendirilmeli                                     | 49  | 16.9 |
| Çalışma koşulları iyileştirilmeli   | 38  | 13.1 |
| Yıpranma payı/erken emeklilik verilmeli                                     | 23  | 7.9  |
| İş değil meslek olarak algılanmalı  | 25  | 8.6  |

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

**Tablo 4. Öğrencilerin ebelik eğitimi ve mesleğine ilişkin beklentilerine göre dağılımı**

| Öğrencilerin beklentileri (n=290)   | n   | %    |
|---|-----|------|
| <b>Ebelik eğitimine yönelik gelecekteki beklentileri*</b>                 |     |      |
| Uygulamalarda öğrencilerin görev/sorumluluklarının daha iyi belirleneceği | 86  | 29.7 |
| Ebelik fakültelerinin kurulacağı  | 99  | 34.1 |
| Eğitimin kalitesinin artacağı   | 73  | 25.2 |
| İyi derecede yabancı dil eğitiminin verileceği                            | 92  | 31.7 |
| Okullarda akademisyen ebe sayısının artması                               | 163 | 56.2 |
| Okulların fiziki koşullarının düzeltilmesi                                | 64  | 22.1 |
| Lisans ve lisansüstü mezun sayısının artması                              | 73  | 25.2 |
| Okullarda öğrenci sayısının azaltılarak daha kaliteli eğitim verileceği   | 60  | 20.7 |
| Erasmus, Farabi, Mevlana gibi programlarının artırılması                  | 19  | 6.6  |
| Simülasyon laboratuvarlarının kurulması ya da iyileştirilmesi             | 47  | 16.2 |
| Uygulama ve staj sayılarının artırılması                                  | 11  | 3.8  |
| <b>Ebelik mesleğinden gelecekteki beklentileri*</b>                       |     |      |
| Ebelerin görev ve sorumluluklarının belirlenmesi                          | 75  | 25.9 |
| Çalışma koşullarının iyileştirilmesi                                      | 98  | 33.8 |
| Alanında uzman ebelerin yetişmesi   | 101 | 34.8 |
| Mezuniyet sonrası eğitimlerin artırılması                                 | 104 | 35.9 |
| Tüm hastanelerde ebeler için ebe bir yöneticinin olması                   | 100 | 34.5 |
| Toplumda bir meslek olarak kabul görmesi                                  | 107 | 36.9 |
| Toplumda daha saygın bir meslek olarak algılanması                        | 156 | 53.8 |
| Ebeliğin meslek odasının kurulması  | 47  | 16.2 |

\*Birden fazla cevap verilmiştir.

**TARTIŞMA**

Ebelik öğrencilerinin ebelik mesleği hakkındaki görüşleri ve mesleğe yönelik beklentilerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalarının sonuçları literatür bilgileriyle tartışılmış, karşılaştırılmış ve desteklenmiştir. Araştırmamıza ebelik bölümü ve mesleğine ilişkin, öğrencilerin çoğunluğu ebelik bölümünü isteyerek

seçmemekle birlikte iş bulma kolaylığı nedeniyle bölüme geldiklerini bildirmişlerdir. Ertekin Pınar ve ark. (2013) çalışmasında öğrencilerin çok az bir kısmı ebeliği ilk tercihleri içinde seçerken hiçbiri ebelik bölümünü ilk tercihleri arasına yazmamıştır. Konuya ilişkin ebelik öğrencileri ile yapılan diğer çalışmalarda da öğrenciler



benzer şekilde üniversite tercihlerinde ebelik bölüm tercihi olarak ilk üç sırada yer almadığı görülmektedir (Kostak ve ark., 2012; Yurtsal ve ark., 2014). Ertekin Pınar ve ark. (2013) araştırmasının aksine bu sonuçların, ebelik mesleğine ilişkin bir ön yargının olduğunu düşündürmektedir ve bu nedenle de üniversite tercih dönemlerinde ebelik bölümlerinin öncelikli tercihler arasında yer almadığı düşünmekteyiz. Ayrıca ebelik bölümü seçme kararlarına ilişkin karşılaşılan çalışmaların sonuçlarına göre (Kostak ve ark., 2012; İlhan Erkal ve ark., 2012; Dinç ve ark., 2017; Yücel ve ark., 2017), öğrencilerin çoğunluğu iş bulma kolaylığı ve üniversite sınavlarından alınan taban puanlar nedeniyle tercih etmişlerdir. Bu sonuçlar; ebelik bölümü tercihlerinde mesleğe eğilimi ve ilgisi olan öğrencilerin değil, gelecek kaygısı olan öğrencilerin bölümü tercih ettiğini kanıtlar niteliktedir.

Araştırmamızda ebe adaylarının çoğunluğu ebelik programına yerleşmeden önce ebelik mesleği hakkında olumsuz düşünceleri olduğunu bildirmişken, mevcut durumda öğrencilerin ebelik mesleği hakkında daha olumlu düşüncelere sahip olduğu görülmektedir. Dinç ve ark. (2017) araştırmasında, öğrencilerin ebelik bölümüne yerleştikten sonra mesleğe yönelik daha olumlu duygulara sahip oldukları belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre, alınan eğitim yoluyla öğrenciler ebelik mesleğini tanıma fırsatı bulmuş ve böylece öğrencilerin mesleğe ilişkin yargılarının değişmiş olduğunu söylenebiliriz. Bu araştırmada öğrencilerin çoğunluğu orta öğretimdeki öğrencilere ebelik bölümünü önermediklerini bildirmişlerdir. Atasoy ve Ermin (2016)'in çalışmasının sonuçları arasında öğrenciler ebelik bölümünde öğrenim görmeye ilişkin olumsuz düşüncelere sahip olduklarını bildirmişlerdir. Bu sonuç ebelik öğrencilerinin öğrenim süreci boyunca yaşadıkları bazı olumsuzlukların olduğunu göstermektedir. Genel anlamda öğrenciler mezuniyet sonrası en fazla çalışmak istedikleri alanlar olarak koruyucu sağlık hizmetleri ile hastanelerin doğum, obstetri ve jinekoloji birimlerinde çalışmak istemektedirler. Atasoy ve Ermin (2016)'in hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin mesleğe yönelik bakış açısı konulu çalışmasında öğrencilerin büyük çoğunluğunun hastane ve aile sağlığı merkezlerinde çalışmak istemektedirler. Yine Yücel ve ark. (2017) benzer bir çalışmada, ebelik öğrencilerinin en fazla çalışmak istedikleri alanların kadın doğum ve çocuk hastalıkları hastanesi ve aile sağlığı merkezi olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda ebelik mesleğinin sorunlarına ilişkin öğrencilerin algıları arasında çoğunlukla mesleğin sevilerek yapılmaması, yoğun çalışma koşullarına rağmen izinlerin yetersiz olması, meslekte branşlaşma olmaması, maaşın yetersizliği, toplumun ebeliğe olumsuz bakış açısı, çalışmakta olan ebelerin olumsuz tavırları, ebelerin toplum tarafından tanınmaması ya da önyargıyla karşılaşması, ebelerin yetki ve sorumluluklarının az olması gibi durumları bildirmişlerdir. Hildingsson ve Fenwick (2015)'in ebelerin uygulama alanlarına yönelik algılarının incelendiği çalışmanın sonuçlarına göre, tükenmişlik yaşayan, olumsuzluklar yaşayan ve yönetici pozisyonu olmayan ebelerde çalışma ortamlarına yönelik algıların olumsuz olduğu görülmektedir. Nepal'de yapılan başka bir çalışmada (Bogren ve ark., 2016), ebelik mesleğinin

gelişim ve eğitim süresinde politik engeller bulunduğu ve toplum nezdinde ebelik mesleğinin hak ettiği değeri görmediği tespit edilmiştir. Bu sonuçlar ebelik mesleği konusunda çeşitli problemler olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda mesleğin gelişiminde kamu desteğinin gerekliliğini göstermektedir.

Bu araştırmanın sonuçlarında ebelik bölümü öğrencileri ebelik mesleğine yönelik sorunlara ilişkin çözüm önerileri öğrencilerin çoğunluğu; ebelerin yönetici pozisyonunda olmalı, ebe alımları arttırılmalı, ebelik eğitiminde standardizasyonun sağlanması ve mezuniyet sonrası düzenli aralıklarla hizmet içi eğitimler olması gerektiğini önermişlerdir. Hildingsson ve Fenwick (2015) ebelerin çalışma ortamlarına ve mesleğe ilişkin algılarının kişisel özelliklerin yanı sıra işle ilgili faktörlerin etkilediğini bildirmektedir. Bu bağlamda, ebelerin meslekten ayrılmalarının engellenmesi için sağlıklı bir çalışma ortamının sağlanmasını önerilebilir.

Yine sonuçlarımız arasında katılımcı öğrencilerin çoğunluğu gelecekteki beklentileri arasında; okullarda ebe kökenli akademisyen sayısının artması, hemşirelik fakültelerinde olduğu gibi ebelik fakülteleri kurulmalı, ebelik bölümlerindeki öğrencilere iyi derecede mesleki yabancı dil eğitiminin verilmesi, uzman ebelerin yetiştirilmesi, tüm hastanelerde ebeler için ebe bir yöneticinin olması ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi gerektiğini bildirmişlerdir. Clements ve ark. (2012) ebelerin mezuniyet sonrası destek ihtiyaçlarının bulunduğu ve bu ihtiyaçların tespit edilmesi gerektiği görülmektedir. Bu bağlamda; yeni mezun ebelerin çalışma şartlarının düzenlenmesiyle birlikte iş yükleri konusunda ve yeni mesleki becerilerin geliştirilmesi konusunda meslektaşlardan, yöneticilerden ve eğitimcilerden destek beklentisi içerisindedirler. Çakır Koçak ve ark. (2017) "Türkiye'de Ebelik Bölümlerinin Akademik ve Fiziki Profili" konulu çalışmasında, ebelik eğitiminde sorumlu akademisyenlerin ve yöneticilerinin büyük çoğunluğunun hemşirelik akademisyenler olduğu görülmekle birlikte, günümüzde hemşirelikte olduğu gibi ebelikte branşlaşma ya da ebelik fakültesi gibi bir çalışma bulunmamaktadır. Bu sonuçlara göre ebelik halen gelişmekte olan bir meslek grubudur. Öte yandan, öğrencilerin bağımsız rolleri ve profesyonel kimlik gelişimleri çoğunlukla hemşirelik mesleği etkisinde kalmaktadırlar.

## SONUÇ

Bu araştırmanın sonuçlarına göre, ebelik öğrencilerinin görüş ve beklentileri sosyodemografik özellikler, içinde yaşadıkları toplum ve öğrenim görülen sınıflara göre şekillenmiştir. Öğrencilerin çoğunluğu ebelik bölümünü isteyerek tercih etmese de mevcut durumda ebelik öğrencileri mesleğe yönelik daha olumlu duygu ve düşüncelere sahip olduğu saptanmıştır. Buna rağmen öğrencilerin çoğunluğu ebelik bölümünü Yükseköğretim Kurumları Sınavı'na (YKS) girecek öğrencilere önermemektedirler. Öğrencilerin ebeliğe ilişkin algıladıkları problemler genel anlamda ebelik mesleğe ilişkin problemlere bağlı olumsuz görüşlere sahip olduğu görüldü de mesleğin gelişimine yönelik çözüm odaklı bazı önerileri bulunmaktadır. Araştırmada öğrencilerin ebelik mesleğine yönelik görüş ve önerilerinin belirlenmesi ile mesleğe yönelik aksayan yönlerin belirlenmesi, çözüm

odaklı çalışmaların başlatılması, mesleki güdülenmeyi arttırmak ve tüm bunlara bağlı olarak mesleğin gelişimine katkı sağlayabilir. Bu bağlamda, ebelere özellikle öğrencilik döneminden itibaren ebelik mesleğine ilişkin gerekli danışmanlığı sağlanmak ve öğrencilerin beklentilerine yönelik mesleğin aksayan yönlerinin belirlenmesi açısından ebelerin, kurumların ve politika kurucularının çözüm odaklı çalışmalar yapması önem taşır. Öğrencilerin beklentilerine bağlı olarak; ebelik mesleğinin geliştirilmesi önündeki engellerin kaldırılması, özlük haklarının düzenlenmesi, ebelerin yönetici pozisyonlarda görev alabilmesi, ebe akademisyen sayısının artırılması, meslekten ayrılmaların önlenmesi ve üniversite tercihi yapacak öğrenciler için daha cazip bir meslek olması için gereken yasal düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

### Teşekkür

Araştırmaya katılan tüm öğrencilere ve araştırmanın yürütüldüğü üniversitenin tüm idari ve akademik çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimizi sunarız.

**Finansal Destek:** Yok

**Çıkar Çatışması:** Yok

**Yazar Katkıları:** Yazarlar araştırmanın tüm aşamalarında aktif olarak sorumluluk almışlardır.

### KAYNAKLAR

- Atasoy, I. ve Ermin, C. (2016). Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin mesleklerine bakış açısının incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 83-91.
- Aydın Kartal, Y. ve Yazıcı, S. (2017). Ebelik öğrencilerinin ilk klinik deneyim başlangıcı ve sonunda anksiyete ve stres düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(3), 190-95.
- Barry, M. J, Hauck, Y. L, O'Donoghue, T. and Clarke, S. (2014). Newly-graduated midwives transcending barriers: Mechanisms for putting plans into actions Michele. *Midwifery J*, (30), 962-967.
- Bilgin, Z., Arslan Özkan, H. ve Baş, M. (2016). Ebelik öğrencilerinde güdülenme düzeyinin klinik uygulama beklentisine etkisi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 38-53.
- Bogren, U. M., Berg, M., Edgren, L., van Teijlingen, E. and Wigert, H. (2016). Shaping the midwifery profession in Nepal—Uncovering actors' connections using a Complex Adaptive Systems framework. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 10, 48–55.
- Çakır Koçak, Y., Öztürk Can, H., Yücel, U., Demirelöz Akyüz, M. ve Çeber Turfan, E. (2017). Türkiye'de ebelik bölümlerinin akademik ve fiziki profili. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 88-97.
- Çevik, D. B, Perkmen, S. ve Alkan M. (2012). Müzik öğretmeni adaylarının mesleklerinden beklentileri. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 41-45.
- Clements, V., Fenwick, J. and Davis D. (2012). Core elements of transition support programs: The experiences of newly qualified Australian midwives. *Sexual & Reproductive Healthcare*, (3), 155–162.
- Dinç, A., Cangöl, E. ve Söğüt, S. (2017). Ebelik öğrencilerinin mesleki tercih hakkında düşünceleri. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, (2)2, 15-23.

- Ertekin Pınar, Ş., Cesur, B., Duran, Ö., Güler, E., Üstün, Z. ve Abak, G. (2013). Ebelik öğrencilerinin mesleki profesyonellikleri ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 8(23), 20-36.
- Fenwick, J., Cullen, D., Gamble, J. and Sidebotham, M. (2016). Being a young midwifery student: A qualitative exploration. *Midwifery J*, 39, 27-34.
- Hildingsson, I. and Fenwick, J. (2015). Swedish midwives' perception of their practice environment: A cross sectional study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6, 174–181.
- İlhan Erkal, S., Yalçın, A. S. ve Sancar, B. (2012). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin ebelik ve hemşirelik bölümlerini seçme nedenleri. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 73-90.
- Jordan, R. and Farley, C. L. (2008). The confidence to practice midwifery: Preceptor influence on student self-efficacy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(5), 413-420.
- Kostak, M. A., Akarsu, Ö. ve Ergül, G. D. (2012). Edirne Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin profili. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7(19), 39-59.
- Patterson, J, Macznik, A. K, Miller, S, Kerkin, B. and Baddock, S. (2018). Becoming a midwife: A survey study of midwifery alumni, *Women Birth*, (852), 9-10.
- Pugh, J. D., Twigg, D. E., Martin, T.L. and Rai, T. (2013). Western Australia facing critical losses in its midwifery workforce: A survey of midwives' intentions. *Midwifery J*, 29, 497-505.
- Taşkın Yılmaz, F., Tiryaki Şen, F. and Demirkaya, F. (2014). Hemşirelerin ve ebelerin mesleklerini algılama biçimleri ve gelecekte beklenenleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(3), 130-39.
- The International Confederation of Midwifery. ICM Definitions, Definition of the Midwife. *Definitions*, Erişim adresi: [www.internationalmidwives.org](http://www.internationalmidwives.org). Erişim tarihi:11.11.2018.
- Turgay, A., Karaca, B., Çeber, E. ve Aydemir, G. (2005). Hemşirelik öğrencilerinin mesleği algılayışları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8(1), 54-62
- Türk Dil Kurumu. Büyük Türkçe Sözlük. Erişim adresi: [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr), Erişim Tarihi: 11.11.2018.
- Yücel, U., Tuna Oran, N. ve Yüksel, E. (2017). Ebelik öğrencilerinin meslek ile ilgili görüşlerinin ve mezuniyet sonrası çalışmak istedikleri kurumların değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 69-76.
- Yurtsal, Z. B., Biçer, S., Duran, Ö., Şahin, A., Arslan, M. ve Yavrucu, Ö. K. (2014). Sağlık bilimleri fakültesi ebelik 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin mesleğe ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(2), 15-25.



## Lise Öğrencilerine Verilen Ruhsal Hastalıklara Yönelik Eğitimin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanca ve Sosyal Mesafeye Etkisi

Hatice ÇALIK KOYAK<sup>1</sup>, Hülya ARSLANTAŞ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Yönetim Birimi

<sup>2</sup> Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Hülya ARSLANTAŞ

e-mail: hulyaars@yahoo.com Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

**Geliş Tarihi / Received:** 02.09.2019, **Kabul Tarihi / Accepted:** 02.04.2020

Copyright holder Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

\*Bu çalışma 6-9 Kasım 2016 tarihleri arasında Manisa'da düzenlenen IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur. Bu çalışma Hatice Çalık Koyak'ın Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı kapsamında 2016 yılında bitirmiş olduğu tezinin verilerinden üretilmiştir.

### ÖZ

**Amaç:** Çalışma ergenlere verilen ruhsal hastalıklara yönelik eğitimin, ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inancına ve sosyal mesafelerine etkisini belirlemek amacı ile yarı deneysel olarak ön test-son test kontrol gruplu desende yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma batıda bir ilin bir ilçesinde İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı dört lisesinde 2014-2015 öğretim yılının bahar yarıyılında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya alınacak öğrencileri belirlemek amacıyla; ilçede öğrenim gören 727 lise öğrencisine Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği (RHYİÖ) uygulanmış ve ölçekten yüksek puan alan 176 öğrenci ile çalışma yürütülmüştür. Girişim grubuna ruhsal hastalıklara yönelik verilen eğitime olumlu katkı sağladığı bilinen "Akıl Oyunları" ve "Biz, Siz, Onlar" filmleri seyrettiler ve haftada iki toplamda on saatten oluşan ders anlatımlı ve tartışmalı olarak yürütülen ruhsal hastalıklara yönelik bir damgalama eğitimi yapılmıştır. Girişim ve kontrol grubuna eğitime başlamadan önce ve eğitimin bitiminden bir ay sonra anketler, RHYİÖ ve Sosyal Mesafe Ölçekleri uygulanmıştır.

**Bulgular:** Damgalama eğitiminin öğrencilerin RHYİÖ alt ölçekleri olan Tehlikelilik, Utanma, Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkide Bozulma ve toplam ölçek puanına ve ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafelerini olumlu yönde değiştirdiği tespit edilmiştir

**Sonuç:** Öğrencilerin problem çözme becerileri ile öz etkililik yeterlik düzeyleri arasında negatif yönde ilişki olduğu ve sınıflara göre problem çözme becerileri arasında fark saptanırken, öz etkililik yeterlik düzeyleri açısından fark bulunmamıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ebelik, Öz Etkililik, Problem Çözme.

## The Effect of Mental Illnesses Oriented Education Given to High School Students on Faith and Social Distance

### ABSTRACT

**Aim:** The study was conducted as a quasi-experimental at pretest - posttest control group design in order to determine the effect of education about mental illnesses provided for adolescents on adolescents' beliefs and social distances towards mental illnesses.

**Material and Methods:** The research was conducted in four high schools of the District Directorate of National Education in a district of a province in the west in the spring semester of the 2014-2015 Academic Year. 727 high school students studying in the district were administered the Beliefs Toward Mental Illness Scale (BMIS) in order to determine the students to be included in the study and the study was conducted with 176 students who scored higher than the others from the scale. The intervention group was watched the films titled "A Beautiful Mind" and "We, You, They" (Biz, Siz, Onlar), which are known to have contributed positively to the training given for mental illnesses and a stigmatization training that was consisting of two hours per week and a total of ten hours and that was conducted as lecturing and discussion for mental illnesses was carried out. Questionnaires, the Beliefs Toward Mental Illness Scale and Social Distance Scales were administered to the intervention and control groups before and after one month of training.

**Results:** It was determined that stigmatization education positively changed the Dangerousness, Shame, Helplessness and Breakdown of Interpersonal Relationship which are the sub-scales of the Beliefs Toward Mental Illness Scale as well as the social distances of the students to total scale score and mental illnesses.

**Conclusion:** It was determined that stigmatization education positively changed the Dangerousness, Shame, Helplessness and Breakdown of Interpersonal Relationship which are the sub-scales of the Beliefs Toward Mental Illness Scale as well as the social distances of the students to total scale score and mental illnesses. Mental health personnel may be suggested to provide training for mental illnesses by cooperating with teachers in schools in order to raise awareness for mental illnesses and to decrease stigmatization.

## GİRİŞ

Ergenlik dönemi kişilerin ruhsal ve fiziksel açıdan değiştiği ve geliştiği dönem olarak görülmektedir (Sevim, 2010). Bu dönemde bireylerin bilinç seviyelerinin olumlu yönde geliştirilmesi, birey ve toplum ruh sağlığını korumak açısından önem kazanmaktadır. Özellikle bu dönemde bireylerin birbirlerine karşı olan tutum ve davranışlarının olumlu yönde geliştirilmesi adına verilecek olan eğitimlerin büyük önemi vardır. Ergenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ve sosyal mesafe algısının olumlu yönde değiştirilmesi, ilerleyen yıllarda bireyin ve toplumun ruh sağlığının korunması ve damgalamanın azaltılması açısından oldukça önemlidir (Oban & Küçük, 2011; Del Casale ve ark., 2013).

Damgalama; etrafımızda var olan ve bizden farklı olduğunu düşündüğümüz kişiye karşı olan hislerimiz, ona karşı olan önyargılı tutumumuz olarak söylenebilir (Arkan, Bademli, & Duman Çetinkaya, 2011). Bu önyargılı hareketler ayrımcılık ve dışlama davranışlarını beraberinde getirmektedir. Ruhsal sağlık sorunu bulunan bireyler toplumda damgalamaya en fazla maruz kalan bireylerdir (Bahar, 2007).

Çok eskilerden beri ruhsal problemler yaşayan insanlara yönelik tutumlar olumsuz yönde olmuştur. Her kültürde farklı tepkilerle karşılanırsa da genel olarak ruhsal bozukluk yaşayan bireylerin diğerlerine zarar verebileceği ve ne yapacağını belirlenemez olduğu düşünceleri sonucunda ruhsal sağlık sorunu olan bireylerden uzak durma veya damgalama yapıldığı bilinmektedir (Arıkan, Çetin, Uysal, & Aydın, 2000; Aker ve ark., 2002). Ruhsal bozukluk yaşayan bireylere karşı yapılan bu davranışlar onların bireysel haklarını sınırlandırabilmekte, istedikleri insanlarla yakınlaşma, evlenebilme, çalışabilme, ev tutabilme gibi insani ihtiyaçlarının önüne geçebilmektedir. Ruhsal bozukluk yaşayan insanların sosyal hayattan ve göz önünden uzak tutulmaları tedavileri için harekete geçmelerinde isteksizlik uyandırabilmektedir (World Health Organization, 2008; Kuş Saillard, 2010).

Ruhsal hastalıklar dünyada yaklaşık olarak 550 milyon insanı etkisi altına almaktadır (World Health Organization, 2017). Ülkemizde ise psikiyatrik hastalıklar, kardiyovasküler hastalıklardan sonra en önemli sağlık sorunlarının başında gelmektedir. Psikiyatrik hastalıklar, özürlelikle kaybedilen yaşam yılı bakımından ülkemizde ilk sırada yer alan sağlık sorunlarından (Alataş, Kahiloğulları, & Yanık, 2011). Bu nedenle psikiyatrik sorunlarla mücadele, uluslararası düzeyde olduğu kadar ulusal anlamda da önemli bir konudur. Nitekim 2005 yılında Helsinki’de yapılan ve Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Bakanlarının katıldığı toplantı sonucunda bu konuda bir eylem planı açıklanmıştır. Bu eylem planında damgalama ve ayrımcılıkla mücadele konusu ilk başlıklar arasında yer almıştır (Alataş ve ark., 2011; Soygür & Özalp, 2005). Ülkemizde de 2011 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı Ulusal Eylem Planı’nın temel amaçlarından birisi ruh sağlığını teşvik etmek ve geliştirmektir. Bu kapsamda ruhsal bozukluğu bulunan kişilere karşı damgalama ve ayrımcılığı ortadan kaldırmak temel hedeflerden birisini teşkil etmektedir. Bu hedefe ulaşılması için belirlenen strateji de ise damgalama ve

ayrımcılığı ortadan kaldıracak faaliyetlerin yürütülmesi yer almaktadır (Alataş ve ark., 2011; Bilge & Çam, 2010). Hem ruhsal hastalıklar hem de bu hastalıklara ilişkin algı ve düşüncelerin oluşmasında ergenlik döneminin önemli rolü olduğu düşünülür ise bu dönemde verilecek eğitimlerin önemi daha iyi anlaşılabilir. Yapılan literatür araştırmalarında ergenlere verilen damgalama karşıtı eğitimlerin ergenlerin tutumlarının olumlu yönde değişmesinde etkili olduğu bulunmuştur (Del Casale ve ark., 2013; Bilge & Çam, 2010; Pınfold, Toulmin, Thornicroft, Huxley, Farmer, & Graham, 2003; Watson ve ark., 2004; Stuart, 2006; Economou, Louki, Peppou, Gramandani, Yotis, & Stefanis, 2011; Wahl, Susin, Kaplan, Lax, & Dayna, 2011; Kassam, Glozier, Leese, Loughran, & Thornicroft, 2011; Oban & Küçük, 2012). Gerçekleştirilen kalitatif ve kantitatif araştırmalar sonucunda genç bireylerin ruhsal bozukluklara karşı damgalayıcı tutum sergiledikleri fark edilmiştir. Türkiye’de hemşirelik ve tıp öğrencilerinin dışında kalan gençlerde ruhsal hastalıklara karşı olan davranışlarla ilişkili olarak çok az sayıda araştırma bulunmaktadır (Oban & Küçük, 2011; Bahar, 2007; Bilge & Çam, 2010; Öztürk, Kaçan Softa, & Ulaş Karaahmetoğlu, 2015; Esen Danacı, Balıkcı, Aydın, Cengisiz, & Uykur, 2016). Oysa hem uluslararası hem de ulusal alanda yapılan araştırmalar lise çağındaki ergenlerin ruhsal bozukluklarla ilgili düşüncelerinin, verilen damgalama karşıtı eğitimlerle değişebileceğine işaret etmektedir (Del Casale ve ark., 2013; Pınfold ve ark., 2003; Stuart, 2006; Economou ve ark., 2011; Wahl ve ark., 2011; Kassam ve ark., 2011; Oban & Küçük, 2012). Bu eğitimin içeriğinin ruh sağlığının tanımı, ruhsal yönden sağlıklı/sağsız olma kriterleri, ruhsal hastalıkların nedenleri, belirtileri, tedavi seçenekleri ve ruhsal hastalıklar ile ilgili bazı yanlış inançlar, önyargılar ve gerçekleri içermesi gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca eğitimlerde konu ile ilgili filmlerin kullanılması ve interaktif bir eğitim olması da önerilmektedir (Del Casale ve ark., 2013; Pınfold ve ark., 2003; Stuart, 2006; Economou ve ark., 2011; Oban & Küçük, 2012).

Hemşirelik Yönetmeliğine göre psikiyatri hemşireleri halkın ruh sağlığı inançlarının ve tutumlarının olumlu yönde değişmesi için damgalama ile mücadele programları yürütür ve bu programlar içerisinde görev alır. Bu bağlamda ruhsal hastalıkların tedavi edilmesinde bir bariyer konumunda bulunan psikiyatri hemşirelerinin damgalamanın önüne geçilmesinde, ergen eğitimleri ve okullarda uygulanacak olan ruh sağlığı ile ilgili programların geliştirilmesinde etkili rol alabileceği bildirilmektedir ([www.resmigazete.gov.tr](http://www.resmigazete.gov.tr)).

Hemşirelik Yönetmeliğinde de belirtildiği gibi psikiyatri hemşirelerinin ergenlik çağında meydana gelebilecek riskli hareketler (Sigara, alkol ve madde bağımlılığı, intihar, şiddet davranışı, riskli cinsel davranışlar vb.) ve damgalama konusunda koruyucu önlemler gerçekleştirmesi ve bunun ışığında ergenlere, aileye ve halka danışmanlık yapması gerekmektedir ([www.resmigazete.gov.tr](http://www.resmigazete.gov.tr); Üçok, 2003; Oban & Küçük, 2011; Gümüş, 2006; Gezgin, Çam, & Karademir, 2010). Bugünün lise çağındaki ergenleri yarın büyükleri ve geleceğimiz olduğundan geleceğimizi şekillendirecek eğitimlerin bugünden verilmesi ileriye dönük yatırımlar



olarak algılanabilir. Diğer taraftan ülkemize uygun stratejilerin geliştirilebilmesi için hem bölgesel hem de genel anlamda yapılacak bilimsel araştırmalarla ruhsal hastalıklar ile ilgili algılar konusunda durum tespitlerinin yapılması elzemdir. Mevcut durum tespiti yapılmadan geliştirilecek stratejilerin etkin olması ve olumlu sonuçlar vermesi mümkün olmayabilir. Bu çalışma hem lise çağındaki ergenlerin ruhsal hastalıklarla ilgili düşünceleri konusunda durum tespiti yapılmasına imkân verecek, hem de damgalamayla mücadele eğitim programlarının bu düşüncelerin değiştirilmesindeki etkinliğini ortaya koyacaktır. Araştırma sonuçlarının; ruhsal hastalıkların daha kolay kavranılmasına, negatif yönlü önyargılar ile damgalama ve ayrımcılığın azaltılmasına katkı sağlayacağı ve ruhsal hastalıklara yönelik olumlu tutumların oluşumunda etkili olacağı düşünülebilir. Ayrıca bulunan sonuçlar bu alanda çalışan ruh sağlığı profesyonellerinin risk gruplarına yönelik hizmet planlamalarına da katkı sağlayacaktır. Bu araştırmanın amacı lise öğrencisi ergenlere verilen ruhsal hastalıklara yönelik eğitimin öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inancına ve sosyal mesafelerine etkisini belirlemektir.

**Araştırmanın hipotezleri;**

H<sub>0</sub>: Lise öğrencisi ergenlere verilen ruhsal hastalıklara yönelik eğitimin öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inancına etkisi yoktur.

H<sub>0</sub>: Lise öğrencisi ergenlere verilen ruhsal hastalıklara yönelik eğitimin öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik sosyal mesafelerine etkisi yoktur.

olarak belirlenmiştir.

Araştırma sonuçları doğrultusunda; (i) elde edilecek bilgilerin damgalamayı önlemeye yönelik kaynak oluşturması, (ii) toplumda damgalamaya yönelik ruh sağlığını koruyucu ve tedavi edici hizmet ve programların düzenlenmesi ve (iii) bu konuda yapılacak olan araştırmalara veri tabanı oluşturulması hedeflenmektedir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın Tipi

Çalışma, lise öğrencisi ergenlere verilen ruhsal hastalıklara yönelik eğitimin ruhsal hastalıklara yönelik inanca ve sosyal mesafeye etkisini belirlemek amacı ile yarı deneysel ön test-son test kontrol gruplu desende yapılmıştır.

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırma 11.188 nüfuslu Afyon'un Dazkırı İlçesi'nde yapılmıştır (www.tuik.gov.tr). Araştırmanın yapıldığı ilçede toplam dört lise bulunmaktadır. Bunlar; Dazkırı Anadolu Lisesi (DAS), Ahmet Zübeyde Turba Anadolu Lisesi (AZTAÖL), Mesleki ve Teknik Eğitim Merkezi (METEM) ve Dazkırı İmam Hatip Lisesi (DAİL)'dir. Araştırmanın evrenini Dazkırı ilçesinde öğrenim gören 727 lise öğrencisi oluşturmuştur.

Araştırma örneklemini hesaplamak amacıyla G Power programından yararlanılmıştır. Bu programda etki büyüklüğü 0.5; anlamlılık düzeyi ( $\alpha$ ) 0.05; güç %95 kabul edildiğinde örneklem büyüklüğü 176 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmanın iki aşaması bulunmaktadır. G Power programıyla hesaplanan 176 kişiye ulaşmak için; çalışmaya alınacak öğrencileri belirlemek amacı ile Dazkırı ilçesinde öğrenim gören 727 kişiye ulaşılmaya çalışılmış ancak 480 öğrenciye ulaşılmıştır.

Bu liselerde öğrenim gören öğrencilere ulaşmak amacıyla 21-24 Mart 2015 tarihleri arasında haftanın bir günü herhangi bir okula gidilmiş, o anda sınıfta bulunan öğrencilere çalışmada kullanılacak olan Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği ve Sosyal Mesafe Ölçeği uygulanmıştır. Örnekleme girecek öğrencilerin belirlenmesinde Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği puanı kullanılmıştır. Ölçekten en yüksek puanı alan 176 öğrenci örnekleme oluşturmuştur. Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği kullanılması sebebi Sosyal Mesafe Ölçeğinin iki ayrı vakasının olması nedeni ile anlaşılabilirliğinin güç olacağı düşünülmesidir. Belirlenen bu öğrenciler basit rastgele tesadüfi örnekleme yöntemine göre 88 girişim ve 88 kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin bazılarında öğrencilerin devamsızlıklarından dolayı son çalışmaya 78 girişim ve 76 kontrol grubu öğrenci tamamlamıştır. Öğrencilerin araştırmaya alınma kriterleri; araştırmaya katılmaya istekli olmak, 14-19 yaş arasında olmak, araştırmanın yönergesini takip edecek zihinsel kapasiteye sahip olmak olarak belirlenmiştir.

### Verilerin Toplanması

Çalışmada, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini ve ruhsal hastalığa yönelik inançlarını ve sosyal mesafelerini etkileyeceği düşünülen literatür bilgisi (Oban & Küçük, 2011; Bahar, 2007; Arıkan ve ark., 2000) doğrultusunda oluşturulan 26 sorunun bulunduğu anket formu, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Ölçeği (RHİÖ) ve Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ) kullanılmıştır. Öğrencilere bu çalışmanın ruhsal hastalıklara yönelik verilen eğitimin ruhsal hastalıklara yönelik inanca ve sosyal mesafeye etkisini araştırmak amacıyla yapıldığı hakkında bilgi verilmiş ve çalışmanın gönüllülük esasına dayandığı, çalışmaya katılmayı kabul eden öğrencilerle araştırmanın yürütüleceği anlatılmıştır. Anket formu ve ölçekler araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilere araştırmanın birinci yazarı tarafından bizzat dağıtılarak gözlem altında yapılmıştır.

### Eğitim Programı

Çalışmada uygulanan eğitim programı, literatür taraması yapılarak oluşturulmuş olup (Oban & Küçük, 2011; Del Casale ve ark., 2013; Pınfold ve ark., 2003; Kassam ve ark., 2011; Oban & Küçük, 2012) daha önce lise öğrencilerine şizofreni ile ilgili verilen eğitim programının etkinliğini tespit etmek amacıyla yürütülen iki araştırmada (Del Casale ve ark., 2013; Oban & Küçük, 2012) uygulanan eğitimlerden örnekler alınmıştır. Hazırlanan bu eğitime o dönemde 25 ve 15 yıllık mesleki tecrübeleri olan iki uzman psikiyatri hemşiresinin önerileri de alınarak son şekli verilmiştir. Eğitimler haftada iki saat toplamda on saatten oluşacak şekilde ders anlatımlı ve tartışmalı olarak yapılmıştır. Eğitimin etkin şekilde yürütülebilmesi için, girişim grubuna alınan öğrenciler 22'şer kişilik alt gruplara ayrılmıştır. Beş oturum olarak tasarlanan eğitim programı bu alt gruplara ayrı ayrı okulların uygun gördüğü ders saatlerinde araştırmanın birinci isim yazarı tarafından verilmiştir. Bu bağlamda; 1. Oturum'da ilk hafta öğrencilerle tanışılmış, eğitimin içeriği anlatılmış, "Sağlık ve ruh sağlığının tanımı, ruhsal yönden sağlıklı/sağlıksız olan bireylerin özellikleri" başlıklı ilk eğitim verilmiş,



2. *Oturum'da* “Ruhsal hastalıkların nedenleri, ruhsal bozukluklar ile ilgili bilinen yanlış inanç ve gerçekler” başlıklı ikinci eğitim verilmiş, 3. *Oturum'da* “Başlıca ruhsal hastalıklar (Psikotik bozukluklar, Duygu durum bozuklukları, Anksiyete bozuklukları) ve tedavi şekilleri” anlatılmış, öğrencilere “Biz, Siz, Onlar” filmi izlettirilmiştir, 4. *Oturum'da* “Damgalama nedir? Damgalamayla mücadele için neler yapılabilir?” başlıklı son eğitim verilmiştir (Del Casale ve ark., 2013; Kassam ve ark., 2011; Oban & Küçük, 2012). Öğrenciler verilen ödevleri yapmadıkları için bu oturumda ödevler için sınıf çalışması yapılmıştır. 5. *Oturum'da* “Akıl Oyunları” filmi izletilmiş ve öğrencilerin eğitim ile ilgili katkı ve görüşleri alınmıştır. Etik nedenlerden dolayı girişim ve kontrol grubuna eğitimin bitiminden bir ay sonra yapılacak olan en son anketler uygulandıktan sonra girişim grubuna verilen eğitimin içeriğinin aynısı kontrol grubuna ve eğitime katılmak isteyen öğrencilere de bir oturum şeklinde verilmiştir.

*Eğitim programında kullanılan filmler;*

#### **Biz, Siz, Onlar Filmi**

Belgesel filmin yönetmenleri Aylin Eren ve Çağdaş Kaya'dır. Film Şizofreni Dernekleri Federasyonu ve Sanovel İlaç Firması'nın birlikte organize ettiği, şizofreni hastalığı ile ilgili olarak toplumu bilgilendirmeyi amaçlayan “Her yüzde bir mutluluk” kampanyası çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Filmde sekiz şizofreni hastasının hayatlarından ve hastalıkla mücadelelerinden kesitler vardır. Filmin amacı şizofreni hakkındaki önyargıları kırmaktır.

#### **Akıl Oyunları (A Beautiful Mind) Filmi**

Aynı adlı kitaptan sinemaya 2001 yılında Universal Studios and Dream Works tarafından uyarlanmıştır. Bu film, şizofreni hastalığı, belirtileri ve tedavisi ile prognozu hakkında bilgilendirici olup, bu hastalığın tedavisinde sosyal desteğin önemi ile hastaların hastalığa psikososyal uyumla eski işlevselliklerine dönebilecekleri ve ruhsal hastalıklara sahip olmanın çalışmaya engel olmadığı anlatılmaktadır.

#### **Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları**

**Sosyodemografik Özellikler ve Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar ve Sosyal Mesafeyi Etkileyeceği Düşünülen Sorular:** Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerini içeren açık-kapalı uçlu 13 ve öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını ve sosyal mesafelerini etkileyeceği düşünülen literatür bilgisi (Oban & Küçük, 2011; Bahar, 2007; Arıkan ve ark., 2000) doğrultusunda oluşturulan 13 toplamda 26 sorudan oluşmaktadır.

#### **Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHYİÖ):**

Bu ölçek Hirai ve Clum tarafından geliştirilmiş, Bilge ve Çam tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (Bilge & Çam, 2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği; 6'lı Likert tipi bir ölçek olup, “Tamamen katılmıyorum: 0”, “Çoğunlukla katılmıyorum: 1”, “Kısmen katılmıyorum: 2”, “Kısmen katılıyorum: 3”, “Çoğunlukla katılıyorum: 4”, “Tamamen katılıyorum: 5” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek üç alt ölçekten oluşmaktadır. Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında ölçek toplam Cronbach alfa katsayısı 0.82, alt ölçekler için ise “Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma” alt ölçeği için 0.80, “Tehlikeli” alt ölçeği için 0.71 ve “Utanma” alt ölçeği için 0.69'dur. Bu ölçek hem alt

boyutlara ait puanlar hem de toplam puan üzerinden hesaplanmakta olup ölçekten alınan yüksek puanlar olumsuz inancı ifade etmektedir (Bilge & Çam, 2008). Bizim çalışmamızda ölçek toplam Cronbach alfa katsayısı girişim grubu için 0.92, kontrol grubu için 0.82 olarak bulunmuştur.

**Sosyal Mesafe Ölçeği (SMÖ):** Arkar (1991) tarafından geliştirilen Sosyal Mesafe Ölçeği örnek iki vaka ve bu vakalarla ilgili sorulardan oluşmaktadır. Paranoid şizofreni ve anksiyete bozukluğu tanımlanan vakalardır. Psikiyatrik tanımlaması yapılmamış vakaları, kişilerin ruhsal hastalığı olan birey ile aralarındaki sosyal mesafeyi ölçmek amacıyla geliştirilen sorular takip etmektedir. Ölçek 7 dereceli Likert tipi olup; “Kesinlikle rahatsız etmez: 1”, “Rahatsız etmez: 2”, “Pek rahatsız etmez: 3”, “Fark etmez: 4”, “Biraz rahatsız eder: 5”, “Rahatsız eder: 6”, “Kesinlikle rahatsız eder: 7” ifadeleri ile cevaplanan 14 sorudan oluşmaktadır. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirilmekte olup, ölçekten alınan yüksek puan sosyal mesafenin fazla olduğunu göstermektedir. Arkar tarafından Cronbach alfa yöntemi ile sınıanan ölçeğin 0.88 güvenilirlik katsayısı verdiği belirtilmiştir (Arkar, 1991). Çalışmamızda ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı girişim grubu için 0.86, kontrol grubu için ise 0.84 olarak bulunmuştur.

#### **Araştırmanın Ön Uygulaması**

Bu çalışma için ön uygulama yapılmamıştır.



**Şekil 1. Çalışmanın akış şeması**

#### **İstatistiksel Analiz**

Araştırmanın veri analizlerinin değerlendirmesi SPSS paket programı sürüm 19.0 ile yapılmıştır. Verilerin analizinde farklı istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk varsayımı Shapiro Wilk's testi ile incelenmiştir. Verilerin demografik değişkenlere göre dağılımını tespit etmek amacıyla frekans analizi kullanılmıştır. “Ruhsal Hastalığa

Yönelik İnançlar Ölçeği” ve “Sosyal Mesafe Ölçeği” nden elde edilen verilerin analizinde ise öncelikle ölçeklerin güvenilirlik düzeylerinin tespit edilmesi amacı ile Cronbach alfa testi uygulanmıştır. Grupların kategorik değişkenleri arasındaki ilişkilerinin belirlenmesi amacı ile Ki-kare analizi yapılmıştır. Çalışmada parametrik test varsayımlarını sağlanan bağımsız iki grup ortalamalarının araştırılması için t testi analizi, ön ve son test ölçümleri arasındaki farkın incelenmesi amacı ile eşleştirilmiş gruplarda t testi analizi uygulanmıştır. Çalışmada 0.05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

#### Araştırmanın Etik Yönü

Çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine göre gerçekleştirilmiş; araştırma için 13/03/2015 tarih ve 56989545/050.04-116 sayılı 13 nolu karar numarası ile Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı, Afyonkarahisar Valiliğinden ve Afyonkarahisar İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden resmi izinler, araştırmada kullanılan ölçekler ile ilgili gerekli izinler alınarak RHYİÖ'den en yüksek puanı alıp araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden ve öğrenci velilerinden yazılı onam alınarak araştırmaya başlanmıştır.

#### BULGULAR

Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 1'de görülmektedir. Girişim ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre benzer özelliklere sahip olduğu yani homojen olarak dağılım gösterdikleri tespit edilmiştir.

Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin ruhsal hastalıklara ilişkin özelliklerinin ve görüşlerinin dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 2'de verilmiştir. Girişim ve kontrol gruplarındaki öğrencilerin ruhsal hastalıklara ilişkin özellikleri ve görüşlerine göre bir görüş dışında benzer özelliklere sahip oldukları yani homojen olarak dağılım gösterdikleri tespit edilmiştir. Girişim grubundaki öğrenciler kontrol grubundaki öğrencilere göre ruhsal hastalığa sahip bireylerin daha çok toplumla iç içe olması gerektiğini düşünmektedirler ( $X^2=5.23$ ,  $p=0.03$ ).

Çalışmada damgalama eğitimi verilmiş olan girişim grubundaki öğrencilerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği alt ölçekleri olan Tehlikelilik, Utanma, Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkide Bozulma ve RHYİÖ toplam puanı açısından ön test puanları ile son test puanları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Farklığın sebebinin girişim grubu son test puanlarının ön test puanlarına göre daha düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Sırasıyla:  $t=2.20$ ,  $p<0.05$ ;  $t=3.12$ ,  $p<0.05$ ;  $t=2.01$ ,  $p<0.05$ ;  $t=2.22$ ,  $p<0.05$ ). Aynı şekilde girişim grubundaki öğrencilerin Sosyal Mesafe Ölçeği ön test puanları ile son test puanları arasında da farklılık olduğu tespit edilmiştir. Girişim grubu son test Sosyal Mesafe Ölçeği puanının ön test Sosyal Mesafe Ölçeği puanına göre daha düşük olduğu görülmüştür ( $t=2.24$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 2, Tablo 3).

**Tablo 1. Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımlarının karşılaştırılması**

|                                  |                      | Girişim Grubu |       | Kontrol Grubu |       | X <sup>2</sup> | p    |
|----------------------------------|----------------------|---------------|-------|---------------|-------|----------------|------|
|                                  |                      | n             | %     | n             | %     |                |      |
| Cinsiyet                         | Kız                  | 44            | 56.40 | 32            | 42.10 | 2.51           | 0.25 |
|                                  | Erkek                | 34            | 43.60 | 44            | 57.90 |                |      |
| Yaş                              | 16 yaş ve altı       | 55            | 70.10 | 52            | 68.40 | 0.05           | 0.82 |
|                                  | 17 yaş ve üstü       | 23            | 29.90 | 24            | 31.60 |                |      |
| Okul                             | AZTAÖL               | 17            | 21.80 | 37            | 48.70 | 7.65           | 0.07 |
|                                  | DAİL                 | 22            | 28.20 | 2             | 2.60  |                |      |
|                                  | DAS                  | 19            | 24.40 | 5             | 6.60  |                |      |
|                                  | METEM                | 20            | 25.60 | 32            | 42.10 |                |      |
| Sınıf                            | 9                    | 28            | 35.90 | 32            | 42.10 | 1.59           | 0.81 |
|                                  | 10                   | 21            | 26.90 | 20            | 26.30 |                |      |
|                                  | 11                   | 29            | 37.20 | 24            | 31.60 |                |      |
| Kalınan yer                      | Ev                   | 60            | 76.90 | 51            | 67.10 | 1.72           | 0.19 |
|                                  | Yurt                 | 18            | 23.10 | 25            | 32.90 |                |      |
| Aile yapısı                      | Çekirdek             | 68            | 87.0  | 61            | 80.30 | 1.28           | 0.26 |
|                                  | Geniş                | 10            | 13.0  | 15            | 19.70 |                |      |
| Ailenizin yaşadığı yer           | Köy                  | 45            | 57.70 | 39            | 51.30 | 1.65           | 0.44 |
|                                  | Kasaba               | 20            | 25.60 | 19            | 25.0  |                |      |
|                                  | Şehir                | 13            | 16.70 | 18            | 23.70 |                |      |
| Ailenizin gelir düzeyi           | Gelir giderden az    | 10            | 12.80 | 10            | 13.20 | 1.46           | 0.89 |
|                                  | Gelir gidere denk    | 58            | 74.40 | 58            | 76.30 |                |      |
|                                  | Gelir giderden fazla | 10            | 12.80 | 8             | 10.50 |                |      |
| Anne-Babanın Hayatta Olma Durumu | Hayatta Değil        | 1             | 1.30  | 5             | 6.60  | 2.89           | 0.92 |
|                                  | Hayatta              | 77            | 98.70 | 71            | 93.40 |                |      |
| Baba Eğitim Durumu               | İlkokul ve altı      | 41            | 51.90 | 39            | 51.30 | 2.65           | 0.26 |
|                                  | Ortaokul             | 22            | 28.60 | 15            | 19.70 |                |      |
|                                  | Lise ve üstü         | 15            | 19.50 | 22            | 29.00 |                |      |
| Anne Eğitim Durumu               | İlkokul ve altı      | 57            | 72.70 | 59            | 77.70 | 1.22           | 0.54 |
|                                  | Ortaokul             | 14            | 18.20 | 9             | 11.80 |                |      |
|                                  | Lise ve üstü         | 7             | 9.10  | 8             | 10.50 |                |      |

**Tablo 2. Girişim ve kontrol grubu öğrencilerinin ruhsal hastalıklara ilişkin özelliklerinin ve görüşlerinin dağılımlarının karşılaştırılması**

|  |                          | Girişim Grubu |            | Kontrol Grubu |            | X <sup>2</sup> | p     |
|--|--------------------------|---------------|------------|---------------|------------|----------------|-------|
|  |                          | n             | %          | n             | %          |                |       |
| Ruhsal hastalığa sahip bir yakınının olma durumu                     | Yok                      | 78            | 100        | 75            | 98.7       | 0.29           | 0.96  |
|  | Var                      | 0             | 0.0        | 1             | 1.3        |                |       |
| Tanısı konmuş herhangi bir ruhsal hastalığının varlığı               | Yok                      | 77            | 98.7       | 76            | 100        | 0.16           | 0.98  |
|  | Var                      | 1             | 1.3        | 0             | 0.0        |                |       |
| Ruhsal hastalığa sahip bireylerin sizde daha çok yaşattığı duygu     | Korku                    | 7             | 9.0        | 19            | 25.0       | 7.26           | 0.09  |
|  | Sıkıntı                  | 3             | 3.8        | 8             | 10.5       |                |       |
|  | Acıma                    | 5             | 6.4        | 6             | 7.9        |                |       |
|  | Şükretme                 | 63            | 80.8       | 43            | 56.6       |                |       |
| Bir yakını ruhsal hastalık belirtisi gösteriyorsa, başvuracağı kurum | Aile sağlığı merkezi     | 1             | 1.3        | 6             | 7.9        | 7.91           | 0.07  |
|  | Devlet Hastanesi         | 3             | 3.8        | 8             | 10.5       |                |       |
|  | Üniversite Hastanesi     | 1             | 1.3        | 9             | 11.8       |                |       |
|  | Psikiyatri Dal Hastanesi | 73            | 93.6       | 53            | 69.7       |                |       |
| Bir yakını ruhsal hastalık belirtisi gösteriyorsa, başvuracağı kişi  | Psikiyatr                | 59            | 75.6       | 30            | 39.5       | 7.62           | 0.08  |
|  | Psikolog                 | 18            | 23.1       | 36            | 47.4       |                |       |
|  | Pratisyen Hekim          | 0             | 0.0        | 7             | 9.2        |                |       |
|  | Hacı-Hoca                | 1             | 1.3        | 3             | 3.9        |                |       |
| Ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplumla iç içe yaşama durumu      | Yaşamamalı               | 9             | 11.5       | 45            | 59.2       | 5.23           | 0.03* |
|  | Yaşamalı                 | 69            | 88.5       | 31            | 40.8       |                |       |
| <b>Toplam</b>  |                          | <b>78</b>     | <b>100</b> | <b>76</b>     | <b>100</b> |                |       |

**Tablo 3. Girişim grubu öğrencilerinin eğitim öncesi ve sonrası ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği alt boyutları ve toplam puanı ile sosyal mesafe ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması**

| Ölçek   | Girişim Grubu (n=78) |       | t    | p     |
|---|----------------------|-------|------|-------|
|   | $\bar{X}$            | SS    |      |       |
| <b>Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği</b>                 |                      |       |      |       |
| <i>Tehlikelilik Alt Ölçeği Ön Test</i>                          | 19.74                | 7.57  | 2.20 | 0.03* |
| <i>Tehlikelilik Alt Ölçeği Son Test</i>                         | 16.5                 | 6.96  |      |       |
| <i>Utanma Alt Ölçeği Ön Test</i>                                | 2.73                 | 0.71  | 3.12 | 0.01* |
| <i>Utanma Alt Ölçeği Son Test</i>                               | 2.42                 | 0.62  |      |       |
| <i>Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkide Bozulma Ön Test</i>     | 22.94                | 9.59  | 2.01 | 0.04* |
| <i>Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkide Bozulma Son Test</i>    | 18.72                | 8.52  |      |       |
| <i>Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği Toplam Ön Test</i>  | 55.41                | 5.96  | 2.22 | 0.03* |
| <i>Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği Toplam Son Test</i> | 41.86                | 5.95  |      |       |
| <b>Sosyal Mesafe Ölçeği</b>                                     |                      |       |      |       |
| <i>Sosyal Mesafe Ölçeği Ön Test</i>                             | 62.96                | 18.25 | 2.24 | 0.03* |
| <i>Sosyal Mesafe Ölçeği Son Test</i>                            | 55.63                | 14.68 |      |       |

\* p<0.05

Çalışmada damgalama eğitimi verilmemiş grup olan kontrol grubundaki öğrencilerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği alt ölçekleri olan Tehlikelilik, Utanma, Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkide Bozulma ve RHYİÖ toplam puanı açısından ön test puanları ile son test puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı, ön test ve son test puanlarının benzer düzeylerde olduğu tespit edilmiştir (Sırasıyla:  $t=1.18, p>0.05$ ;  $t=0.88, p>0.05$ ;  $t=-0.84, p>0.05$ ;  $t=-0.82, p>0.05$ ). Aynı şekilde kontrol grubundaki öğrencilerin Sosyal Mesafe Ölçeği ön test ve son test puanlarının da benzer düzeylerde olduğu tespit edilmiştir ( $t=1.79, p>0.05$ ) (Tablo 4). Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği alt ölçekleri olan Tehlikelilik, Utanma, Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkide Bozulma ve RHYİÖ toplam puanı açısından ön test puanlarında girişim ve kontrol grubu arasında fark olmadığı ön test ortalama puanlarının benzer düzeylerde olduğu tespit edilmiştir (Sırasıyla:  $t=1.06, p>0.05$ ;  $t=1.45, p>0.05$ ;  $t=1.50, p>0.05$ ;  $t=1.25, p>0.05$ ).

Benzer şekilde Sosyal Mesafe Ölçeği ön test puanlarında da girişim ve kontrol grubu puanları arasında fark olmadığı, Sosyal Mesafe Ölçeği ön test puan ortalamalarının birbirlerine benzer düzeylerde olduğu tespit edilmiştir ( $t=1.15, p>0.05$ ) (Tablo 5).

Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği alt ölçekleri olan Tehlikelilik, Utanma, Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkide Bozulma ve RHYİÖ toplam puanı açısından son test puanlarında girişim ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılığın olduğu bu farkın nedeninin girişim grubuna yapılan eğitimden kaynaklandığı tespit edilmiştir (Sırasıyla:  $t=3.60, p<0.05$ ;  $t=3.09, p<0.05$ ;  $t=4.87, p<0.05$ ;  $t=3.88, p<0.05$ ). Aynı şekilde Sosyal Mesafe Ölçeği son test puanının girişim ve kontrol grubu arasında farklı düzeylerde olduğu, girişim grubunun ortalama Sosyal mesafe Ölçeği son test puanının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir ( $t=9.41, p<0.05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 4. Kontrol grubu öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği alt boyutları ve toplam puanı ile sosyal mesafe ölçeği ön test ve son test puan ortalamalarının karşılaştırılması**

| Ölçek   | Kontrol Grubu (n=76) |       | t     | p    |
|---|----------------------|-------|-------|------|
|   | $\bar{X}$            | SS    |       |      |
| <b>Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği</b>                 |                      |       |       |      |
| <i>Tehlikelilik Alt Ölçeği Ön Test</i>                          | 23.34                | 6.93  | 1.18  | 0.32 |
| <i>Tehlikelilik Alt Ölçeği Son Test</i>                         | 27.16                | 6.81  |       |      |
| <i>Utanma Alt Ölçeği Ön Test</i>                                | 3.95                 | 1.42  | 0.88  | 0.42 |
| <i>Utanma Alt Ölçeği Son Test</i>                               | 3.91                 | 1.31  |       |      |
| <i>Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkide Bozulma Ön Test</i>     | 27.07                | 8.73  | -0.84 | 0.43 |
| <i>Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkide Bozulma Son Test</i>    | 31.13                | 8.85  |       |      |
| <i>Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği Toplam Ön Test</i>  | 54.36                | 5.42  | -0.82 | 0.44 |
| <i>Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği Toplam Son Test</i> | 58.22                | 6.12  |       |      |
| <b>Sosyal Mesafe Ölçeği</b>                                     |                      |       |       |      |
| <i>Sosyal Mesafe Ölçeği Ön Test</i>                             | 74.54                | 25.12 | 1.79  | 0.08 |
| <i>Sosyal Mesafe Ölçeği Son Test</i>                            | 93.76                | 25.63 |       |      |

**Tablo 5. Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası ruhsal hastalıklara yönelik inanç ölçeği alt ölçek ve toplam puanı ile sosyal mesafe ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması**

| Ölçekler  | Girişim Grubu (n=78) |       | Kontrol Grubu (n=76) |       | t    | p            |
|---|----------------------|-------|----------------------|-------|------|--------------|
|   | $\bar{X}$            | SS    | $\bar{X}$            | SS    |      |              |
| <b>Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği</b>                 |                      |       |                      |       |      |              |
| <i>Tehlikelilik Alt Ölçeği Ön Test</i>                          | 19.74                | 7.57  | 23.34                | 6.93  | 1.06 | 0.38         |
| <i>Tehlikelilik Alt Ölçeği Son Test</i>                         | 16.5                 | 6.96  | 27.16                | 6.81  | 3.60 | <b>0.01*</b> |
| <i>Utanma Alt Ölçeği Ön Test</i>                                | 2.73                 | 0.71  | 3.95                 | 1.42  | 1.45 | 0.12         |
| <i>Utanma Alt Ölçeği Son Test</i>                               | 2.42                 | 0.62  | 3.91                 | 1.31  | 3.09 | <b>0.01*</b> |
| <i>Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkide Bozulma Ön Test</i>     | 22.94                | 9.59  | 27.07                | 8.73  | 1.50 | 0.11         |
| <i>Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkide Bozulma Son Test</i>    | 18.72                | 8.52  | 31.13                | 8.85  | 4.87 | <b>0.01*</b> |
| <i>Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği Toplam Ön Test</i>  | 55.41                | 5.96  | 54.36                | 5.69  | 1.25 | 0.19         |
| <i>Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği Toplam Son Test</i> | 41.86                | 5.75  | 58.14                | 5.65  | 3.88 | <b>0.01*</b> |
| <b>Sosyal Mesafe Ölçeği</b>                                     |                      |       |                      |       |      |              |
| <i>Sosyal Mesafe Ölçeği Ön Test</i>                             | 62.96                | 18.25 | 74.54                | 25.12 | 1.15 | 0.32         |
| <i>Sosyal Mesafe Ölçeği Son Test</i>                            | 55.63                | 14.68 | 93.76                | 25.63 | 9.41 | <b>0.01*</b> |

\*  $p<0.05$

**TARTIŞMA**

Çalışmaya katılan öğrencilerin demografik değişkenleri açısından girişim ve kontrol grupları arasında istatistiki olarak önemli bir farkın olmadığı belirlenmiştir. Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf, barınma koşulları, aile yapısı ve yaşam yeri bakımından da benzer özelliklere sahip oldukları görülmektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin ebeveynlerine ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar dikkate alındığında, girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin ebeveynlerinin benzer özellikler taşıdığı görülmüştür.

Bu bulgulara dayanarak tesadüfi olarak ayrılan girişim ve kontrol grupları arasında demografik değişkenler, yaşam koşulları ve aile ile ilgili özellikler bakımından benzer özelliklere sahip oldukları söylenebilir. Girişimsel çalışmalar için girişim ve kontrol gruplarının homojen dağılmasının önemli olmasından dolayı bu durum çalışmaya katılan öğrencilerin verilen eğitime ve yürütülen anket çalışmasına verdikleri cevaplarda yaşam şartları ya da ailevi özelliklerden kaynaklanan nedenlerle değişimlerin meydana gelmeyeceğine işaret edebilir. Çalışılan gruplar arasında istatistiki farkların bulunmaması gerek verilen eğitimin geri dönüşünü gerekse yapılan anket çalışmasına verilen cevapların güvenilirliğini artırmıştır. Diğer taraftan çalışmanın yürütüldüğü Dazkırı ilçesinin nispeten küçük bir ilçe olması da çalışmaya katılan öğrencilerin demografik değişkenler bakımından benzer özellikler göstermesine de neden olmuş olabilir. Bu durum araştırma sonuçlarının genellenebilirliğini engelleyeceği için araştırmanın kısıtlılığı olarak ele alınabilir. Literatürde sosyodemografik özelliklerin dağılımı bakımından farklılık olan çalışmalarda vardır (Oban & Küçük, 2012; Çam & Bilge, 2007). Oban ve Küçük yaptıkları çalışmalarında girişim ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerinin dağılımları açısından anlamlı fark bulduklarını bildirmişlerdir (Oban & Küçük, 2012). Sönmez demografik değişkenlerin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve düşünceler üzerine önemli bir etkisinin olduğunu rapor etmiştir (Sönmez, 2008). Yürütülen bu çalışmada girişim ve kontrol grubu arasında demografik değişkenler bakımından fark olmaması yürütülen çalışmanın sonuçlarının güvenilir olduğunu göstermektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin hemen hepsinin ruhsal hastalığı olan bir yakına sahip olmadığı ve katılımcıların tanıdığı konulmuş bir hastalığının bulunmadığı görülmüştür. Yapılan çalışmalarda ruhsal hastalığı olan bir yakının bulunmasının kişilerin ruhsal hasta ve hastalıklarına yönelik inançlar üzerinde olumlu etkisinin olduğu bildirilmektedir (Çam & Bilge, 2007; Arslantaş, Gültekin, Söylemez, & Dereboy, 2010). Girişim ve kontrol grupları arasında bu özellikler bakımından da fark olmadığı bulunmuştur. Ruhsal hastalığı bulunan bireylerin katılımcılara yaşattığı en yoğun duygu ise şükretmedir. Ruhsal hastalığa yönelik inanç ve sosyal mesafe ile ilgili yapılan benzer çalışmalarda da öğrencilerin hissettikleri duygularla ilgili olarak tedirginlik, acıma duyguları yaşanabildiği bildirilmiştir (Subaşı & Çilingiroğlu, 2003; Bostancı & Aştı, 2004). Bu durum bireyin kendisini diğerlerinden daha iyi olarak değerlendirmesinden kaynaklanabilir. Girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin ruhsal hastalıkların tedavisinde bilinç düzeyi bakımından benzer

durumda oldukları belirlenmiştir. Öyle ki ruhsal hastalıkların tedavisi için başvurulacak merkez ve uzman konusunda girişim ve kontrol grubundaki öğrencilerin verdikleri yanıtlar benzerlik göstermiştir. Benzer şekilde Arslantaş ve arkadaşlarının bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların akıl hastalığına ilişkin damgalama ile ilgili tutumlarını değerlendirmek amacı ile yaptıkları çalışmalarında deneklerin ruhsal şikâyetleri için öncelikli olarak psikiyatri kliniğine başvuru yapacaklarını bildirdikleri bulunmuştur. (Arslantaş ve ark., 2010). Bulgularımızın tersine yapılan bazı çalışmalarda genellikle kişilerin psikiyatrik hastalıkların tedavisi için gidecekleri yerlerin nereler olduğunu bilmedikleri, psikiyatri dışı merkezlere başvuru yaptıklarını ya da hastaların olumsuz tutumlardan dolayı sağlık kuruluşuna başvurmadıklarını bildiren çalışmalar da vardır (Yüksel & Taşkın, 2005; Eryıldız, 2008; Cakir & Ozerdem, 2010).

Ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplum içerisinde bulunup bulunmamasına yönelik düşünceler bakımından girişim ve kontrol gruplarının görüşleri açısından fark olduğu bulunmuştur. Öyle ki girişim grubunun %88.50'si ruhsal hastalığa sahip bireylerin toplum içerisinde bulunabileceğini belirtirken, kontrol grubunda bu düşünceye sahip öğrencilerin oranı %40.80'de kalmıştır. Yapılan çalışmalarda ruhsal hastalığa sahip bireylerin genellikle toplum dışına itildikleri ve negatif tutumlara maruz kaldıkları bildirilmiştir (Bostancı, 2005; Mihci & Kızıuşar, 2010). Benzer şekilde Moran yaptığı çalışmada psikiyatri kliniği ve diğer klinik hemşirelerinin ruhsal hastalığa sahip bireyler konusunda görüşlerinin farklı olduğu, diğer klinik hemşirelerinin ruhsal hastalığa sahip kişileri normal insandan farklı, değersiz olarak gördüklerini bildirmiştir (Moran, 2008).

Girişim grubundaki öğrencilerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği alt ölçekleri olan Tehlikelilik, Utanma, Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkide Bozulma ve RHYİÖ toplam puanı açısından ön test puanları ile son test puanları arasında anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Farklığın sebebinin girişim grubu son test puanlarının ön test puanlarına göre daha düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir. Aynı şekilde girişim grubundaki öğrencilerin Sosyal Mesafe Ölçeği ön test puanları ile son test puanları arasında da farklılıklar olduğu tespit edilmiştir. Girişim grubu son test Sosyal Mesafe Ölçeği puanının ön test Sosyal Mesafe Ölçeği puanına göre daha düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamız sonucunda başlangıç hipotezlerimizin her ikisinin de gerçekleştiği görülmektedir. Öğrencilere verilen ruhsal hastalıklara yönelik eğitimin öğrencilerin hem ruhsal hastalıklara yönelik inançlarına hem de hastalara yönelik sosyal mesafelerine etkili olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgularına paralel olarak Del Casale ve arkadaşları 16-18 yaşları arasındaki lise öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada da ruhsal hastalıklar konusunda bilinçlendirilen katılımcıların eğitim sonrası ruhsal hastalıkları damgalama oranlarında önemli bir düşüş olduğunu tespit etmişlerdir. Araştırmacılar damgalama konusundaki eğilimin ruhsal hastalıklarla ilgili yetersiz bilgiden ve psikik sıkıntılardan kaynaklandığını bildirmişlerdir (Del Casale ve ark., 2013). Wahl ve



arkadaşlarının dört farklı ortaokulda yürüttükleri bir başka araştırmada, öğrencilere yönelik olarak ruhsal hastalıklar hakkında bilgilendirme eğitimi düzenlemişlerdir. Araştırma sonucunda, bu eğitimi alan öğrencilerin normal eğitim programı kapsamında ders alan öğrencilere kıyasla, ruhsal hastalıklarla ilgili bilgilerinin arttığı, ruhsal hastalığı bulunan kişilerle etkileşimden kaçınmadıkları ve onlara karşı tutumlarının olumlu yönde değiştiği, damgalama ve sosyal mesafe düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir (Wahl ve ark., 2011).

Economou ve arkadaşları öğrenci grupları üzerinde yürüttükleri çalışmalarında, öğrencileri kontrol ve damgalama karşıtı eğitim verilen öğrenciler olmak üzere iki gruba ayırmışlardır. Damgalama karşıtı eğitim verilen öğrenciler üzerinde eğitimin başında, ortasında ve sonunda olmak üzere üç farklı evrede anket çalışması uygulanmıştır. Anket başlangıcında katılımcıların şizofreni hastalarıyla etkileşimden kaçındıkları, eğitim süresince sosyal farklılıklar konusundaki inanç ve tutumlarında pozitif yönde değişiklikler olduğu ve bir yılın sonunda ise öğrencilerin inanç ve tutumlarında kalıcı değişiklikler olduğunu saptamışlardır (Economou ve ark., 2011). Stuart lise öğrencilerine yönelik olarak bireylerin gerçek hayatlarından girişimleri içeren ve damgalama karşıtı olan bir video eğitim programı uygulamıştır. Eğitim sonucunda öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik olarak daha bilgili oldukları ve sosyal farklılıkları daha az gözettikleri anlaşılmış ve bu sonuçların yaş ve cinsiyete göre değişim gösterdiğini bildirmiştir (Stuart, 2006). Başka bir çalışmada Pinfold ve arkadaşları ortaokul öğrencilerine yönelik olarak ruhsal sağlıkla ilgili iki farklı kurs düzenlemişlerdir. Araştırmacılar başlangıç ve bitiş testleri ile öğrencilerin ruhsal sağlık konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmüş ve öğrencilerin eğitimle negatif düşüncelerinin değiştiğini bulmuştur (Pinfold ve ark., 2003). Literatüre benzer şekilde, bu çalışmadan elde edilen bulgular önceki çalışmalardan elde edilen bulgulara paralel sonuçlar vermiştir. Ergenlere yönelik verilecek olan bilgilendirme eğitimlerinin ergenlerin ruhsal hastalıklara karşı bakış açısını değiştirebileceğini destekler niteliktedir (Kassam ve ark., 2011; Oban & Küçük, 2012; Heather, 2006). Dolayısıyla lise öğrencilerine ruh sağlığı ile ilgili verilecek olan eğitimlerin önyargılı yaklaşımları engellemede önemli katkılar sağlayabileceği söylenebilir. Bu çalışmada damgalama eğitimi verilen öğrencilerin ruhsal hastalıklarla ilgili düşünceleri ve bu konudaki sosyal konumlarının önemli bir değişime uğradığı görülmektedir. Benzer şekilde literatürde ergenlerle yapılan bilgilendirme çalışmalarında, eğitim sonunda öğrencilerin ruhsal hastalıklara karşı bakış açılarının değiştiği ve ayrımcı tutumlarının azaldığı saptanmıştır (Stuart, 2006; Chung, 2005; Altındag, Yanik, Uçok, & Alptekin, 2006). Bizim çalışmamızda literatürü destekler niteliktedir. Öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançları bakımından önemli değişimler görülmüştür. Yapılan istatistiki test sonuçları girişim grubunda yer alan 78 öğrencinin ön test çalışmasında Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeğine verdikleri puanların (55.41±5.96) son test sonuçlarından (41.86±5.75) daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca bu farklılık söz konusu ölçeğin tüm boyutları için geçerlidir. Benzer şekilde Sosyal Mesafe Ölçeğine verilen puanlar, ön test sonuçlarında son test

sonuçlarına göre daha yüksektir. Benzer şekilde Oban ve Küçük de yaptıkları çalışmalarında, girişim grubunun ön test sonuçlarının son test sonuçlarına göre daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Oban & Küçük, 2012). Çalışmamızın sonuçları alanyazın çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda damgalamayı önlemede ergen eğitimlerinin önemli olduğu söylenebilir.

Araştırma sorusu olarak belirlenen “Ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik inancına ve sosyal mesafeleri üzerine etkisi var mı?” sorusuna cevap aramak amacıyla denenen çalışmamız sonucunda başlangıç hipotezlerimizin her ikisinin de gerçekleştiği; benzer çalışmaların içeriği doğrultusunda oluşturularak

(Del Casale ve ark., 2013; Pinfold ve ark., 2003; Stuart, 2006; Economou ve ark., 2011; Oban & Küçük, 2012; Heather, 2006) uygulanan eğitimin öğrencilerin hem ruhsal hastalıklara yönelik inançları hem de sosyal mesafe eğilimleri üzerine olumlu yönde etkisinin olduğu bulunmuştur. Çalışmadan elde edilen sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir (Oban & Küçük, 2012; Eker, Öner, & Şahin, 2010; Çam, Bilge, Engin, Akmeşe, Turgut, & Çakır, 2014).

Çalışmada damgalama eğitimi verilmemiş grup olan kontrol grubundaki öğrencilerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği alt ölçekleri olan Tehlikelilik, Utanma, Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkide Bozulma ve RHYİÖ toplam puanı açısından ön test puanları ile son test puanları arasında anlamlı fark olmadığı ön test ve son test puanlarının benzer düzeylerde olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde kontrol grubundaki öğrencilerin Sosyal Mesafe Ölçeği ön test ve son test puanlarının benzer düzeylerde olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da girişim yapılmayan kontrol gruplarının ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve inançlarının değişmediği bildirilmiştir (Oban & Küçük, 2012; Altındag ve ark., 2006). Bu durum araştırmada kontrol grubu olarak yer alan öğrencilerin ruhsal hastalıklarla ilgili görüş ve düşüncelerinde çalışma başında ve sonunda herhangi bir değişim olmadığını, ayrıca sosyal mesafe açısından da çalışma başlangıcındaki düşüncelerinde de bir değişim olmadığını göstermektedir. Hatta kontrol grubunun sosyal mesafe ölçeği toplam puanında artış söz konusudur (93.76±25.63). Nitekim bu da toplumda ruhsal hastalıklara karşı olumsuz bir bakış açısının olduğunu ve buna bağlı olarak da ruhsal hastalığı olanlara sosyal mesafe konulduğunu destekler niteliktedir. Girişim grubu sonuçları da dikkate alındığında, damgalama ile ilgili verilen eğitimin lise öğrencilerinde ruhsal hastalıklarla ilgili düşüncelerin değişimine neden olduğunu ve bunun sonucu olarak hastalara bakış açıları ve sosyal mesafelerinin değiştiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca kontrol grubundaki öğrencilerin farklı zamanlarda yapılan testlere verdikleri cevapların benzer sonuçlar vermesi de toplumda ruhsal hastalıklara yönelik düşünce ve tutumların sabit olduğunun bir göstergesi olabilir. Nitekim yapılan çalışmalar ruhsal hastalıklara karşı olumsuz bir bakış açısının olduğunu destekler niteliktedir (Ay, Save, & Fidanoglu, 2006; Ersoy, Özdemir, & Savaş, 2008).

**SONUÇ**

Çalışmada; girişim ve kontrol grubu öğrencileri arasında sosyodemografik özellikler, ruhsal hastalıklara ilişkin özellikler ve ruhsal hastalıklara ilişkin görüşler açısından bir fark olmadığı bulunmuştur. Girişim ve kontrol grubundaki lise öğrencisi ergenlerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ölçeği alt boyutlarının ve Sosyal Mesafe Ölçeği ön test puanlarının birbirlerine benzer düzeylerde olduğu tespit edilmiştir. Eğitim sonrasında ise girişim grubundaki öğrencilerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar alt ölçeği ve toplam puanı ile Sosyal Mesafe Ölçeği son test puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde olduğu ancak kontrol grubunun puanlarında herhangi bir değişim olmadığı bulunmuştur. Okullarda sağlık bilgisi ve / veya eğitimi derslerinde genellikle fiziksel sağlıktan bahsedilmektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına bağlı olarak ruh sağlığı ve damgalama ile ilgili eğitimlerin ders müfredatlarına entegre edilmesi önerilebilir. Bu eğitimlerin içeriğinin damgalama ile mücadele etmek için kullanılan eğitimlerden, konu ile ilgili videolardan ve filmlerden oluşması önerilebilir. Ayrıca ruh sağlığı çalışanlarının okullarda öğretmenlerle iş birliği yaparak ruhsal hastalıklara yönelik farkındalığı artırmak ve damgalamayı azaltmak için ruhsal hastalıklara yönelik eğitimler yapmaları önerilir.

**Araştırmanın Sınırlılıkları**

Çalışma örneklemini Afyon, Dazkırı İlçesinde bulunan dört lise ile sınırlıdır. Çalışmanın yapıldığı bölgenin nispeten kırsal bir bölge olması nedeni ile elde edilen sonuçların geneli yansıtması mümkün olmayabilir. Sonuçlar kullanılan ölçüm araçlarının güvenilirlik ve geçerlilik boyutları ile istatistiksel yöntemlerin etkinliği ile sınırlıdır.

**Çıkar Çatışması:** Bu çalışmada yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

**KAYNAKLAR**

- Aker, T., Özmen, E., Ögel, K., Sağduyu, A., Uğuz, Ş., Tamar, D. ...Liman, O. (2002). Birinci basamak hekimlerinin şizofreniye bakış açısı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3: 5-13
- Alataş, G., Kahiloğulları, A.K., & Yanık, M. T.C Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). (2011). Sağlık Bakanlığı Yayın No:847.
- Altındag, A., Yanık, M., Uçok, A., & Alptekin, K. (2006). Effects of an antistigma program on medical students' attitudes towards people with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60: 28-38.
- Arkar, H. (1991). Akıl hastasının sosyal reddedilimi. *Düşünen Adam*, 4: 6-9.
- Arkan, B., Bademli, K., & Duman Çetinkaya, Z. (2011). Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumları: Son 10 yılda Türkiye'de yapılan çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3: 214-231.
- Arıkan, K., Çetin, G., Uysal, Ö., & Aydın, S. (2000). Farklı kültürel ortalama göç stigmatizasyonu etkiler mi? *Düşünen Adam*, 13: 222-224.
- Arslantaş, H., Gültekin, K.B., Söylemez, A., & Dereboy, F. (2010). Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalama ile ilgili inanç, tutum ve davranışları, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11: 11-17.

- Ay, P., Save, D., & Fidanoglu, O. (2006) Does stigma concerning mental disorders differ through medical education: A survey among medical students in Istanbul. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41:63-67.
- Bahar, A. (2007).Şizofreni ve damgalanma. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2: 101-110.
- Bilge, A., & Çam, O. (2008). Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeğinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9: 91-96.
- Bilge, A., & Çam, O. (2010) Ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 9: 71-78.
- Bostancı, N., & Aştı, N. (2004). Hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 17: 87-93.
- Bostancı, N.(2005). Ruhsal bozukluğu olan bireylere yönelik stigma ve bunun azaltılmasına yönelik uygulamalar. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 18: 32-38.
- Cakir, S., & Ozerdem, A. (2010). Psychotherapeutic and psychosocial approaches in bipolar disorder: a systematic literature review. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 21: 143-154.
- Chung, K.F.(2005) Changing the attitudes of Hong Kong medical students toward people with mental illness. *J Nerv Ment Dis*, 193: 766-768.
- Çam, O., & Bilge, A. (2007). Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8: 215-23.
- Çam, M.O., Bilge, A., Engin, E., Akmeşe, Z.B., Turgut, E.Ö., & Çakır, N. (2014). Muhtarlara verilen ruhsal hastalığa yönelik damgalama ile mücadele eğitiminin etkililiğinin araştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5: 129-136.
- Del Casale, A., Manfredi, G., Kotzalidis, G.D., Serata, D., Rapinesi, C., Caccia, F.V.... Girardi, P. (2013). Awareness and education on mental disorders in teenagers reduce stigma for mental illness: a preliminary study. *Journal of Psychopathology*,19: 208-212.
- Economou, M., Louki, E., Peppou, L.E., Gramandani, C., Yotis, L., & Stefanis, C.N. (2011). Fighting psychiatric stigma in the classroom: The impact of an educational intervention on secondary school students' attitudes to schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 58: 544-551.
- Eker, F., Öner, Ö., & Şahin, S. (2010). Din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumları (Düzce Örneği). *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1: 63-70.
- Esen Danacı, A., Balıkcı, K., Aydın, O., Cengisiz, C., & Uykur, B. (2016). Tıp eğitiminin şizofreniye yönelik tutumlar üzerine etkisi: 5 yıllık izlem çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27: 176-184.
- Ersoy, M.A., Özdemir, N., Savaş, H.A.(2008). Tıp fakültesi ve hemşirelik öğrencilerinde alkol ve madde kullanımıyla ilgili tutumları. *Bağımlılık Dergisi*, 9: 9-13.
- Eryıldız, D.(2008).*Gündüz hastanesi ve rehabilitasyon merkezine devam eden kronik şizofreni hastaları ile bir rehabilitasyon programına katılmayan kronik şizofreni hastalarının işlevsellik ve yaşam kalitesi açısından karşılaştırılması*. (Uzmanlık tezi), Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Gezgin, H., Çam, O., & Karademir M. (2010).Yaygın anksiyete bozukluğu tanılı bireylere verilen psikoedükatif tedavi edici etkinliğinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*,13: 65-76.

- Gümüş, A.B. (2006). Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1:23-34.
- Heather, S. (2006). Reaching out to high school youth: The effectiveness of a video-based antistigma program. *Can J Psychiatry*, 51:647-653.
- Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>.
- Kassam, A., Glozier, N., Leese, M., Loughran, J., & Thornicroft, G. A. (2011). controlled trial of mental illness related stigma training for medical students. *BMC Medical Education*, 11: 51.
- Kuş Saillard, E. (2010). Psychiatrist views on stigmatization toward people with mental illness and recommendations. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21: 14-24.
- Mıhçı, Ö., & Kızıuşar, S. Deli derken. (2010). VI. Tıpta İnsanBilimleri Kongresi, 32.
- Moran, M.(2008) *Psikiyatri alanında ve diğer kliniklerde çalışan hemşirelerin ruh hastalarına ve hastalıklarına ilişkin görüşleri*. (Yüksek lisans tezi), Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Oban, G., & Küçük, L. (2011). Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2: 31-39.
- Oban, G., & Küçük, L. (2011).Damgalama erken yaşlarda başlar: Gençlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayla mücadelede eğitimin rolü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2:141-148.
- Oban, G., & Küçük, L. (2012). Lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9: 35-41.
- Öztürk, A., Kaçan Softa, H., & Ulaş Karaahmetoğlu, G. (2015). Kastamonu Üniversitesinde öğrenim gören hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara karşı inançları ve psikiyatri hemşireliği dersinin etkisi. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*, 2:218-224.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, (2003). T. Reducing psychiatric stigma and discrimination: evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182: 342-346.
- Sevim, Y. (2010). *Antrenman Bilgisi* (8.Baskı). Ankara: Fil Yayınevi.
- Soygür, H., & Özalp, D.E. (2005). Şizofreni ve damgalanma sorunu. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Psikiyatri Dergisi*, 1: 74-80.
- Sönmez, U.E.(2008). *Şizofreni hastalarında dönerkapı fenomeni değişkenlerinin incelenmesi*. (Uzmanlık tezi), T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Stuart, H. (2006). Reaching out to high school youth: The effectiveness of a video based antistigma program. *Can J Psychiatry*, 51: 647-653.
- Subaşı, N., & Çilingiroğlu, N. (2003). Bir tıp fakültesi I. Sınıf öğrencilerinin psikiyatrik hastalarla ilgili duygu ve düşünceleri. 10. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi, 68.
- Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr>. Erişim tarihi: Mayıs 12, 2014.
- Üçok, A. (2003). Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri*, 1:3-8.
- Wahl, O.F., Susin, J., Kaplan, L., Lax, A., & Dayna, Z. (2011). Changing knowledge and attitudes with a middle school mental health education curriculum. *Stigma Research and Action*, 1: 44-53.
- Watson, A.C., Otey, E., Westbrook, A.H., Qardner, A.L., Lamb, T.A., Corrigan P.W., Fenton, W.S. (2004). Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophrenia Bulletin*, 30: 563-572.
- World Health Organization. Adolescent Sexual and Reproductive Health. <http://www.who.int/reproductive-health/adolescent/>. Erişim tarihi: Ekim 19, 2008.
- World Health Organization. The World Health Report 2006. Working Together for Health. [http://www.who.int/whr/2006/whr06\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf). Erişim tarihi: Mayıs 29, 2017.
- Yüksel, G.E., & Taşkın, E.O. (2005). Türkiye'de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6: 113-121.





## Ergenlerde İnternet Bağımlılığını Etkileyen Faktörler

Rüveyda YÜKSEL<sup>1</sup>, Cihan KOCAİRİ<sup>1</sup>, Hülya ARSLANTAŞ<sup>1</sup> Barış SÖYLEMEZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.  
<sup>2</sup>Aydın Bahçeşehir Lisesi 12. Sınıf Öğrencisi.

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Hülya ARSLANTAŞ

e-mail: hulyaars@yahoo.com Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

**Geliş Tarihi / Received:** 27.10.2019, **Kabul Tarihi / Accepted:** 05.04.2020

Copyright holder Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

\*Bu çalışma 20-23 Kasım 2018 tarihleri arasında Antalya’da düzenlenen V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur. \*Bu çalışma için toplanan verilerin bir kısmından “Lise öğrencisi ergenlerin bağlanma stillerinin teknoloji bağımlılıkları ile ilişkisi: Kesitsel bir çalışma” adlı araştırma üretilmiştir.

### ÖZ

**Amaç:** Araştırma ergenlerde internet bağımlılığını etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile kesitsel olarak yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın evrenini batıda bir ilde Milli Eğitim İl Müdürlüğüne bağlı 22 Devlet Okulunu temsilen dokuz lise oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü evreni bilinen örnekleme yöntemi ile hesaplanmış olup olası kayıplarda göz önüne alınarak %30 yedek eklenmiş ve örneklem büyüklüğü 355 olarak belirlenmiştir. Örnekleme alınacak öğrencilerin okullara göre tabakalaması yapılmıştır. Araştırmanın verileri Mayıs 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu ve İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ) ile toplanmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin %63.1’i kadın ve yaş ortalamaları 16.47±1.14’dür. İlaveten öğrencilerin %67.3’ü internete evden bağlandığını ifade etmiş, %92.6’sı internete erişim aracı olarak akıllı telefonu,%40.7’si kişisel bilgisayarını kullanmaktadır. Öğrencilerin %70.8’i sıklıkla hem hafta içi hem hafta sonu, %36.9’u gün içinde en çok 18-21 saatleri arasında, %40.4’ü günde 1-3 saat internet kullandıklarını belirtmiştir. Öğrencilerin %55.8’i internet kullanımının ebeveynleri tarafından denetlenmediğini bildirmiştir. Öğrencilerin İBÖ puan ortalaması 29.12±18.89 olup, internet bağımlılığını hem hafta içi hem de hafta sonu internet kullanmanın (p=0.000),gün içinde en çok internet kullanılan saat diliminin (p=0.011),gün içinde internet kullanım süresinin (p=0.000), sosyal medya üyeliğinin(p=0.013)ve internet kullanımının ebeveynleri tarafından kontrol edilmemesinin (p=0.029)etkilediği bulunmuştur.

**Sonuç:** Öğrencilerin internet bağımlılığını hem hafta içi hem de hafta sonu internet kullanma durumunun, interneti kullanıldığı saat diliminin, internet kullanım süresinin, sosyal medya üyeliği ve internet kullanımının ebeveynler tarafından denetlenmemesinin etkilediği belirlenmiştir. Öğretmenlere ve ailelere bağımlılık ile ilgili farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi, öğrencilere sosyal aktivitelerini artırıcı alanların sağlanması yararlı olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** İnternet Bağımlılığı, Ergen, Öğrenci.

## The Factors Affecting Internet Addiction in Adolescents

### ABSTRACT

**Aim:** The research was conducted analytic cross-sectional with the aim of determining the factors affecting internet addiction in adolescents.

**Material and Methods:** The population of the research was composed of nine high schools representing the 22 State Schools of the Provincial Directorate of National Education in one of the western provinces of the country. The sample size was calculated using the precision sampling method and considering the possible losses, a 30% reserve was added and the sample size was calculated as 355. The students in the sample were stratified according to the schools. The data of the research was collected by the questionnaire form prepared by the researchers in line with the literature and Internet Addiction Scale.

**Results:** 63.1% of the students participating in the research are female and their average age is 16.47 ± 1.14. In addition, that 67.3% of the students stated that they are connected to the internet from home, 92.6% of them use their smart phones and 40.7% of them use their personal computers. 70.8% of the students stated that they frequently use the internet both on weekdays and on weekends, 36.9% during the day, mostly between 18-21 hours, and 40.4% using 1-3 hours a day. 55.8% of students reported that their internet use was not controlled by their parents The Internet Addiction Scale mean score of the students was 29.12±18.89 and it was found that internet addiction was affected by; the internet use both on weekdays and at the weekends (p=0.000),the time when internet was most frequently used within the day (p=0.011),the duration of internet use within the day (p=0.000),social media membership (p=0.013), and the fact that internet use was not controlled by the parents (p=0.029).

**Conclusion:** In accordance with these results, it is suggested that initiative and qualitative studies should be conducted to define the internet addictions of the students.

**Keywords:** Internet Addiction, Adolescent, Student.



## GİRİŞ

Biyolojik, psikolojik ve sosyal olarak değişim ve gelişimin olduğu ergenlik, çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanabilir (Yavuzer, 1999). Ergenlik dönemi, başı ve sonu belli olan bir süreç olmakla birlikte, edinilmiş kimliğin sorgulandığı bir aşama olarak görülmektedir (Delagrave, 2016). Ergenlik dönemi, gencin kimliğini oluşturduğu, gelecek için amaçlar belirlediği, kendisi için kimin önemli ve değerli olduğu, başkaları ile ilişkilerinin nasıl olacağı, arkadaşlıklarını nasıl sürdüreceği ve yaşamında hangi yolu izleyeceğine dair temel soruların yanıtlanmaya başladığı karmaşık bir dönemdir. Bu dönemde genç, otonomisini kullanmak ve aileden ayrılarak kendi ile ilgili karar vermek, duygularını yönetme ve sürdürme konusunda güçlükler yaşamaktadır (Kelleci, 2008). Bu dönemde ergenlerde yaşanan kimlik karmaşası; risk alma ve heyecan arama gibi riskli davranışları beraberinde getirmekte ve bu davranışlar ergenin bağımlılıklara yatkınlığını arttırmaktadır (Griffiths, 2005). Ceyhan (2008)'a göre, bu dönemdeki gelişimsel ihtiyaçları ergenleri internetin sağlamış olduğu içerik ve ortamlar nedeniyle internet kullanımına yönlendirebilmektedir. Böylece internet, ergenlerin kimlik denemelerini yaptıkları ve gelişimsel ihtiyaçlarını karşıladıkları bir alan olarak kullanılmaktadır. Bu sebeple internet bir yandan ergenlerin gelişimine katkı da sağlayan bir araç olabilmektedir. Ancak kimlik oluşumu sürecinde gerçek ilişkilerin yerini sanal ilişkilerin alması da bir risk taşıyabilmektedir. Guan ve Subrahmanyam (2009)'a göre internet, gelişimsel çatışmalar yaşayan, bu çatışmayı çözümlenmekte zorlanan ergenler için bir başa çıkma mekanizması olabilmektedir. Ergenin interneti başa çıkma mekanizması olarak görmesi, kimlik gelişimini ve gerçek dünyayı öğrenmesini olumsuz etkileyebilmektedir (Kelleci, Güler, Sezer, & Gölbası, 2009).

Hayatının erken dönemlerinde teknolojik aletlerle daha az muhatap olan yetişkinlerin kendini kontrol etmesi daha kolayken, gözünü açtığı andan itibaren hayatının her karesinde yakın aile bireylerinden birini gördüğü sıklıkta teknolojik aletleri gören günümüz çocuk ve ergenleri için, teknolojik aletlerle sağlıklı ilişki kurmak oldukça zordur (Dinç, 2010). Bu sebeple özellikle ergenler, içinde buldukları dönemin özelliklerinin de etkisinde kalarak internetin problemleri kullanımının yaygınlaşması açısından önemli bir risk grubunu oluşturmaktadırlar (Doğan, Işıklar, & Eroğlu, 2008). İnternet kullanımı ile ilgili veriler incelendiğinde “We Are Social” (2017) “İnternet ve Sosyal Medya Kullanıcı İstatistikleri” raporuna göre dünya nüfusunun %50'si internet, %37'si aktif sosyal medya ve %66'sı akıllı telefon kullanıcısıdır (Kemp, 2017). Bu durum Türkiye'de de benzerlik göstermektedir. TÜİK 2018 yılı “Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması” raporu verilerine göre Türkiye'de internet kullanımı 16 ve 74 yaş grubundaki bireylerde sırasıyla %59.6 ve %72.9'dur. Bu oranlar 2017 yılında sunulan TÜİK raporuna göre aynı yaş grupları için sırasıyla %56.6 ve %66.8'dir. Kaess ve ark. (2014)'nın, Avusturya, Estonya, Fransa, Almanya, Macaristan, İrlanda, İsrail, İtalya, Romanya, Slovenya ve İspanya'dan oluşan 11 Avrupa ülkesinde yaş ortalaması 14.9 olan 11.356 ergenle gerçekleştirdikleri araştırmaya göre ergenlerde internet bağımlılığının yaygınlığı %4.2,

sorunlu internet kullanımının yaygınlığı ise %13.4'tür. Tsitsika ve ark. (2014)'nın, yedi Avrupa ülkesinde 14-17 yaş aralığındaki 13.284 ergenin katılımıyla gerçekleştirdikleri araştırmanın bulguları, Avrupa'daki ergenlerde internet bağımlılığının yaygınlığının %1.2, internet bağımlılığı riskinin ise %12.7 olduğunu göstermiştir. TÜİK 2018 yılı “Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması” raporunun internet kullanımının verileri yaş gruplarına göre incelendiğinde ergenlerde internet kullanım oranının %90.7 olduğu görülmektedir. Ayrıca TÜİK (2013) “Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması” kapsamında 6-15 yaş grubu ile gerçekleştirilen araştırmanın bulgularına göre bilgisayar, internet ve cep telefonu kullanım oranlarının sırasıyla %73.1, %65.1 ve %37.9 ile en yüksek olduğu yaş grubu ergenlik döneminin de içerisinde yer alan 11-15 yaş aralığındadır. Türkiye'deki ergenlerde internet bağımlılığının yaygınlığını ele alan çalışmalardan Taylan ve Işık (2015)'in araştırmasına göre ergenlerde internet bağımlılığının yaygınlığı %4.1, internet bağımlılığı riski ise %28.5'tir. Özellikle ergenler için önemli bir bilgi kaynağı haline gelen internetin bu kitlede bağımlılığı da beraberinde getirdiği vurgulanmıştır (Dalbudak & Evren, 2014). Bu sorunun daha ileri boyutlara ulaşması, araştırmacıları son yıllarda internet bağımlılığının birey üzerindeki etkileri konusunda çalışmalar yapmaya yöneltmiştir (Kuss, Griffiths, & Binder, 2013; Kardefelt-Winther, 2014; Öner & Arslantaş, 2018). İnternet bağımlılığı, madde bağımlılığında olduğu gibi bireylerde duygu durum bozukluklarına, algı bozukluklarına, uyum bozukluklarına neden olur ve internet bağımlısı bireylerde de madde bağımlısı bireylerde olduğu gibi tolerans gelişir, internet olmadığında yoksunluk hissedilir (Griffiths, 2005). Egger (1996), bağımlılığı, bireyin günlük yaşamda bir maddeyi veya davranışı bırakamaması şeklinde tanımlamaktadır. Patolojik internet kullanımı, aşırı internet kullanımı, kompulsif internet kullanımı, sorunlu internet kullanımı olarak da adlandırılan internet bağımlılığı (Kardefelt-Winther, 2014; Yellowlees & Marks, 2007; Ozdemir, Kuzucu, & Ak, 2014; Liu ve ark., 2015; Sariyska ve ark., 2014) henüz resmi tanı ölçütleri olmasa da, “Aşırı internet kullanılması, kullanma isteğinin önüne geçememe, internet kullanımından yoksun kalındığında aşırı sinirli ve saldırgan olma hali” olarak tanımlanabilir (Arısoy, 2009). Farklı bir tanımda da internet bağımlılığı, ruhsal ve sosyal işlevsellikte ciddi bozulmalara yol açan, internet kullanımını kontrol edememe durumu olarak belirtilmiştir (Lee ve ark., 2014; Kalaitzaki & Birtchnell, 2014). İnternet bağımlılığını etkileyen faktörler içinde; erkek olma (Öner & Arslantaş, 2018; Cao, Su, Liu, & Gao, 2007; Leung & Lee, 2012; Doğan & Tosun, 2016; Dikeç, Yalnız, Bektaş, Turhan, & Çevik, 2017), sosyal desteğin düşük olması (Ceyhan, 2011; Çevik & Yıldız, 2017), aile içinde iletişim, ilgi, sevgi yetersizliğinin olması, ergen için ev içinde sağlıklı ve güvenli bir ortam sağlanamaması, aile içinde tutarsız davranışlar, aile içinde rol dağılımının belirgin olmaması, rol çatışmalarının yaşanması, ergenden aşırı beklentiler (Öner & Arslantaş, 2018; Esen & Gündoğdu, 2010; Çakır & Oğuz, 2017; Eldeleklioğlu & Vural, 2013), ergende var olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite (Ko, Yen, Yen, Chen, & Chen, 2012; Wu ve ark., 2013) bildirilmektedir.

Ergenlik döneminin gelişimsel özellikleri göz önünde bulundurulduğunda ergenler internet bağımlılığı için risk grubunda yer almaktadırlar. Ergenlerde internet bağımlılığını etkileyen faktörlerin belirlenmesi, internet bağımlılığının önlenmesinde etkili olacaktır. Bu nedenlerden dolayı bu çalışma, ergenlerde internet bağımlılığını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmış olup araştırma sorusu, Lise öğrencisi ergenlerin internet bağımlılığını etkileyen faktörler nelerdir? olarak belirlenmiştir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın evrenini batıda bir ilde İl Milli Eğitim Müdürlüğüne bağlı 22 Devlet Okulunu temsilen dokuz lisede eğitim gören 5111 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü evreni bilinen örnekleme yöntemi ile hesaplanmıştır. Olası kayıplar göz önüne alınarak %30 yedek eklenmiş ve örneklem büyüklüğü 355 olarak belirlenmiştir. Ancak bazı öğrencilerin anketleri eksik veya yanlış doldurmaları nedeni ile 339 öğrencinin anketi değerlendirilmiştir. Böylece %95.49 öğrencinin verisi değerlendirilmiştir. Örneklem seçiminde çoklu örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çoklu örnekleme yöntemi ile sınıflar tabaka, şubeler ise küme olarak kabul edilmiş her tabakayı temsil edecek şekilde öğrenci sayısı saptandıktan sonra kura yöntemi kullanılarak örneklemdaki öğrenciler belirlenmiştir. Araştırmanın verileri Mayıs 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan anket formu ve İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ) ile toplanmıştır.

*Anket Formu:* Öğrencilerin yaş, cinsiyet, sınıf vb. sosyodemografik özellikleri ile internet bağımlılığı ile bağlantılı olduğu düşünülen soruların yer aldığı literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen (www.resmigazete.gov.tr; Tuna, 2015) toplam 25 sorudan oluşan bir formdur.

*İnternet Bağımlılığı Ölçeği (İBÖ):* Young tarafından 1996 yılında geliştirilen ve Türkçe uyarlama çalışması Bayraktar tarafından 2001 yılında yapılan, İnternet Bağımlılığı Ölçeği 20 sorudan oluşmaktadır. Likert tipi bir ölçek olan İBÖ 'de katılımcıdan 'Hiçbir zaman', 'Nadiren', 'Arada sırada', 'Çoğunlukla', 'Çok sık' ve 'Devamlı' seçeneklerinden birini işaretlemesi istenmektedir. Bu seçeneklere sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4 ve 5 puan verilmektedir. Anketten toplam 80 ve üzeri puan almak işlevsellikte belirgin bozulmanın göstergesi olarak kabul edilmektedir. Anketten '50-79' arasında puan alanlar günlük hayatlarında internet ile ilgili sıklıkla sorun yaşayan, kendilerini denetleme güçlüğü çeken kişiler olarak tanımlanmakta; fakat işlevselliklerinde belirgin bozukluk tarif edilmemektedir. Bu grup internet bağımlılığı açısından riskli görüldüğü için "riskli internet kullanıcıları" olarak anlandırılmaktadır. "49 puan ve altı" alanlar "ortalama internet kullanıcısı" olarak tanımlanmaktadır. Araştırmada ölçeğin Cronbach alfası 0.93 olarak belirlenmiştir.

Çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine göre gerçekleştirilmiş; araştırma için 16.02.2018 tarihli (Sayı 2018/1324; 10 sayılı karar) Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurul onayı ve çalışmanın gerçekleştirileceği İl Milli Eğitim Müdürlüğünden ve çalışmada kullanılan ölçeğin yazarından yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü öğrenciler ve öğrencilerin ebeveynleri araştırmanın amacı ve yöntemi hakkında bilgilendirilerek yazılı onamları alınmıştır.

Verilerinin analizinde SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ise tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (Yüzdellik, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Çalışmanın başında normal dağılım analizleri yapılmıştır. Bu kapsamda Gauss eğrisi değerlendirilmiş ve ortalama puan, minimum ve maksimum puan genişliği, Kolmogorov-Smirnov testi anlamlılık düzeyi hesaplanmıştır. Öğrencilerden elde edilen verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra Kruskal Wallis testi ve Mann Whitney U testi kullanılmış; tip 1 hata düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Öğrencilerin tanıtıcı ve internet kullanımına ilişkin özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Öğrencilerin İBÖ puan ortalaması  $29.12 \pm 18.89$  olup, internet bağımlılığını; internete bağlanılan yerin (MWU=9846.000;  $p=0.001$ ), internet bağlantısına kişisel bilgisayar ile erişimin (MWU=11274.500;  $p=0.003$ ), internet bağlantısına tablet ile erişimin (MWU=8950.000;  $p=0.008$ ), hem hafta içi hem de hafta sonu internet kullanma durumunun (KW=25.703;  $p=0.000$ ), gün içinde en çok internet kullanılan saat diliminin (KW=14.762;  $p=0.011$ ), gün içindeki internet kullanım süresinin (KW=61.727;  $p=0.000$ ), sosyal medya üyeliğinin (MWU=8026.000;  $p=0.013$ ) ve internet kullanımlarının ebeveynler tarafından kontrol edilmemesinin (MWU=12051.500;  $p=0.029$ ) etkilediği bulunmuştur. Öğrencilerin cinsiyet, sınıf, anne eğitim düzeyi, baba eğitim düzeyi, aile gelir düzeyi, kendine ait oda, kendine ait bilgisayar, kendine ait telefonunun olmasının ve internet bağlantısına akıllı telefon ile ulaşma durumlarının internet bağımlılığını etkilemediği ( $p > 0.05$ ) bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 1. Öğrencilerin tanıtıcı ve internet kullanımına ilişkin özelliklerinin dağılımı

| Öğrencilerin Özellikleri                    |                      | n   | Ort±SS     |
|---|----------------------|-----|------------|
| Yaş   |                      | 339 | 16.47±1.14 |
|   |                      | n   | %          |
| Cinsiyet                                    | Kadın                | 214 | 63.1       |
|   | Erkek                | 125 | 36.9       |
| Sınıf                                       | 1. Sınıf             | 90  | 26.5       |
|   | 2. Sınıf             | 80  | 23.6       |
|   | 3. Sınıf             | 88  | 26.0       |
|   | 4. Sınıf             | 81  | 23.9       |
| Anne eğitimi                                | Okur-yazar değil     | 24  | 7.1        |
|   | Okur-yazar           | 5   | 1.5        |
|   | İlkokul              | 124 | 36.8       |
|   | Ortaokul             | 50  | 14.8       |
|   | Lise                 | 79  | 23.4       |
|   | Üniversite ve üstü   | 55  | 16.3       |
| Baba eğitimi                                | Okur-yazar değil     | 13  | 3.8        |
|   | Okur-yazar           | 3   | 0.9        |
|   | İlkokul              | 105 | 31.0       |
|   | Ortaokul             | 62  | 18.3       |
|   | Lise                 | 70  | 20.6       |
|   | Üniversite ve üstü   | 86  | 25.4       |
| Gelir                                       | Gelir giderden az    | 68  | 20.1       |
|   | Gelir gidere denk    | 205 | 60.5       |
|   | Gelir giderden fazla | 66  | 19.5       |
| Kendine ait oda                             | Yok                  | 77  | 22.7       |
|   | Var                  | 262 | 77.3       |
| Kendine ait bilgisayar                      | Yok                  | 149 | 44.0       |
|   | Var                  | 190 | 56.0       |
| Kendine ait telefon                         | Yok                  | 26  | 7.7        |
|   | Var                  | 313 | 92.3       |
| İnternete bağlandığı yer*                   | Ev                   | 228 | 67.3       |
|   | Okul                 | 38  | 11.2       |
|   | İnternet kafe        | 24  | 7.1        |
| İnternete bağlandığı araç/araçlar*          | Kişisel bilgisayar   | 138 | 40.7       |
|   | Tablet               | 88  | 26.0       |
|   | Akıllı telefon       | 314 | 92.6       |
| İnterneti sık kullandığı günler             | Hafta içi            | 26  | 7.7        |
|   | Hafta sonu           | 72  | 21.2       |
|   | Her zaman            | 241 | 71.1       |
| İnterneti en çok kullandığı saat aralıkları | 06.00-12.00          | 7   | 2.0        |
|   | 12.00-15.00          | 24  | 7.1        |
|   | 15.00-18.00          | 66  | 19.5       |
|   | 18.00-21.00          | 126 | 37.2       |
|   | 21.00-24.00          | 102 | 30.1       |
|   | 24.00-06.00          | 14  | 4.1        |
| Günlük internet kullanım süresi             | 1 saatten az         | 45  | 13.3       |
|   | 1-3 saat arası       | 137 | 40.4       |
|   | 3-6 saat arası       | 89  | 26.3       |
|   | 6-9 saat arası       | 38  | 11.2       |
|   | 10 saatten fazla     | 30  | 8.8        |
| Paylaşım sitesi üyeliği                     | Yok                  | 82  | 23.6       |
|   | Var                  | 257 | 76.4       |
| Ebeveynlerin internet kullanımını denetleme | Yok                  | 190 | 56.1       |
|   | Var                  | 149 | 43.9       |

\* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 2. Öğrencilerin tanıtıcı ve internet kullanımına ilişkin özellikleri ile internet bağımlılığı puan ortalamalarının karşılaştırılması

| Öğrencilerin Özellikleri                    |                      | İnternet Bağımlılığı Ölçeği |             |          |       |
|---|----------------------|-----------------------------|-------------|----------|-------|
|   |                      | n                           | Ort±SS      | Test     | p     |
| Cinsiyet                                    | Kadın                | 212                         | 28.50±18.65 | 12575.5* | 0.51  |
|   | Erkek                | 124                         | 29.96±19.47 |          |       |
| Sınıf                                       | 1. Sınıf             | 89                          | 28.64±20.09 | 1.8**    | 0.599 |
|   | 2. Sınıf             | 80                          | 27.92±19.13 |          |       |
|   | 3. Sınıf             | 87                          | 29.27±20.06 |          |       |
|   | 4. Sınıf             | 81                          | 30.35±19.13 |          |       |
| Anne eğitimi                                | Okur-yazar değil     | 24                          | 33.04±20.38 | 3.6**    | 0.605 |
|   | Okur-yazar           | 5                           | 24.60±14.79 |          |       |
|   | İlkokul              | 124                         | 27.73±17.95 |          |       |
|   | Ortaokul             | 50                          | 28.24±22.28 |          |       |
|   | Lise                 | 79                          | 29.61±19.79 |          |       |
|   | Üniversite ve üstü   | 55                          | 30.29±16.37 |          |       |
| Baba eğitimi                                | Okur-yazar değil     | 13                          | 33.76±15.61 | 6.0**    | 0.304 |
|   | Okur-yazar           | 3                           | 20.33±14.46 |          |       |
|   | İlkokul              | 102                         | 27.57±17.50 |          |       |
|   | Ortaokul             | 62                          | 25.87±20.30 |          |       |
|   | Lise                 | 69                          | 30.78±21.23 |          |       |
|   | Üniversite ve üstü   | 85                          | 31.08±1.95  |          |       |
| Gelir                                       | Gelir giderden az    | 65                          | 26.44±17.16 | 1.2**    | 0.549 |
|   | Gelir gidere denk    | 202                         | 29.89±19.53 |          |       |
|   | Gelir giderden fazla | 63                          | 29.68±18.49 |          |       |
| Kendine ait oda                             | Yok                  | 77                          | 26.50±18.33 | 9024.0*  | 0.174 |
|   | Var                  | 261                         | 29.81±18.91 |          |       |
| Kendine ait bilgisayar                      | Yok                  | 149                         | 26.48±18.69 | 12425.0* | 0.053 |
|   | Var                  | 190                         | 31.07±18.69 |          |       |
| Kendine ait telefon                         | Yok                  | 25                          | 24.36±20.64 | 3222.5*  | 0.155 |
|   | Var                  | 311                         | 29.45±18.63 |          |       |
| İnternete bağlandığı yer                    | Ev                   | 228                         | 31.49±18.95 | 9846.0*  | 0.001 |
|   | Diğer                | 111                         | 24.11±17.57 |          |       |
| İnternete kişisel bilgisayar ile erişim     | Yok                  | 201                         | 26.67±18.28 | 11274.5* | 0.003 |
|   | Var                  | 138                         | 32.54±19.07 |          |       |
| İnternete tablet ile erişim                 | Yok                  | 251                         | 27.40±18.59 | 8950.0*  | 0.008 |
|   | Var                  | 88                          | 33.83±18.68 |          |       |
| İnternete akıllı telefon ile erişim         | Yok                  | 314                         | 29.00±23.23 | 3892.5*  | 0.945 |
|   | Var                  | 25                          | 29.08±18.46 |          |       |
| İnterneti sık kullandığı günler             | Hafta içi            | 26                          | 26.07±23.52 | 25.7**   | 0.000 |
|   | Hafta sonu           | 72                          | 20.09±17.08 |          |       |
|   | Her zaman            | 240                         | 32.23±17.86 |          |       |
| İnterneti en çok kullandığı saat aralıkları | 06.00-12.00          | 7                           | 29.14±15.12 | 14.7**   | 0.011 |
|   | 12.00-15.00          | 24                          | 25.90±13.25 |          |       |
|   | 15.00-18.00          | 65                          | 26.23±19.82 |          |       |
|   | 18.00-21.00          | 125                         | 29.33±19.32 |          |       |
|   | 21.00-24.00          | 101                         | 29.07±18.59 |          |       |
|   | 24.00-06.00          | 14                          | 45.28±14.21 |          |       |
| Günlük internet kullanım süresi             | 1 saatten az         | 45                          | 15.15±13.94 | 61.7**   | 0.000 |
|   | 1-3 saat             | 137                         | 24.78±16.88 |          |       |
|   | 3-6 saat             | 89                          | 35.56±16.85 |          |       |
|   | 6-9 saat             | 38                          | 39.19±21.12 |          |       |
|   | 10 saatten fazla     | 30                          | 39.13±17.86 |          |       |
|   |                      |                             |             |          |       |
| Paylaşım sitesi üyeliği                     | Yok                  | 78                          | 24.29±18.64 | 8026.0*  | 0.013 |
|   | Var                  | 253                         | 30.58±18.67 |          |       |
| Ebeveynlerin internet kullanımını denetleme | Yok                  | 189                         | 30.96±18.81 | 12051.5* | 0.029 |
|   | Var                  | 148                         | 26.58±18.62 |          |       |

\*MWU=Mann Whitney U testi\*\* KW=Kruskal Wallis testi

## TARTIŞMA

Ergenlerde internet kullanımının yaygınlaşması ve ergenlik döneminin özellikleri nedeni ile ergenler internet bağımlılığı için risk grubudurlar. İnternet bağımlılığı konusunda verilerin birikmesi, bağımlılığı etkileyen faktörlerin belirlenmesi, önleme ve tedavi özelliklerinin tanımlanması için önem taşımaktadır. Bu nedenlerden dolayı bu çalışma, ergenlerde internet bağımlılığını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Öğrencilerin İBÖ puan ortalaması 29.12±18.89 olup

çalışılan örneklem grubunun internet kullanımlarının işlevsellikte belirgin bozulmaya neden olmayacak düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin değerlendirilmesine göre ölçekten "49 puan ve altı" alanlar "ortalama internet kullanıcısı" olarak tanımlandıkları için araştırmamızın örneklem grubunu oluşturan ergenlerin işlevselliklerinin bozulmadığı ve ortalama internet kullanıcısı olarak değerlendirilebilecekleri söylenebilir. Literatürde ergenlerde internet bağımlılığı için risk faktörleri içinde sayılan cinsiyet ile ilgili farklı bulgulara

rastlanmaktadır. Erkek olmanın internet bağımlılığı için bir risk olduğunu bildiren çalışmalar olduğu gibi (Cao, Sun, Wan, Hao, & Tao, 2011; Balta & Horzum, 2008; Kubey, Lavin, & Barrows, 2001; Tsai ve ark., 2009) cinsiyetler arasında farklılık olmadığını bildiren çalışmalarda bulunmaktadır (Doğan ve ark., 2008; Ceyhan, 2011; Wang, Zhou, Lu, Wu, Deng, & Hong, 2011). Araştırmamızda ergenlerin cinsiyetleri açısından internet bağımlılığı puan ortalamaları arasında fark olmadığı bulunmuştur. İnternet bağımlılığı puan ortalaması açısından kadın ve erkek cinsiyeti açısından fark olmamasının nedeni olarak her iki cinsiyette de son yıllarda farklı amaçlarla internet kullanım oranının benzer özellikler gösteriyor olması düşünülmüştür.

Araştırmada ergenlerin gün içinde internet kullanarak geçirdikleri zaman süreleri arttıkça internet bağımlılığı puanlarının da arttığı bulunmuştur. Buna göre günde 6 saatten fazla internette kalanların bağımlılık puanları daha yüksektir. Dolayısıyla, internet başında geçirilen sürenin artmasının internet bağımlılığını etkilen faktörlerden biri olduğu söylenebilir. Araştırmamızda ayrıca sadece hafta içi ya da sadece hafta sonu internet kullananlara göre hem hafta içi hem de hafta sonu internet kullananların internet bağımlılığı puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Yapılan araştırmalar dıda (Eldeleklioğlu & Vural, 2013; Balta & Horzum, 2008; Chou, Condon, & Belland, 2005; Lee ve ark., 2006) internet başında geçirilen zaman ile internet bağımlılık düzeyi arasında pozitif yönde güçlü bir ilişkinin olduğu bildirilmiştir. İnternette (Akıllı telefon, bilgisayar, oyun oynama araçları ile) geçirilen zamanın artması ergenin teknoloji bağımlılığı riskini arttırmaktadır (Wang, Luo, Gao, & Kong, 2012). Bu sonuçlar göz önüne alındığında ergenlerde internete erişim saatinin ve gününün artmasının internet bağımlılığı için risk faktörü olduğu söylenebilir. Bu bağlamda internet bağımlılığını önlemek amacı ile; internet kullanımı, öz-denetim, öz-yeterlik ya da bağımlılık yapan çevrimiçi uygulamalardan uzak durma, ergene stres ve duygular ile başa çıkma ve kişilerarası durumlar ile ilgili beceriler kazandırma, günlük rejim ile ilgili beceriler ve serbest zaman kullanımı, yakın ilişkileri teşvik eden beceriler öğretilmesi, gencin haftanın belirli saatlerinde teknolojiyi kullanmasına izin verilmesi, ilkokul veya ortaokula 200 metre mesafede internet kafenin bulunmasına izin verilmemesi veya internet kafelerin çalışma saatlerinin sabah 8 ile gece yarısı arasında sınırlandırılması gibi önerilerde bulunmaktadır (Vondráčková & Gabrhelik, 2016; Ko, Yen, Yen, Lin, & Yang, 2007; Xu, Turel, & Yuan, 2012; Shao, 2010). Bu araştırmada, öğrencilerin internete bağlandıkları yere göre de internet bağımlılık puanları farklılık göstermiştir. İnternete evden erişim sağlayanların diğer yerlerden erişim sağlayanlara göre internet bağımlılığı puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diğer yerlerde (okul, internet kafe) internete girildiğinde öğretmenler tarafından denetlenme endişesi, internet kafede ise geçirilen her saat için ücret ödenmesi gibi nedenler internet başında geçirilen zamanı önemli ölçüde sınırlandırmaktadır. Evlerde ise ergenlerin daha uzun süre ve rahatlıkla internet başında kalabilmeleri internet bağımlılığı riskini artırıyor olabilir. Evde bağlanıldığı zaman aileler tarafından ergenin internet kullanımının denetlenmemesi de bu riski artırıyor gibi

görülmektedir. Akdağ ve arkadaşlarının 2014 yılında yapmış oldukları çalışmalarında da özellikle yurttan bağlananların; okuldan, evden, işyerinden, internet kafeden bağlananlara göre internet bağımlılıklarında artış olduğu bildirilmiştir. Ayrıca araştırmamızda internet bağlantısına kişisel bilgisayar ve tablet ile erişim sağlayanların internet bağımlılık düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Kim ve Kim (2002) çalışmalarında, internete ulaşımın kolaylaşması sonucunda internette geçirilen zamanda bir artış görüldüğünü, internet kullanım becerilerinin ve internet kullanım zamanının artmasının bağımlılığa yol açtığını belirtmiştir. Bu bağlamda değerlendirildiğinde literatürde bu konu ile yapılan çalışmaların sonuçları ile çalışma sonuçlarımız benzerlik göstermektedir (Vondráčková & Gabrhelik, 2016; Shao, 2010; Kim & Kim, 2002).

Araştırmamızda gün içinde en çok internet kullanılan saat diliminin internet bağımlılığı ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Saat dilimleri arasındaki fark incelendiğinde gece 24:00-06:00 arası internet bağımlılığı ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur. Ceyhan'ın 2008 yılında yürüttüğü çalışma sonuçlarına göre de gece saatlerinde bağlanmanın sorunlu internet kullanımının yordayıcısı olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Nalwa ve Anand (2003)'da yılında Hindistan'da 16-18 yaş aralığındaki öğrenciler ile yaptıkları çalışma sonuçlarında da interneti gece kullanmanın internet bağımlılığı ile ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ergenlerin günlük sorumlulukları (Okul, ödevler, etütler vb.) göz önünde bulundurulduğunda internete erişmek için uygun saat diliminin gece olduğu söylenebilir. Ayrıca bu saatler arasında aileler tarafından denetlenmiyor olmakta bu sonuca neden oluyor olabilir. Araştırmamızda sosyal medya üyeliği olup olmamasına göre internet bağımlılığı puanları anlamlı farklılık göstermektedir. Sosyal medya üyeliği olanların internet bağımlılığı puanları olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. İlgili literatür incelendiğinde sosyal medya kullanımının internet bağımlılığı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Tsitsika ve ark., 2009; Yang & Tung, 2007). Ergenlerin internete erişim amaçlarına baktığımızda eğitim, eğlenmek, zaman geçirmek, sohbet etmek, haber okumak, oyun oynamak, müzik dinlemek, film izlemek ve online alışveriş amaçlı olduğu görülmektedir (Gençer, 2011; Kayrı & Gunuc, 2010; Derin, 2013). Günümüzde mevcut olan sosyal medya platformlarını incelediğimizde ergenlerin internete erişim amaçlarının neredeyse tamamını sağladığı görülmektedir. Bu bağlamda değerlendirdiğimizde sosyal medyanın internet bağımlılığı ile olan ilişkisi açıklanabilir. Araştırmamızda ergenlerin internet kullanımının ebeveynler tarafından kontrol edilip edilmemesine göre internet bağımlılığı puanları anlamlı farklılık göstermektedir. Ebeveynleri tarafından internet kullanımı denetlenmeyen ergenlerin internet bağımlılığı puanları daha yüksek olarak bulunmuştur. Ebeveyn tarafından denetimin olmaması ergenlerin internette daha çok zaman geçirmesine, internet kullanım sürelerinin artmasına neden olmaktadır. Bu sonuç, ebeveynlerin çocuklarının ne kadar bilgisayar ve internet kullandığı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabileceği şeklinde yorumlanmıştır. Alanyazında ergenlerde teknoloji bağımlılığı ile ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde;



ailesi ile ilişkisi yetersiz olan, ailesi ile etkin zaman geçiremeyen, aile içinde iletişim, ilgi, sevgi yetersizliğinin olması, ergen için ev içinde sağlıklı ve güvenli bir ortam sağlanamaması, aile içinde tutarsız davranışlar, aile içinde rol dağılımının belirgin olmaması, rol çatışmalarının yaşanması, ergenden aşırı beklentilerin olması, ergenin teknoloji kullanımına daha çok yönelmesine neden olan risk faktörleri olarak bildirilmiştir (Ceyhan, 2011; Young, 1997; Ceyhan & Ceyhan, 2011).

## SONUÇ

Öğrencilerin internet bağımlılığını hem hafta içi hem de hafta sonu internet kullanma durumu, internetin kullanıldığı saat dilimi, internet kullanım süresi, sosyal medya üyeliği ve internet kullanımının ebeveynler tarafından denetlenmemesinin etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda öğrencinin internet kullanım süresinin uzamasının ve sosyal medya üyeliklerinin olmasının internet bağımlılığı riskini arttırdığı görülmektedir. Ayrıca internet kullanımının ebeveynler tarafından denetlenmemesi de internet bağımlılığı riskini arttırmaktadır. Bu sonuçlar araştırma sonuçlarının alan yazına katkısı olarak değerlendirilebilir.

Bu bağlamda internet bağımlılığını önlemek amacı ile internet bağımlılığına neden olan sosyal medya uygulamalarından uzak durmasının sağlanması, ergenin haftanın belirli saatlerinde teknolojiyi kullanmasına izin verilmesi, ilkokul veya ortaokula 200 metre mesafede internet kafenin bulunmasına izin verilmemesi veya internet kafelerin çalışma saatlerinin sabah 8 ile gece yarısı arasında sınırlandırılması gibi önerilerde bulunulabilir. Ayrıca öğretmenlere ve ailelere bağımlılık ile ilgili farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesi, ergenlerin sosyal aktivitelerini artırıcı alanların sağlanması yararlı olabilir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-18018 proje kodu ile desteklenmiştir.

**Çıkar Çatışması:** Yok.

## KAYNAKLAR

- Akdağ, M., Şahan Yılmaz, B., Özhan, U., & Şan, İ. (2014). Üniversite öğrencilerinin internet bağımlılıklarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi (İnönü Üniversitesi örneği). *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15:73-96.
- Arısoy, Ö. (2009). İnternet bağımlılığı ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1: 55-67.
- Balta, Ö. Ç., & Horzum, M. B. (2008). Web tabanlı öğretim ortamındaki öğrencilerin internet bağımlılığını etkileyen faktörler. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 41: 187-205.
- Bayraktar, F. (2001). İnternet kullanımının ergen gelişimindeki rolü. (Yüksek lisans tezi), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Cao, F., Su, L., Liu, T., & Gao, X. (2007). The relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese adolescents. *European Psychiatry*, 22: 466-471.
- Cao, H., Sun, Y., Wan, Y., Hao, J., & Tao, F. (2011). Problematic Internet use in Chinese adolescents and its relation to psychosomatic symptoms and life satisfaction. *BMC Public Health*, 11: 802.

- Ceyhan, A. A. (2011). Ergenlerin problemleri internet kullanım düzeylerinin yordayıcıları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 2011; 18: 85-94.
- Ceyhan, E. (2008). Ergen ruh sağlığı açısından bir risk faktörü: İnternet bağımlılığı. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 15:109-116.
- Ceyhan, E., & Ceyhan, A. A. (2011). Çocuk ve ergenlerde bilgisayar ve İnternet kullanımının gelişimsel sonuçları. *Bilgisayar II*, 165-188.
- Chou, C., Condrón, L., & Belland, J. C. (2005). A review of the research on Internet addiction. *Educational Psychology Review*, 17: 363-388.
- Çakır, Ö., & Oğuz E. (2017) Lise öğrencilerinin yalnızlık düzeyleri ile akıllı telefon bağımlılığı arasındaki ilişki. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 13: 418-429.
- Çevik, G. B., & Yıldız, M. A. (2017). The roles of perceived social support, coping, and loneliness in predicting internet addiction in adolescents. *Journal of Education and Practice*, 8: 64-73.
- Dalbudak, E., & Evren, C. (2014). The relationship of Internet addiction severity with Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms in Turkish University students; impact of personality traits, depression and anxiety. *Comprehensive Psychiatry*, 55: 497-503.
- Delagrave, M. (2016). Ergen kullanma kılavuzu, (Çev. Özdoğan, E.,) *Yapı Kredi Yayınları*.
- Derin, S. (2013). Lise öğrencilerinde internet bağımlılığı ve öznel oluş. (Yüksek lisans tezi), *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Dikeç, G., Yalnız, T., Bektaş, B., Turhan, A., & Çevik, S. (2017). Relationship between smartphone addiction and loneliness among adolescents. *Bağımlılık Dergisi*, 18: 103-111.
- Diñç, M. (2010). İnternet bağımlılığı (1. Baskı). Ferfir Yayınları.
- Doğan, H., Işıklar, A., & Eroğlu, S.E. (2008). Ergenlerin problemleri internet kullanımının bazı değişkenler açısından incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18: 106-124.
- Doğan, U., & Tosun, N. İ. (2016). Lise öğrencilerinde problemleri akıllı telefon kullanımının sosyal kaygı ve sosyal ağların kullanımına aracılık etkisi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 22: 99-128.
- Egger, O. (1996). İnternet behaviour and addiction. (Semester thesis), *Swiss Federal Institute of Technology*.
- Eldeleklioğlu, J., & Vural, M. (2013). Predictive effects of academic achievement, internet use duration, loneliness and shyness on internet addiction. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28: 141-152.
- Esen, B. K., & Gündoğdu, M. (2010). The relationship between internet addiction, peer pressure and perceived social support among adolescents. *The International Journal of Educational Researchers*, 2: 29-36.
- Gençer, S.L. (2011). Ortaöğretim öğrencilerinin internet bağımlılık durumlarının internet kullanım profilleri ve demografik özelliklere göre farklılıklarının incelenmesi. (Yüksek lisans tezi), Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Griffiths, M. (2005) A 'components' model of addiction within biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*, 2005; 10: 191-197.
- Guan, S. S. A., & Subrahmanyam, K. (2009). Youth Internet use: risks and opportunities. *Current Opinion in Psychiatry*, 22: 351-356.

- Kaess, M., Durkee, T., Brunner, R., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C.... Wasserman, D. (2014). Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23: 1093-1102.
- Kalaitzaki, A. E., & Birtchnell, J. (2014). The impact of early parenting bonding on young adults' Internet addiction, through the mediation effects of negative relating to others and sadness. *Addictive Behaviors*, 39: 733-736.
- Kardefelt-Winther, D. (2014). A conceptual and methodological critique of internet addiction research: Towards a model of compensatory internet use. *Computers in Human Behavior*, 31: 351-354.
- Kayri, M., & Gunuc, S. (2010). An analysis of some variables affecting the Internet dependency level of Turkish adolescents by using decision tree methods. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 10: 2487-2500.
- Kelleci, M. (2008). The effects of internet use, cell phones and computer games on mental health of children and adolescents. *TAF-Preventive Medicine Bulletin*, 2008; 7: 253.
- Kelleci, M., Güler, N., Sezer, H., & Gölbaş, Z. (2009). Lise öğrencilerinde internet kullanma süresinin cinsiyet ve psikiyatrik belirtiler ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8: 223-230.
- Kemp, S. Digital, Social and Mobile in 2017. We are social, January. [http:// wearesocial.com/uk/special reports/ digital-in](http://wearesocial.com/uk/special-reports/digital-in).
- Kim, S., & Kim, R. (2002). A study of internet addiction: Status, causes, and remedies. *Journal of Korean Home Economics Association English Edition*, 3: 1-19
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S., & Chen, C. C. (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. *European Psychiatry*, 27: 1-8.
- Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Lin, H. C., & Yang, M. J. (2007). Factors predictive for incidence and remission of internet addiction in young adolescents: A prospective study. *CyberPsychology & Behavior*, 10: 545-551.
- Kubey, R. W., Lavin, M. J., & Barrows, J. R. (2001). Internet use and collegiate academic performance decrements: Early findings. *Journal of Communication*, 51: 366-382.
- Kuss, D. J., Griffiths, M. D., & Binder, J. F. (2013). Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. *Computers in Human Behavior*, 29: 959-966.
- Lee, J., Hwang, J. Y., Park, S. M., Jung, H. Y., Choi, S. W., Lee, J. Y.... Choi, J. S. (2014). Differential resting-state EEG patterns associated with comorbid depression in Internet addiction. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 50: 21-26.
- Lee, M. S., Ko, Y. H., Song, H. S., Kwon, K. H., Lee, H. S., Nam, M.... Jung, I. K. (2006). Characteristics of Internet use in relation to game genre in Korean adolescents. *CyberPsychology & Behavior*, 10: 278-285.
- Leung, L., & Lee, P. S. (2012). Impact of internet literacy, internet addiction symptoms, and internet activities on academic performance. *Social Science Computer Review*, 30: 403-418.
- Liu, Q. X., Fang, X. Y., Yan, N., Zhou, Z. K., Yuan, X. J., Lan, J.... Liu, C. Y. (2015). Multi-family group therapy for adolescent Internet addiction: Exploring the underlying mechanisms. *Addictive Behaviors*, 42: 1-8.
- Nalwa, K., & Anand, A. P. (2003). Internet addiction in students: A cause of concern. *Cyberpsychology & Behavior*, 6: 653-656.
- Öner, K., & Arslantaş, H. (2018). Internet addiction in high school students, affecting factors and relationship between internet addiction and depression risk. *Jurnal Medical Brasovean*, 1: 38-49.
- Özdemir, Y., Kuzucu, Y., & Ak, Ş. (2014). Depression, loneliness and Internet addiction: How important is low self-control?. *Computers in Human Behavior*, 34: 284-290.
- Sariyska, R., Reuter, M., Bey, K., Sha, P., Li, M., Chen, Y. F.... Montag, C. (2014). Self-esteem, personality and internet addiction: a cross-cultural comparison study. *Personality and Individual Differences*, 61: 28-33.
- Shao, G. (2010). China's Regulations on Internet Cafés. *China Media Research*, 6:26-30.
- T.C. Resmî Gazete. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmî Gazete Sayısı: 27910, [http:// www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/201104195.htm](http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/201104195.htm)
- Taylan, H. H., & Işık, M. (2015). Sakarya'da ortaokul ve lise öğrencilerinde internet bağımlılığı. *Turkish Studies-International Periodical for the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic*, 2015; 10: 855-874.
- Tsai, H. F., Cheng, S. H., Yeh, T. L., Shih, C. C., Chen, K. C., Yang, Y. C.... Yang, Y. K. (2009). The risk factors of Internet addiction-a survey of university freshmen. *Psychiatry Research*, 167: 294-299.
- Tsitsika, A., Critselis, E., Kormas, G., Filippopoulou, A., Tounissidou, D., Freskou, A.... Kafetzis, D. (2009). Internet use and misuse: a multivariate regression analysis of the predictive factors of internet use among Greek adolescents. *European Journal of Pediatrics*, 168: 655.
- Tsitsika, A., Janikian, M., Schoenmakers, T. M., Tzavela, E. C., Olafsson, K., Wójcik, S.... Richardson, C. (2014). Internet addictive behavior in adolescence: A cross-sectional study in seven European countries. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 17: 528-535.
- Tuna, C. (2015). Ortaokul öğrencilerinin ebeveynleriyle olan bağlanma ilişkisinin internet bağımlılığına etkisi. (Yüksek lisans tezi), Nişantaşı Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. [http://www.tuik.gov.tr/ PreHaberBultenleri.do?id=13569](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13569).
- Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. [http://www.tuik.gov.tr/ PreHaberBultenleri.do?id=24862](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24862).
- Türkiye İstatistik Kurumu. Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. [http://www.tuik.gov.tr/ PreHaberBultenleri.do?id=27819](http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27819)
- Vondráčková, P., & Gabrhelík, R. (2016). Prevention of Internet addiction: A systematic review. *Journal of Behavioral Addictions*, 5: 568-579.
- Wang, H., Zhou, X., Lu, C., Wu, J., Deng, X., & Hong, L. (2011). Problematic Internet use in high school students in Guangdong province, China. *PLoS One*, 6: e19660.
- Wang, L., Luo, J., Gao, W., & Kong, J. (2012). The effect of Internet use on adolescents' lifestyles: A national survey. *Computers in Human Behavior*, 28: 2007-2013.

- Wu, X., Chen, X., Han, J., Meng, H., Luo, J., Nydegger, L. Wu, H. (2013). Prevalence and factors of addictive Internet use among adolescents in Wuhan, China: interactions of parental relationship with age and hyperactivity-impulsivity. *PloS One*, 8: e61782.
- Xu, Z., Turel, O., & Yuan, Y. (2012). Online game addiction among adolescents: Motivation and prevention factors. *European Journal of Information Systems*, 21: 321-340.
- Yang, S. C., & Tung, C. J. (2007). Comparison of Internet addicts and non-addicts in Taiwanese high school. *Computers in Human Behavior*, 23: 79-96.
- Yavuzer, H. (1999). Çocuk psikolojisi (36. Baskı). Remzi Kitabevi, 1999.
- Yellowlees, P. M., & Marks, S. (2007). Problematic internet use or internet addiction? *Computers in Human Behavior*, 23: 1447-1453.
- Young, K. (1996). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *Cyber Psychology and Behavior*, 3: 237-244.
- Young, K. S. (1997). What makes the Internet addictive: Potential explanations for pathological Internet use. (Conference presentation), 105th annual conference of the American Psychological Association, Chicago, United States.





**Erken Evre Parkinson Hastalarında  
Pilates ve Elastik Bantlama Uygulamalarının  
El Fonksiyonları, Postüral Kontrol ve Gövde Kontrolü Üzerine Etkisi  
Randomize Kontrollü Çalışma**

Evrım GÖZ<sup>1</sup>, Berril DÖNMEZ ÇOLAKOĞLU<sup>2</sup>, Raif ÇAKMUR<sup>2</sup>, Birgül BALCI<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Evrim GÖZ

e-mail: [fzt\\_evrım@hotmail.com](mailto:fzt_evrım@hotmail.com) Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Balıkesir, Türkiye

**Geliş Tarihi / Received:** 31.12.2019, **Kabul Tarihi / Accepted:** 27.01.2020

Copyright holder Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

Bu araştırmanın pilot çalışması 2-5 Mayıs 2018 tarihlerinde gerçekleştirilen "1. International Health Science and Life Congress" isimli bilimsel toplantıda sözlü sunum olarak sunulmuştur.

## ÖZ

**Amaç:** Parkinson Hastalığı, istirahat tremoru, bradikinezi, rijidite ve postüral instabilitenin eşlik ettiği, ilerleyici ve nörodejeneratif bir hastalıktır. Bu çalışmanın amacı erken evre Parkinson hastalarında Pilates ve elastik bantlama uygulamalarının el fonksiyonları, postüral kontrol ve gövde kontrolü üzerine etkisini incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Hastalar randomize olarak Pilates, elastik bantlama ve kontrol grubu olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Hastalara 6 hafta boyunca haftada 2 kez 60 dakikalık Pilates eğitimi verildi. Elastik Bantlama grubuna Pilates eğitimine ek olarak haftada 2 kez sırt bölgesine postüral düzeltme amacıyla mekanik korreksiyon yöntemiyle elastik bant uygulandı. Hastalara eğitim öncesi ve sonrası Dokuz Delikli Peg Testi (9DPT) ile el fonksiyonu, Dengenin Kliniğe Uyarlanmış Duyusal Etkileşim Testi (DKUDET) ile postüral kontrol, Gövde Bozukluk Ölçeği (GBÖ) ile gövde kontrolü değerlendirildi.

**Bulgular:** Otuz beş hastanın verileri analiz edildi (Pilates grubu:11, Elastik bantlama grubu:12, Kontrol grubu:12). Üç grubun, 9DPT sonuçlarının tedavi öncesi (0. hafta) ve sonrası (6. hafta) değerleri arasında anlamlı fark tespit edilmedi ( $p>0.05$ ). Elastik bantlama grubunda GBÖ sonuçlarının 6. hafta sonunda anlamlı olarak arttığı, Pilates grubunda gözler açık ve kapalı koşullardaki ortalama DKUDET değerlerinin 6 hafta sonra anlamlı olarak iyileştiği görüldü ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Sonuç olarak erken evre Parkinson hastalarında Pilates ve elastik bantlama uygulamalarının gövde kontrolü ve postüral kontrolü arttırdığını ancak el fonksiyonunu geliştirmek için yeterli olmadığını düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Parkinson, Pilates, Elastik Bantlama, El Fonksiyonu, Gövde Kontrolü.

## Effects of Pilates and Elastic Taping on the Hand Functions, Postural Control and Trunk Control in Early Stage Parkinson's Patients– A Randomised Controlled Study

### ABSTRACT

**Aim:** Parkinson's disease is a progressive and neurodegenerative disease accompanied by rest tremor, bradykinesia, rigidity and postural instability. The aim of this study was to investigate the effect of Pilates and elastic taping applications on hand functions, postural control and trunk control in early stage Parkinson's patients.

**Material and Methods:** Patients were randomly divided into 3 groups as Pilates, elastic taping and control group. Patients were given 60-minute Pilates training twice a week for 6 weeks. In addition to Pilates training, elastic taping was applied twice a week for postural correction of the upper back in elastic taping group. Before and after the training, the patients were evaluated by Nine-Hole Peg Test (9HPT) for hand function, modified Clinical Test of Sensory Interaction on Balance (m-CTSIB) for postural control, and Trunk Impairment Scale (TIS) for trunk control.

**Results:** Thirty-five patients' data were analyzed (Pilates group: 11, Elastic taping group: 12, Control group: 12). Significant difference was not found between the pretreatment (0 weeks) and post-treatment (6 weeks) values of the 9HPT results of the three groups ( $p>0.05$ ). It was seen that the results of the TIS were significantly increased at the end of the 6th week in the elastic taping group, and the mean m-CTSIB values in the eyes open and closed conditions improved significantly after 6 weeks in the Pilates group ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** In conclusion, we suppose that Pilates and elastic taping applications increase trunk control and postural control in early stage Parkinson's patients, but it is not sufficient to improve hand function.

**Keywords:** Parkinson, Pilates, Elastic Taping, Hand Function, Trunk Control.



## GİRİŞ

Parkinson Hastalığı (PH), substansiya nigradaki dopaminerjik nöron kaybı ile karakterize, ilerleyici ve nörodejeneratif bir merkezi sinir sistemi hastalığıdır (Tambosco ve ark., 2014). İstirahat tremoru, bradikinezi, rijidite ve postüral instabilite PH'nin dört temel bulgusudur. Hastalık ilerleyişi kişiye göre değişmekte olup genellikle tek yanlı bulgu ile başlayarak, üçüncü yıldan sonra iki yanlı bulgular ortaya çıkmakta ve distalden proksimale doğru ilerlemektedir. İki ya da üç yıl içinde denge ve postüral kontrol bozuklukları da ortaya çıkmaktadır (Keus ve ark., 2004; Şahin ve ark., 2005). Hastaların %80'inde görülen ve ilk fark edilen bulgu üst ekstremitelerin distalinden başlayan istirahat tremorudur (Zesiewicz ve ark., 2019).

Postüral stabilizasyonda tamamlayıcı rol oynayan gövde, görev performansı sırasında dinamik stabilizasyon sağlayarak ekstremiteler hareketlerini kontrol etmektedir. Gövde stabilitesinin üst ekstremiteler işlevleri için ön koşul olduğu düşünülmekte ve el fonksiyonları üzerine gövde kontrolünün etkisi olduğu varsayılmaktadır. Postüral kontrol ve ince motor fonksiyonlar arasında güçlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir (Rosenblum ve ark., 2003; Wee ve ark., 2015).

Gövde, postüral kontrolün bütünleyici bir parçası olan "core" (çekirdek) stabiliteden sorumludur. Pilates yöntemi, "core" bölgesi kaslarının endurans, kuvvet ve fleksibilitesini artırarak denge ve dinamik postüral kontrolü geliştirmeyi hedefleyen egzersiz yaklaşımıdır (Doucett ve ark., 2013; Shah ve ark., 2013; Suárez-Iglesias ve ark., 2019). Erken ve orta evre (evre 1-3) Parkinson hastalarında Pilates eğitiminin, postüral stabilite, eklem hareket açıklığı, fiziksel uygunluk, kas kuvveti, hareket ve yaşam kalitesinde artışa yol açtığı ve düzgün vücut dizilimini sağladığı gösterilmiştir (Johnson ve ark., 2013; Mollinedo-Cardalda ve ark., 2016; Suárez-Iglesias ve ark., 2019). Bu yöntem sağlıklı kişilerde fleksibilitayı, dinamik dengeyi ve kassal enduransı iyileştirmede etkilidir. Pilates ile sağlanan proksimal kuvvet artışının distal kontrolü de kolaylaştıracağı düşünülmektedir (Doucett ve ark., 2013). Son yıllarda rehabilitasyon alanında sıklıkla kullanılan elastik bantlamanın proprioseptif stimülasyonu ve gövde kaslarının aktivasyonunu artırarak gövde kontrolünü arttırabileceği böylece üst ekstremiteler fonksiyonlarının gelişimine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Ayrıca skapula çevresine mekanik korreksiyon yöntemiyle uygulanan bantlamanın düzgün dizilimi desteklediği, istirahat ve hareket sırasında kinestetik duyuyu arttırdığı ve proprioseptif girdi sağladığı için üst ekstremiteler fonksiyonlarını geliştirdiği bilinmektedir (Shah ve ark., 2013).

Bildiğimiz kadarıyla literatürde Parkinson hastalarında Pilates ve elastik bantlama uygulamalarının el fonksiyonu, gövde ve postüral kontrol üzerine etkisini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Buradan yola çıkarak biz bu çalışmada Pilates eğitimi ve elastik bantlama uygulamalarıyla gövde ve postüral kontrolün değişimi ile el fonksiyonlarındaki değişimi incelemeyi planladık. Bu çalışmanın amacı erken evre Parkinson hastalarında Pilates ve elastik bantlama uygulamalarının el fonksiyonları, postüral kontrol ve gövde kontrolüne etkisini incelemektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

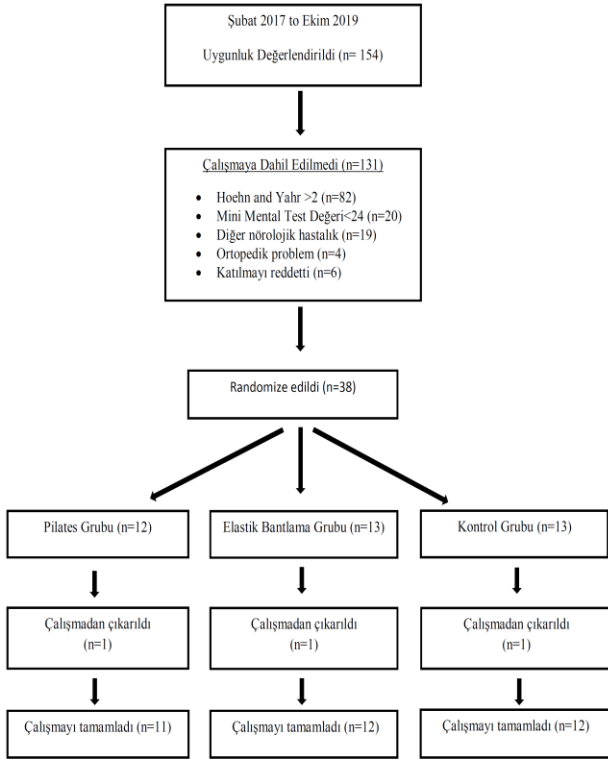
Araştırma randomize kontrollü bir çalışma olup Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı iş birliği ile DEÜ Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu'nda Şubat 2017- Ekim 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. İngiltere Parkinson Hastalığı Derneği Beyin Bankası tanı kriterlerine göre uzman Nörolog tarafından İdiopatik Parkinson hastalığı tanısı almış, Mini Mental test değeri  $\geq 24$  (Conradsson ve ark., 2015), Modifiye Hoehn-Yahr ölçeği  $\leq 2$  (Goetz ve ark., 2004) olan, 18 yaş ve üstü, bağımsız olarak en az 1 dakika ayakta duran ve en az 10 m desteksiz yürüyebilen, araştırma süresince ilaç ve doz değişimi olmayan hastalar çalışmaya dahil edildi. Parkinson Hastalığı ile ilişkili olmayan yürüme ve denge yeteneğini olumsuz etkileyen nörolojik, ortopedik ya da görsel işlev bozukluğu olan, PH ile ilgili cerrahi hikayesi olan (Derin Beyin Stimülasyonu vb.), son 6 ay içinde bir fizyoterapi programına katılmış olan ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışmaya alınmadı.

Bu çalışma, 17.11.2016 tarihinde 3013-GOA protokol numaralı 2016/29-19 karar numarası ile DEÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır. Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan gönüllü hastalara çalışmanın amacı ve uygulanacak yöntemler okutularak/okunarak bilgilendirilmiş olur imzalandı. Çalışma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yürütüldü.

Örnekleme büyüklüğü hesaplaması, PH konusundaki benzer çalışmalara dayandırılmıştır (Conradsson ve ark., 2015). Bu veri doğrultusunda G-Power (ver. 3.1) yazılımı kullanılarak %95 güven aralığı, %80 çalışma gücü ve Tip 1 hata olasılığı ve 0.72 etki büyüklüğü için her grupta (Pilates, elastik bantlama ve kontrol grupları) 8 kişi olmak üzere toplam 24 kişi olarak hesaplandı. Hastaların çalışmayı bırakma ya da çalışma dışı bırakılma olasılığı (drop out) da dikkate alınarak her grupta en az 10 kişi olmak üzere toplam 30 hastanın çalışmaya alınması planlandı. Hastalar kapalı zarf yöntemi ile rasgele şekilde iki çalışma (Pilates, elastik bantlama) ve bir kontrol grubu olmak üzere toplam üç gruba ayrıldı.

Hastalar kullandıkları Parkinson ilaçlarına göre "ON" döneminde iken tedavi öncesi (0. hafta) ve tedavi sonrasında (6. hafta) değerlendirildi. Kontrol grubunda da 0. hafta (ilk) ve 6. haftada (son) değerlendirmeler yapıldı. Pilates eğitimi, nörolojik fizyoterapi alanında deneyimli ve Pilates eğitimi sertifikası olan bir fizyoterapist eşliğinde uygulandı. Takip sürecinde tüm hastalar rutin medikal tedavilerine (dopaminerjik) devam etti.

Çalışmaya Pilates grubunda 12, elastik bantlama grubunda 13 ve kontrol grubunda 13 olmak üzere toplam 38 hasta ile başlandı. Pilates ve kontrol grubundan birer kişi özel nedenlerle, elastik bantlama grubundan da 1 hasta ikincil sağlık sorunları sebebiyle çalışmadan ayrıldı. Pilates grubunda 11, elastik bantlama grubunda 12 ve kontrol grubunda 12 olmak üzere toplam 35 hastanın verileri analiz edildi. Çalışma sürecinin akış şeması Şekil 1'de gösterildi.



Şekil 1. Çalışmanın akış şeması

## Uygulamalar

### Pilates Grubu

İlk değerlendirmeler sonrasında hastalara 2-3 kişilik gruplar halinde haftada 2 gün, 6 hafta boyunca fizyoterapist eşliğinde ortalama 1 saatlik Pilates eğitimi verildi. Hem Pilates hem de elastik bantlama grubunda egzersiz 10-12 tekrar ile başladı ve 4. haftadan itibaren egzersiz tekrar sayısı 20'ye çıkarıldı. Pilates eğitimi öncesinde, eğitim prensipleri ve egzersizler hakkında bireyleri bilgilendirmek amacıyla özel bir seans düzenlendi. Solunum, konsantrasyon, merkeze odaklanma, kontrol, kesinlik ve akıcı hareketi içeren temel prensipler öğretildi. Bireylerden egzersiz yaparken bu prensiplere odaklanmaları ve bunları sürdürmeye çalışmaları istendi. Her hareket ilk olarak, fizyoterapist tarafından uygulamalı olarak gösterildi. Fizyoterapist, eğitim boyunca hareketleri kontrol etti ve gerekli düzeltmeler için taktik, sözel ve imgeleme gibi ipuçları kullandı. Pilates eğitiminin zorluk seviyesindeki ilerleme, 4. haftada hastaların performansı ve Pilates prensiplerine göre, egzersiz sırasındaki vücut pozisyonları, egzersiz topu ve bant kullanımı değiştirilerek (Theraband Elastic Band Hygienic Corporation, Akron, Ohio) gerçekleştirildi. Egzersiz programı ısınma egzersizleriyle başlayıp, 45 dakikalık temel Pilates egzersizlerinden sonra soğuma egzersizleriyle sonlandırıldı (Oksuz ve ark., 2017). Pilates programının detayları Tablo 1'de gösterildi.

Tablo 1. Pilates egzersiz programı

| Program                              |   |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
|--------------------------------------|---|-----------------|----------------------|-------------|--------------|--------------------|-------------------------|----------------------|------------|------------------|--------------------|--------------|----------------------|----------------|---------------------|-------------------|--|----------------|--|
| Isınma egzersizleri 10 dakika        | Solunum<br>Merkeze odaklanma<br>Boyun, gövde ve ekstremiteler mobilite egzersizleri   |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| Temel Pilates Egzersizleri 40 dakika | <table border="1"> <tr> <td>“Shoulder drop”</td> <td>“Up/Down Side Kicks”</td> </tr> <tr> <td>“Chestlift”</td> <td>“Side Lift”</td> </tr> <tr> <td>“Hundred”</td> <td>“Spine Stretch Forward”</td> </tr> <tr> <td>“Single Leg Circles”</td> <td>“Press Up”</td> </tr> <tr> <td>“Single Stretch”</td> <td>“Single Leg Kicks”</td> </tr> <tr> <td>“Crisscross”</td> <td>“Modified scarecrow”</td> </tr> <tr> <td>“Side to side”</td> <td>“Modified swimming”</td> </tr> <tr> <td>“Shoulder Bridge”</td> <td></td> </tr> <tr> <td>“Book Opening”</td> <td></td> </tr> </table> | “Shoulder drop” | “Up/Down Side Kicks” | “Chestlift” | “Side Lift”  | “Hundred”          | “Spine Stretch Forward” | “Single Leg Circles” | “Press Up” | “Single Stretch” | “Single Leg Kicks” | “Crisscross” | “Modified scarecrow” | “Side to side” | “Modified swimming” | “Shoulder Bridge” |  | “Book Opening” |  |
| “Shoulder drop”                      | “Up/Down Side Kicks”  |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| “Chestlift”                          | “Side Lift”   |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| “Hundred”                            | “Spine Stretch Forward”   |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| “Single Leg Circles”                 | “Press Up”  |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| “Single Stretch”                     | “Single Leg Kicks”  |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| “Crisscross”                         | “Modified scarecrow”  |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| “Side to side”                       | “Modified swimming”   |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| “Shoulder Bridge”                    |   |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| “Book Opening”                       |   |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| Soğuma Egzersizleri 10 dakika        | <table border="1"> <tr> <td>“Child’s Pose”</td> </tr> <tr> <td>“Modified Mermaid”</td> </tr> <tr> <td>“Lunges”</td> </tr> <tr> <td>“Knee Lifts”</td> </tr> <tr> <td>“Standing Balance”</td> </tr> </table>  | “Child’s Pose”  | “Modified Mermaid”   | “Lunges”    | “Knee Lifts” | “Standing Balance” |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| “Child’s Pose”                       |   |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| “Modified Mermaid”                   |   |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| “Lunges”                             |   |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| “Knee Lifts”                         |   |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| “Standing Balance”                   |   |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |
| <b>Toplam 60 dakika</b>              |   |                 |                      |             |              |                    |                         |                      |            |                  |                    |              |                      |                |                     |                   |  |                |  |

### Elastik Bantlama Grubu

Elastik bantlama grubunda, Pilates grubuyla aynı egzersizler uygulandı. Bu gruptaki hastalara, her egzersiz seansının sonunda postüral düzeltme için mekanik korreksiyon tekniğiyle Kinesio Tex Gold FP elastik bant (5 cm) uygulandı ve her seansta bant yenilendi. Su geçirmez, gözenekli, yapışkan, 0,5 mm kalınlığında olan bant, postüral düzeltme amacıyla sırt bölgesine uygulandı. Bantlama, %0 gerim uygulanarak akromioklavikular eklemden başladı ve torakal 7. vertebra hizasına kadar %75-100 gerim ile devam etti. Torakal 7. vertebra seviyesinden sonra %0 gerim ile sonlandırıldı. Bu yöntemle sağ ve sol akromiyonun ön kısmından sırtta doğru diagonal, 2 adet I-şekilli elastik bant uygulandı (Greig ve ark., 2008) (Şekil 2).



Şekil 2. Elastik bantlama uygulaması

**Kontrol Grubu**

Kontrol grubundaki hastalar, bekleme listesine alındı ve rutin medikal tedavilerine devam edildi. Değerlendirmeler bu grupta da 0. ve 6. haftada uygulandı. Çalışma tamamlandıktan sonra egzersiz programına dahil edilmeleri planlandı.

**Ölçüm Yöntemleri**

Parkinson hastalarının klinik özellikleri Modifiye Hoehn Yahr ölçeğiyle 5 ana ve 2 ara evrede değerlendirildi. Evre 1 en düşük, evre 5 en yüksek hastalık şiddetini göstermektedir (Goetz ve ark., 2004).

**El Fonksiyonları**

**Dokuz Delikli Peg Testi (9DPT):** Nörolojik hastalıklar da dahil olmak üzere çeşitli hasta popülasyonlarında üst ekstremitte fonksiyonunun değerlendirilmesi için sıklıkla kullanılan geçerli güvenilir bir beceri testidir. Test sırasında hastadan küçük bir kutudaki 9 küçük çiviye üzerinde 9 delik bulunan tahtaya mümkün olduğunca hızlı bir şekilde dizmesi ve bitirdikten sonra hemen çıkarıp kutuya geri yerleştirmesi istendi. Teste dominant el ile başlandı, her iki el için de uygulandı ve süre elin çubuklara temas ettiği an başlayacak ve son çubuk kutuya konulduğunda bitirilecek şekilde kronometre ile saniye olarak ölçüldü. Her el için test iki kez tekrarlandı ve ortalama değer hesaplandı (Gammon, 2011).

**Gövde Kontrolü**

**Gövde Bozukluk Ölçeği (GBÖ):** Gövde Bozukluk Ölçeği, inme sonrası gövde fonksiyon bozukluklarını ölçmek için geliştirilmiştir. Statik ve dinamik oturma dengesi ve gövde koordinasyonunu ölçmektedir. Üç maddeden oluşan statik oturma dengesi 0-7 arasında, 10 maddeden oluşan dinamik oturma dengesi 0-10 arasında ve 4 maddeden oluşan gövde koordinasyonu ise 0-6 arasında puanlanmaktadır. Toplam puan 0-23 arasında değişmekte ve yüksek puan daha iyi gövde kontrolünü göstermektedir. Parkinson hastaları erken evrelerinde gövdenin motor bozukluklarını tespit edebildiği belirtilmiş ve yapısal geçerliliği gösterilmiştir (Verheyden ve ark., 2004; Verheyden ve ark., 2007).

**Postüral Kontrol****Tablo 2: Hastaların demografik özellikleri**

|  |       | Pilates Grubu<br>n=11 | Elastik Bantlama Grubu<br>n=12 | Kontrol Grubu<br>n=12 | p     |
|--|-------|-----------------------|--------------------------------|-----------------------|-------|
| Cinsiyet<br>n (%)  | Kadın | 1 (9.09)              | 3 (25.0)                       | 5 (41.7)              | -     |
|  | Erkek | 10 (90.9)             | 9 (75.0)                       | 7 (58.3)              |       |
| Yaş (yıl)  |       | 65.0 (64.0-74.0)      | 62.5 (57.3-66.7)               | 63.0 (61.0-69.5)      | 0.38  |
| BKİ (kg/m <sup>2</sup> )   |       | 25.9 (24.7-29.7)      | 29.3 (27.2-33.7)               | 25.5 (24.6-30.5)      | 0.05  |
| Hastalık süresi (ay)   |       | 42.0 (3.0-98.0)       | 27.0 (1.5-60.0)                | 27.0 (12.0-120.)      | 0.85* |
| Hoehn and Yahr evresi  |       | 2.0 (1.5-2.0)         | 2.0 (1.0-2.0)                  | 2.0 (1.0-2.0)         | 0.57* |
| <i>Kruskal Wallis Test, ortanca (çeyrekler arası aralık), BKİ: Beden Kitle İndeksi</i> |       |                       |                                |                       |       |

NeuroCom Balance Master denge ve performans test cihazı (NeuroCom System Version 8.1.0, B 100718, 1989-2004.) ile postüral kontrol değerlendirildi. Parkinson hastalarında denge bozukluğunun değerlendirilmesinde geçerli ve güvenilir bir yöntem olarak kabul edilmektedir (Harro ve ark., 2016).

**Dengenin Kliniğe Uyarlanmış Duyusal Etkileşim Testi (DKUDET):** Postüral salınım ölçümü için Dengenin Kliniğe Uyarlanmış Duyusal Etkileşim Testi kullanıldı. Farklı duyuşal koşullarda vücut salınımı (%/sn) ölçülmektedir: (1) Sert zeminde gözler açık ayakta durma, (2) Sert zeminde gözler kapalı ayakta durma. Vücut salınımının az olması postüral kontrolün iyi olduğunu göstermektedir (NeuroCom® International Inc., 2003; NeuroCom® International Inc. 2007).

Araştırmanın istatistiksel analizi "Statistical Package for Social Sciences" [SPSS] Version 22.0 (SPSS inc. Chicago, IL, ABD) programı ile gerçekleştirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Shapiro-Wilk Testi) incelendi. Tanımlayıcı analizler normal dağılmayan değişkenler için ortanca ve çeyrekler arası aralık değerleri kullanılarak verildi. Grupların demografik özelliklerinin karşılaştırılması Kruskal Wallis Testi ile yapıldı. Pilates, elastik bantlama ve kontrol gruplarının tedavi öncesi (0. hafta) ve sonrası (6. hafta) ölçümlerinin karşılaştırması Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi ile yapıldı. Pilates, elastik bantlama ve kontrol gruplarının tedavi öncesi (0. hafta) ve sonrası (6. hafta) ölçümlerinin gruplar arası karşılaştırması Kruskal Wallis Testi ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p < 0.05 olarak kabul edildi (Hayran ve ark., 2011).

**BULGULAR**

Pilates grubunda 1 kadın (%9.09), 10 erkek (%90.9); elastik bantlama grubunda 3 kadın (%25), 9 erkek (%75) ve kontrol grubunda 5 kadın (%41.66), 7 erkek (%58.33) olmak üzere toplam 35 hastanın verileri analiz edildi. Tedavi grupları yaş, beden kitle indeksi (BKİ), hastalık süresi ve Modifiye Hoehn-Yahr ölçeğine göre hastalık şiddeti açısından benzerdi (p>0.05, Tablo 2).

Üç grubun, 9DPT sonuçlarının tedavi öncesi (0. hafta) ve sonrası (6. hafta) değerleri arasında anlamlı fark tespit edilmedi (Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi,  $p>0.05$ , Tablo 3).

Elastik bantlama grubunda GBÖ sonuçları 6. Hafta sonunda anlamlı olarak artarken ( $p<0.05$ ) Pilates ve kontrol gruplarında GBÖ sonuçlarının tedavi öncesi (0. hafta) ve sonrası (6. hafta) değerleri arasında anlamlı fark tespit edilmedi (Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi,  $p>0.05$ , Tablo 3).

Pilates grubunda gözler açık ve kapalı koşullardaki ortalama DKUDET değerlerinin 6 hafta sonra anlamlı olarak iyileştiği görüldü ( $p<0.05$ ). Elastik bantlama ve

kontrol gruplarında tedavi sonrasında gözler açık ve kapalı koşullardaki ortalama DKUDET sonuçları anlamlı iyileşme göstermedi (Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi,  $p>0.05$ , Tablo 3).

Tedavi öncesi 9DPT, GBÖ ve DKUDET sonuçları açısından Pilates, elastik bantlama ve kontrol grupları arasında anlamlı fark görülmedi (Kruskal Wallis Testi, 9DPT;  $p=0.18$ , GBÖ;  $p=0.97$ , DKUDET;  $p=0.95$ ). Tedavi sonrası 9DPT, GBÖ ve DKUDET sonuçları açısından Pilates, elastik bantlama ve kontrol grupları arasında anlamlı fark görülmedi (Kruskal Wallis Testi, 9DPT;  $p=0.18$ , GBÖ;  $p=0.34$ , DKUDET;  $p=0.78$ ).

**Tablo 3. Hastaların tedavi öncesi ve sonrası değerlendirme sonuçları**

|   | Pilates Grubu<br>n=11<br>ortanca (çeyrekler arası aralık) |                     |        | Elastik Bantlama Grubu<br>n=12<br>ortanca (çeyrekler arası aralık) |                     |        | Kontrol Grubu<br>n=12<br>ortanca (çeyrekler arası aralık) |                     |      |
|---|---|---------------------|--------|--|---------------------|--------|---|---------------------|------|
|   | 0. hafta  | 6. hafta            | P      | 0. hafta   | 6. hafta            | P      | 0. hafta  | 6. hafta            | P    |
| 9DPT (sn)   | 29.3<br>(24.4-30.9)                                       | 29.3<br>(24.9-32.7) | 0.54   | 28.1<br>(25.8-32.9)  | 27.2<br>(25.9-29.3) | 0.18   | 25.8<br>(22.8-29.0)                                       | 25.4<br>(23.0-28.2) | 0.81 |
| GBÖ (puan)  | 21.0<br>(19.0-22.0)                                       | 21.0<br>(20.0-23.0) | 0.13   | 20.5<br>(19.2-22.5)  | 22.0<br>(22.0-23.0) | 0.014* | 20.5<br>(19.0-23.0)                                       | 20.5<br>(19.0-23.0) | 0.93 |
| DKUDET ortalama<br>(%/sn)   | 0.30<br>(0.25-0.35)                                       | 0.25<br>(0.25-0.30) | 0.009* | 0.30<br>(0.25-0.40)  | 0.35<br>(0.22-0.35) | 0.56   | 0.32<br>(0.30-0.40)                                       | 0.28<br>(0.35-0.40) | 0.76 |
| *Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi, $p<0.05$ , ortanca (çeyrekler arası aralık)<br>9DPT: 9 Delikli Peg Testi, GBÖ: Gövde Bozukluk Ölçeği, DKUDET: Dengenin Kliniğe Uyarlanmış Duyusal Etkileşim Testi |   |                     |        |  |                     |        |   |                     |      |

## TARTIŞMA

Erken evre Parkinson hastalarında Pilates ve elastik bantlama uygulamalarının el fonksiyonları, postüral kontrol ve gövde kontrolü üzerine etkisini incelemeyi amaçladığımız çalışmanın sonucunda elde ettiğimiz temel bulgu Parkinson hastalarında Pilates eğitiminin postüral kontrol üzerine ve Pilates eğitimi ile birlikte uygulanan elastik bantlama uygulamasının ise gövde kontrolü üzerine iyileştirici etkisi olduğu ancak bu iyileşmenin el fonksiyonlarını geliştirmek için yeterli olmadığıdır. Bununla birlikte Pilates ve elastik bantlama grupları arasında tedavi etkinliği açısından fark olmadığı da görülmüştür. Pilates yöntemi, gövdedeki güç evinin ya da postüral kontrol kaslarının farkındalığını ve günlük aktiviteler sırasında bu kaslardaki aktivasyonu artırır.

Tüm egzersizler gövdeye odaklanmıştır ve gövde tüm hareketlerin temelidir. Pilates eğitimi başta transversus abdominis kası olmak üzere multifidus ve pelvik taban kaslarının aktivasyonunu artırarak gövde stabilizasyonunu arttırmaktadır. Gövde stabilizasyonu artışı omuz eklemine de benzer etki oluşmakta böylece dirsek, el bileği ve parmak fonksiyonlarında gelişim görülmektedir (Anderson ve ark., 2000; Doucett ve ark., 2013; Wee ve ark., 2015). Çalışmamızda Pilates ve elastik bantlama uygulamalarının gövde kontrolüne etkisini GBÖ ile inceledik. Benzer olarak Normann ve ark. Multiple Skleroz hastalarına 5 haftalık core stabilizasyon eğitimi vermiş ve GBÖ ile değerlendirdikleri gövde kontrolünün eğitim sonrasında arttığını bildirmiştir (Normann ve ark., 2016). Ancak aynı ölçeği kullanan Küçük ve ark. Multiple Skleroz hastalarında 8 haftalık Pilates uygulamasından sonra gövde kontrolünde anlamlı bir gelişim olmadığını

belirtmiştir (Küçük ve ark., 2016). Bizim çalışmamızda ise Parkinson hastalarında 6 haftalık Pilates eğitimi sonunda Pilates eğitimine ek olarak elastik bantlama uygulanan grupta gövde kontrolünde anlamlı iyileşme görülürken, kontrol grubunda ve yalnız Pilates eğitimi alan grupta gövde kontrolü açısından bir değişim olmadığı gözlenmiştir. Pilates ve elastik bantlamanın birlikte uygulandığı grupta sırt bölgesine uygulanan elastik bantlamanın proprioseptif girdiyi artırarak gövde kontrolünün gelişmesine katkı sağladığını düşünmekteyiz. Literatürde Pilates egzersizlerinin postüral salınım üzerine etkisini inceleyen çalışmalar incelendiğinde, Newell ve ark. sağlıklı yaşlı bireylerde Pilates egzersizlerinin postüral salınım üzerine etkisi olmadığını bildirmiştir (Newell ve ark., 2012). Benzer olarak Johnson ve ark. Parkinson hastalarına 6 hafta Pilates uyguladığı ve statik postürografi ile postüral salınımı değerlendirdiği çalışmada Pilates eğitimi sonrasında postüral salınım değerlerinde anlamlı bir değişim olmadığını belirtmiştir (Johnson ve ark., 2013). Bizim çalışmamızda da elastik bantlama grubunda postüral salınım değerlerinde bir değişim görülmez iken Pilates uygulanan grupta 6. haftada postüral salınımın azaldığı böylece postüral kontrolün arttığı görülmüştür. Parkinson hastalarında vestibüler, proprioseptif ve muskuloskeletal sistemlerde ortaya çıkan bozukluklar gövde kontrolünün azalmasına ve postüral kontrol yetersizliğine yol açmaktadır. Postüral kontrol el fonksiyonunu etkileyen etmenlerden biridir. Uzanma, kavrama ve pozisyon değiştirme gibi üst ekstremitte fonksiyonlarının gerçekleştirilebilmesi için stabil bir gövde gerekmektedir (Söke ve ark., 2018).



Bizim çalışmamız literatürde PH'de Pilates ve elastik bantlama uygulamasının el fonksiyonlarına etkisini inceleyen ilk çalışmadır. Farklı hasta gruplarında Pilates eğitiminin el fonksiyonlarına etkisini inceleyen benzer çalışmalar bulunmaktadır. Soysal Tomruk ve ark. 36 boyun ağrılı hastada yaptığı çalışmada ise 8 hafta Pilates uygulamış ve 9DPT ile değerlendirdiği el fonksiyonunda gelişim olduğunu bildirmiştir (Soysal Tomruk ve ark., 2018). Meme kanseri olan hastalarda Şener ve ark. (Şener ve ark., 2017) 8 haftalık Pilates eğitimiyle üst ekstremité fonksiyonlarının arttığını, Keays ve ark. (Keays ve ark., 2008) ise 12 haftalık Pilates eğitimi ile üst ekstremité fonksiyonlarında anlamlı bir değişim olmadığını bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda ise Pilates ve elastik bantlama uygulamaları sonrasında üst ekstremité fonksiyonlarında herhangi bir değişim gözlenmemiştir. Parkinson Hastalığında hastalık şiddeti arttıkça motor bulguların arttığı ve el fonksiyonlarının kötüleştiği bilinmektedir (Oğuz ve ark., 2009). Gammon ve ark. PH'de 9DPT'nin geçerlilik ve güvenilirliğini araştırdığı bir çalışmada PH evresi ilerledikçe 9DPT süresinin arttığı belirtilmiştir (Gammon ve ark., 2011). Evre 1'de ortalama 9DPT süresinin 23.5±5.6 iken evre 4'te bu ortalamamızın 43.3±15.9 olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızın örneklemini evre 1, 1.5 ve 2 olan PH hastaları oluşturduğu için tedavi öncesi 9DPT sürelerinin ortalamalara göre daha kısa olduğu görülmüştür. Bu nedenle Pilates ve elastik bantlama eğitimi ile erken evre Parkinson hastalarında gövde ve postüral kontrolde iyileşme görüldüğü halde bu iyileşme el fonksiyonlarını etkileyecek düzeyde olmamıştır. Çünkü erken evre hastalarında hem gövde ve postüral kontrol hem de el fonksiyonları etkilenimi düşük olduğu için eğitim sonrası değerlendirme sonuçlarında belirgin değişimler gözlenmemiştir. Bununla birlikte PH'de el fonksiyonlarındaki yetersizlik sadece muskuloskeletal veya proprioseptif kayıptan değil dopaminerjik sistemdeki nörodejenerasyondan da kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte ellerde görülen tremor, hastalığın temel bulgusunu oluşturmaktadır. Tüm bu sebeplerden dolayı, Pilates ve elastik bantlama uygulamalarının el fonksiyonunu iyileştirmek için yeterli olmadığını düşünmekteyiz.

Çalışmamızın güçlü yanları; kullandığımız veri toplama araçlarının objektif ölçüm yöntemlerini içermesi ve Parkinson hastalarında Pilates ve elastik bantlama uygulamalarının el fonksiyonları, postüral kontrol ve gövde kontrolünü üzerine etkisini ele alan ilk randomize kontrollü çalışma olmasıdır. Araştırmamızın en temel limitasyonu örnek büyüklüğünün 35 kişi ile sınırlı kalmasıdır.

## SONUÇ

Parkinson hastalarında gövde kontrolü ve postüral kontrolün artırılması amaçlandığı zaman, tedavi programlarına Pilates ve elastik bantlama uygulamalarının eklenmesi faydalı olabilir. Sonuç olarak erken evre Parkinson hastalarında Pilates ve elastik bantlama uygulamalarının gövde kontrolü ve postüral kontrolü arttırdığını ancak el fonksiyonunu geliştirmek için yeterli olmadığını düşünmekteyiz.

**Çıkar Çatışması:** Yok

## KAYNAKLAR

- Anderson, B. D., & Spector, A. (2000). Introduction to Pilates-based rehabilitation. *Orthopaedic Physical Therapy Clinics of North America*, 3, 395-410.
- Conradsson, D., Löfgren, N., Nero, H., Hagströmer, M., Ståhle, A., Lökk, J., & Franzén, E. (2015). The effects of highly challenging balance training in elderly with Parkinson's disease: a randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and neural repair*, 9, 827-836.
- Doucett, A., & Seminary, J. (2013). Pilates Adapted for Parkinson's Disease and Multiple Sclerosis. *University of Puget Sound*.
- Gammon E, J. C., Terry E, Matt F, Bo F. (2011). The 9-hole PEG test of upper extremity function: average values, test-retest reliability, and factors contributing to performance in people with Parkinson disease. *J Neurol Phys Ther*. 4, 157-163.
- Goetz, C. G., Poewe, W., Rascol, O., Sampaio, C., Stebbins, G. T., Counsell, C., Wenning, G. K. (2004). Movement Disorder Society Task Force report on the Hoehn and Yahr staging scale: status and recommendations the Movement Disorder Society Task Force on rating scales for Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 9, 1020-1028.
- Greig, A. M., Bennell, K. L., Briggs, A. M., & Hodges, P. W. (2008). Postural taping decreases thoracic kyphosis but does not influence trunk muscle electromyographic activity or balance in women with osteoporosis. *Manual therapy*, 3, 249-257.
- Harro, C. C., Marquis, A., Piper, N., & Burdis, C. (2016). Reliability and validity of force platform measures of balance impairment in individuals with Parkinson disease. *Physical therapy*, 12, 1955-1964.
- Hayran, M. (2011). Hayran M. Sağlık araştırmaları için temel istatistik. 1st ed. Ankara: *Omega yayınları*.
- Johnson, L., Putrino, D., James, I., Rodrigues, J., Stell, R., Thickbroom, G., & Mastaglia, F. L. (2013). The effects of a supervised Pilates training program on balance in Parkinson's disease. *Advances in Parkinson's Disease*, 2, 58-61.
- Keays, K. S., Harris, S. R., Lucyshyn, J. M., & MacIntyre, D. L. (2008). Effects of Pilates exercises on shoulder range of motion, pain, mood, and upper-extremity function in women living with breast cancer: a pilot study. *Physical therapy*, 4, 494-510.
- Keus S, H. E., Bloem B, Bredero-Cohen A, Goede C, Van Haaren M ve ark. (2004). KNGF Guidelines for physical therapy in patients with Parkinson's disease. *Dutch Journal of Physiotherapy*, 3, 5-84.
- Küçük, F., Kara, B., Poyraz, E. Ç., & İdman, E. (2016). Improvements in cognition, quality of life, and physical performance with clinical Pilates in multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Journal of physical therapy science*, 3, 761-768.
- Mollinedo-Cardalda, I., Carral, J. M. C., & Rodriguez-Fuentes, G. (2016). Pilates method guidelines for physical therapy in patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 22, e65-e66.
- Newell, D., Shead, V., & Sloane, L. (2012). Changes in gait and balance parameters in elderly subjects attending an 8-week supervised Pilates programme. *Journal of bodywork and movement therapies*, 4, 549-554.
- Normann, B., Salvesen, R., & Christin Arntzen, E. (2016). Group-based individualized core stability and balance training in ambulant people with multiple sclerosis: a pilot feasibility test-retest study. *European Journal of Physiotherapy*, 3, 173-178.



- NeuroCom® International, Inc. (2003). Instruction for use: Balance master®system operator's manual. *Version 8.1. Copyright ©*
- NeuroCom® International, Inc. (2007). Objective Quantification of Balance and Mobility. Clacamas, *OR*.
- Oğuz, S., Tekeoğlu, A., Mutluay, F., İşsever, H., Kızıltan, G., Özekmekçi, S., & Gürses, H. N. (2009). Parkinson hastalarında üst ekstremitte performansının değerlendirilmesi: Dokuz delikli peg testi ile birleştirilmiş parkinson hastalığı değerlendirme ölçeği'nin karşılaştırılması. *Turk J Physiother Rehabil*, 2, 49-55.
- Oksuz, S., & Unal, E. (2017). The effect of the clinical pilates exercises on kinesiophobia and other symptoms related to osteoporosis: Randomised controlled trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 26, 68-72.
- Rosenblum, S., & Josman, N. (2003). The relationship between postural control and fine manual dexterity. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 4, 47-60.
- Shah, D., Balusamy, D., Verma, M., & Jui, G. (2013). Comparative study of the effect of taping on scapular stability and upper limb function in recovering hemiplegics with scapular weakness. *Chronicles of Young Scientists*, 2, 121.
- Söke, F., Kul Karaali, H., Ilgin, D., Yüksel, E., Özcan, Ö., Arslan T. (2018). Relationship between postural control and hand function in the subjects aged 65 years and over. *Turk J Physiother Rehabil*, 1, 33-38.
- Suárez-Iglesias, D., Miller, K. J., Seijo-Martinez, M., & Ayán, C. (2019). Benefits of Pilates in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*, 8, 476.
- Şahin, G. (2005). Hareket Bozuklukları. In K. Selekler (Ed.), *Pocket Companion to Neurology in Clinical Practice* (pp. 551-577). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Şener, H. Ö., Malkoç, M., Ergin, G., Karadibak, D., & Yavuzşen, T. (2017). Effects of clinical Pilates exercises on patients developing lymphedema after breast cancer treatment: a randomized clinical trial. *The journal of breast health*, 1, 16.
- Tambosco, L., Percebois-Macadré, L., Rapin, A., Nicomette-Bardel, J., & Boyer, F.-C. (2014). Effort training in Parkinson's disease: a systematic review. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 2, 79-104.
- Soysal Tomruk, M., Kara, B., Tomruk, M., & Arda, M. (2018). AB1434-HPR Effects of core stability exercises on grip strength and manual dexterity in patients with chronic neck pain: *BMJ Publishing Group Ltd*.
- Verheyden, G., Nieuwboer, A., Mertin, J., Preger, R., Kiekens, C., & De Weerd, W. (2004). The Trunk Impairment Scale: a new tool to measure motor impairment of the trunk after stroke. *Clinical rehabilitation*, 3, 326-334.
- Verheyden, G., Willems, A.-M., Ooms, L., & Nieuwboer, A. (2007). Validity of the trunk impairment scale as a measure of trunk performance in people with Parkinson's disease. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 10, 1304-1308.
- Wee, S. K., Hughes, A.-M., Warner, M. B., Brown, S., Cranny, A., Mazomenos, E. B., & Burrige, J. H. (2015). Effect of trunk support on upper extremity function in people with chronic stroke and people who are healthy. *Physical therapy*, 8, 1163-1171.
- Zesiewicz, T. A. (2019). Parkinson Disease. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 4, 896-918.





## Bir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulundaki Öğrencilerde Duygusal İştah ile Obezite Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Zehra Betül ERKAYA<sup>1</sup>, A. Ferdane OĞUZÖNCÜL<sup>2</sup>, Osman KURT<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Z.İ.N.D.E. Sağlıklı Yaşam ve Diyet Danışmanlık Merkezi

<sup>2</sup> Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Osman KURT

e-mail: drkurtosman@gmail.com Fırat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

**Geliş Tarihi / Received:** 06.01.2019, **Kabul Tarihi / Accepted:** 27.02.2020

Copyright holder Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma; 19-50 yaşlarındaki erişkin kişilerin pozitif ve negatif duygu durumlarındaki duygusal iştahlarının obezite ile bağlantısının açıklanması amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel/tanımlayıcı tipte olan bu çalışmada örneklem seçilmeden evrenin tümüne (n=1030) ulaşılması hedeflenmiş olup 815'ine ulaşılmıştır (Yanıtlama oranı %79.1 olarak bulunmuştur). Katılımcılara anket uygulanmıştır. Anket formu bireylere ait sosyodemografik bilgiler, sağlık bilgileri, beslenme alışkanlıkları, antropometrik ölçümler, üç faktörlü beslenme ölçeği, duygusal iştah ölçeği ve yeme davranış testi (EAT-26) olmak üzere yedi bölümden oluşmaktadır.

**Bulgular:** Öğrencilerin %35.1'i düzenli fiziksel aktivite yapmakta olup, %8.5'i ise son üç ay içerisinde vitamin-mineral desteği almıştır. Öğrencilerin %97.9'u ev dışında yemek yemektedir. Öğrencilerin toplam duygusal iştah ölçeği ortancası 94.0 (78.0-110.0) olarak hesaplanmıştır. Erkek öğrencilerin toplam negatif puanı kadın öğrencilerin puanından, kronik hastalığı olanların toplam negatif puanı olmayanların puanından, ana öğün atlamayan öğrencilerin ana öğün atlayan öğrencilerin puanından anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (p<0.05). Erkeklerin normal yeme davranışı oranı kadınlarınkinden, ana öğün atlamayanların atlayanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05). Vücut kütle indeksi ile yeme davranışı arasında anlamlı derecede ilişki saptanmıştır (p<0.05).

**Sonuç:** Sonuç olarak öğrencilerin yarısından azı düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır ve neredeyse tamamı ev dışında yemek yemektedir. Fiziksel aktivitenin emosyonel yeme üzerinde etkisi bulunmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Duygusal İştah, Obezite, Beslenme.

## Evaluation of The Relationship Between Emotional Appetite and Obesity in Students at a of Health Services Vocational High School

**Aim:** The aim of this study was to explain the relationship between obesity and emotional appetite of 19-50 years old adults in positive and negative mood.

**Methods:** In this cross-sectional / descriptive study, it was aimed to reach the whole universe (n = 1030) without selecting a sample and 815 was reached (the response rate was 79.1%). A questionnaire was applied to the participants. The questionnaire form consists of seven sections: socio-demographic information, health information, nutritional habits, anthropometric measurements, three-factor nutrition scale, emotional appetite scale and eating behavior test (EAT-26).

**Results:** 35.1% of the students had regular physical activity and 8.5% had received vitamin-mineral supplements in the last three months. 97.9% of the students were eating outside the home. The mean score of the total emotional appetite of the students was calculated as 94.0 (78.0-110.0). It was found that the total negative score of male students was higher than that of female students, the total negative score of students with chronic disease was higher than the score of the students who had no chronic disease, and the score of students who did not skip their main meals was higher than the score of the students skipping their main meals (p< 0.05). The rate of normal eating behavior of males was higher than that of females and the rate of those who did not skip their main meals was significantly higher than those who skipped (p< 0.05). There was a significant relationship between body mass index and eating behavior (p< 0.05).

**Conclusion:** As a result, less than half of the students do regular physical activity and almost all of them eat outside the home. Physical activity was found to have an effect on emotional eating.

**Keywords:** Health Vocational High School, Emotional Appetite, Obesity, Nutrition.

## GİRİŞ

Beslenme tanım olarak; büyüme, yaşamın sürdürülebilmesi, sağlığın korunması ve sağlığın devamlılığı için zorunlu olan enerji kaynaklarının tüketilmesidir. Yeterli ve dengeli beslenme ise; vücudun gereken büyüklüğe ulaşması, dokuların onarılması ve çalışmasını sürdürebilmesi için gerekli olan bütün besinler için gerekli yapı taşlarının yeterli ve gerekli oranda alınabilmesi ve gerektiğinde vücutta makul şekilde kullanılmasıdır (Baysal, 2011; Demirezen & Coşansu, 2005). Güncel, çok yönlü araştırmaların ve görüşlerin çoğu yeme davranışı bozuklukları ve obeziteye dikkat çekmektedir. Temel olarak genetik etkiler ve besin alımıyla ilgili faktörler, yapılan diyetler ve bu diyetlerin insanların sosyal, kültürel etkileri ve onların vücut görüntüsüne ve yeme davranışı bozukluklarına etkileri mercek altına alınmıştır (Brownell & Fairburn, 1995). Olumlu ve olumsuz duygu durumlarının yeme davranışında değişikliklere sebep olduğu görülmektedir (Sevinçer & Konuker, 2013). Stres veya olumsuz duygu durumunda farkedilen fizyolojik reaksiyonlar beslenme sonrası ortaya çıkan tokluk hissine benzediğinden dolayı, olumsuz duygular ile karşılaşıldığında iştah kaybı ve gıda tüketiminin düşmesi doğal bir fizyolojik cevap olarak varsayılmaktadır. Buna karşılık, olumsuz duygusal durumlar karşısında besin alımındaki yükseliş ise “duygusal iştah” olarak adlandırılmaktadır (Duman, 2005). Duygusal iştah, açlık sonucu oluşan hissin oluşturmuş olduğu duygu durumuna yanıt olarak meydana gelen yeme davranışı olarak açıklanmaktadır (Bekker ve ark., 2004). Olumsuz duygular karşısında tespit edilen aşırı yeme durumu; obez bireylerde (Ouwens ve ark., 2003), yeme bozukluğu olan dişi bireylerde (Wonderlich ve ark., 2009) ve kilosu normal olan ama buna rağmen diyet yapan bireylerde (Bekker ve ark., 2004) gözlemlenmiştir. Bu sebepten dolayı, yemek yeme ve duygular arasındaki bağlantının kısmen bireye bağlı belirli özelliklerden etkilendiği düşünülmektedir (Baş, 2008). İnsan bedeninde ortaya çıkan bazı duygulardan olan üzüntü, sinir, korku ve mutluluk uzun sürmektedir ve biraz daha komplekstir. Sıralanan bu duyguların yeme davranışı ve besin tüketimi üzerine; yeme motivasyonu, besinlere etkili cevap, çiğneme, besin seçimi, yemek yeme hızı, tüketim miktarı benzeri tesirleri bulunmaktadır (Macht, 2008). Epidemiyolojik veriler, stresin oluşturmuş olduğu etki sonrası ortaya çıkan yemek yeme davranışı sonucu kilo alımı olduğunu göstermektedir (Laitinen ve ark., 2002). Duyguların yemek yeme davranışı üzerinde oluşturmuş olduğu etki üzerine detaylı şekilde çalışılmış fakat kesin olarak birbirleri üzerine oluşturduğu etki kanıtlanmamıştır. Bir grupta duygular beslenme miktarını artırırken, diğer grupta ise düşürmüştür. Bunun dışında farklı duygular aynı grup içindeki kişilerin besin tüketimini hem arttırabilmekte hem azaltabilmektedir. Örneğin, bireyin canının sıkılması iştahının artmasına sebep olurken, üzüntü içerisinde olması ise bunu tam ters etki oluşturup iştahı azaltabilmektedir. Ortaya çıkan yoğun duygular yemek yemeyi baskılamaktadır. Kötü ve olumsuz duygular da bundan ötürü besin alımını belirgin bir şekilde azaltabilmektedir.

Pozitif ve negatif duyguların yemek yeme durumuna tesiri konusunda şimdiye dek az miktarda şey bilinmektedir (Macht, 2008). Klinik çalışmalar, sinirlilik durumunun mideyi tamamen doldurup tıkanırmasına yemeye sebep olduğunu göstermektedir (Arnow ve ark., 1992). Nefret durumunun ise anormal yemeye sebep olduğunu ve normal yemeye yönelmeyi engellediğini göstermektedir (Troop ve ark., 2002). Çoğunlukla besin kaynaklı psikolojik değişiklikler kişide durum düzenleyici etmen şeklinde görev almaktadır. Besinler arasında karbonhidrat içeriği fazla olanlar, bireylerin duygu durumunun düzelmesinde öncül olabilmekte ve ek olarak stresi azaltıcı yönde etkileri bulunmaktadır. Bu etkilerin yemek yeme üzerine oluşturmuş olduğu tesir beyin serotonin düzeyi ile bağlantılıdır. Bunlara ek olarak herhangi bir öğünde minimal düzeyde protein var ise beyin bariyerindeki triptofan düzeyi artmakta ve böylece serotonin düzeyi de yükselmektedir. Bunlara ilaveten aşırı karbonhidrat ve yağ tüketimi hipotalamus-pituiter ve adrenal aksis aktivitesini düşürmekte ve stres yanıt faktörlerini de azaltmaktadır. Sonuç olarak kişilerde lezzetli yiyeceklerin tüketimi olumsuz duyguların azalmasına sebep olmaktadır (Macht, 2008).

Obez olan bireylerde yemek yeme dürtüsü ile emosyonlar arasında özel bir bağlantı olduğu ortaya konulmakla birlikte şimdiye kadar yapılan araştırmalar bireylerin genel olarak sahip olduğu öfke, korku, sevinç, endişe, mutsuzluk, mutluluk benzeri esas birkaç duygu üzerine odaklanmıştır. Ek olarak besinlerin etkisi açısından yapılan incelemede de sadece hoşuma gitti ya da gitmedi şeklinde değerlendirilmiştir. Temel emosyonların duygusal bilgilere fizyolojik tepkiyi temsil ettiğine dair eski görüşe karşılık gıdalar karşısında oluşan karmaşık emosyonların çok az emosyonla açıklanamayacağı da belirtilmiştir (Barrett, 2006).

Yapılan çalışmanın amacı; 19-50 yaşlarındaki erişkin kişilerin pozitif ve negatif duygu durumlarındaki duygusal iştahlarının obezite ile bağlantısının açıklanmasıdır.

## GEREÇ VE YÖNTEM

### Araştırmanın tipi, yeri ve zamanı

Kesitsel/tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışma, 2019 yılında Burdur ilinin Gölhisar ilçesinde bulunan Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Gölhisar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda eğitim gören üniversite öğrencileri arasında yürütülmüştür. Gölhisar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu'nda dört bölümde öğrenim görülmektedir. Bunlar Çocuk gelişimi, Eczane Hizmetleri, Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik, İlk ve Acil yardım şeklindedir.

### Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırmanın evrenini ilgili Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulunda öğrenim gören 1030 öğrenci oluşturmuştur. Örnekleme yöntemine gidilmeyip evreninin tamamına ulaşılmaya çalışılmış olup, çalışmaya katılmak istemeyen, izinde ya da okula devamlılığı olmayan öğrenciler dışında toplam 815 öğrenci araştırmaya katılmıştır. Araştırmaya katılım oranı %79.1 olarak bulunmuştur.

### Veri toplama araçları ve uygulama

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından gönüllü bireylere uygulanan yüz yüze görüşme tekniği ile anket formu üzerinden elde edilmiştir. Anket formu bireylere ait sosyodemografik bilgiler (cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, medeni durumları ve yaşadıkları yer)(18 soru), sağlık bilgileri (fiziksel aktivite durumları ve vitamin-mineral desteği alma durumları), beslenme alışkanlıkları (öğün düzenleri, ev dışında yemek yeme durumları vb), antropometrik ölçümler (vücut ağırlığı, boy uzunluğu, bel çevresi ve boyun çevresi) (13 soru), üç faktörlü beslenme ölçeği, duygusal iştah ölçeği ve yeme davranış testi (EAT-26) olmak üzere yedi bölümden oluşmaktadır.

Üç Faktörlü Beslenme Anketi (ÜFBA)'nin orijinali Fransızca'dır ve 51 sorudan oluşmaktadır. ÜFBA İngilizce'ye çevrilmiş ve kültürel farklılıklar göz önüne alınarak 18 sorudan oluşan kısa formuna revize edilmiştir (Stunkard & Messick, 1985). Türkiye'de ise Kıracı ve arkadaşları tarafından bu anket formu "Üç Faktörlü Beslenme Anketi" adıyla Türkçe'ye çevrilmiş ve geçerlik, güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Kıracı ve ark., 2015). ÜFBA ile kısıtlayıcı yeme, kontrolsüz yeme ve emosyonel yeme olarak sınıflandırılmış üç faktörün derecesini ölçmek mümkündür. Anket soruları likert ölçekli olup çalışmaya katılan bireylerin verdikleri cevapların 1'den 4'e kadar skor ortalamaları belirlenmiştir (Karlsson ve ark., 2000). Ortalama skorun yüksek olması yeme davranışında kontrollü bir şekilde kısıtlama yapıldığını göstermektedir (Kıracı ve ark., 2015).

Duygusal İştah Anketi (DİA) 2010 yılında Nolan ve arkadaşları tarafından geliştirmiştir (Nolan ve ark., 2010). Anket temelde 2 alt başlıktan oluşmaktadır. Katılımcıların bazı duygu durumları ve şartlar altında yemek yeme durumlarını 1'den 9'a kadar numaralandırmaları beklenmektedir. Duygusal yemek yeme durumunu değerlendirmek için kullanılan bu ölçekte katılımcılar her bir maddedeki cümlelerin iştahlarını etkileme düzeyi daha az (1-4), aynı (5) ve daha fazla (6-9) şeklinde skorlanmaktadır. Duygusal yemek yemenin bulunması olumsuz/olumlu duygularda (14 madde) ve olumsuz/olumlu durumlar (8 madde) şeklinde değerlendirilmeye tabi tutulmaktadır. Olumsuz duygular ve olumsuz durumların skorlarının aritmetik olarak toplanması ile DİA Olumsuz toplam skoru ve olumlu duygular ve olumlu durumların skorlarının aritmetik olarak toplanması ile DİA Olumlu toplam skoru hesaplanmaktadır. Duygusal yemek yemeyle alakalı herhangi bir kesme puanı bulunmayan ölçek hangi duygularda ve durumlarda özellikle duygusal yemek yemenin bulunabileceğini değerlendirmektedir (Şanlıer ve ark., 2015). Anketin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği 2014 yılında Demirel ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ve Cronbach alfa sayısı 0.73 olarak bulunmuştur (Demirel ve ark., 2014).

Son bölümde bireylerin yeme tutum ve davranışlarını belirleme ölçeği olan "Eating Attitudes Test (EAT)-26" kullanılmıştır. Yeme tutum testi (EAT-26), anoreksiya

nevroza bulgularını objektif bir şekilde ölçmek ve yemek yeme ile alakalı davranış ve tutumları değerlendirmek amacıyla ortaya atılmış bir kendini değerlendirme bildirim ölçeğidir.

Ölçek 26 faktörden oluşmuştur. Faktörler "her zaman" ve "hiçbir zaman" arasında değişim gösteren altılı likert tipi bir ölçektir (Tural Büyük & Duman, 2014). Ölçekte 1-24. sorular ile 26. Soruda "her zaman" 3, "genellikle" 2 ve "sıklıkla" 1 puan alınırken; diğer belirteçler 0 puan almaktadır. 25. Soruda ise "hiçbir zaman" 3, "nadiren" 2 ve "bazen" 1 puan alınırken; diğer belirteçler 0 puan almaktadır. Puanlama sonucunda 20 puanın üzeri "anormal yeme davranışını" gösterirken, 20 puanın altı "normal yeme davranışını" göstermektedir.

### Araştırma İzni

Araştırmanın yürütülebilmesi için 21.02.2019 tarihinde 97132852/050.01.04/ sayılı yazı ile Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından etik onay alınmıştır. Ayrıca Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Gölhisar Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğünden kurum izni alınmıştır. Araştırmaya katılan öğrenciler ile görüşülerek araştırmanın amacı ve araştırmadan sağlanacak yararlılıklar konusunda açıklamalar yapılmıştır. Araştırmaya katılıp katılmama konusunda hiçbir baskı yapılmadan gönüllü katılım olduğu belirtilmiştir. Çalışma süresince Helsinki bildirgesi ilkelerine uyulmuş olup katılımcılardan sözel bilgilendirilmiş olur alınmıştır.

### Verilerin istatistiksel çözümlemesi

Çalışmada tanımlayıcı veriler, kategorik verilerde n ve % olarak, sürekli verilerde ise medyan interquartile range (25-75) persantil değerleri ile gösterilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Fisher testi kullanılmıştır. Ölçümsel veriler normal dağılım varsayımı için Kolmogrov-Smirnov testleri ile sınanmıştır. Normal dağılım göstermeyen ölçümsel verilerin karşılaştırılması için Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanım alanına uygun yerlerde kullanılmıştır. Nicel verilerin ilişkisi için nonparametrik test olan spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık için p<0.05 kabul edilmiştir. Analizler SPSS-22 istatistiksel program ile gerçekleştirilmiştir.

### BULGULAR

Çalışmaya katılanların demografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 19.78±1.37 (min:18-maks:29) bulunmuştur. Öğrencilerin hiçbiri çalışmamaktadır. Katılımcıların %71.9'u kadın olup, %59.5'u yurttan kalmaktaydı. Öğrencilerin sadece %42.0'si günde üç ana öğün yapmakta olup ara öğün yapmayanların oranı ise %58.4 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin %56.7'si ana öğün atlamaktadır ve en fazla atlanan öğün öğle yemeği olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Öğrencilerin cinsiyete göre BKİ sınıflaması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p<0.001) (Tablo 3).



Tablo 1. Öğrencilerin sosyodemografik ve sağlıkla ilgili özellikleri

|                                  |                         | Sayı | %**  |
|----------------------------------|-------------------------|------|------|
| Cinsiyet                         | Erkek                   | 229  | 28.1 |
|                                  | Kadın                   | 586  | 71.9 |
| Medeni durumu                    | Bekar                   | 809  | 99.3 |
|                                  | Evli                    | 6    | 0.7  |
| Yaşadığı yer                     | Aile ile                | 87   | 10.7 |
|                                  | Tek başına evde         | 23   | 2.8  |
|                                  | Öğrenci evi             | 183  | 22.5 |
|                                  | Yurt                    | 485  | 59.5 |
|                                  | Diğer                   | 37   | 4.5  |
| Kronik hastalık var mı? (n=815)  | Evet                    | 42   | 5.2  |
|                                  | Hayır                   | 773  | 94.8 |
| Hastalıklar (n=42)               | Astım                   | 16   | 38.1 |
|                                  | Romatolojik hastalıklar | 7    | 16.7 |
|                                  | Diyabet                 | 4    | 9.5  |
|                                  | Hipotiroidi             | 4    | 9.5  |
|                                  | Gis hastalıkları        | 3    | 7.1  |
|                                  | Diğer*                  | 8    | 19.0 |
| Düzenli fiziksel aktivite durumu | Evet                    | 286  | 35.1 |
|                                  | Hayır                   | 529  | 64.9 |
| Vitamin-mineral desteği (n=815)  | Evet                    | 69   | 8.5  |
|                                  | Hayır                   | 746  | 91.5 |
| Desteğin çeşidi (n=69)           | B12                     | 43   | 62.3 |
|                                  | D                       | 13   | 18.8 |
|                                  | Demir                   | 9    | 13.0 |
|                                  | Cvit                    | 1    | 1.4  |
|                                  | Omega 3                 | 2    | 2.9  |
|                                  | Multivitamin            | 1    | 1.4  |

\* Çölyak, Ülseratif kolit \*\*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 2. Öğrencilerin beslenme alışkanlıkları

|                                       |                      | Sayı | %*    |
|---------------------------------------|----------------------|------|-------|
| Ana öğün sayısı                       | 1                    | 15   | 1.80  |
|                                       | 2                    | 458  | 56.20 |
|                                       | 3                    | 342  | 42.00 |
| Ara öğün sayısı                       | 0                    | 476  | 58.40 |
|                                       | 1                    | 179  | 22.00 |
|                                       | 2                    | 95   | 11.70 |
|                                       | 3                    | 65   | 8.00  |
| Ana öğün atlama durumu (n=815)        | Evet                 | 462  | 56.70 |
|                                       | Hayır                | 353  | 43.30 |
| Atlanan Ana Öğün (n=462)              | Sabah                | 146  | 31.60 |
|                                       | Öğlen                | 309  | 66.90 |
|                                       | Akşam                | 7    | 1.50  |
| Ara öğün atlama durumu                | Evet                 | 629  | 77.20 |
|                                       | Hayır                | 186  | 22.80 |
| Ev dışında yemek yeme durumu (n=815)  | Evet                 | 798  | 97.90 |
|                                       | Hayır                | 17   | 2.10  |
| Ev dışında yenen öğün (n=798)         | Sabah                | 57   | 7.10  |
|                                       | Öğle                 | 540  | 67.70 |
|                                       | Akşam                | 201  | 25.20 |
| Ev dışında yemek yeme sıklığı (n=798) | Her gün              | 78   | 9.80  |
|                                       | Haftada 1-2 defa     | 381  | 47.70 |
|                                       | Haftada 3-4 defa     | 170  | 21.30 |
|                                       | Haftada 5-6 defa     | 41   | 5.10  |
|                                       | Ayda 2 defa          | 90   | 11.30 |
|                                       | Ayda 1 defa          | 38   | 4.80  |
| Ev dışı yemek yenen mekan (n=798)     | Okul yemekhanesi     | 182  | 22.80 |
|                                       | Lokanta/restaurant   | 253  | 31.70 |
|                                       | Kebapçı/pideci       | 110  | 13.80 |
|                                       | Fast-food restaurant | 142  | 17.80 |
|                                       | Yurt yemekhanesi     | 78   | 9.80  |
|                                       | Diğer                | 33   | 4.10  |

\*Yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

**Tablo 3. Öğrencilerin beden kütle indekslerinin cinsiyete göre dağılımı**

|              | Erkek |       | Kadın |       | Toplam |       | P      |
|--------------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|
|              | Sayı  | %     | Sayı  | %     | Sayı   | %     |        |
| Zayıf        | 14    | 6.10  | 96    | 16.40 | 110    | 13.50 | <0.001 |
| Normal       | 161   | 70.30 | 387   | 66.00 | 548    | 67.20 |        |
| Hafif şişman | 41    | 17.90 | 81    | 13.80 | 122    | 15.00 |        |
| Şişman       | 13    | 5.70  | 22    | 3.80  | 35     | 4.30  |        |

Öğrencilerin üç faktörlü beslenme ölçeğinden aldıkları toplam skorun ortancası 37.0 (33.0-42.0) olarak bulunmuştur. Erkek öğrencilerin üç faktörlü beslenme ölçeği toplam puanı, emosyonel yeme puanı ve kısıtlayıcı yeme puanı kadın öğrencilerden anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Kronik bir hastalığı olan öğrencilerin kısıtlayıcı yeme puanı kronik hastalığı olmayan öğrencilere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür ( $p=0.045$ ). Fiziksel aktivite yapanların emosyonel yeme puanları yapmayanlardan anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p=0.01$ ). Öğrencilerin vücut kütle indeksleri ile toplam puan ve kısıtlayıcı yeme puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Toplam puanda bu fark hafif şişman ile şişman grubu dışındaki tüm gruplar arasında bulunmuştur. Kısıtlayıcı yeme puanında ise bu

fark normal grup ile şişman grup ve şişman ile hafif şişman grup dışında diğer gruplar arasında bulunmuştur (Tablo 4). Öğrencilerin toplam duygusal iştah ölçeği ortancası 94.0 (78.0-110.0) olarak bulunmuştur. Erkek öğrencilerin toplam negatif puanı kadın öğrencilerin puanından, kronik hastalığı olanların toplam negatif puanı olmayanların puanından, ana öğün atlamayan öğrencilerin ana öğün atlayan öğrencilerin puanından anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin vücut kütle indeksleri ile toplam pozitif puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Toplam pozitif puanda bu fark hafif şişman ile şişman ve zayıf grup ile normal grup dışındaki tüm gruplardan kaynaklanmıştır (Tablo 5).

**Tablo 4. Üç faktörlü beslenme ölçeğinin vücut kütle indeksine göre dağılımı**

|                  | Zayıf   |       | Normal  |       | Hafif şişman |       | Şişman  |       | p*     |
|------------------|---------|-------|---------|-------|--------------|-------|---------|-------|--------|
|                  | Ortanca | IQR   | Ortanca | IQR   | Ortanca      | IQR   | Ortanca | IQR   |        |
| Kontrolsüz yeme  | 17      | 14-21 | 17      | 14-22 | 19           | 14-24 | 19      | 16-23 | 0.079  |
| Kısıtlayıcı yeme | 11      | 9-13  | 13      | 11-16 | 15           | 12-17 | 14      | 11-19 | <0.001 |
| Emosyonel yeme   | 6       | 4-8   | 6       | 4-8   | 6            | 4-9   | 6       | 3-11  | 0.100  |
| Toplam           | 35      | 30-39 | 37      | 32-42 | 39,5         | 35-45 | 41      | 34-48 | <0.001 |

IQR: Interquartile Range, \*Kruskal Wallis testi

**Tablo 5. Öğrencilerin duygusal iştah ölçeği ile cinsiyet, sağlık bilgileri ve beslenme alışkanlıklarının ilişkisi**

|                      |              | Toplam pozitif |       |       | Toplam negatif |       |       |
|----------------------|--------------|----------------|-------|-------|----------------|-------|-------|
|                      |              | Ortanca        | IQR   | p     | Ortanca        | IQR   | p     |
| Cinsiyet*            | Erkek        | 46             | 39-56 | 0.111 | 52             | 34-67 | 0.001 |
|                      | Kadın        | 46             | 37-56 |       | 42             | 30-60 |       |
| Kronik hastalık*     | Evet         | 46             | 40-55 | 0.694 | 58             | 39-70 | 0.002 |
|                      | Hayır        | 46             | 38-56 |       | 44             | 31-63 |       |
| Fiziksel aktivite*   | Evet         | 46             | 39-56 | 0.504 | 44             | 31-64 | 0.981 |
|                      | Hayır        | 46             | 38-56 |       | 45             | 32-63 |       |
| Ana öğün atlama*     | Evet         | 46             | 38-57 | 0.426 | 42             | 30-61 | 0.006 |
|                      | Hayır        | 45             | 37-56 |       | 48             | 34-65 |       |
| Sigara içme durumu** | Evet         | 46             | 36-57 | 0.889 | 43             | 33-64 | 0.699 |
|                      | Hayır        | 46             | 38-56 |       | 45             | 31-64 |       |
|                      | Bıraktım     | 48             | 40-54 |       | 40             | 26-75 |       |
| Vki**                | Zayıf        | 48             | 38-58 | 0.001 | 42             | 31-54 | 0.055 |
|                      | Normal       | 46             | 38-57 |       | 44             | 30-65 |       |
|                      | Hafif şişman | 42.50          | 32-51 |       | 46             | 34-63 |       |
|                      | Şişman       | 40             | 35-52 |       | 54             | 37-72 |       |

\*Mann Whitney U, \*\*Kruskal Wallis testi

Öğrencilerin yeme davranışı ölçeğinden aldığı toplam puanların ortancası 12.0 (8.0-19.0) olarak bulunmuştur. Erkeklerin aldığı toplam puan ortancası 12.0 (8.0-17.0) ve kadınların toplam puan ortancası 13.0 (8.0-19.0) olarak tespit edilmiştir. Kadınların puanı erkeklerinkinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0.028$ ). Katılımcıların %22.1'i anormal yeme davranışı göstermiştir. Erkeklerin normal yeme davranışı oranı kadınlarinkinden, ana öğün atlamayanların atlayanlardan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Vücut kütle indeksi ile yeme davranışı arasında anlamlı derecede ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

## TARTIŞMA

Bir sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin duygusal iştah ve obezite ilişkisinin incelendiği bu çalışmada öğrencilerin %71.9'u kadın olarak bulunmuştur. Devran'ın yapmış olduğu benzer bir çalışmada öğrencilerin %63.6'sı kadın olarak bulunmuştur (Devran, 2014). Yine Bekiroğlu'nun yapmış olduğu çalışmada katılımcıların %61.0'inin kadın olduğu belirtilmiştir (Bekiroğlu, 2018). Sleeve gastrektomi yapılan hastalarda duygusal iştahın incelendiği bir çalışmada katılımcıların %74.5'inin kadın olduğu görülmüştür (Aydın, 2008). Literatürde de görüldüğü gibi beslenme ile ilgili konularda kadınların daha hassas olduğu ve anket çalışmasına katılmaya daha meyilli oldukları görülmektedir.

Bu çalışmada katılımcıların yarısından fazlası (%59.5) yurttan kaldığını yaklaşık dörtte biri (%25.3) evde kaldığını belirtmiştir. Üniversite öğrencilerine yönelik yapılan bir çalışmada yurttan kalanların oranı toplamda %37.9 olarak bulunmuştur (Pehlivan, 2017). Barut ve Yılmaz'ın yaptığı çalışmada beden eğitimi öğrencilerinin %82.5'i evde kaldığı %17.5'inin ise yurttan kaldığı, aynı çalışmada eğitim fakültesi öğrencilerinin %80.3'ünün evde %19.7'sinin ise yurttan kaldığı belirtilmiştir (Barut & Yılmaz, 2000). Bu durum çalışmamızın yapıldığı sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunun eğitim süresinin 2 yıl olmasından ötürü öğrencilerin bu iki yılı yerleşik düzene geçmek için kısa bir süre olduğunu düşünmeleri ve bundan dolayı da yurt hayatını daha fazla tercih etmeleri ile alakalı olabilir.

Öğrencilerin %35.1'i düzenli fiziksel aktivite yaptığını ifade etmiştir. Driskell ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada; öğrencilerin yaklaşık olarak üçte ikisi haftada beş defa günlük 31 dakikadan daha fazla yürüyüş, öğrencilerin %30'u günlük 31 dakikadan daha fazla kas geliştirici egzersiz ve öğrencilerin yarısından daha fazlası haftada en az bir kez herhangi bir spor aktivitesini (hafif ağırlık aktiviteleri, aerobik aktiviteler) yaptıkları bulunmuştur (Driskell ve ark., 2005). Bir başka çalışmada da öğrencilerin %42.2'si son 7 günün en az 3 günü en az 30 dakika orta düzeyde ya da en az 20 dakika daha aktif, hareketli bir egzersiz yapmışlar ve % 48.6'sı ise, son 7 günün en az 2 gününde ağırlık ya da kas güçlendirici egzersizleri yaptıkları gösterilmiştir (Association, ACH, 2006). Yurtdışında yapılmış olan çalışmalarla bu çalışmayı kıyasladığımızda, fiziksel aktivite ve/veya egzersiz yapma süresi ve sıklığının ülkemizde daha düşük olduğu ifade edilebilir. Üniversite öğrencilerinin fiziksel aktivite yapma alışkanlığı

kazandırılması ve alışkanlığın sürdürülmesi için daha kapsamlı projeler yapılmalıdır.

Yeterli ve dengeli beslenme için günde 3 ana ve 3 ara öğün besin tüketilmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004). Bizim çalışmamızda öğrencilerin %42.0'si 3 ana öğün ve %56.2'si 2 ana öğün tüketmektedir. Hiç ara öğün tüketmeyenlerin oranı %58.4 iken 1 defa ara öğün tüketenlerin oranı %22.0 olarak bulunmuştur. Yine öğrencilerin %56.7'si ana öğün atlamaktadır ve bunların %66.9'u öğle yemeği olarak bulunmuştur. Ara öğün atlama oranı ise %77.2 olarak bulunmuştur. Süleyman Demirel Üniversitesi'nde 712 öğrenci üzerinde yapılmış bir çalışmada; öğrencilerin %47.46'sı 2 öğün, %40.85'i 3 öğün beslendiği bildirilmiştir (Orak ve ark., 2006). Güzey'in yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin %78.0'i günde 3 ana öğün ve %20.0'si ise 2 ana öğün tükettiği belirtilmiştir. Hiç ara öğün tüketmeyenlerin oranı %32.0 iken katılımcıların %62.0'sinin öğün atlattığı belirtilmiştir (Güzey, 2014). Başka bir çalışmada günde 3 ana öğün tüketenlerin oranı %34.3 olarak bulunmuştur (Güleç ve ark.). Memiş'in yaptığı çalışmada günde 3 öğün tüketenlerin oranı %44.0 olarak bulunmuştur (Memiş, 2004). Çalışmalarda bu şekilde farklılıkların olmasının sebebi, öğrencilerin farklı sosyoekonomik seviyede olması ve beslenme alışkanlıklarındaki bölgesel farklılıklar olarak düşünülebilir. Öğün atlama durumları değerlendirildiğinde de diğer çalışmalarda genellikle kahvaltı atlanırken, çalışmamızda öğle öğününün atlandığı tespit edilmiştir. Zaman veya ekonomik imkânların yetersizliği öğle öğününü atlama sebebi olarak düşünülebilir.

Bu çalışmada katılımcıların %97.9'unun ev dışında yemek yediği, %67.7'sinin genellikle öğle öğünün ev dışında tükettiği, %47.7'sinin haftada 1-2 defa ev dışında yemek yediği ve %31.7'sinin lokanta / restoranda yemek yediği belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada katılımcıların %64.6'sı evde, %35.4'ü iş yerinde kahvaltılarını yapmaktadır. Akşam yemeğini iş yerinde yapan kişilerin sıklığı %4'tür, kişilerin %96'sı ise akşam yemeğini evde yapmaktadır (Devran, 2014). 19 ile 24 yaş arasındaki üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada da öğrencilerin %5 ile 7'si öğle ya da akşam yemeğinde fast-food restoranlarını tercih ettiklerini ve erkek öğrencilerin fast-food tüketiminin kız öğrencilerden daha fazla olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin birçoğu haftada 1 ile 3 kez fast-food restoranlarına gitmeyi tercih etmişlerdir. Fast-food restoranlarının tercih edilmesinin nedeni zamanın kısıtlı olması, ekonomik olması, lezzetli olması, aile ve arkadaşlarla beraber gidilmesi etkili olmuş olabilir (Morse & Driskell, 2009). Araştırmalar incelendiğinde öğrencilerin en çok öğle öğününü ev dışında yaptıkları görülmektedir. Bunda da en önemli neden zaman yetersizliği olarak görülmektedir. Çünkü bütün gün derse giden öğrenci öğle yemeği için eve gidip gelecek zaman bulamamakta, bundan dolayı da öğle öğününü dışarıda tüketmektedir.

Çalışmamızda BKİ sınıflamasında zayıftan şişmana gidildikçe üç faktörlü beslenme ölçeği puanı da anlamlı derecede artmaktadır. Öğrencilerin vücut kütle indeksleri ile toplam puan ve kısıtlayıcı yeme puanı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Toplam puanda bu fark hafif şişman ile şişman grubu dışındaki tüm gruplar arasında bulunmuştur. Kısıtlayıcı yeme puanında ise bu fark normal

grup ile şişman grup ve şişman ile hafif şişman grup dışında diğer gruplar arasında bulunmuştur. Bekiroğlu'nun yapmış olduğu bir çalışmada BKİ ile üç faktörlü beslenme ölçeği arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Bekiroğlu, 2018). Barthomeuf ve arkadaşlarının hafif şişman ve obez adolesanlar ile normal ağırlıktaki adolesanların yeme tutumlarını karşılaştırdıkları bir çalışmada; hafif şişman ve obez adolesanların kısıtlayıcı yeme puanlarının normal ağırlıktaki adolesanlardan daha yüksek olduğu ( $p<0.001$ ) bulunmuştur (Barthomeuf ve ark., 2009). Çalışmamızın sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin vücut kütle indeksleri ile toplam pozitif puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Toplam pozitif puanda bu fark hafif şişman ile şişman ve zayıf grup ile normal grup dışındaki tüm gruplardan kaynaklanmıştır. Geliebter ve Aversa'nın yapmış olduğu çalışmada da benzer şekilde BKİ grupları ile toplam pozitif puan arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ve bu anlam şişman grup ile zayıf grup arasında olmaktadır. Şişman grubun puanı zayıf grubun puanından anlamlı derecede düşük bulunmuştur (Geliebter & Aversa, 2003).

Öğrencilerin yeme davranışı ölçeğinden aldığı toplam puanların ortancası 12.0 olarak bulunmuştur. Erkeklerin aldığı toplam puan ortancası 12.0 ve kadınların toplam puan ortancası 13.0 olarak tespit edilmiştir. Kadınların puanı erkeklerinkinden istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ( $p=0.028$ ). Katılımcıların toplamda %22.1'i anormal yeme davranışı göstermiştir. Erkeklerin %14.8'inde ve kadınların ise %24.9'unda yeme davranışı bozukluğu riski olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada erkek öğrencilerin EAT-26 skor ortalaması 12.8 ve kızların ortalaması ise 16.6 olarak bulunmuştur. Öğrencilerin yeme davranış bozukluğu olup olmama durumuna göre dağılımlarına bakıldığında da genel olarak öğrencilerin %20.8'inde yeme davranışı bozukluğu olduğu saptanmıştır. Erkek öğrencilerin %14.1'inde ve kız öğrencilerin %24.5'inde yeme davranışı bozukluğu olduğu görülmüştür. Cinsiyete göre yeme davranışı bozukluğu olup olmama durumuna göre dağılımları incelendiğinde, erkek ve kız öğrencilerin oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Devran, 2014). İki çalışmanın da sonuçları benzerlik göstermektedir ve kadınlarda yeme davranışı bozukluğunun daha fazla görüldüğü belirlenmiştir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak öğrencilerin yarısından azı düzenli fiziksel aktivite yapmaktadır ve neredeyse tamamı ev dışında yemek yemektedir. Fiziksel aktivitenin emosyonel yeme üzerinde etkisi bulunmuştur. Bu anlamda öğrencilere fiziksel aktivite yapmanın sağlıklı ve düzenli beslenme ve dolayısı ile sağlıklı bir yaşam için önemli olduğu anlatılması faydalı olabilir. Öğrencilerin vücut kütle indeksleri ile duygusal iştah ölçeği toplam pozitif puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

## KAYNAKLAR

- Arnow, B., Kenardy, J., Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: a descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15,155-170.
- Association. ACH. (2006). American College Health Association-National College Health Assessment (ACHA-NCHA) Spring 2004 Reference Group Data Report (Abridged). *J Am Coll Health*, 54(4),201-11.
- Aydın, T. (2018). Sleeve gastrektomi geçiren hastalarda erken postoperatif dönemde kan lipit parametreleri ve duygusal iştah durumunun incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Samsun. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Barrett, L. F. (2006). Solving the emotion paradox: categorization and the experience of emotion. *Pers Soc Psychol*, 10, 20-46.
- Barthomeuf, L., Droit-Volet, S., Rousset, S. (2009). Obesity and emotions: differentiation in emotions felt towards food between obese, overweight and normal-weight adolescents. *Food Quality and Preference*, 20(1),62-8.
- Barut, Y., Yılmaz, M. (2000). Beden eğitimi ve spor bölümüne ve eğitim fakültesine devam eden öğrencilerin problem çözme becerilerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Uluslararası 1 Spor Bilimleri Kongresi Bildiriler Kitabı; Ankara*, s 26-7.
- Baş, M. (2008). Diyetel yaklaşım ve ağırlık yönetimi ilişkisi. yetişkinlerde ağırlık yönetimi. (Baysal A, BAŞ M, ed). *Türkiye Diyetisyenler Derneği Yayınları. 1. Baskı, İstanbul*, s 202-232.
- Baysal, A. (2011). Beslenme. *Hatiboğlu Yayınları. 13. Baskı, Ankara*, s 9-507.
- Bekiroğlu, K. (2018). Ağırlık kontrolü yapan bireylerde yeme tutum davranışı ve duygusal iştahın değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. *İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Bekker, M. H., Meerendonk, C., Mollerus, J. (2004). Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *Int J Eat Disord*, 36,461-469.
- Brownell, K. D., Fairburn, C. G. (1995). Eating disorders and obesity: *A Comprehensive Handbook The Guilford Press. 1. Edition*.
- Demirel, B., Yavuz, K. F., Karadere, M. E., Safak, Y., Turkcapar, M. H. (2014). The emotional appetite questionnaire (EMAQ)'S reliability and validity and relationship with body mass index and emotional schemas. *JCBPR*, 3,171-181.
- Demirezen, E., Coşansu, G. (2005). Adölesan çağı öğrencilerde beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *STED*, 14,174-178.
- Devran, B. S. (2014). Doğu anadolu bölgesinde yaşayan adolesan ve yetişkinlerin beslenme alışkanlıkları ile yeme tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. *Ankara, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Driskell, J. A., Kim, Y. N., Goebel, K. J. (2005). Few differences found in the typical eating and physical activity habits of lower-level and upper-level university students. *Journal of The American Dietetic Association*, 5,798-801.
- Duman, R. S. (2003). Neurotropicfactors and regulation of mood: role of exercise, *Diet and Metabolism, Neurobiol Aging*, 1, 88-93.
- Geliebter, A., Aversa, A. (2003). Emotional eating in overweight, normal weight, and underweight individuals. *Eating Behaviors*, 4, 341-7.

- Güleç, M., Yabancı, N., Göçgeldi, E. (2008). Ankara’da iki kız öğrenci yurdunda kalan öğrencilerin beslenme alışkanlıkları. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50,102-9.
- Güzey, M. (2014). Kadınlarda ağırlık yönetiminin yeme tutum davranışı üzerine etkisinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*.
- Karlsson, J., Persson, L. O., Sjostrom, L., Sullivan, M. (2000). Psychometric properties and factor structure of the three-factor eating questionnaire (TFEQ) in obese men and women. Results From The Swedish Obese Subjects (SOS) Study. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord*, 24,1715–1725.
- Kıraç, D., Kaspar, E. Ç., Avcılar, T., Kasımay Çakır, Ö., Ulucan, K., Kurtel, H., Deyneli, O., İlter Güney, A. (2015). Obeziteyle ilişkili beslenme alışkanlıklarının araştırılmasında yeni bir yöntem “Üç Faktörlü Beslenme Anketi”. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3,162-169.
- Laitinen, J., EK, E., Savio, U. (2002). Stres-Related eating and drinking behaviour and body mass index and predictors of this behaviour. *Preventive Medicine*, 34,29-39.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50, 1-11.
- Memiş, E. (2004). Üniversite öğrencilerinde şişmanlık (obezite) durumu ve diyet ürünleri kullanmaları üzerinde bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Ankara. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi ve Ev Yönetimi Eğitimi Anabilim Dalı.
- Morse, K. L., Driskell, J. A. (2009). Observed sex differences in fast-food consumption and nutrition self-assessments and beliefs of college students. *Nutrition Research*, 3,173-9.
- Nolan, L. J., Halperin, L. B., Geliebter, A. (2010). Emotional appetite questionnaire. construct validity and relationship with BMI. *Appetite*, 54,314–9.
- Orak, S., Akgün, S., Orhan, H. (2006). Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının araştırılması. *SDÜ Tıp Derg*, 2, 5-11.
- Ouwens, M. A., Van Strien, T., Van Der Staak, C. P. (2003). Tendency toward overeating and restraint as predictors of food consumption. *Appetite*, 40, 291-298.
- Pehlivan, B. (2017). Üniversite öğrencilerinin yeme tutum inançları, bağlanma stilleri, yalnızlık düzeylerinin yeme tutumu üzerindeki etkisi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul. *Okan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Sevinçer, G., Konuk, N. (2013). Emosyonel yeme. *J Mood Disord*, 4,171-178.
- Stunkard, A. J., Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *J. Psychosom. Res*, 29,71-83.
- Şanlıer, N., Ayhan, B., Ayyıldız, F. (2015). Beslenme ve diyetetik alanında sıklıkla kullanılan ölçekler. *Uluslararası Hakemli Beslenme Araştırmaları Dergisi*, 5,50-52.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2004). Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi. Ankara: *Sağlık Bakanlığı Yayınları*.
- Troop, N. A., Treasure, A. L., Serpell, L. (2002). A further exploration of disgust in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 10,218-226.
- Tural Büyük, E., Duman, G. (2014). Evaluation of eating habits and behaviors of high school students attending different schools. *The Journal of Pediatric Research*, 4,212-7.
- Wonderlich, S. A., Gordon, K. H., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., & Engel, S. G. (2009). The validity and clinical utility of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 687-705.





## Türkiye’de Sağlık Sisteminin Sorunları ve Çözüm Önerileri

Arzu BULUT <sup>1</sup>, Halil ŞENGÜL <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü  
<sup>2</sup>Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Arzu BULUT

e-mail: arzublt80@gmail.com Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, Türkiye

**Geliş Tarihi / Received:** 23.06.2019, **Kabul Tarihi / Accepted:** 10.09.2019

Copyright holder Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

### ÖZ

Gelişmekte olan ülkelerde nüfus yapısındaki değişiklikler, ortak kamu sağlığı problemleri ve sağlık göstergeleri gibi nedenlerle her geçen yıl artan sağlık harcamaları, sağlık sistemlerinin yeniden planlanmasına yol açmıştır. Ülkeler kamu kaynaklarının önemli bir kısmını sağlık harcamalarına ayırmaktadırlar. Sağlık harcamalarının tüm dünya da hızla artmaya devam etmesi nedeniyle hem kamu hem de özel sektörde sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili tartışmalar ve kaynak bulma çabaları devam etmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de hakkaniyetli ve adil bir şekilde vatandaşlarına daha kaliteli ve çağdaş sağlık hizmeti sunmak amacıyla yapısal reformlar gerçekleştirilmiştir. Çalışmamızda Türkiye’de sağlık sisteminde yaşanan dönüşümü ve bu dönüşümün yansımalarını ele alarak, 1980’lerde izlenen neo-liberal dönüşüm politikalarının sağlık hizmetlerine yansımaları tanımlanarak, dönüşüm sürecini etkileriyle analiz etmek amaçlanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Türk Sağlık Sistemi, Sağlık Reformları, Sağlıkta Dönüşüm Programı.

## Problems and Solutions of the Health System in Turkey

### ABSTRACT

Increasing health expenditures each year due to changes in population structure, common public health problems and health indicators in developing countries have led to the re-planning of health systems. Countries devote a significant portion of their public resources to health expenditures. As health expenditures continue to increase rapidly all over the world, discussions and funding efforts regarding the financing of health services in both public and private sectors are continuing. As in developing countries, structural reforms have been implemented in Turkey in order to provide better quality and contemporary health care to its citizens in a fair and equitable manner. In our study, it is aimed to analyze the effects of the transformation process by addressing the transformation in the health system in Turkey and the reflections of the neoliberal transformation policies pursued in the 1980s by defining the reflections on health services.

**Keywords:** Turkish Health System, Health Reforms, Health Transformation Program.

### 1. GİRİŞ

Sağlık evrensel bir insan hakkı ve temel insan ihtiyacıdır. Güvenli ve etkili sağlık hizmetlerine erişim sağlığın temel bir belirleyicisidir. Sağlıkta eşitsizliği azaltmayı hedefleyen birçok hükümet, sağlık sistemine ve sağlık hizmetlerine erişimi iyileştirmeyi ve sağlık hizmetlerini toplumun tüm kesimlerine eşit bir şekilde dağıtmayı hedeflemiştir (Yardım ve Üner, 2018). Türkiye’de 1961 Anayasası, herkesin tıbbi bakım görmesini ve sosyal güvenlik hakkının karşılanmasını devletin ödevi olarak görmektedir. 1982 Anayasası ise sağlığın

korunmasını devlet ve bireyin birer ödevi olarak tanımlanmakta, devleti kamu ile özel sağlık kuruluşlarını denetlemesi suretiyle ödevini yerine getiren bir konuma indirmektedir (Elbek ve Adaş, 2009). Aynı zamanda günümüzde çoğu ülke, sağlığın bir kamu hakkı ve sürdürülebilir kalkınma için de en önemli faktör olduğunu kabul etmiştir (Qolipour, Faraji Khiavi ve Saadati, 2017). Sağlık sektörü, sosyal devlet ilkesini esas alan ülkeler başta olmak üzere, birçok ülkede halen kamu payının yüksek olduğu sektörler arasındadır. Ülkeler kamu kaynaklarının önemli bir kısmını her geçen yıl

artan sağlık harcamalarına ayırmaktadırlar (Ünal ve Tagiyev, 2016).

Sağlık harcamalarının tüm dünyada hızla artmaya devam etmesi ve kamuya artan yükü nedeniyle, kamunun sağlık alanındaki rolü, izlediği politikalar ve sağlık harcamalarını kontrol çabaları da tartışılmaya başlanmıştır. Sağlık sektörü, ekonomik gelişme sürecinde bir ülkenin ekonomisinin önemli altyapısını oluşturur. Sağlık hizmetleri, hekim ve hasta arasındaki asimetrik bilgiler, sınırlı rekabet, yıkıcı sağlık harcamaları ve erişimdeki eşitsizlikler nedeni ile hükümetlerin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH)'dan sağlık sektörüne önemli oranda pay ayırmalarına yol açmıştır (Qolipour ve ark., 2017). Ülkeler daha iyi bir sağlık seviyesine ulaşmak, artan beklentiler ve demografik değişimlere ayak uydurmak, teknolojik gelişmelerin gerisinde kalmamak gibi çeşitli faktörlerin kaynaklık ettiği “reform” olarak adlandırılan söz konusu sağlık politikaları geliştirerek, sağlık piyasasının arz ve talep olmak üzere en önemli iki ayağına odaklanmaktadır (Bostan ve Çiftçi, 2016).

Bu çalışmanın temel amacı genel hatları ile Türkiye’de sağlıkta yaşanan dönüşümü ve bu dönüşümün yansımalarını ele almaktadır. Çalışmamızda Türkiye’de 1980’lerde izlenen neo-liberal dönüşüm politikalarının sağlık hizmetlerine yansımaları ve dönüşümün gerekçeleri ile birlikte siyasal bileşenlerini tanımlayarak, dönüşümün sağlık alanını nasıl şekillendirdiğini ve yaşanan sürecinin gerek toplum gerekse de sağlık çalışanlarına etkilerini analiz etmek amaçlanmıştır.

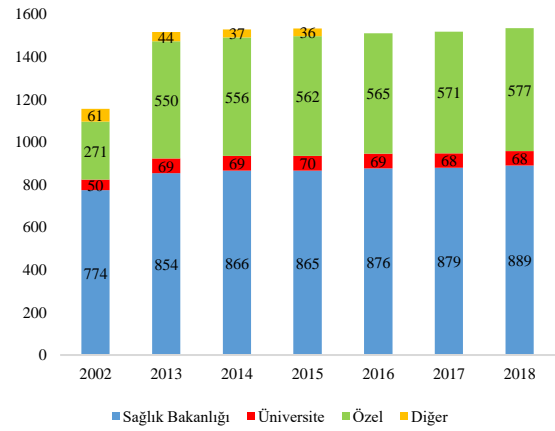
## 2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK SİSTEMİ

### 2.1. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Yapısı

Türk sağlık sistemi yapısal olarak karmaşık olmasının yanında, parçalanmış tedarik ve finansman sistemleri ile sağlık hizmetlerine erişim sorunlarıyla da karakterize edilmektedir (Alazawi, Aljunid, Sulku ve Nur, 2014). Türkiye’de sağlık sistemi yetkilerin ve karar mekanizmasının merkezde toplandığı bir yapıya sahiptir (Ünal ve Tagiyev, 2016). Türkiye’de bu yapı kamu, özel ve gönüllü örgütlerden oluşmakla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumu çoğunlukla kamu tarafından sunulmaktadır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı (SB) birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini yerine getirmektedir. Bunun yanı sıra ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri diğer kamu kuruluşları, dernek, vakıf ve özel kişiler tarafından da sunulmaktadır. İkinci ve üçüncü basamak dışında bulunan birinci basamak sağlık kuruluşlarının da yıllar içerisinde artması ile birlikte günümüzde SB halen tüm sektörler arasında en büyük paya sahip konumdadır (Erençin ve Yolcu, 2008).

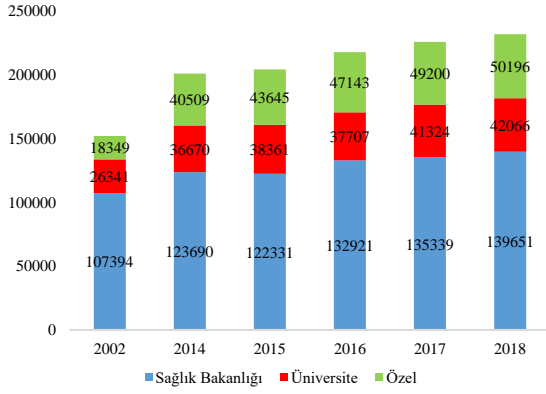
Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 yılı verilerine göre Türkiye’de toplam 34,559 sağlık kurumu bulunmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2018; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, 2018). Bunların 1534’ü yataklı sağlık kurumu olup, toplam

yatak sayısı 231,913, 1000 kişi başına düşen yatak sayısı ise 2.83’dür. 2018 yılında Türkiye’de bulunan hastanelerin 889’u SB, 68’i üniversite ve 577’si özel hastane niteliğindedir. Yataksız tedavi kurum (aile hekimliği birimi, özel poliklinik, özel tıp merkezleri vs.) sayısı ise 33,025’dir. 2018 yılında birinci basamak sağlık kuruluşlarından 26,252 Aile Hekimliği Birimi, 7979 Aile Sağlığı Merkezi, 776 Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), 5259 Sağlık Evi, 172 Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi, 173 Verem Savaş Dispanseri, 175 Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), 2618 Acil Yardım İstasyonu ve 83 Halk Sağlığı Laboratuvarları bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2018). Türkiye’de yıllara ve sektörlere göre hastane sayıları Şekil 1’de gösterilmiştir.



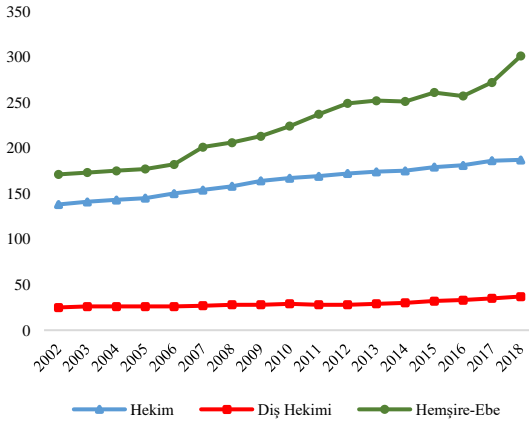
Şekil 1. Yıllara ve sektörlere göre hastane sayıları; Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018.

Sağlık İstatistikleri Yıllığı verilerine göre Türkiye’de 2018 yılında 10,000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı 27.7 olup, 46.9 oranı ile OECD üyesi ülkelerin ortalamasının halen gerisindedir. Yıllara ve sektörlere göre hastane yatağı sayıları Şekil 2’de gösterilmiştir. Özel hastanelerin sayısı 2002 yılında 271 iken, 2018 yılında bu sayı 577’ye yükselmiştir. Özel sektörün toplam hastane sayısındaki payı ise 2002-2018 yılları arasında sırasıyla %23’ten %38’e yükselmiştir. Özel hastanelerin oranı 2010 yılında toplam hastane sayısının yaklaşık 1/3’ü olmasına rağmen, yatak kapasitelerinin büyük olduğu söylenemez. 2018 yılında özel hastane nitelikli yatakların oranı toplam nitelikli hastane yatağının %23.7’sini oluşturuyordu. Sağlık hizmetlerinde özel sektör faaliyetlerinin artmasına paralel olarak, tedavi edilen hasta sayısı 2002 yılında 4.4 milyondan, 2009 yılında 46.2 milyona yükselmiştir; bu durum, özel hastanelerin temel olarak yatılı tedavi ve bakım yerine daha çok ayakta tedaviye odaklandığını göstermektedir (Tatar ve ark., 2011). Öte yandan 2002 yılında 2214 olan yoğun bakım yatağı sayısı, 2018 yılında 38,098’e yükselmesi yoğun bakım yatağı ihtiyacının önemli oranda karşılanması açısından sevindirici bir durumdur (Sağlık Bakanlığı, 2018).



**Şekil 2. Yıllara ve sektörlere göre hastane yatağı sayıları;** Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018.

Türkiye’de 100,000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı 2018 yılında 301 iken OECD üyesi ülkeleri ortalamasında bu sayı 938’dir. Türkiye’de 2018 yılında 100,000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 187, toplam diş hekimi sayısı 37’dir. 2017 yılı verilerine göre OECD üyesi ülkeleri ortalamasında toplam hekim sayısı 348, toplam diş hekimi sayısı ise 70’dir. Yıllara göre 100,000 kişiye düşen toplam hekim, diş hekimi ve hemşire sayıları Şekil 3’de gösterilmiştir. 2002 yılında tüm sektörlerde toplam hekim sayısı 91,949’dan 2018 yılında 153,128’e yükselirken, hemşire sayısı 72,393’den 190.499’a yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018). 2002-2018 yılları arasında hekim sayılarındaki artış 1.7 katı gerçekleşirken, hemşirelerin sayısı aynı yıllar arasında yaklaşık 2.6 katı artış göstermiştir.



**Şekil 3. Yıllara göre 100,000 kişiye düşen toplam hekim, diş hekimi ve hemşire sayısı;** Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018.

## 2.2. Türkiye’de Sağlık Sisteminin Finansal Yapısı

Türkiye’de kamu ve özel kesim tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı primler, vergiler, özel sağlık sigortaları ve cepten yapılan harcamalarla karşılanmaktadır. Türkiye sağlık sisteminin karma yapısı bir yandan Bismark Modeli olarak adlandırılan sağlık sigortacılığı modelini

uygularken, öte yandan kamu yardımı modeli olarak adlandırılan Beveridge Modeli uygulanmaktadır. Aynı zamanda sağlık sisteminin finansmanında özel harcamalarda yer almaktadır. Sağlık harcamaları esas olarak, sağlığı koruma ve geliştirme hedefi doğrultusunda tüm bakım, koruma, geliştirme ve acil programlar için yapılan harcamalardır (Ağır ve Tıraş, 2018). Türkiye, cumhuriyetin ilk yıllarından başlamak üzere uzunca yıllar kamusal nitelikte sağlık hizmetlerini sunmuş ve finanse etmiştir. 2003 yılında toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %70’i Türkiye’de kamu tarafından finanse edilmekteydi (Yardım ve Üner, 2018). Ancak ilerleyen dönemlerde daha uzun ve sağlıklı yaşama isteği, bunun getirdiği sağlık hizmetine erişimin artması, sağlığın metalaştırılması, kâr ve sermaye birikimini sağlık üstünden sağlama eğilimleriyle beraber sağlık harcamaları da artış göstermiştir. Bununla birlikte işsizlik oranının 2018 yılında %10.9 seviyesinde olması ve çalışan nüfusun tahmini %50’sinin vergi ödemeye kayıtlı olmaması nedeniyle, sağlık sisteminin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) aracılığıyla finanse edilmesi sorun oluşturmaktadır. Şu anda, toplanan primler SGK harcamalarının sadece yarısından daha azını destekleyebilir. Sonuç olarak da geri ödemeler, tamamlayıcı sağlık sigortası ve cepten harcamalar artmaktadır (Atun ve ark., 2014).

## 2.3. Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Sisteminin Dönüşümü

Türkiye 1978’de “Herkesin Sağlık Hedefleri ve Stratejileri”nin güncellenmesinde aktif rol almıştır (Bostan ve Çiftçi, 2016). 1990’ların başında Türkiye’nin doğu ve kuzey bölgelerinde ve kırsal alanlarda kentlere göre daha düşük seviyelerde olan sağlık durumlarında yaşanan bölgesel eşitsizlikler endişe kaynağı olmuş ve 1990’ların başında ciddi reform girişimleri planlanmıştır. 1990’lı yılların reformlarının ana odağı, 1980’lerin başında yapısal uyum politikalarından ortaya çıkan piyasa odaklı politikalar aracılığıyla verimliliğin artırılmasıydı (Ökem ve Çakar, 2015). 1998’de Doğu Asya krizi ile başlayan krizler süreçlerini neo-liberal politikalarla yönetmiş, Türkiye ile Uluslararası Para Fonu arasında 1998 yılı sonrasında uzun süreli aralıksız bir ilişki başlamıştır. Dünya Bankası 2001 küresel krizinin ardından “yapısal reform” başlığı altında, birçok ekonomik düzenleme getirmiştir. Bu düzenleme ile sosyal devlet eylemlerinin sınırlandırılması, oluşan mali yükün hizmetten yararlananlarca üstlenilmesi ve işgücü piyasasını etkileyen iktisat politikası argümanlarının ortadan kaldırılmasını amaçlanmıştır (Çetin, 2017). Tüm bunlardan yola çıkarak 2003 yılında uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)’nin 1980’lerle birlikte benimsenen neo-liberal yapısal dönüşüm politikalarının bir sonucu olduğu söylenebilir (Elbek ve Adaş, 2009).

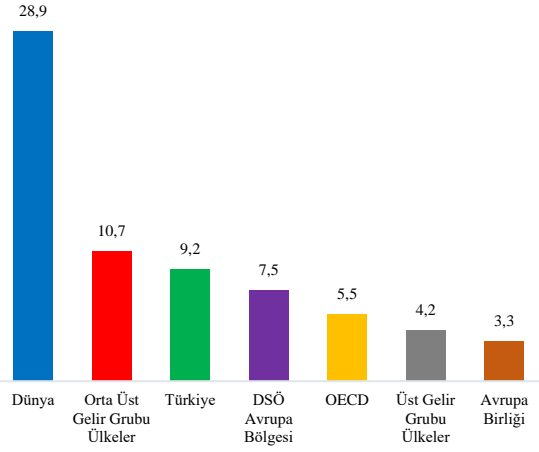
Türkiye 1998'de DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) Avrupa Bölge Komitesi tarafından kabul edilen "21. yüzyılda 21 Hedef"i benimsemiştir. Türkiye benimsediği hedefler doğrultusunda Avrupa Birliği sağlık mevzuatına uyum sağlamayı amaçlayan stratejik planlamasını 2001 yılında gerçekleştirmiştir. Türkiye 2003 yılında ise vatandaşlarına daha kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerini hakkaniyetli ve adil bir şekilde sunan, artan sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayan ve finansal olarak sürdürülebilir bir sistem kurmak amacı ile SDP uygulanmaya başlanmıştır (Bostan ve Çiftçi, 2016). SDP 1982 Anayasası'nın ruhunu taşıyan bir reform olup, 1996-2000 yıllarını kapsayan yedinci beş yıllık kalkınma planı ile 2001-2005 yıllarını kapsayan sekizinci beş yıllık kalkınma planlarının da temel belirleyeni olmuştur (Elbek ve Adaş, 2009). SDP sadece Türkiye ile sınırlı olmayıp, ülkemizde olduğu gibi birçok ülkede bu politikaların oluşumun da Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ve DSÖ gibi uluslararası organizasyonların etkileri belirleyicidir. 2003 yılı Dünya Bankası raporunda, Türkiye'nin sağlık göstergelerinde ve sağlık personeli sayısında bölgeler arası farklılıkların olduğu, hastalık ve tedaviyle ilgili bilinçsizlik, yoksulların daha az tedavi imkanına sahip olması gibi önemli hakkaniyetsizliklere işaret edilmiştir. Dünya Bankası tüm bu sorunların çözümü için sağlık sisteminde geniş çaplı bir yapılanmaya ve yeni düzenlemeye gidilmesini önermişti (Çetin, 2017). Türkiye'de 1990'lı yıllarda başlayan sağlıkta reform çalışmaları, 2003 yılı SDP ile desteklenmiştir (Ağır ve Tıraş, 2018). SDP ile sağlık hizmetlerinin finansal sürdürülebilirliği, verimliliği, kalitesi ve erişilebilirliğinin artırılması amaçlanarak, sağlık finansmanında, sağlık hizmetlerinin sunumunda ve organizasyonunda köklü değişiklikler sağlanmıştır (Yardım ve Üner, 2018). SDP'nin temel bileşenleri arasında mevcut sigorta planlarının tek bir kurumda birleştirilmesi ve zorunlu sosyal sağlık sigortası; performansla ilgili ödeme sistemi: aile hekimliği ile sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılması, kamu hastanelerine özerklik verilmesi ve SB'nin yönetim rolünün güçlendirilmesi yer almaktadır (Ökem ve Çakar, 2015; Bostan ve Çiftçi, 2016).

#### 2.4. Sağlıkta Dönüşüm Programının Yansımaları

SDP ile sağlık hizmetlerinde yapılan reformlarla bir dizi gelişme kaydedilmesine rağmen Türkiye'de sağlık sektörü halen tüm dünya genelinde ki gelişmiş ülkeler ile karşılaştırmalarında olumsuz ekonomik ve sağlık göstergelerine sahiptir. Bu göstergeler sağlık statüsünden, doğumda beklenen yaşam süresine, anne ve bebek ölümlerinden, hekim başına düşen hasta sayısına kadar çok geniş çeşitlilikte göstergeler olup, OECD üyesi ülkelerin ortalamasının oldukça gerisindedir. Türkiye'de sağlık sektöründe yaşanan bu olumsuzluklar elbette ki sağlık sisteminde yaşanan sorunlarında kaynağını oluşturmaktadır. Türkiye'de 2002 yılında toplam

sağlık harcamasının GSYH'ya oranı %5.2 iken bu oran 2018 yılı %4.4'dür (TÜİK, 2018). Bu oran Birleşik Krallık'da %9.6, ABD'de %17.1, Almanya'da %11.2'dir. Türkiye'de kişi başına düşen toplam sağlık harcaması 2017 yılında 1193 ABD \$'dır. Bu oran ABD'de 10,209, Birleşik Krallık'da 4245 ABD \$'ı, Almanya'da ise 5728 ABD \$'dır (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2018). Türkiye'de 2018 yılı finansman türüne göre cari sağlık harcaması dağılımları değerlendirildiğinde, %77.5 kamu, %17.3 cepten, %5 ise diğer özel harcamalardır. Kişi başı cepten yapılan sağlık harcaması Satın Alma Gücü Paritesi (SGP)'ne göre 206 ABD \$'dır. 2002 yılında %0.43 olan sağlık harcaması nedeniyle yoksullaşan hane oranı ise 2017 yılında %0.12'ye gerilemiştir. 1999 yılında 15,902 (milyon \$) olan toplam sağlık harcaması 2018 yılında 31,176'ya (milyon \$) ulaşmış olmasına rağmen Türkiye, gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında toplam sağlık harcamasının GSMH içinde payı ve kişi başına düşen toplam sağlık harcaması oldukça düşüktür (TÜİK, 2018). Türkiye ülke karşılaştırmalarında olumsuz ekonomik ve sağlık göstergelere sahip olmasına rağmen SDP'nin uygulanmaya başladığı 2003 yılından günümüze kadar geçen sürede temel sağlık durumu göstergelerinde yıllar içerisinde kayda değer gelişmeler kaydedilmiştir. Türkiye'de ortalama yaşam beklentisi 2018 yılında erkekler için 75.6, kadınlar için 81 yıl olarak gerçekleşti (Sağlık Bakanlığı, 2018). Doğumda yaşam beklentisi, 1978'den bu yana istikrarlı bir şekilde artmaktadır ve bu nedenle tamamen SDP atfedilmemiştir (Atun, 2014). Bebek ölüm oranı (BÖÖ) 1000 canlı doğumda 1980'de 117,5'ye 1999'da 42.2'ye 2018'de ise 1000 canlı doğumda 9.2'ye düştü (OECD, 2018; Sağlık Bakanlığı, 2018). Bu başarılarla rağmen, BÖÖ yıllar içinde azalmakla birlikte kırsal ve kentsel alanlar ile ülkenin farklı bölgeleri arasında hala tutarsızlıklar var. Kırsal alanlarda daha yüksek olan BÖÖ, düşük sosyoekonomik koşullara, kadının düşük eğitim düzeyine ve bebeklik döneminde bulaşıcı hastalıkların yaygınlığına bağlanabilir (Ener ve Yelkikalan, 2003). Türkiye BÖÖ'nda gelişmiş birçok Avrupa ülkesinin oldukça gerisindedir. BÖÖ 1000 canlı doğumda İspanya'da 2.7, Norveç'te 2.2, Almanya'da 3.4'dür (OECD, 2018). 2018 yılı 1000 canlı doğumda BÖH'nın uluslararası karşılaştırması Şekil 4'de gösterilmiştir.





**Şekil 4. Bebek ölüm hızının uluslararası karşılaştırması, (1000 canlı doğumda);** Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018.

2018 yılında hastanelerde yatan hasta ortalama kalış gün süresi 4.1 gün ile, OECD üyesi ülkelerin ortalaması olan 8.1 günün oldukça altındadır. Bu olumlu durum yıllar içerisinde hastanelerde yatak devir hızının artmasında da kendini göstermektedir. 2002-2018 yılları arasında hastanelerde yatak devir hızı 37.1'den, 58.9'a yükselirken, aynı yıllar arasında yatak devir aralığı 4 günden 2.1 güne gerilemiştir. Uzun hastane yatışlarının, hastane enfeksiyonu riski, maliyet faktörü, hastane yataklarının verimsiz kullanımı ve ameliyat ve tedavi için bekleme sürelerinin uzamasına sebep olabileceği göz önüne alındığında, Türkiye'deki göstergeler yüz güldürücüdür. SDP'nin en dikkat çekici başarısı, genel olarak kapsama alanından daha yüksek erişim taleplerine rağmen, hükümetin sağlık harcamalarını kontrol etme kabiliyetine atfedilebilir. Açıkçası, sağlık hizmetleri için kaynakları seferber edememek, 1990'lardaki eksik reform girişimlerinin arkasındaki ana sebep olabilir. Bu anlamda, SDP'nin başarısı dikkat çekicidir. Adalet ve Kalkınma Partisi döneminde 2009 yılına kadar sürdürülen ekonomik büyüme, hükümetin sağlık harcamalarına tahsis edilen payı artırmasına izin vermiştir (Ökem ve Çakar, 2015).

SDP ile sağlık hizmetlerinde yapılan reformlar hasta memnuniyet oranlarına da yansımıştır. Temel olarak sağlık hizmetlerine ve ilaçlara erişimin artması nedeniyle, hastaların memnuniyeti SDP ile artmıştır (Atun, 2014). TÜİK'nun "Yaşam Memnuniyeti Araştırması"nda, kişisel sağlıktan memnuniyete göre sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2003 yılında %31.9 iken 2019 yılında %66.4 olarak kaydedilmiştir (TÜİK, 2019).

SB hastanelerinin finansal durumu üzerinde SDP'nin etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada ortalama karlılık oranını reform öncesinde %5.7 iken bu oranı reformlar sonrasında %14.5 olarak saptanmıştır (Saraçoğlu, Sülkü ve Açıkgöz, 2012).

Türkiye'deki sağlık sektörü reformları, benzer sağlık sistemi zorlukları olan diğer ülkelerdeki büyük sağlık bakım reformlarının uygulanması için "iyi uygulama" örneği olarak adlandırılmıştır (Atun, 2014).

Öte yandan yöneltilen eleştiriler nedeni ile SDP etkileri itibari ile hala en tartışmalı reformlar arasındadır. SDP ile alınan bazı önlemler gereksiz tedarik ve talebi kontrol altına alırken, ilaç fiyatlarında ve geri ödeme oranlarında düzensiz ve beklenmedik indirimler ve hastane ödemelerinde gecikmeler sağlık sektöründe belirsizliğe neden olmakta ve hem sağlık hizmeti sunumunu hem de özel sektöre zarar vermektedir. SDP'na yöneltilen en önemli eleştiriler arasında SDP ile sermayenin ekonomik gücü karşısında emekçi sınıfları koruyan düzenleme ve uygulamaların tasfiyesinin hedeflenmesi, sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması ve kâr elde etmek amacıyla ticarileştirilmiş olması yer almaktadır (Çetin, 2017). Bunun temel gerekçesi piyasanın varlığının sağlık hizmetini artık bir hak olmaktan çıkarmasıyla birlikte, sağlık artık parası olanın ancak parası kadar satın alabileceği bir hizmete dönüşmüştür.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık çalışanlarının sayısı, özlük hakları ve nitelik sorununun yanında, ülke genelinde ki dağılımında da önemli sorunlar yaşanmaktadır. SDP kapsamında sağlık hizmet talebi artırmasına karşın, sağlık hizmeti arzında önemli verimlilik artışının sağlanması amacı ile SB hastanelerinde 2004 yılında "Performansa Dayalı Ödeme Sistemi"ne geçilmiştir (Sülkü, 2011). Bu amaçtan hareketle tam gün çalışma, performansa dayalı ödeme gibi düzenlemelerle sağlık endüstrisinde doktor-hasta ilişkisinin ticari bir yapıya büründüğü de söylenebilir. SDP'nin önceki yıllardan öne çıkan en önemli farkı, değişik nedenlerle sağlığa ulaşamayan toplum bazı kesimlerinin haklı öfkesini, özelinde hekimlere genelinde ise sağlık çalışanlarına yöneltebilmiş olmasıdır. Bunun temelinde gerek mevcut sağlık yapılanmasının meydana getirdiği sorunlar, gerekse hekimlerin yaptığı etik ihlallerin toplumsal yapıda yarattığı öfke, reformların yasal bir zeminde haklı gerekçesinin temelini oluşturmuştur. SDP'ne yönelik bir diğer görüş ise doktor ile hastayı karşı karşıya getirmesinin bir sonucu olarak, sağlıkta artan şiddet olaylarına zemin hazırlamasıdır. Günümüzde doktor-hasta ilişkisi de kötüleştiği, hekimlerin %66'sının hastalarından bir tür şiddete maruz kaldıkları söylenebilir. SDP uygulama süresinde yaşanan politika hataları, yaşanan sorunların bir bölümünü sağlık çalışanlarına mal etmiş ve onları hedef göstererek, sağlık çalışanlarına karşı şiddet vakalarındaki artışın ana nedenini oluşturduğu söylenebilir. Sağlıkta şiddetin yanında doktorların çoğu çok uzun saatler çalışmaktadır: Aile hekimleri haftada ortalama 59 saat çalıştıklarını, uzman hekimler haftada 68 saat çalıştıklarını açıkladılar. Hekimlerin bağlılığı ve gelecekteki



beklentileri azalmıştır. Çoğu doktor ticari sağlık hizmetlerinin bir parçası olmak istememekte ve güvenli işe ve geleceğe ihtiyaç duymaktadırlar. Doktorlar arasında intihar vakaları da göz ardı edilemeyecek bir diğer konudur (Atun, 2014).

SDP'nın doğal bir sonucu olarak sağlık hizmetlerine kişi başı başvuru oranının arttığı söylenebilir. Türkiye'de 2009 yılında 118,641 olan hekim sayısı, 2018 yılında 153,128'e yükselmiştir. Hekim başına düşen kişi sayısı 2018 yılında 612'den, 536'ya gerilemiş, hekim başına hasta müracaat sayısı ise 4447'den 5110'a yükselmiştir. Türkiye 8.9 kişi başı hekime müracaat sayısı ile OECD üyesi ülkelerin ortalaması olan 6.8'in oldukça üzerindedir. Gelişmiş ülkeler ele alındığında bu oran İsveç'te 2.8, ABD'de 4.0, Norveç'te 4.4 ve Birleşik Krallık 'da ise 5.0'dır (TUİK, 2018). Tüm kurum türlerinde toplam hekime müracaat sayısı, 2002 yılında 208,966,049 iken 2018 yılında bu sayı 782,515,204 olarak gerçekleşmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Yıllar içerisinde hekim başına düşen kişi sayısında önemli oranda azalma kaydedilmemesine rağmen, hekim başına hasta müracaat sayısı her geçen yıl artmaktadır. Bu durum sağlık hizmet talebine ihtiyaç durumunu sorgulamamıza neden olmaktadır. Aynı zamanda mevcut veriler Türkiye'de sağlık sisteminin bazı yapısal sorunlarının devam ettiğini göstermektedir. Türkiye'de 2004'de aile hekimliği uygulanmasına geçilmesiyle birlikte bazı yapısal sorunlar görülmeye başlamıştır. Temel sorunların başında birey ve toplum sağlığının ayrı olarak bölümlendirilmiş olmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinden bireye yönelik hizmetler aile hekimliğince, çevreye ve topluma yönelik hizmetler ise TSM tarafından yürütülmektedir. Ayrıca TSM'nde görev yapan hekim ve sağlık çalışanlarının, aile hekimliğine kıyasla düşük ücret ile çalışmaları, TSM'ni yasal olarak denetlemekle yükümlü olmaları ve aile hekimlerinin yapmayı istemedikleri "angarya" işleri yapma zorunluluğu getirmesi gibi nedenlerle TSM'ndeki kadrolar tercih edilmemektedir. Tüm bunların bir sonucu olarak, çevre ve topluma yönelik koruyucu hizmetlerde ciddi aksamaların yaşanabilmesi kaçınılmaz olduğu gibi aile hekimliğine geçişi teşvik etme politikaları, TSM'ni ikinci plana ötelemekte ve burada çalışanların motivasyonlarının düşmesine neden olmaktadır (Elbek ve Adaş, 2009). Bunların yanında aile hekimliklerinde yaşanan diğer temel sorunlar ise iş yoğunluğunun artması, aile sağlığı elemanlarının iş tanımlarının yokluğu, ekip çalışması ve ekip ruhunun kaybolması, hekim dışı sağlık çalışanlarının özlük ve ekonomik haklarında gerileme şeklinde özetlenebilir.

SDP'nın bir başka temel bileşeni de Genel Sağlık Sigortası (GSS) reformudur. Bu büyük reform, eşitlik ve verimliliği artırmak için zorunlu sağlık sigortası ve evrensel teminat getirmiştir. Reformun hedefinde tüm sigorta kollarının tek çatı altında toplanarak, harcamaların azaltılarak, kontrol altında

tutulması amaçlanmıştır (Çetin, 2017). 2005 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu'nun sağlık tesislerinin SB'na devredilmesi, kamu sektöründeki parçalanmayı ortadan kaldıran ve sağlık hizmeti satın alma işlevini tedarikten ayıran önemli bir yapısal değişiklik olmuştur (Ökem ve Çakar, 2015; Cural, 2016). Sağlık sigortası kapsamının tüm nüfusa eşit faydalarla genişletilmesi amacıyla 2006 yılı Sosyal Güvenlik ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiştir. Düzenli işi olan bireyler sosyal sigorta primlerini öder, devlet ise kişi başına geliri brüt asgari ücretin 1/3'ünden az olanlara öder (Resmi Gazete, 2006).

2009 yılında ayakta tedavi hizmetleri için katkı payları getirilmiştir. Katkı payı devletin belirlemiş olduğu fiyatların üzerinde kalan kısmını, bireyin doğrudan kendi cebinden finanse etmesi anlamına gelmektedir. Örneğin kendi aile hekimlerini ziyaret eden kişilerden herhangi bir geri ödeme yapılması gerekmezken, hastanelere yapılan poliklinik ziyaretleri, SGK tarafından ilan edilen sabit bir oranda geri ödemeye tabi tutulmaktadır. Ayrıca, ilaç reçetesi için yaklaşık %20, emekliler için ise %10'luk bir ödeme vardır (Yardım ve Üner, 2018). Katkı payları toplumun düşük gelire sahip kesimleri için bireyin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetine ulaşmasının önünde engel olarak görülebilir (Çetin, 2017).

1992 yılında hiçbir sosyal sigorta sistemine dahil olmayan ve asgari ücretin üçte birinden daha az geliri olanlara sağlık hizmeti vermek amacıyla getirilmiş olan ve 1998 yılında sokak çocuklarını kapsayacak şekilde genişletilen Yeşil Kart programının 2012 yılında SGK'na devredilmesinden sonra sağlık sigortasının birleştirilmesi tam olarak sağlanmış ve ülkedeki tüm vatandaşlar GSS kapsamına alınmıştır (Turkish Laborlaw, 2012). GSS ve bu sigortanın kapsamı genellikle herkes için sağlık hedefine ulaşmanın en kolay yollarından biridir (Şengül ve Bulut, 2019). Yeşil Kart ile ilgili önemli husus, GSS sistemi devreye girinceye kadar "geçici" bir hizmet olarak sunulmuş olmasıdır. Yeşil Kart programının yürürlükte olduğu yıllarda, aylık geliri veya aile içindeki geliri, asgari ücretin vergi ve sosyal sigorta primi dışındaki miktarının 1/3'ünden az olmak, SGK güvencesi olmamak, Türkiye'de ikamet ediyor olmak ve Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmak şartları aranmaktaydı. Yeşil Kart uygulamasına yönelik en önemli iki eleştiriyi kaynak ve istismar boyutu oluşturmaktadır. Kaynak boyutuna yönelik ilk eleştiri, Yeşil Kart'ın finansmanının SB tarafından karşılanıyor olması nedeniyle, hastanelere ve diğer sağlık kurumlarına sağlık yardımı yapılamaması ortaya çıkarabilmektedir. Bir diğer önemli eleştiri ise, uygulamaya yönelik "istismar" sorunudur. Bu durum Yeşil Kart sahibi olanların, ekonomik durumlarının gerçeği yansıtmadığı yönündedir (Zengin, Şahin ve Özcan, 2018).

2002 yılı ile 2018 yılları arasında yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları değerlendirildiğinde: MR (Manyetik Rezonans) sayısı 58'den 915'e, BT (Bilgisayarlı Tomografi) sayısı 323'den 1211'e, Ultrason sayısı 1005'den 5846'ya, EKO (Ekokardiyografi) cihazı sayısı 259'dan 2520'ye yükselmiştir. 2017 yılı verilerine göre OECD üyesi ülkeleri ortalamasında 1,000,000 kişiye düşen BT sayısı 26.8, MR cihazı sayısı 16.7'dir. Türkiye'de sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları Tablo 1'de gösterilmiştir. Türkiye'de yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayılarında yıllara göre yaşanan bu olumlu gelişmeye rağmen, 2018 yılında tüm sektörlerde 11.2 olan 1,000,000 kişiye düşen MR cihazı sayısı, 16.7 oranı ile OECD üyesi ülkelerin ortalamasının altındadır. Ağız ve Diş Sağlığı hizmeti veren kurum ve kuruluş sayısı 2012-2018 yılları arasında 992'den, 24,970'e yükselmiş, diş üniti başına düşen nüfus ise 61,632'den, 7931'e düşmüştür. Sağlık alt yapısının gelişmesine bağlı olarak, 2013 yılında diş hekimine yapılan müracaat sayısı 37,760,696'dan, 2018 yılında 53,115,784'e yükselmiştir. Bu durum son yıllarda kamu eli ile ağız-diş sağlığına verilen önemin önemli bir göstergesi olarak gösterilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

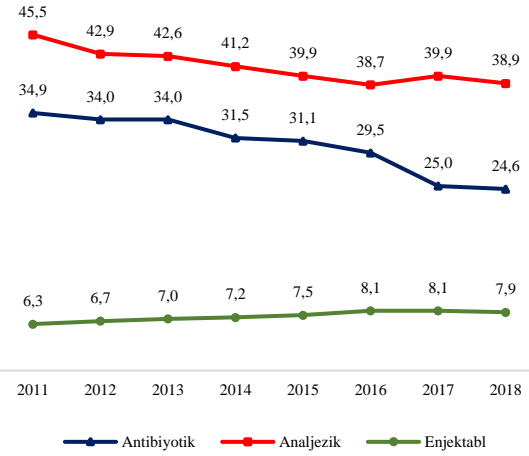
**Tablo 1. Sektörlere göre yataklı tedavi kurumlarında cihaz sayıları.**

| Cihazlar        | Sağlık Bakanlığı | Üniversite | Özel | Toplam |
|-----------------|------------------|------------|------|--------|
| MR              | 336              | 120        | 459  | 915    |
| BT              | 539              | 143        | 529  | 1211   |
| Ultrason        | 2716             | 755        | 2375 | 5846   |
| Dopler Ultrason | 3733             | 491        | 1333 | 5557   |
| EKO             | 1526             | 267        | 727  | 2520   |
| Mamografi       | 393              | 73         | 500  | 966    |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018.

2018 yılında Türkiye 1.000 kişiye düşen günlük antibiyotik tüketim miktarında çoğu Avrupa ülkesinin önündedir. OECD üyesi ülkelerin ortalamasına göre 1000 kişiye düşen günlük antibiyotik tüketim miktarı 18.9 iken, aynı oran Türkiye'de 31'dir. Türkiye'de yıllara göre aile hekimleri tarafından yazılan antibiyotik reçetelerin oranı 2011 yılında %34.9 iken bu oran 2018 yılında %24.6'ya gerilemiştir. Bu olumlu gerileme son yıllarda üzerinde önemle durulan antibiyotik tüketim kontrol programlarının bir nebze olumlu etkilerinin olduğunu gösterse de halen yetersiz işlediğinin göstergesi olarak görülebilir. Yıllara göre aile hekimleri tarafından yazılan ve antibiyotik, analjezik, enjektabl ilaç içeren reçetelerin oranı Şekil 5'de gösterilmiştir. Toplam ilaç tüketimi (milyon

kutu), 2014 yılında 1903 kutudan, 2017 yılında 2351 kutuya yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018).



**Şekil 5. Yıllara göre aile hekimleri tarafından yazılan ve antibiyotik, analjezik, enjektabl ilaç içeren reçetelerin oranı, (%); Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2018.**

SB'na bağlı hastanelerde güvenlik, yemek, görüntüleme, laboratuvar hizmetleri ile radyoloji teknisyen/teknikeri, laborant, veri giriş, hastabakıcı gibi kadrolar dışardan hizmet alımı yoluyla istihdam edilmekteydi. Türkiye'de 2 Nisan 2018 tarihinde kamuda çalışan taşeron işçilerinin büyük çoğunluğu, kadroya geçirilse de halen kamu da bazı işlerde taşeron işçiliğine devam edilmektedir. Yapılan düzenleme ile kadroya geçen taşeron işçilere 6 ayda bir yalnızca %4 oranında bir ücret zammı verilecektir. Yıllık enflasyon oranlarının belirlenen zam oranının üzerinde olması durumunda kadroya geçen taşeron işçiler mutlak yoksullaşma ile karşı karşıya kalacaktır. Kamuda taşeron işçiler 696 sayılı KHK'da "geçmiş haklarından feragat eder" hükmü ile kıdem tazminatı gibi özlük haklarından mahrum bırakılıp, bırakılmadığı halen açıklığa kavuşturulmamış tartışmalı konular arasındadır. Özlük haklarında yaşanan bu önemli kayıplar, çalışanların ruh haline yansarak, verimliliğin düşmesini beraberinde getireceği unutulmamalıdır. Kadroya geçen taşeron işçilerde bir diğer ciddi ayrımcılık yaratan konu ise kadroya tüm taşeronların dahil edilmemesidir.

### 3. SONUÇ

Sağlık hizmetlerinin sunumunda iktisadi kavramlar ekseninde şekillenen neo-liberal politikalar, sağlığı küresel kapitalist sisteme açık hale getirmektedir. Halbuki sağlık, çevre sorunları, yoksulluk, işsizlik, gelir dağılımı gibi toplumun yapısal sorunlarıyla birlikte ele alınması gereken çok boyutlu ve çok daha geniş sosyoekonomik ve kültürel bileşenleri olan bir kavramdır. Neo-liberal politikalar ve küresel kapitalizmin yarattığı sağlık sorunları zamanla hastalık üreterek, ilerleyen aşamalarda sağlık hizmet

maliyetlerini artıracaktır. Bu nedenledir ki sosyal devlet ilkesi olarak sağlık hizmetleri, tamamen özelleştirilmemelidir. Unutulmaması gereken önemli unsur eşitliği, adaleti ve sağlık hakkını arttırmak adına sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi bir tezat oluşturmaktadır. Sağlık hizmetleri ticarileştiğinde, rekabetin neden olduğu gerginlik hastaların karşısında sağlık çalışanlarını hizmeti satan birer odak haline getirebilir. Bunun bir sonucu olarak bir müşteri niteliğinde olan hastalar, daha kaliteli sağlık hizmetine erişebilmek için bunun karşılığında daha çok para veren birer alıcı konumuna gelmiş olacaktır. Öte yandan sağlıkta özelleştirmeye birlikte yatırımların artmış olması, hizmet alıcılarında memnuniyeti önemli bir unsur haline getirmiştir.

Oluşturulan sağlık reformları ile sağlık emeğinin sömürüldüğü, hastaların zorunlu olarak piyasanın bir parçası haline getirildiği olumsuzluklarla anılmamalıdır. Türkiye’de SDP’nın erken dönemde sağlık hizmeti erişiminde kolaylaşma neden olduğu ancak uzun vadede yapısal bazı sorunları daha da artıracığı göz ardı edilmemelidir. Performans sistemi ve tam gün yasası ile kamudan daha çok özel sektöre çekilen hekimler nedeni ile hastalar sisteme mecburen iştirak etmek zorunda bırakılmaktadır. Sağlık çalışanlarının bölgeler arasındaki eşit olmayan dağılımının önüne geçilmeli, personel sayısındaki yetersizlikler nedeni ile aşırı iş yükü altında ezilen ve motivasyon kaybı yaşayan sağlık çalışanlarının problemlerine acil çözüm bulunmalıdır. Sağlık sisteminin iyileştirilmesine yönelik tüm yapılan çalışmaların, aynı zamanda ülkede yaşayan bireylerin kazanımlarını da geriletme riski olabileceği unutulmamalıdır.

## KAYNAKLAR

- Ağır, H. ve Tıraş, H. H. (2018). Türkiye’de sağlık harcama türlerinin değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 15, 643-670
- Alazawi, S. A. A. J., Aljunid, S., Sulku, S. N. ve Nur, A. M. (2014). Turkish health system reform from the people perspective. *BMC public health*, 14, S:1.
- Atun, R., Aydın, S., Aran, M., Gürol, I., Chakraborty, S. ve Akdağ, R. (2014). Health-care reform in Turkey: far from perfect—Authors’ reply. *The Lancet*, 383, 9911.
- Bostan, S. ve Çiftçi, F. (2016). Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının hastane hizmetleri üzerindeki değişim etkisi: sağlık çalışanlarının görüşleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Derg*, 2, 1-8.
- Cural, M. (2016). Türk sosyal güvenlik sisteminin mali yapısı ve sisteme yapılan bütçe transferlerinin ekonomik yansımaları. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2, 693-706.
- Çetin, F. G. (2017). Sağlıkta dönüşüm programı ekseninde sağlığın ekonomi politikası. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1, 274.
- Elbek, O. ve Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta dönüşüm: eleştirel bir değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 1, 33-44.
- Ener, M. ve Yelkikalan, N. (2003). Gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin yeniden yapılanması ve finansmanı: Türkiye deneyimi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6, 99-113.
- Erençin, A. ve Yolcu, V. (2008). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü ve yerinden yönetimi. *Siyaset Yönetim*, 3, 118-136
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2018). *Economic Surveys: Turkey*. [https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-turkey-2018\\_eco\\_surveys-tur-2018-en](https://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-economic-surveys-turkey-2018_eco_surveys-tur-2018-en) (Erişim Tarihi: 29 Ocak 2020)
- Ökem, Z. G. ve Çakar, M. (2015). What have health care reforms achieved in Turkey? An appraisal of “Health Transformation Programme”. *Health Policy*, 119(9), 1153-1163.
- Qolipour, M., Faraji Khiavi, F. ve Saadati, M. (2017). An association change between change in health expenditures and health indicators; A cross country comparison. *Iranian Journal of Health Sciences*, 5(2), 32-41.
- Resmi Gazete. (2012). *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu* (Erişim Tarihi: 30 Ocak 2020) <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/06/20060616-1.htm>
- Saraçoğlu, B., Sülkü, S. ve Açıkgöz, Ş. (2012). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin Finansal Durumu Üzerinde Sağlıkta Dönüşüm Programının Etkileri. *Ekonomik Yaklaşım*, 23(özel sayı), 269-282.
- Sülkü, S. N. (2011). Performansa dayalı ek ödeme sisteminin kamu hastanelerinin verimliliği üzerine etkileri. *Maliye Dergisi*, 160, 242-268.
- Şengül, H. ve Bulut, A. (2019). Sağlık hizmetlerinde ödeme mekanizmaları ve teşhis ile ilişkili gruplar. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 2, 196-209. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.526516>
- Tatar, M., Mollahaliloğlu, S., Şahin, B., Aydın, S., Maresso, A. ve Hernández-Quevedo, C. (2011). Turkey: Health system review, 13(6), 1-186.
- Turkish Laborlaw (2012). *Social Security and Universal Health Insurance Law*: 5510 Erişim adresi: <http://turkishlaborlaw.com/category/turkish-social-security-law-5510/> (Erişim Tarihi: 30 Ocak 2020).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2017). *Temel İstatistikler*. Erişim adresi: <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (Erişim Tarihi: 30 Ocak 2020).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2018). *Temel İstatistikler*. Erişim adresi: <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (Erişim Tarihi: 30 Ocak 2020).
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2019). *Temel İstatistikler*. Erişim adresi: <http://tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist> (Erişim Tarihi: 30 Ocak 2020).

- Türkiye İstatistik Kurumu. (2019). *Yaşam Memnuniyeti Araştırması Mikro Veri Seti*. Erişim adresi: [https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/yayinGoruntuleme.zul?yayin\\_no=496](https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/yayinGoruntuleme.zul?yayin_no=496) (Erişim Tarihi: 30 Ocak 2020).
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. (2018). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> (Erişim Tarihi: 30 Ocak 2020).
- Ünal, A. ve Tagiyev, R. (2016). Sağlık sisteminde desantralizasyon: Türkiye ve Azerbaycan sağlık sistemleri üzerine bir inceleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. (CİEP Özel Sayısı), 479–497
- Yardim, M. S. ve Uner, S. (2018). Equity in access to care in the era of health system reforms in Turkey. *Health Policy*, 122(6), 645-651. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.016>
- Zengin, E., Şahin, A. ve Özcan, S. (2012). Türkiye’de sosyal yardım uygulamaları. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19, 133-142.







## Suriyeli Çocuk Mülteciler ve Sorunları

Süreyya SARVAN , Emine EFE

<sup>1</sup>Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Süreyya SARVAN

e-mail: [ssarvan@akdeniz.edu.tr](mailto:ssarvan@akdeniz.edu.tr), Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD Antalya, Türkiye

**Geliş Tarihi / Received:** 12.07.2019, **Kabul Tarihi / Accepted:** 05.12.2019

Copyright holder Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

### ÖZ

İnsanlık tarihi boyunca doğal felaketler, savaşlar ve terör gibi olaylar insanların yaşadıkları yerleri terk ederek mülteci durumuna gelmelerine neden olmuştur. Mülteci; ülkesinde ırk, din, sosyal konum, siyasal düşünce ya da ulusal kimliği nedeniyle kendisini baskı altında hissederek kendi devletine olan güvenini kaybeden, kendi devletinin ona tarafsız davranmayacağı düşüncesi ile ülkesini terk edip, başka bir ülkeye sığınma talebinde bulunan ve bu talebi o ülke tarafından 'kabul' edilen kişidir. Dünyada bulunan mültecilerin yarısından fazlasını çocuklar oluşturmaktadır.

Son yıllarda değişen dünya düzeni nedeni ile mülteci sayısında çok büyük artış olmuştur. Türkiye coğrafi konumu, kültürel ve tarihsel ilişkileri nedeniyle en büyük mülteci nüfusuna ev sahipliği yapan ülke konuma gelmiştir.

Bu makalenin amacı, doğal felaketler ya da savaşlar gibi çeşitli nedenler ile mülteci durumda olan çocukların yaşadığı sorunları güncel literatür ışığında sunmaktır. Türkiye'de bulunan mültecilerin büyük bir çoğunluğu Suriye'den geldiği için Suriyeli çocukların yaşadığı sorunlar bilimsel araştırmalar, istatistik veriler ele alınarak incelenmiş, istatistik verilerden elde edilen bulgularla grafikler oluşturulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Çocuk, Mülteciler, İnsan Hakları, İstihdam, Çocuk İstismarı.

## Syrian Child Refugees and Problems

### ABSTRACT

Events such as natural disasters, wars, and terror during the history of mankind have caused people to leave places they live and to be refugees. A refugee is a person who loses confidence in his state by feeling under pressure because of race, religion, social status, political thought or national identity and who leaving his country to seek asylum in another country and this request is accepted by that country as in the belief that his own state will not act impartially. More than half of the world's refugees are children. In recent years there has been a huge increase in the number of refugees due to the changing world order. Turkey has become the host country of the largest refugee population because of her geographical location and cultural relations and historical associations. The purpose of this article is to present the problems experienced by their children in the light of current literature who are refugee for various reasons such as natural disasters or wars. A large majority of refugees in Turkey as they came from Syria, the problems of the Syrian children has examined by taking scientific research and statistics so graphics were created with the findings obtained from statistical data.

**Keywords:** Child; Refugees, Human Rights, Employment, Child Abuse

### GİRİŞ

Mülteci; ülkesinde ırk, din, sosyal konum, siyasal düşünce ya da ulusal kimliği nedeniyle kendisini baskı altında hissederek kendi devletine olan güvenini kaybeden, kendi devletinin ona tarafsız davranmayacağı düşüncesi ile ülkesini terk edip, başka bir ülkeye sığınma talebinde bulunan ve bu talebi o ülke tarafından 'kabul' edilen kişidir (UNHCR, 2019). İnsanlık tarihi boyunca doğal felaketler, savaşlar ve terör gibi olaylar insanların yaşadıkları yerleri terk ederek mülteci durumuna gelmelerine neden olmuştur. Değişen dünya düzeninin

sonucu olarak 2016 yılında dünya çapında yaklaşık 65.6 milyon kişi zorunlu olarak yer değiştirmek zorunda

kalmıştır (UNHCR, 2016). Bir mültecinin evinden uzakta geçirdiği ortalama süre 20 yıldan daha uzun sürmektedir (UNHCR, 2012). Yirmi yıllık bir süre çocukluk döneminden daha fazladır ve bir kişinin verimli çalışma yıllarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu dikkat çekici tablo göz önüne alındığında, bir mültecinin en büyük amacının hayatta kalmak olduğu görülmektedir (UNHCR, 2018). Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek

Komiserliği'nin (UNHCR) raporunda, 2016 yılsonu itibarı ile dünyada bulunan yaklaşık 22.5 milyon mültecinin yarısından fazlasının çocuk olduğu, ayrıca eğitim, çocuk koruma, gıda güvenliği ve güvenli barınma konularının ele alınması gerektiği belirtilmektedir (UNHCR, 1994).

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), Türkiye İnsani Durum Raporu'na (2018 Nisan ayı) göre; Türkiye Dünyada en çok mültecilere ev sahipliği yapan ülke konumundadır. Türkiye'de kayıtlı 4 milyondan fazla sığınmacı ve mülteci bulunmaktadır, bunların 1.7 milyonu çocuktur (UNICEF, 2018).

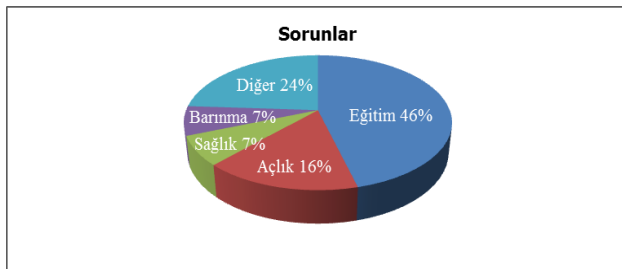
Türkiye'de bulunan bu mültecilerin 3.6 milyonu Suriye'den gelmiştir (Türkiye Göç Raporu, 2016). Türkiye'deki mültecilerin %90'ından fazlası kamp dışında, il ve ilçelerde yaşamaktadır (UNHCR Türkiye İstatistikleri, 2016).

Türkiye'ye gelen Suriyelilerin 269 bini Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından 10 ilde kurulan 25 çadır ve konteyner kentlerden oluşan barınma merkezlerinde, geri kalan yaklaşık 2.3 milyonu kamp dışında ülkenin değişik il ve ilçelerinde "şehir mültecileri" olarak, dağınık bir şekilde yaşamaktadırlar (Nur Emin, 2016; Cagaptay & Menekşe, 2014).

Çocuk ve Haklarını Koruma Platformu'nun (ÇHKP) yaptıkları çalışmada; Türkiye'de ki Suriyeli mülteci çocukların % 46'sının eğitim, %16'sının açlık, %7'sinin barınma, %7'sinin sağlık gibi temel sorunları olduğu saptanmıştır (Şekil 1) (ÇHKP, 2016). Mülteci çocukların çoğu için savaş, yoksunluk ve korku en çok bildikleri kavramlar haline gelmiştir. Mülteci konumundaki çocuklar okula gidememekte ve temel ihtiyaçlarını karşılayabilmek için sık sık mücadele etmektedirler. Ayrıca ileri ki yaşamları da risk altında bulunmaktadır (UNHCR, 2018). Mülteciliğin çocukları daha çok etkilemesinin nedenleri şu şekilde sıralanabilir;

- Çocuklar savunmasızdır. Hastalık, kötü beslenme ve fiziksel yaralanmaya duyarlıdır.
- Çocuklar bağımlıdır. Özellikle çocukluğun ilk yıllarında sadece fiziksel dayanıklılık için değil, aynı zamanda psikolojik ve sosyal iyilik için yetişkinlerin desteğine ihtiyaç duymaktadır.
- Çocuklar gelişmektedir. Çocuklar gelişimsel sıra içinde büyürler, tıpkı tuğladan bir kule gibi, her kat bir tuğladan oluşur ve her tabaka alttaki diğer tabakaya bağlıdır. Bu sıralamanın kesintiye uğraması çocuk gelişimini önemli bir biçimde etkileyebilir (UNHCR, 2018).

Bu makalenin amacı, iç savaş ve terör nedeni ile Türkiye'ye sığınan ya da mülteci durumda olan Suriyeli çocukların yaşadığı sorunları incelemektir.



Şekil 1. Türkiye'de bulunan Suriyeli mülteci çocukların temel sorunları (ÇHKP, 2016)

## EĞİTİM

Eğitim, 1989 Çocuk Hakları Sözleşmesi ve 1951 Mülteci Sözleşmesi'nde kabul edilen temel bir insan hakkıdır.

Eğitim;

- Mülteci çocukları ve gençleri silahlı gruplara katılmalarına, çocuk işçiliğine, zorla askere alınmaya, cinsel istismar ve çocuk evliliğine karşı korur.
- Eğitim ayrıca mülteci topluluğun psikolojik dayanıklılığını artırır.
- Mültecileri üretken, tatmin edici ve bağımsız yaşayabilecek bilgi ve beceriler kazandırarak güçlendirir.
- Mültecileri aydınlatır; hayatlarını ve topluluklarını yeniden inşa etmeye çalışırken etraflarındaki dünya ve kendileri hakkında bilgi edinmelerini sağlar (UNHCR, 2012).

UNHRC'nin eğitim raporuna göre; 2016 yılında dünya genelinde 3.5 milyon mülteci çocuk okula gidememiştir. %91'lik küresel ortalama ile karşılaştırıldığında mülteci çocukların yalnızca % 61'i ilkökula devam etmektedir. Mülteci çocuklar büyüdükçe, eğitim engelleri artmaktadır. Adölesanların sadece %23'ü ortaokula kayıtlıdır, küresel olarak bu oran %84'tür. Üniversite düzeyinde eğitimin ise oldukça vahimdir. Küresel olarak üniversite eğitiminin ortalaması %36 iken, mülteci gençlerin sadece %1'i üniversiteye gitmektedir (UNHCR, 2012).

Türkiye'deki 25 mülteci kampında yaşayan Suriyeli okul çağı çocukların yaklaşık %90'ı okula gitmektedir. Ancak bu oran Türkiye'de yaşayan Suriyeli okul çağı çocukların sadece %13'ünü oluşturmaktadır. Suriyeli çocukların büyük çoğunluğu kamp dışında, il ya da ilçelerde yaşamaktadır ve kamp dışında okula kayıt yaptıranların oranları çok daha düşüktür. 2014-2015 yılında bu nüfusun yalnızca 1/4'ü okula gitmiştir (Cagaptay & Menekşe, 2014). Mülteciler ve Sığınmacılarla Yardımlaşma Dayanışma ve Destekleme Derneği'nin (MSYD) yaptığı çalışmada okul çağındaki 2249 çocuğun %81'inin örgün eğitime kayıtlı olmadıklarını saptamışlardır. Suriyeli okul çağı çocukların yaklaşık 450 bini okula gitmektedir (MSYD, 2017).

Okula gidememenin temel nedenleri olarak da; kaynakların yetersizliği, eğitim konusunda bilinç eksikliği ve dil engeli olduğu ifade edilmektedir. Bunun yanı sıra, çocuk işçiliği, okulların kapasite yetersizliği gibi nedenlerde okula gitmeye engel olmaktadır (Taştan & Çelik, 2017).

Okula gitmeme, çalışan çocuk sayısını ve erken evliliği artırmakta, yasal olmayan tehlikeli gruplara katılma riskini doğurmaktadır (Watkins & Zyck, 2014). Aileler inanç, gelenek ve ekonomik yetersizlikler nedeniyle okul yerine özellikle erkek çocukların çalışmasını, kız çocukların ise evlenmesini tercih etmektedirler.

Suriyeli çocukların başarısını etkileyen nedenler arasında devamsızlık, motivasyon eksikliği ve hedeflerinin olmaması bulunmaktadır. Kendi aralarında hareketliliğin fazla olması devamsızlık nedeni olarak gösterilmektedir. Ayrıca, okula devam eden çocukların dillerinin yetersiz olması başarılarını olumsuz olarak etkilemektedir. Savaş, ailede bireylerinin kaybedilmesi, belirsiz gelecek gibi konular çocuklarda isteksizliğe ve geleceğe dair beklentilerinin olmamasına neden olmaktadır.

Başarılı ve motivasyonu yüksek çocuk sayısı oldukça azdır (MSYD, 2017). Okullara kayıtlı olan Suriyeli çocukların ise Türkçe konuşmadıkları, başarılarının düşük olduğu, uyum ve ekonomik sorunlar yaşadığı görülmektedir.

İnsan Hakları İzleme Örgütü'nün yaptığı araştırmada, Türkiye'de kamp dışında yaşayan Suriyeli çocukların okullaşmasına engel olan önemli sorunlar şu şekilde sıralanmıştır:

- Dil engeli: Çoğu çocuk sadece Arapça bilmektedir. Bu nedenle okullarda dil engeliyle karşılaşmaktadırlar. Okullara kayıtlı olan Suriyeli çocukların Türkçe konuşmadıkları ve başarılarının düşük olduğu gözlenmektedir.

- Ekonomik zorluklar: Ekonomik yetersizlik nedeni ile aileler, ulaşım, okul gereçleri gibi masrafları karşılayamamaktadır. Ayrıca çocuk işçiliği çok yaygın durumdadır. Bazı ailelerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için çocuklarının getireceği gelire ihtiyacı olduğu görülmektedir.

- Toplumsal uyuşma: Bazı Suriyeli aileler, çocuklarının okulda zorbalığa maruz kalacağı ve sınıf arkadaşlarıyla iletişimde zorluk yaşayacağı gibi endişelerle çocuklarını okullara kaydettirmek istememekteyler (Çagaptay & Menekse, 2014).

Türkiye'de yaşayan yabancı, mülteci ve sığınmacılara yönelik ilk kapsamlı yasal düzenleme hazırlanmış ve Nisan 2014'te 6458 sayılı "Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu" yürürlüğe girmiştir. Bu Kanun kapsamında Suriyelilerin hukuki statüsü ve faydalanabileceği yasal çerçeve ise, Ekim 2014'te yürürlüğe giren "Geçici Koruma Yönetmeliği" kapsamında oluşturulmuştur. Geçici Koruma Yönetmeliği ile kamplarda ve kamp dışında yaşayan Suriyeliler sağlık, eğitim ve sosyal yardım hizmetlerine erişim hakkı elde etmişlerdir. Daha sonra 23 Eylül 2014 tarihinde 2014/21 sayılı "Yabancılar Yönelik Eğitim-Öğretim Hizmetleri" başlıklı genelge ile Suriyeli çocuklara sunulacak eğitim hizmetleri belirli bir standarda bağlanmış ve güvence altına alınmıştır. Ayrıca Milli Eğitim Bakanlığı'nın yayımlanmış olduğu 2015-2019 Stratejik Planda ilk defa mültecilerin eğitimleri ile ilgili "Mülteciler, geçici koruma altındaki yabancılar veya vatansız olarak yurdumuzda bulunanların da buldukları sürece, eğitim görmelerini sağlamak üzere, bu öğrencilerin eğitim sistemine entegrasyonunun sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılacaktır." şeklinde hedeflerinin yer aldığı görülmektedir (Nur Emin, 2016; MEB, 2015; Resmi Gazete, 2014; Resmi Gazete, 2013).

Milli Eğitim Bakanı, yürütülen eğitim hizmetleri kapsamında toplam 463,122 kişiye eğitim verildiğini ifade etmiştir. Bu öğrencilerin 169,010'ına devlet okullarında, 294,112'sine ise geçici eğitim merkezlerinde hizmet verilmiştir (Bianet, 2017). Okula giden çocuk sayısında önemli oranlarda artış olmasına rağmen UNICEF'in tahminlerine göre yaklaşık olarak çocukların % 45'i okula gitmemektedir (UNICEF, 2017).

#### **BARINMA**

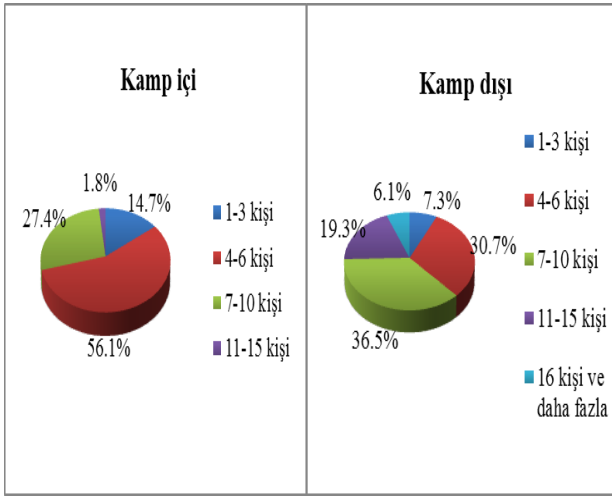
Barınma mülteci çocukların üçüncü en önemli sorunudur (ÇHKP, 2016). Mültecilerin bir bölümü kamplarda barınırken daha büyük bir bölümü kamp dışında barınmaktadırlar. Kamplarda yaşayanların ihtiyaçları hükümetler tarafından karşılanırsa da koşullar istendik

düzeyde değildir. Kamp dışında yaşayanların büyük çoğunluğu ise il ve ilçelerde, yetersiz ve sağlığa elverişsiz konutlarda barınmaktadırlar. Ürdün ve Lübnan Türkiye'den sonra en fazla Suriyeli mültecilere ev sahipliği yapan ülke konumundadır (UMHD, 2017). Lübnan'da bulunan Suriyeli mültecilerin %25'i tamamlanmamış veya koşulları yetersiz binalarda, %16'sı ise gayri resmi yerleşim yerlerinde yaşamaktadır (Norwegian Refugee Council, 2014). Ürdün'deki Suriyeli mültecilerin çoğunluğu apartmanlarda ya da beton evlerde kira ödeyerek yaşamaktadır. %9'u ise bodrum katlarında, kendi yaptıkları evlerde, kerpiç evlerde, prefabriklerde, depolarda, çatılarda veya çadırlarda yaşamaktadır. Bu binaların çoğunluğu, genellikle toprak zeminli, havalandırması kötü, rutubetli, banyosu evin dışında ve koşulları yetersizdir. Nüfus sayım memurlarının ev ziyaretleri sonucu, mültecilerin %47.1'inin yetersiz, %6.6'sının çok yetersiz koşullarda yaşadığı, ziyaret edilen konutların %46'sının ısıtmaya sahip olmadığı ve 1/4'ünün elektriğe erişiminin yetersiz olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca konutların yaklaşık %9'unun, daha az güvenilir ve daha maliyetli olan tankerlerle su ihtiyacını karşıladığı ve yaz aylarında ise suya erişimin daha zor olduğu belirtilmiştir (Frances & Skandar, 2014). Türkiye'de yaşayan Suriyelilerin bir bölümü kamplarda, çadır veya konteynerlerde yaşamaktadırlar (AFAD, 2014). Kamp dışındakilerin, ortalama %74'ü bir ev veya apartman dairesinde yaşarken, yaklaşık %14'ü harabe binalarda, %10'u ise üstünlük yapılmış, geçici barınak veya plastik kulübelerde yaşamaktadır. Kamplarda yaşayanların yaklaşık %7'si konut başına iki veya daha fazla ailenin bulunduğu konutlarda, kamp dışında ise %32'si iki veya daha fazla ailenin bulunduğu konutlarda yaşamaktadır. Konut başına düşen ortalama kişi sayısı kamplarda 5.6 iken, kamp dışında ise 8.6'dır (Şekil 2) (AFAD, 2014).

Çalışmalarda konutlarda kalan çocuk sayısına ilişkin verilere ulaşılammış olmasına rağmen mültecilerin yaklaşık yarısı çocuk olduğu için konutlarda kalan bireylerin yarısının çocuk olduğu düşünülebilir. Aynı zamanda oturdukları konutu başka ailelerle paylaşanların oranı azımsanamayacak kadar yüksek ve çarpıcıdır. Kamp dışında yaşayanlar genellikle sosyoekonomik düzeyi düşük semtlerde bulunan kiralık konutlarda kalmaktadır (BİAMER, 2014; Türk Tabipler Birliği, 2014). Bu konutların çoğu temel gereksinimleri karşılamaktan uzak, sağlık açısından yetersiz ya da baraka şeklindeki yapılardır (Sanduvaç, 2013; Yılmaz, 2013).

Ayrıca bodrum katta bulunan konutların odalarında rutubet ve lağım kokusu olduğu tespit edilmiştir (Yılmaz, 2013). AFAD'ın yaptığı çalışmada, kamp dışında yaşayan Suriyeli mültecilerin yarısından fazlası yaşadıkları konutun büyüklüğünü, rahatlığını ve iklim uygunluğunu yetersiz bulduklarını belirtirken, 3/4'ünden fazlası yaşadıkları konutun uyku malzemesi, gıda malzemesi, yakıt, mutfak araç gereçleri ve giyim malzemeleri yönünden yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (AFAD, 2014). Yapılan başka bir çalışmada ise, konutların yarısından fazlasında, kişi başına düşen mutfak gereçlerinin yetersiz olduğu, yemek pişirme malzemelerinin olmadığı saptanmıştır (Türk Tabipler Birliği, 2014). Yaşanılan bölge ve konutların kalitesi, temiz içme ve kullanma sularına erişimi etkilemektedir

(Türk Tabipler Birliği, 2014). AFAD'ın yaptığı araştırmada, kamp içinde ve dışında yaşayanların yaklaşık 1/3'ünün içme ve kullanma suyuna orta zorlukta veya zor eriştikleri belirlenmiştir (AFAD, 2014). Bu sonuçlara göre, Türkiye'de kampların dışında yaşayan mültecilerin bir bölümü olumsuz şartlarda barınmakta ve daha kalabalık koşullar altında yaşamaktadırlar. Konutlardaki olumsuz şartlar ve kalabalık yaşam, kronik ve bulaşıcı hastalıklar açısından risk oluşturmaktadır. Türkiye'de bulunan Suriyeli mültecilerin yaklaşık yarısı çocuk olduğu için olumsuz barınma koşulları çocukları daha fazla etkilemektedir (UNICEF, 2018). Çünkü çocuklar günlerinin tamamını ya da büyük bölümünü barındıkları ortamlarda geçirmek zorunda oldukları için risklere daha fazla maruz kalmaktadırlar.



Şekil 2. Konutta kalan kişi sayısı (AFAD, 2014)

## BESLENME

Suriyeli çocukların eğitimden sonra en önemli sorunu açlıktır (ÇHKP, 2016). Bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki yeterli beslenme, çocukların optimum düzeyde büyüme-gelişmeleri ve sağlıklı olmaları için gereklidir. Erken çocukluk dönemlerinde yaşanan uzun süreli beslenme yetersizlikleri, büyümede gecikme ve sağlığın bozulması ile bağlantılıdır (Black ve ark., 2008). Mülteci durumda olan bazı ailelerin çocukları ekonomik yetersizlik ve mevcut durumları nedeniyle beslenme sorunları yaşamaktadır. Hossain ve ark.'nın Suriyeli mülteci çocuklarla yaptıkları çalışmada, anemi prevalansını, Ürdün Zaatari kampında yaşayan çocuklarda %4.4, kamp dışında yaşayan çocuklarda %26.1; Lübnan'da yaşayan çocuklar da ise %13.9- %25.8 olduğunu saptamışlardır. Zaatari kampındaki Suriyeli mülteci çocuklarda malnütrisyon oranı düşük olmasına rağmen, kronik malnütrisyon prevalansının kamptaki çocuklarda %17 ve kamp dışında yaşayan çocuklarda ise %9 olduğu tespit edilmiştir (Hossain ve ark., 2016). Türkiye'de dört kişilik ailenin açlık sınırı 2017 Aralık ayı verilerine göre 1,608 TL olarak açıklanmıştır (TİSK, 2017). AFAD'ın saha araştırma raporunda; Türkiye'de son bir ayda çalışılan işten kazanılan aylık gelirin, kamp içinde ortalama 231.6 ABD doları, kamp dışında ise 218,3 ABD doları olduğu belirlenmiştir. Ancak bu grubun Suriye'de ki aylık gelirleri, Türkiye'de elde ettikleri gelirin altındadır.

Kamp içinde yaşayanların ortalama aylık geliri 161.6 ABD doları, kamp dışında yaşayanların ise 239.9 ABD dolarıdır (AFAD, 2014). Bir hanede yaşayan kişi sayısı ve aylık gelir göz önüne alındığında açlık sınırının çok altında yaşadıkları görülmektedir. Bu nedenle çocuklarda beslenme sorunlarının görülmesi kaçınılmazdır. Bir beslenme tarama programında kamp dışında bulunan 2,200'den fazla çocuğa beslenme taraması yapılmış ve bu çocukların 45'inde orta düzeyde akut malnütrisyon olduğu tespit edilmiştir (UNICEF, 2017). Balcılar'ın 18-69 yaş grubu Suriyeli mültecilerle yaptığı araştırmada ise, Suriyeli mültecilerin %40'ının gün içinde hiç meyve ve/veya sebze tüketmediği belirlenmiştir (Balcılar, 2016). Bu nedenle meyve sebze tüketiminin çocuklarda da farklı olması beklenemez.

Beslenme yetersizliğinin geri dönüşü olmayan asıl etkilerinin yıllar sonra ortaya çıkacak olması sorunun göz ardı edilmesine neden olmaktadır. Kamu kurumlarının ve uluslararası kuruluşların çabalarına rağmen özellikle kamp dışında yaşayan çocukların beslenme sorunlarının çözülmesinin kolay olmayacağı ön görülmektedir.

## SAĞLIK

Sağlık Türkiye'deki çocuk mültecilerin %7'lik oranla önde gelen sorunları arasındadır (ÇHKP, 2016).

Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) tarafından Suriyeli mültecilerin öncelikli sağlık sorunları belirtilmiştir (CDC, 2016).

- Anemi
- Diyabet
- Hipertansiyon
- Ruhsal bozukluk

Özellikle çocuklar açısından düşünüldüğünde anemi ve ruhsal bozukluklar önde gelen sorunlar olabilir. Ancak olumsuz çevre koşulları, bağışıklamanın aksaması, kötü hijyen, kötü beslenme gibi nedenlerle enfeksiyon hastalıklarının varlığı kaçınılmaz olacaktır.

UNHCR tarafından yapılan araştırmada, kamp içinde ya da kamp dışında resmi olmayan bir yerleşim biriminde yaşamının sağlık hizmetlerine erişimi değiştirdiği ifade edilmiştir. Zaatari kampında (Ürdün) birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların %72.1 oranla bulaşıcı hastalıklardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan diğer başvuruların; %21.8 bulaşıcı olmayan hastalıklar, %4.8 yaralanmalar, %1.3 ruhsal bozukluklar gibi nedenler olduğu görülmektedir. Benzer şekilde, Irak ve Lübnan'daki birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların çoğunluğu bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanmaktadır (UNHCR, 2014).

AFAD'ın raporunda, Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerini kullanım oranının kamplarda yaşayanlarda yaklaşık %90, kamp dışında yaşayanlarda ise yaklaşık %60 civarında olduğu belirtilmiştir. Kamplarda en sık karşılaşılan sağlık problemleri; %23 ishal, %23 cilt problemleri, %19 yüksek ateştir (AFAD, 2014). Sağlık hizmetlerinin kullanılmamasının temel nedeninin dil sorunu olduğu (Kalkan ve ark., 2014; Kara & Akgün, 2015) ayrıca aile hekimlerinin kayıt yapmak istememelerinden kaynaklandığı belirlenmiştir (Kara & Akgün, 2015).

Türkiye'de kamplarda yaşayan çocukların 1/4'ü, kamp dışında ise yarısından daha azı çocuk felci aşısı



yaptırmamıştır. Kamp dışında yaşayan Suriyeli çocuklar arasında çocuk felci aşısı olmayan kız çocuklarının oranı, erkek çocukların oranından daha yüksektir. Kamplarda yaşayan kız çocukların yaklaşık 1/3'ü ve erkek çocukların yaklaşık 1/4'ü, kamp dışında yaşayan kız ve erkek çocukların yaklaşık 2/5'i kızamık aşısı olmamıştır. Hem kamp içerisinde hem de kamp dışında yaşayan Suriyeli çocuklar arasında kızamık aşısı olmayan kız çocuklarının yüzdesi, erkek çocuklarınkinden daha yüksektir (AFAD, 2014). UNICEF'in raporunda, Sağlık Bakanlığı'nın beş yaşından küçük mülteci ve göçmen çocuklara yönelik aşı kampanyasının üçüncü turunda 2500'den fazla aşı ekibi 20 ilde 376,000 fazla çocuğun tarandığı, ancak 117,000 çocuğun kaçırıldığı belirtilmiştir (UNICEF, 2017). Batman'da Kızamık vakaları görülmesi üzerine yapılan bir çalışmada; değerlendirmeye alınan 401 çocuğun 184'ü kızamık tanısı almıştır. Vakaların %26'sının Suriyeli çocuklar olduğu tespit edilmiştir. Seropozitiflik oranı ise T.C. uyruklu çocuklarda %39.2 iken Suriyeli çocuklarda %88.8'dir. Aile sağlık merkezlerine kaydı olmayan mülteci çocukların, aşısız olduğu tahmin edilmektedir (Yetiz, 2013). Kızamık ve çocuk felci aşısı olmayan Suriyeli çocukların olması (AFAD, 2014) Türkiye'deki çocukları da riske atabilir ve bu virüsler Türkiye'de yaygın hale gelebilir. Araştırma sonuçları hala bulaşıcı hastalıkların sorun olmaya devam edeceğini göstermektedir.

Terör, savaş gibi nedenler çocukları sadece fiziksel olarak değil psikososyal olarak da etkilemekte, hatta ileriki yaşamlarını da tehdit etmektedir. Suriyeli Mülteci Çocuklarla yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre; değerlendirmeye alınan çocukların 3/4'ünün aile ya da yakınlarından birini savaşta kaybettiğini, 1/3'ünün fiziksel şiddete maruz kaldığını ve 2/3'ünün bir yakını fiziksel şiddete maruz kalırken gördüğü belirlenmiştir. Çocukların %35'inin travma sonrası stres bozukluğu sınırının üzerinde puan aldıklarını, %49'unun depresyon ölçeğinin yüksek düzeyde, %36'sının ise çok yüksek düzeyde olduğunu saptamışlardır (Özer & Şirin, 2012). AFAD'ın raporunda, uyku bozukluğu yaşayan çocukların oranı kamp içi %24.6, kamp dışı %17.2'dir (AFAD, 2014). Çocukların yaşadıkları göz önüne alındığında bu sonuçlar kaçınılmazdır.

### **İŞÇİLİK**

Çocuk işçiliği geçmişten günümüze kadar görülen önemli sorunlardan birisidir. Gelişmiş ülkelerde bile görülen bu sorun özellikle gelişmekte olan ülkelerde çok daha vahimdir. Gelişmekte olan ülkelerde hızlı nüfus artışı, kentleşmenin düzensiz olması, gelir dağılımındaki eşitsizlik ve sosyoekonomik yetersizlik gibi nedenler çocuk işçiliği oranını artırmaktadır. Aile gelirinin yetersiz olması, yoksulluk ve ebeveynlerin çalışmaması gibi nedenler ailedeki tüm bireylerin çalışmasına neden olmaktadır (Gökalp, 2012). Uluslararası Çalışma Örgütü'nün (ILO) yaptığı tanıma göre, çocuk işçiliği; çocuğun sağlığını, eğitimini, fiziksel ve zihinsel gelişimini engelleyen, yeteneklerinin gelişmesine mani olan, çocuğu potansiyelinden ve onurundan yoksun bırakan her türlü çalışmadır. ILO, çocuk işçi tanımında yaş sınırını 15 olarak, 15-24 yaş grubundakileri de genç işçi olarak kabul etmektedir. ILO'nun 2016 raporunda; dünyada 152 milyon çocuk işçi olduğu, bunların 73 milyonunun tehlikeli işlerde

çalıştırıldığı belirtilmiştir. Dünyadaki çocuk işçilerin %70.9'u tarım, %17.2'si sanayi, %11.9'u hizmet sektöründe çalışmaktadır (ILO, 2017). Türkiye'de çalışan çocuk sayısı 6-14 yaş grubunda 292,00 kişi, 15-17 yaş grubunda ise 601,000 kişidir. Çalışan çocukların %44.7'si tarım, %24.3'ü sanayi ve %31'i hizmet sektöründe çalışmaktadır. Türkiye'de ki çocuk işçiliği istatistikleri dünya istatistikleri ile benzerdir (TUİK, 2013). Ancak Suriye'de yaşanan iç savaş nedeni ile Türkiye'ye sığınmak zorunda kalan çocuklarla birlikte çocuk işçiliği oranının arttığı düşünülmektedir.

Mültecilik, ucuz olan çocuk işçiliğini, daha da aşağılara çekerek çocukların emeğinin sömürülmesine neden olmaktadır. Bu nedenle çocuk işçiliği, Suriyelilerin yaygın yaşadığı illerde artmıştır. Çocuk emeğinin kullanıldığı alanlar; tekstil sektörü, inşaat işçiliği, hizmet sektörü, mevsimlik tarım işçiliği ve çobanlıktır. Çocuklar, işverenler tarafından güvencesiz ve sigortasız çalıştırılmakta ve hakları su istimal edilmektedir (Atasü Topçuoğlu, 2014). Türkiye'ye gelen Suriyeli aileler arasında 12-13 yaşından büyük kız çocuklarını, okula göndermeme eğilimi yüksek orandadır. Erkek çocukların pek çoğunun ise, kayıt dışı çalışmaları, eğitimlerini bırakmalarına sebep olmuştur. Suriyeli çocukların özellikle tekstil ve tarım alanında yaygın olarak çalıştırıldığı bilinmektedir (Erdoğan & Ünver, 2015). Yapılan bir çalışmada, Suriyeli çocukların %48'inin ailesinin isteği, %52'sinin kendi isteğiyle çalışmakta olduğu belirlenmiştir (Harunoğulları, 2016). Suriyeli çocuklar ailelerine yardım etmek için çalışmak zorunda kalmaktadır. Sokaklarda neredeyse günün her saatinde çöp toplayan mülteci çocuklar ve gençlerle karşılaşmak sıradanlaşmaktadır. Uzun süreli çalışma saatleri, çocukların oyun oynamasına ve ders çalışmalarına, hatta okula gitmelerine izin vermemektedir. Yaş ve gelişimlerine uygun olmayan ağır işlerde çalışmaları büyüme ve gelişmelerini olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

### **EVLİLİK**

Çocuk evliliği insan hakları ihlalidir. Çocuk evliliği, eşlerden birisinin veya her ikisinin 18 yaşın altındayken gerçekleşmesidir. Çocuk evliliği, İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin 16 (2) maddesinin ihlali anlamına gelir; "Evlendirme sözleşmesi, ancak evleneceklerin özgür ve tam iradeleriyle yapılır" (Birleşmiş Milletler, 2011). Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'de (ÇHS) çocukların; yaşama hakkı, eksiksiz biçimde gelişme hakkı; zararlı etkilerden, istismar ve sömürüden korunma hakkı; aile, kültür ve sosyal yaşama eksiksiz katılma gibi hakları olduğu belirtilmektedir. Sözleşmeyi imzalarken, hükümetler aynı zamanda kadınların genital mutilasyonunu / kesilmesini ve çocukların evliliğini içeren "çocukların sağlığına zarar verecek geleneksel uygulamaların kaldırılması için etkili ve uygun önlemlerin alınması" nı taahhüt eder (Birleşmiş Milletler, 1989). "Çocuk Haklarına Dair Sözleşme" ve "Kadına Karşı Her Türü Ayrımcılığın Yok Edilmesi Sözleşmesi" çocuk evliliğini yasaklamaktadır (UNICEF, 2004). Çocuklar yaşları göz önüne alındığında, evlilik partnerlerine veya evliliklerinin zamanlamasına onam vermeleri mümkün olmadığından, çocuk evliliği genellikle "erken" ve/veya "zorla" evlilik olarak adlandırılır. Çocuk evlilikleri her iki cinsten de görülmesine rağmen daha çok



ve büyük ölçekte kız çocukları maruz kalmaktadır (Loiza & Wong, 2012). Bu nedenle çocuk evliliği denince genellikle çocuk gelinler akla gelmektedir. Evlilik, genç kızların hayatları, sağlığı ve gelecekteki umutları için ciddi tehdit oluşturmaktadır. Çocuk evliliği, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlara neden olabilir ve bu komplikasyonlar gelişmekte olan ülkelerde 15-19 yaş kız çocuklarında ölüm nedenidir. Evli kız çocuklar HIV dahil olmak üzere cinsel yolla bulaşan birçok enfeksiyona maruz kalabilmektedir. Evlilik bir kız çocuğunun eğitiminin sonu anlamına gelebilir, hatta meslek sahibi olma ve kariyer yapma şansını yok edebilir (Loiza & Wong, 2012).

Evliliğin zamanı ve kişi seçimi hayatın en önemli kararlarından biridir. Hiç kimse, başkası adına iyi niyetli olsa bile, bu kararı verme hakkına sahip değildir. Evlilik kararı, korku, zorlama veya aşırı baskı olmadan alınan, özgürce yapılan, bilinçli bir karar olmalıdır. Yetişkin olarak alınması gereken ve hazır olduğunda yapılması gereken bir karardır. Çocuk evliliğini sona erdirmeye konusundaki evrensel çabalara rağmen, gelişmekte olan ülkelerdeki (Çin hariç) üç çocuğun birisi büyük olasılıkla 18 yaşından önce, dokuz kız çocuğundan birisi 15. doğum gününden önce evlenecektir. Bu kız çocuklarının çoğu yoksul, az eğitilmiş ve kırsal alanda yaşamaktadır. 2010 yılında 20-24 yaşlarındaki 67 milyon kadın çocuk olarak evlenmiştir. Evlenenlerin yarısı Asya'da, beşte biri Afrika'da yaşamaktadır. Önümüzdeki yılda, her yıl 18 yaşın altındaki 14.2 milyon kız evlenecektir; bu, her gün 39,000 kız çocuğunun evlendiği anlamına gelmektedir. Mevcut eğilimler devam ederse, 2021'den 2030'a kadar, yılda ortalama 15.1 milyon kız çocuğunun evlenmesine neden olacaktır. Çocuk evlilikleri 15 yaşın altındaki kızlar arasında azalırken, son on yılda hala 50 milyon kız çocuğu 15. doğum gününden önce evlenme riskiyle karşı karşıya kalabilir (Loiza & Wong, 2012).

Erken evlilik Suriye'de uzun zamandır kabul gören bir uygulamadır, ancak Suriye krizinin erken evliliği teşvik ettiğine inanılmaktadır. Ürdün'de yapılan bir çalışmada, Suriyeli mültecilerin 2012 yılından beri Ürdün'e akın etmesi nedeniyle muhtemelen 12 aylık dönemde 15-17 yaşlarındaki kız çocukların evlilik oranlarının üç kattan fazla arttığı tahmin edilmektedir. Suriyeli evliliklerde 15-17 yaşlarındaki kız çocuklarının evlilik yüzdesi 2011'de Ürdün'ünkünden düşüktür; Suriyelilerde %8.3, Ürdünlülerde %12.1'dir, ancak 2012'de %13.3'e yükselmiş ve daha da artarak 2013'te %25'e, 2014'ün ilk çeyreğinde ise %32'nin biraz altında kalmıştır (UNICEF, 2014).

Türkiye evlenme istatistiklerine göre; 16-17 yaş grubunda olan kız çocuklarındaki resmi evlenmelerin, toplam resmi evlenmeler içindeki oranı 2015 yılında %5.2 iken 2016 yılında bu oran %4.6'ya düşmüştür (TUİK, 2016). Türkiye'de 15-18 yaş grubunda bulunan 100 Suriyeli kadından yaklaşık 15'i evlidir (AFAD, 2014). Bu istatistikler resmi olan evlilikleri göstermektedir. Türkiye'deki kamplarda ve kamplar dışında yaşayan Suriyeliler arasında erken yaşta evlilik ve çok eşli evlilikler sıklıkla gözlenmektedir. Aynı zamanda eşler arası yaş farkının zaman zaman çok yüksek olduğuna ve 13-14 yaşında hamileliklere rastlanmaktadır. Erken yaşta ve çok eşli evlilikler Suriye'de oldukça yaygın görülen

sosyal bir durumdur (AFAD, 2014). Polis Akademisi Suç Araştırmaları ve Kriminoloji Araştırma Merkezi'nin yaptığı "Türkiye'deki Suriyeli mülteci kız çocuklarının maruz kaldığı cinsel istismar" konulu sempozyumda, kamp dışında ve içinde yaşayan Suriyeli kadın ve çocukların kadın tacirlerinin eline geçtiği, Suriyeli küçük kızların imam nikâhıyla kuma yapıldığı ve yaş sınırının 11-12'ye kadar düştüğü belirtilmiştir. Ayrıca nikâh görüntüsü altında fuhuş ve çocuk-kadın ticaretinin yapıldığı ifade edilmiştir (SAMER, 2015). Bazı ebeveynler, evliliklerin kızlarının geleceğini güvence altına alacaklarını düşünürken, bazıları kızlarını bir yük, hatta bir eşya olarak görmektedir. Tüm dünyada çocuk evliliğinin engellenmesi yönünde birçok olumlu adım atılmasına rağmen savaşlar, terör olayları ve açlık gibi insani krizler kızların savunmasızlığının nedeni olarak, vahim olan çocuk evliliği oranlarını artırmaktadır. Tüm bu verilere dayanarak, Suriyeli kadınların yarısını oluşturan kız çocukları için erken yaşta evliliklere karşı koruyucu önlemler geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır (AFAD, 2014).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Mültecilik, göç gibi olgular özellikle çocukların büyüme ve gelişmelerini; beslenme, barınma, bulaşıcı hastalıklar, kötü hijyen koşulları, ekonomik yetersizlikler, ruhsal rahatsızlıklar gibi nedenlerle önemli ölçüde etkilemektedir. Araştırma sonuçlarına göre mülteci çocukların beslenme ve barınma gibi temel haklarına ulaşamadıkları, dil ve kültürel uyumsuzluk nedeniyle eğitim ve sağlık haklarından yeterince yararlanamadıkları görülmektedir. İhtiyacı olan aileler sivil toplum kuruluşları ve kamu kuruluşları tarafından tespit edilerek gıda ve barınma desteği sağlanmalıdır. Mülteci çocukları etkileyen en önemli sorunlardan birisi dildir. Yaşanan dil sorununun çözümüne yönelik girişimlerde bulunulmalı, çocukların Türkçe öğrenmeleri için gerekli alt yapı oluşturulmalı, ana dillerinde hazırlanmış broşürlerle haklarının neler olduğu ve gereksinim duyabilecekleri hizmetleri nasıl, nereden, ne şekilde alabilecekleri açıklanmalıdır. Ayrıca kamu kuruluşlarında ücretsiz tercümanların çalıştırılması yararlı olacaktır. Okula gidemeyen çocuklar en kısa sürede tespit edilerek okullara kaydı yapılmalı, okullardaki başarıyı artırmak için; dil öğrenimi, özel ders verme, kırtasiye ihtiyaçlarının karşılanması gibi önlemler alınmalıdır.

Kentlerde dağınık halde yaşayan mültecilerin ve sığınmacıların aile sağlık merkezlerine kaydı yapılmalı ve birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanmaları sağlanmalıdır. Aile sağlığı merkezlerine kayıtlarının yapılması, çocuk izlemlerinin ve aşılarının aksamaması yönünden son derece önemlidir. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için hijyenik koşulların oluşturulması, bağışıklama ve sağlık hizmetlerine erişim konularında duyarlılığın artırılması gerekmektedir. Adölesan gebelik, çocuk anneler ve çocuk işçiliği konularında kurumlar arası iş birliği içinde çalışmalar yapılmalıdır. Özellikle kız çocukların evliliğinin ve istismarının önüne geçilmelidir. Bunun için de özellikle sağlık hizmetleri, sosyal hizmetler ve emniyet güçleri birlikte çalışmalıdır. Çocukların, uygun olmayan ortamlarda, ağır ve tehlikeli işlerde, hiçbir önlem

alınmadan çalıştırılmaları çeşitli fiziksel ve psikososyal sorunlara neden olabilmektedir.

Çocuk işçiliği sadece ulusal bir sorun değildir, mülteci ve sığınmacı çocuklar için daha tehlikeli bir hal almaktadır. İş ortamlarının kurlsız ve esnek olması engellenmeli ve takip edilmelidir. Çocukların bu işlerden alınıp okula kazandırılması, ailelere maddi ve manevi destek olunması son derece önemlidir. Araştırmalarda kayıtlı olan mülteci ailelerin yarısının birinci basamak sağlık hizmetlerini ziyaret ettiği görülmektedir. Bu nedenle birinci basamakta çalışan hekimler, hemşireler ve ebeler mülteci aileler ve çocuklara daha fazla zaman ayırmalı, takip ve taramalarını dikkatle yapmalıdırlar. Yardıma ihtiyacı olan aileler ve çocuklar için kamu kuruluşları ve sivil toplum kuruluşlarıyla iletişime geçmelidir. Bu bağlamda birinci basamak sağlık hizmetleri mülteci çocukların sağlıklarının geliştirilmesi, hastalıkların önlenmesi, ihmal ve istismara uğrayan çocukların tespit edilmesinde önemli bir kaynak ve rehber olabilir.

## KAYNAKLAR

- Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, AFAD. (2014). Suriye'den Türkiye'ye nüfus hareketleri kardeş topraklarındaki misafirlik. Ankara.
- Atasü Topçuoğlu, R. (2019). Hayatı değiştirmek için yola çıkanlar yola çıkınca değişen hayatlar: Bir müracaatçı grubu olarak göçmen çocuklar. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, 25, 89-107.
- Balcılar, M. (2016). Türkiye'deki Suriyeli mültecilerin sağlık durumu araştırması: Türkiye'de yaşayan Suriyeli mültecilerde bulaşıcı olmayan hastalık risk faktörleri sıklığı. AFAD, TC Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü, 1-82.
- Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı, AFAD. (2014). Türkiye'deki Suriyeli kadınlar raporu.
- Bianet Bağımsız İletişim Ağı, 2017. Available at: <https://m.bianet.org/cocuk/egitim/187033-bakan-yilmaz-meb-okullarinda-169-bin-suriyeli-ogrenci-var>. Erişim tarihi, Ocak 06, 2018.
- Bilukha Oleg, O., Jayasekaran, D., Burton, A., Faender, G., King'ori, J., Amiri, M., Leidman, E. (2014). Nutritional status of women and child refugees from Syria-Jordan, April-May 2014. *Morbidity And Mortality Weekly Report*, (29), 638.
- Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF). (2014). A study on early marriage in Jordan, Jordan Country Office, Amman: UNICEF, 4-46
- Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF). (2017). Basın Merkezi. Available at: <http://www.unicef.org.tr/basinmerkezidetay.aspx?id=22737>. Erişim tarihi, Ocak 06, 2018.
- Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF). (2004) Çocuk haklarına dair sözleşme. Unicef, Türkiye. [Çevrimiçi: [http://www.unicefturk.org/public/uploads/files/UNICEF\\_CocukHaklarınaDaIrSözleşme.pdf](http://www.unicefturk.org/public/uploads/files/UNICEF_CocukHaklarınaDaIrSözleşme.pdf)], Erişim tarihi, 9, 2018.
- Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF). (2017). For every child. Available at: [http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/Children%20of%20Syria\\_01.2007\\_TR.pdf](http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/Children%20of%20Syria_01.2007_TR.pdf). Erişim tarihi, Ocak 07, 2018.
- Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF). (2017). Syria crisis, humanitarian results. Available at: [https://www.unicef.org/appeals/files/UNICEF\\_Syria\\_Crisis\\_Situation\\_Report\\_November2017.pdf](https://www.unicef.org/appeals/files/UNICEF_Syria_Crisis_Situation_Report_November2017.pdf) Erişim tarihi, Ocak 04, 2018.
- Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF). (2018). Turkey humanitarian situation report. No 20, 8, 1-6.
- Black, R.E., Allen, L.H., Bhutta, Z.A., Caulfield, LE., de Onis, M., Ezzati, M., Rivera, J. (2008). Maternal and child under nutrition: Global and regional exposures and health consequences. *Lancet* (London, England), 371(9608), 243-260. doi:10.1016/S0140-6736(07)61690-0
- BM Enformasyon Merkezi, Ankara, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. Available at: [http://www.unicankara.org.tr/doc\\_pdf/h\\_rights\\_turkce.pdf](http://www.unicankara.org.tr/doc_pdf/h_rights_turkce.pdf). Erişim tarihi, Ocak 20, 2018
- Cagaptay, S., Menekse, B. (2014). The impact of Syria's refugees on Southern Turkey: Revised and updated. Washington Institute for Near East Policy Washington, 1-32.
- Çocuk ve Haklarını Koruma Platformu. (2016). Toplum gözüyle mülteci çocuk araştırması. Suriyeli çocuklar raporu, 1-13.
- Emin, MN. (2017). Türkiye'deki Suriyeli çocukların eğitimi temel eğitim politikaları. *Siyaset, Ekonomi ve Toplum Araştırmaları Vakfı*, 153, 7-25.
- Erdoğan, M., Ünver, C. (2015). Türk iş dünyasının Türkiye'deki Suriyeliler konusundaki görüş, beklenti ve önerileri. Türkiye İşveren Sendikaları Konfederasyonu, Yayın No: 353. Ankara.
- International Labour Office. (2017). Global estimates of child labour: Results and trends 2012-2016. Available at: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms\\_575499.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_575499.pdf). Erişim tarihi, Ocak 06, 2018
- Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. (2016). Türkiye göç raporu. TC İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü Yayınları, Ankara. [http://www.goc.gov.tr/icerik3/gecici-koruma\\_363\\_378\\_4713](http://www.goc.gov.tr/icerik3/gecici-koruma_363_378_4713). Erişim tarihi, Ocak 01, 2019.
- Gökalp, Ö.T. (2012). Türk iş hukukunda çocuk işçi çalıştırma. *Electronic Journal of Vocational Colleges Ejevoc*, 125-135
- Harunoğulları, M. (2016). Suriyeli sığınmacı çocuk işçiler ve sorunları: Kilis örneği. *Göç Dergisi*, 3(1), 29-63.
- Kalkan, O. (2014.) Bursa İli Osmangazi İlçesi'nde İkamet Eden Suriyeli Göçmenlerin Temel Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı, Edirne.
- Kara, F., Akgün, N. (2015). Konya'ya yerleşen Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının önündeki engeller. 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Konya.
- Loaiza, E., Wong, S. (2012). *Marrying too young: End child marriage*. New York: United Nations Population Fund.
- Mersin Üniversitesi. (2014). Suriyeli göçmenlerin sorunları çalıştay sonuç raporu, barınma ve konut, Mersin.
- Milli Eğitim Bakanlığı, Strateji Geliştirme Başkanlığı. (2015). 2015-2019 Stratejik Planı. Available at: <http://sgb.meb.gov.tr/www/mill-egitim-bakanligi-2015-2019-stratejik-planı-yayınlanmıştır/icerik/181>. Erişim tarihi, Ocak 06, 2018.
- Moazzem Hossain, S.M., Leidman, E., Kingori, J., Al Harun, A., Bilukha, O.O. (2016). Nutritional situation among Syrian refugees hosted in Iraq, Jordan, and Lebanon: cross sectional surveys. *Conflict and Health*, 10(26), 1-11. doi: 10.1186/s13031-016-0093-6
- Mülteciler ve Sığınmacılarla Yardımlaşma Dayanışma ve Destekleme Derneği.(2017). Geçici koruma altındaki yabancıların eğitim hizmetlerine erişimleri önündeki engeller ve bunların okullaşma oranlarına yansımaları (Ankara örneği): Durum raporu, No.1.

- Norwegian Refugee Council (NRC). (2014). A Precarious existence: The shelter situation of refugees from Syria in neighbouring countries. 1-15.
- Özer, S., Şirin, S.R. (2012). Bahçeşehir study of Syrian refugee children in Turkey. Available at: <http://www.bahcesehir.edu.tr/icerik/1769-suriyeli-multeci-cocuklar-ve-aileleri-arastirma-sonuclari>. Erişim tarihi, Ocak 22, 2018
- Polis Akademisi Suç Araştırmaları ve Kriminoloji Araştırma Merkezi (SAMER). (2015). 7. Uluslararası risk altında ve korunması gereken çocuklar sempozyumu. Antalya.
- Resmi Gazete. (2014). İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü, Geçici koruma yönetmeliği. Available at: [http://www.goc.gov.tr/icerik3/gecici-koruma-yonetmeliği\\_333\\_336\\_1473](http://www.goc.gov.tr/icerik3/gecici-koruma-yonetmeliği_333_336_1473). Erişim tarihi, Ocak 06, 2018.
- Resmi Gazete. (2013). Yabancılar ve uluslararası koruma kanunu. Available at: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/04/20130411-2.htm>. Erişim tarihi, Ocak 29, 2018.
- Taştan, C., Çelik, Z. (2017). Türkiye’de Suriyeli çocukların eğitimi: Güçlükler ve öneriler. Eğitim-Bir-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi, Ankara.
- Türk Tabipleri Birliği (TTB). (2014). Suriyeli sığınmacılar ve sağlık hizmetleri raporu. TTB Sağlık ve Politika Çalışma Grubu ve TTB Sağlık Kolu, Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). (2013). Haber bülteni. Available at: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13659>. Erişim tarihi, Ocak 19, 2018
- Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). (2016). Haber bülteni. Available at: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24645>. Accessed Ocak 06, 2018
- Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TİSK). (2017). Available at: <http://www.turkis.org.tr/ARALIK-2017-ACLİK-ve-YOKSULLUK-SINIRI-d11671>. Erişim tarihi, Ocak 07, 2018.
- Türkmen Sanduvaç, Z.M. (2014). Kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacılar için durum analizi raporu. Mavi Kalem Sosyal Dayanışma ve Yardımlaşma Derneği, İstanbul, Türkiye.
- U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2016). Syrian refugee health profile. Washington, DC: Division of Global Migration and Quarantine. Available at: <https://www.cdc.gov/immigrantrefugeehealth/pdf/syrian-health-profile.pdf>. Erişim tarihi, Ocak 19, 2018.
- Uluslararası Mülteci Hakları Derneği (UMHD). (2017). Hangi ülkede ne kadar mülteci var? Available at: <http://www.unicef.org.tr/basinmerkezidetay.aspx?id=22737>. Erişim tarihi, Ağustos 31, 2018.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2014). 2013 At a glance: Health data for Syrian refugees (Iraq, Jordan and Lebanon).
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2012). Education strategy 2012-2016. Available at: <http://www.unhcr.org/education.html>. Erişim tarihi, Ocak 03, 2018.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2017). Figures at a glance, statistical yearbooks. Available at: <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>. Erişim tarihi, Ocak 03, 2018.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2016). Global report. Available at: [http://reporting.unhcr.org/publications#tab-global\\_report&\\_ga=2.202266642.2090389619.1517213293-552246897.1515674183](http://reporting.unhcr.org/publications#tab-global_report&_ga=2.202266642.2090389619.1517213293-552246897.1515674183). Erişim tarihi, Ocak 03, 2018.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2014). Living in the shadows, Jordan Home Visits Report, 50-53
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2016). Missing out refugee education in crisis. Available at: <http://www.unhcr.org/57d9d01d0.pdf>. Erişim tarihi, Ocak 03, 2018.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (1994). Refugee children: Guidelines on protection and care. United Nation.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). (2019). Türkiye istatistikleri. Available at: <http://www.unhcr.org/tr/unhcr-turkiye-istatistikleri>. Erişim tarihi, Kasım 05, 2019.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). What is a Refugee. Available at: <https://www.unrefugees.org/refugee-facts/what-is-a-refugee/>. Erişim tarihi, Ocak 03, 2018.
- Watkins, K., Zyck, S. (2014). Living on hope, hoping for education: The failed response to the Syrian refugee crisis. Overseas Development Institute.
- Yetiz, P. (2013). Batman İlinde 2013 yılı Ocak-Mayıs aylarında görülen kızamık vakalarının kontrol çalışmaları. 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya.
- Yılmaz, H. (2013). Türkiye’de Suriyeli mülteciler-İstanbul örneği- tespitler, ihtiyaçlar ve öneriler. İnsan Hakları ve Mazlumlar İçin Dayanışma Derneği - MAZLUMDER İstanbul Şubesi.



### A Case Giving Early Findings, But Diagnosed Late: Ataxia Telangiectasia Ataxia Telangiectasia Case Report

Hilal AYDIN<sup>1</sup>, Ibrahim Hakan BUCAK<sup>2</sup>, Haydar BAGIS<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Balıkesir University, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Balıkesir, Turkey  
<sup>2</sup>Adıyaman University, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Adıyaman, Turkey  
<sup>3</sup>Adıyaman University, Faculty of Medicine, Department of Genetics, Adıyaman, Turkey

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Hilal Aydın

e-mail: [drhilalaydin@gmail.com](mailto:drhilalaydin@gmail.com) Balıkesir University, Faculty of Medicine, Balıkesir, Türkiye

**Geliş Tarihi / Received:** 10.08.2019, **Kabul Tarihi / Accepted:** 22.01.2020

Copyright holder Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi

#### Abstract

Ataxia telangiectasia is a neurodegenerative disease exhibiting autosomal recessive genetic transmission. The principal finding of the disease is truncal ataxia emerging in the first years. Gait imbalance and lisp were determined in an 11-year-old boy presenting due to gaze restriction. Mental retardation, dysarthric speech, truncal ataxia, titubation of the head, intention tremor in the hands, horizontal/vertical nystagmus, telangiectasia in the face/sclera, restriction in all gaze fields except for upward lateral, dysmetria, dysdiadochokinesia, and a coarse facial appearance were observed. Cranial magnetic resonance imaging revealed atrophy cerebral hemispheres. Alpha fetoprotein was elevated, at 38 ng/ml (0.9-7.6). Ataxia telangiectasia ATM gene mutation analysis reported a homozygous p. Lys1192Lys (c.3576 G>A) change on the 25<sup>th</sup> exon. This case report is intended to emphasize that ataxia telangiectasia should be the first condition considered at differential diagnosis in patients with ataxia, neuromotor retardation, telangiectasia, and ocular findings.

**Keywords:** Ataxia Telangiectasia, Differential Diagnosis, Nystagmus.

### Erken Bulgu Veren ancak Geç Tanı Konulan Bir Olgu; Ataksi Telenjektazi

#### ÖZ

Ataksi-telenjektazi hastalığı otozomal resesif genetik geçiş gösteren nörodejeneratif bir hastalıktır. Bu hastalığın ana bulgusu ilk yaşlarda ortaya çıkan trunkal ataksidir. Bakış kısıtlılığı şikayeti ile başvuran on bir yaşında erkek hastada dengesiz yürüme ve peltek konuşma tespit edildi. Hastada mental gerilik, dizartrik konuşma, trunkal ataksi, başta titubasyon, ellerde intansiyel tremor, horizontal/vertikal nistagmus, yüzde ve sklerada telenjektazik damarlar, yukarı laterale bakış dışında diğer alanlarda bakış kısıtlılığı, dismetri, disdiadokinezi, kaba yüz görünümü olduğu belirlendi. Kranial magnetik rezonans görüntülemesinde her iki serebellar hemisferde atrofi tespit edildi. Alfa fetoprotein değeri 38 ng/ml (0.9-7.6) ile yüksekti. Ataksi Telenjektazi ATM geni mutasyon analizinde 25. ekzonunda bulunan p. Lys1192Lys (c.3576 G>A) değişimini homozigot olarak saptandı. Ataksi, nöromotor retardasyon, telenjektazi ve göz bulgularının olduğu hastalarda Ataksi-telenjektazi hastalığı ilk akla gelen tanılardan biri olmalıdır. **Anahtar Kelimeler:** Ataksi Telenjektazi, Ayırıcı Tanı, Nystagmus.

#### INTRODUCTION

Ataxia telangiectasia (AT) is a rare neurodegenerative disease exhibiting autosomal recessive genetic transmission and characterized by progressive cerebellar ataxia, ocular apraxia, cutaneous and conjunctival telangiectases, hypersensitivity to ionized radiation, immune deficiency, and an increased risk of malignancy

(Rothblum-Oviatt et al., 2016). The gene responsible for the disease is located on 11q22-23 (Chun & Gatti, 2004). The reported incidence is one in 40.000-100,000 live births. The main finding of AT is truncal ataxia emerging in the first years of life. Telangiectasias first appear at the age of two years, but cases have also been reported in which findings have not emerged until 10 years (Swift et al., 1986).



The purpose of this report is to describe methods employed in the diagnosis of physical and laboratory findings of AT in a patient examined several times with different symptoms.

### CASE REPORT

An 11-year-old boy presented to the pediatric neurology clinic due to gaze restriction and dysfunction in eye movements. When a deeper history was taken, the family stated that imbalanced gait had first emerged at the age of four years, that lisping speech had developed at six years, and that tests aimed at identifying the etiology of ataxia had been performed in various centers but had been reported as normal. We learned that ocular apraxia had commenced within the previous year, that the truncal ataxia had worsened over the last six months, and that he was receiving special education due to restriction in cognitive functions. The patient's prenatal and natal histories were unremarkable, but he had received phototherapy in an incubator for two days due to neonatal jaundice.

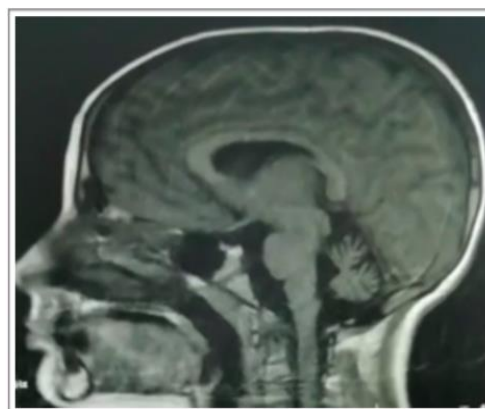
At physical examination, his weight was 32 kg (3-10p), height 145 cm (50-75p), and head circumference 51.5 cm (0, -2 SD). His general condition was good and he was oriented. Mental retardation, dysarthric speech, truncal ataxia, titubation of the head, intention tremor in the hands, horizontal and vertical nystagmus, telangiectatic vessels in the face and sclera, restriction in all gaze fields except for upward lateral, dysmetria, dysdiadochokinesia, and a coarse facial appearance were observed (Figure 1a and Figure 1b). Other system examinations were normal. Atrophy was observed in the inferior part of both cerebellar hemispheres at cranial magnetic resonance imaging (Figure 2). VEP was within normal limits. Routine biochemistry, creatine kinase, complete blood count, thyroid function tests, B12, folate, 25 OH Vitamin D, and immunoglobulins were also within normal ranges. Alpha fetoprotein (AFP) was 38 ng/ml (0.9-7.6). Since vitamins A and E, CD3, CD4, CD8 cannot be investigated in our hospital, these tests were not sent. The genetics department was consulted with a preliminary diagnosis of AT. Following amplification of exons 19-33 using the PCR method, ataxia telangiectasia ATM gene mutation analysis (2<sup>nd</sup> stage) revealed homozygous p. Lys1192Lys (c.3576 G>A) change on the 25<sup>th</sup> exon. The patient was referred to the pediatric immunology department for close observation in terms of malignancy and sinopulmonary infection. He has currently been under observation for five months since diagnosis with no problems.



**Figure 1a. Telangiectatic vessels in the face and a coarse facial appearance**



**Figure 1b. Telangiectatic vessels in the sclera of Ataxia telangiectasia**



**Figure 2. Atrophy was observed in the inferior part of both cerebellar hemispheres at cranial magnetic resonance imaging**



## DISCUSSION

AT is a rare neurodegenerative disease exhibiting autosomal recessive transmission, that begins with progressive ataxia and that subsequently manifests telangiectasias in the sclera and skin, dermatological findings (hypertrichosis, vitiligo, seborrheic dermatitis, and acanthosis nigricans), and immune failure (Lange et al., 1995). Telangiectasias are generally observed in the sclera, auricle, and the bridge of the nose, are rarely in the eyelids, neck and popliteal fossae. The principle finding of AT is ataxia. Other neurological findings include intension tremor, segmental myoclonus, oculomotor apraxia, progressive digital dystonia, and nystagmus. Ataxia begins at 6-12 months, and gait impairment generally at 9-12 years (Larry, Smith & Stephen, 1985). Imbalanced gait started at four years in our case.

Increased AFP levels after the age of two years has been described as important marker in the diagnosis of AT (Jason & Gelfand, 1979; Woods & Taylor, 1982). In agreement with the literature, AFP was above normal limits in our case. Cranial MRI findings in AT include cerebral hemisphere and vermian atrophy, and dilated ventricle and cisterna magna (Lin, Barker, Lederman & Crawford, 2014). Farina et al. reported diffuse cerebellar atrophy in 11 patients (Farina et al., 1994). In agreement with the literature, we also observed atrophy in both cerebellar hemispheres in our case. The incidence of malignancy is higher in AT than in the normal population. Lymphoid malignancies may be determined in 15% of patients with AT. T-cell and B-cell leukemia and lymphoma are also more common. T-cell malignancies may be determined at any age, while B-cell malignancies are usually seen at more advanced ages (Suarez et al., 2015). In addition to these tumors, accompanying pancreatic tumors, dysgerminomas, gastric carcinoma, and hepatic carcinoma may also be present (Rothblum-Oviatt et al., 2016). Our patient was referred to the pediatric immunology department for observation in terms of malignancy and infection.

The fact that our patient was not definitely diagnosed until the age of 11, despite having been examined by several different centers, shows that the disease can be easily missed. Yet physical examination and laboratory test results (ataxic gait, ocular telangiectasia, AFP elevation, and marked cerebellar atrophy at cranial imaging) easily suggested the diagnosis. AT is one of the first diseases that should be considered at differential diagnosis of ataxia. Several acute and chronic diseases capable of causing ataxia, a symptom of various diseases, must be considered. Causes of chronic ataxia may sometimes lead to diagnostic confusion, and are much confused with one another. In that event, diagnosis may be facilitated by evaluating other clinical cues (mental retardation, telangiectasia, a gradual degenerative course, and ocular findings) and careful history taking (recurrent infection and neuromotor development stages). Although AT was suspected based on clinical findings in our case, diagnosis was confirmed genetically.

AT should be the first diagnosis considered in patients with ataxia, neuromotor retardation, telangiectasia, and ocular findings.

**Acknowledgments:** The authors would like to extend their sincere thanks to anyone who contributed to this study.

**Conflict of Interest:** The authors declare no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship and/or publication of this article.

## REFERENCES

- Chun, H.H., & Gatti, R.A. (2004). Ataxia-telangiectasia, an evolving phenotype. *DNA Repair*, 3, 1187-96.
- Farina, L., Uggetti, C., Ottolini, A., Martelli, A., Bergamaschi, R., Sibilla, L., Zappoli, F., Egitto, M.G., & Lanzi, G. (1994). Ataxia telangiectasia: MR and CT findings. *J Comput Assist Tomogr*, 18, 724-7.
- Jason, J.M., & Gelfand, E.W. (1979). Diagnostic considerations in ataxia-telangiectasia. *Arch Dis Child*, 54, 682-6.
- Lange, E., Borresen, A., Chen, X., Chessa, L., Chlunkar, S., & Concannon, P. (1995). Localization of an Ataxia-telangiectasia gene to an approximately 500-kb interval on chromosome 11q23.1: linkage analysis of 176 families by an international consortium. *Am J Human Genet*, 57, 112-9.
- Larry, L., Smith, M.D., & Stephen, L. (1985). Ataxia-telangiectasia or Louis-Bar syndrome. *J Am Acad Dermatol*, 12, 681-696.
- Lin, D.D., Barker, P.B., Lederman, H.M., & Crawford, T.O. (2014). Cerebral abnormalities in adults with ataxia-telangiectasia. *Am J Neuroradiol*, 35(1), 119-123.
- Rothblum-Oviatt, C., Wright, J., Lefton-Greif, M.A., McGrath-Morrow, S.A., Crawford, T.O., & Lederman, L.M. (2016). Ataxia telangiectasia: a review. *Orpha J. Rare Dis*, 159.
- Suarez, F., Mahlaoui, N., Canioni, D., Andriamanga, C., Dubois d'Enghien, C., Brousse, N., Jais, J.P., Fischer, A., Hermine, O., & Stoppa-Lyonnet, D. (2015). Incidence, presentation, and prognosis of malignancies in ataxia-telangiectasia: a report from the French national registry of primary immune deficiencies. *J. Clin. Oncol*, 33(2), 202-208.
- Swift, M., Morrell, D., Cromartie, E., Chamberlin, A.R., Skolnick, M.H., & Bishop, D.T. (1986). The incidence and gene frequency of ataxia-telangiectasia in the United States. *Am. J. Hum. Genet*, 39(5), 573-583.
- Woods, C.G., & Taylor, A.M. (1992). Ataxia telangiectasia in the British Isles: the clinical and laboratory features of 70 affected individuals. *Q J Med*, 82, 169-79.

