



**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**
**GUMUSHANE UNIVERSITY
JOURNAL OF HEALTH SCIENCE**



Cilt: 7 Sayı: 2

ISSN: 2146-9954

2018

Sahibi

Prof. Dr. Halil İbrahim ZEYBEK

Yazı İşleri Müdürü

Dr. Öğr. Üyesi Nurçin KÜÇÜK KENT

Editörler

Prof. Dr. Saime ŞAHİNÖZ
Doç. Dr. Afşin Ahmet KAYA
Doç. Dr. Ahmet Burhan ÇAKICI
Doç. Dr. Elif ÇELENK KAYA
Doç. Dr. Huri İLYASOĞLU
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÇOLAK
Dr. Öğr. Üyesi Melike DEMİR DOĞAN
Dr. Öğr. Üyesi Nurçin KÜÇÜK KENT
Dr. Öğr. Üyesi Sevil CENGİZ
Dr. Öğr. Üyesi Turgut ŞAHİNÖZ

Dergi Sekreteryası

Araş. Gör. Sefa MIZRAK
Araş. Gör. Zekiye GÖKTEKİN



**GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ**
**GUMUSHANE UNIVERSITY
JOURNAL OF HEALTH SCIENCE**



Cilt: 7 Sayı: 2

ISSN: 2146-9954

2018

Sahibi

Prof. Dr. Halil İbrahim ZEYBEK

Yazı İşleri Müdürü

Dr. Öğr. Üyesi Nurçin KÜÇÜK KENT

Editörler

Prof. Dr. Saime ŞAHİNÖZ

Doç. Dr. Afşin Ahmet KAYA

Doç. Dr. Ahmet Burhan ÇAKICI

Doç. Dr. Elif ÇELENK KAYA

Doç. Dr. Huri İLYASOĞLU

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe ÇOLAK

Dr. Öğr. Üyesi Melike DEMİR DOĞAN

Dr. Öğr. Üyesi Nurçin KÜÇÜK KENT

Dr. Öğr. Üyesi Sevil CENGİZ

Dr. Öğr. Üyesi Turgut ŞAHİNÖZ

Dergi Sekreteryası

Araş. Gör. Sefa MIZRAK

Araş. Gör. Zekiye GÖKTEKİN

Hakemli süreli yayın / Peer-reviewed journals

Bu dergi TR Dizin, Türkiye Atif Dizini (Türkiye Citation Index), İndeks Copernicus tarafından indekslenmektedir.

Yılda dört kez yayınlanır / Published four times per year

İletişim Adresi: Bağlarbaşı Mahallesi Gümüşhane Üniversitesi 29100 GÜMÜŞHANE

Mail: sbd@gumushane.edu.tr

Online Erişim: <http://dergipark.gov.tr/gumussagbil>

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Bilimsel Danışma ve Hakem Kurulu
Gumushane University Journal of Health Science Advisory and Referee Board

AFŞİN AHMET KAYA, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
ABDÜLGANİ TATAR, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
ACLAN ÖZDER, BEZM-İ ÂLEM VAKIF ÜNİVERSİTESİ
AHMET ALVER, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
AHMET BURHAN ÇAKICI, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
AHMET EROĞLU, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
AHMET KALAYCIOĞLU, BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
AHMET TİRYAKİ, İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
ALİ FUAT BODUR, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
ASIM ÖREM, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
ASLI SİS ÇELİK, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
AYDIN KIVANÇ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
AYİŞE KARADAĞ, KOÇ ÜNİVERSİTESİ
AYLA GÜRSOY, ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ
AYNUR BÜTÜN AYHAN, ANKARA ÜNİVERSİTESİ
AYSEL KÖKSAL AKYOL, ANKARA ÜNİVERSİTESİ
AYŞE ÇOLAK, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
AYŞE OKANLI, İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
AYŞEGÜL BİLGE, EGE ÜNİVERSİTESİ
AYŞEGÜL İŞLER DALGIÇ, AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
AYTEN DEMİR, ANKARA ÜNİVERSİTESİ
BAYRAM KAYMAK, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
BEYAZIT YEMEZ, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
BİRGÜL KURAL, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
CEMİLE ZEHRA KÖROĞLU, UŞAK ÜNİVERSİTESİ
DİLEK ÇİLİNGİR, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
ELANUR YILMAZ KARABULUTLU, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
ELİF ÇELENK KAYA, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
ERHAN ÇAPKIN, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
ERSAN KALAY, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
ETEM ALHAN, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

EVİRİM ÖZKORUMAK KARAGÜZEL, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FADİME ÜSTÜNER TOP, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
FAHRİ UÇAR, AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
FATMA DEMİR KORKMAZ, EGE ÜNİVERSİTESİ
FATMA GÜDÜCÜ TÜFEKÇİ, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
FATMA GENÇ, GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
FATMA TAŞ ARSLAN, SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
FEVZİYE ÇETİNKAYA, ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
FEYYAZ ÖZDEMİR, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FİGEN CELEP EYÜPOĞLU, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
FİLİZ HİSAR, NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
FİSUN ŞENUZUN AYKAR, EGE ÜNİVERSİTESİ
GAMZE ÇAN, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
GÜLBELAZ CAN, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
GÜLBU TANRIVERDİ, ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
GÜLGÜN ERSOY, İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
GÜNHAN ERDEM, GİRNE AMERİKAN ÜNİVERSİTESİ
GÜRDAL YILMAZ, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
HACER KOBYA BULUT, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
HANDAN ÖZCAN, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
HASAN BASRİ SAVAŞ, ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ
HAVVA ÖZTÜRK, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
HAVVA TEL, CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
HAYRİYE ÜNLÜ, BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ
HİLAL YILDIRAN, GAZİ ÜNİVERSİTESİ
HURİ İLYASOĞLU, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ
HÜLYA KARADENİZ, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
İBRAHİM İKİZCELİ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İBRAHİM TURAN, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Bilimsel Danışma ve Hakem Kurulu
Gumushane University Journal of Health Science Advisory and Referee Board

İBRAHİM YILDIRAN, GAZİ ÜNİVERSİTESİ

İMDAT AYGÜL, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

İSMAİL AĞIRBAŞ, ANKARA ÜNİVERSİTESİ

KAĞAN KILINÇ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

KEMAL MACİT HİSAR, SELÇUK ÜNİVERSİTESİ

KIYMET YEŞİLÇİÇEK ÇALIK, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

CELAL KURTULUŞ BURUK, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

LALE TAŞKIN, BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ

MAKBULE GEZMEN KARADAĞ, GAZİ ÜNİVERSİTESİ

MELİKE DEMİR DOĞAN, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

MERİH KUTLU, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

MİNE EKİNCİ, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

MUAMMER AK, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

MUHAMMET ALİ KÖROĞLU, UŞAK ÜNİVERSİTESİ

MURAT BAŞ, ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR
ÜNİVERSİTESİ

MURAT ERSEL, EGE ÜNİVERSİTESİ

SABRİ MURAT KESİM, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

MUSA ÖZATA, AHİ EVRAN ÜNİVERSİTESİ

NAZLI HACIALIOĞLU, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

NESİBE ARSLAN BURNAZ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

NESRİN NURAL, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

NEŞE KAKLIKKAYA, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

NİLGÜN ULUTAŞDEMİR, AVRASYA ÜNİVERSİTESİ

NURCAN ÇALIŞKAN, GAZİ ÜNİVERSİTESİ

NURCAN YABANCI AYHAN, ANKARA ÜNİVERSİTESİ

NURÇİN KÜÇÜK KENT, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

NURİ GÜLEŞÇİ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

ORHAN DEĞER, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

ÖZLEM BİLİK, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ

ÖZLEM ŞAHİN ALTUN, ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ

RABİA HACİHASANOĞLU AŞILAR, ERZİNCAN ÜNİVERSİTESİ

RAMAZAN ERDEM, SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

SAİME ŞAHİNÖZ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

SEDAT BOSTAN, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

SEMA KANDİL, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

SERAP ÜNSAR, TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

SEVİL CENGİZ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

SEVİL ŞAHİN, ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

SEVİLAY HİNTİSTAN, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

SONGÜL AKTAŞ, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

SUZAN YILDIZ, İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

SÜHA TÜRKMEN, ACIBADEM MEHMET ALİ AYDINLAR
ÜNİVERSİTESİ

SÜLEYMAN GÜVEN, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

SÜLEYMAN TÜREDİ, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

TAŞKIN KILIÇ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

TEVFİK ÖZLÜ, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

TURGUT ŞAHİNÖZ, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

YASEMİN YILDIRIM, EGE ÜNİVERSİTESİ

YASEMİN AYDIN KARTAL, SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

YUNUS KARACA, KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ

YUSUF ÇELİK, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ

YÜKSEL ALİYAZICIOĞLU, KARADENİZ TEKNİK
ÜNİVERSİTESİ

ZEYNEP BAŞKAN TAKAOĞLU, GÜMÜŞHANE ÜNİVERSİTESİ

ZEYNEP ERDOĞAN, BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ

ZÜMRÜT YILAR ERKEK, GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ

Araştırma Makaleleri / Original Articles

**Sayfa
Page**

- 1. İş Güvenliği Uzmanlarının Yaşadığı Sorunlar**
The Problems of Occupational Safety Specialists
Zeynep BAŞKAN TAKAOĞLU, Elif ÇELENK KAYA, Necla İrem ÖLMEZOĞLU İRİ **1-9**
 - 2. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Duygusal Zekâ, Benlik Saygısı ve İlişkili Faktörler**
The Factors Related with Emotional Intelligence and Self-Esteem of Primary Healthcare Providers
Saime EROL, Sena AYGÜN Havva ÇAY **10-20**
 - 3. Y Kuşağı Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Çalışma Ortamından Beklentileri**
Expectations of Clinical Work Environment Of Generation Y Nursing Students
Arife AZAK, Ayşe TAMER, Burcu SAVAŞ **21-27**
 - 4. Organ Bağışına Yönelik Öğrenci Tutumları: Hemşirelik Student Attitudes Towards Organ Donation: Nursing**
Yaprak SARIGÖL ORDİN, Özlem BİLİK, Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ, Eda AYTEN KANKAYA, Buket ÇELİK, Esra DUĞRAL **28-36**
-

Derlemeler / Review

- 5. Sanal Uyuşturucu: İnternet**
Virtual Drug: Internet
Sait SÖYLER, Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU **37-46**
- 6. Kinoa ve Sağlık Üzerine Etkileri**
Quinoa and The Effects on Health
Maide BAYRAM, Sultan PEKACAR, Didem DELİORMAN ORHAN **47-57**
- 7. Göçün Kadın ve Çocuk Sağlığına Etkisi**
Effect of Migration on Women and Children Health
Pınar KARA, Evşen NAZİK **58-69**
- 8. Astım Süreci ile İlişkili Güncel Faktörler: Obezite ve Beslenme**
Current Factors Related with Asthma Process: Obesity and Nutrition
Ümüş ÖZBEY, Aslı UÇAR **70-77**

İş Güvenliği Uzmanlarının Yaşadığı Sorunlar

The Problems of Occupational Safety Specialists

Zeynep BAŞKAN TAKAOĞLU¹, Elif ÇELENK KAYA², Necla İrem ÖLMEZOĞLU İRİ³

ÖZ

İş sağlığı ve güvenliği çalışmaları öncesi var olmasına rağmen son zamanlarda üzerinde daha çok konuşulan bir konu haline almıştır. Kuşkusuz bu durumun temelinde sayıları her geçen gün artan iş kazaları ve meslek hastalıkları gelmektedir. İş kazası ve meslek hastalıklarını önlemede üstlendiği rol düşünüldüğünde iş güvenliği uzmanları konunun başlıca muhatabı olarak karşımıza çıkmaktadır. 2012 yılında yürürlüğe giren İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ile birlikte işyerlerinde çalışan sayısı ve tehlike sınıfı dikkate alınarak iş güvenliği uzmanından hizmet alınması yükümlülüğü getirilmiştir. Ayrıca uzmanların bu faaliyetleri yerine getirmede yetki, sorumluluk ve yükümlülükleri 28512, 28545 ve 28792 sayılı yönetmeliklerde belirtilmektedir. Ancak, farklı sektörlerde görev yapan bu uzmanlar bazı sorunlarla karşılaşmaktadır. Bu sorunların tespit edilmesi, detaylı olarak ele alınarak çözüm önerilerinin sunulması bu çalışmanın ana amacını temsil etmektedir. Bu konuyu ele alan çalışmalar bulunsa da çalışmamız farklı bir yöntem ile ele alınması bakımından diğerlerinden ayrılmaktadır. Çalışmamız kapsamında öncelikle iş güvenliği uzmanlığı mesleği ve bu mesleğin yetki ve sorumlulukları hakkında genel bilgilere yer verilecek olup ardından yapılan saha çalışmalarının bulguları tartışılarak çözüm önerilerinde bulunulacaktır.

Anahtar Kelimeler: İş Sağlığı ve Güvenliği, İş Güvenliği Uzmanı, Özel Sektör.

ABSTRACT

Despite the existence of occupational health and safety studies, they have been at issue recently. Undoubtedly, at the heart of this point, there is an increasing number of occupational accidents and occupational diseases. When their preventing role in occupational accidents and occupational diseases are considered, occupational safety specialists stand out as the prominent actors. With Occupational Health and Safety Law entered into force in 2012, the obligation that includes getting service from occupational safety specialists was imposed by taking the number of employees and hazard group in workplaces into account. Besides, authorization, responsibilities, and obligations of specialists to perform these activities are specified in the regulations 28512, 28545 and 28792. However, these specialists who work in different sectors face some problems. Identifying these problems in detail and presenting solution proposals represent the main purpose of this research. Although there are studies about this topic, our study differs from others in terms of methodology. Within the scope of our research, we will first give general information about the profession of occupational safety, its competencies, and responsibilities, and then discuss the findings of the field studies and propose solutions.

Keywords: Occupational Health and Safety, Occupational Safety Specialist, Private Sector.

¹Dr. Öğr. Üyesi Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, zeynepbaskantakaoglu@hotmail.com, 0000-0003-1706-7933

²Doç. Dr. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, elifcelenk1629@hotmail.com, 0000-0002-7811-7669

³Arş. Gör. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, neclairem@hotmail.com, 0000-0003-2997-3343

GİRİŞ

İş sağlığı ve güvenliği (İSG) uygulamaları, tüm mesleklere çalışma koşullarının sebep olduğu olumsuz etkilerin önlenmesi; fiziksel, zihinsel, sosyal açıdan çalışanların verimliliklerinin yükseltilmesi ve korunmasını amaçlamaktadır. Başka bir deyişle, iş sağlığı ve güvenliği, çalışma alanındaki tüm bireyler için sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturulması için gösterilen çabalar bütünüdür. Bu çabalar yalnızca o işyerinde çalışan kişileri değil aynı zamanda zarar görülen durum nedeniyle iş arkadaşlarını, aileyi, müşterileri ve diğer kişileri korumaya da yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla iş sağlığı ve güvenliği önlemleri sadece işyerini içermeyen, işyerinin dışındaki faaliyetleri de içeren mesleki ve mesleki olmayan güvenlik anlamına gelmektedir. Bu güvenliğin sağlanmasında en büyük pay kuşkusuz iş sağlığı ve güvenliği alanında görev alan iş güvenliği uzmanlarına aittir.

İş Güvenliği Uzmanlığı Mesleği

İş güvenliği uzmanı 6331 sayılı kanunda usul ve esasları yönetmelikle belirlenen, iş sağlığı ve güvenliği alanında görev yapmak üzere Bakanlıkça yetkilendirilmiş, iş güvenliği uzmanlığı belgesine sahip, Bakanlık ve ilgili kuruluşlarında çalışma hayatını denetleyen müfettişler ile mühendislik veya mimarlık eğitimi veren fakültelerin mezunları ile teknik eleman olarak belirtilmiştir.¹ Burada teknik eleman; kimyager, biyolog ve fizikçi unvanına sahip kişiler ile iş sağlığı ve güvenliği alanında ön lisans ve lisans düzeyinde öğrenim görmüş mezunlardır.

İlgili mezunlardan yalnızca lisans düzeyinde iş sağlığı ve güvenliği eğitimi almış olanlar doğrudan sınav ücretini yatırması ve başarılı olması durumunda uzmanlık belgesi alabilirken diğer alan mezunları belirli bir saat kurs görerek bu sınava girebilmekte ve yine başarılı olması durumunda uzmanlık belgesine sahip olabilmektedir. Uzmanlık belge sınıfları ise; A sınıfı, B sınıfı ve C sınıfı olmak üzere üçe ayrılmaktadır. Esasında A sınıfı uzman çok tehlikeli, B sınıfı tehlikeli ve C sınıfı az tehlikeli işyerlerinde görev

alabilirken yapılan son güncellemeler ışığında B sınıfı uzmanlar 1/1/2020 tarihine kadar çok tehlikeli işyerlerinde, C sınıfı uzmanlar da 1/1/2019 tarihine kadar tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde de çalışabileceklerdir. Bu şekilde bir düzenlemenin yapılmasındaki amaç ilgili kanun ve yönetmeliklerin çıkarıldığı dönemde ihtiyacı karşılayabilecek nitelikte yeterli uzmanın olmamasıdır.

İş Güvenliği Uzmanlığı Mesleğinin Önemi

Tehlikeli çalışma koşulları çalışanların hastalanmasına, yaralanmasına ve hatta ölümüne neden olabilmektedir. Her yıl düzenli aralıklarla yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu yıllık istatistikleri incelendiğinde 2016 yılında toplamda 286,068 sigortalının iş kazası geçirdiği ve bu kazalardan 1405'inin ölümle sonuçlandığı görülmektedir.² Sadece bir yılın sonucunda görülen bu rakamlar işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin ne kadar önemli olduğunu gün yüzüne çıkarmaktadır. Bu rakamların en aza indirilmesi hatta mümkünse sıfırlanabilmesi iş güvenliği uzmanlarının mesleklerini sorunsuz yürütebilmeleri ile yakından ilgilidir. İş güvenliği uzmanlarının, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasındaki payı düşünüldüğünde önemli bir sorumluluğun altına imza attıkları görülmektedir. Özellikle yeterli eğitim ve tecrübeye sahip iş güvenliği uzmanları iş kazası ve meslek hastalığı yaşanmaması adına sorumlu oldukları çalışma ortamlarını dikkatle incelemektedirler. Bu sayede iş güvenliği uzmanları, sorun yaratacak tehditleri belirleyip gerekli tedbirleri alarak çalışanların sağlık ve güvenliğini korumaktadır.

İş güvenliği uzmanlarının öncelikli sorumluluğu, çalışma koşullarının nasıl daha sağlıklı ve güvenli hale getirilebileceğini araştırarak gerekli çalışmalarda bulunmaktır. Uzmanlar bunu bazen yetersiz havalandırma, aydınlatma gibi risk faktörlerini ortadan kaldırarak yapabileceği gibi bazen de kimyasal ve radyolojik tehlikeleri

denetleyerek de yapabilecektir. Böylece hem çalışanların hem de o çevrede yaşayanların güvenliği sağlanmış olacaktır. Buradan da anlaşılacağı üzere iş güvenliği uzmanlığı mesleği işverene, çalışana ve topluma karşı sorumluluğu yüksek olan bir meslektir.

İş Güvenliği Uzmanının Görev ve Sorumlulukları

İş güvenliği uzmanları, işyerinde çalışanların sağlığını, emniyetini, konforunu ve performansını etkileyebilecek her türlü fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psiko-sosyal riskleri önlemek ve işyerinin verimini artırmak için çalışmalarda bulunan kişilerdir. Farklı bir açıdan bakıldığında da yaşanma ihtimali olan iş kazası ve meslek hastalıklarını önleyerek işveren, çalışan ve devlet açısından dolaylı ya da dolaysız maliyetlerin ortadan kaldırılmasını sağlamaktadır. Bu şekilde bir tasarrufun sağlanması, çalışan ve işveren özelinde önemli olduğu kadar ülke ekonomisinin kesintiye uğramaması ve üretimin devamlılığının sağlanması açısından da önemlidir.³

Uzmanların işyerlerini kimyasal, fiziksel, radyolojik ve biyolojik tehlikeler açısından incelemesi yalnızca çalışanları korumayıp mülkiyetin, çevrenin ve toplumun korunmasını da sağlamaktadır. Bunun dışında iş güvenliği uzmanlarının yerine getirmesi gereken görevler 2012 yılında yürürlüğe giren 28512 sayılı İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik'te yer almaktadır. İlgili yönetmelikte bu görevlerin başında *rehberlik etmek* daha açık bir ifadeyle işverene işin planlanması, organizasyonu, kişisel koruyucuların seçimi, temini, muhafazası, bakımı gibi konularda önerilerde bulunmak gelmektedir. Bir diğer görevi sağlık ve güvenlik konularında alınması gerekli tedbirleri işverene yazılı olarak bildirmektir. Buna ek olarak çalışma ortamında yaşanan iş kazası ve meslek hastalığının sebeplerinin araştırılması ve bu konuda yapılabilecekler

noktasında önerilerde bulunmak da iş güvenliği uzmanlarının görevleri arasındadır. *Risk değerlendirme, acil eylem planı hazırlamak ve çalışma ortam gözetimini sağlamak* diğer başlıca görevleridir. Burada çalışma ortam gözetiminden kasıt, kullanılan her türlü araç gerecin düzenli aralıklarla bakım, kontrol ve ölçümlerinin planlanması ve uygulamalarının kontrol edilmesidir. Çalışanları ve tarafları iş sağlığı ve güvenliği alanında *bilgilendirmek* ve bu konuda eğitim faaliyetlerini yerine getirmek de iş güvenliği uzmanlarının yerine getirmesi gereken bir sorumluluğudur. Son olarak ilgili birimlerle *iş birliği içinde olmak* yönetmelikte tanımlanan görevleri arasında yer almaktadır.⁴

İş Güvenliği Uzmanının Yetki ve Yükümlülükleri

İş güvenliği uzmanının en önemli yetkisi tehlikenin önlenemez bir duruma ulaşması halinde işi durdurabilmesidir. Ayrıca işyerinde özel bir izne gerek olmaksızın iş sağlığı ve güvenliği alanında incelemelerde bulunabilmesi için gerekli belge ve bilgilere ulaşma yetkisi bulunmaktadır. Yine gerekmesi halinde işverenin bilgisi olması kaidesiyle kurumlarla işbirliği içinde olabilme imkânının olması da uzmanlara sağlanan yetkiler kapsamındadır. Ayrıca uzmanlar görevli buldukları işyerlerinde işi ile ilgili mesleki gelişimine katkı sağlayacak seminer, eğitim gibi faaliyetlere katılım sağlayabilir. Beş iş gününü geçmediği takdirde de bu katılım maaşında herhangi bir kesintiye sebep olmamaktadır. İş güvenliği uzmanının yetkilerinin ardından yükümlülüklerine bakıldığında en önemli yükümlülükleri işyeri ile ilgili bilgileri gizli tutmak, görevlerini yerine getirirken mümkün olduğunca işyeri düzenini aksatmamak ve verimli çalışma ortamlarının sağlanmasına katkıda bulunmaktır.

MATERYAL VE METOT

Bu çalışmada iş güvenliği uzmanlarının çalışma yaşamında karşılaştığı sorunlar ve bu sorunların çözüm önerilerinin tartışılması amaçlanmıştır. Konuyla ilgili literatürde var olan çalışmalar incelendiğinde genellikle uzmanların sorunlarından ziyade iş sağlığı ve güvenliği alanında yaşanan sorunların incelendiği görülmüştür. İş güvenliği uzmanlarının yaşadığı sorunlar üzerine yapılan az sayıda çalışmada ise daha çok anket ve mülakat yönteminin kullanıldığı tespit edilmiştir. Anket yönteminin kullanıldığı çalışmalar ölçeklendirilmiş sorulardan oluşmaktadır. Çalışmamızda kullanılan ankette açık uçlu tek bir soru yöneltilerek katılımcıların araştırmacı bakış açısıyla sınırlandırılması engellenmeye çalışılmıştır. Bu sayede katılımcıların öncelikli gördükleri sorunlar ortaya konulabilmiş ayrıca literatürdeki çalışmalarda tespit edilememiş farklı sorunların açığa çıkması da sağlanmıştır.

Çeşitli illerde Ortak Sağlık ve Güvenlik Birimi (OSGB), kamu ve özel sektörde çalışan toplam 72 uzmanın görüşleri alınarak çalışma tamamlanmıştır. Bu uzmanlardan tek sorudan oluşan açık uçlu anketin kullanıldığı çalışmaya 48 OSGB çalışanı, 14 özel sektör, 10 kamu çalışanı katılmıştır. Bu katılımcıların 7 bölgeyi temsil etmesine ve bu bölgelerdeki

katılımcı sayılarının birbirine yakın olmasına dikkat edilmiştir.

Betimsel araştırma modelinin kullanıldığı bu çalışmada tarama modelinden yararlanılmıştır. Betimsel analiz dört aşamadan gerçekleşmektedir. Bunlar; ilk aşamada araştırma sorularından yararlanarak veri için bir çerçeve oluşturulması ve bu sayede temaların belirlenmesi, ikinci aşamada verilerin düzenlenmesi ve bir araya getirilmesi, üçüncü aşamada bulguların ham veriden alıntılar yapılarak sergilenmesi ve son aşamada verilerin yorumlanmasından oluşur.¹³ Bu doğrultuda çalışmada öncelikle araştırma sorusu doğrultusunda katılımcılara sorunlarının neler olduğuna yönelik tek bir soru yöneltilmiş ve bu konuda görüşlerini yazmaları istenmiştir. Katılımcılardan elde edilen veriler betimsel analiz yardımıyla değerlendirilmiştir. Bunun için öncelikle iş güvenliği uzmanlarının sorunları belirlenmiş ve frekans dağılımı verilmiştir. Bu belirlenen sorunlar üst kategorilerde toplanmış ve son olarak da bu kategoriler kendi içerisinde gruplandırılarak tabloya dönüştürülmüştür. Üçüncü aşamada ise elde edilen tablo yardımıyla bulgular oluşturulmuş ve gerekli görülen yerlerde direk alıntılarla bulgular desteklenmiştir. Son aşamada ise bulgulara ve oluşturulan tablolara dayalı olarak sonuçlar elde edilerek yazıya dönüştürülmüştür.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde OSGB, kamu ve özel sektörde çalışan iş güvenliği uzmanlarının sorunlarına yönelik elde edilen bulgular sunulmuştur.

Tablo 1 incelendiğinde iş güvenliği uzmanlarının en fazla eğitim konusunda zorluklarla karşılaştıkları görülmektedir.

Tablo 1. İş Güvenliği Uzmanlarının Yaşadığı Sorunlar

Eğitim	Çalışanların Eğitimi	İSG eğitimlerinde zaman baskısı (5os) Çalışanların eğitimlere katılmak istememesi (3os, 2oz, 1k) Yabancı uyruklu çalışanlara eğitim vermede sıkıntı (1os) İSG kültürünün oluşmaması (19os, 6oz, 17k) Zaman baskısından tatbikatları uygulayamama (2os) Sık sık personel değişikliği nedeniyle eğitimlerde aksama (1os) Verilen eğitimlerin yetersiz olması (3oz, 2k) Eğitim düzeyi düşük çalışanlara eğitim vermede zorluk (1oz) Mesleki eğitimdeki eksiklikler (1oz)
	İSG Uzmanlarının Eğitimi	Teçrübe eksikliği(2os, 5oz) Branşlaşma olmadığında alanda eksikliklerin artması(1os) İSG uzmanlarının aldığı eğitimin yetersiz olması(1k)
	İşveren Eğitimi	İşverenin kanunları bilmemesi (1os) İşverenin eğitimsizliği (2os)
Mali Sorunlar	İSG Uzmanına Bağlı Mali Sorunlar	Ücret yetersizliği (7os, 1oz, 2k) Personel azlığına bağlı aşırı çalışma saatleri (11os, 1oz, 3k) Maaşların OSGB'den veya işverenden alınması (14os, 1oz)
	İşveren Kaynaklı Mali Sorunlar	İşverenin işg işlerine bütçe ayırmaması (15os) Ulaşım sorunları (2os) OSGB fiyat politikalarını devletin belirlemesi (2os)
Yasalar ve Uygulamaları	Yasalardaki Sorunlar	Yasalar ve Yönetmelikteki boşluklar (9os, 2oz, 1k) Yasalardaki ertelemeler (3os, 2k) İşyeri çalışan sayısına bağlı dakika uyg. yetersiz olması (3os) İSG uzmanlarının yetkilerinin sınırlılığı (3os) Kazalardan İSG uzmanının sorumlu olması (5os, 2oz) İSG uzmanının yasal sorumluluklarının fazla olması (2k)
	Yasaları Uygulamadaki Sorunlar	İşverene yaptırımında bulunamama (2oz) Sigortasız çalıştırma (1os) Yasaları uygulayamama (2os) İşyeri müfettişlerinin denetleme eksikliği (8os)
	Statü	İtibar eksikliği (1os) Çalışanların emir ve talimatlara uymaması (15os, 1oz, 3k) Uyarıların dikkate alınmaması (15os) İSG işlerinin önemsenmemesi (3os) İSG uzmanlarının yetkilerinin az olması (2oz)
	İşveren	İşveren baskısı (12os, 2k) Üst yönetimin desteğinin olmaması (3oz) İşverenin İSG birimini önemsememesi (2oz)
	Kadın çalışanlar	Kadın uzmanların tacize uğraması (1k) Kadın uzmanların pasifize edilmesi (1k)
	Diğer	Organizasyon eksikliği (2os) Büyük iş yerlerinde kontrollerin yapılamaması (1oz) Evraklarda fazla prosedür olması (1oz) Meslek odasının olmaması (1k) Taşeron firmalarda yeterli İSG kurallarının uygulanmaması (1k)

os: Ortak Sağlık Güvenlik Biriminde (OSGB) çalışan iş güvenliği uzmanı, oz: Özel sektörde çalışan iş güvenliği uzmanı, k: Kamuda çalışan iş güvenliği uzmanı

İş güvenliği uzmanları çalışanlara verdikleri iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri konusunda sıkıntılar yaşarken, kendi eğitimlerinin de yetersizliğinden bahsetmektedirler. Uzmanlar çalışanların İSG eğitimlerinde zaman baskısı, çalışanların eğitimlere katılmak istememesi, yabancı uyruklu çalışanlara eğitim vermede sıkıntı, İSG kültürünün oluşmaması, zaman baskısından tatbikatları uygulayamama, sık sık personel değişikliği nedeniyle eğitimlerde aksama, verilen eğitimlerin yetersiz olması, eğitim düzeyi düşük çalışanlara eğitim vermede zorluk, mesleki eğitimdeki eksiklikler konularında sıkıntıları olduğunu belirtmişlerdir. Uzmanların kendi eğitimleri üzerine yaşadıkları eksiklikler; tecrübe eksikliği, branşlaşma olmadığından alanda yetersizlik hissetmesi ve İSG uzmanlarının aldığı eğitimin yetersiz olması şeklindedir. Bunun yanında işverenlerin kanunları bilmemesi ve İSG eğitimleri ve kültürü konularında eğitimsiz olmalarından dolayı da zorluklar çekmektedirler.

“...iş sağlığı ve güvenliği uzmanı olarak yaşadığım ve meslektaşlarımın da yaşadığını düşündüğüm sorunların temeli maalesef ülkemizde iş sağlığı ve güvenliği kültürünün oluşmamasıdır.” (OSGB)

“...yaşadığımız en büyük sorunlardan biri maalesef iş sağlığı ve güvenliği kültürünün oluşmamasından kaynaklanmaktadır. Bu kültür ağaç yaş iken eğilir mantığı doğrultusunda küçük yaşta iş sağlığı ve güvenliği eğitiminin verilmesi ile doğru bir sonuca ulaşacaktır.” (OSGB)

“...mesleki eğitimlerle ilgili sorunlar yaşanmaktadır. Mesleki eğitim merkezleri ve halk eğitim merkezleri gibi kurumlar yetersiz kalmaktadır. Çalışanın çalışacağı kurumlarda da iş sağlığı ve güvenliği eğitimleri artırılarak eğitimler güçlendirilmelidir.” (Özel Sektör)

İSG uzmanları bunun yanında mali konularda da sıkıntı yaşamaktadırlar. Bu sorunlar iş güvenliği uzmanının kendi statüsünden olabileceği gibi işveren kaynaklı da olabilmektedir. İş güvenliği uzmanları

ücret yetersizliği, personel azlığına bağlı aşırı çalışma saatleri ve maaşların OSGB’den veya işverenden alınması gibi konularda mali sorunlar yaşarken, işverenin İSG işlerine bütçe ayırmaması, ulaşım sorunları ve OSGB fiyat politikalarını devletin belirlemesi gibi konuları da ifade etmişlerdir.

“...İSG katip üzerinden 11700 dakikalık çalışma süremiz işverenimiz tarafından süre arttırılarak daha fazla kişiden sorumlu olup mesleki açıdan hem risk altında olup hem de daha fazla çalışmaktayız.”

Yürürlükte bulunan yasalar ve bunların uygulanması yaşanan sorunların bir diğer ana başlığını oluşturmaktadır. Bu sorunlar yasa ve yönetmeliklerin çıkarılmasına yönelik olabileceği gibi bunların uygulanmasına yönelik de olabilmektedir. İş güvenliği uzmanları tarafından ifade edilen yasalardaki sorunlar; yasalar ve yönetmelikteki boşluklar, yasalardaki ertelemeler, işyeri çalışan sayısına bağlı dakika uygulamalarının yetersiz olması, uzmanların yetkilerinin sınırlılığı, kazalardan iş güvenliği uzmanının sorumlu olması şeklindedir. Ayrıca uzmanlar; işverene herhangi bir yaptırımında bulunamama, sigortasız çalışanların varlığı, yasaları tam olarak uygulayamama ve işyeri müfettişlerinin denetleme eksikliği konularında da sorunlarla karşılaştıklarını ifade etmişlerdir.

“...İSG uzmanları özel sektörde işçi sıfatı taşır. 6331 sayılı kanun uzmanlara her ne kadar işi durdurma, bakanlığa bilgi verme yetkisi verse de sonuç olarak uzmanlar işverenin yetki ve talimatlarını yerine getirmek zorunda bırakılmıştır. Ucu açık bırakılan bir yasanın kurbanları olarak İSG uzmanlarının yapabileceği pek bir şey bırakılmamıştır.” (Özel Sektör)

“...devletin çıkardığı kanun ve yönetmelikler uzmanların işlerini kolaylaştırmamakta. Tamamen elçi görevinde olan biz uzmanlar yaşanacak kazalarda günah keçisi olarak değerlendiriliyor.” (Özel Sektör)

“...Türkiye’de gelişmekte olduğu söylenen iş sağlığı ve güvenliğinin gerekliliği yerine getirilmemektedir. Kanunların sürekli olarak

değiştirilmesi fakat uygulama kısmında takipsizlik nedeniyle birçok iş yerinde iş güvenliği yapılamaması açıkça ortadadır. Yapılan denetimlerin devlet tarafından aylar önceden planlanıp haberli şekilde yapılması ne kadar sağlıklı olabilir.”(Özel Sektör)

İş güvenliği uzmanlarının toplumsal statüleri de çalışmalarını yürütmelerine engel olabilmektedir. Bu konuda itibar eksikliği, çalışanların emir ve talimatlara uymaması, uyarıların dikkate alınmaması, iş sağlığı ve güvenliği işlerinin önemsenmemesi ve iş güvenliği uzmanlarının yetkilerinin az olması konularını belirtmişlerdir. İşveren kaynaklı yaşanan sorunlar incelendiğinde işveren baskısı, üst yönetimin desteğinin olmaması ve işverenin İSG birimini önemsememesi ifade edilmektedir.

“...çok fazla derdimizi anlatamıyoruz. Eksiklikler var ama bunları İSG uzmanının söylemesi ile o eksiği uzman açığa çıkarmış gibi davranılıyor. O eksiği istendiğinde yarım şekilde tamamlarlar. Bazen de istenilen önlem

değil de daha az maliyetli önlem alırlar.” (OSGB)

Çalışmamız kapsamında tespit edilen ve Tablo 1’de belirtilen bir diğer sorun kadın çalışanlara yöneliktir. Kadın çalışanların tacize uğraması ve pasifize edilmesi kadın iş güvenliği uzmanlarının yaşadıkları sorunlardandır.

“...atölyelere gittiğimde burada erkek çalışanların çok fazla olması ve bir arada olmaları nedeniyle sözlü taciz, sosyal medya üzerinden takip edilme gibi birçok sorunla karşı karşıya kalıyorum.” (Kamu)

Bunun yanında iş güvenliği uzmanları çalışmalarını yürütürken organizasyon eksikliği yaşadıklarını, büyük iş yerlerinde kontrollerin yapılmasında zorlandıklarını, evrakların fazla prosedür gerektirdiğini, meslek odasının olmaması nedeniyle sorunlarla karşılaştıklarını ve taşeron firmalarda yeterli iş sağlığı ve güvenliği kurallarının uygulanmaması nedeniyle sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda iş güvenliği uzmanlarının başta eğitim olmak üzere mali, yasalar ve uygulamaları, statü, işveren kaynaklı ve cinsiyet ayrımına yönelik sorunlar yaşadıkları ortaya çıkmıştır.

Eğitim konusunda en önemli sıkıntı çalışanlarda İSG kültürünün oluşmamasıdır. Çünkü İSG kültürü oluşmamış bir toplumda hem işverenler hem de çalışanlar eğitimlerin gerekliliği konusunda yeterli bilince sahip değildirler. Ancak işyerinde yürütülecek korunma uygulamalarının ilk aşamasını eğitimler oluşturmaktadır. Bu nedenle İSG kültürünün toplumun her kademesinde ve çalışma yaşamında yer alan tüm kişilerde oluşturulabilmesi için ilköğretimden başlayarak ilerleyen kademelerde de devam eden iş sağlığı ve güvenliğine yönelik bir dersin okul müfredatlarına yerleştirilmesi yerinde bir karar olacaktır. Ayrıca uzmanlar kendi eğitimlerindeki temel sıkıntıyı

branşlaşma olmamasına bağlamaktadır. Bunun için özellikle maden, metal ve inşaat gibi iş kazalarının en fazla yaşandığı sektörlerde iş sağlığı ve güvenliği çalışmalarını alanında uzman belirli bir tecrübeye sahip kişilerin yürütmesi gerekmektedir. Benzer olarak Arslan vd. (2016) tarafından yürütülen çalışmada da iş güvenliği uzmanları, branşlaşmanın gerekliliğine vurgu yapmışlardır.⁵ Türkiye Mühendis ve Mimar Odalar Birliği TMMOB (2014) iş güvenliği uzmanları sorunları sonuç raporunda da üniversiteden yeni mezun ve hiçbir deneyime sahip olmayan kişilerin her alanda iş güvenliği uzmanı olarak çalışabilmesi eğitim konusunda yaşanan önemli bir sorun olarak vurgulanmıştır.⁶ Ayrıca Akboğa vd. (2015) tarafından yürütülen çalışmada da çalışanların mesleki deneyime sahip olmadan sahada bulunması sorun olarak ifade edilmiştir.⁷ Bu nedenle alanda çalışacak iş güvenliği uzmanlarının

yalnızca bir sınavla değil mesleki deneyim, branşlaşma gibi farklı kriterlere bağlı olarak seçilmesi gerekmektedir.

Çalışmamız neticesinde elde ettiğimiz bulgulardan yola çıkarak iş güvenliği uzmanlarının yaşadığı önemli bir sorunun mali kaynaklı olduğu dikkat çekmektedir. İş sağlığı ve güvenliği alanında mevcut uzman sayıları ve bu alanı meslek olarak seçecek yeni mezunlar düşünüldüğünde bu sayının bir hayli fazla olduğu ve iş güvenliği uzmanlığı mesleğinde bir yığılma olacağı aşikârdır. Bu durum uzmanları düşük ücretlerle çalışmaya zorlamakta ve iş güvenliği uzmanlığı mesleğini değersizleştirmektedir. Aynı zamanda işsizlik korkusu kişileri çok düşük maaşlarda çalışmaya zorlarken yapılan işlerin de kalitesini düşürmektedir. İşveren kaynaklı mali sıkıntıların azalması ve özellikle iş güvenliği uzmanlarının ücretlerinin ödenmesi, ücret dengesizliği ve aşırı çalışma saatlerinin düzenlenmesi için devlet destekli bir yapıya geçilmesi gerekliliği düşünülmektedir. Bu konularda işverenlerin de görüşleri alınarak ortak bir paydada buluşulması her iki taraf açısından da doğru bir karar olacaktır. Aşağıda yer alan uzmanların yaşadığı sorunları inceleyen çalışmalarda mali sorunlara yönelik şu şekilde önerilerde bulunulmuştur; Arslan vd. (2016) yaptıkları çalışmada uzmanlar için bir taban ücretin belirlenmesinin mali sorunlara çözüm olacağı görüşündedirler.⁵ TMMOB (2014) iş güvenliği uzmanları sorunları sonuç raporunda ise bir komisyon tarafından asgari bir ücretin belirlenmesi önerilmektedir.⁶ Belirlenecek olan bu asgari ücretin tehlike sınıfı, çalışan sayısı, işletme faaliyet alanı büyüklüğü gibi kriterler göz önünde bulundurularak oluşturulması önerilmiştir. Taşkıran (2016) çalışmasında bu hizmetlerin kamu eliyle yürütülmesi veya sendikaların dışsal denetim sağlamasını bir öneri olarak sunmuştur.⁸ Yine Kayan vd. (2017) yaptığı çalışmada uzmanların ücretlerini işverenden almaması gerekliliğini vurgulayarak çalışma ahlakı açısından bu durumun etik olmadığına yer vermiştir.⁹

Çalışmamız kapsamında yasalarda yaşanan sıkıntılar iki grupta incelenmiştir. Öncelikle

uzmanlar mevcut yasalardaki ertelemeler ve yetersizliklere bağlı sorunlarını belirtmiş bunun yanında yürürlükteki yasaların uygulanması konusunda da sıkıntıları olduğunu dile getirmişlerdir. Katılımcılar, yaşanan iş kazalarında sorumluluğu tek başına üstlenmek zorunda kalmalarından yakınmaktadır. Güzey'in (2014) çalışmasında yer alan "iş güvenliği uzmanları, yaşanan iş cinayetlerinde savcılar açısından tek sorumlu olarak görülüp gözaltı/denetimli serbestlik gibi süreçlerle yüz yüze kalmaktadır" ifadesi de uzmanların bu görüşünü destekler niteliktedir.¹⁰ Ayrıca Orhan (2014) çalışmasında uzmanların iş güvencesi konusunda sorunlarla karşılaştığını ve görevlerini eksiksiz yapabilmeleri için ekstra iş güvencesinin gerekliliğini ifade etmiştir.¹¹ Yasalar ve bunların uygulamaları konusunda çalışmamızda tespit edilen ve Tablo 1'de yer alan yasalardaki ertelemeler, çalışan sayılarına bağlı dakika uygulamaları, uzmanların yetkilerinin sınırlılığı, kazalarda öncelikli uzmanın sorumlu tutulması, uzmana karşı yasal yaptırımların fazla olması, denetimlerin azlığı konularına ağırlık verilerek yaşanan sıkıntıların giderilmesi adına bir an önce yeni yasal düzenlemelerin hayata geçirilmesi gerekmektedir.

Çalışmada ortaya çıkan bir diğer sorun iş güvenliği uzmanlarının itibar ve toplumsal statüleri konusundadır. İtibar eksikliği, çalışanların emir ve talimatlara uymaması, iş sağlığı ve güvenliği işlerinin önemsenmemesi ve iş güvenliği uzmanlarının yetkilerinin az olmasına bağlanabilir. Benzer olarak Karakaya (2017) yaptığı çalışmasında iş güvenliği uzmanlarının çalışanlara ne yapacağını söyleme şanslarının olmadığını, başkaları için bir şeyler yapabilme olanaklarının kısıtlılığını ve yaptıkları iş karşılığında takdir edilmediklerini dile getirdiğini ifade etmiştir.¹² İş güvenliği uzmanlığı mesleğinin statüsünü düşüren en önemli konulardan birisi de uzman olabilmeye aranan eğitim süresi ile ilgilidir. Oysa insan sağlığı ve güvenliği gibi önemli bir konuda çalışan kişilerin iyi bir eğitimden ve uzun bir deneyim sürecinden geçmesi gerekmektedir. Ancak bu şekilde bir süreçten geçen iş güvenliği uzmanları toplum

tarafından itibar görebilecek ve insanlar nezdinde önemli bir statüye sahip olabilecektir.

Çalışmamızda katılımcıların işveren kaynaklı sorunlarına sunulabilecek en somut öneri; yasalar ve uygulamaları konusunda bahsedildiği üzere yasadaki ertelemelerin kaldırılarak denetimlerin sıklaştırılması ve gerekli cezai yaptırımların uygulanmasıdır. Ayrıca iş sağlığı ve güvenliği konusunda hassasiyet göstererek gereklilikleri yerine getiren işverenlerin devlet tarafından farklı şekillerde ödüllendirilmesi ile işverenlerin bu konuya duyarlılığı arttırılarak işveren ve

uzman arasındaki sorunların önüne geçilebileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak ülkemiz açısından iş sağlığı ve güvenliği alanında önemli gelişmeler yaşanmaktadır. Ancak bu gelişmeler olumlu olmakla birlikte yeterli değildir. Bu yeterliliğin sağlanması da iş güvenliği uzmanlarının etkin ve verimli çalışmasına bağlıdır. Uzmanların kendilerinden beklenen bu verimliliği gerçekleştirebilmeleri yaşadıkları sorunların en aza indirilmesi ile mümkün olabilecektir.

KAYNAKLAR

1. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu.(2012). Sayı 28339, 30 Haziran 2012.
2. Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistik Yıllıkları. (2018) http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari Erişim Tarihi: 01.02.2018
3. Kaya, A.A. Çelenk Kaya, E. Ölmezoglu N.İ. (2017). Studies on Balkan and Near Eastern Social Sciences. [DOI: <http://dx.doi.org/10.3726/b10770>, 2017] "The Visible and Invisible Parts of an Iceberg: Indirect/Direct Costs of the Occupational Accidents Encountered on a Global Scale", Frankfurt:Peterlang Publishing..
4. İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik.(2012). Sayı 28512 , 29 Aralık 2012.
5. Arslan, V. Ulubeyli S. (2016). "İş Güvenliği Uzmanlarının Sorunlarına Yönelik Bir Saha Araştırması", Çalışma ve Toplum Dergisi, Sayı 2016/3(50), 321- 1340.
6. TMMOB Maden Mühendisleri Odası İstanbul Şubesi. (2014). "İş Güvenliği Uzmanları Sorunları Çalıştayı Sonuç Raporu". İnternet Adresi: http://www.maden.org.tr/resimler/ekler/1011c2aea278b22_ek.pdf?tipi=2&turu=H&sube=3
7. Akboğa, Ö. Baradan, S. Güranlı, E. Dikmen, Ü. ve Bayram, İ. (2016). "İş Güvenliği Uzmanlığı: Sistemin İşleyişinin Değerlendirilmesi Üzerine Bir Araştırma Çalışması", Türkiye Mühendislik Haberleri, 2016/1 489: 28-35.
8. Taşkiran, G. (2016). "Güvencesiz İş Güvenliği Uzmanları, Piyasalaşan İş Güvenliği: Bir Alan Araştırması", Çalışma ve Toplum Dergisi, Sayı.2016/4, 1747-1767.
9. Kayan Y.,Doğruyuol M.,Gültekin MŞ, Gültekin MC.,Gültekin A.,Kuncan O.(2017) "İş Güvenliği Uzmanlarının Yaşadıkları Sorunlar Üzerine Bir Araştırma, Bilim ve Gençlik Dergisi, Cilt 5, Sayı 2, 44-50.
10. Güzey, Zafer (2014), "6331 Sayılı Yasa Çerçevesinde İş Güvenliği Uzmanlarının Sorunları", Mühendis ve Makina Dergisi, Cilt 55, Sayı: 155,1.
11. Orhan, Serdar (2014), "İş Güvenliği Uzmanlarının İş Güvencesi Sorunu", Emek ve Toplum Hak-İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 6,70-89.
12. Karakaya A.,Sancı V, (2017) "İş Güvenliği Uzmanlarının İş Tatminleri Üzerine Bir Araştırma:Karadeniz Bölgesi Örneği" Cilt:7, Sayı:1, 1-13.
13. Özdemir, M. (2010). Nitel veri analizi: sosyal bilimlerde yöntembilim sorunsalı üzerine bir çalışma, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 11(1), ss.323-343.

Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarında Duygusal Zekâ, Benlik Saygısı ve İlişkili Faktörler

The Factors Related with Emotional Intelligence and Self-Esteem of Primary Healthcare Providers

Saime EROL¹, Sena AYGÜN², Havva ÇAY³

ÖZ

Araştırmanın amacı, birinci basamak sağlık çalışanlarının duygusal zekâ ve benlik saygılarını belirleyerek ilişkili faktörleri incelemektir.

Tanımlayıcı tasarımla Şubat-Nisan 2017 tarihleri arasında İstanbul ili Anadolu Yakasında yürütülen araştırmanın evrenini 68 Aile Sağlığı Merkez'inde çalışan 200 sağlık çalışanı oluşturdu. Araştırmanın verileri, sosyo-demografik özellikler formu, Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği ve Coopersmith Özsaygı Envanterinin genel öz saygı alt boyutu kullanılarak toplandı. Veriler SPSS 21.0 programında t-testi, Pearson korelasyon analizi ve varyasyon analizi kullanılarak değerlendirildi.

Sağlık çalışanları duygusal zekâ ölçeği toplamından ortalama 155,18±13,44 puan, iyimserlik alt boyutundan ortalama 46,91±4,66 puan, duyguların kullanımı boyutundan 20,80±3,02 puan, duyguların değerlendirilmesi boyutundan 38,22±4,99 puan aldılar. Benlik Saygısı ölçeğinden ortalama 20,30±3,21 puan aldılar.

Sağlık çalışanlarının duygusal zekâ puan ortalamaları ile cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, aylık gelir, kendini tanıma, duygularını ifade etme, stres ve empati eğitimi alma gibi değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05). Benlik saygısı ölçeği puan ortalaması ile medeni durum, çalışma süresi, aylık gelir, kendini tanıma, hissedilen duyguları farkında olma, stres ve empati eğitimi alma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p<0,05).

Anahtar Kelimeler: Birinci Basamak Sağlık Çalışanı, Duygusal Zekâ, Benlik Saygısı

ABSTRACT

The purpose of the paper was to determine emotional intelligence and self-esteem and also to examine related factors of primary healthcare providers.

The universe of the study, carried out descriptively between February-April, 2017 in Anatolian part of Istanbul, consisted of 200 healthcare provider assigned at 68 Family Health Center. The required data of the study were collected utilizing socio-demographic characteristics form, Schutte Emotional Intelligence Tool and Coopersmith Self-esteem Inventory. The data were assessed using t-test, Pearson correlation analysis and variation analysis in the program SPSS 21.0.

Healthcare providers scored 155.18± 13.44 from emotional intelligence scale; their mean "optimism" sub-scale scores were 46.91±4.66, mean scores from "use of emotions" sub-scale were 20.80±3.02, "evaluation of emotions" sub-scale mean scores were 38.22±4.99 and participants scored 20.30±3.21 from Self-esteem scale. A statistically significant difference was detected between mean emotional intelligence scores and the variables such as gender, age, educational status, income, self-awareness, expressing of emotions, stress and empathy training (p<0.05).

Furthermore, a statistically significant difference was found between mean score of Self-esteem scale and marital status, duration of work, income, self-awareness, being aware of emotions, stress and empathy training communication with patients, sense of mission (p<0.05).

Keywords: Primary Healthcare Provider, Emotional Intelligence, Self-esteem.

¹Doçent Doktor, Halk Sağlığı Hemşireliği, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, saimeerol@hotmail.com, ORCID: 0000-0001-7752-605X

²Hemşire, Soma Özel Medigün Hastanesi Genel Cerrahi Servisi Soma/ Manisa, ugursena_102@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-2271-051

³Hemşire, Medipol Mega Hastaneler Kompleksi, Bağcılar /İstanbul, havva.cayy@hotmail.com, ORCID: 0000-0003-3131-9746

GİRİŞ

Birinci basamak sağlık çalışanı, birey, aile ve tüm toplum sağlığının geliştirilmesi, korunması, gerektiğinde tedavi ve rehabilitasyonu için her yaş grubundaki bireye yaşadıkları ve çalıştıkları ortamlarda sağlık hizmeti sunan profesyoneldir.¹ Öncelikli görev ve sorumlulukları, bireyleri sağlığı geliştiren / koruyan davranışlar konusunda bilgilendirmek, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırıp sağlıksız olan davranışları değiştirmek konusunda destek olmaktır.¹ Sağlık çalışanının bu rol ve sorumlulukları istendik düzeyde yerine getirebilmesi, hizmet verdiği bireylerin duygularını tanımayı, empati yapabilmeyi, etkili iletişim kurabilmeyi ve motive edebilme becerilerine sahip olmayı gerektirir. Tüm bu özellikler ise Duygusal Zekâ'ya (DZ) sahip olma ve bunu iyi düzeyde kullanabilme ile ilişkilendirilmektedir.²⁻⁴

Duygusal zeka, “kişinin kendisinin ve başkalarının hislerinin farkında olması, anlayabilmesi, yönetebilmesi için duygularını, düşünce ve eylemlerine rehber olarak kullanabilme becerisidir”.⁵ Duygusal zekâsı gelişmiş birey, kendi duygu ve düşüncelerini tanıyan onları kontrol edip, yönetebilen, ruhsal yönden sağlıklı, yaşamdan doyum alan, değişen koşullara uyum sağlayabilen, iletişim ve kişilerarası ilişkiler becerileri gelişmiş bireylerdir.^{2-4,6} Duygusal zekâsı gelişmiş ve bunu kullanabilen sağlık çalışanı, iş stres yönetimi, doğru karar alma becerileri, denetim, olumlu güçlendirme süreçleri, esneklik, yenilik ve dönüşüm gibi liderlik özellikleri gelişmiştir.^{6,7} Sağlık çalışanları bireye yardım ederken pek çok duyguyu birlikte yaşayabilir. Bu duygulara, bireyin gelişiminden duyulan mutluluk, durumu kötüleştğinde duyulan hayal kırıklığı, yardımı reddettiğinde hissedilen sıkıntı, sağlık çalışanını yönlendirmeye çalıştığında

hissedilen öfke ya da kendisine güvenildiğinde hissettiği güçlülük duyguları örnek verilebilir. Yaşanan bu duyguları ve değişiklikleri yönetme, çatışmaları çözme, klinik yeterlilik standartlarını devam ettirmede duygusal zekâ stratejik önem taşımaktadır.^{5,7}

Benlik, kişinin kim olduğuna ilişkin fikrini ifade eden bir kavramdır. Benlik saygısı, benliğin duygusal yanını oluşturur. Kişinin kendini beğenmesi ve kendi benliğine saygı duyması için üstün nitelikli olması gerekli değildir. Bu sebeple benlik saygısı, kişinin kendini gururlu, değerli, gayretli, etkin ve başarılı hissetmesi durumudur.⁸

Sağlık çalışanları hizmet alan bireylerle güçlü ve terapötik ilişkiler kurabilmeleri için olumlu benlik saygısı ve mesleki kimliğe sahip olmaları önemlidir. Olumlu benlik saygısına sahip olan sağlık çalışanları, hizmet alan bireylerin sağlıklarını olumlu yönde etkiledikleri bildirilmektedir.⁹

Konu ile ilgili ulusal ve uluslararası literatür taraması sonucunda; duygusal zeka ve benlik saygısına yönelik araştırmaların çoğunluğunun öğrenci örnekleminde,^{6,10-13} ya da klinik ortamda çalışan hemşireler veya ebeler ile¹⁴⁻¹⁸ yürütüldüğü görülmüştür. Birinci basamak sağlık çalışanları, rol ve sorumlulukları gereği duygusal zekâ ve benlik saygılarının gelişmiş ve eğitim esnasında da geliştirmiş olması beklenen bir gruptur. Birinci basamak sağlık çalışanlarında duygusal zeka ve benlik saygısı ve bunları etkileyen faktörleri belirlemenin konu ile ilgili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık çalışanlarının duygusal zekâ ve benlik saygılarını belirleyerek ilişkili faktörleri saptamaktır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Şubat-Nisan 2017 tarihleri arasında İstanbul ili Anadolu yakasında üç Toplum Sağlığı Merkezine bağlı, 68 Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) çalışan sağlık çalışanları ile yürütüldü.

Evren ve Örnek

Araştırmanın evreninin, İstanbul Maltepe’de 29 ASM, Pendik’te 21 ASM, Kartal’da 18 ASM’de hizmet veren 272 sağlık çalışanı oluşturdu. Örneklem seçimine gidilmedi, katılmak için gönüllü olan ve veri toplama formlarını eksiksiz dolduran 200 sağlık çalışanı araştırma popülasyonunu oluşturdu.

Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı araştırma tasarımı ile yürütüldü.

Veri Toplama Araçları

Veriler, kişisel bilgi formu, Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği (DZÖ) ve Coopersmith Öz Saygı Envanterinin, Genel Öz Saygı Ölçeği (GÖSÖ) alt boyutu kullanılarak anket uygulama tekniği ile toplandı.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulan form, cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma yılı, eğitim düzeyi, aile tipi gibi sağlık çalışanlarının tanıtıcı özelliklerini, duygularını ve iletişimlerini sorgulayan 21 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği

Schutte ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması Tatar, Tok ve Saltukoğlu (2011) tarafından yapılmıştır¹⁹. Beşli likert tipinde olan ölçek

41 maddeli ve üç alt boyutludur. İyimserlik/ruh halinin düzenlenmesi 12 madde, duyguların kullanımını altı madde ve duyguların değerlendirilmesi 10 maddedir. Alt boyutlar tüm maddeleri içermez, 1, 3, 5, 11, 13, 14, 16, 19, 20, 24, 25, 27, 32 maddeler sadece genel toplama katılır. Ölçeğin geneli için Cronbach-Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,82’dir. Toplam puanın yüksekliği duygusal zekânın yüksekliğini, düşüklüğü duygusal zekânın düşüklüğünü gösterir¹⁹.

Coopersmith Öz Saygı Envanteri, Genel Öz Saygı Ölçeği (Alt Boyut) (GÖSÖ)

Orijinali Coopersmith (1967) tarafından geliştirilen ölçeğin Türk diline uyarlama çalışması Pişkin (1997) tarafından yapılmıştır²⁰. Ölçeğin Kudher Richerdsen-20 (KR-20) güvenirlik katsayısı 0,81, Cronbach-Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,86 olarak bulunmuştur. Ölçeğin öz saygıyı ölçen 50 maddesi vardır ve genel öz saygı, sosyal öz saygı, ev-aile öz saygısı, akademik öz saygı olmak üzere dört alt boyutu bulunmaktadır. Bu çalışmada Genel Öz Saygı Ölçeği (GÖSÖ) alt boyutu kullanılmıştır. Genel öz saygı alt boyutu 26 maddeli, iç tutarlılık katsayısı 0,78, “evet” ya da “hayır” şeklinde cevaplandırılmaktadır. Bu alt boyuttan alınabilecek en yüksek puan 52’dir²⁰. Elde edilen puanların yüksekliği, öz saygının yüksekliğini, puanların düşüklüğü ise öz saygının düşüklüğünü gösterir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 21,0 programı kullanılarak analiz edildi. Örneklem tanımlayıcı özellikleri sayı, yüzde ve ortalama değerlendirildi. Bağımlı değişkenler ile bağımsız değişkenler arasındaki fark ölçümle belirtilen verilerde normal dağılıma uyan iki grubun karşılaştırılmasında t testi, uymayanlarda Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grubun karşılaştırılmasında

varyans analizi veya Kuruskal-Wallis varyans analizi ve ileri analizler için Tukey HDS testi kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki korelasyon pearson korelasyon analizi kullanılarak değerlendirildi. Tüm sonuçlar %95'lik güven aralığı ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi kabul edildi.

Etik izin

Araştırmanın yürütülebilmesi için Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik kurulundan 09.01.2017-9 tarih ve sayı ile onay alındı. Ayrıca araştırmanın yapılacağı kurumlardan ve araştırmaya katılan sağlık çalışanlarından gerekli izinler alındı.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $34,47 \pm 7,38$, %97'si kadın ve %79'u evlidir. %67,5'inin çocuğa vardır ve %88,5 çekirdek aile yapısına sahiptir. %55'i lisans düzeyinde eğitim almış, %47'si hemşire, %46,5'i ebe, %6,5'i sağlık memuru ve acil tıp teknisyeni (ATT) olarak çalışmaktadır. Yüzde 35,5'i 15 yıl ve üstü çalışmış, %70'i kadrolu çalışandır ve %68,5'inin geliri 3001 TL ve üzerindedir (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Sosyo-demografik Özellikleri (n=200)

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	194 97,0
	Erkek	6 3,0
Medeni Durum	Evli	158 79,0
	Bekâr	42 21,0
Yaş grup	20-29 yaş	50 25,0
	30-39 yaş	101 50,5
	40-49 yaş	49 24,5
Aile tipi	Çekirdek	177 88,5
	Geniş	15 7,5
	Parçalanmış	8 4,0
Çocuk	Var	135 67,5
	Yok	65 32,5
Eğitim	Lise	27 13,5
	Ön Lisans	45 22,5
	Lisans ve üstü	128 64,0
Mesleği	Hemşire	94 47,0
	Ebe	93 46,5
	Sağlık Memuru, ATT	13 6,5
Çalışma süresi	1-5 yıl	37 18,5
	6-10 yıl	55 27,5
	11-15 yıl	37 18,5
	15 yıl ve üstü	71 35,5
İstihdam	Sözleşmeli	60 30,0
	Kadrolu	140 70,0
Aylık gelir	2000 TL ve altı	17 8,5
	2001-3000 TL	46 23,0
	3001 ve üzeri	137 68,5

Çalışanların %83,5'i kendini çok iyi tanıdığını, %52'si yaşadıkları duygularını çoğu zaman, farkında olduğunu, %46,5'i duygularını çoğu zaman ifade edebildiğini, %73,5'i bazen öfkelenildiğini, %41'i stresten çok etkilendiğini ve %31,5'i stresle baş etme ve empati konularında eğitim aldığını bildirmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Kendilerini ve Duygularını Tanıma Durumları (n=200)

Özellikler	Sayı	%
Kendini tanıma		
Hiç tanımiyorum	4	2,0
Biraz tanıyorum	29	14,5
Çok iyi tanıyorum	167	83,5
Duygu farkındalığı		
Hiçbir Zaman-Bazen	6	3,0
Sık sık	24	12,0
Çoğu zaman	104	52,0
Her zaman	66	33,0
Duyguları ifade etme		
Hiçbir Zaman	41	20,5
Sık sık	18	9,0
Çoğu zaman	93	46,5
Her zaman	48	24,0
Öfkelenme		
Hiçbir zaman	7	3,5
Bazen	147	73,5
Sık sık	26	13,0
Her Zaman	20	10,0
Streslen etkilene		
Hiç-Az	26	13,0
Orta	68	34,0
Çok	82	41,0
Çok fazla	24	12,0
Stresle baş etme, empati eğitimi alma		
Evet	63	31,5
Hayır	137	68,5

Çalışanlar DZÖ toplamından ortalama 155,18±13,44 puan aldılar. Ölçeğin iyimserlik alt boyutunda 46,91±4,66 puan, duyguların kullanımı alt boyutundan 20,80±3,02 puan, duyguların değerlendirilmesi alt boyutunda 38,22±4,99 puan aldılar. Genel Öz Saygı ölçeğinden ise ortalama 20,30±3,21 puan almışlardır (Tablo 3).

Yapılan korelasyon analizinde DZÖ toplam puan ortalaması, iyimserlik ve duyguların değerlendirilmesi alt boyutları ile GÖSÖ toplam puanı ortalaması arasında pozitif yönde orta düzeyde (sırasıyla: $r=0,48$; $p=0,00$, $r=0,40$; $p=0,00$, $r=0,47$; $p=0,00$), duyguların kullanımı alt boyutunda ise ($r=0,20$; $p=0,00$) düşük düzeyde istatistiksel olarak anlamlı korelasyon bulundu.

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının DZÖ Toplam ve Alt Boyut Puanları, GÖSÖ Toplam Puan Ortalaması

Ölçekler	Ortalama, (std)	Min.-Max.
DZÖ Toplam Puan	155,18 (13,44)	103-187
DZÖ İyimserlik	46,91 (4,66)	28-60
DZÖ Duyguların Kullanımı	20,80 (3,02)	11-27
DZÖ Duyguların Değerlendirilmesi	38,22 (4,99)	25-50
GÖSÖ Toplam Puan	20,30 (3,21)	8-25

Duygusal Zeka Ölçeği toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları ve GÖSÖ toplam puan ortalamaları bağımsız değişkenler ile karşılaştırılmış ve Tablo 4'de gösterilmiştir. DZÖ toplam puan ortalaması kadınlarda erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulundu ($Z=2,20$; $p=0,02$). DZÖ toplam puan ortalaması 20-29 yaş grubu çalışanlarda ($KW=6,83$; $p=0,03$, lisans ve üstü eğitim alan ($KW=8,46$; $p=0,01$), aylık geliri 3001 lira ve üstünde olan çalışanlarda ($KW=6,82$; $p=0,03$) istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. İleri analizde farkın 40 yaş ve üstü olan, ön-lisans düzeyinde eğitim alan ve aylık geliri 2000 TL ve altında olan gruptan kaynaklandığı belirlendi.

İyimserlik alt boyutu puan ortalaması kadınlarda ($Z=2,53$; $p=0,01$) ve aylık geliri 3001 lira ve üstünde olan çalışanlarda ($KW=7,68$; $p=0,02$) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulundu. Aylık geliri 2000 TL ve altında olan sağlık çalışanları, iyimserlik alt boyutundan en düşük puanı aldı ve farkı yaratan grup oldu.

Duyguların kullanımı alt boyut puan ortalaması, kadınlarda erkeklerden ($Z=2,30$; $p=0,02$), aylık geliri 3001 lira ve üstünde olanların 3001 liranın altında olanlardan istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulundu ($KW=7,11$; $p=0,02$). Aylık geliri 2000 TL ve altında olan sağlık çalışanları, duyguların kullanımı alt boyutundan en düşük puanı aldı ve farkı yaratan grup oldu.

Duygusal Zekâ Ölçeği duyguların değerlendirilmesi alt boyut puan ortalaması, lisans ve üstü eğitim alanlarda diğer eğitim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulundu ($KW=7,78$; $p=0,02$). İleri analizde farkın ön lisans düzeyinde eğitim alan gruptan kaynaklandığı belirlendi.

Duyguların değerlendirilmesi alt boyut puan ortalaması çalışma süresi 6-10 yıl olanlarda diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulundu ($KW=8,65$; $p=0,03$). Farkı yaratan grubun en düşük puanı alan 15 yıl ve üstü çalışan grup olduğu belirlendi. Aile tipi, çocuk sahibi olma ve çocuk sayısı, mesleği, istihdam şekli ile DZÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Genel Öz Saygı Ölçeği puan ortalaması evli olan çalışanlarda bekâr olanlardan istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($Z=2,01$; $p=0,04$). GÖSÖ meslekte 6-10 yıl çalışanlar diğer çalışma yıllarından ($KW=11,41$; $p=0,01$), aylık geliri 3001 ve üzeri olanların, aylık geliri 3001 TL altında olanlardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($KW=9,88$; $p=0,00$). İleri analiz ile farkı yaratan grupların meslekte 1-5 yıl ile 15 yıl ve üstü çalışanlar ile aylık geliri 2000 TL ve altında olanlardan kaynaklandığı belirlendi.

Cinsiyet, aile tipi, çocuk sahibi olma, çocuk sayısı, yaş grubu, eğitim düzeyi, mesleği, istihdam şekli ile GÖSÖ toplam puanı arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$), (Tablo 4).

Tablo 4. DZÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile GÖSÖ Toplam Puan Ortalamasının Sosyo-demografik Özelliklere Göre Dağılımı

Değişkenler		DZÖ toplam ve Alt boyut puan ortalamaları								GÖSÖ toplam puan ortalaması	
		DZÖ toplam		İyimserlik		Duyguların kullanımı		Duyguların Değerlendirilmesi		Ort,	std
		Ort,	std	Ort,	std	Ort,	std	Ort,	std		
Cinsiyet	Kadın	155,54	13,36	47,06	4,61	20,87	3,02	38,29	4,99	20,34	3,20
	Erkek	143,50	11,20	42,16	3,86	18,33	2,06	35,83	4,83	19,16	3,54
İstatistik		Z=2,20; p=0,02		Z=2,53; p=0,01		Z=2,30; p=0,02		Z=1,07; p=0,28		Z=1,07; p=0,28	
Medeni Durum	Evli	156,00	13,42	47,20	4,63	20,77	3,05	38,43	4,85	20,53	3,09
	Bekar	152,09	13,19	45,80	4,64	20,88	2,94	37,42	5,50	19,42	3,51
İstatistik		Z=1,88; p=0,05		Z=1,64; p=0,10		Z=0,11; p=0,90		Z=1,38; p=0,16		Z=2,01; p=0,04	
Yaş grup	20-29	156,78	12,37	47,08	5,08	21,08	3,11	38,78	4,85	19,96	3,75
	30-39	156,78	13,23	47,28	4,01	20,97	2,76	38,76	4,83	20,70	2,94
	40 ve üstü	*150,26	13,96	45,97	5,38	20,16	3,38	36,53	5,18	19,83	3,09
İstatistik		KW=6,83; p=0,03		KW=2,61; p=0,27		KW=5,72; p=0,05		KW=3,92; p=0,14		KW=2,53; p=0,28	
Eğitim	Lise	153,18	13,61	46,03	5,01	20,40	3,61	37,66	5,49	20,07	3,50
	Ön Lisans	*151,06	14,37	46,04	4,92	20,00	2,95	*37,11	5,18	19,55	3,21
	Lisans ve üstü	157,05	12,77	47,40	4,45	21,16	2,86	38,72	4,78	20,61	3,12
İstatistik		KW=8,46; p=0,01		KW=0,87; p=0,64		KW=1,65; p=0,43		KW=7,78; p=0,02		KW=4,54; p=0,10	
Çalışma süresi (yıl) (süresi (yıl))	1-5	155,86	13,71	46,59	5,13	20,86	3,06	38,64	5,21	*19,40	3,81
	6-10	158,43	11,31	47,76	4,58	21,27	2,72	39,45	4,13	21,32	2,72
	11-15	155,59	13,18	46,72	3,68	20,59	2,59	38,54	4,94	20,64	3,04
	15 ↑	152,09	14,50	46,52	4,92	20,50	3,41	*36,87	5,30	*19,80	3,13
İstatistik		KW=6,58; p=0,08		KW=1,70; p=0,63		KW=2,28; p=0,51		KW=8,65; p=0,03		KW=11,41; p=0,01	
Aylık Gelir	2000TL ve altı	*149,17	12,06	*44,35	6,20	*19,11	3,29	38,00	4,31	*18,94	3,05
	2001-3000TL	153,63	12,66	46,10	4,03	20,69	2,89	37,47	5,36	19,47	3,62
	3001 ve üzeri	156,45	13,68	47,50	4,52	21,04	2,98	38,49	4,95	20,75	2,99
İstatistik		KW=6,82; p=0,03		KW=7,68; p=0,02		KW=7,11; p=0,02		KW=1,25; p=0,53		KW=9,88; p=0,00	

KW = Kuruskal-Wallis, Z= Mann-Whitney U, *= Tukey HDS testi

Duygusal Zekâ Ölçeği toplam puan ortalaması, kendini çok iyi tanıdığını ifade edenlerde (KW=8,19; p=0,01), hissettiği duyguların her zaman farkında olanlarda (KW=24,14; p=0,00), duygularının her zaman ifade edebilenlerde (KW=24,14; p=0,00), stres ve empati yönetimi ile ilgili eğitimi alanlarda (Z=2,79; p=0,00), hasta ile iletişimi çok iyi olanlarda (KW=14,40; p=0,00) ve mesleğini çok sevenlerde (KW=9,58; p=0,00) diğer gruplardan istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. İleri analiz ile farkın hangi gruplardan kaynaklandığına bakıldığında; kendini hiç tanımayan, hissettiği duyguların hiç farkında olmayan, duygularını hiçbir zaman ifade edemeyen, stres ve empati yönetimi ile ilgili eğitim almayan, hasta ile iletişimi kötü olan ve mesleği hiç sevmeyenlerden kaynaklandığı belirlendi (Tablo 5).

Duygusal zekâ ölçeğinin iyimserlik alt boyut puan ortalaması, hissedilen duygunun her zaman farkında olanlarda (KW=19,05; p=0,00), duygularını her zaman ifade edebilenlerde (KW=16,83; p=0,00), hasta ile iletişimi çok iyi olanlarda (KW=12,37; p=0,00), mesleğini çok sevenlerde (KW=8,87; p=0,01) diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu (Tablo 5). Farkı yaratan grupların ise en düşük puanı alan; hissedilen duygunun hiç farkında olmayanlar, duygularını hiçbir zaman ifade edemeyenler, hasta ile iletişimi kötü olanlar ve mesleği hiç sevmeyenler olduğu belirlendi (Tablo 5). Duygusal zekâ ölçeğinin duyguların kullanımı alt boyut puan ortalaması stres ve empati yönetimi ile ilgili eğitim alanlarda (Z=2,08; p=0,03) almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulundu (Tablo 5).

Sağlık çalışanlarından, kendini çok iyi tanıyanların (KW=7,91; p=0,01), duygularının her zaman farkında olanların (KW=18,95; p=0,00), duygularını her zaman ifade edebilenlerin (KW=14,08; p=0,00),

hasta ile iletişimi çok iyi olanların (KW=11,75; p=0,00), mesleğini çok sevenlerin (KW=12,67; p=0,00) DZÖ duyguların değerlendirilmesi alt boyut puan ortalaması diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulundu. Farkı yaratan grupların ise en düşük puanı alan, kendini hiç tanımayan, duygularının hiçbir zaman farkında olmayan, duygularını hiç ifade edemeyen, hasta ile iletişimi kötü olan, mesleğini hiç sevmeyen gruplardan kaynaklandığı belirlendi (Tablo 5).

Genel Öz Saygı ölçeği puan ortalaması, kendini çok iyi tanıdığını ifade edenlerde (KW=7,44; p=0,02), yaşadığı duyguların her zaman farkında olanlarda (KW=14,59; p=0,00), duygularını her zaman ifade edebilenlerde (KW=32,28; p=,00), stres yönetimi ve empati eğitimi alanlarda (Z=3,38; p=,00), hasta ile iletişimi çok iyi olanlarda (KW=21,75; p=0,00), mesleğini çok sevenlerde (KW=14,88; p=0,00) diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulundu. İleri analiz ile farkı yaratan grupların en düşük puanı alan; kendini hiç tanımayan, yaşadığı duyguların hiç farkında olmayan, duygularını hiç ifade edemeyen, hasta ile iletişimi kötü olan, mesleğini hiç sevmeyen gruplar olduğu belirlendi (Tablo 5).

Tablo 5. DZÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile GBSÖ Toplam Puan Ortalamasının Sağlık Çalışanlarının Kendilerini ve Duygularını Tanıma Durumlarına Göre Dağılımı

Değişkenler		DZÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları								GÖSÖ Puan	
		DZÖ Toplam		İyimserlik		Duyguların Kullanımı		Duyguların Değerlendirilmesi			
		Ort,	std	Ort,	std	Ort,	std	Ort,	Std		
Kendini Tanıma	Hiç	*150,50	6,35	45,75	1,25	20,25	2,87	*35,00	3,91	*18,75	1,70
	Biraz	147,72	14,63	44,79	5,16	20,00	3,24	36,20	4,48	18,86	3,94
	Çok iyi	156,59	12,94	47,31	4,53	20,95	2,98	38,64	5,01	20,59	3,03
İstatistik		KW=8,19; p=0,01		KW=4,58; p=0,10		KW=3,27; p=0,19		KW=7,91; p=0,01		KW=7,44; p=0,02	
Duyguların farkındalığı	Hiç	*133,66	19,35	*39,83	6,52	19,50	4,03	*32,33	5,00	*16,83	2,31
	Bazen	146,95	10,82	44,95	3,08	20,62	2,58	35,16	4,52	18,87	3,49
	Çoğu zaman	155,71	12,72	47,01	4,43	21,00	2,93	38,58	4,87	20,44	3,23
	Her zaman	159,30	11,87	48,10	4,60	20,66	3,23	39,28	4,64	20,92	2,83
İstatistik		KW=24,14; p= 0,00		KW=19,05; p=0,00		KW=1,01; p= 0,79		KW=18,95; p= 0,00		KW=14,59; p= 0,00	
Duyguları ifade etme	Hiç	*146,53	13,44	*44,41	4,50	20,04	2,86	*35,53	4,98	*18,09	2,97
	Bazen	154,55	15,30	46,55	4,93	21,94	2,64	37,50	4,93	20,44	2,93
	Sık sık	156,47	12,47	47,22	4,21	20,74	3,10	39,11	4,79	20,76	3,13
	Her zaman	160,31	11,22	48,58	4,75	21,12	3,02	39,04	4,70	21,25	2,87
İstatistik		KW=23,22; p= 0,00		KW=16,83; p= 0,00		KW=5,83; p= 0,12		KW=14,08; p= 0,00		KW=32,28; p=0,00	
Stres, empati eğitimi	Aldım	159,04	12,68	47,82	4,15	21,52	2,79	39,23	4,75	21,41	2,47
	Almadım	153,40	13,45	46,49	4,83	20,46	3,07	37,75	5,05	19,79	3,38
İstatistik		Z=2,79; p= 0,00		Z=1,57; p= 0,11		Z=2,08; p= 0,03		Z=1,53; p= 0,12		Z=3,38; p= 0,00	
Hasta ile iletişim	Kötü	*144,50	12,18	*43,75	4,09	20,16	3,29	*34,83	3,51	*17,00	2,79
	İyi	153,73	13,00	46,42	4,41	20,62	2,81	37,76	5,04	20,07	3,22
	Çok iyi	159,08	13,05	48,16	4,78	21,16	3,27	39,44	4,81	21,18	2,86
İstatistik		KW=14,40; p=0,00		KW=12,37; p=0,00		KW=2,97; p=0,22		KW=11,75; p=0,00		KW=21,75; p=0,00	
Mesleği sevmeye	Hiç	*144,46	13,05	*44,00	4,00	19,69	3,42	*33,38	3,96	*17,38	3,27
	Biraz	155,95	14,18	47,25	5,04	20,89	3,01	38,45	5,08	20,12	3,13
	Çok	155,91	12,35	47,00	4,30	20,86	2,97	38,63	4,75	20,82	3,08
İstatistik		KW=9,58; p=0,00		KW=8,87; p=0,01		kw^{x2}=2,10; p=0,35		KW=12,67; p=0,00		KW=14,88; p=0,00	

KW = Kuruskal-Wallis, Z= Mann-Whitney U, *= Tukey HDS testi

Bu araştırmada, birinci basamak sağlık çalışanlarının duygusal zekâları, benlik saygıları ve ilişkili faktörler incelenmiştir. Birinci basamak sağlık çalışanlarının

duygusal zekâ ve benlik saygısı puanlarının ortalamasının üstünde olduğu ve DZÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları ile GBSÖ puan ortalaması arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı zayıf ilişki olduğu

saptandı. Çalışma bulgularımız sağlık çalışanları ile yapılan diğer araştırma bulgularına benzer bulunmuş ve duygusal zekâ ile benlik saygısı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu tespit edilmiştir.^{6,10,21} Bu bulgular doğrultusunda, sağlık ile ilgili eğitim veren okul programlarının duygusal zekâyı geliştirmede etkili olduğu ve buna bağlı olarak benlik saygısını da arttırdığı düşünülebilir.

Bu araştırmanın sonucunda DZÖ toplam puan ortalaması ve iyimserlik, duyguların kullanımı alt boyut puan ortalamalarının kadınlarda erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Çalışmaya katılan bireylerin %97'sinin kadın olması bu sonucu etkilemiş olabileceği düşünüldü.

Bu çalışmada 20-39 yaş grubu sağlık çalışanlarının DZÖ toplam puanı 40 yaş ve üstü grubundan istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur. 20-39 yaş arası dönemin duygusal, bilişsel gelişim ve mesleki deneyimler açısından en iyi olduğu ve mesleki duyarsızlaşmanın henüz gelişmediği dönem olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmüştür²². Harrod ve Scheer'in (2005) duygusal zekanın her yaş grubunda geliştirilebileceğini ve yaş ilerledikçe arttığını bulmuştur.²³

Lisans ve üstü eğitim alan çalışanların DZÖ toplam puanı ve duyguların değerlendirilmesi alt boyut puan ortalaması, ön lisans ve lise düzeyinde eğitim alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu. Akbolat ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada, lisans/lisansüstü eğitim alan sağlık çalışanlarının duygusal zekâ puanlarının daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.² Çalışma sonucumuz Akbolat ve arkadaşlarının sonuçları ile paralellik göstermektedir. Bu bulguya göre, duygusal zekânın eğitim düzeyi arttıkça arttığı, sağlık çalışanlarının duygusal zeka düzeylerini yeterince gelişmesi için en az lisans düzeyinde eğitim almaları gerektiği, daha düşük düzeyde alınan eğitimin duygusal zeka gelişimine katkısı olmadığı düşünülebilir.

Mesleki çalışma süresi 6-10 yıl olan sağlık çalışanlarının DZÖ duyguların değerlendirilmesi alt boyut puan ortalaması en yüksek, 15 yıl ve üstü çalışanların ise en düşük bulunmuştur. Okumuş ve Uğur (2017) hemşirelerin mesleki deneyimleri ile duygusal zeka puanı arasında anlamlı fark olmadığını bulmuştur. Bu bulgular doğrultusunda, meslekte çalışma yılı arttıkça mesleki duyarsızlaşmanın da artabileceği ya da mesleki tecrübenin artması ile duyguların kullanımı becerisinin olumlu yönde gelişebileceğine ve bunun diğer değişkenlerden de etkilenebileceğine karar verilmiştir. Çalışma yılına göre GÖSÖ toplam puan ortalaması 1-5 yıl arası olan ve 15 yılın üstü olan sağlık çalışanlarının diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur. Sabancıoğulları ve Doğan (2014)'ın yaptıkları çalışmada Benlik Saygısı Ölçeğinden en yüksek puanı meslekte dokuz yıl ve üstü çalışanların aldığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar, meslekte çalışma yılı ile benlik saygısı arasında ilişki olmakla birlikte diğer değişkenlerin de dikkate alınması gerektiğini düşündürmüştür.

Çalışmamızda aylık geliri 3001 lira ve üzeri olan sağlık çalışanları DZÖ toplam puan ortalaması, iyimserlik ve duyguların kullanımı alt boyutlarından en yüksek, 2000 TL ve altında olanlar ise en düşük puanı almışlardır. Harrod ve Scheer'in (2005) çalışmasında ailenin geliri arttıkça gençlerin duygusal zekâ puanlarının da arttığını bulmuştur. Aylık geliri 2001 TL ve altında olan sağlık çalışanlarının GÖSÖ toplam puan ortalaması daha yüksek aylık gelir alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha düşük bulundu. Bu bulgu ekonomik durumun yeterli olmasının bireyin kendine olan öz saygısını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğu kendilerini çok iyi tanıdıklarını belirtmiş ve kendini daha az tanıyanlara göre DZÖ toplam puan ve duyguların değerlendirilmesi alt boyut puan ortalaması ve GÖSÖ puan yüksek bulunmuştur. Pakistanlı üniversite öğrencilerinde, benlik saygısı ve duygusal zekâ arasında ilişki

olduğu, yüksek duygusal zekanın, benlik saygısını arttırdığı, duygusal olarak olgunlaşan bireylerin akademik başarılarının ve iş verimliliklerinin de arttığı belirtilmiştir.¹⁰

Duygularının her zaman farkında olan, duygularını her zaman ifade edebilenlerin hasta ile iletişimi çok iyi olan, mesleğini çok severek yapan sağlık çalışanları, DZÖ toplam, iyimserlik, duyguların değerlendirilmesi boyutlarından

ve GÖSÖ'den istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek puan aldılar.

Bu bulgular etkili sağlık hizmeti vermenin yüksek benlik saygısını gerektirdiği, olumlu benlik saygısına sahip olan sağlık çalışanlarının hizmet verdikleri bireylerin sağlıklarını olumlu yönde değiştirebileceklerini düşündürmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma bulgularımızın sonucuna göre; sağlık çalışanlarının duygusal zeka ve genel öz saygılarının ortalamasının üstünde olduğu, duygusal zeka düzeyi arttıkça öz saygının da arttığı söylenebilir.

Bu bulgular doğrultusunda;

Birinci basamakta özellikle erkek sağlık çalışanları başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına; kendinin ve diğer bireylerin duygularını tanıma, iletişim becerilerini geliştirme ve empati yapabilme becerilerini geliştirmeye yönelik hizmet içi

eğitim programları düzenlenmesi, stres yönetimi ve stres ile “baş etme” tekniklerinin öğretilmesi, en az lisans düzeyinde eğitim almaları ve üniversitelerin lisans programlarına duygusal zeka ve benlik saygısını geliştirmeye yönelik ders/konu ilave edilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 19 Nisan 2011, sayı: 27910, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5>, (Erişim tarihi: 03-09-2017).
2. Akbolat M, Işık O. (2012). “Sağlık Çalışanlarının Duygusal Zekâ Düzeylerinin Motivasyonlarına Etkisi”. DPÜSB D, 32 (1), 109-123.
3. Atilla G, Çankçı İ.H, Erdem R. (2013). “Hastanelerde Duygusal Zekâ Hasta Memnuniyeti İlişkisi: Isparta İl Merkezi Örneği”. Afyon Kocatepe Üniversitesi Dergisi İİBF, 15 (1), 101-119.
4. Karakaş S.A, Küçüköğlü S. (2011). “Bir Eğitim Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Duygusal Zekâ Düzeyleri”. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14 (3), 8-13.
5. Goleman D. (2016). Duygusal Zekâ Neden IQ'dan Daha Önemlidir? 44. Baskı, Çev, Banu S, İstanbul: Varlık Yayınları.
6. Sahemsaei F, Yousef F, Sadeghi A. (2016). “Relationship Between Emotional Intelligence and Self-Esteem in Bachelor Students of Nursing and Midwifery Schools in Hamadan”. Avicenna J Neuro Psych Physio, in press:e44485, DOI: 10,5812/ajnpp, 44485.
7. Abraham J, Scaria J. (2017). “Emotional İntelligence: The Context For Successful Nursing Leadership: a Literature Review”. Nurse Care Open Acces J, 2 (6), 00054, DOI: 10,15406/ncoaj, 02,00054.
8. Hazende A.Y. (2016). “Bir Derleme: Benlik Kavramına İlişkin Bazı Yaklaşımlar ve Tanımlamalar”. Sosyal Bilimler Dergisi, 48, 79-89.
9. Şener D.K, Karaca A, Açıkgöz F, Süzer F. (2011). “Hemşirelik Eğitimi Mesleki Benlik Saygısını Değiştirir Mi?” Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1 (3), 12-16.
10. Bibi S, Saqlain S, Mussawar B. (2016). “Relationship Between Emotional Intelligence and Self Esteem Among Pakistani University Students”. J Psychol Psychother, 6 (4), 1000279, DOI: 10,4172/2161-0487,1000279.
11. Torun S, Arslan S, Nazik E, Akbaş M, Yalçın Ö. S. (2012). “Hemşirelik Öğrencilerinin Benlik Saygısı ve Boyun Eğici Davranışlarının İncelenmesi”. Cumhuriyet Tıp Derg, 34, 399-404.
12. Beauvais A.M, Brady N, O'Shea E. R, Griffin M. T. Q. (2011). “Emotional İntelligence and Nursing Performance Among Nursing Students”. Nurse Educ Today. 31 (4), 396-401.
13. Dinçer F, Öztunç G. (2009). “Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Benlik Saygısı ve Atılganlık Düzeyleri.”

- Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 16 (2), 22-33.
14. Tagoe T, Quarshie E.N-B. (2017). "The Relationship Between Emotional Intelligence and Job Satisfaction Among Nurses in Accra". *Nursing Open*, 4, 84-89. DOI:10.1002/nop2.70.
 15. Altıok M, Yılmaz M, Özer S, Nacar H, Yaman Z, Sungur Pişkin, M. (1997). "Türk ve İngiliz Lise Öğrencilerinin Benlik Saygısı Yönünden Karşılaştırılması". III. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Bilimsel Çalışmaları, Kongre Kitabı. Adana: Ç.Ü. Eğitim Fakültesi Rehberlik ve Psikolojik Danışma Anabilim Dalı ve Psikolojik Danışma ve Rehberlik Derneği Yayını. 31-35.
 16. Janati Y, Musavi S.A, Azimi Lolaty H, Fani Saberi L, Hamta A, Feyzi S, Ghobad M. (2012). "Investigating Emotional Intelligence and Self Esteem Level Among Nursing and Midwifery Students of Mazandaran University of Medical Sciences in 2010. *J Mazandaran Univ Med Sci.*, 21 (1), 254-61.
 17. Kuşaklı B, Bahçecik N. (2012) "Yönetici Hemşirelerin Duygusal Zeka Yetenekleri ve Liderlik Davranışları". *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20 (2), 112-119.
 18. Harrod N.R, Scheer S. D. (2015). "An Exploration of Adolescent Emotional Intelligence in Relation to Demographic Characteristics". *Adolescence*, 40 (159), 503-12.
 19. Okumuş D.Ç, Uğur E. (2017). "Hemşirelerin Duygusal Zeka Düzeylerinin Bakım Davranışlarına Etkisi", *ACU Sağlık Bil Derg*, (2), 104-109.
 20. M.A. (2015). "Klinisyen Hemşirelerde Duygusal Zekâ: Nitel ve Nicel Verilerle Mersin Örneği". *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8 (2), 48-59.
 21. Büyükbayram A, Gürkan A. (2014). "Hemşirelerin İş Doyumunda Duygusal Zekânın Rolü". *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5 (1), 41-48.
 22. Sabancıoğulları S, Doğan S. (2014). "Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Profesyonel Benlik Gelişim Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler". *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 17 (1), 15-22.
 23. Kutanis Ö, Tunç T. (2013). "Hemşirelerde Benlik Saygısı ile Durumluk ve Sürekli Kaygı Arasındaki İlişki: Bir Üniversite Hastanesi Örneği". "İş, Güç" Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 15 (2), 1-15. DOI: 10.4026/1303-2860.2013.0222.x.
 24. Tatar A, Tok S, Saltukoğlu G. (2011). "Gözden Geçirilmiş Schutte Duygusal Zekâ Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi". *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 21 (4), 325-338. DOI: 10.5455/bcp.20110624015920.

Y Kuşağı Hemşirelik Öğrencilerinin Klinik Çalışma Ortamından Beklentileri

Expectations of Clinical Work Environment Of Generation Y Nursing Students

Arife AZAK¹, Ayşe TAMER², Burcu SAVAS³

ÖZ

Araştırma, Y kuşağında yer alan hemşirelik öğrencilerinin klinik çalışma ortamlarından beklentilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma, Y kuşağını temsil eden 356 hemşirelik bölümü öğrencisiyle 01 Şubat–31 Mart 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan 21 soruluk anket formu kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %78,9'u kız ve bunların %49,2'si 18-20 yaşları arasındadır. Mezun olduklarında %53,4'ünün hastanede, %65,7'sinin günde 4-7saat ve %75,3'ünün 3-5 hastayla çalışmak istedikleri saptanmıştır. Öğrencilerin %51,4'ü çalışma ortamı tercih nedeni olarak değişik vakalar görmek istediğini belirtmişlerdir. Öğrencilerin %50,7'si hastanelerde kullanılan teknolojiyi yetersiz bulduklarını ifade etmiştir. Hemşirelerin kolay atanmadığını düşünen öğrencilerin oranı %42,4, kariyer gelişimlerinin kolay olmadığını düşünenlerin oranı ise %50,6'dır.

Araştırmada; Y kuşağı hemşirelik öğrencilerin çalışma ortamı olarak hastaneyi tercih ettiği, değişik vakalar görmek istedikleri, çalışma sürelerini 4-7 saat ve 3-5 hasta ile çalışmak istedikleri belirlenmiştir. Hemşirelere ödül verilmesinin yararlı olacağını, kariyer gelişimi ve atamaların kolay olmadığını düşündükleri, kullanılan teknolojiyi yetersiz buldukları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Y Kuşağı, Hemşirelik, Teknoloji, Çalışma Yaşamı.

ABSTRACT

Studying located in generation Y are conducted to determine the expectations of the clinical working environment of nursing students.

The study, generation Y, representing 356 nursing students by February 1- was conducted between March 31, 2017. 21 item questionnaire prepared by the researchers as a data collection tool was used.

78.9% of the students who participated in the research are women and 49.2% are between the ages of 18-20. Of those who graduated, 53.4% want to work in the hospital, %65.7 want to work 4-7 hours a day and %75.3 want to work with 3-5 patients. 51.4% of the students stated that they wanted to see different cases, the reason for preference of working environment. 50.7% of the students stated that the technology used in the hospitals is inadequate. The proportion of students who think that nurses are not easily assigned is 42.4%, and the percentage of those who think that career development is not easily is 50.6%.

In the study; Y generation of nursing students prefer the hospital as a working environment because they want o see different cases. Also they want their work period should be within 4-7- hours and to work with 3-5 patients. It was determined that awarding nurses would be beneficial, that they thought that the technology used to be inadequate and that career development and assignments were not easy.

Keywords: Generation Y, Nursing, Technology, Working Life.

*16. Ulusal Hemşirelik Öğrenci Kongresinde poster olarak sunulmuştur. Etik kurul izinleri Pamukkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır.

¹Öğr.Gör. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Hemşirelik Bölümü, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ORCID: 0000-0001-8438-3974

²Öğrenci. Hemşirelik Bölümü, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ORCID: 0000-0003-4459-8721

³Öğrenci. Hemşirelik Bölümü, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ORCID: 0000-0001-8372-0588

İletişim / Corresponding Author:
e-posta/e-mail:

Arife AZAK
aazak@pau.edu.tr

Geliş Tarihi / Received: 19.03.2018
Kabul Tarihi/Accepted: 21.06.2018

GİRİŞ

Kuşak belirli bir zaman aralığında doğan, benzer yaş ve hayat dönemlerini paylaşan ve belirli bir dönemin olayları, eğilimleri tarafından şekillendirilmiş insan topluluğunu ifade etmektedir.¹ Eğitimden sağlığa birçok sektörde sessiz kuşak, bebek patlaması kuşağı, X ve Y kuşağı olmak üzere dört kuşak bir arada bulunmaktadır. Toplumların hayata bakış açıları ve yaşam şekilleri her yeni kuşakla birlikte değişiklik göstermektedir. Buna bağlı olarak kariyer planlaması ve meslek seçimi gibi birçok yönde değişim ve gelişim sağlanmaktadır. Bu kuşaklardan “Y” olarak adlandırılan yeni mezun adaylar, değişim ve yeniliğe açık olup geleceğin çalışanlarını ve yöneticilerini oluşturacak yeni toplum yapısını da barındırdığı için son derece önemlidir. Özellikle yeni mezun hemşirelerin Y kuşağı içerisinde yer almaları çalışma ortamları açısından farklılıklar getirmektedir.¹⁻³

Y kuşağı üyeleri 1981-2000 yılları arasında doğmuştur ve günümüzde 16-35 yaş aralığında olan bireylerden oluşan kuşaktır. Hayatları ebeveynleri tarafından yapılandırıldığı için güven ve emniyet içinde büyümüşlerdir.⁴ İlgi alanları, hobileri ve iş hayatı arasında denge kurmak onlar için çok önemlidir.⁵ Y kuşağının en önemli özelliği teknolojiye olan ilgisinin fazla olmasıdır. Teknoloji ve bilgisayarlar bu kuşağın yaşamlarının bir parçasıdır. Teknolojiden sadece iletişim için değil, hızlı bir şekilde bilgiye ulaşmak ve birçok işi yürütmek için yararlanırlar.⁶ Teknoloji yaşam tarzlarına entegre olduğundan çok daha hızlı ortamları tercih etmektedirler.⁷ Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2016 verilerine göre ülkemizde 15-34 yaş grubunda kurumsal olmayan nüfus 24 milyon 263 bin kişi olup, bu kişilerin %56,4 iş gücünde yer almakta, kalan nüfus ya öğrenimine devam etmekte ya da çalışmamaktadır.⁸ Ülkemizde önümüzdeki yıllarda Y kuşağı iş gücünde daha fazla artış olabileceği beklenmektedir.² Kolayca iletişime geçebilen, sadakati düşük, bilgiye kolay ve hızlı bir şekilde ulaşabilen, sürekli

öğrenme arzusuna sahip, takım odaklı ve esnek çalışmayı seven, işyerine yenilik ve enerji getiren bir nesil olarak tanımlanan Y kuşağının, iş yaşamındaki beklentileri ve liderlik algılamalarının farklı olması beklenmektedir.³

Y kuşağı döneminde, hemşirelik mesleğinin profesyonel uygulamalarında önemli bir artış olmuştur. Y kuşağı, hemşirelik mesleği için iyi bir seçenek olarak görülmektedir; çünkü onlar dünyada bir fark yaratmak isteyen, takım oyuncuları ve teknolojiye hâkim olan insanlardır. Bu yüzden bu yeni kuşağın sağlık sektörünün farklı alanlarında çalışabilecekleri birçok alternatif vardır. Hızla değişen işyerlerini ve teknolojik gelişmeleri benimsedikleri için çalışma ortamı destekleyici değilse iş yeri değişikliği yapmaktan çekinmemektedirler.⁹ Halfer ve Graf'ın (2006) 18 aylık dönemde yeni mezun hemşirelerin iş doyumu ve çalışma ortamı algısına yönelik araştırmasında sağlık kuruluşlarındaki yoğun çalışma ortamı, fazla sayıda bakım gerektiren hastaların olması gibi nedenlerle mesleklerinin ilk yılında %35 ile %60 oranında yeni mezun hemşirelerin işten ayrıldıkları belirlenmiştir. İşten ayrılmaların kurumlar ve çalışanlar açısından önemli bir mali boyutu bulunmakta olup, hasta bakımını da olumsuz etkilemektedir.¹⁰ Sağlık bakımında kariyer tercih edilmesinin az olması ve iş gücünde yer alanların yaşlanması nedeniyle, özellikle Y kuşağının beklentilerini bilerek yeni mezun hemşireleri işte tutmaya yönelik stratejiler geliştirmek gerekmektedir. Y kuşağı yenilikçi, mesleki ve bireysel gelişimine odaklı, ekip çalışmalarına uyumlu olduğundan bu özelliklerinin farkında olan bir işvereni tercih etmektedir.²

Bu araştırma, Y kuşağında yer alan hemşirelik öğrencilerinin klinik çalışma ortamlarından beklentilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma 01 Şubat-31 Mart 2017 tarihleri arasında bir devlet üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümünde yürütülmüştür.

Evren ve Örnek Seçimi

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümünde öğrenimine devam eden 800 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü evrenin belli olduğu durumlarda kullanılan formül kullanılarak ve sapma $d=0,06$ alınarak belirlenmiş olup, araştırmaya 356 öğrenci dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan 21 soruluk anket formu kullanılmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırma öncesinde öğrencilere araştırmanın amacı açıklanmıştır. Veriler, araştırmanın yürütüldüğü Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümü öğrencilerinden

anket yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama formları, araştırmacılar tarafından öğrencilere dağıtılmış ve yaklaşık 20 dakikada tamamlanan formlar teslim alınmıştır.

Verilerin Analizi

Veriler SPSS 18,0 istatistik programında analiz edilmiştir. Değerlendirilmesinde sayı, yüzde ve ki kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Araştırma Etiği

Araştırma yapılmadan önce ilgili fakülte dekanlığından 19 Aralık 2016 tarihinde yazılı izin ve üniversitenin etik kurulundan (Sayı no: 60116787-020/81259) 29 Aralık 2016 tarihinde etik onay alınmıştır.

Araştırma öncesinde öğrencilere araştırmanın amacı, yararları açıklanmış, gönüllülük ilkesine dikkat edilerek aydınlatılmış sözel onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Y kuşağı hemşirelik öğrencileri ile yapılan araştırmanın bir fakültede ve tek grupta yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin (n=356) %79,8'i kız, %20,2'si erkek ve %49,2'si 18-20 yaşları arasındadır. Öğrencilerin %67,1'inin anadolu lisesi mezunu, %85,1'inin orta gelir düzeyinde ve %47,5'nin bölüme isteyerek geldikleri belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin Bazı Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımı (n=356)

Değişkenler	Sayı	%
Cinsiyet		
Kız	284	79,8
Erkek	72	20,2
Toplam	356	100,0
Yaş		
18-20	175	49,2
21-23	168	47,1
24 ve üstü	13	3,7
Toplam	356	100,0
Algılanan Gelir Düzeyi		
Düşük	29	8,1
Orta	303	85,1
Yüksek	13	3,7
Kararsız	11	3,1
Toplam	356	100,0
Bölümü İsteme Durumu		
Evet	169	47,5
Hayır	90	25,3
Kararsız	97	27,2
Toplam	356	100,0
İstenilen Çalışma Ortamı		
Hastane	190	53,4
Aile sağlığı merkezi	113	31,7
Üniversite	21	5,9
Diğer	32	9,0
Toplam	356	100,0
İstenilen Çalışma Saati		
1-3	7	2
4-7	234	65,7
7-10	104	29,2
Diğer	11	3,1
Toplam	356	100,0
İstenilen Hasta Sayısı		
1-3	26	7,3
3-5	268	75,3
5-8	62	17,4
Toplam	356	100,0

Bezirci'nin (2012) farklı kuşaklardaki 973 hemşirenin katılımı ile yaptığı araştırmada, kadınlar %94,6 oranla çoğunluğu oluşturmakta olup bizim araştırmamızla benzerlik göstermektedir.¹¹ Son yıllara kadar hemşirelik mesleğini tercih edenlerin yüksek oranda kadınlar olması da bu sonucu doğurmaktadır.

Tunç ve ark.'nın (2010) hemşirelik ve sağlık memurluğu öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik çalışmalarında hemşirelik bölümünde Anadolu/Süper lise mezunu öğrenciler (%50,9) çoğunluktadır.¹² Koç ve ark. (2014) hemşirelik son sınıf öğrencilerinin iş yerinden beklentilerinin belirlenmesi amacıyla 1168 öğrencinin dahil edildiği araştırmalarında, öğrencilerin yaklaşık 3/4'ünün mesleği isteyerek seçtiği görülmüştür.² Tüfekçi ve Yıldız'ın (2009) çalışmalarında, öğrenci hemşirelerin %79,6'sının ailelerinin gelir durumunun orta gelir düzeyinde ve %52,7'sinin hemşirelik okulunu isteyerek tercih ettikleri saptanmıştır.¹³ Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimleri ve mezun olduktan sonra mesleğini uygulamaya yönelik görüşlerinin incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada da öğrencilerin %66,5'i ailesinin gelir durumu gidere denk olduğunu ve %54,9'u bölüme isteyerek geldiklerini bildirmişlerdir.¹⁴ Araştırmamızda bulgular önceki çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %77,2'si hemşirelik bölümüne alınmadan önce bireylere psikolojik test yapılması gerektiğini belirtmişlerdir. Hemşirelik öğrencilerinin psiko-sosyal özelliklerinin iyi bilinmesi, sorunlarının incelenerek sorun kaynaklarının anlaşılması ve elde edilen bilgilere bağlı olarak öğrencilerin uyumlarını artırıcı yaklaşımlar geliştirilmesine gereksinim vardır.¹⁵ Sağlık alanında çalışan meslek üyelerinin; çalıştıkları ortam, ekip üyelerinin farklı mesleklerden olması ve deneyim düzeyleri, kısıtlı zamanda birçok hastaya hizmet vermek durumunda olma ve kritik karar verme gibi stresli durumlarla

karşılaştığı görülmekte ve stresörlerden en çok etkilenen meslek dalının ise, hemşirelik olduğu belirtilmektedir.¹⁶ Hemşirelerin karşılaştıkları stresli durumlarla etkili baş edebilmeleri, uyum sağlayabilmeleri ve ruh sağlıklarını koruyabilmeleri için öncelikle psikolojik sağlamlığa sahip olmaları gerekmektedir.¹⁷

Araştırmamızda öğrencilerin %53,4'ünün mezuniyet sonrası hastanede çalışmak istediği belirlenmiştir (Tablo 1). Nazik ve Arslan'ın (2014) 191 hemşirelik öğrencisinin meslekten beklentilerine yönelik araştırmasında da, araştırmamıza benzer olarak öğrencilerin %69,6'sının mezun olduktan sonra devlet hastanelerinde çalışmak istediği bulunmuştur.¹⁸

Öğrencilerin %51,4'ü çalışma ortamı olarak hastaneyi tercih etmelerinin nedeni olarak değişik vakalar görmek istediklerini belirtmişlerdir. Bunların %81,4'ünün kız, %56,8'inin 18-20 yaşlarında, %60,7'sinin bölüme isteyerek gelmiş ve %45,4'ünün bölüm hakkında biraz ön bilgiye sahip öğrenciler olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 2). Öğrencilerin çalışma ortamı tercihleri ile bölüme isteyerek gelmeleri arasında anlamlı bir ilişki vardır %47,5 ($\chi^2=37,57$, $p=0,000$). Bölüme isteyerek gelen öğrencilerin çalışma ortamı olarak hastaneyi tercih ettikleri belirlenmiştir.

Şenturan ve ark. (2016) X ve Y kuşağı yöneticilerinin iş değerleri algısı ve farklılıkları üzerine 95 kişide yaptığı araştırmada, Y kuşağının daha iyi konsantre olabilmek için esnek çalışma saatleri istediği bulunmuştur.¹⁹ Halfer ve Graf (2006) araştırmasında çalışma saatlerinin çalışan görüşlerine göre esnek biçimde ve özel yaşamlarına göre düzenlenmesinin çalışma alanı ile ilgili memnuniyette en önemli faktör olduğu belirlenmiştir.¹⁰ Koç ve ark. (2014) çalışmasında da mesleğe yeni başlayacak Y kuşağına mensup hemşirelik son sınıf öğrencilerinin hastane yönetiminden beklentileri arasında “adil ücret dağılımı”, “esnek çalışma saatleri” ve “sağlıklı çalışma

ortamı”nın oluşturulmasına yönelik bazı özellikler öne çıkmaktadır.² Lavoie-Tremblay ve ark. (2008) çalışmasında da, Y kuşağının yoğun çalışma ortamında çalışmaları nedeni ile psikolojik sıkıntı içerisinde oldukları, gösterdikleri çabaya karşı sunulan ödüllerin yetersizliği, psikolojik taleplerin ve iş yükünün fazlalığı nedeniyle mesleği bırakma niyetinde olabilecekleri bulunmuştur.²⁰ Araştırmamızda öğrencilerin %65,7'si günlük çalışma sürelerini 4-7 saat arasında ve %75,3'ü klinikte 3-5 hastayla çalışmak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 1). Çalışmaların sonuçları bizim bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Araştırmamızda öğrencilerin %50,7'si hastanelerde kullanılan teknolojiyi yetersiz bulduklarını ifade etmişlerdir. Bu öğrencilerin yaşları 21-23 arasında olup, bu yaş grubunun %56,5'i hasta verilerinin dijital ortama kaydedilmesi, hasta odalarına kamera konulması ve barkot sisteminin kullanılmasını önermiştir. Hemşireler hastanın gereksinimlerini belirleyerek, doğrudan bakım veren, verdiği bakımın sürekliliğini izleyen ve kayıt eden sağlık ekibinin önemli bir üyesi olarak sağlık bakım sisteminde önemi hızla artan bilgisayar ve bilişim sistemlerinin en önemli kullanıcılarındandır.²¹ Kaya ve ark. (2008) çalışmasında, hemşirelerin %80,5'inin bilgisayar kullandığı, %69,4'ünün hemşirelik bakımında bilgisayardan yararlandığı sonucuna ulaşılmıştır.²² Moody ve ark. (2004)'nın çalışmalarında, elektronik hasta kayıtlarının hemşirelerin iş yükünü azalttığı saptanmıştır.²³

Araştırmamızda hemşirelerin kolay atanmadığını düşünen öğrencilerin oranı %42,4, kariyer gelişimlerinin kolay olmadığını düşünenlerin oranı ise %50,6'dır. Araştırmaya katılan öğrencilerden bölüm hakkında ön bilgisi olup, hemşirelerin kolay atanmadığını düşünenlerin oranı %39,3'tür ($p=0,016$). Hemşirelerin ödüllendirilmesini isteyen kız öğrencilerin oranı ise %83,2'dir ($p=0,000$).

Tablo 2. Çalışma Ortamında Değişik Vaka Görmek İsteyen Öğrencilerin Farklı Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler		Değişik Vaka Görmek İsteyenler		
		Sayı	%	İstatistik/p değeri
Cinsiyet	Kız	149	81,4	$\chi^2= 9,72$ sd=3 p=0,021
	Erkek	34	16,8	
Yaş	18-20 yaş	104	56,8	$\chi^2 =20,12$ sd=6 p=0,003
	21-23yaş	73	39,9	
	24 yaş ve üstü	6	3,3	
Bölüme İsteyerek Gelme	Evet	111	60,7	$\chi^2=29,47$ sd=6 p=0,000
	Hayır	32	17,5	
	Kararsız	40	21,9	
Bölüm Hakkında Ön Bilgi Sahibi Olma	Evet	80	43,7	$\chi^2=33,51$ sd=6 p=0,000
	Hayır	20	10,9	
	Biraz	83	45,4	

Öğrencilerin %74,2'si hemşirelerin emeklerinin karşılığını almadığını ifade etmiştir. Bu öğrencilerin %54,5'i 21-23 yaşları arasındadır (p=0,000).

Aydın ve Argun'un (2010) hemşirelik bölümü öğrencilerinin hastane uygulamalarından beklentilerini ve karşılaştıkları sorunları belirlemek amacıyla yaptıkları araştırmada 141 öğrencinin %59,57'si mesleki ilerlemedeki güçlüklerden tedirgin oldukları belirtilmiştir.²⁴ Ng ve Schweitzer (2010) yeni neslin beklentilerine yönelik çalışmasında Y kuşağının kariyerlerinde hızla yükselmek, sağlıklı bir iş ve özel hayat dengesi kurmak istedikleri belirtilmiştir.²⁵ Y kuşağı çalışanları kariyer gelişiminin yanı sıra, kişisel gelişimlerinde de gerekli teşvikin sağlanmasını, çalışma

ortamında yaratıcılığın desteklenmesini, bilgiyi zaman ve mekandan bağımsız elde etmeyi, olumlu ya da olumsuz her durumda geribildirimde bulunulmasını ve elde edilen başarıların ardından kişiselleştirilmiş ödüllendirilmeye değer vermektedirler.¹⁹ Yiğit ve ark.(2007)'nin hemşirelik son sınıf öğrencilerinin profilini belirlemeye yönelik çalışmalarında, 1009 öğrencinin %61,8'inin atama sorunu konusunda olumsuz görüş bildirdiği ve %13,5'inin hemşirelikte işsizlik sorunu olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.²⁶ Tüfekci ve Yıldız'ın (2009) çalışmasında öğrencilerin %45,8'inin KPSS'yi işe yerleşmede bir sorun olarak gördüğü saptanmıştır.¹³ Araştırmanın bulguları literatür ve diğer araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, Y kuşağı hemşirelik öğrencilerin çalışma ortamı olarak hastaneyi tercih ettiği, değişik vakalar görmek istedikleri, günde 4-7 saat ve 3-5 hasta ile çalışmak istedikleri, hemşirelere ödül verilmesinin yararlı olacağını, kariyer gelişimi ve atamaların kolay olmadığını düşündükleri, çalışma alanlarında kullanılan teknolojiyi yetersiz buldukları belirlenmiştir. Gelecekte hemşirelik mesleğini yaratıcı bir

nesil bekliyor. Y kuşağının özelliklerinin iyi bilinmesi, kendilerini ifade etmelerine izin verilerek beklentileri doğrultusunda çalışma ortamlarının oluşturulması önerilmektedir. Ayrıca hemşirelerin çalışma ortamının önemini ortaya koymak ve kuşak özelliklerinin daha iyi anlaşılmasını sağlamak amacıyla ülkemizde geniş kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

KAYNAKLAR

- 1.Albayrak, A, Özkul E. (2013). "Y kuşağı turistlerin destinasyon imaj algıları üzerine bir araştırma". *Turkish Studies*, 8(6), 15-31.
- 2.Koç, S, Bardak A, Yılmaz K. (2014). "Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin iş yerinden beklentilerinin belirlenmesi." *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(3), 43-50.
- 3.Kelgökmen, İ.D, Yalçın, B. (2017). "Y jenerasyonunun farklılaşan iş değerleri ve liderlik algılamaları". *Journal of Yasar University*, 12(46), 136-60.
- 4.Sherman, R.O. (2006). "Leading a multigenerational nursing workforce: issues, challenges and strategies". *The Online Journal of Issues in Nursing*, 11(2), 2.
- 5.Baltaş, Z. (2011). Kurum içi koçluk, iş tatmini yaratmak, verimliliği arttırmak. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- 6.Skiba DJ. (2005). "The millennials: have they arrived at your school of nursing?" *Nursing Education Perspectives*, 26(6), 370-71.
- 7.Kupperschmidt BR. (2001). "Understanding net generation employees". *Journal of Nursing Administration*, 31(12), 570-74.
- 8.TC Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). "Gençlerin işgücü piyasasına geçişi araştırma sonuçları, 2016". Erişim Tarihi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21865> (04.12.2017).
- 9.Duchscher, J, Cowin, L. (2004). "Multigenerational nurses in the workplace". *Journal of Nursing Administration*, 34(11), 493-501.
- 10.Halfer, D, Graf, E. (2006). "Graduate nurse perceptions of the work experience". *Nursing Economic*, 24(3), 150-55.
- 11.Bezirci, S.Ş. (2012). "Farklı kuşaklardaki hemşirelerin meslekten ve işten ayrılma niyetleri ile iş doyumlarının incelenmesi". *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, İzmir.
- 12.Tunç, G.Ç, Akansel, N, Özdemir, A. (2010). "Hemşirelik ve sağlık memurluğu öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen faktörler". *M.Ü. Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(1), 24-31.
- 13.Tüfekci, F, Yıldız, A. (2009). "Öğrencilerin hemşireliği tercih etme gerekçeleri ve gelecekle ilgili görüşleri". *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 31-7.
- 14.Şirin, A, Öztürk, R, Bezci, G, Çakar, G, Çoban, A. (2008). "Hemşirelik öğrencilerinin meslek seçimi ve mesleği uygulamaya yönelik görüşleri". *Dirim Tıp Gazetesi*, 83, 69-75.
- 15.Güngörmüş, K, Okanlı, A, Kocabeyoğlu, T. (2015). "Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve etkileyen faktörler". *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 9-14.
- 16.McAllister, M, McKinnon, J. (2009). "The Importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature". *Nurse Education Today*, 29(4), 371-9.
- 17.Öz, F, Bahadır, Y.E. (2009). "Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: psikolojik sağlamlık". *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 16(3), 82-9.
- 18.Nazik, E, Arslan, S. (2014). "Hemşirelik mesleğinin geleceği: öğrencilerin beklentileri". *Bozok Tıp Dergisi*, 4(1), 33-40.
- 19.Şenturan, Ş, Köse, A, Dertli, E, Başak, S, Şentürk, N. (2016). "X ve Y kuşağı yöneticilerinin iş değerleri algısı ve farklılıkları üzerine inceleme". *Business and Economics Research Journal*, 7(3), 171-182.
- 20.Lavoie-Tremblay, M, Wrigt, D, Desforjes, N, Gelinas, C, Marchionni, C, Drevniok, U. (2008). "Creating a healthy workplace for new-generation nurses". *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 290-7.
- 21.Özel, Ö.H, Ürkmez, Ö.D, Demiray, S, Cebeci, Z. (2014). "Hemşirelik bilimi ve hastane bilgi yönetimi sistemi". *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(3), 158-160.
- 22.Kaya, N, Aştı, T, Kaya, H, Kaçar, G. (2008). "Hemşirelerin bilgisayar kullanımına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi". *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 16(62), 83-9.
- 23.Moody, L.E, Slocumb, E, Berg, B, Jackson, D. (2004). "Electronic health records documentation in nursing: nurses' perceptions, attitudes and preferences". *Computers, Informatics, Nursing*, 22(6), 337-44.
- 24.Aydın, M.F, Argun, M.Ş. (2010). "Bitlis Eren Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinin hastane uygulamalarından beklentileri ve karşılaştıkları sorunlar". *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 209-13.
- 25.Ng, E.S.W, Schweitzer, L, Lyons, S.T. (2010). "New generation, great expectations: a field study of the millennial generation". *Journal of Business and Psychology*, 25(2), 281-92.
- 26.Yiğit, R, Esenay F.I, Derebent, E. (2007). "Türkiye'de hemşirelik son sınıf öğrencilerinin profili". *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 1-12.

Organ Bağışına Yönelik Öğrenci Tutumları: Hemşirelik

Student Attitudes Towards Organ Donation: Nursing

Yaprak SARIGÖL ORDİN¹, Özlem BİLİK², Burcu AKPINAR SÖYLEMEZ³, Eda AYTEN KANKAYA⁴, Buket ÇELİK⁵, Esra DUĞRAL⁶

ÖZ

Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin organ bağıışı konusundaki görüş ve tutumlarını incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir. Bu araştırmanın örneklemini, bir hemşirelik fakültesinde 2017-2018 öğretim yılında öğrenim gören 2., 3. ve 4. sınıf öğrencileri oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak "Organ Bağış Tutum Ölçeği" ve "Organ Bağış Anketi" kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel yöntemler, tek yönlü varyans analizi ANOVA, korelasyon ve t-testi analizleri kullanılmıştır.

Öğrencilerin organ bağıışı pozitif tutum puan ortalamasının 103,85±13,83, "Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu" ve "Bedensel yaralanma korkusu" puan ortalamalarının sırasıyla 22,37±9,12 ve 23,70±9,78 olduğu bulunmuştur. "Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu" alt boyutunda öğrencilerin sınıflarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Yaş ile "Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu" alt boyutu arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Kız öğrencilerin organ bağıışı negatif tutum puan ortalamasının erkek öğrencilerden anlamlı düzeyde düşük olduğu saptanmıştır.

Hemşirelik öğrencilerinin organ bağıışına karşı pozitif tutumları yüksek iken negatif tutumlarının düşük olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin organ bağıışında bulunmak istediği ancak organ bağıışı kartı bulunma düzeyinin düşük olduğu belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencilerinde organ bağıışı tutumunu ve organ bağıışı kartı edinme davranışını artırıcı girişimsel çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik Öğrencileri, Tutum, Organ Bağış

ABSTRACT

This study aimed to assess nursing students' views and attitudes towards organ donation. The study is descriptive and cross sectional. The sample of this study was consisted of 2nd, 3th and 4th students that studied 2017-2018 school year in a nursing faculty. The data were collected using "Organ Donation Attitude Scale" and "Organ Donation Survey". Descriptive statistical analysis, one way analysis of variance ANOVA, correlation and t-test were used.

The average of the students' positive organ donation score was found 103.85±13.83, the mean scores of "fear of medical neglect" and "fear of physical injury" were found 22.37±9.12 and 23.70±9.78, respectively. A statistically significant difference was found in "fear of medical neglect" subscale according to student class level. It was found that positive and weak correlation between age and "fear of medical neglect" subscale. It was suggested significant positive correlation between age and "fear of medical neglect" subscale. The negative attitude mean scores of female students was found lower than male students.

It was found that nursing students' positive attitudes were high while negative attitudes were found low. Students want to donate organs but the level of having organ donation cards is low. Interventional studies are needed to increase the organ donation attitudes and donation card acquisition behavior in nursing students.

Keywords: Nursing Students, Attitudes, Organ Donation

¹ Dr. Öğr. Ü. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD., yaprak.sarigol@deu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-3359-3362

² Dr. Öğr. Ü. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD., ozlem.bilik@deu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-8372-8974

³ Dr. Öğr. Ü. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD., burcu.akpinar@deu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-9643-0325

⁴ Araş. Gör. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD., edayten@gmail.com, ORCID: 0000-0002-2519-4732

⁵ Araş. Gör. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği AD., celik.buket62@gmail.com, ORCID: 0000-0003-3229-1845

⁶ Uzm. Dr. Buca Seyfi Demirsoy Hastanesi, srbilgin@gmail.com, ORCID: 0000-0001-9783-7752

GİRİŞ

Organ kısıtlılığı, tüm dünyada halen transplantasyon için global bir problemdir.¹ Dünya genelinde gerçekleştirilen organ nakilleri var olan gereksinimlerin sadece %10'unu karşılayabilmektedir. Organ gereksinimi karşılanamazken her yıl organ bekleme listesindeki hasta sayısı giderek artış göstermektedir. Türkiye, canlı vericiden nakil sayısının oldukça yüksek olduğu; ancak ölü vericiden nakil sayısının düşük olduğu bir ülkedir.² Global bir problem olan organ kısıtlılığının çözümlenmesi için özellikle Türkiye gibi organ bağışısı oranı düşük olan ülkelerde organ bağışısını etkileyen görüş ve tutumların belirlenmesine gereksinim vardır.

Türkiye'de organ bağışısı, bilgilendirilmiş onam ile yapılmaktadır. Birey, sağlığında organlarını bağışladığını bildirmekte ve organ bağış sistemine kayıt edilerek kendisine bağış kartı verilmektedir. Beyin ölümü tanısından sonra potansiyel vericinin bağış kartı olsa da olmasa da aile onayı alınmaktadır.³ Türkiye'de beyin ölümü tespit edilmiş potansiyel ölü vericilerin ailelerinden alınan onay oranı %25'tir.⁴ Bu oranın artırılmasında toplumdaki her bireyin organ bağışına karşı duyarlılığının geliştirilmesi önemli olup, bu konuda sağlık profesyonellerinin sorumluluğu büyüktür. Sağlık profesyonellerinin, organ bağışısı ve beyin ölümü konusunda toplumu bilgilendirme, sağlık sistemine güvenin sağlanması ve aile bireyleriyle bu konunun tartışılmasını sağlama konularında önemli rolleri vardır.^{5,6} Hemşireler, potansiyel donörlerin tespit edilmesinde ve ailelerin organ bağışına karar verme sürecinde etkilidir. Hemşirelerin etkileme gücünün farkında olması için henüz öğrencilik yaşantısında organ bağışına ilişkin tutumunun geliştirilmesi gerekmektedir. Ancak hemşirelik müfredatı içerisinde organ

bağışısı konusuna genel olarak yer verilmediği görülmektedir.⁷ Konuya ilişkin çalışmalarda hemşirelik öğrencilerinin organ bağışısı ve organ nakli konusunda görüş ve tutumlarının incelenmesi önerilmektedir.⁷⁻¹²

Literatürde, organ bağışısı konusunda gönüllü olma ve organ bağışıcısı olma arasında bir boşluk olduğu belirtilmektedir.¹³ Dünyada İspanya, İtalya ve Çin gibi birçok ülkede hemşirelik öğrencilerinin organ bağışısını desteklediği ancak organ bağış süreci konusunda yeterli bilgilerinin olmadığı belirtilmektedir.^{10, 12, 14} Türkiye'de hemşirelik öğrencilerinin organ bağışısı ile ilgili görüşlerini inceleyen çalışmalarda, öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun organ bağışısını önemli buldukları; ancak organ bağışında bulunmadıkları görülmektedir.¹⁵⁻²¹ Öğrencilerin inanç, ölüm sonrası bedenine müdahale, yasadışı uygulamalar, organlarının istemediği birine verilme kaygısı ve organ bağışının ölümü hatırlatması nedeniyle bağış ile ilgili olumsuz düşüncelerinin olduğu rapor edilmiştir.^{17, 18, 20-22} Ayrıca öğrencilerin organ bağışısı konusunda yeterli bilgilerinin olmadığı belirtilmektedir.¹⁶⁻¹⁸ Literatür incelendiğinde dikkat çeken bir diğer boyut, hemşirelik öğrencilerinin organ bağışısı ile ilgili tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan pek çok çalışmanın anket kullanılarak yapılmasıdır.^{9, 16, 17, 19, 22-24} Araştırmalardan elde edilen verilerin uluslararası karşılaştırılması açısından geçerli ve güvenilir ölçüm araçlarıyla yapılmış çalışmalara gereksinim vardır.

Bu çalışmanın amacı, hemşirelik fakültesi öğrencilerinin organ bağışısı konusundaki görüş ve tutumlarını incelemek, ayrıca organ bağışısı tutumunu etkileyen etmenleri belirlemektir.

MATERYAL VE METOT

Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel araştırma tasarımına uygun olarak yapılmıştır. Araştırmada amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırmanın evrenini, Türkiye'nin batısında yer alan bir hemşirelik fakültesinde 2017-2018 eğitim-öğrenim döneminde öğrenim gören 2. sınıf (n= 315), 3. sınıf (n= 606) ve 4. sınıf (330) öğrencileri oluşturmuştur. Basit randomizasyonla, hemşirelik fakültesi 2., 3. ve 4. sınıfında öğrenim gören öğrencilerden 120'şer örneklem seçilmiştir. Veri kontrolleri sonunda eksik ve tamamlanmamış ölçekler çıkarılmış ve bu doğrultuda 2. sınıfların %70,83'ü (n=85), 3. sınıfların %68,33'ü (n=82), 4. sınıfların %93,33'ü (n=112) örneklem kapsamına alınmıştır. Araştırmanın verileri öğretim yılı başlangıcında Eylül-Ekim 2017 tarihlerinde toplanmıştır. Araştırma verileri dönem başında toplandığı için birinci sınıf öğrenciler eğitim öğretim hayatına yeni başladıklarından dolayı çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmanın yapılabilmesi için üniversitenin girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan etik kurul izni (Tarih: 12.10.2017, protokol numarası: 3602-GOA, karar numarası: 2017/24-15) araştırmanın yapıldığı kurumdan kurum izni (Tarih: 20.09.2017, Sayı: 19396244-302-01-06-1792) ve katılımcılardan gönüllü olur formu alınmıştır.

Öğrencilerin organ bağışına yönelik görüş ve tutumlarının değerlendirilmesinde "Organ Bağış Tutum Ölçeği" ve "Organ Bağış Anketi" kullanılmıştır.

Parisi ve Katz tarafından 1986 yılında geliştirilen Organ Bağış Tutum Ölçeği (OBTÖ) 1995'te Kent ve Owens tarafından revize edilmiştir.^{25, 26} OBTÖ'nün Kent ve Owens (1995) tarafından uyarlanan formu, organ bağış konusunda tutumları gösteren 46 madde (23 pozitif, 23 negatif) içermektedir. OBTÖ üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo-demografik veriler, ikinci bölümde 46 maddelik ölçek formu, üçüncü

bölüm olarak nitelendirilen kısım ise, katılımcıların bağışlanan organların yarar durumlarını ve organ bağış gönüllüğü gibi durumlarla ilgili çeşitli soruları içermektedir. OBTÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yazıcı Sayın (2015) tarafından yapılmıştır.²⁷ Ölçeğin Türkçe formu organ bağış tutumu ile ilgili 40 maddeden oluşmaktadır (orijinal ölçekte yer alan 6., 7., 12., 19., 27. ve 45. maddeler çıkartılmıştır). Bu maddeler organ bağışına yönelik 20 pozitif 20 negatif tutumdan oluşmaktadır. Pozitif tutumlardan alınabilecek puanlar 20-120 arasındadır, aynı şekilde toplam negatif tutum skoru da 20-120 arasındadır. Yüksek pozitif ve düşük negatif skorlar organ bağış konusunda gönüllü tutumların güçlü olduğunu göstermektedir. Ölçek her bir maddesi, *tamamen katılıyorum* seçeneği ve *hiç katılmıyorum* arasında değişen altı seçenekli bir Likert formatındadır.²⁷

Organ Bağış Anketi

Bu anket araştırmacılar tarafından hazırlanmış ve 16 soru içermektedir. İki soruda öğrencilerin organ bağış kartı edinme durumu değerlendirilmektedir.

Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri SPSS 25,0 istatistik programında analiz edilmiştir. Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri ile ilgili verileri sayı, yüzde ve aritmetik ortalama alınarak incelenmiştir. Hemşirelik fakültesi öğrencilerinin öğrenim gördükleri sınıflara göre organ bağış görüş ve tutumları arasındaki fark tek yönlü varyans analizi ANOVA ile değerlendirilmiştir. Öğrencilerin yaşlarına göre organ bağış görüş ve tutumları arasındaki fark korelasyon analizi ile, cinsiyetlerine göre fark ise bağımsız iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi olan t-testi ile analiz edilmiştir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Öğrencilerin yarısından fazlasının (%80,6) kadın ve yaş ortalamalarının $21,20 \pm 1,61$ (min-max=18-30) olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Öğrencilerin Organ Bağışı Tutum Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; pozitif tutum göstergesi olan “yardımseverlik ve ahlaki değerleri/inançları” alt boyutu puan ortalamalarının $103,85 \pm 13,83$, negatif tutum göstergeleri olan “Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu” alt boyutu puan ortalamalarının $22,37 \pm 9,12$, “Bedensel yaralanma korkusu” alt boyutu puan ortalamalarının $23,70 \pm 9,78$ olduğu görülmektedir.

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyodemografik Özellikleri

	X	(SS)
Yaş	21,20	1,61
	N	%
Cinsiyet		
Kadın	224	80,6
Erkek	54	19,4
Sınıf		
2. Sınıf	85	30,5
3. Sınıf	82	29,4
4. Sınıf	112	40,1

Öğrencilerin Organ Bağışı Tutum Ölçeğinden aldıkları puanlar sınıflarına, yaşlarına ve cinsiyetlerine göre karşılaştırılmıştır. Sınıflara göre negatif tutum göstergesi olan “Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu” alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0,002$) (Şekil 1). Sınıf düzeyi arttıkça öğrencilerin “Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu” alt boyut puan ortalamaları artış göstermiştir. Öğrencilerin sınıflarına göre Organ Bağışı Tutum Ölçeği pozitif tutum alt boyut puan ortalamaları ve “Bedensel yaralanma korkusu” alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Şekil 1).

Yaş ve Organ Bağışı Tutum Ölçeği'nin “Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu” alt

boyutunda pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,146$; $p=0,016$; Tablo 2). Öğrencilerin cinsiyetlerine göre Organ Bağışı Tutum Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; cinsiyete göre negatif tutum ölçek alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunurken ($p < 0,05$), cinsiyete göre pozitif tutum puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0,05$) (Tablo 2).

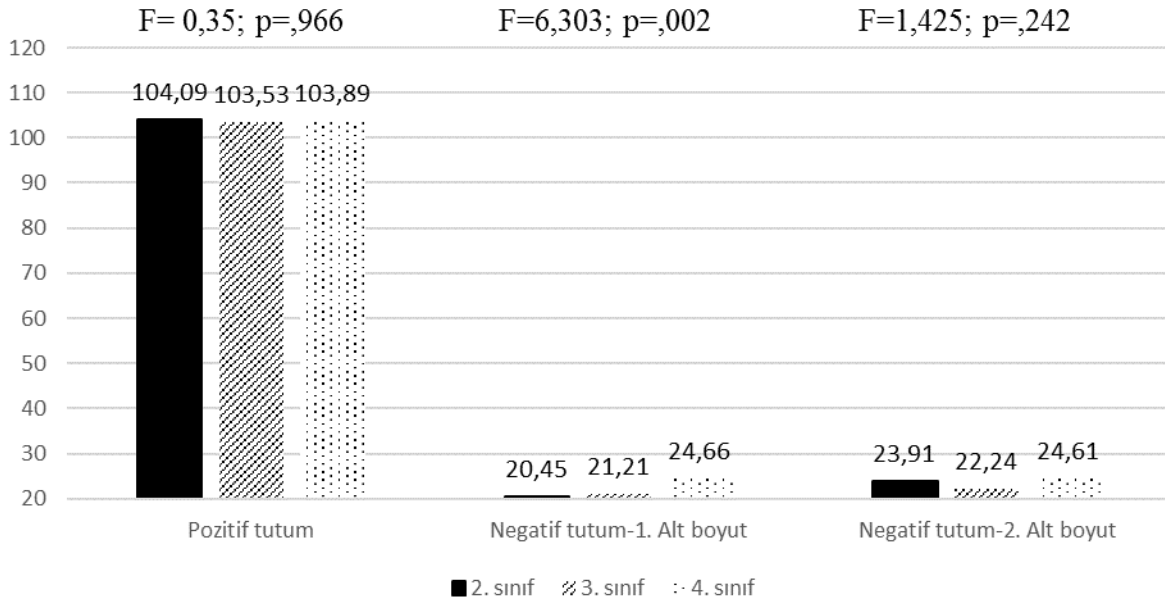
Öğrencilerin %63,4'ü ($n=177$) tüm organlarını bağışlamayı düşünmektedir. Organlarını bağışlamayı düşünen öğrencilerin ilk beş sırada bağışlamayı düşündükleri organlar; böbrek (%97,46), pankreas (%97,46), karaciğer (%96,77), akciğer (%95,34) ve kalp (%93,18) olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin, bağışlanmasını yararlı buldukları organlar sırasıyla; kalp (%95,30), akciğer (%83,20), kemik iliği (%87,50), karaciğer (%80,30) ve korneadır (%71,79).

Öğrencilerin %82,07'si ($n=229$) bedenine bir başkasının organının takılmasını kabul ettiğini; %47,1'i ($n=132$) bedenine bir hayvana ait organın takılmasını kabul ettiğini; %70,25'i ($n=196$) bedenine makine gibi bir yapay organın takılmasını kabul ettiğini; %93,90'ı ($n=262$) başkasından kan almayı kabul ettiğini belirtmiştir.

Öğrencilerin %92,83'ünün ($n=259$) organ bağış kartının bulunmadığı; %44,08'inin ise beyin ölümü gerçekleştikten sonra organlarını bağışlamak istediği saptanmıştır. Katılımcıların %53,04'ü ($n=148$) organ bağışı kartı imzalamak konusunda kararsız olmasına rağmen organlarını bağışlamak istediğini; %69,53'ü ($n=194$) organ bağış kartını nasıl temin edeceğini bilmediğini; %76,34'ü ($n=213$) ölümden sonra organ bağışına ilişkin Türkiye'deki mevcut sistemin nasıl çalıştığını bilmediğini bildirmiştir. Ayrıca katılımcıların %55,91'i ($n=156$) ölüm gerçekleştikten sonra organ bağışı için aile onayının alınması gerektiğini düşünmektedir.

Öğrencilerin, %55,55'i (n=155) Türkiye'de Organ Bağıışı Kayıt Sistemi'nin olduğunu

bilmekteyken, %83,15'i (n=232) bu sistemin nasıl çalıştığını bilmediğini belirtmiştir.



Şekil 1. Öğrencilerin Öğrenim Gördükleri Sınıflara Göre Organ Bağıışı Tutum Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Pozitif tutum = Yardımseverlik ve ahlaki değerleri/inançları, Negatif tutum-1. Alt boyut= Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu, Negatif tutum-2. Alt boyut= Bedensel yaralanma korkusu

Tablo 2. Öğrencilerin Organ Bağıışı Tutum Ölçeğinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Sosyodemografik Özellikleri Açısından İncelenmesi

	Pozitif Tutum “Yardımseverlik ve ahlaki değerleri/inançları” X (SS)	Negatif Tutum “Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu” X (SS)	Negatif Tutum “Bedensel yaralanma korkusu” X (SS)
Cinsiyet			
<i>Kadın</i>	104,59 (13,56)	21,73 (8,95)	22,58 (9,45)
<i>Erkek</i>	100,75 (14,65)	25,03 (9,43)	28,37 (9,82)
	t=1,750; p=0,084	t=-2,333; p=0,022 ^a	t=-3,914; p=0,000 ^b
Yaş	r =0,299 p = 0,063	r = 0,146 p = 0,016 ^a	r =0,010 p =0,874

^ap<0,05; ^bp<0,01

Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin organ bağıışına yönelik tutum ve algıları incelenmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin organ bağıışına karşı pozitif tutumlarının yüksek ve negatif tutumlarının düşük olduğu bulunmuştur. Ayrıca, pozitif tutumları gösteren yardımseverlik ve ahlaki değerleri/inançları alt boyutunun yüksek;

negatif tutumları gösteren tıbbi olarak ihmal edilme korkusu ve bedensel yaralanma korkusu alt boyutlarının düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı ile organ bağıışına karşı tutumu değerlendiren çok az çalışma yer almaktadır.^{15,27,28} Türkiye’de Akpınar Söylemez ve Ordin (2017) ile Yazıcı

Sayın'ın (2015) çalışması dışında tüm çalışmalarda araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formunun kullanıldığı görülmektedir.^{15,27} Akpınar Söylemez ve Ordin'in (2017) çalışmasında probleme dayalı öğrenim modelinde öğrenim gören, organ bağışısı konusunda hemşirelik eğitim programı içerisinde eğitim almış olan 3. sınıf öğrencilerinin organ bağışısına yönelik tutumları incelenmiştir.¹⁵ Bizim çalışmamızda elde edilen tutum ölçeği alt boyutları puan ortalaması ile Akpınar Söylemez ve Ordin'in (2017) çalışmasındaki puan ortalamalarının benzer olduğu görülmektedir.¹⁵ Yazıcı Sayın'ın (2015) %84,4'ü 30-35 yaşında, %50,4'ü kadın ve %49,7'si ilkökul mezunu olan örneklerle gerçekleştirdiği çalışmada, organ bağışısına karşı pozitif tutum puan ortalaması bizim çalışmamıza göre daha düşük, negatif tutumları ise daha yüksek bulunmuştur.²⁷ Literatürde sağlık bilimleri öğrencilerinin organ bağışısı konusunda farkındalık ve duyarlılığının daha iyi olması gerektiği vurgulanmaktadır.^{7, 11} Bu nedenle hemşirelik öğretim müfredatının organ bağışısı, beyin ölümü ve organ nakli konularını içermesi gerekmektedir.^{7, 12}

Bizim araştırmamızda, öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf düzeyi arttıkça "Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu" algılarının artış gösterdiği bulunmuştur. İstatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olmasa da sınıf düzeyi arttıkça pozitif tutum azalırken "bedensel yaralanma korkusu" artmaktadır. Literatürde, bizim araştırmamızdan farklı olarak sınıf düzeyi arttıkça organ bağışısını düşünme ve organ bağışısı yapma oranında artış olduğu belirtilmektedir.^{14,18} Bu farklılığın nedeni yapılan tüm araştırmalarda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı kullanılmaması, organ bağışısına yönelik organ bağışısını düşünme, gönüllü olma, organ bağışısı tutumu gibi farklı kavramların incelenmesinden kaynaklanabilir. Literatür incelendiğinde her araştırmada araştırmacı tarafından geliştirilen anket formunda farklı kavramların sorgulandığı ve farklı terminolojilerin kullanıldığı görülmektedir.

Araştırmamızda yaş arttıkça "Tıbbi olarak ihmal edilme korkusu" alt boyutunda da artış olduğu ve öğrencilerin negatif algılarının arttığı bulunmuştur. Yukarıdaki paragrafta öğrencilerin sınıf düzeyi arttıkça negatif tutumlarının da arttığı belirtilmiştir, öğrencilerin sınıf düzeyi arttıkça yaşı arttığı için bu bulgu yukarıda belirtilen bulguyu desteklemektedir. Yapılan başka çalışmalarda, yaşın organ bağışısı yapma gönüllüğünü etkilemediği belirtilmektedir.^{14, 29} Çalışmamızda ve literatürde elde edilen tüm bu sonuçlar, organ bağışısı ile ilgili gönüllülükte yaşı ya da sınıf düzeyinin artmasından ziyade bireysel özellikler, kültürel farklılıklar, yaşama yüklenen anlam gibi faktörlerin etkili olabileceğini düşündürmüştür. Ayrıca daha önce de değinildiği gibi organ bağışısı ile ilgili çalışmalarda kullanılan ölçüm araçlarının ve bunlarda incelenen kavramların farklılığı bu sonucu doğurmuş olabilir.

Araştırmamızda kız öğrencilerin negatif tutumlarının erkek öğrencilere göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda bu konuya yönelik farklı bulgular yer almaktadır. Bir çalışmada kız öğrencilerin organ bağışısını düşünme oranlarının yüksek olduğu, başka bir çalışmada kız öğrencilerin organ bağışısı gönüllüğünün daha düşük olduğu ve farklı bir araştırmada ise cinsiyetin etkili bir faktör olmadığı belirtilmektedir.^{14,18,29} Literatürde cinsiyet faktörüne yönelik farklılık olması yukarıda da belirtildiği gibi diğer araştırmalarda farklı kavramların kullanılması ve geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı kullanılmamasından kaynaklı olabilir. Ayrıca, bizim araştırmamızda erkek ve kız öğrenci sayılarının dağılımları incelendiğinde kızların sayısının erkeklerden yaklaşık dört kat fazla olması analizin sonucunu etkilemiş olabilir.

"Dini inançlar" organ bağışısına karşı tutumu etkileyen önemli bir faktördür.^{23,30} Çalışmaya katılan öğrencilerin organ bağışısına yönelik negatif tutumlarının düşük olması, dini açıdan organ bağışısına olumsuz tutumlarının az olduğunu göstermektedir. Literatürde, Türk toplumunda yapılmış

birçok çalışmada din, organ bağıışı tutumunu olumsuz etkileyen bir faktör olarak belirtilmiştir.^{17-19,20,23,29,31,32} Ancak, İslam inancının organ bağıına karşı olumlu tutumunu bildiren fetva Türkiye’de 1980 yılında yayınlanmıştır.³³ Bu fetvaya rağmen toplumda dini inancın organ bağıışı tutumunu olumsuz yönde etkilemesi, bu konuda bireylerin yeterli bilgisinin olmaması ile açıklanabilir.²³

“Beden bütünlüğü” organ bağıışına karşı tutumu önemli derecede etkileyen başka bir faktördür.^{23,30} Çalışmaya katılan öğrencilerin organ bağıışına yönelik negatif tutumlarının düşük olması, beden bütünlüğü açısından organ bağıışına karşı olumsuz tutumlarının az olduğunu göstermektedir. Literatürde, beden bütünlüğünde bozulma korkusu ve ölüm sonrası yaşam ile ilgili düşüncelerin organ bağıışına karşı tutumları etkilediği belirtilmektedir.^{18, 21-23, 29, 34, 35}

Organ bağıışını etkileyen diğer önemli bir faktör de “sağlık bakım sistemine duyulan güven”dir.²³ Bizim çalışmamızda negatif tutum puan ortalamasının düşük çıkması öğrencilerin sağlık bakım sistemi ile ilgili olumsuz düşüncelerinin az olduğunu göstermektedir. Özkan ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında öğrencilerin, organ bağıışına karar verme, ölü vericinin bakımı, organ bağıışı yapan birinin yoğun bakımda bakımı gibi konularda sağlık bakım sistemi ile ilgili olumsuz düşüncelerinin olduğu belirtilmektedir.²³ Öğrencilerin bu konuda olumsuz düşüncelerinin olması, bilgi yetersizliği ya da güvenilir kaynaklardan bilgi alamaması nedeniyle olabilir. Ayrıca, Türk toplumunda sağlık hizmetlerinden memnuniyet ve sağlık çalışanlarına duyulan güven bu konuda belirleyicidir. Türkiye’de genel olarak sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı yıllara göre artış göstererek 2015 yılında %7,3’e yükselmiştir.³⁶ Sağlık çalışanları, Türkiye’de en fazla güven duyulan ikinci meslek olarak belirtilmektedir.³⁷ Bu durum, Türk toplumun sağlık bakım sistemine olan güvenini etkilemektedir. Ayrıca, bu durumun organ bağıışı ile ilgili sağlık bakım sistemine

güvensizlikle ilgili olumsuz tutumları azaltması beklenmektedir.

Bizim çalışmamızda, nakledilmesi en önemli bulunan organlar sırasıyla böbrek, pankreas, karaciğer, akciğer ve kalptir. Nakledilmesi en önemli bulunan ilk doku ise kemik iliğidir. Öğrencilerin bu organların ve dokunun nakillerini yararlı bulmalarının, en fazla bu organ ve doku nakilleri hakkında bilgilerinin olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Lopez-Montesino ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında, öğrenciler tarafından en fazla nakil yapıldığı bilinen organlar/dokular böbrek, kalp, kemik iliği ve akciğer olarak bulunmuştur.¹⁰ Türkiye’de yapılmış çalışmalarda da, hemşirelik öğrencilerinin en fazla bildiği organ nakillerinin karaciğer, böbrek, kalp, akciğer nakli olduğu belirlenmiştir.^{17-20,29} Ayrıca, bu çalışmada öğrencilerin hiç nakledilmemesini düşündükleri organlar/dokular; yüz, genital organlar ve cilt olarak saptanmıştır. Bunun nedeni öğrencilerin bu nakiller hakkında yeterince bilgilerinin olmaması, bu organların yaşamsal açıdan önemli olmadığını düşünmesi ve mahremiyet duygusu olabilir.

Bu çalışmada, öğrencilerin %44’ünün organ bağıışında bulunmak istediği ancak sadece %8’inin donör kartı olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin, organ bağıışını kabul edilebilir bulması, organ bağıışı kartı olmasını etkileyen önemli bir faktördür. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da sağlık bilimlerinde öğrenim gören öğrencilerin (hemşire, ebe, tıp, diş, sağlık teknisyeni vb.) %47,8-66,7’sinin organ bağıışında bulunmak istediği ancak sadece %2-6’sının organ bağıışı kartı olduğu belirtilmektedir.^{9,16,29,32} Bu durum, öğrencilerin ülkesindeki organ bağıışı sistemi hakkında bilgi eksikliğinin olması nedeniyle^{7,14,23,35,38} organlarını nasıl bağışlayacağını bilmediğinden kaynaklı olabilir. Bu çalışmada, bu yorumu destekler nitelikte öğrencilerin yarısının (%51,3) organ bağıışı sisteminin nasıl çalıştığı konusunda bilgisinin olmadığı görülmektedir. Öğrencilerin organ bağıışında bulunmamasının bir nedeni organ bağıışının ölümü hatırlatması olabilir.^{22,23} Geç

adölesanlık döneminde aile tutumunun önemli bir yeri vardır ve öğrencilerin, organ bağışında bulunmamasında ailelerinin bu konuya yönelik olumsuz tutumlarının da etkili olduğu düşünülebilir.^{23,29}

Kültürel özellikler ve toplumsal duyarlılık organ bağışı tutumunu etkileyen önemli faktörlerdir. Hemşirelik öğrencilerinin organ bağışına karşı kültürel

duyarlılığı ve korkularının anlaşılması gereklidir.¹¹ Bu çalışma ile farklı bir kültür olan Türk kültüründe ve İslam inancında hemşirelik öğrencilerinin organ bağışına karşı tutumları değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarının, hemşirelik öğrencilerinin organ bağışına karşı çok kültürlü özelliklerinin belirlenmesinde önemli veri sağlayacağına inanılmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin organ bağışına karşı pozitif tutumlarının yüksek ve negatif tutumlarının düşük olduğu bulunmuştur. Öğrencilerin organ bağışına yönelik negatif tutumlarında artış olduğu, yaş arttıkça negatif tutumda artış olduğu ve kız öğrencilerin negatif tutumlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde organ bağışı konusunun farklı kavramlar kullanılarak incelendiği ve geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı kullanılarak incelenmediği

görülmektedir. Geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı kullanılarak yapılan bu çalışmanın verileri farklı kültürlerde yapılan çalışmaların verileri ile karşılaştırma yapılmasına olanak sağlayacaktır. Öğrencilerin organ bağışında bulunmak istediği ancak organ bağışı kartı bulunma düzeyinin düşük olduğu sonucuna varılmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin organ bağışı tutumunu ve organ bağışı kartı edinme davranışını artırıcı girişimsel çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Wynn JJ, Alexander CE. (2011). "Increasing Organ Donation and Transplantation: The U.S. Experience over the past decade". *Transplant International*, 24, 324-332. <https://doi.org/10.1111/j.1432-2277.2010.01201.x>.
2. Global Observatory on Donation and Transplantation (2014). "WHO Collaborating Centre On Donation And Transplantation". (Erişim Tarihi: 15.03.2018).
3. Organ ve Doku Alınması, Saklanması ve Nakli Hakkında Kanun. (1979). 16655, 03.06.1979 R.G. (Erişim Tarihi: 15.03.2018).
4. Republic of Turkey Ministry of Health, Statistics of organ donation. (2013). (Erişim Tarihi: 14.02.2018).
5. Newsletter Transplant International Figures on Donation and transplantation. (2015). (Erişim Tarihi: 14.02.2018).
6. Arriola KJ, Robinson DHZ, Thompson NJ, Perryman JP. (2010). "Project ACTS: An Intervention to Increase Organ and Tissue Donation Intentions among African Americans". *Health Education and Behaviour*, 37, 264-74. <https://doi.org/10.1177/1090198109341725>.
7. Anker AE, Feeley TH, Fiedman E, Kruegler J. (2009). "Teaching Organ and Tissue Donation in Medical and Nursing Education. *Prog Transplant*. 19(4), 343-8.
8. McGlade D, McClenahan C, Pierscionek B. (2014). "Pro-Donation Behaviours of Nursing Students from the Four Countries of the UK". *PLoS One*, 9(3), 91405. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0091405>.
9. Symvoulakis EK, Rachiotis G, Papagiannis D, Markaki A, Dimitroglou Y, Morgan M, et al. (2014). "Organ Donation Knowledge and Attitudes among Health Science Students in Greece: Emerging Interprofessional Needs". *Int J Med Sci.*, 11(6), 634-640. <http://doi.org/10.7150/ijms.8686>.
10. Lopez-Montesinos MJ, Manzanera Saura JT, Mikla M, Rios A, López-Navas A, Martínez-Alarcón L, et al. (2010). "Organ Donation and Transplantation Training for Future Professional Nurses as a Health and Social Awareness Policy". *Transplantation Proceedings*, 42, 239-242. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2009.11.008>.
11. Rykhoff ME, Coupland C, Dionne J, Fudge B, Gayle C, Ortner TL, et al. (2010). "A Clinical Group's Attempt to Raise Awareness of Organ and Tissue Donation". *Progress in Transplantation*, 20(1), 33-39.
12. Zampieron A, Corso M, Frigo AC. (2010). "Undergraduate Nursing Students' Attitude towards Organ Donation: A Survey in an Italian University". *Int Nurs Rev.*, 57, 370-376. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00806.x>.
13. Rosenblum AM, Li AH, Roels L, Stewart B, Prakash V, Beitel J, et al. (2012). "Worldwide Variability in Deceased Organ Donation Registries". *Transpl Int*. 25, 801-811. <https://doi.org/10.1111/j.1432-2277.2012.01472.x>.
14. Tam WWS, Suen LKP, Chan HYL. (2012). "Knowledge, Attitudes and Commitment toward Organ

- Donation among Nursing Students in Hong Kong". *Transplantation Proceedings*, 44(5), 1196-200.
15. Söylemez BA, Ordin YS. (2017). "Attitudes of the Third-Year Nursing Students toward Organ Donation: Cross-Sectional Study". *Transplantation Proceedings*, 49,1698-1701.https://doi: 10.1016/j.transproceed.2017.04.024.
 16. Kocaay AF, Celik SU, Eker T Oksuz NE, Akyol C, Tuzuner A. (2015). "Brain Death and Organ Donation: Knowledge, Awareness, and Attitudes of Medical, Law, Divinity, Nursing, and Communication Students". *Transplantation Proceedings*, 47(5), 1244-1248. https://oi: 10.1016/j.transproceed.2015.04.071.
 17. Yaman-Aktas Y, Karabulut N. (2012). "Knowledge And Attitudes of Nursing Students Who Have Been Training in Giresun University Faculty of Health Sciences about Brain Death and Organ Donation". *Furat Medical Journal*, 17(3), 129-134.
 18. Vicdan AK, Peker S, Uçer B. (2011). "Determination of the Attitudes of Akşehir Health High School Students Concerning Organ Donation". *TAF Prev Med Bull.*, 10(2),175-180.https://doi10.5455/pmb.20101216024338.
 19. Kılıç S, Koçak, N, Türker, T, Gürpınar, H, Gülerik, D. (2010). "Attitudes of Female University Students about Organ Donation and Factors Affecting These Attitudes". *Gulhane Med J.*, 52, 36-40.
 20. Özmen D, Çetinkaya AC, Sarizeybek B, Zeybek A. (2008). "Knowledge and Views of Students of the Celal Bayar University Manisa School of Health towards Organ Donation". *Türkiye Klinikleri J Med Sci.*, 28, 311-318.
 21. Yaşar M, Oğur R, Uçar M, Göçgeldi E, Yaren H, Tekbaşı ÖF, et al.(2008). "Attitudes of Last Grade Students of a Vocational School of Health about Organ Donation and Related Factors with Their Attitudes". *Genel Tıp Dergisi*, 18(1), 33-37.
 22. Savaşer S, Mutlu B, Çağlar S, Doğan S, Canbulat N. (2012). "Senior Nursing Schools Students' Views on Organ Donation". *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(1), 1-9.
 23. Özkan Ö, Baykara-Acar Y, Acar H. (2015). "Opposition to Organ Donation and Transplant by Midwifery, Nursing, and Social Work Students". *Experimental and Clinical Transplantation*, 2, 179-187. https:// doi: 10.6002/ect.2014.0054.
 24. Kavurmacı M, Karabulut N, Koç A. (2014). "The Knowledge and Views of University Students About Organ Donation". *J Education Res Nursing* 11, 15-21.
 25. Parisi N, Katz I. (1986). "Attitudes toward Posthumous Organ Donation and Commitment to Donate". *Health Psychol.*, 5(6), 565-80.
 26. Kent B, Owens RG. (1995). "Conflicting Attitudes to Corneal and Organ Donation: A Study of Nurses' Attitudes to Organ Donation". *International Journal of Nursing Studies*, 32, 484-492.
 27. Yazıcı Sayın Y. (2015). "Turkish Validity and Reliability of Organ Donation Attitude Scale". *Journal of Clinical Nursing*, 25, 642-55. https:// doi: 10.1111/jocn.12943.
 28. Wakefield CE, Watts KJ, Homewood J, Meiser B, Siminoff LA. (2010). "Attitudes Toward Organ Donation and Donor Behavior: A Review of the International Literature". *Prog Transplant.*, 20, 380-391.
 29. Göz F, Göz M, Erkan M. (2006). "Knowledge and Attitudes of Medical, Nursing, Dentistry and Health Technician Students towards Organ Donation: A Pilot Study". *J Clin Nurs.*, 15(11), 1371-1375.
 30. Şahin H, Abbasoğlu O. (2015). "Attitudes Of Medical Students from Different Countries about Organ Donation". *Exp Clin Transplant* http://dx.doi.org/10.6002/ect.2014.0228 15.04.2018.
 31. Özer N, Sarıtaş S, Karaman Özlü Z. (2010). "Knowledge and Thoughts of Nursing Students about Organ Donation and Transplantation". *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 13, 1-11.
 32. Üstüner F, Uysal A, Kaya B. (2009). "Knowledge, Attitudes and Thoughts of Giresun University School of Health Students towards Organ Donation and Transplant". *Ankara University Dikimevi Health Services Vocational High School*, 8(1), 1-9.
 33. "Republic of Turkey Prime Ministry Directorate of Religious Affairs Higher Board of Religious Issues, Organdonation". (2014). (Erişim Tarihi: 14.02.2018).
 34. Tokalak I, Kut A, Moray G, Emiroglu R, Erdal R, Karakayali H, et al. (2006). "Knowledge and Attitudes of High School Students Related to Organ Donation and Transplantation: A Cross-Sectional Survey in Turkey". *Saudi J Kidney Dis Transpl.*, 17(4), 491-496.
 35. Kim JR, Fisher MJ, Elliott D. (2006). "Undergraduate Nursing Students' Knowledge and Attitudes towards Organ Donation in Korea: Implications for Education". *Nurse Education Today*, 26(6), 465-474.
 36. "Turkish Statistical Institute, Satisfaction from public services in general". (2017). (Erişim Tarihi: 14.02.2018).
 37. "BAREM-WIN/Gallop International Association, Meslekler Güven Endeksi". (2013). (Erişim Tarihi: 14.02.2018).
 38. Whisenant DP, Woodring B (2012). Improving Attitudes and Knowledge towards Organ Donation among Nursing Students. *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 9, 22. https:// doi:10.1515/1548-923X.2404.

Sanal Uyuşturucu: İnternet

Virtual Drug: Internet

Sait SÖYLER¹, Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU²

ÖZ

İnternet bağımlılığı, aşırı internet kullanımı veya internet kullanımına yönelik olarak kontrol edilemeyen dürtü veya davranışlarla karakterize bir davranışsal bağımlılıktır ve bozukluk ve sıkıntılara yol açmaktadır. İnternet bağımlılığı süreç içerisinde hem fiziksel hem mental problemlere sebep olmakta, kişiyi sosyal hayattan ve çevresinden koparmakta, insan ilişkilerini zedelemektedir. Bazı durumlarda kişiler internet kullanımlarını arttırabilmek amacı ile kafein içerikli içecekler ile kafein haplarına başvurmakta ve internet bağımlılığı ile beraber madde bağımlılıkları da gelişmektedir. İnternet bağımlılığı kendi içerisinde sosyal medya bağımlılığı, kumar bağımlılığı, seks bağımlılığı gibi bağımlılık türlerini de barındırmaktadır. Araştırmacılar bu tip durumların sadece internet bağımlılığı olup olmadığı konusuna şüphe ile yaklaşmakta, bazı araştırmacılar ise bu bağımlılıkların esasında internet bağımlılığı olmadığını, kişilerin bağımlı oldukları davranışları internet aracılığı ile tekrarladıklarını ileri sürmüşlerdir. Özellikle son 15-20 yıllık süre zarfında internet ağının ve diğer teknolojilerin gelişimi göz önünde bulundurulduğunda, bu tür bağımlılıkların da yaygınlaşmasını beklemek yanıltıcı olmayacaktır. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı bağımlılık ve bağımlılıkla ilişkili kavramlar ile bağımlılık türlerinden madde ve madde dışı bağımlılıkları açıklayarak internet bağımlılığını irdelemek, tedavi yöntemleri ile çözüm önerilerini açıklamaktır.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, Problemli İnternet Kullanımı, İnternet Bağımlılığı, Tedavi Yöntemleri.

ABSTRACT

Internet addiction is a behavioral addiction which is characterized by extreme internet use and uncontrollable impulses or behaviors intended for internet use and it leads to impairment and distress. Internet addiction causes both physical and mental problems, detaches a person from social life and harms human relations in process of time. In some cases, people tend to take caffeine-containing beverages and caffeine pills in order to increase their time of internet usage, and substance addiction is developing along with internet dependency. Internet addiction includes some other addictions such as social media addiction, gambling addiction, and sex addiction. Researchers are not certain about whether such cases are merely internet addiction or not, and some researchers have suggested that these addictions can not be defined as internet addiction at all, addicted people use internet to repeat the behavior they are already addicted. It will not be misleading to expect such addictions to become widespread, especially when it is considered the development of internet network and other technologies in the last 15-20 years. In this context, this study aims to examine internet addiction by explaining concept of addiction and addiction related concepts, substance abuse and non-substance addictions.

Keywords: Addiction, Problematic Internet Use, Internet Addiction, Treatment Methods.

¹Öğr. Gör., Altınbaş Üniversitesi, SHMYO Odyometri Programı, sait.soyler@altinbas.edu.tr/soylersait@gmail.com, ORCID: 0000-0002-7915-0073

²Prof. Dr, Beykent Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, aysegulyildirimkaptanoglu@gmail.com, ORCID: 0000-0001-6030-5824

GİRİŞ

Halk dilinde bağımlılık genel olarak bir maddenin aşırı kullanımı veya bir davranışın aşırı tekrarlanması olarak ifade edilmektedir; ancak bu tanım tam bir bilimsellikten uzak kalmaktadır. Klinik olarak bağımlılığı fonksiyonlarda bozulma ve kontrolün kaybedilmesi ile kendini gösteren bir bozukluk olarak tanımlamak mümkündür.¹ Bağımlılık, takıntılı düşünceler üzerinde kontrolün kaybedilmesi ile beraber ruhsal ve bedensel hali değiştirici madde ve/veya aktivitelere yönelen kompulsif davranışlarla beraber ortaya çıkan kronik ve ilerleyici durum olarak tanımlanabilir. Bu tanım, içerisinde hem madde bağımlılıklarını hem de davranışsal bağımlılıkları barındırmaktadır.² Yapılan araştırmalara göre tekrarlayıcı ve ilerleyici madde dışı bağımlılıklar da madde bağımlılıklarına benzer özellikler göstermektedir. Bu davranışların tekrarlanma sıklığı ve süresi arttıkça psikolojik problemler ve hatta fiziksel rahatsızlıklar görülebilmektedir. Bunun yanında kişilerin sosyal fonksiyonlarını, finansal fonksiyonlarını ve iş yerlerindeki görevlerine ilişkin fonksiyonlarını yerine getirmelerinde çeşitli problemlere de yol açmaktadır.¹ Madde dışı veya davranışsal bağımlılıklar madde bağımlılıklarında olduğu gibi vücudun ihtiyaç duyduğu çeşitli halleri sağlamak adına bağımlı olunan davranışın sürekli tekrarlanmasıdır. Bu davranışlar hayatı domine etmektedir ve kişiler bu davranışları yapma konusunda zorlanmış hissetmektedirler. Patolojik kumar bağımlılığı, seks bağımlılığı, televizyon bağımlılığı ve internet bağımlılığı bu türden bağımlılıklara örnektir.³ Başarısızlık, mutsuzluk, kaygı gibi olumsuz düşüncelerden uzaklaşma isteği, inanç sistemlerinin çatışması, sosyal çevre baskıları ve beklentileri gibi durumlar kişileri bazen insanlara, bazen belirli bölgelere, bazen çeşitli davranışlara bazen de alkol ve uyuşturucu gibi çeşitli maddelerin kullanımına itebilmektedir. Bu kaçış mekanizmaları öncelikle birer rutin (routine) olarak başlamakta, daha sonra rutinler bağlanmalara (attachment), bağlanmalar da

zorlanma (compulsion) ve bağımlılığa (addiction) dönüşebilmektedir.

Örneğin sabahları kahve içme alışkanlığı olan bir kişide bu alışkanlık zaman içerisinde bağlanmaya ve bağımlılığa doğru ilerleyebilmektedir. Kişi iş yapma koşulları veya iş saatleri değiştiğinden dolayı sabahları kafein alamadığı takdirde artık fiziksel ve mental olarak rahatsızlık duymaya başlayacak ve bu rahatsızlık yeni bir programa ayak uydurana kadar sürecektir.

Bazı durumlarda kişi bağımlı gibi görünse de fazla kullanım (heavy use) ve bağımlılık (abuse, addiction veya dependence) kavramları birbirlerine karıştırılabilecek kavramlar olduğundan bu kişilere direkt olarak bağımlılık tanısı konulmamalıdır. Ayrıca bağımlılığın da seviyeleri vardır ve çeşitli testler ile bu bağımlılıkların seviyeleri ölçülebilmektedir. Her insanın hayatında çeşitli alışkanlıkları ve yapmaktan hoşlandığı şeyler vardır. Bu alışkanlıkların listeleri yapılırsa belki de sayfalarca sürebilir. Ancak kişi kullandığı maddeleri veya davranışlarını değiştirmek veya bunlardan vazgeçmek durumunda mutsuz olacağını, fiziksel ve psikolojik problemler yaşayacağını düşünüyorsa artık bir anlamda bağımlı sayılabilmektedir. Hem madde kullanımında hem de davranışsal bağımlılık durumlarında bağımlılık teşhisi özellikle bu durum kişilerin hayatlarını (aile, sosyal yaşam, iş sorumlulukları, sağlık vb.) kötü yönde etkilemesine rağmen vazgeçilemediğinde konulabilmektedir. Kişiler kendilerini o şekilde davranmaya zorlanmış hissederek ve bunun bir bağımlılık olduğunun farkındadırlar. Ancak bu bağımlılıklarının hayatlarını kötü etkilediğini bilmelerine rağmen vazgeçememektedirler. Aile geçmişinde çeşitli bağımlılıklara sahip olan kişilerin varlığı, kişisel olarak riskli davranışlarda bulunmaya yatkınlık; anksiyete, öfke ve depresyon gibi mental problemlere sahip olma gibi durumlar kişilerin madde veya madde dışı bağımlılıklar edinme riskini artırmaktadır.⁴

Bağımlılık bozuklukları genel olarak ikiye ayrılmaktadır: Madde ile ilişkili bağımlılıklar

ve madde ile ilgili olmayan veya davranışsal bağımlılıklar. İlk gruba alkol, uyuşturucular, tütün gibi maddeler girerken kumar, engellenemeyen çalma isteği, yangın çıkarma isteği, aşırı alışveriş, seks bağımlılığı, aşırı egzersiz yapma, işkoliklik, internet bağımlılığı gibi durumlar ikinci gruba girmektedir. İkinci grupta yer alan bağımlılıklar da kendi içerisinde adli etkileri olan ve adli etkileri olmayan bağımlılıklar olarak ikiye ayrılmaktadır. Kumar, internet oyunları, internet bağımlılığı, çalma isteği, seks bağımlılığı, yangın çıkarma isteği, alışveriş bağımlılığı gibi bağımlılıklar direkt adli etkileri olan bağımlılıklardır. İkinci gruba giren bağımlılıklar direkt adli etkileri olmasa da doğuracağı sonuçlar açısından adli etkileri olabilecek bağımlılıklardır. Bunlar; aşırı egzersiz, aşırı yemek yeme, aşırı bronzlaşma gibi bağımlılıklardır. Bu gibi durumlar direk adli etkileri olmasa da örneğin kişinin iş yerindeki görevlerini aksatmaya başlaması ile adli bir boyuta geçebilmektedir. Davranışsal bağımlılıklar aşağıdaki ortak özelliklere sahiptirler:⁵

- Bir nesne, madde veya aktiviteye takıntılı olmak
- Bir zarara sebebiyet veriyor olsa bile davranışı engelleyememek ve devam ettirmek
- Kişinin, yapmak istemese bile, kompulsif olarak bir davranışı tekrar tekrar yapması
- Davranışın gerçekleştirilememesi durumunda yaşanan irritasyon, aşırı arzu, huzursuzluk ve depresyon durumları
- Davranış süresince kişinin kontrolü kaybetmesi
- Başkaları görse bile kişinin davranışın zarar verici etkilerini kabul etmemesi
- Aile veya arkadaşları endişelerini belirttikleri takdirde kişinin davranışlarını gizlemeye yönelmesi
- Depresyon ve düşük özsaygı

Çalışma literatür taraması yöntemi ile gerçekleştirilmiştir. Konu ile ilgili olarak literatürde yer alan kavramlar açıklanmış, internet bağımlılığı literatürü incelenmiş, internet kullanımı ile ilgili istatistiklere yer

verilmiş ve internet bağımlılığı ile ilgili çalışmalar incelenmiştir.

Bu çalışmanın amacı bağımlılık ve bağımlılıkla ilişkili kavramlar ile bağımlılık türlerinden madde ve madde dışı bağımlılıkları açıklayarak özellikle hızlı gelişen teknoloji ile beraber artış gösteren internet bağımlılığı kavramını irdelemektir.

İnternet Bağımlılığı

Literatürde “Problemlerli İnternet Kullanımı (Problematic Internet Use)” veya “İnternet Bağımlılığı Bozukluğu (Internet Addiction Disorder)” olarak geçen bağımlılık, aşırı internet kullanımı veya internet kullanımına yönelik olarak kontrol edilemeyen dürtü veya davranışlarla karakterize bir davranışsal bağımlılıktır ve bozukluk ve sıkıntılara yol açmaktadır. Özellikle son 15 yıldır artan internet kullanımı araştırmacıları internet bağımlılıklarını incelemeye itmiştir. Her ne kadar internet bağımlılığı ile ilgili ilk çalışma Ivan Goldberg (1996)’e atfedilse de^{6,7} aslında Goldberg’in çalışmasından sonra Young bu alanda derinlemesine çalışmalar yapmış, probleme klinik açıdan yaklaşan ilk araştırmacı olmuş ve bir internet bağımlılığı testi geliştirmiştir. Sonraki süreçte de bu alanda en dikkat çekici çalışmaları Young ve Griffiths yapmıştır. Young’un geliştirdiği test kumar bağımlılığı testinden uyarlanmış ve sekiz sorudan oluşmaktadır. Tanı testinde aşağıdaki sorular yer almaktadır.⁸

1. Kendinizi internetle meşgul hissediyor musunuz?
2. Tatmin sağlamak amacı ile internet kullanma ihtiyacınızda artış hissediyor musunuz?
3. İnternet kullanımınızı durdurmak, kontrol etmek veya azaltmak için tekrarlayan başarısız çabalarınız oldu mu?
4. İnternet kullanımınızı kontrol altına almak veya azaltmaya çalışırken kendinizi huzursuz, huysuz, depresif ve sinirli hissediyor musunuz?
5. Başlangıçta öngördüğünüzden daha uzun süre online kalıyor musunuz?
6. İnternet nedeni ile önemli bir ilişki, iş, eğitim veya kariyer fırsatı kaybı tehlikesi veya riski yaşadınız mı?

7. İnternet kullanım düzeyinizi saklamak için aile üyeleri, terapist, ya da başkalarına yalan söylediniz mi?

8. İnterneti problemlerden kaçmak veya disforik durumlarda (örneğin: çaresizlik, suçluluk, anksiyete, depresyon) rahatlamak için bir yol olarak mı kullanıyorsunuz?

Young'a göre bu sorulardan beş veya daha fazlasına "Evet" yanıtını vermek internet bağımlılığını göstermektedir. Ancak Griffiths (2000)'e göre ise internet bağımlılığının bağımlılık olarak tanımlanabilmesi için altı özelliğe sahip olması gerekmektedir.⁹ Bunlardan ilki internet kullanımının kişinin yaşamındaki en önemli meşgale haline gelmesidir. Kişi internet kullanmadığı zamanlarda bile bir sonraki internet kullanımının hayalini kurmaktadır. İkincisi internet kullanımının kişilerde yarattığı duygu durum değişiklikleridir. Örneğin kişi interneti kötü düşüncelerden kaçış ve bir uyuşturma aracı olarak kullanmaktadır. Üçüncüsü, kişinin duygu durum değişikliklerini sağlamak amacı ile her defasında daha uzun süre internet kullanımına ihtiyaç duymasıdır. Dördüncüsü, internet kullanımı azaldığında veya kesildiğinde kişilerin psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklar hissetmesidir. Beşincisi, uzun internet kullanımı sonucunda yaşanan çatışmalardır. Kişi problemleri internet kullanımından dolayı hem arkadaş çevresiyle hem işyeri ve çevresiyle hem de kendi içinde çatışmalar yaşamaktadır. Altıncısı ise kişinin çeşitli dönemlerde bağımlılığını kontrol etmesine rağmen bağımlılığın tekrar tekrar nüksetmesidir. Bu tanımlara göre ise interneti aşırı kullanan çok sayıda kişi olmasına rağmen bağımlılık tanısı konulabilecek kişi sayısı internet kullanıcılarının küçük bir bölümünü oluşturmaktadır.

İnternet bağımlılığı ilk olarak 1996 yılında bir çalışmaya konu olmuş ve sonuçları Amerikan Psikoloji Derneği'nde yayınlanmıştır. Çalışmada aşırı internet kullanımına sahip ve bağımlılığa ilişkin klinik belirtiler de gösteren 600 kişi incelenmiştir. Bu çalışmanın ardından konuya farklı açılardan yaklaşan onlarca çalışma yapılmıştır. İlk çalışmalar internet

bağımlılığını tanımlamak ve normal internet kullanıcıları ile internet bağımlıları arasındaki davranış farklılıklarını ortaya koymak amacı ile gerçekleştirilmiştir. Daha sonra internet bağımlılığının yaygınlığı, etiyolojik faktörleri ve bağımlılıkla beraber ortaya çıkan sorunlar incelenmiştir.¹⁰

Young (1999), internet bağımlılığının çeşitli alt faktörleri içerisinde barındıran geniş bir kavram olduğunu söylemiş ve bunları beş alt kategoriye ayırmıştır:⁸

- Siber seksüel bağımlılık (Cybersexual addiction): Siber seks ve siber pornografi için internetin aşırı kullanımı
- Siber ilişki bağımlılığı (Cyber-relationship addiction): Online ilişkilerde aşırı derecede yer alma
- İnternet zorlamaları (Net compulsions): Takıntılı online kumar oynama, alışveriş yapma veya ticaret yapma durumu
- Aşırı bilgi bağımlılığı (Information overload): Takıntılı veri tabanı taramaları
- Bilgisayar bağımlılığı (Computer addiction): Takıntılı bir şekilde bilgisayar oyunu oynama

Griffiths'e göre internet bağımlılığını bu kategorilere ayırmak yanlıştır. Bu kategorilerdeki aşırı kullanıcıların çoğu internet bağımlısı değildir. Örneğin kumar bağımlısı bir kişi interneti sadece kumar oynama isteğini tatmin etmek amacı ile kullanmaktadır. Bununla beraber çok sayıda araştırma gerçekten de internetin kendisine bağımlı olanların varlığını ortaya koymuştur.¹¹

Dünya Bankası verilerine göre 1995 yılında dünya nüfusunun %1 den daha küçük bir kısmı internet kullanırken 2014 yılında internet kullanıcıları %40,7 oranına yükselmiştir.¹² Gelişmiş ülkelerde bu oran aynı yılda %78 iken gelişmekte olan ülkelerde %32'dir. İnternet kullanım oranı en yüksek olan kıta %75 ile Avrupa, en düşük kıta ise %19 ile Afrika'dır. Afrika'nın internet kullanım oranı her ne kadar düşük görünse de 2005 yılı ile 2015 yılı arasında bu oran 10 katına çıkmıştır. Nüfus içerisindeki internet kullanımı oranlarına bakıldığında en

yüksek oran %96,55 ile İzlanda' ya aitken, Eritre %0,90 oranı ile en son sırada (207) yer almaktadır.¹³ 2014 yılının ocak-mart ayları arasında Türkiye'de internet kullanan kişilerin oranı %48,5'tir. TÜİK 2014 verilerine göre Türkiye' de hanelerin %27,6'sında masaüstü, %40,1' inde dizüstü bilgisayar bulunmaktadır ve hanelerin %60,2' sinin internet erişimi vardır. Tüm masaüstü bilgisayarların %19,1'i, taşınabilir bilgisayarların %30,9'u, cep telefonlarının %48,8'i internete bağlıdır. Türkiye' de evden internete erişimi bulunmayan hanelerin sadece %2'si bulunduğu bölge itibarı ile internete erişememektedir. 2014 yılının ocak-mart döneminde internet kullanıcılarının %70,3'ü 16-24 yaş aralığındadır. Yine aynı dönemde internet kullananların %68,2'si hemen her gün internet kullanmıştır.

2014 Ocak-Mart döneminde internet kullananların %78,8'i internet üzerindeki sosyal gruplara (Facebook, Twitter vb.) katılma amacı ile internet kullanmıştır. Aynı dönemde ev ve işyeri dışında internete bağlanmak için en çok cep telefonu ve akıllı telefon (%58) kullanılmıştır.¹⁴

Dünyada ve Türkiye'de internet kullanım oranlarına değindikten sonra internet bağımlılığı oranlarına da değinmek gerekmektedir. Dünya üzerinde artan bir internet kullanım oranının olması internet bağımlılığı oranlarında da bir artışa sebep olabilecektir.

Aşağıdaki tabloda internet bağımlılığı ile ilgili literatürde yer alan nispeten yeni çalışmaların bir özeti yer almaktadır.

Tablo.1 İnternet Bağımlılığı ile İlgili Literatürde Yer Alan Bazı Çalışmalar

Çalışmanın Sahibi ve Çalışmanın Yılı	Çalışmanın İsmi	Açıklama
Stavropoulos vd. 2013	Recognizing internet addiction: prevalence and relationship to academic achievement in adolescents enrolled in urban and rural Greek high schools	Yunanistan' da gerçekleştirilen bu çalışma lise öğrencileri arasında internet bağımlılığının kırsal ve kentsel yaşam alanlarına göre dağılımı ve risk altındaki nüfus oranını tespit etmeye yönelik bir çalışmadır. 2090 lise öğrencisi çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Katılımcıların %6,1' inin internet bağımlısı olduğu, %20' den fazlasının yüksek risk taşıdığı tespit edilmiştir.
Kuss vd. 2013	Internet addiction in students: Prevalence and risk factors	İngiltere' de yapılan bu çalışmanın örneklemini 94 farklı ülkeden gelen 2257 üniversite öğrencisi oluşturmuştur. İnternet bağımlılık oranının belirlenmesi hedeflenmiştir.
Vaidya vd. 2016	Prevalence of Internet addiction and its impact on the physiological balance of mental health.	Hindistan' da örneklemini 17-20 yaş arası lise öğrencilerinin oluşturduğu 150 kişiden oluşan bu çalışmada katılımcıların %40' ının internet bağımlılığı olduğu tespit edilmiştir.
Fu vd. 2010	Internet addiction: prevalence, discriminant validity and correlates among adolescents in Hong Kong	Çalışma Hong Kong' da gerçekleştirilmiş olup 15-19 yaş aralığındaki 208 genç çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Katılımcıların %6,7'sinin internet bağımlılığı olduğu tespit edilmiştir.
Al-Gamal vd. 2016	Prevalence of Internet addiction and its association with psychological distress and coping strategies among university students in Jordan	Bu çalışma Ürdün' de randomize seçilen 587 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. İnternet bağımlılığı oranı %40 olarak tespit edilmiştir.
Poli ve Agrimi, 2012	Internet addiction disorder: prevalence in an Italian student population	İtalya' da yapılan bu çalışmada 2533 katılımcıdan %5,01' inin orta, %0.79' unun yüksek düzeyde internet bağımlısı olduğu tespit edilmiştir.

Yunanistan'da kırsal alanda ve kentsel alanda yaşayan lise öğrencilerinin internet bağımlılık düzeyleri ve risk altındaki nüfus oranını bulmak amacıyla yapılan ve örneklemini devlet (public) liseleri, akademik (academic) liseler ve meslek (vocational) liselerinde okuyan 2090 öğrencinin oluşturduğu çalışmada katılımcıların %6,1'inin internet bağımlısı olduğu (%3,20 kadın, %2,90 erkek), %21,1'inin internet bağımlılığı açısından yüksek risk taşıdığı bulunmuştur. İnternet bağımlılık düzeyi açısından kentsel alanlarda yaşayanların kırsal alanlarda yaşayanlardan daha yüksek bir orana sahip olduğu tespit edilmiştir.¹⁵ İngiltere' de yapılan, örneklemini İngiltere'deki bir üniversitede okuyan 94 farklı ülkeden 2257 kişinin oluşturduğu bir araştırmada katılımcıların %3,20'sinin internet bağımlısı olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %82,8'i lisans düzeyinde eğitim almaktadır. Diğer katılımcılar ise yüksek lisans ve doktora öğrencileridir.¹⁶ Hindistan' da bir lisede yapılan çalışmanın örneklemini yaşları 17 ile 20 arasında değişen 150 öğrenciden oluşmaktadır ve bu araştırmanın sonucuna göre katılımcıların %40'ı internet bağımlısıdır.¹⁷ Çin' de yapılan ve örneklemini 15-19 yaş aralığındaki 208 adolesandan oluşan çalışmada katılımcıların %6,7'sinin internet bağımlısı olduğu bulunmuştur.¹⁸ Ürdün' de yapılan 587 üniversite öğrencisinin randomize örnekleme yöntemi ile seçildiği çalışmada katılımcıların %40'ının internet bağımlısı olduğu tespit edilmiştir.¹⁹ İtalya' da farklı tür okullardan 2533 öğrencinin dahil edildiği çalışmada katılımcıların %5,01'inin orta, %0,79'unun ise yüksek düzeyde bağımlılığa sahip olduğu tespit edilmiştir.²⁰ Norveç'te yapılan bir çalışmanın örneklemini 12-18 yaş aralığındaki 3237 kişi oluşturmaktadır ve araştırma bulgularına göre katılımcıların %1,98'i internet bağımlısıdır.²¹ Kosoff (2014)'ün Business Insider'da yayınlanan makalesine göre dünya üzerinde 420 milyon kadar internet bağımlısı vardır.²² Kosoff bu tahmini rakamı Cheng ve Li'ye göre söylemiştir.²³

Türkiye'de yapılan bir çalışmanın bulguları ise son derece çarpıcıdır. Araştırmanın örneklemini Balıkesir merkez

ilçesinde yer alan 32 adet liseden seçilen 2853 öğrenci oluşturmaktadır. Bu araştırmaya göre katılımcıların %17,1'i düşük, %66,6'sı orta, %16,3'ü ise yüksek derecede internet bağımlısıdır.²⁴ Konya Selçuk Üniversitesi'nde okuyan 953 öğrenciden oluşan bir örnekleme ile yapılan çalışmada katılımcıların %23,2'sinin internet bağımlılığı belirtisi gösterdiği bulunmuştur.²⁵ Türkiye'de yapılan ve örneklemini bir öğrenci yurdunda kalan 1000 kişiden 698'inin oluşturduğu araştırmaya göre katılımcıların %56,9'unun internet bağımlılığı vardır ve erkeklerde bu oran %61,4 iken kadınlarda %51,6'dır.²⁶

İnternetin can sıkıcı sorunlardan kaçmak veya kötü düşüncelerden uzaklaşmak için kullanılması, online arkadaşlıkların ve ilişkilerin verdiği keyfin sürdürülmesi için gittikçe artan internet kullanım süreleri, ergenlik dönemindeki gençlerin aile kontrolünden yavaş yavaş çıkmaları ile yaşadıkları özgürlük hisleri, internette kişilerin sanal bir dünyada yaşamalarından dolayı daha dürüst olmaları ve problemleri ile cinsel fantezilerini daha açık bir şekilde paylaşabilmeleri gibi sebeplerden dolayı internet bağımlılıkları gelişebilmekte, bu bağımlılıklar da çok sayıda fiziksel, psikolojik ve çevresel problemlerin yaşanmasına sebep olabilmektedir. İnternet bağımlılığının sebep olduğu problemlerden bazıları aşağıdaki gibidir:^{8,27-33}

- Daha uzun süreler internet kullanımı sağlama maksadı ile uyku düzeninin bozulması,
- Uyanık kalabilmek için kafein hapları kullanımı,
- Uyku süresi ve kalitesindeki bozulmalardan dolayı gerçekleşen aşırı yorgunluk, başı ağrı, bağışıklık sistemi bozuklukları,
- Egzersiz eksikliklerinden dolayı ortaya çıkan rahatsızlıklar,
- Boyun kaslarında ağrı ve sertleşme,
- Beden duruşunda bozukluk,
- Elde uyuşma,
- Sırt ve göz ağrıları,
- Görme bozuklukları,
- Konuşma ve gramer bozuklukları,

- Beslenme bozuklukları,
- Yalan söyleme,
- Seks isteğinde azalma,
- Günlük işlere yeterince zaman ayıramama ile ilgili ortaya çıkan problemler. Bunlar çoğunlukla ailesel ilişkileri kötü etkileyen sorunlardır. Örneğin kişi internet bağımlılığı dolayısı ile evini temizleyemez, alışverişini yapamaz, çocuğuna bakamaz hale gelebilir. Bunun yanında online ilişkilere yönelebilir ve siber seks aktivitelerinde bulunabilir.⁸ Bu türden sorunlar da ailesel problemlere yol açabilmektedir.
- Akademik alanda yaşanan performans kayıpları,
- İş hayatında görevleri yerine getirememesi ve hatta işten atılma gibi problemler,
- Aşırı kızgınlık ve internet kullanımını aksatan sebeplere karşı aşırı öfkeli olma hali,
- Düşmanca davranışlar (Hostility)
- Anksiyete, fobik anksiyete.

İnternet Bağımlılığı Tedavisi

İnternet bağımlılığı vakalarının ortaya çıkması ve bu alandaki araştırmaların yoğunlaşmasıyla beraber sağlık çalışanları internet bağımlılığı vakaları ile daha sık karşılaşmaya başlamıştır. Öncü tedavi merkezleri ilk olarak Boston'daki McLean Hastanesi, daha sonra ise Illinois'teki Proctor Hastanesi Bağımlılık Tedavi Enstitüsü'dür. Yataklı bağımlılık rehabilitasyon merkezlerinden bazıları da bünyelerine bir alt uzmanlık dalı olarak internet bağımlılığı tedavisini de eklemiştir.^{8,34} Araştırmalar aynı zamanda internet bağımlılığının alt tiplerini de incelemiştir. Bu alt tipler internete ilişkin seksüel bağımlılıklar, kumar bağımlılıkları ve online oyun bağımlılıkları gibi interneti kullanma amacını farklılaştıran bağımlılıklar olabilmektedir. Örneğin Amerikan Tıp Derneği (AMA) 2008 yılında yaklaşık beş milyon çocuğun online oyun bağımlısı olduğu tahmininde bulunmuştur.¹⁰ Ayrıca internet bağımlılığının altında yatan başka mental bozukluklar da olabilmektedir.

Odabaşoğlu ve arkadaşları, 2007 yılında yoğun internet kullanımı şikâyeti ile kliniğe başvuran on vaka üzerinde incelemelerde bulunmuşlardır.³⁵ Bu çalışmada yer alan bir vakada günde 12-14 saat internet kullanımı şikâyeti olan 12 yaşındaki hastaya, dokuz yaşında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) teşhisi konulduğu ancak tedavisinin yarıda kesildiği öğrenilmiştir. Bunun sonucu olarak DEHB son dönem hastasında internet bağımlılığı geliştirdiği görülmüştür. Aynı çalışmada yer alan bir başka vakada ise yoğun internet kullanımı şikâyeti ile kliniğe başvuran 17 yaşındaki hastada yapılan testlere göre Major Depresyon saptanmıştır. Uygulanan antidepresan tedavisi sonucunda ise internet kullanımında anlamlı bir azalma gözlenmiştir. Bu vaka internet bağımlılığı ile sonuçlanan farklı psikiyatrik problemlerin tedavisinin internet bağımlılığı durumunda da düzelme ile sonuçlanabileceğini göstermiştir. Aynı yaşta benzer bir vakada ise yapılan testler sonucunda hastanın anksiyete, depresyon, sosyal problemler ve içe dönüklük düzeyleri yüksek bulunmuştur. 16 yaşındaki başka bir vaka ise son iki senedir yoğun internet kullanımı, ders başarısında düşüş, anne ile çatışma, dikkatsizlik, dağınıklık gibi şikâyetler ile kliniğe başvurmuştur. Hastanın aile geçmişinden babasının alkol ve amcasının kızının eroin bağımlısı olduğu öğrenilmiştir. Yapılan testler sonucunda hastaya DEHB tanısı konulmuş, internet bağımlılık düzeyi ise yüksek çıkmıştır. Bu vaka bağımlılıkların ailesel geçişinin değerlendirilmesi açısından önem arz etmektedir. Araştırmada yer alan bu vakalar internet bağımlılığı ile farklı psikiyatrik problemlerin ilişkilendirilebilmesi ve ailesel geçiş açısından güçlü kanıtlar sunarken yine aynı araştırmada yer alan başka bir vakada ise yüksek internet bağımlılığından başka hiçbir psikiyatrik probleme rastlanmaması internet bağımlılığının tek başına gelişebileceğini de göstermektedir.

İnternet bağımlılığı tedavisinde öncelikle altta yatan sebepler araştırılmalıdır. Altta yatan bir psikiyatrik rahatsızlık varsa bunun tedavisine yönelik adımlar atılmalıdır. Eğer

internet bağımlılığı başka bir psikiyatrik bozukluğun belirtisi değil ise dürtü bozukluğu ve bipolar bozukluğa yakın olması ve duygudurum dengeleyicisi olması sebebi ile de farmakoterapi uygulanabilir. Bu tedavi yönteminde sıklıkla antidepressanlara başvurulur. Odabaşı (2007)'nin çalışmasında da görülebileceği üzere antidepressan kullanımı internet bağımlılığında olumlu sonuçlar doğurabilmektedir.³⁵ Farmakoterapinin yanı sıra psikoterapi de uygulanabilir. Psikoterapi hem farmakoterapi ile beraber hem de bağımsız bir yöntem olarak uygulanabilmektedir.³⁶

Young, internet bağımlılığı tedavisinin kontrollü kullanım ve kullanımı azaltma üzerine odaklanması gerektiğini belirtmiştir.⁸ Diğer bağımlılıklardan da yola çıkarak

internet bağımlılığı için bir dizi teknik önermiştir. Bunlar içerisinde internet kullanım zamanını değiştirme (tam ters zamanda kullanma), dışsal durdurucuları kullanma (örneğin bir saat internet kullanımı süresi varsa alarm kurulması), hedefler oluşturma (örneğin haftalık internet kullanım süresinin programa bağlanarak azaltılması), özellikle bağımlı olunan uygulamadan uzak durma (örneğin kişi online sohbet odalarını aşırı kullanıyorsa internet kullanabilecek ancak bu uygulamayı kullanmayacaktır), hatırlatma kartları kullanma (internet kullanımının verdiği rahatsızlıklar ile ilgili kartlar hazırlama), alternatif bir uğraşı edinme, destek gruplarına katılma ve aile terapisi gibi teknikler yer almaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Madde ve madde dışı bağımlılıklar toplumsal farklılıklar gözetmeden hemen her toplumda görülebilmektedir. Bazı toplumların bağımlılıklar ile mücadele kültürüne sahip olması, okuryazarlığının yüksek olması, eğitim düzeyinin yüksek olması gibi unsurlar bağımlılıklar ile mücadelede önemli birer etken olsa da böyle ülkelerde de hem madde bağımlılıklarına hem de madde dışı bağımlılıklara rastlanmaktadır. Bağımlılıklar kişilerin ekonomik durumunu, ailesel yaşamını, sosyal yaşamını ve iş hayatını olumsuz etkileyen ve zararlı oldukları bilinmesine rağmen bırakılmayan ileri düzeye taşınmış alışkanlıklar ve davranış bozukluklarıdır. Kişiler bir bağımlılığı edindikten sonra bundan vazgeçememekte ve bu bağımlılıklar çeşitli fiziksel ve mental problemleri de beraberinde getirebilmektedir. Sonuçta bu bağımlılıklar hem kişinin hem de çevresindekilerin hayatını olumsuz etkilemekte, hatta daha ciddi adli olaylara sebep olabilmektedir. Madde dışı bağımlılıklardan biri olan internet bağımlılığı özellikle son 15 yılda dikkati çekmiş, araştırmacılar bu konuda çeşitli araştırmalar yapmıştır. Günümüzde de dünya üzerinde çok sayıda insan internet ve internete ilişkin bağımlılıklara sahiptir ve bunun getirdiği

kötü sonuçlarla mücadele etmektedir. Bu tür bağımlılıklarda bağımlılık yaratıcı davranışların farkında olarak bu davranışları henüz alışkanlık aşamasında değiştirmek, bağımlılık fark edildikten sonra profesyonel destek almak ve bağımlılığın altında yatan veya internet bağımlılığı ile beraber ortaya çıkan diğer psikiyatrik bozuklukların tedavisine önem vermek son derece önemlidir.

Son yıllarda teknolojide yaşanan hızlı gelişmeler, internetin bulunması ve dünya geneline yayılması, iş dünyasının artık teknoloji ve bilişim üzerine yoğunlaşması ve günümüzde birçok işin artık online uygulamalar gerektirmesi günlük hayatta ve iş hayatında teknoloji ve internetin kullanımını kaçınılmaz hale getirmiştir. Hatta artık internetsiz bir hayat düşünülemez durumdadır. Ancak internet kullanımının makul düzeylerde kalması ve bağımlılığa dönüşmemesi gerekmektedir. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de internet ağı gittikçe yaygınlaşmakta, internete ulaşamayan kişi sayısı günden güne azalmaktadır. Akıllı telefonların da yaygınlaşması ile beraber internete bilgisayar dışındaki cihazlardan ulaşmak da mümkün olmaktadır. Bu gelişmelere paralel olarak dünyada ve Türkiye'de internet bağımlılığı

ve buna ilişkin problemlerin yaygınlığı da artmaktadır. Yapılan araştırmalar incelendiğinde Türkiye’de Avrupa ülkelerine oranla internet bağımlılık düzeylerinin daha yüksek çıktığı görülmektedir. Genç nüfusun fazla olması ve internet ağının hızla yaygınlaşması dolayısı ile Türkiye’de internet bağımlılığının artması beklenmektedir. Bu beklentinin gerçeğe dönüşmemesi adına internet bağımlılığının ve alt sebeplerinin farkında olmak, gençleri internet dışındaki aktiviteler konusunda teşvik etmek ve bağımlılık belirtileri gösteren kişilere erken müdahale etmek atılması gereken en önemli adımlar olacaktır.

İnternet bağımlılığının önlenmesinde; ana hatları ile okuma kulüpleri kurulması, yabancı dil, müzik, spor, bisiklet, yürüyüş, dağcılık, oyun, tiyatro, dans eğitimi gibi bir araya getirici aktiviteler organize edilmesi gibi öneriler getirilebilir. Bir eğitmen eşliğinde inceleyerek müzakere etmek için okullarda, belediyelerde, semt konaklarında okuma kulüpleri kurulması gençlerin internet bağımlılığını azaltmalarını sağlayacaktır. Bu kulüplerde ve aktivitelerde yazın ve kışın

ders vermeyi kabul eden öğretmenlerin ders ücretlerinin ödenmesi ve daha sonra ilgili alanda yarışmalar düzenlemesi bu alana ilgiyi artıracaktır.

Kazananların burs vb. imkanlarla desteklenmesi ise gençlerin katılımını sağlayacaktır. Gençlerin ve çocukların farklı alanlarda kendilerini geliştirmesi için belediyelerin, gençlik ve spor bakanlığının ve sivil toplum örgütlenmelerinin sorumluluk üstlenmeleri internet bağımlılığını azaltacaktır. Ayrıca internet üzerinde gençlerin ve çocukların rağbet ettiği savaş oyunlarının ve cinsellik teması içeren görsellerin filtre konularak engellenmesi bağımlılığın önlenmesine önyak olacaktır. İnternet kafelerin de iş yeri açma ruhsatı ve daha sonra denetimi ile filtreleri sürekli kontrol edildiğinde bağımlılığın azaldığı gözlenecektir. Erişkinlerin internet bağımlılığını azaltmak ve hatta bunu kontrol edilebilir hale getirmek için sosyal medya dahil cinsel ve şiddet içeren görüntülerin engellenmesi sorunun çözümü açısından önemli bir yöntem olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1-Petry, N., (2015). Behavioral Addictions: DSM-5 ® and Beyond (Ed.), Oxford University Press, p. 71-101, ISBN:978-0-19-939154-7.
- 2- Colonna, B., (2000). The Addiction Process: A Systemic Cultural Condition. New York:Writers Club Press, p. 1-13, ISBN: 978-0595148387.
- 3- Stocks, M., (1953). Television and the young viewer. The Political Quarterly, 24(4), p. 349-356.
- 4- Shaw, BF., Ritvo, P., Irvine, J., (2011). Addiction and recovery for dummies. John Wiley & Sons, p. 9-23, ISBN: 978-0764576256.
- 5- Sadoff, RL., Drogin, EY., Gurmu, S., (2015). Forensic Implications of Behavioral Addictions. In MS. Ascher & P. Levounis (Eds.), The Behavioral Addictions. American Psychiatric Pub., p. 9-29, ISBN: 978-1-58562-485-0.
- 6- Goldberg’s message 1996, Internet Addiction Support Group, Is There Truth in Jest? John Suler’s The Psychology of Cyberspace. This article created Agust 1996, revised March 1998. <http://users.rider.edu/~suler/psycyber/supportgp.html> (Erişim tarihi: 05.09.2016).
- 7- Şenormancı, Ö., Konkan, R., Sungur, MZ., (2010). İnternet bağımlılığı ve bilişsel davranışçı terapisi. Psychiatry Dergisi, 11, s. 261-268.
- 8- Young, KS., (1999). Internet addiction: Evaluation and treatment. Student British Medical Journal, 7, p. 351-352.
- 9- Griffiths, M., (2000). Internet addiction-time to be taken seriously?. Addiction research, 8(5), p. 413-418.
- 10- Young, KS., Abreu, CN., (2010) Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment (Eds.), John Wiley & Sons, p. 3-19, ISBN: 978-0-470-55116-5.
- 11- Griffiths, MD., (1999). Internet addiction: Internet fuels other addictions. Student British Medical Journal, 1, p. 428-429.
- 12-Young, KS., (2014). Internet addiction a new clinical phenomenon and its consequences. American behavioral scientist, 48(4), p. 402-415.
- 13- International Telecommunication Union ICT Facts and Figures, 2005,2010, 2014:<http://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/facts/default.aspx>, Erişim Tarihi: 10.10.2016
- 14- TÜİK Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2014: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16198>, Erişim tarihi: 04.09.2016
- 15- Stavropoulos, V., Alexandraki, K., Motti-Stefanidi, F., (2013). Recognizing internet addiction: prevalence and relationship to academic achievement in adolescents enrolled in urban and rural Greek high schools. Journal of adolescence, 36(3), p. 565-576.
- 16- Kuss, DJ., Griffiths, MD., Binder, JF., (2013). Internet addiction in students: Prevalence and risk factors. Computers in Human Behavior, 29(3), p. 959-966.
- 17- Vaidya, N., Jaiganesh, S., Krishnan, J., (2016). Prevalence of Internet addiction and its impact on the physiological balance of mental health. National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology, 6(1), p. 97-100.
- 18- Fu, KW., Chan, WS., Wong, PW., Yip, PS., (2010). Internet addiction: prevalence, discriminant validity and correlates among

adolescents in Hong Kong. The British Journal of Psychiatry, 196(6), p. 486-492.

19- Al-Gamal, E., Alzayyat, A., Ahmad, M., (2016). Prevalence of Internet addiction and its association with psychological distress and coping strategies among university students in Jordan. Perspectives in psychiatric care, 52(1), p. 49-61.

20- Poli, R., Agrimi, E., (2012). Internet addiction disorder: prevalence in an Italian student population. Nordic journal of psychiatry, 66(1), p. 55-59.

21- Johansson, A., Götestam, KG., (2004). Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12–18 years). Scandinavian journal of psychology, 45(3), p. 223-229.

22- Kosoff, M. Study: 420 Million People Around The World Are Addicted To The Internet. İçinde:
<http://www.businessinsider.com/420-million-people-are-addicted-to-the-internet-study-2014-12> , Erişim tarihi: 09.10.2016.

23- Cheng, C., Li, AYL., (2014). Internet addiction prevalence and quality of (real) life: A meta-analysis of 31 nations across seven world regions. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 17(12), p. 755-760.

24- Yılmaz, E., Şahin, YL., Haseski, Hİ., Erol, O., (2014). Lise öğrencilerinin internet bağımlılık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi: Balıkesir ili örneği. Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 4(1), s. 133-144.

25- Balcı, Ş., Gülnar, B., (2009). Üniversite öğrencileri arasında internet bağımlılığı ve internet bağımlılarının profili. Selçuk Üniversitesi İletişim Fakültesi Akademik Dergisi, 6(1), s. 5-22.

26- Mayda, AS., (2015). Bir Öğrenci Yurdunda Kalan Üniversite Öğrencilerindeki İnternet Bağımlılığı İle Beck Depresyon Ölçeği Arasındaki İlişki. Konuralp Tıp Dergisi, (1), s. 6-14.

27- Kim, Y., Park, JY., Kim, SB., Jung, IK., Lim, YS., Kim, JH., (2010). The effects of Internet addiction on the lifestyle and dietary behavior of Korean adolescents. Nutrition research and practice, 4(1), p. 51-57.

28- Ko, CH., Yen, JY., Liu, SC., Huang, CF., Yen, CF., (2009). The associations between aggressive behaviors and Internet addiction and online activities in adolescents. Journal of Adolescent Health, 44(6), p. 598-605.

29- Yellowlees, PM., Marks, S., (2007). Problematic Internet use or Internet addiction?. Computers in human behavior, 23(3), p. 1447-1453.

30- Yen, J. Y., Ko, CH., Yen, CF., Chen, SH., Chung, WL., Chen, CC., (2008). Psychiatric symptoms in adolescents with Internet addiction: comparison with substance use. Psychiatry and clinical neurosciences, 62(1), p. 9-16.

31- Seo, M., Kang, HS., Yom, YH., (2009). Internet addiction and interpersonal problems in Korean adolescents. Computers Informatics Nursing, 27(4), p. 226-233.

32- Schneider, JP., (2000). Effects of cybersex addiction on the family: Results of a survey. Sexual Addiction & Compulsivity. The Journal of Treatment and Prevention, 7(1-2), p. 31-58.

33-Young, KS., (2004). Internet addiction a new clinical phenomenon and its consequences. American behavioral scientist, 48(4), p. 402-415.

34- Young, KS., (1998). Caught in the net: How to recognize the signs of internet addiction and a winning strategy for recovery. John Wiley & Sons, p. 1-12, ISBN: 978-0471191599.

35- Odabaşoğlu, G., Öztürk, Ö., Genç, Y., Pektaş, Ö., (2007). On olguluk bir seri ile internet bağımlılığı klinik görünümleri. Bağımlılık Dergisi, 8(1), s. 46-51.

36- Arısoy, Ö., (2009). İnternet bağımlılığı ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1(1), s. 55-6.

Kinoa ve Sağlık Üzerine Etkileri

Quinoa and The Effects on Health

Maide BAYRAM¹, Sultan PEKACAR², Didem DELİORMAN ORHAN³

ÖZ

Amaranthaceae familyasına ait bir tür olan Kinoa (*Chenopodium quinoa* Willd.) farklı toprak ve iklim koşullarına uyum sağlayabilen 7000 yıldır And Dağlarında yetişen bir bitkidir. Bitki protein, karbonhidrat, esansiyel amino asitler, mineraller ve vitamin yönünden yüksek besin değerine sahiptir. Kinoa da bulunan fitoekdisteroitler, fenolik asitler, flavonoid gibi sekonder metabolitler sağlığı olumlu yönde etkilemektedir. Tohumlar gluten içermediğinden dolayı çölyak hastaları için güvenle tüketilen bir tahıl olmakla beraber antidiyabetik, antioksidan ve immünomodülatör aktiviteleri de mevcuttur.

Anahtar Kelimeler: Besin, Kinoa, Sağlık

ABSTRACT

Quinoa (*Chenopodium quinoa* Willd.) is a plant that belongs a family of the *Amaranthaceae* and has been cultivated along the Andes Mountains for 7000 years to adapt to different soil and climatic conditions. The plant has high nutritional value in terms of protein, carbohydrate, essential amino acids, minerals and vitamins. Secondary metabolites such as phytoecdisteroids, phenolic acids, flavonoids found in quinoas affect our health positively. Because these seeds do not contain gluten, it is a safe cereal for celiac disease as well as antidiabetic, antioxidant and immunomodulatory activities.

Keywords: Food, Quinoa, Health

¹Eczacı, Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi.

²Eczacı, Farmakognozi ABD., Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi.

³Prof. Dr., Farmakognozi ABD., Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi.

GİRİŞ

Kinoa, (*Chenopodium quinoa* Willd.), 4500 m yükseklikteki Bolivya'dan deniz seviyesindeki Şili'ye kadar çok değişik iklimsel koşullarda, 7000 yıldır And Dağlarında yetişen *Amaranthaceae* familyasına ait bir türdür.¹ Kuzey Şili'deki arkeolojik bulgular, kinoanın M.Ö. 3000'den önce kullanıldığını göstermektedir.²

'Ana tahıl' adı verilen Kinoa, besleyici değeri yüksek, genetik değişkenlik, olumsuz iklim ve toprak koşullarına iyi uyum sağlama, kullanım yöntemleri çeşitliliği ve düşük üretim maliyeti nedeniyle stratejik bir üründür.¹

Kinoanın beslenme ile ilgili yararları ve tarımsal çok yönlülüğü Birleşmiş Milletler Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) tarafından vurgulanmıştır. FAO, ürünün Güney Amerika'dan diğer kıtalara yayılması, dünya çapında çeşitli bölgelerde özellikle nüfusun protein kaynaklarına erişiminin olmadığı veya üretim koşullarının düşük nem oranıyla sınırlandırıldığı ülkelerde gıda kaynaklarına katkıda bulunma potansiyeli yüksek bir ürün olduğunu rapor etmiştir. Temmuz 2011'de Latin Amerika ve Karayipler Bölge Ofisi tarafından 'Uluslararası Kinoa Yılı' bildirgesini destekleyen 37. FAO Konferansına, 'Kinoa: Dünya Gıda Güvenliği'ne Katkı Sağlayan Eski Bir Bitki' raporunun sunulmasından sonra 2013, Uluslararası Kinoa Yılı olarak ilan edilmiştir.³

Bitki, farklı ekolojik özelliklere sahip tarım alanları için kayda değer bir uyum sağlama özelliğine sahiptir¹. Kinoa tek yıllık, tohumla çoğalan (terofit) otsu bir bitkidir.⁴

Bağıl nem oranının %40 ile %88 arasında olduğu ortamlarda büyüebilir ve 4°C ila 38°C arasındaki sıcaklıklara dayanır. Çok verimli bir su bitkisidir, toprak nemi eksikliğine dirençlidir. Başlıca üretici ülkeler; Bolivya, Peru ve Amerika Birleşik Devletleri olmasına rağmen, kinoa üretimi

diğer kıtalara yayılmakta ve halen Avrupa ve Asya'daki birçok ülkede yüksek verimle yetiştirilmektedir.¹

Ülkemizde ise kinoa üretimi, 2010 yılında bu ürünü ilk kez duymuş çiftçiler tarafından başlatılmıştır. Bu süre zarfında üniversiteler ve araştırma enstitüleri tarafından yürütülen araştırmalar ile; kinoanın ülkemiz koşullarına adapte olan çeşitleri belirlenmeye, verim odaklı bitki besleme programları ve ekim dönemleri tespit edilmeye başlanmıştır. 2015 yılına gelindiğinde aradan geçen 4 yıllık süreçte, kinoa üretimini başarıyla sonuçlandıran profesyonel üreticiler ortaya çıkmaya başlamıştır ve 2015 yılından itibaren, ticari boyutta üretim modellerine geçilmeye başlanmıştır.⁵

Kinoa, geleneksel tahıllardan daha yüksek besin değerine sahiptir. Yüksek yağ ve protein içeriği nedeniyle yalancı-tahıl (tahıl benzeri) olarak adlandırılmıştır. Kinoa, tüm esansiyel amino asitleri, iz elementleri, vitaminleri içeren ve gluten içermeyen tek bitkisel kaynaklı besindir. Pirinç ve buğday gibi esansiyel aminoasitlerini kabukta içeren tahılların aksine kinoada bu aminoasitler tahıl çekirdeğinde bulunmaktadır.¹

Kinoa çeşitli hastalıkların riskini azaltmayı amaçlayan bir "fonksiyonel gıda" örneğidir. Fonksiyonel özellikleri, beyin nöron işlevlerinde özellikle hücre zarını koruyarak insan sağlığına ve beslenmesine güçlü katkıda bulunabilen; vitaminler, mineraller, yağ asitleri ve antioksidan içeriklerinden dolayıdır. Kinoa mineralleri enzimler için kofaktör görevi görür. Kinoa ayrıca insan beslenmesi için diğer bitki gıdalarına göre avantaj sağlayan fitohormonları da içermektedir.¹

Bu derlemede son 1-2 yıldır çok zengin besin içeriğinden dolayı "fonksiyonel bir gıda" olarak lanse edilen kinoa tohumlarının besin içeriklerinden ve özellikle obez kişiler tarafından kullanımının sağlık faydası

oluşturup oluşturamayacağı hususlarında yapılan son bilimsel çalışmaların ışığında yorumlar yapılacaktır.

Kimyasal İçerik

Proteinler

Çoğu tahıllarla karşılaştırıldığında, kinoa tohumlarının besin değeri çok yüksektir. Kinoa tohumları yüksek protein içeriğine sahiptir. Kinoa; albümin ve globulinler, proteinlerin büyük kısmını oluşturup prolaminlerden daha fazla miktarda bulunur (Tablo 1). Kinoa, glutensiz bir tahıl olarak düşünülür. Çünkü çok az veya hiç prolamin içermemektedir Kinoa, çölyak hastaları gibi gluten toleransına sahip olmayan kişiler için özel olarak besleyici, ekonomik, hazırlanması kolay, lezzetli bir besin kaynağıdır.^{6,7}

FAO/WHO'ya göre kinoa proteinleri, yeterli miktarda aromatik aminoasit (fenilalanin ve tirozin), histidin, izolösin, treonin ve valin içerir. Kinoa proteinlerinin içerdiği tüm esansiyel aminoasitler 10-12 yaş arası çocuklar için FAO/WHO'nun öngördüğü gereksinimler için yeterlidir.⁷

Tablo 1. Kinoa Tohum İçeriği⁶⁻⁸

İçerik	Miktar
Protein	
Total Protein	% 8-22
Albumin ve Globulinler	% 44-77
Prolaminler	% 0,5-7
Yağ asitleri	
Doymuş Yağ Asitleri	% 12,3-19
Tekli Doymamış Yağ Asitleri	% 25-28,7
Oleik Asit	% 58,3
Linoleik Asit	% 90
Skualen	33,9-58,4 mg/100 g
Mineral	
Demir	81 mg/kg
Kalsiyum	874 mg/kg
Vitamin	
Folik Asit	78,1 mg/100g
C Vitamini	16,4 mg/100g
E Vitamini	0,59-2,6 mg/100g
Tiamin	0,4 mg/100g

Karbonhidratlar

Kinoa, ihtiva ettiği karbonhidratlar ile (nişasta, diyet lifi, çözünebilir ve çözünemeyen diyet liflerine ek olarak maltoz, D-galaktoz, D-riboz, fruktoz ve glukoz gibi basit şekerler) temel bir besin içeriğine sahiptir. Enerji sağlanması, tokluk/gastrik boşalma üzerine etki, kan şekeri kontrolü ve insülin metabolizması, protein glikozilasyonu kolesterol ve trigliserit metabolizmasında farklı fizyolojik etkilere sahip olabilirler. Kinoa'dan izole edilen karbonhidratlar yararlı hipoglisemik etkilere sahip oldukları ve serbest yağ asitlerinin indirgenmesine neden oldukları için nutrasötik bir gıda kaynağı olarak düşünülebilir.⁷

Yağlar

Kinoa tohumları, zengin lipit içeriği nedeniyle alternatif bir yağ bitkisi olarak düşünülebilir. Araştırmacılar, kinoa lipitlerinin doymuş yağ asit içeriğinin büyük bir kısmını palmitik asit oluşturduğunu görmüşlerdir. Doymamış yağ asit oranı yüksektir. Oleik asit büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Omega-6 ve omega-3 yağ asitleri, esansiyel yağ asitleri olup insan vücudunda sentezlenemez, gıdalardan elde edilmeleri gerekir. Esansiyel yağ asitleri, 20 ve 22 karbon atomlu daha uzun zincirli yağ asitlerine metabolize edilir. Linoleik asit, araşidonik asite ve linolenik asit, eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asite (DHA) metabolize edilir. EPA ve DHA, prostaglandin metabolizması, tromboz ve ateroskleroz, immünolojik ve enflamasyon olaylarında ve membran fonksiyonlarında rol oynarlar.⁷

Linoleik asit (C18:2), kinoa tohumlarında tanımlanan en bol miktarda bulunan çoklu doymamış yağ asitlerinden (PUFA) biridir; PUFA'ların kardiyovasküler hastalık ve artmış insülin duyarlılığı üzerinde çeşitli olumlu etkileri vardır. Bir diğer önemli özelliği ise, tohumlarda lipit oksidasyonuna karşı doğal bir savunma görevi gören E

vitamininin yüksek miktarda olmasıdır (Tablo 1).⁷

Skualen ve fitosteroller, gıdaların sabunlaşmayan lipit fraksiyonunda bulunan bileşenlerdir. Skualen, kolesterol biyosentezinde bir aracıdır ve kinoa lipit fraksiyonunda bulunur. Etkili antioksidan aktivitesinin yanı sıra tokoferollerin özellikle kardiyovasküler sistem sağlığı ve kansere karşı korunmada olası bir rol oynadığı bilinmektedir. Fitosteroller ise bitkisel yağlar, tohumlar ve tahıllarda bol bulunan bitki hücre zarlarının doğal bileşikleridir. Fitosterollerin de antiinflamatuvar, antioksidatif, antikanserojenik ve kolesterol düşürücü gibi farklı etkileri bulunmaktadır.⁷

Mineraller ve Vitaminler

Kinoa, iyi bir mineral kaynağıdır. Diğer tahıllardan daha fazla kalsiyum, magnezyum, potasyum, fosfor, çinko ve demir içermektedir.⁶

Ulusal Bilimler Akademisi'ne (2004) göre, 100 g kinoa tohumunda bulunan magnezyum, manganez, bakır ve demir, bebekler ve yetişkinlerin günlük ihtiyaçlarını karşılar, 100 g'daki fosfor ve çinko içeriği çocuklar için yeterlidir. Ancak yetişkinlerin günlük ihtiyaçlarının %40-60'ını karşılar. Potasyum içeriği, bebek ve yetişkin gereksinimlerinin %18 ile %22'sini, kalsiyum gereksinimlerinin de %10'unu karşılamaktadır.⁷ Demir ve kalsiyum içerikleri mısır ve arpadan daha yüksektir (Tablo 1).⁸

Kinoa, vitamin gibi mikro elementler bakımından da zengindir. Tohumları folik asit (78,1 mg/100 g) ve C vitamini (16,4 mg/100 g) kaynağı olmasının yanı sıra E vitamini (0,59-2,6 mg/100 g), tiamin (0,4 mg/100 g) için de iyi bir kaynaktır. Tohumların 100 g'lık miktarları çocukların ve yetişkinlerin günlük B6 vitamini ve folik asit gereksinimlerini karşılayabilmektedir. 100 g'daki riboflavin içeriği çocukların günlük ihtiyaçlarının %80'ini, yetişkinlerin %40'ını oluşturmaktadır.^{6,7} Niasin ve α -karoten açısından da çok zengindir.⁸

Fenolik Maddeler

Kinoada fenolik asitler ve flavonoidler ana fenolik madde grubu içinde yer alır. Yüksek fenolik madde içeriğine sahip tohumlar daha güçlü antioksidan aktivite, α -glukozidaz ve pankreatiklipaz enzim inhibitörü aktivite göstermiştir.⁹

Kinoadaki asit hidrolizi ile açığa çıkan kemferol ve kersetin miktarı geleneksel olarak kullanılan yenilebilir bitkilerden daha yüksektir. Japonya'da yetiştirilen kinoa tohumlarının, antioksidan ve biyoaktif flavonoid kaynakları olarak tahıllar ve yalancı tahıllar arasında en etkili fonksiyonel gıda olduğu sonucuna varılmıştır.¹⁰

Japonya'da 5 farklı tarlada kültürü yapılan kinoa örneklerinin tohumlarından hazırlanan ulu metanollü ekstraktlardan, kromatografik analiz tekniklerini kullanılarak kersetin ve kemferol glikozitleri izole edilmiştir.¹⁰

Tang ve ark. (2016), beyaz, siyah ve kırmızı kinoa tohumları üzerinde yaptıkları araştırmalarda; 8,5'-diferulik, 4-hidroksi-benzoik, kafeik, siringik, ferulik, sinapik, rosmarinik ve klorojenik asitlerin her üç örnekte de bulunduğunu HPLC ve LC-MS tekniklerini kullanarak tespit etmişlerdir.⁹

Kinoa tohumlarının dış kısmında böceklerle ve mikroorganizmalara karşı koruma görevi olan biyoaktif fitokimyasallar bulunur. Fenolik maddeler içinde; fenolik asitler, flavonoidler ve tanenler yer almaktadır. Fenolik asitler tohum kabuklarında mevcuttur. Kemferol ve glikozitleri (glukozit, galaktozit ve diramnozit), kersetin ve glikozitleri (rutinozit ve arabinozit), biochanin A, puerarin, naringin, mirsetin, daidzein, genistein, (-)-epikateşin, (-)-epigallokateşin, vanilin, gallik asit, izoferulik asit, benzoik, *p*-hidroksibenzoik, 3,4-dihidroksibenzoik asit ve 4-glukoziti, 2,5 ve 2,4-dihidroksi benzoik asitler ana fenolik maddeler olarak tespit edilmiştir.¹¹

Antinütrisyonel İçerikleri

Kinoadaki antinütrisyonel içerikler; saponin, fitik asit ve tripsin inhibitörleridir.⁶

Saponinler

Saponinler, bitkilerde bulunan geniş bir glikozit grubudur. Tohum kabuğunda bulunan temel besleyici öğelerin vücutta kullanılmasını engelleyen (antinutrisyon) bileşiklerdir. Sıçanlar üzerindeki çalışmalar, yıkanmamış kinoa diyetleri ile beslenen hayvanlarda, tüketilen gıdaların azalan absorpsiyonundan dolayı büyüme geriliği oluştuğu gözlenmiştir.⁷

Woldemichael ve Wink (2001), kinoa tohumlarından; fitolakkagenik asit, oleanolik asit ve hederagenin aglikon yapısını içeren saponin glikozitlerini kromatografik teknikler kullanarak izole etmişlerdir.¹²

Kinoada dört ana yapıya sahip saponenin teşhis edilmiştir: Doleanolik asit, hederagenin, fitolakkagenik asit ve 30-O-metilspergulagenat. En çok içerdikleri şeker molekülleri; glukoz, arabinoz ve galaktozdur.⁷

Kinoanın diğer kısımlarından da triterpen yapısında saponinler izole edilmiştir (3β-hidroksi-23-okso-olean-12-en-28-oik asit, 3β-hidroksi-27-okso-olean-12-en-28-oik asit, serjanik asit, oleanolik asit, fitolakkagenik asit, hederagenin ve 3β,23,30-trihidroksi olean-12-en-28-oik asit).¹³

Saponinlerin analjezik, antiinflamatuvar, antimikrobiyal, antioksidan, antiviral, hemolitik, immünoestimulan ve sitotoksik aktiviteleri, bağırsak mukozası sinir koruyucu etkisinin geçirgenliğinin artırılması ve yağ emiliminin azaltılması gibi çok çeşitli biyolojik aktiviteleri vardır.⁷

Fakat bazı saponinler çözünmez kompleksler oluşturabilirler. Ayrıca tadları acıdır ve sulu çözeltileri köpük oluşturmaktadırlar.⁷

Biyolojik Aktiviteleri

Antimikrobiyal ve Antifungal Etkileri

Kinoa tohumlarından hazırlanan saponin fraksiyonu, *Candida albicans* suşunun büyümesini 50 µg/ml (Minimum İnhibitör Konsantrasyonu (MİK)) konsantrasyonda inhibe etmiştir. Bu fraksiyondan izole edilen saponinlerden sadece 3-O-α-D-glukopiranozil-(1→3)-α-L-arabinopiranozilfitolakkagenik asit bu suş üzerinde ≤ 100 µg/ml MİK değeri ile etkili olmuştur.¹²

Şili’de 3 farklı coğrafi bölgeden toplanmış 6 farklı tohumdan absölu etanol ile hazırlanan ekstrelerin hepsi 8,3-14,8 mm inhibisyon çapı ile *E. coli*’ye, 8,5-15,0 mm inhibisyon çapı ile *S. aureus* suşlarına karşı etkili bulunmuştur. Pozitif kontrol olarak kullanılan Amoksisilin (100 µg/ml) 20,61±0,13 mm inhibisyon çapı ile *E. coli*, 28,03±1,19 mm. inhibisyon çapı ile *S. aureus* suşlarına karşı etkili bulunmuştur. Sonuçta tohum ekstrelerinin amoksisiline göre daha etkili antimikrobiyal etki gösterdiği tespit edilmiştir.¹⁴

Kinoa tohumlarından 6 farklı solvan (hekzan, aseton, etanol, metanol, etil asetat ve su) ile hazırlanan ekstrelerin, Gram pozitif bakterilerden *Enterococcus faecalis* ATCC43062 ve *Staphylococcus epidermidis* ATCC 33501 suşlarına karşı antimikrobiyal etkileri incelenmiştir. Metanol ekstresinin *E. faecalis* ATCC 43062 suşuna karşı IC₅₀ değeri 18,75±0,03 iken *S. epidermidis* ATCC 33501 suşuna karşı bu değerlerin 14,55±0,02 ila 15,59±0,05 arasında değiştiği tespit edilmiştir.¹⁵

Park ve ark. (2017), Amerika ve Peru’dan ithal edilen ve Kore’de kültürü yapılan kinoa örneklerinin antimikrobiyal etkilerini incelemişlerdir. Tohumların etanolü ekstrelerinin, gıda kaynaklı patojenlere (*Staphylococcus aureus*, *Listeria monocytogenes*, *Bacillus cereus*, *Escherichia coli*, *Salmonella typhimurium* ve *Campylobacter jejuni*) karşı herhangi bir etki göstermediği görülmüştür.¹⁶

Antidiyabetik ve Kilo Kontrolü Üzerindeki Etkileri

α -amilaz ve α -glukozidaz, ince bağırsakta karbonhidrat sindirimiyle ilgili anahtar enzimlerdir. Bu enzimlerin inhibitörleri, diyabetik hastalarda nişastanın parçalanmasını geciktirir ve tokluk kan glikoz seviyelerini düşürür. Sentetik inhibitörler, tip II diyabet hastalarında, hipergliseminin etkili kontrolü için klinik olarak kullanılmaktadır. Ancak bu sentetik antidiyabetik ilaçlar insanlarda advers etkilere sahiptir. Bu durum, doğal ve güvenilir alternatifler bulmak için zorlayıcı bir durum oluşturmuştur. Gıda tahıllar ve baklagil tohumları da dahil olmak üzere çeşitli bitkisel kaynaklardan elde edilen fenolik bileşiklerin, α -amilaz ve α -glukozidaz aktivitelerini inhibe ettiği ve kan glikoz seviyelerinin daha iyi kontrol altına alınmasına olanak sağladığı gösterilmiştir. Bu nedenle bu fitokimyasal maddeler, nişasta parçalanması ve bağırsak glikoz absorpsiyonu dahil ilgili enzim aktivitelerinin kontrol edilmesi için cazip bir strateji sunarlar.¹⁷

Hemalatha ve ark. (2016), kinoanın tam tane, kabuk, kabuğu çıkarılmış tane, öğütülmüş tane ve kepek fenolik ekstralarının α -glukozidaz ve α -amilaz enzim inhibitörü aktivitelerini test etmişlerdir. 108, 162 ve 216 $\mu\text{g/ml}$ konsantrasyonlarda kepek fenolik ekstresi %49,7, %70,6 ve %89,5 inhibisyon oranları ile diğer ekstralardan daha güçlü α -amilaz enzim inhibitörü aktivite göstermiştir. Bu çalışmada akarbozun IC_{50} değeri $7,21 \pm 0,40$ olarak bulunmuştur. Kepek fenolikekstresi, α -glukozidaz enzimi üzerinde de diğer enzimde olduğu gibi en yüksek inhibitör aktiviteyi (120 $\mu\text{g/ml}$ konsantrasyonda %91,8 inhibisyon) göstermiştir.¹⁷

Kinoa, haşaratlara karşı bitki savunmasıyla ilişkilendirilen ve memelilerde faydalı farmakolojik etki gösteren, biyolojik olarak aktif fitoekdisteroitleri yüksek miktarda içerir. En yaygın olarak bulunan 20-hidroksiekdisteroittir (20HE).¹⁸

Kinoa tohumlarından izole edilen 20HE, 25-50 mg/kg dozlarda yüksek yağ içeren diyet ile beslenen sıçanlara 12 hafta boyunca verilmiş, insülin hassasiyeti artmış, vücut ağırlığı ve kaslardaki yağ depolarında azalma tespit edilmiştir.¹⁹

Kinoa tohum ekstresinin, adiposit-spesifik gen ekspresyonunun düzenlenmesi ve diyet nedenli obezitenin önlenmesi üzerindeki etkisi değerlendirilmiştir. 3 hafta boyunca, fareler 20HE ile zenginleştirilmiş kinoa diyeti, standart düşük yağ içeren diyet veya saf 20HE içeren yüksek yağ içeren diyet ile beslenmişlerdir. Kinoa ile desteklenmiş yüksek yağ içerikli diyet ile beslenen farelerin kilo artışında bir değişiklik olmamıştır. Bu adipoz dokuya özel etkinin, lipid depolamanın bir parçası olan birçok genin ekspresyonundaki azalmayla bağlantılı olduğu düşünülmüştür.²⁰

20HE'nin anti-obezite, antidiyabetik ve yüksek yağ içerikli diyet ile beslenen sıçanlardaki etkilerinin incelendiği çalışmalarda, 20HE'nin diyet ile alınan lipid absorpsiyonunu azalttığı, glikoz oksidasyonunda, enerji harcanmasında ve mitokondriyal oksidatif fosforilasyonda artış oluşturduğu tespit edilmiştir.^{19,20}

Diyet nedenli obezitenin önlenmesinde ve farelerde adiposit spesifik genlerin eksprese edilmesinin düzenlenmesi için 20HE ile zenginleştirilmiş kinoa ekstresinin etkilerinin incelendiği bir çalışmada, fareler 3 hafta boyunca düşük ve yüksek yağ içerikli diyet (HF) ile beslenmişlerdir. Daha sonra bu gruplara saf 20HE ve 20HE ile zenginleştirilmiş kinoa ekstresi verilmiştir. 20HE ile zenginleştirilmiş kinoa ekstresi uygulanan gruplarda vücut ağırlığı artmadan HF diyet ile beslenen hayvanların adipoz doku gelişimlerinde azalma tespit edilmiştir. Görülen azalmanın küçülen adiposit çapı, lipoprotein lipaz ve fosfoenolpiruvat karboksikinaz enzimlerini de kapsayan lipid depolanması ile ilgili spesifik genlerin ekspresyonundaki azalma ile bağlantılı olduğu düşünülmüştür. Bu sonuçlar, benzer miktarlarda saf 20E ile takviye edilmiş HF

diyeti ile beslenen farelerde de görülmüştür.²¹

Diyet-nedenli obez ve açlık kan şekeri 200 mg/dl üzerinde olan hiperglisemik farelere, akut oral olarak uygulanan kinoa tohumlarından elde edilen sulu ekstre (QL) 250 ve 500 mg/kg dozlarda verilmiştir. Kan şekeri QL grubunda doz bağımlı olarak %36,2 ve %18,5 oranında düşerken, Metformin grubunda (300 mg/kg) %26,4 oranında düşmüştür. Etkili olan QL'nin içeriğinde %0,86 20HE, %1 total fitoekdisteroit, %2,59 flavonoit glikozit, %11,9 yağ ve %20,4 protein olduğu tespit edilmiştir.¹⁸

Antioksidan Aktivite

DPPH Radikal Süpürücü Aktivite

Fenolik bileşiklerin biyolojik ve farmakolojik aktivitelerinin, serbest radikal süpürücü özellikleriyle ilişkili olduğu bilinmektedir. Yüksek DPPH radikal süpürücü aktive düşük bir IC₅₀ değeri ile ilişkilidir. Kinoanın tam tane, kabuk, kabuğu çıkarılmış tane, öğütülmüş tane ve kepek fenolik ekstrelerinin farklı IC₅₀ değerleri ile güçlü ve farklı DPPH radikal süpürücü etkilerinin olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmada kepek (IC₅₀, 9,84 µg/ml) ve kabuk(IC₅₀, 12,45 µg/ml) fenolik ekstreleri güçlü radikal süpürücü aktivite sergilemiştir. Bununla beraber bütün tane (IC₅₀, 14,71 µg/ml), kabuğu çıkarılmış (IC₅₀, 23,61 µg/ml) ve öğütülmüş taneden (IC₅₀, 31,90 µg/ml) daha yüksek radikal süpürücü aktivite göstermiştir.¹⁷

Kinoa tohumlarından 6 farklı solvan (hekzan, aseton, etanol, metanol, etil asetat ve su) ile hazırlanan ekstrelerin, DPPH radikal süpürücü etkilerine baktığımızda sulu ekstrelerin güçlü bir aktivite (%82,71±0,03) gösterdiği görülmüştür. Sulu ekstrelerin IC₅₀ değeri 14,71±0,02, askorbik asitin IC₅₀ değeri ise 7,15±0,13 olarak tespit edilmiştir.¹⁵

Park ve ark. (2017), Amerika ve Peru'dan ithal edilen ve Kore'de kültürü yapılan kinoa

örneklerinin DPPH radikal süpürücünü etkilerini incelemişler ve Kore örneklerinden hazırlanan etanol ekstrelerinin (IC₅₀: 0,25±0,01) en yüksek aktiviteye sahip olduğu bulunmuştur.¹⁶

Hidrojen Peroksit Süpürücü (H₂O₂) Aktivite

Kinoa'nın tam tane, öğütülmüş tane, kabukları ayrılmış tane, gövde ve kepek kısımlarından hazırlanmış fenolik ekstrelerin H₂O₂ süpürücü aktivite sonuçları, DPPH radikal süpürücü aktiviteye benzer olarak kepek ve kabuk fenolik ekstrelerinin diğer kısımlardan daha güçlü H₂O₂ süpürücü aktiviteye sahip olduğunu göstermiştir.¹⁷

Demir III İyonu İndirgeme Gücü

Tam tane, öğütülmüş tane, kabukları ayrılmış tane, gövde ve kepek kısımlarından hazırlanmış fenolik ekstrelerin, demir (III) iyonu indirgeme gücü incelendiğinde kepek fraksiyonunun (10,15 mmol Fe⁺²ekivalen/g yağı alınmış kepek) indirgeme gücünün diğer ekstrelerden daha güçlü, öğütülmüş tane fenolik ekstrelerinin (3,85 mmol Fe⁺²ekivalen/g) ise en zayıf aktiviteye sahip olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar, kinoa ekstrelerinin radikal zincir reaksiyonlarını sonlandırma ve oksidatif hasarı durdurma kapasitesine sahip olduklarını göstermektedir.¹⁷

Park ve ark. (2017), Amerika ve Peru'dan ithal edilen ve Kore'de kültürü yapılan kinoa örneklerinin etanol ekstrelerinin demir iyonu indirgeme gücünü test etmişler ve özellikle Kore örneğinin en güçlü aktiviteye (13,13±0,22 mM Fe⁺²/kg kuru materyal) sahip örnek olduğu sonucuna varmışlardır.¹⁶

Metal Şelatlama Aktivitesi

Tam tane, öğütülmüş tane, kabukları ayrılmış tane, gövde ve kepek kısımlarından hazırlanmış fenolik ekstrelerin metal şelatlama aktivitesinin test edildiği bir

çalışmada, özellikle öğütölmüş tanelerin (9,25±0,60 µmol EDTA ekivalen/g) ve kabukları ayrılmış tanelerin (6,89±0,80 µmol EDTA ekivalen/g) fenolik ekstralarının güçlü metal şelatlama aktivitesine sahip oldukları tespit edilmiştir. Sonuçlar, bu ekstraların metal şelatlama özelliklerinden dolayı fonksiyonel gıda bileşeni olarak kullanılabilceğini ve aşırı metal depolanmasına bağılı hastalıklarda ve bir geçiş metali iyonunu içeren tüm oksidatif stres koşullarında faydalı olabileceğini düşündürmektedir.¹⁷

Antikanser Aktivite

Kuljanabgavad ve ark.(2008), kinoadan elde ettikleri triterpen saponinlerin antikanser aktivitelerini test ettikleri bir çalışmada, bisdezmoidik yapıdaki 3β-[(O-β-D-glukopiranozil-(1→3)-α-l-arabinopiranozil)oksi]-23-okso-olean-12-en-28-oik asit β-D-glukopiranozit, 3β-[(O-β-D-glukopiranozil-(1→3)-α-l-arabinopiranozil)oksi]-27-okso-olean-12-en-28-oik asit β-D-glukopiranozit, 3-O-α-l-arabinopiranozilserjanik asit 28-O-β-D-glukopiranozil ester ve 3-O-β-D-glukuronopiranozilserjanik asit 28-O-β-D-glukopiranozil esterin, Caco-2 hücre dizilerinde apoptozise neden oldukları flowsitometrik DNA analizi yöntemi ile tespit etmişlerdir.¹³

Kinoa yapraklarından elde edilen polifenolik fraksiyonun sıçan prostat kanser AT-2 ve MAT-LyLu hücre dizileri üzerindeki etkileri incelenmiştir. Fraksiyon, AT-2 hücrelerine düşük konsantrasyonlarda, MAT-LyLu popölasyonlarında ise daha yüksek konsantrasyonlarda etkili olmuştur. Bu çalışma ile fenolik bileşiklerin sinerjik etkiler yoluyla oksidatif stres ve reaktif oksijen türlerine bağılı hücre içi sinyalizasyon üzerinde kemopreventif ve antikarsinojenik bir etki gösterebileceğini düşünölmüştür.²²

İmmünomodölatör Aktivite

Kinoa tohumlarının su (QWP) ve alkali (QAP) ile ekstre edilerek hazırlanmış polisakkarit ekstraları ve bunlardan izole edilen dört alt fraksiyonun (QWP-1, QWP-2, QAP-1 ve QAP-2) immünomodölatör aktiviteleri, RAW 264.7 makrofaj hücre dizileri üzerinde incelenmiştir. QWP ekstrelerinin, QAP ekstrelerinden daha güçlü immünomodölatör aktivite gösterdiği tespit edilmiştir. QWP'den kromatografik teknikler kullanılarak elde edilen QWP-2 fraksiyonu, makrofajlardan nitrik oksit, interlökin-6 ve tümör nekroz faktör-α salınımını anlamlı bir şekilde arttırmıştır. Bu fraksiyonun bileşiminde ramnoz, arabinoz, galaktoz ve galaktozamin olduğu FT-IR tekniğı ve değışik kromatografik analizlerle tespit edilmiştir.²³

Hipokolesterolemik Aktivite

Takao ve ark. (2005), 4 hafta boyunca farelere %0, %2,5 ve %5 oranında kinoa tohumlarının protein (QP) fraksiyonunu içeren (kontrol sırasıyla %2,5 ve %5) %0,5'lik kolesterol diyeti uygulayarak hiperkolesterolemi oluşturmuşlardır. QP destekli diyet, besin alımı ve vücut ağırlığı artışında bir farklılık oluşturmamıştır. QP takviyesi, plazma ve karaciğerdeki total kolesterol düzeyindeki artışı belirgin olarak önlemiştir. Sonuç olarak, farelere kolesterol takviyeli bir diyet verilmesine rağmen kinoa proteini, plazma kolesterol konsantrasyonunu önemli ölçüde azaltmıştır. Bu nedenle, kinoa proteininin hipokolesterolemik etkisi, endojen kolesterol metabolizmasındaki değışiklikler ve safra asitlerinin bağırsaktan tekrar emilmesini inhibe etmesi şeklinde açıklanmıştır. Ancak, kinoa proteininin bu hipokolesterolemik etkiyi uyguladığı mekanizma halen belirsizliğini korumaktadır.²⁴

Gastroprotektif Aktivite

Kinoa tohumlarından izole edilen arabinan ve arabinan yönünden zengin pektin yapısındaki polisakkaritlerin gastroprotektif etkisi, sıçanlarda absöly etanol-nedenli gastriklezyon modelinde test edilmiştir. Pozitif kontrol olarak omeprazolün (40 mg/kg) kullanıldığı çalışmada, kinoadan elde edilen soğuk suda çözünebilir polisakkarit fraksiyonların (10, 30 ve 100 mg/kg) gastroprotektif etkisi mide lezyon alanlarının ölçümü ile değerlendirilmiştir. Sonuç olarak; 30 ve 100 mg/kg dozlarda polisakkarit fraksiyonu mide lezyonlarını %45,0±9,0 ve %72,0±7,0 oranında azaltmıştır. Bu etkinin polisakkaritlerin mukus sentezini ve/veya yüzey mukozasına bağlanma ve koruyucu bir kaplama yapma kabiliyetini artırma yeteneğinden kaynaklanabileceği sonucuna varılmıştır.²⁵

Diğer Kullanımları

Kinoa; un, çorba, kahvaltı ve alkol yapmak için kullanılmaktadır. Bira yapmak için mayalanma işlemine tabi tutulabilir. Bütün bitki sığır, domuz ve kümes hayvanlarını beslemek için yeşil yem olarak da kullanılır.²⁶

Kinoa unu, buğday unu veya mısır unu ile birlikte bisküvi, ekmek ve işlenmiş gıda üretiminde kullanılır. Tohum unu iyi jelasyon özelliğine, su emme kapasitesine ve emülsiyon kapasitesine sahiptir. Kinoa unu analiz edildiğinde glikoz (%55), fruktoz (%2,41) ve sakkaroz (%2,39) gibi serbest şekerler içerdiği tespit edilmiştir. Kinoa ununun şeker içeriği ve kimyasal bileşimi değerlendirilmiş, D-ksiloz (120 mg/100 g) ve maltoz (101 mg/100 g) oranının yüksek olduğu, glikoz (19 mg/100 g) ve fruktoz (19,6 mg/100 g) içeriğinin düşük olduğu görülmüştür. Bu nedenlerle kinoanın, içecek endüstrisinde malt içki formülasyonlarının hazırlanmasında etkili olarak kullanılabileceği sonucuna varılmıştır. Bir başka çalışmada önceden pişirilmiş bir kinoa unu bulamacının tamburlu olarak kurutulmasıyla hazırlanan bir bebek yemeğinin bir bölümünü tüketen çocukların plazmasında insülin benzeri büyüme faktörü-1 düzeyinde artış olduğu gösterilmiştir. Son derece besleyici olan kinoa unu, Hindistan'da insan tüketimi için yaygın olarak kullanılan protein eksikliği olan buğday ununu desteklemek için kullanılabilirdir.²⁶

SONUÇ VE ÖNERİLER

Kinoa (*Chenopodium quinoa* Willd.) tohumları son yıllarda ülkemizde besin olarak çok rağbet görmeye başlamıştır. Anadolu'da geleneksel olarak bilinen bir besin maddesi olmayıp, ekimi Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılmaktadır. Fakat son yapılan çalışmalar Anadolu'da da bu bitkinin rahatlıkla yetişebileceğini göstermiş ve çiftçi tarafından ekilmeye başlamıştır. Piyasada "zayıflatıcı ve besleyicilik yönünden zengin" ifadeleri ile pazarlanmasından dolayı fiyatının çok yüksek olmasına rağmen bu tohumlara olan talep son derece fazladır.

Tohumlar üzerinde yapılan son çalışmalar incelendiğinde; mineral ve vitamin içeriğinin çocukların günlük ihtiyaçlarının tamamını, yetişkinlerin ise %40-60'ını karşılayabileceğini göstermiştir. Türkiye'de tanısı konulmuş 250 bin ile 750 bin arasında çölyak hastası vardır. Yine kinoa tohumları glüten içermediği için çölyak hastaları tarafından rahatlıkla tüketilebilir.

Diyete eklendiğinde tohumların total serum kolesterol, LDL ve trigliserit seviyelerini azaltarak hipokolesterolemik etki gösterdiği ve HDL seviyelerinin düşmesini engellediği rapor edilmiştir.

Herkes tarafından en çok sorulan sorulardan biri olan "beni zayıflatır mı?" konusuna açıklık getirmek gerekirse diyet ile alınan lipit absorpsiyonunu azalttığı, glikoz oksidasyonunda, enerji harcanmasında ve mitokondriyal oksidatif fosforilasyonda artış oluşturduğu tespit edilmiştir. Ayrıca lipoprotein lipaz ve fosfoenolpiruvat karboksikinaz enzimlerini de kapsayan lipit depolanması ile ilgili spesifik genlerin ekspresyonunda da azalma oluşturmaktadır. İçerdiği fitoekdisteroitlerin, insan metabolik sendromu ile ilişkili hiperглиsemi ve insülin direncini tedavi etme veya önlemede etkili olduğu bulunmuştur ki metabolik sendrom obezitenin oluşmasını sağlayan bir durumdur. İçerdiği fenolik bileşiklerin antidiyabetik etki ve obezite ile bağlantılı olduğu bilinen α -amilaz ve α -glukozidaz enzimleri üzerinde de inhibitör etkileri olduğu tespit edilmiştir. Sonuçta; kinoa tohumlarının fonksiyonel bir gıda olarak kullanılabilmesi ve özellikle metabolik sendromu olanlar, çölyak hastaları ve obez kişilerin tüketmesinde son derece önemli sağlık faydaları oluşturabileceği görülmüştür.

KAYNAKLAR

1. Collar, C. (2016). In Encyclopedia of Food and Health -Quinoa. Oxford: Academic Press.
2. Valencia-Chamorro, S. A. (2004). Quinoa. Encyclopedia of Grain Science, Three-Volume Set, 1-8.
3. International year of quinoa 2013, <http://www.fao.org/quinoa-2013/en/>, Erişim Tarihi:06.11.2017.
4. Tan, M.,Yöndem, Z. (2013). "İnsan ve Hayvan Beslenmesinde Yeni Bir Bitki: Kinoa (*Chenopodium quinoa* Willd.)/A New Crop for Human and Animal Nutrition: Quinoa (*Chenopodium quinoa* Willd.)". Alınteri Zirai Bilimler Dergisi, 25(2):62-65.
5. Türkiye Kinoa Yetiştiricileri Derneği, <http://yerlitarim.istekobi.com/s3>, Erişim Tarihi:06.11.2017.
6. Jancurová, M., Minarovicová, L., Dandar, A. (2009)." Quinoa-a review". Czech Journal of Food Sciences, 27(2): 71-79.
7. James, L. E. A. (2009). "Quinoa (*Chenopodium quinoa* Willd.): composition, chemistry, nutritional, and functional properties". Advances in Food and Nutrition Research, 58: 1-31.
8. Vega-Gálvez, A., Miranda, M., Vergara, J., Uribe, E., Puente, L., Martínez, E. A. (2010). Nutrition facts and functional potential of quinoa (*Chenopodium quinoa* Willd.), an ancient Andean grain: a review. Journal of the Science of Food and Agriculture, 90(15): 2541-2547.
9. Tang, Y., Zhang, B., Li, X., Chen, P. X., Zhang, H., Liu, R., et al. (2016). "Bound phenolics of quinoa seeds released by acid, alkaline, and enzymatic treatments and their antioxidant and α -glucosidase and pancreatic lipase inhibitory effects". Journal of Agricultural and Food Chemistry, 64(8): 1712-1719.
10. Hirose, Y., Fujita, T., Ishii, T., Ueno, N. (2010)." Antioxidative properties and flavonoid composition of *Chenopodium quinoa* seeds cultivated in Japan". Food Chemistry, 119(4): 1300-1306.
11. Tang, Y, Tsao, R. (2017). "Phytochemicals in quinoa and amaranth grains and their antioxidant, anti-inflammatory and potential health beneficial effects: a review". Molecular Nutrition Food Research ,61(7): 1-16.
12. Woldemichael, G. M., Wink, M. (2001). "Identification and biological activities of triterpenoid saponins from *Chenopodium*

- quinoa*". Journal of Agricultural and Food Chemistry, 49(5): 2327-2332.
13. Kuljanabagavad, T., Thongphasuk, P., Chamulitrat, W., Wink, M. (2008). Triterpene saponins from *Chenopodium quinoa* Willd". Phytochemistry, 69(9): 1919-1926.
 14. Miranda, M., Delatorre-Herrera, J., Vega-Gálvez, A., Jorquera, E., Quispe-Fuentes, I., Martínez, E. A. (2014). "Antimicrobial potential and phytochemical content of six diverse sources of quinoa seeds (*Chenopodium quinoa* Willd.)". Agricultural Sciences, 5(11):1015.
 15. Bhaduri, S. (2016). "An Assessment of Antioxidant and Antiproliferative Activities of Super Grain Quinoa.". Food Processing & Technology.
 16. Park, J. H., Lee, Y. J., Kim, Y. H., Yoon, K. S. (2017). "Antioxidant and Antimicrobial Activities of Quinoa (*Chenopodium quinoa* Willd.) Seeds Cultivated in Korea". Preventive Nutrition and Food Science, 22(3):195.
 17. Hemalatha, P., Bomzan, D. P., Rao, B. S., Sreerama, Y. N. (2016). "Distribution of phenolic antioxidants in whole and milled fractions of quinoa and their inhibitory effects on α -amylase and α -glucosidase activities". Food Chemistry, 199: 330-338.
 18. Graf, B. L., Poulev, A., Kuhn, P., Grace, M. H., Lila, M. A., Raskin, I. (2014). "Quinoa seeds leach phytoecdysteroids and other compounds with anti-diabetic properties". Food Chemistry, 163: 178-185.
 19. Wang, Z. Q., Yu, Y., Zhang, X.H., Ribnicky, D., Cefalu, W. T., (2011). "Ecdysterone enhances muscle insulin signaling by modulating acylcarnitine profile and mitochondrial oxidative phosphorylation complexes in mice fed a high-fat diet". Diabetes, 60(5): 1645-1645.
 20. Foucault, A. S., Even, P., Lafont, R., Dioh, W., Veillet, S., Tomé, D., et al. (2014). "Quinoa extract enriched in 20-hydroxyecdysone affects energy homeostasis and intestinal fat absorption in mice fed a high-fat diet". Physiology & Behavior, 128: 226-231.
 21. Foucault, A. S., Mathé, V., Lafont, R., Even, P., Dioh, W., Veillet, S., et al. (2012). "Quinoa Extract Enriched in 20-Hydroxyecdysone Protects Mice From Diet-Induced Obesity and Modulates Adipokines Expression". Obesity, 20(2): 270-277.
 22. Gawlik-Dziki, U., Świeca, M., Sułkowski, M., Dziki, D., Baraniak, B., Czyż, J. (2013). "Antioxidant and anticancer activities of *Chenopodium quinoa* leaves extracts- *in vitro* study". Food and Chemical Toxicology, 57:154-160.
 23. Yao, Y., Shi, Z., Ren, G. (2014). "Antioxidant and immunoregulatory activity of polysaccharides from quinoa (*Chenopodium quinoa* Willd.)". International Journal of Molecular Sciences, 15(10): 19307-19318.
 24. Takao, T., Watanabe, N., Yuhara, K., Itoh, S., Suda, S., Tsuruoka, Y., et al. (2005). "Hypocholesterolemic effect of protein isolated from quinoa (*Chenopodium quinoa* Willd.) seeds". Food Science and Technology Research, 11(2): 161-167.
 25. Cordeiro, L. M., de Fátima Reinhardt, V., Baggio, C. H., de Paula Werner, M. F., Burci, L. M., Sasaki, G. L., et al. (2012). "Arabinan and arabinan-rich pectic polysaccharides from quinoa (*Chenopodium quinoa*) seeds: Structure and gastroprotective activity". Food Chemistry, 130(4): 937-944.
 26. Bhargava, A., Shukla, S., Ohri, D. (2006). "*Chenopodium quinoa*-an Indian perspective". Industrial Crops and Products, 23(1): 73-87.

Göçün Kadın ve Çocuk Sağlığına Etkisi

Effect of Migration on Women And Children Health

Pınar KARA¹, Evşen NAZİK²

ÖZ

Göç, altı ay ve daha fazla süreyle yaşanılan yerin kalıcı olarak değiştirilmesi olarak tanımlanmakta ve bireylerin yaşamını toplumsal, ekonomik, kültürel ve siyasal olarak etkilemektedir. Günümüzde dünyada küreselleşmenin doğrudan ya da dolaylı etkileri, bölgesel çatışmalar, yoksulluk, teknolojik gelişmeler, ulaşım ve iletişim olanaklarının gelişmesi ile birlikte nüfus hareketleri hız kazanmış ve göç dalga halinde daha yoğun bir şekilde yaşanmaya başlanmıştır. Göçler daha çok doğal afetler, siyasi gelişmeler, terör, güvenlik sorunları ve sosyo-ekonomik sebeplerle gerçekleşmektedir. Göç ne sebeple yapılırsa yapılsın göç edenlerin yaklaşık yarısını kadın ve çocuklar oluşturmaktadır, göçten toplumdaki riskli gruplar arasında en çok kadın ve çocuklar etkilenmektedir. Kadınlara özgü göç nedenleri arasında sıklıkla ailenin göç etmesi yer almaktadır. Bunun yanı sıra, savaş, ekonomik sebepler, daha iyi yaşam koşulları gibi nedenler kadınların göç sürecinde daha aktif rol almasını sağlamıştır. Bu durum ise kadınları bedensel ve ruhsal birçok etkiye de açık hale getirmiştir. Göç kararında çoğu zaman etkisiz olan çocuklar da bu süreçte en çok etkilenen grup olmaktadır. Çocuklar bu süreçte fiziksel, sosyal ve mental bazı tehdit edici unsurlarla karşı karşıya kalmaktadır. Dolayısıyla göç, özellikle son yıllarda ulusal ve uluslararası düzeyde kadın ve çocuk sağlığını etkileyen önemli bir toplumsal değişken olarak karşımıza çıkmaktadır. Aile ve toplumdaki yeri düşünüldüğünde göç eden kadın ve çocukların yaşadıkları sağlık sorunlarının dikkatle ele alınması ve çözüm yolu aranması gerektiği açıktır. Bu nedenle bu derlemede göçün kadın ve çocuk sağlığına olan etkileri ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Göç, Sağlık, Kadın ve Çocuk, Anne Çocuk Sağlığı

ABSTRACT

Migration is defined as the permanent replacement of the place where it has lived for six months or more and affected the lives of individuals in a socially, economically, culturally, and politically. Today, with the direct or indirect effects of globalization, regional conflicts, poverty, technological developments, and the development of transportation and communication possibilities population movements have gained momentum and migration made to live through more intense waves in the world. Migrations are mostly caused by natural disasters, political developments, terrorism, security problems and socio-economic reasons. Nearly half of those doing migration for whatever reason is consisted of women and children. Among the risky groups in the migrant society, the most women and children are affected. Among the reasons for migration specific to women are frequent family migration. However, causes such as war, economic reasons and better living conditions have allowed women to take a more active role in the migration process. At the same time, it has made women vulnerable to many physical and psychological influences. Children who are often ineffective in migration decisions are been the most affected group in this process. Children have been faced with some physical, social and mental threats in this process. Therefore, migration, as an important social variables affecting the health of women and children at national and international level is encountered especially in recent years. If have considered the place in the family and society of the migrant women and children, it is obvious that their health problems should be carefully considered and the solution should be sought. In this review are discussed the effects of migration on women and children's health.

Keywords: Migration, Health, Woman and Child, Maternal and Infant Health.

*Bu derleme 15-18 Mayıs 2017 tarihinde X. Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Günleri kongresinde poster özet bildiri olarak sunulmuştur.

¹Arş. Gör. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu, ORCID:0000-0001-6710-6713

²Doç. Dr. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, ORCID:0000-0001-5464-4467

İletişim / Corresponding Author:

Pınar KARA

Geliş Tarihi / Received: 01.02.2018

e-posta/e-mail:

pkara@ohu.edu.tr

Kabul Tarihi/Accepted: 02.06.2018

GİRİŞ

Göç, bireylerin ya da toplulukların gelecek yaşamlarının tamamını veya bir bölümünü geçirmek üzere, yerleşim yerini kalıcı olarak en az altı aylığına değiştirmesi olarak tanımlanmaktadır.¹ Ayrıca göç, bir kişinin veya bir grup insanın uluslararası bir sınırı geçerek bir yerden başka bir yere gitmesidir. Bununla birlikte süresi, yapısı ve nedenine bakılmaksızın insanların yer değiştirmesi sonucunu doğuran nüfus hareketleri olarak da ifade edilmektedir.²

İnsanlık tarihi boyunca var olan, ekonomik, toplumsal ve siyasi nedenlere bağlı olarak gerçekleşen göç, toplumun sosyal, kültürel, ekonomik ve politik yapısından hem etkilenmekte hem de şekillenmesine neden olabilmektedir.^{1,3-5} Pek çok nedene bağlı olarak yapılan göç, itici ve çekici güçlerin bir sonucu olarak ortaya çıkabilmektedir.⁶ Kötü ekonomik koşullar, savaş, terör, açlık, dini, etnik ve siyasi baskılar, doğal afetler gibi nedenler itici faktörler olarak belirtilmektedir. Çekici faktörler arasında ise iyi eğitim olanakları, iyi iş olanakları, özgürlük, güvenlik, ekonomik fırsatlar gibi durumlar yer almaktadır.⁷

Göç, ister gönüllü ya da zorunlu, ister kısa veya uzun vadeli olsun, asıl unsur yaşanan mekanın değiştirilmesidir. Bu değişim yakın ya da uzak mesafeli olmakla birlikte, aşılın siyasi ve idari sınırlar göç olgusuna farklı anlamlar yükleyebilmektedir.⁸ Ülke içerisindeki yer değişimi iç göç, ülke/devlet sınırları dışına olanlar ise dış göç olarak ifade edilmektedir. İnsanların yerleşim alanlarını kendi iradeleri ile terk etmeleri olarak tanımlanan gönüllü göç, genellikle toplulukların içinde bulunduğu standartları yükseltme arzusundan kaynaklanmaktadır. Zorunlu göç, savaşlar doğal afetler, temel ihtiyaçların karşılanmasındaki yetersizlikler, dini, siyasi ve etnik birtakım baskılar ve güvenlik ihtiyacı gibi nedenlerle insanların zorlayıcı ve kendi isteği dışında maruz bırakıldığı göçlerdir.⁹

Göç edenler göçmen, mülteci ve sığınmacı olarak isimlendirilmektedir. Genellikle ekonomik nedenlerle gönüllü

olarak başka bir ülkeye, o ülke yetkililerinin bilgi ve izni ile yerleşenler göçmen olarak adlandırılmaktadır.¹⁰ Etnik kökeni, ulusu, dini, mensubu olduğu sosyal grubu veya siyasi görüşü nedeniyle eziyet görmekten korkarak ülkesinden ayrılan ve geri dönemeyen/dönmek istemeyenler ise mülteci olarak ifade edilmektedir.¹¹ Sığınmacı ise mülteci statüsü almaya yönelik başvurusu henüz karara bağlanmamış kişiler olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda mülteci olduğunu ileri süren, fakat iddiaları henüz kesinliğe kavuşturulamayanlar da sığınmacı olarak nitelendirilmektedir.^{12,13}

Günümüzde dünyada küreselleşmenin doğrudan ya da dolaylı etkileri, bölgesel çatışmalar, yoksulluk, teknolojik gelişmeler, ulaşım ve iletişim olanaklarının gelişmesi ile birlikte nüfus hareketleri hız kazanmış ve göç dalga halinde daha yoğun bir şekilde yaşanmaya başlanmıştır.^{14,15} Başta savaşlar olmak üzere, sosyal, siyasal ve ekonomik sebeplerle son yıllarda milyonlarca insan başka ülkelere sığınmak zorunda kalmıştır.¹⁶ Özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısı toplu nüfus hareketlerine şahitlik etmiştir. Nitekim son elli yıllık dönemde 175 milyondan fazla insanın kitlesel olarak göç ettiği bilinmektedir. Literatüre bakıldığında ise göç edenlerin çoğunu kadın ve çocukların oluşturduğu görülmektedir. 2013 Birleşmiş Milletler (BM) küresel göç verilerine göre dünya üzerinde 232 milyon kişi (dünya nüfusunun %3,2'si) uluslararası göçmenlerden meydana gelmektedir. Aynı zamanda, bu kişilerin yaklaşık dörtte üçü (%74) 20-64 yaş arası bireylerden ve yaklaşık yarısı da (%48) kadınlardan oluşmaktadır.¹⁷

Ülkemize doğru göç hareketleri Cumhuriyet öncesi dönemden başlayarak bugüne kadar süregelmiş, Türkiye pek çok ülke vatandaşının uğrak mekânı olmuştur. Türkiye, 1922-1938 yılları arasında Yunanistan'dan 384 bin, 1923-1945 yılları arasında Balkanlardan 800 bin, 1933-1945 yılları arasında Almanya'dan 800, 1988 yılında Halepçe katliamından sonra Irak'tan 51.542, 1989 yılında Bulgaristan'dan 345

bin, 1991 yılında Birinci Körfez Savaşından sonra Irak'tan 467.489, 1992-1998 yılları arasında Bosna'dan 20 bin, 1999 yılında Kosova'da meydana gelen olaylar sonrasında 17.746, 2001 yılında Makedonya'dan 10.500 ve Nisan 2011-Haziran 2013 arasında Suriye'de yaşanan iç karışıklıklar nedeniyle yaklaşık 1 milyon kişinin yeni yurdu olmuştur (Bu sayıya yasal yollarla Türkiye'ye gelen ve çalışma, öğrenim, yerleşme, evlilik gibi nedenlere bağlı olarak Türkiye'de bulunanlar dâhil edilmemiştir).¹⁸ Bununla birlikte dünyadaki diğer ülkelere olan göç hareketleri de artmaya devam etmiştir. Uluslararası Göç Örgütü (IOM)'nün 2016 göç raporuna göre (14.01.2017'ye kadar olan) Avrupa'ya olan göç rakamı 1.084.625, göç edenlerin %49'u kadınlar ve %51'i 18 yaş altı erkek ve kız çocuklardan oluşmaktadır.¹⁹ Birleşmiş Milletler Uluslararası Göç Raporunda 2017 yılında 258 milyon kişinin uluslararası göç ettiği ve göç edenlerin %48,4'ünün kadın olduğu bildirilmektedir.²⁰ Yine Birleşmiş Milletler Mülteci Yüksek Komiserliği (UNHCR) Ocak 2018 verilerine göre; Lübnan, Mısır, Irak ve Ürdün'de 2 milyon, Türkiye'de 3,4 milyon ve Kuzey Afrika'da 29.000'den fazla olmak üzere toplam 5.481.262 Suriyeli mülteci bulunmaktadır. Türkiye'de bulunan bu Suriyeli mültecilerin ise %46,8'i kadın, %44,7'si 18 yaş altı erkek ve kız çocuklardır.²¹

Göç bireylerin sosyo-kültürel yapısında birtakım değişiklikleri ve zorlanmaları beraberinde getirmektedir. Bu değişim ve zorlanmalar da daha çok kadınlar ve çocukları etkilemektedir.⁴ Göç hangi nedenle yapılmış olursa olsun bu süreçten en çok kadınlar ve çocuklar etkilenmektedir. Aile ve toplumdaki yeri düşünüldüğünde kadınların yaşadıkları sağlık sorunlarının dikkatle ele alınması ve çözüm yolu aranması gerektiği açıktır.²² Çocukların da büyüme ve gelişme döneminde olmaları, korunma ve temel ihtiyaçlarının karşılanması gerektiğinden göç süreci sağlık durumlarını etkilemektedir. Göç ile birlikte yaşanabilecek olumsuzluklar çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimine derinden ve bazen de kalıcı

şekilde zarar verebilmektedir.²³ Göç olaylarında kadınlar ve çocuklar sayısal olarak fazla olmaları ve sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi bakımından öncelikli gruplar arasında yer almaları nedeniyle de özel bir konumdadır. Dolayısıyla kadın ve çocuklar bu süreçten farklı düzeylerde ve değişik şekillerde etkilenen önemli bir grup olduklarından, sağlık sorunlarına ve çözüm önerilerine daha fazla özen gösterilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Bu doğrultuda makalede göçün kadın ve çocuk sağlığı üzerine olan etkileri ele alınmıştır.

Göç ve Sağlık

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı "hastalık ve sakatlığın olmamasının yanı sıra, fiziksel, sosyal ve mental açıdan tam bir iyilik hali" olarak tanımlamaktadır.²⁴ Göç, insanın doğduğu yeri bırakıp yeni bir çevreye gitmesi nedeniyle hızlı ve ani gerçekleşen bir ortam değişimi yaratarak sağlık ve sağlık değişkenlerini olumsuz etkileyebilmektedir.^{25,26}

Göç eden bireyler göç sürecinde ve sonrasında birçok sağlık sorunu ile daha fazla karşılaşmakta, ulusal ve uluslararası danışmanlık, temel ve koruyucu sağlık hizmetleri, tanı, tedavi fırsatı ve ilaca erişim konusunda kritik sorunlar yaşamaktadır.²⁶ Göç edilen bölgelerde sağlık kurumu ve sağlık insan gücünün yetersiz olması, göç edenlerin ekonomik gücünün yetersiz olması, sağlık sigortasının olmaması, yetersiz beslenme, ulaşım ve dil engeli, sosyal ve psikolojik stres göçmen/mülteci sağlığını olumsuz etkileyen faktörler arasında yer almaktadır.⁴ Bu bağlamda, Güney Carolina'da Latin göçmenler ile yapılan bir çalışmaya göre (2018), göçmenler birinci basamak sağlık hizmeti erişim engellerini yüksek hizmet maliyeti, sağlık sigortasının olmaması, aile ve iş sorumlulukları ve dil engellerini içerdiğini belirtmişlerdir.²⁷ Yine Cenevre'de göçmen kadınlarla yapılan niteliksel bir çalışmada (2018), üreme sağlığını etkileyen faktörlerin ekonomik yetersizlikler, dil engelleri, gerçek ya da

algılanan sosyal ayrımcılık, bilgi eksikliği ve utanç olduğu bildirilmiştir.²⁸ Ülkemizde Burdur'da Suriyeli mültecilerle yapılan bir başka çalışmada da (2016), hizmet alan bireylerin dil engeli nedeniyle iletişim kurmada zorlandıkları ve hastaneye gittiklerinde gerek yapacakları işlemlerde gerekse hekimlere hastalıkları hakkında bilgi verme konularında oldukça fazla sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Bunun yanı sıra, sağlık hizmetlerine erişimde özellikle Birleşmiş Milletler Mülteci Yüksek Komiserliği'nin anlaşmalı olduğu özel polikliniklerde ücretsiz tedavi olma ve genel koruyucu sağlık hizmetlerinden yararlanmada birçok sorunla karşı karşıya kaldıkları görülmüştür. Mülteciler, ekonomik sınırlılıklar ve devlet yardımlarının yetersizliğinden kaynaklanan nedenlerden dolayı tedavi olamamaları ve ilaç temin edememelerinden dolayı sorunlar yaşadıklarını bildirmişlerdir.²⁹

Sağlık hizmetlerine erişim, tedavi ve bakıma ilişkin gelişebilen problemlerle birlikte göç eden bireylerde kısa ve uzun vadede birçok sağlık sorunu da ortaya çıkabilmektedir. Beslenme bozuklukları, dehidratasyon, besin zehirlenmeleri, üreme sağlığı sorunları, su ile bulaşan hastalıklar (hepatit A, tifo gibi), fekal-oral yolla bulaşan hastalıklar (polio gibi), hava yolu ile bulaşan hastalıklar (inflüenza, TBC, kızamık gibi) ve paraziter hastalıklar (tripanasoma, malaria gibi) görülebilmektedir.³⁰ Ayrıca, anadilin ve etnik kökenin farklı olması kronik hastalıklarda artışa neden olmakta, daha önceki sağlık sorunları, yaş, cinsiyet ve stresörlerin süresi, olumsuz sağlık sonuçlarını arttırabilmektedir.^{4,26}

Yetersiz tarama programları sonucu diyabet, hipertansiyon, kanser vb. kronik hastalıklarda artış, yetersiz doğum öncesi bakım sonucu büyüme ve gelişme gerilikleri, anne ölümleri artışı, kronik beslenme yetersizlikleri, iyot yetersizliği, D vitamini yetersizliği, cinsel yolla bulaşan hastalıklarda artış, ruh sağlığı sorunları, alkol ve madde bağımlılığı bu sağlık sorunları arasında yer almaktadır.³⁰ Nitekim ülke bazında değişiklik gösterse de eldeki veriler bunu gözler önüne sermektedir. Kanada'da yapılan bir

çalışmaya göre (2018), Avrupa ve Orta Asya'dan göç edenlerin, Doğu Asya ve Pasifik'ten gelenlere göre daha yüksek kolorektal kanser riskine sahip olduğu bulunmuştur. Ayrıca, Orta Doğu'dan gelen göçmenlerin meme kanseri riskinin de yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir. Göç edilen yerde kalma süresi daha yüksek kanser riski ile ilişkilendirilmiştir.³¹ Şimşek ve arkadaşları tarafından Suriyeli kadınlarla yapılan bir çalışmada (2015), kadınların %50'sinde demir eksikliği, %45,6'sında B12 vitamini eksikliği ve %10,5'inde folik asit eksikliği olduğu, herhangi birisinin eksikliğinin sıklığının ise %78,4 olduğu ifade edilmiştir.³² Yine bir çalışmaya göre göçmen annelerin yalnızca %41,2'sinin yeterli vitamin, mineral ve folik asit düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir.³³ Yapılan bir diğer çalışmaya göre, göçün uzun vadede temel sağlık bileşenlerine olumsuz etkisinin olabileceği vurgulanmakta (sosyal ve fiziksel çevre, sağlık davranışları, iş ve gelir durumu vb) ve göç edenlerde sigara, alkol, yüksek kalorili beslenme alışkanlığı gibi riskli sağlık davranışlarına daha sık rastlandığı ifade edilmektedir.³⁴ Çin'de 7200 iç göçle gelmiş bireyle yapılan bir çalışmanın sonuçları (2018), katılımcıların %34'ünün sigara kullandığını, erkeklerin kullanmalarının yaş, eğitim durumu ve meslek; kadınların ise hanehalkı kayıt durumu faktörleri ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Çin'deki iç göçmenler arasında sigara içme ve ikincil olarak sigara dumanına maruz kalma oranının yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyo-demografik özellikler ve göç durumu, mevcut sigara ve ikincil duman maruziyeti arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür.³⁵ Uluslararası Göç Örgütü (IOM) tarafından hazırlanan raporda ise göç edenlerin sağlık gereksinimleri olarak, enfeksiyon hastalıklarının kontrolü, acil gereksinimlerin karşılanması, zihinsel ve fiziksel sağlık, kronik hastalıklar, kültür ve sağlık inançlarının algılanması ve sağlıkları üzerine etkili olan faktörlerin ortadan kaldırılması olarak ifade edilmektedir. Göç sonucu dünyada artan sağlık sorunlarına ise tüberkülozun tekrar ortaya çıkması, AIDS'in

yayılması ve SARS virüsü örnek olarak verilmektedir.³⁶

Cinsiyete Göre Göç Etme Nedenleri

Toplumlarda göçün erkeğe atfedilmesi uzun bir dönem hakimiyetini korusa da, son yarım yüzyılda kadın göçü geçmişe kıyasla artmıştır. 1960'ların ortasından itibaren özellikle ekonomik nedenlerle gelişmiş ülkelere göç eden kadın sayısı hızla yükselmiş, 2000'li yıllara gelindiğinde Avrupa ve Kuzey Amerika'ya göç eden nüfusun yaklaşık yarısı kadınlardan oluşur hale gelmiştir. Günümüzde ise, dünyadaki her iki göçmenden neredeyse biri kadındır.³⁷ Yine Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre, göç eden 2.720.438 kişinin 1.392.079'unun kadın olduğu görülmektedir.³⁸

Birçok erkek iş fırsatları, görev yeri değişikliği ve eğitim durumu için göç ederken, kadınlar ailevi nedenler, çalışma, son yıllarda yaşanan savaş ve karşılaştıkları istismar nedeniyle göç etmektedir.³⁹ Göç eylemi ile kadınlar benimsedikleri ailevi ve toplumsal değerlerden ayrılarak gittikleri yerlerde alışkın olmadıkları kültürlere geçiş yapmaktadır. Bu süreçte de pek çok stresöre maruz kalmaktadır.⁴⁰ Göçmenler dahil oldukları yeni çevrenin kendi kültürüne benzediği oranda uyum sorunu yaşamaktadır. Göç edilen toplumun kültürüne uyum sağlamadaki güçlükler de yaşanan sağlık sorunlarını olumlu yahut olumsuz etkilemektedir.²⁶

Kadınların göç etme nedenlerine bağlı olarak yaşadıkları sağlık sorunları değişebilmektedir. Demir ve Arıöz'ün iç göçle gelen kadınlarla yaptığı çalışmada (2014), kadınların %34,0'ının göç etme nedenleri olarak evliliklerini gösterdikleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyi olmadığı görülmektedir.⁴¹ Aker ve ark.'nın Türkiye'de zorunlu iç göç yapan bireylerle yaptığı çalışmada ise (2002), yaşadıkları yere dönmeyi en çok isteyenlerin kadınlar olduğu, görüşülen kadınların %80'inin göç sonrasında sosyal çevrelerini kaybetmekten, %95'inin aile ve akraba çevresinden uzak kalmaktan şikayet ettikleri belirtilmektedir.⁴²

Bunun yanı sıra, gönüllü göç eden kadınların daha iyimser ve daha olumlu beklentilere sahip olduklarını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır. İstekli göç eden kadınlar ailelerinin desteği ve dili kısa zamanda öğrenme arzuları nedeniyle göçün olumsuz sonuçlarını daha kolay atlattıklarıdır.⁴³

Göçün Kadın Sağlığına Etkileri

Göç sebebi ne olursa olsun göçten en fazla etkilenen riskli gruplar arasında kadınlar ve çocuklar yer almaktadır.²⁵ Göç edilen yerin gelir düzeyi kadının sağlığını kötüleşme ya da iyileşme yönünde etkilemektedir. Kadın, gelir düzeyi daha yüksek bir ülkeye göç ettiğinde sahip olacağı fırsatlar artacağından sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanabilecek ve sağlık durumu iyileşecektir.⁴⁰

Kadınlar, göç ettikleri yerlerde göç edilen yerin talebi karşılayamaması nedeniyle işsizlik, sosyal statü kaybı, göç edenlerin çarpık kentleşmesi ile yalnızlık ve kültürlerarası farklılık gibi birçok stresörle karşılaşmaktadır.⁴¹

Göç, üreme çağındaki kadınların doğurganlık tercihlerini de etkilemektedir. Göç eden kadınların çoğunda çocuk doğurmak, geleneksel kültür özelliklerini ve sahip oldukları statünün devamlılığını korumak için önem taşımaktadır. Bu nedenle göçmen kadınların ana çocuk sağlığı ve aile planlamasına ilişkin temel sağlık bakımından daha az yararlandığı görülmektedir.⁴⁴ Ayrıca, bu tercihler bazı faktörlerin etkisiyle şekillenebilmektedir. Taşcı Duran (2014)'ın Isparta'ya iç göç ile gelen gebe kadınlarla yaptığı çalışmada, eğitim düzeyi, kararları alma durumu, evi paylaştığı kişiler, gelir durumu, sağlıkla ilgili konuları danıştığı bireyler, ırk, mezhep, iletişim ve gebelik sayısı faktörlerinin antenatal bakım alma konusundaki yaklaşım ve tutumlarını etkilediği belirlenmiştir.⁴⁵ Türkiye, Fas ve bazı batılı ülkelerden uluslararası göçmenlerin dahil edildiği bir çalışmada (2010), göçmen kadınların çoğunun yetersiz antenatal bakım aldığı saptanmıştır.⁴⁶ Benage ve ark.'nın yaptığı çalışmada (2015), Suriyeli göçmen annelerin çoğunun 4 ve üstü

antenatal bakım aldığı belirlense de, %15'nin hiç bakım almadığı saptanmıştır.³³ Suarez ve ark.'nın ABD-Meksika sınırında yaşayan Meksikalı Amerikalılar ile yaptığı çalışmada (2000), yasal olmayan yollarla ülkeye giren kayıtsız göçmenlerin antenatal bakım alma durumu incelendiğinde, yarısından daha azının ilk trimesterde antenatal bakım aldığı, doğuma yeterince hazırlanamadığı belirlenmiştir. Kadınların ağır ve az paralı işlerde çalışmaları, yaşam koşullarının oldukça düşük olması, antenatal bakım ile ilgili profesyonel sağlık desteğini geç duymaları bakım hizmetlerine erişimdeki engeller olarak ifade edilmiştir.⁴⁷ Türk Tabipler Birliği'nin "Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu" na göre, mülteci kadınlar, Türkiye'de buldukları süre içinde doğum, doğum öncesi ve sonrası bakım ile ilgili herhangi bir yardım almadıklarını ifade etmektedirler.⁴⁸ Uluslararası göç eden göçmenlerde gebelik ve aile planlamasına ilişkin olarak durum kimi değişkenlere göre farklılık da gösterebilmektedir. Asya'da Hint-göçmen kadınlarla yapılan bir çalışmada (2017), kadınların %65'inin aile planlaması yöntemi kullandığı, aile planlaması yönteminin çoklu kültürel değişkenlerden olumlu, doğum sayısından olumsuz etkilendiği görülmektedir.⁴⁹

Doğumun sağlığı tehdit eden koşullarda yapılması, anne ve bebek ölümlerinin en önemli nedenlerinin başında gelmektedir.⁵⁰ Göç eden kadınlar ekonomik durum, çevre, korku, ortamın yabancı olması gibi sosyal, kültürel ve ruhsal etkenlere bağlı olarak doğumlarını olumsuz ortam koşullarında gerçekleştirmektedir. Buna bağlı gelişen başta anne ve bebek ölümü olmak üzere birçok riskle de yüz yüze gelmektedir. Göçmen kadınlarla yapılan bir çalışmada, kadınların çoğunda preeklampsi geliştiği, doğumun istenmeyen şartlarda gerçekleştiği ve göçmen annelerin doğum sonu komplikasyonlardan en az birini yaşadığı belirtilmiştir.⁴⁶ 1995-2000 yılları arasında yürütülen uluslararası göçmenlerin yerel halk ile karşılaştırıldığı bir çalışma sonucuna göre (2006), göçmen kadınların, anneliğe bağlı nedenlerden dolayı daha yüksek bir ölüm riski yaşadığı bulunmuştur (RR=3,37). Bu

durum göçmenler arasında daha yüksek ölüm riskleri hemen hemen tüm bulaşıcı hastalıklarda (çoğu RR> 3,00), astım, diyabet ve serebro-vasküler bozukluklar gibi birçok kronik durumda gözlenmiştir.⁵¹ Ayrıca sağlık bakım merkezlerine ilişkin bazı problemler nedeniyle göç eden kadınların yaşamını tehdit etmektedir. Hollanda'nın bazı bölgeleri ile Türkiye, Fas, Somali, Endonezya, Vietnam ve diğer Sahraaltı birkaç ülke göçmenleriyle yapılan bir çalışmaya göre (2002), göçmen kadınlarda preeklampsi kaynaklı olan anne ölümlerinin büyük bir çoğunluğunun tanı testlerinde yetersizlik, hastalığın yetersiz yönetimi, üçüncü basamak merkezlere ulaşımında yaşanan olumsuzluklar ve gecikmeye bağlı olduğu saptanmıştır.⁵²

Üreme sağlığına ilişkin olarak göçmen kadınlar düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olma, erken doğum yapma, antenatal mortalite ve konjenital malformasyonlar açısından da daha fazla risk taşımaktadır. Kayıt dışı göçmenlerle yapılan bir çalışmada, malprezentasyon, plasenta previa, fetal anomali ve amniyotik sıvı anomalileri görülme ihtimalinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁴⁷ İsviçre'de 1997-2012 yılları arasında gerçekleşen 949,593 doğumun değerlendirilmesiyle elde edilen sonuçlara göre (2018), İsveç doğumlu popülasyona kıyasla, mülteci grupta düşük doğum ağırlığının 1,47 ve postterm eylemin 1,41 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir.⁵³ Ayrıca, düşükler ve düzensiz adet kanamaları göç eden kadınlarda sık görülen bir diğer üreme sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.⁵⁴ Göç etmenin zorunlu olduğu durumlarda kadınların yaşadığı üreme sağlığı sorunları, kimi zaman sığındıkları ülkedeki kadınlara göre daha fazla olmaktadır.⁵⁵ Zorunlu göç sonrası, kadınların Adana'da %50'sinin, Diyarbakır'da %21,37'sinin, Mersin'de %33,33'ünün, İstanbul'da %27,84'ünün ve Van'da %30,55'inin gebelikleri düşük veya erken doğumla sonuçlanmıştır.⁵⁶ İtalya'da 2003-2009 yılları arasında göçmen kadınların yaşadığı spontan düşük yapma durumunun incelendiği çalışmada (2015), Romanya, Arnavutluk, Fas, Ukrayna ve Çin'den göç eden kadınların verileri değerlendirilmiştir. Buna göre, yaşın

düşük yapma insidansı üzerindeki etkisinin, uyuşuğa bağılı olarak farklılık gösterdiği ve yaş küçüldükçe oranın arttığı sonucuna varılmıştır.⁵⁷ Çiftçi ve ark.'nın Mardin Doğum Hastanesinde doğum yapan 3553 kadın ve ölü doğum, düşük, dış gebelik gibi nedenlerle gelen 780, toplamda 4333 gebe kadına ait bilgileri incelediği çalışmada (2018), Mardinli gebe kadınların %1,7'sinin 18 yaş ve altında olmasına rağmen, Suriyeli gebe kadınların %3,5'inin 18 yaş ve altında olduğu saptanmıştır. Adölesan gebeliklerin Suriyeli gebeler arasında 2,17 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Suriyeli adölesanların %28,6'sında gebelik düşük, ölü doğum, dış gebelik gibi nedenlerle kaybedilmişken bu oran Mardinli adölesanlarda daha düşük (%9,2) çıkmıştır.⁵⁸ Ülkemizde yaşayan Suriyeli mültecilerle yapılan bir çalışmada da (2017), kadınların %60'ının devam eden anormal vajinal akıntı şikâyetinin olduğu bildirilmektedir.⁵⁹

Göç, kadınlarda kanser görülme oranlarını da etkilemektedir. 35-79 yaş arası kadınlarla yapılan bir çalışmada (2005), ABD doğumlu İspanyollarda, meme kanseri riskinin yabancı doğan İspanyollara oranla 2 kat daha düşük olmasına rağmen, ABD'de yaşama süresinin uzaması, göç yaşının azalması ve kültürleşmenin artmasıyla riskin arttığı görülmüştür. Üçüncü kuşak veya daha yüksek kuşak İspanyollar ile kırsal bölgelerden gelen son göçmenler arasındaki risk farkı postmenopozal kadınlarda 6 kat, premenopozal kadınlarda 4 kat olarak belirlenmiştir. Meme kanseri risk faktörlerinin dağılımındaki farklılıkların düzeltilmesi premenopozal kadınlarda göç faktörleri ile ilişkilerini büyük ölçüde azalttığı; azaltılmış riskler sadece ABD'de yaşayanlar için 10 yıldan az veya 30 yaşlarında göç etmiş olanlarda kaldığı saptanmıştır. Postmenopozal kadınlarda, uzun dönem ABD'de yaşayanlar arasında %25 ila %30 daha düşük risk ve 20 yaşından önce ABD'ye göç etmiş olanlarda kaldığı belirlenmiştir. Bu bulguların, hem son premenopozal göçmenler hem de postmenopozal göçmenler arasında henüz tanımlanmamış koruyucu faktörlerin önemini ortaya koyduğu ifade edilmiştir.⁶⁰

Göç eden kadınların beslenme gibi temel yaşam gereksinimleri ile fiziksel aktivite düzeyleri de etkilenmektedir. İç göçle gelen 76 kadın göçmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve etkileyen faktörlerin değerlendirildiği bir çalışmada (2014), kadınların sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarının orta düzeyde olduğu belirtilmektedir.⁴¹ Şimşek ve arkadaşları tarafından 458 Suriyeli kadınla yapılan çalışmada (2015), 15-49 yaş grubundaki kadınların %93,4'ü öncelikli sorunlarının beslenme ile ilgili olduğunu ifade etmiştir.⁶¹ Gebelikteki beslenme durumu ise fetal bazı riskleri de ortaya çıkarmaktadır. Meksika'da göçmen kadınlar ile yapılan çalışmada (2004), kadınların bebeklerinde nöral tüp defekti görülme oranının oldukça yüksek olduğu saptanmıştır.⁶²

Göçmen kadınlar sağlığı fiziksel ve psikolojik olarak son derece kötü etkileyen toplumsal engeller ve güçlüklerle başa çıkmak zorunda bırakılmakta, göçmen ve kadın olmaları nedeniyle taciz, tecavüz ve şiddete maruz kalmakta, kimi zaman da fuhuşa zorlanabilmektedirler. Bu durum göç eden kadınların ruh sağlığını etkileyerek depresyon riskini arttırmaktadır. Bununla birlikte kadınlar istenmeyen gebelikler ve seksüel temasla bulaşan hastalıklar bakımından risk grubunda yer almaktadır.⁶³

Stres, olumsuz sağlık sonuçlarını beraberinde getirmekte, stresle baş etmede yetersiz olan göçmen kadınlar psikolojik temelli birçok sağlık sorunu yaşamaktadır.^{64,65} Babaoğlu Akdeniz Almanya'nın bir yerleşim yerinde yaşayan göçmen Türk kadınlar ile yaptığı niteliksel çalışmada (2013), kadınların yaşadığı sorunları bedensel, ruhsal ve sosyal sorunlar olarak gruplandırmıştır. Bedensel sorunlar herhangi bir tıbbi tanının olmadığı baş ve eklem ağrıları, mide sorunları, yorgunluk ve çarpıntıdan oluşmaktadır. Duygusal sorunlar yalnızlık, öfke ve depresif duygulanım; sosyal alandaki sorunlar ise bağımlılık, eğlence faaliyetlerinde değişim, sosyal izolasyon ve etkisiz toplumsal baş etme olarak belirtilmiştir.⁶⁶ İç göçle Türkiye'nin farklı bölgelerinden gelen bir grup kadınla yapılan çalışmada (2012), kadınların

%28'inin şiddetli düzeyde depresyon yaşadığı, %47,4'ünün durumluk %77,7'sinin sürekli kaygılarının yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, sosyal destek alma durumu ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.⁶⁷ Latin Amerika, Afrika, Asya ve diğer Avrupa ülkelerinden gelen göçmenler ile İspanyol kadınların dahil edildiği bir çalışmada (2017), göçmen kadınların depresyon, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotiklik puan ortalamalarının yerel halktan yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca, yaş, eğitim, meslek, iş durumu, eşin göçmen statüsü ve İspanya'da bulunulan süre değişkenleri göz önüne alındığında, gruplar arasındaki farklılığın depresyondan kaynaklandığı ve obsesif-kompulsif bozukluk ile arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir.⁶⁸

Kadının yaşadığı çevre, sosyal etkenler ve var olan stresörler gebelik ve doğum sonu dönemde de olumsuz sağlık sonuçlarına neden olabilmektedir. Şen ve ark.'ının Türkiye'de zorunlu iç göç etmiş gebelerle yaptığı çalışmada (2014), gebelerin sosyal destek alma durumu ile depresyon ve kaygı düzeyleri arasındaki farkın anlamlı, göçün bu değişkenler üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu belirlenmiştir.⁶⁷ Latin Amerika, Avrupa Birliği, Fas ve Asya kökenli göçmen kadınlar ile İspanyol kadınların gebelikte stres düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada (2013), göçmen kadınların, İspanyol kadınlardan daha fazla stres algısına ve strese karşı duyarlılığa sahip olduğu belirlenmiştir.⁶⁹ Yapılan diğer bir çalışmada da göçmen kadınların yerli İspanyollara göre ailelerinden, ebelerden ve diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarından doğumdan hemen sonra talep ettikleri psikolojik ve duygusal desteğin daha fazla olduğunu ortaya koymuştur.⁶⁸

Göçün Çocuk Sağlığına Etkileri

Göç kararında çoğunlukla etkisiz olan, dolayısıyla isteği dışında göç ettiği kabul edilen çocuklar için göçün etkileri dikkat çekicidir.²³ İstihdam, eğitim, sağlık, barınma,

yabancılaşma ve güvenlik gibi nedenlerle göç eden ailelerin üstesinden gelmek zorunda olduğu sorunlar doğrudan çocuklara yansımakta ve göçmen çocukları hem aile içerisinde hem de ev sahibi toplumun çocukları karşısında dezavantajlı hale getirmektedir.⁷⁰ Bu göç hareketi sırasında yenidoğan ve kronik hastalıkları olan çocukların bakımları aksamakta, salgın hastalıklara maruziyet artmakta, bağışıklama aksamakta ve bu çocuklar istismara hedef olmaktadır. Ayrıca çocukları yaşam hakkının temeli olan sağlık, beslenme, barınma ve eğitim haklarından mahrum bırakmaktadır.⁷¹ Göç ve göçmen/mülteci yaşam çocukların bedensel, ruhsal, sosyal gelişimlerinde çoğu zaman hayat boyu iz bırakmakta ve komplikasyonlara neden olmaktadır. Nitekim Amerika'da yaşayan 5-18 yaşları arasındaki Sudanlı mültecilerle yapılan çalışmada (2018), çocuklarda düşük kemik kitlesi, düşük kas kitlesi, yüzde vücut yağ metabolik biyobelirteçleri, inaktivite ve potansiyel olarak yetişkin osteoporoz, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklara katkıda bulunan gıda güvensizliği ile ilgili benzersiz riskler olabileceği sonucuna varılmıştır.⁷² Özkahraman ve ark. tarafından bir çadırkentte yaşayan 6-10 yaş grubu çocuklar arasında akut ve kronik malnütrisyon durumları incelenmiştir. Çalışmada yaşa göre ağırlık değerlendirmesinde, erkeklerin %7,9'u zayıf, %5,3'ü çok zayıf, % 3,5'i kilolu; kızların %21,9'u zayıf, %2,3'ü çok zayıf, 3,8'i kilolu grubunda yer almaktadır. Yaşa göre boy değerlendirmesinde ise erkeklerin %10,6'sı kısa, %2,2'si çok kısa; kızların %20'i kısa ve %2,4'ü çok kısa olarak saptanmıştır.⁷³

Kadınlar gibi çocuklar da seksüel temasla geçen enfeksiyonlar, cinsel istismar ve şiddet açısından risk taşımaktadırlar.³ Bununla birlikte literatüre göre, göç yaşayan çocuklarda daha fazla davranışsal ve duygusal problemler görüldüğü bildirilmektedir. Bunlar, çoğunlukla anksiyete/depresyon, arkadaş ilişkilerinde sorunlar, hiperaktivite belirtileri, travma sonrası stres bozukluğu, düşük benlik saygısı, düşük yaşam doyumudur. Ayrıca, bu çocukların ruhsal uyumsuzluğunun daha

fazla olduğu vurgulanmaktadır.⁷¹ Amerika’da bir şehir devlet okulu bölgesinde 2001-2004 yıllarında 4 okuldan Asya, Afrika, Avrupa ve Latin Amerika kökenli 2374 altıncı sınıf öğrencisinin katılımıyla yapılan ruh sağlığı tarama sonuçları da (2018), göçmen çocukların depresyon puanlarının yüksek olduğunu göstermiştir. Tüm etnik çocuk gruplarında, göçmen çocukların depresyon puanları relatif olarak daha yüksek olmasına rağmen, göçmen olan ve olmayanlar arasındaki anlamlı farkı oluşturan grupların Latin olmayan Asyalı, Pasifik Adalı ve Latin Avrupalı olmayan çocuklar olduğu bulunmuştur.⁷⁴ Mülteci, göçmen ve ABD kökenli çocuk ve ergenler arasında travma maruziyeti, psikolojik sıkıntı ve zihinsel sağlık hizmeti kullanımının karşılaştırıldığı bir başka çalışmada (2017), mülteci çocuklar arasında, ABD kökenli çocuk veya göçmen çocuklardan çok daha fazla travma maruziyeti olduğu belirlenmiştir. ABD kökenli gençlerle kıyaslandığında, mülteci gençlerin daha yüksek oranda toplumsal şiddet maruziyeti, dissosiyatif semptomlar, travmatik yas, somatizasyon ve fobik bozukluklarının olduğu bulunmuştur. Bunun aksine, mülteci grubu, daha düşük madde bağımlılığı ve zıtlıktan muhalefet bozukluğu oranlarının olduğu görülmüştür.⁷⁵

Birleşmiş Milletler Mülteci Yüksek Komiserliği tarafından 2015 yılında Türkiye’de 8 ilde göçmen (mülteci) olarak yaşayanlarla yapılan (Van, Erzurum, Konya, Kayseri, İstanbul, Hatay, Gaziantep ve Şanlıurfa) Yaş, Cinsiyet ve Çeşitlilik raporuna göre; işgücü piyasasına giren çocukların yaşlarının 7-8 yaşlara düştüğü, iş kazalarına maruz kaldıkları, yaşam koşullarının kötü olması, yeterli gelirlerinin olmaması ve stresli bir aile ortamı göz önüne alındığında çocukların eğitime devam etmedikleri belirtilmektedir. Ayrımcılığın okullarda ciddi bir sorun olduğu, uyruk, ırk ve fiziksel özelliklerden dolayı mülteci çocukların sözlü ve fiziksel tacize maruz kaldıkları ve bu durumun çocuğun okula devam etmesini engellediği belirlenmiştir. Dil problemlerinin olması, daha düşük yaş gruplarıyla daha düşük sınıflara yerleştirme, hazırlık sınıflarının bulunmaması nedeniyle çocukların sürekli eğitimden vazgeçtikleri, psikolojik travmadan etkilenen çocukların yeterince psikolojik danışma desteği alamadıkları için eğitimlerine devam edemedikleri tespit edilmiştir. Ayrıca bu rapora göre aileler ekonomik, kültürel nedenler ve kız çocuklarını taciz ve istismardan korumak için erken ve zorunlu evlilik yaptıklarını da ifade etmişlerdir.⁷⁶

SONUÇ VE ÖNERİLER

Göç, son yıllarda hızla artan sosyal ve toplumsal bir olgu olup, sağlık değişkenleri üzerindeki etkisi nedeniyle dünya nüfusunun önemli çoğunluğunu oluşturan kadın ve çocukların sağlığının korunması ve sürdürülmesi bakımından önem taşımaktadır.

Göç edilen toplumun yaşam biçimindeki farklılıklar, yeni bir kültüre uyum sorunu, sosyal desteğin yetersiz olması, ekonomik güçlükler, dil engeli, göç eden kadınların psiko-sosyal problemlerini öne çıkarmaktadır. Yapılan göç türüne bağlı olarak kadınlar gittikleri yeni yerleşim yerlerinde olumlu ve olumsuz birçok etken ile karşılaşmakta, fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak girdiği yeni toplumun koşullarından etkilenmektedir. Yaşamın temel

ihtiyaçlarının karşılanmasından, aile içerisinde karar alma, gebelik, doğum ve üreme sağlığına ilişkin hem iyi hem kötü bazı sonuçları yaşamaktadır.

Göç kararında etkisiz olan çocukların bedensel, ruhsal, sosyal gelişimlerinde bu süreç çoğu zamanda hayat boyu iz bırakmaktadır. Çocukların da büyüme ve gelişme döneminde olmaları, korunma ve temel ihtiyaçların karşılanmasında anne-babalarına ihtiyaçlarının olması gibi nedenler göç sürecinde sağlık durumlarını etkilenmektedir. Bu süreçte yaşanabilecek olumsuzluklar çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişiminde derinden etkilemekte ve bazen de kalıcı şekilde zarar görmesine neden olabilmektedir.

Göç olaylarında kadınlar ve çocuklar sayısal olarak fazla olmaları ve sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi bakımından öncelikli gruplar arasında yer almaları nedeniyle özel bir konumdadır. Dolayısıyla kadın ve çocuklar bu süreçten farklı düzeylerde ve farklı şekillerde etkilenen önemli bir grup olduklarından sağlık

sorunlarına ve çözüm önerilerine daha fazla özen gösterilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Bu nedenle göçün etkisiyle birçok sağlık sorunuyla yüz yüze gelen kadınlar ve çocukların sağlığının korunması ve geliştirilmesi, sağlık koşullarının iyileştirilmesi için tüm ülkelerin kabul edeceği stratejik politikaların geliştirilmesi ve uygulanması önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu, Hemşirelik Terimleri Sözlüğü. Erişim: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_hemşirelik&view=hemşirelik&kategori=1=yazimay&kelimesec=2758. Erişim tarihi: 07.06.2018.
2. Uluslararası Göç Hukuku (IOM). (2009). Göç Terimleri Sözlüğü. Ed: Çiçekli, B. İsviçre Cenevre, No: 19: 22.
3. Akşit, G., Bozok, M., Bozok, N. (2015). "Zorunlu Göç, Sorunlu Karşılaşmalar: Hisar Köyü, Nevşehir'deki Suriyeli Göçmenler Örneği". TC. Maltepe Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Dergisi, 1+2, 92-116.
4. Tuzcu, A., Bademli, K. (2014). "Göçün Psikososyal Boyutu". Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(1), 56-66.
5. Kolcu, G., Karabacak, V., Başer, A., Uğur, Ş., Öngel, K. (2013). "Selçuklu Toplum Sağlığı Merkezi'nin Sığınmacılar İçin Saha Taraması Çalışması". Smyrna Tıp Dergisi, 30-34.
6. Gümüş, Y., Bilgili, N. (2015). "Göçün Sağlık Üzerindeki Etkileri". Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18,63-67.
7. Akgür, Z. G. (1997). "Türkiye'de Kırsal Kesimden Kente Göç ve Bölgeler Arası Dengesizlik 1970-1993. Ankara: Kültür Bakanlığı Yayınları, No: 201.
8. Aksoy, Z. (2012). "Uluslararası Göç ve Kültürlerarası İletişim". The Journal of International Social Research, 5, 292-303.
9. Erişim: <http://goc-cesitleri.nedir.org/> Erişim tarihi: 07.06.2018.
10. Olcay, Z. (2012). "Mülteci-Göçmen Belirsizliğinde İklim Mültecileri". Türkiye Barolar Birliği Dergisi, 99. Post Express, (2010).
11. Erişim: www.unhcr.org.tr Erişim tarihi: 14.06.2018.
12. Mamuk, R., Hotun Şahin, N. (2016). "İstanbul'da Düzensiz Göçmen Olarak Yaşayan Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ve Yaşadıkları Sorunlar". Journal of Human Sciences, 13(3): 5174-5188.
13. Önal, A., Keklik, B. (2016). "Mülteci ve Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yaşadığı Sorunlar: Isparta İlinde Bir Uygulama". Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 7(15), 132-148.
14. IOM & UNICEF. IOM and UNICEF Data Brief: Migration of Children to Europe. (2015). Erişim: http://www.iom.int/sites/default/files/press_release/file/IOM-UNICEF-Data-Brief-Refugee-andMigrant-Crisis-in-Europe-30.11.15.pdf. Erişim tarihi: 29.01.2018.
15. Harunoğulları, M. (2016). Suriyeli Sığınmacı Çocuk İşçiler ve Sorunları: Kilis Örneği". Göç Dergisi, 1, 29-30.
16. Aygün, O., Gökdemir, Ö., Bulut, Ü., Yaprak, S., Güldal, D. (2016). "Bir Toplum Sağlığı Merkezi Örneğinde Sığınmacı ve Mültecilere Verilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi". TJFM&PC, 10(1), 7-12.
17. BM Küresel Göç İstatistikleri, Erişim: <http://esa.un.org/unmigration/wallchart2013.html>. Erişim tarihi: 10.06.2018.
18. Erişim: <http://www.mfa.gov.tr/birlesmis-milletler-multeciler-yuksek-komiserligi-tarafindan-duzenlenen-suriye-ye-komsu-ulkeler-bakanlar-toplantisi-sonunda-kabu.tr.mfa>. Erişim tarihi: 10.06.2018.
19. International Organization For Migration. (2017). Erişim: <http://doe.iom.int/docs/Flows%20Compilation%202015%20Overview.pdf>. Erişim tarihi: 29.01.2018.
20. International Migration Report, United Nations New York, (2017).Erişim: http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf. Erişim tarihi: 29.01.2018.
21. Syria Regional Refugee Response-Situations-UNHCR (2017).Erişim:<http://data.unhcr.org/syrianrefugees/regional.php>. Erişim tarihi: 29.01.2018.
22. UNFPA, (United Nations Population Fund) (2014). Migration: A World on Them Move. Erişim: <https://www.unfpa.org/migration>. Erişim Tarihi: 09.06.2018.
23. Polat, S, Evliyaoğlu, N. (2008). "Göçmen Çocuklar". Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci, 4(6), 52-55.
24. World Health Organization-WHO (2003). "International Migration, Health And Human Rights". Erişim: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IO_M_UNOHCHRPublication.pdf. Erişim tarihi: 29.01.2018.
25. Arabacı, Z, Hasgül, E, Serpen, A.S. (2016). "Türkiye'de Kadın Göçmenlik ve Göçün Kadın Sağlığı Üzerine Etkisi". Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 16(36), 126-144.
26. İldam Çalım, S, Kavlak, O, Sevil, Ü. (2012). "Evrensel Bir Sorun: Göç Eden Kadınların Sağlığı ve Sağlık Hizmetlerinde Yaşanan Dil Engeli". Sağlık ve Toplum, 22(2), 11-19.
27. Luquel J. S, Soulen G, Davila C. B, Cartmell K. (2018). "Access to Health Care For Uninsured Latina Immigrants in

- South Carolina". BMC Health Services Research, 18(310), 1-12.
28. Schmidt, N. C, Fargnoli, V, Epiney, M, Irion, O. (2018). "Barriers to Reproductive Health Care For Migrant Women in Geneva: A Qualitative Study". Reproductive Health, 15(43), 1-10.
29. Önal, A, Keklik, B. (2016). "Mülteci Ve Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimde Yaşadığı Sorunlar: Isparta İlinde Bir Uygulama". Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, 7(15), 132-148.
30. İlhan M. N, Gözülü, M, Atasever, M, Dünder, M. A, Büyükgök, D, Barkan, O. B. (2016). "Göç ve Halk Sağlığı". Susam Yayınları. 2. Baskı, Ankara.
31. Shuldiner, J, Liu, Y, Aisha Lofters, A. (2018). "Incidence of Breast and Colorectal Cancer Among Immigrants in Ontario, Canada: A Retrospective Cohort Study From 2004-2014". BMC Cancer, 18(537), 1-10.
32. Şimşek, Z, Yentür-Doni, N, Doğan, F, Hilali, N. G, Yıldırımkaaya, G. (2015b). "Bir İl Merkezinde Üreme Çağındaki Suriye'li Mülteci Kadınlarda Demir, B12 ve Folat Eksikliği". 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Bildiri Kitabı, Poster Bildiri No: 16, 291-292.
33. Benage, M, Greenough, P. G, Vinck, P, Omeira, N, Pham, P. (2015). "An Assessment of Antenatal Care Among Syrian Refugees in Lebanon". Confl Health, 9, 2-11.
34. Hyman, I, Gruge, S. (2002). "A Review of Theory And Health Promotion Strategies For New Immigrant Women: Canadian". Journal of Public Health, 93(3), 183-187.
35. Zheng, Y, Ji, Y, Dong, H, Chang, C. (2018). "The Prevalence of Smoking, Second-Hand Smoke Exposure, and Knowledge of the Health Hazards of Smoking Among Internal Migrants in 12 Provinces in China: A Cross-Sectional Analysis". BMC Public Health, 18(655), 1-9.
36. International Organization for Migration (2004b). "Health and Migration Seminar Report of Meeting". Erişim: <http://www.iom.int/jahia/page8>. Erişim tarihi: 09.06.2018.
37. IOM. (2015). World Migration Report-Facts And Figures. "International Organization for Migrants". Erişim: <http://www.iom.sk/en/about-migration-in-the-world>. Erişim tarihi: 09.06.2018.
38. Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK (2015). Erişim: <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist>. Erişim tarihi: 05.02.2017.
39. Bayındırlık ve İskân Bakanlığı (2009). "Kentsel Yoksulluk, Göç ve Sosyal Politikalar Komisyonu Raporu". Erişim: http://www.kentges.gov.tr/_dosyalar/sura_raporlari/kitap7.pdf. Erişim tarihi: 05.02.2017.
40. Tuzcu, A, Ilgaz, A. (2015). "Göçün Kadın Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri". Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7(1), 56-67.
41. Demir, G, Arıöz, A. (2014). "Göç Eden Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler". Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(2), 1-8.
42. Aker, T, Ayata, B, Özeren, M, Buran, B, Bay, A. (2002). "Zorunlu İç Göç: Ruhsal ve Toplumsal Sonuçları". Anadolu Psikiyatrisi Dergisi, 3, 97-103.
43. Escobar, J. I, Nervi, C. H, Gara, M. A. (2000). "Immigration and Mental Health: Mexican Americans in The United States". Harvard Review of Psychiatry, 64-72.
44. Aksu, H, Sevil, Ü. (2010). "Göç ve Kadın Sağlığı". Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2(3), 133-138.
45. Taşçı Duran, E. (2014). "Göç Eden Gebe Kadınların Planlı Davranış Kuramına Göre Doğum Öncesi Bakım Almaya Yönelik Niyet ve Tutumlarını Etkileyen Etmenler". Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 1-15.
46. Schutte, J. M, Steegers, E. A, Schuitemaker, N. W, Santema, J. G, de Boer, K. et al. (2010). "Rise in Maternal Mortality in the Netherlands". BJOG, 117, 399-406.
47. Suarez, L, Hendricks, K. A, Cooper, S. P, Sweeney, A. M, Hardy, R. J, Larsen, R. D. (2000). "Neural Tube Defects Among Mexican Americans Living on the US-Mexico Border: Effects of Folic Acid and Dietary Folate. Am J Epidemiol, 152, 1017-1023.
48. Türk Tabipler Birliği. (TTB). (2014). "Suriyeli Sığınmacılar ve Sağlık Hizmetleri Raporu". In: Birliği TT, Ed: Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
49. Semran, K, Mann Lisa, R, Roberts & Susanne Montgomery. (2017). "Conflicting Cultural Values, Gender Role Attitudes, and Acculturation: Exploring the Context of Reproductive and Mental Health of Asian-Indian Immigrant Women in the US". Issues in Mental Health Nursing, 38(4), 301-309.
50. Taşçı Duran, E, Okçay, H. (2012). "Etnik İletişim Kadın Sağlığını Nasıl Etkiliyor?". SDÜ Fen Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi, 25, 251-257.
51. Stirbu, I, Kunst, A. E, Bos, V, Mackenbach, J.P. (2006). "Differences in Avoidable Mortality Between Migrants and the Native Dutch in the Netherlands". BMC Public Health, 6(78), 1-10.
52. van Roosmalen, J, Schuitemaker, N. W, Brand, R, van Dongen, P. W, Bennebroek Gravenhorst, J. (2002). "Substandard Care in Immigrant Versus Indigenous Maternal Deaths in the Netherlands". BJOG, 109, 212-213.
53. Juárez, S, Mussino, M, Hjern, A. (2018). Being a Refugee or Having a Refugee Status? Birthweight And Gestational Age Outcomes Among Offspring of Immigrant Mothers in Sweden". Scandinavian Journal of Public Health, 1-5. [Epub ahead of print].
54. Topçu, S, Başer, A. (2006). "Göç ve Sağlık". C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 10(3), 37-42.
55. Adanu, R.M.K, Johnson, T.R.B. (2009). "Migration And Women's Health". International Journal of Gynecology and Obstetrics, 106, 179-181.
56. Guvenc, S. (2011). "Zorla Yerinden Edilenler için Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Araştırma Raporu [Economic, Social and Cultural Rights Report for Forced Migrants]". 1-290.
57. Caserta, D, Ralli, E, Matteucci, E, Bordi, G, Soave, I, Marci, R, Moscarini, F. (2015). "The Influence of Socio-Demographic Factors on Miscarriage Incidence Among Italian and Immigrant Women: A Critical Analysis from Italy". J Immigrant Minority Health, 17, 843-851.
58. Çiğçi, S, Değer, V, Ertem M. (2018). "Suriyeli Göçmenler ve Önemli bir Üreme Sağlığı Sorunu Erken Yaş Gebelikleri". Göç Dergisi, 5(1), 1-5.
59. Gümüş, G, Kaya, A, Yılmaz, S. Ş, Özdemir, S, Başbüyük, M, Coşkun, A. M. (2017). "Suriyeli Mülteci Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları". KASHED, 3 (1), 1-17.
60. John, E. M, Phipps, A. I, Davis, A, Koo, J. (2005). "Migration History, Acculturation, and Breast Cancer Risk in

- Hispanic Women". *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 14(12), 2905-2913.
61. Şimşek, Z, Doğan, F, Ersin, F, Yıldırımkaaya, G. (2015a). "Bir İl Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaşları Arasındaki Suriye'li Evli Kadınların Ruhsal Durumu". 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Bildiri Kitabı, Sözel Bildiri No: 42, pp 232-233.
62. Davidson, N, Skull, S, Burgner, D, Kelly, P, Raman, S, Silove, D. et al. (2004). An Issue of Access: Delivering Equitable Health Care For Newly Arrivedrefugee Children in Australia". *Paediatr Child Health (Oxford)*, 40, 569-575.
63. Miller, E, Decker, M.R, Silverman, J.G, Raj, A. (2007). "Migration, Sexual Exploitation and Women's Health: A Case Report From a Community Health Center". *Violence Against Women*, 13, 486-497.
64. Farley, T, Galves, A, Dickinson, L.M, Perez, M.J.D. (2005). "Stress, Coping and Health: A Comparison of Mexican Immigrants, Mexican-Americans and Non-Hispanic Whites". *Journal of Immigrant Health*, 7(3), 213-20.
65. Sır, A, Bayram, B, Özkan, M. (1998). "Zoraki İç Göçün Ruh Sağlığına Etkileri Üzerine Bir Ön Çalışma". *Klinik Psikiyatri*, 2, 83-88.
66. Babaoğlu Akdeniz, E. (2013). "Almanya'nın Bir Yerleşim Yerinde Yaşayan Göçmen Türk Kadınlarının Kalitatif Yöntem İle Belirlenen Sorun Alanları". *International Journal of Human Sciences*, 10(2), 503-520.
67. Şen, S, Egelioğlu Çetışli, N, Saruhan, A. (2012). "Göçün Gebelikteki Depresyon, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destekle İlişkisi". *International Journal of Human Sciences (Online)*, 9(2), 1- 13.
68. Pérez-Ramírez, F, García-García, I, Rafael A. CaparrosGonzalez, R. A, Peralta-Ramírez, M. I. (2017). "Psychological Assessment Among Immigrant and Spanish Women During the Postpartum Period in Spain". *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 35(2), 159-171.
69. Pérez Ramirez, F, García-García, I, Peralta-Ramírez, M. I. (2013). "The Migration Process as a Stress Factor in Pregnant Immigrant Women in Spain". *Journal of Transcultural Nursing*, 24(4), 348 -354.
70. Çevik, S. A. (2016). "Suriye'den Türkiye'ye Göç'ün Etkileri". *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2, 80-83.
71. Gözübüyük, A.A, Ensar, D, Dağ, H, Arıca, V. (2015). "Olağan Üstü Durumlarda Çocuk Sağlığı". *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 6(3), 324-330.
72. Alasagheirin M. H, Mary K. Clark, M. K. (2018). "Skeletal Growth, Body Composition, and Metabolic Risk Among North Sudanese Immigrant Children". *Public Health Nurs*, 35, 91-99.
73. Özkahraman, S, Kolsuz, S, Gördük, M. N, Can, M, Turan İ, Saka, G. (2015). "Diyarbakir Büyükşehir Belediyesi Şengalliler Çadırkent 6-10 Yaş Arası Malnütrisyon Durumu". 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Kongre Bildiri Kitabı, Poster Bildiri No: 250, pp 748-49.
74. Kim, J. H, Nicodimos, S, Kushner, S. E, Rhew, I. C, McCauley, E, Vander Stoep, A. (2018). "Comparing Mental Health of US Children of Immigrants and Non-Immigrants in 4 Racial/Ethnic Groups". *J Sch Health*, 88, 167-175.
75. Betancourt T. S, Newnham E A, Birman, D, Lee R, Ellis, B, H, Layne, C. M. (2017). "Comparing Trauma Exposure, Mental Health Needs, and Service Utilization across Clinical Samples of Refugee, Immigrant, and U.S.-Origin Children". *J Trauma Stress*, 30(3), 209-218.
76. UNHCR. Turkey Age, Genderand Diversity Report (2015). Erişim: data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=13064. Erişim tarihi: 29.01.2018.

Astım Süreci ile İlişkili Güncel Faktörler: Obezite ve Beslenme

Current Factors Related with Asthma Process: Obesity and Nutrition

Ümüþ ÖZBEY¹, Aslı UÇAR²

ÖZ

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, görülme sıklığı giderek artan bir solunum sistemi hastalığı olan astım; beslenme şeklindeki değişimler ve obezite ile sıkça ilişkilendirilmektedir. Astım ve obezite prevalansının paralel olarak artması bu ilişkiye bir gerekçe olarak gösterilmekte ve her iki hastalığa yönelik ortak çalışmalar yapılmaktadır. Obezitenin akciğer kapasitesini düşürmesi, soluk alışverişini zorlaştırması, sistemik ve lokal inflamasyona yol açması her iki hastalığın ortak yönü olduğu hipotezini de desteklemektedir.

Günümüzde astım hastalığındaki bu hızlı artış ile bireylerin yaşam tarzındaki değişimlerle de sıkça ilişkilendirilmektedir. Astımla ilişkili olarak birçok diyet hipotezi ortaya atılmakta ve değişen diyet içeriği astıma neden olan en önemli çevresel faktörlerden biri olarak gösterilmektedir. Bu çalışmada yetişkin bireylerde beslenme şekli ve obezitenin astım üzerine etkisi incelenerek konuyla ilgili güncel sonuçların yansıtılması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Astım, Beslenme, Obezite, Solunum Fonksiyonları

ABSTRACT

In recent years studies have shown that asthma, a respiratory disease that is increasingly common, is related with nutritional changes and obesity. The parallel increase in the prevalence of asthma and obesity is one of the reasons for this association. The reduction of lung capacity, difficulty in inspiration exchange, and systemic-local inflammation increase the number of studies for both diseases.

Today, this rapid increase in asthma disease is often associated with changes in the lifestyle of individuals. Many dietary hypotheses are associated with asthma and varying dietary content is shown as one of the most important environmental factors causing asthma. In this study, effects of nutrition and obesity on asthmatic diseases in adult subjects were investigated and it was aimed to keep light on this subject. In this study it was aimed to reflect that the et of nutritional habits and obesity on asthma in adult subjects with current results.

Keywords: Asthma, Nutrition, Obesity, Respiratory Functions.

¹Arş. Gör. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, ORCID: 0000-0002-1438-0791

²Prof.Dr. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, ORCID: 0000-0001-9724-9571

GİRİŞ

Astım; hava yollarının aşırı duyarlılığı ile ilişkili, tekrarlayıcı hırıltılı solunum, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi ve öksürük ataklarına neden olan kronik inflamatuvar bir hastalıktır.¹ Dünyada yaklaşık 235 milyon birey astımdan etkilenmekte ve farklı ülkelerdeki astım prevalansı %1,0 ile %18,0 arasında değişmektedir.^{2,3} Türkiye’de yetişkin bireylerde astım prevalansının %2,0-6,0 arasında değiştiği bilinmekte ve yaklaşık 3,5 milyon astım hastasının olduğu tahmin edilmektedir.¹ Hastalığın patogenezinde birçok faktörün yer aldığı ve çoğu zaman bireysel ve çevresel faktörlerin kombinasyonu ile ortaya çıktığı düşünülmektedir.⁴

Son yıllarda astım ile sıklıkla ilişkilendirilen başlıca faktörler obezite ve beslenme. Bireylerin beslenme şeklindeki değişimler sonucunda, astıma paralel olarak artan obezite prevalansı bu faktörlerin astımla olan ilişkisini güçlendirmektedir. Günümüzde hasattan kısa bir süre sonra tüketiciye sunulan besinin yerini işlem görmüş, yüksek enerjili besinler almaktadır.⁵ Beslenme alışkanlığındaki bu hızlı değişim vücut yağ dokusunu arttırmakta ve alınan toplam antioksidan miktarının düşmesine neden olmaktadır.⁶ Son 20 yılı aşkın süredir obezite ve beslenme faktörleri ile ilgili farklı hipotezler ortaya atılmakta ve bunların astıma öncülük ettiği düşünülmektedir. Ancak bu faktörlerin astım üzerindeki doğrudan etkisi hala belirsizliğini korumaktadır.⁷ Bu derlemede obezite ve beslenme faktörünün astım üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Obezite

Obezite; ‘vücutta sağlığı olumsuz etkileyecek şekilde anormal miktarda yağ birikmesi’ şeklinde tanımlanmaktadır.⁸ Temel olarak besinler aracılığı ile elde edilen enerjinin, harcanan enerjiden fazla olmasından kaynaklanmakta ve bozulmuş enerji homeostazisini yansıtmaktadır.⁹ Obezite yol açtığı metabolik

komplikasyonlar nedeniyle diğer birçok hastalık ile ilişkilendirilmektedir.¹⁰ Son yıllarda astımın da bu ilişkideki yeri belirlenmeye çalışılmakta ve olası faktörler ile ilgili farklı hipotezler ortaya atılmaktadır. Her iki hastalığın prevalansının eşzamanlı olarak artması, artmış vücut ağırlığının astıma öncülük ettiğini düşündürmektedir. Obezite ve astım arasındaki ilişkinin sebebi tam anlamıyla açık olmasa da obezitenin akciğerler üzerindeki mekanik etkisi, immün sistem ve inflamatuvar cevap üzerindeki etkisi ve hormonal değişime yol açması olası faktörler olarak düşünülmektedir.¹¹

Obezitenin Mekanik Etkisi

Obezite solunum sistemi üzerindeki mekanik etkisini abdominal sistem ve toraks yağlanması aracılığı ile göstermektedir.¹² Ağırlık artışı ile oluşan yumuşak yağ dokusu, göğüs duvarı üzerinde bası oluşturmakta ve göğüs kafesi ile diyaframın solunum esnasındaki hareketini kısıtlamaktadır. Azalmış hava yolu ile oluşan bu kısıtlanma akciğer kapasitesini düşürmekte solunum hacmini azaltmaktadır.¹³ Solunum yolundaki bu kısıtlanma ve solunum hacmindeki düşüş alveol yüzey gerilimini arttırarak solunum için harcanan çaba ve tüketilen O₂ miktarını arttırmaktadır.¹⁴ Beden kütle indeksi (BKİ) 40,0’ın üzerinde olan bireylerde solunum için harcanan O₂ miktarı total O₂ tüketiminin %16,0’sına ulaşırken normal ağırlıklı bireylerde bu oran en fazla %3,0 olmaktadır.¹³ Yani artmış yağ dokusu nedeniyle solunum hareketi için yeterli alan kalmamakta; hava yolu direnci ile solunum sistemi kas hasarı artmaktadır. Bu da astımlı bireylerde düzensiz soluk alışverişi, egzersiz intoleransı ve uykuda solunum bozukluklarına yol açmaktadır.⁵⁶ Obezite bu etkisini solunum sistemi mekaniği, hava yolu direnci, kas gücü dayanıklılığı ve egzersiz kapasitesini değiştirerek göstermektedir.⁵⁷ Sonuç olarak obez bireylerde nefes alışverişi zorlaşmakta ve özellikle astımlı morbid obezlerde yaşam kalitesinde düşmeye neden olmaktadır.⁵⁸

Artmış yağ dokusu solunum yollarının toplam alanını azaltarak akciğer hareketliliğini kısıtlamakta ve total akciğer kapasitesini (TLC) düşürmektedir.¹⁵ Jones ve arkadaşlarının (2006) 373 bireyin solunum fonksiyonlarını ölçtüğü çalışmada BKİ'si 20,0-25,0 kg/m² arasında olan bireylerin ortalama TLC değerlerinin 30,0-35,0 kg/m² arasında olanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. BKİ'nin her birim artışı TLC ile negatif ilişkilendirilmiştir. Aynı zamanda astım teşhisinde en yaygın olarak kullanılan solunum ölçütlerinden olan FEV₁ ve FVC artmış BKİ ile birlikte azalmaktadır.¹⁶

Obezite oluşturduğu mekanik ve inflamatuvar vb. etkilerle de astımın ortaya çıkışına neden olmakta ve zamanla astım şiddetini artırmaktadır. Beuther ve Sutherland'ın (2007) 333.102 birey üzerinde yaptığı meta-analiz çalışmasında obezitenin astım gelişimini yaklaşık 2 kat hızlandırdığı; ağırlık kaybı arttıkça astım görülme sıklığının azaldığı bulunmuştur.¹⁷ Yaklaşık 10 yılı aşkın sürede 4589 kadın ve 4654 erkek üzerinde yapılan NHANES verilerine göre ise normal kilolu bireyler ile karşılaştırıldığında, BKİ'si 35,0 ve üzerinde olan bireylerin astım riski 1,87 kat daha fazla olarak bulunmuştur.¹⁸

Astımlı bireylerde vücut ağırlığının artışı nedeniyle çevre yağ dokusunun oluşturduğu çekme gücü, diyafram fonksiyonlarının da bozulmasına neden olmaktadır. Diyafram kas liflerinin sayısı ve boyutu azalmakta, pulmoner kan akımı artmakta, yeterli solunum gerçekleşmemektedir. Bu durumda obez bireylerin normal ağırlıktakilerle aynı solunumu sağlayabilmesi için daha fazla diyafram aktivitesi göstermesi gerekmektedir.^{19,20} Yani solunum hacminde değişiklik olmadan daha hızlı ve yüzeysel bir solunum ortaya çıkmaktadır.¹⁵

Obezitenin astım üzerindeki etkisini gösteren bir diğer mekanik etki ise havayolu düz kaslarındaki değişimin etkisidir. Yağ dokusunun hacmi nedeniyle solunum mekaniğinin değişmesi havayolu kas sistemindeki kontraktillerin özelliklerini değiştirmektedir. Bu durum aktin-miyozin

dinamiğini etkileyerek mevcut kas kontraksiyon ve dilatasyon sistemini bozmaktadır. Solunum kas kuvvetinin azalması ve solunum periyodunun bozulması, astım oluşumunu tetiklemekte ve hastalığa öncülük etmektedir.^{21,22}

İmmün Sistem ve İnflamatuvar Yanıt

Yağ dokusu oluşturduğu inflamatuvar yanıt nedeniyle bir proinflamatuvar olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle obezitenin düşük dereceli ve dirençli sistemik inflamasyon ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.²³ Buna ek olarak, yağ dokusu oluşturduğu inflamasyon ile bronşiyal duyarlılığa yol açmakta ve astımlı bireylerde solunum hassasiyetini arttırmaktadır.⁵⁵ Özellikle sitokin üretiminin önemli bir kaynağı olan viseral yağ dokusu, yüksek sensitif C-reaktif protein (hsCRP), tümör nekroz faktör-alfa (TNF-alfa) ve interlökin (IL) gibi inflamatuvar sitokinleri obez bireylerde obez olmayanlara göre daha yüksek derecede üreterek, astımın semptomlarını arttırmaktadır. Sonuç olarak BKİ aracılığı ile artmış inflamatuvar yanıt obez astımlılarda, obez olmayanlara göre daha yüksek oranda görülmektedir.²⁴

Özellikle yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalarda adipoz dokunun çapı ile TNF-alfa seviyesi arasında pozitif ilişki gösterilmiştir. Bu durum derialtı adipoz dokunun BKİ ve total vücut yağına göre inflamasyonla daha ilişkili olduğunu göstermektedir.²⁵ Astım hastalığı da inflamatuvar hücre infiltrasyonu ile karakterizedir ve mukozada eozinofil, mast hücreleri ve T-lenfositlerin aktivasyonuna neden olmaktadır. Bu aktivasyonda özellikle IL-4, IL-5, IL-6 ve TNF-alfa sorumludur. Şiddetli astım hastalarında TNF-alfa seviyesi oldukça yüksek olup, IL-4, IL-5 gibi Th2 (T yardımcı hücre 2) sitokinlerinin de artışı görülmektedir. TNF-alfa oluşturduğu inflamatuvar yol nedeniyle, obez astımlı bireylerde havayolu kontraksiyonuna yol açarak astımın karakteristik özelliği olan bronşiyal duyarlılığı arttırmaktadır.²⁶

Obezite sistemik inflamasyonla beraber oksidatif stresten de sorumludur. Artmış yağ dokusu ve azalmış antioksidan seviye oksidatif stresi arttırmakta ve inflamasyonu tetiklemektedir. Lipid peroksidasyonunun artması sitokin salınımını arttırmakta ve enzim fonksiyon değişikliği ile pro-inflamasyona neden olmaktadır.²⁷

Hormonal Etki

Adipoz doku; yüksek metabolik etkileri olan ve adipokinler olarak adlandırılan birçok metabolik düzenleyici üretmektedir. Bu adipokinlerden biri olan ve sağlıklı bireylerde hipotalamus aracılığıyla iştah bastırıcı ve metabolik uyarıcı hormon olarak görev yapan leptin; adipoz dokudan adipoz dokunun oranı ölçüsünde salgılanmaktadır.^{28,29}

Leptin adipoz dokudan TNF-alfa ve IL-6 gibi inflamatuvar sitokinlerin üretimini arttırarak proinflamatuvar aracılardan artışına yol açmakta; bunun aksine antiinflamatuvar sitokin (IL-12) üretimini de azaltmaktadır.³⁰ Bu durumda obez astımlı bireylerde yüksek salınım gösteren leptin hormonu, arttırdığı inflamatuvar yanıt aracılığı ile havayolu kısıtlanmasını arttırmakta ve astım sürecini hızlandırmaktadır.⁵⁴

Leptin havayolu düz kaslarından salınan vasküler endotel büyüme faktörü (VEGF) aracılığıyla havayolu remodelingi ve angiogenezin artışından da sorumludur. Bu nedenle havayolu inflamasyonunun yanı sıra havayolu remodelingi üzerine de etki etmektedir.³¹ Bu durum obez astımlılarda obez olmayanlara göre daha sık görülmektedir.³²

Adiponektin seviyesi ise diğer birçok adipokinin aksine obezite ile azalmakta ve ağırlık kaybı ile artmakta, yani BKİ ile ters ilişki göstermektedir. Adiponektin antiinflamatuvar olmakla beraber akciğer ve iskelet kaslarında primer metabolik etkiye sahiptir. Antiinflamatuvar etkisi, bir proinflamatuvar olan IL-6 ve TNF-alfa'yı inhibe ederek, antiinflamatuvar sitokin etkileri olan IL-1 ile IL-10'u indüklemesinden kaynaklanmaktadır.

Adiponektin artışı alerjen kaynaklı havayolu inflamasyonunu azaltmakta; eksikliği ise havayolu eozinofil oranını arttırmaktadır. Yani düşük adiponektin seviyesi artmış astım oranı ile ilişkilendirilmektedir.^{32,33}

Diyet

Günümüzde astım hastalığındaki hızlı artışın nedeninin genetik faktörlerin yanı sıra yaşam tarzındaki değişimlerle de ilgili olduğu düşünülmektedir. Son 15 yıldır astımla ilişkili olarak birçok diyet hipotezi ortaya atılmakta ve değişen diyet içeriği astım hastalığına neden olan en önemli çevresel faktörlerden biri olarak gösterilmektedir.³⁴ Devereux ve Seaton değişen diyetin astım prevalansını arttırdığını, özellikle fastfood ağırlıklı beslenmenin astım ile ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir. Antioksidanlar ve diyet yağları astıma etki ettiği düşünülen başlıca diyet öğeleridir.⁶

Antioksidan alımı ve astım ilişkisi ile ilgili genel görüş, yetersiz antioksidan alımının astım hastalığını arttırdığı yönündedir. Bu görüş zaman içerisinde beslenme şeklinin değişmesi ile birlikte astım hastalığı prevalansının belirgin olarak artmasına dayandırılmaktadır.³⁵ Geleneksel diyetin modern diyete dönüşmesi, alınan toplam antioksidan seviyesi ile birlikte besinlerin içeriğindeki antioksidan miktarını da azaltmaktadır. Günümüzde hasattan kısa bir süre sonra tüketiciye sunulan besinin yerini işlem görmüş besinler almaktadır.⁵ Beslenme alışkanlığındaki bu hızlı değişim meyve ve sebzelerin kalitesinin ve antioksidan içeriğinin düşmesine neden olmaktadır.⁶

C, E vitaminleri, selenyum ve çinko gibi mineraller, karotenoidler, flavonoidler başlıca antioksidanlardır. Son yıllarda yapılan kesitsel çalışmalar antioksidanların astım üzerindeki olumlu etkisini kanıtlamaktadır.^{36,37} Meyve ve sebzeler antioksidan içeriği yüksek besinlerdir ve bu besinlerin alımının azalması astım ve atopik hastalıkların sıklığında artışa neden olmaktadır.⁶ Burns ve arkadaşlarının 2112

birey üzerinde yaptıkları çalışmada, antioksidan alımı düşük bireylerin zorlu ekspiratuvar volümleri (FEV) antioksidan alımı yüksek olanlara göre daha düşük bulunmuştur.³⁵ Luis ve arkadaşlarının 54 astım hastası, 54 sağlıklı birey üzerinde 3 günlük besin tüketim kayıtlarını alarak yaptıkları çalışmalarında ise, sağlıklı bireylerin A, C, E vitamin alımlarının astımlılara göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.³⁶

Serum C vitamini düzeyinin düşük olması azalmış akciğer fonksiyonu ve artmış astım prevalansı ile ilişkilendirilmektedir.³⁸ Anetor ve arkadaşlarının 50 astım hastası 25 sağlıklı birey üzerinde yaptığı çalışmada, astımlı bireylerin serum C vitamini değerleri sağlıklı gruba göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$).³⁹ C vitamininin diğer antioksidan vitaminlerle birlikte verilmesi astımın olumsuz bronşiyal etkileri üzerine koruyucu etki göstermektedir. Trencă ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, C ve E vitaminini birlikte alan bireylerin FEV değerleri plasebo alanlara göre daha yüksek ve bronşiyal duyarlılığı daha düşük olarak bulunmuştur.⁴⁰ Yieh ve arkadaşlarının çalışmasında ise sigara kullanan ve C vitamini takviyesi alan gebe kadınların bebeklerinin solunum fonksiyonları, kullanmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Gebelik ve laktasyon dönemindeki C vitamini alımı, çocukluk çağındaki astım semptomlarına karşı koruyucu olarak gösterilmiştir.⁶¹ Barros ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bireylerin C vitamini içeren besinleri alım miktarları arttıkça AKT puanlarının arttığı bulunmuştur.⁷ Astımlı bireylerde yapılan bir başka çalışmada, diyet inflamatuvar indeksi (Dİİ) skorunun antioksidan alımı ile ters orantılı olduğu ve Dİİ skorunda 1 birimlik artış olduğunda FEV₁ değerinde 3,44 kat azalma olduğu gösterilmiştir.⁵⁹

A vitamini ve spesifik türlerinin (retinol, karotenler ve total karotenoidler) alımı astım şiddeti ile negatif korelasyon göstermektedir. Yapılan çalışmalarda astım hastası bireylerde günlük A vitamini alımının tavsiye edilen

miktarın altında olduğu gözlenmiştir. Özellikle şiddetli astım hastalarında günlük alım ortalama olarak tavsiye edilen miktarın yarısına kadar düşmektedir.⁴¹ Kalaycı ve arkadaşlarının 14 astımlı 12 kontrol grubu çocuk üzerinde yaptığı çalışmada hastalığın remisyon dönemindeki serum α -tokoferol, beta karoten ve askorbik asit düzeyleri kontrol grubuna göre düşük bulunmuştur. Hastalığın atak dönemindeki serum beta karoten seviyesi ise remisyon dönemine göre anlamlı derecede düşüktür ($p<0,05$).⁴²

E vitamini astım üzerindeki antioksidan etkisini daha çok A ve C ile vitamini ile birlikte kullanıldığında göstermektedir.⁴³ Fogarty ve arkadaşlarının 2633 birey üzerinde yaptıkları çalışmada; artmış E vitamini alımı azalmış serum IgE konsantrasyonu ve allerji ile ilişkilendirilmiştir.⁴⁴ Allan ve arkadaşlarının çalışmasında ise gebelik döneminde annenin düşük serum E vitamini seviyesi, artmış çocukluk çağı astımı ile ilişkilendirilmiştir.⁶⁰

Yağ asitleri de astımın beslenme ile ilişkisinde önemli faktörlerinden biridir ve bu konudaki çalışmalar çoğunlukla iki temel alanda yoğunlaşmaktadır. Bunlar omega 3 yağ asitlerinin astım üzerindeki potansiyel koruyucu etkisi ve trans yağ asitleri ile omega-6 yağ asitlerinin astım üzerindeki zararlı etkileridir.⁴⁵ Omega 3 yağ asitlerinden eikosapentaenoik asit (EPA) araşidonik asit (AA) ile yarışarak inflamatuvar ajanların oluşumunu engellemektedir.³⁴ Mayser ve arkadaşlarının yaptıkları çift kör, plasebo çalışmada omega 3 alan bireylerin atopi şiddetleri omega-6 alanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Serumdaki artmış EPA/AA oranının atopi için koruyucu olduğu belirlenmiştir.⁴⁶

Balık tüketim oranının yüksek olduğu Eskimo popülasyonunda astım prevalansının düşük görülmesi omega 3'ün astımdaki koruyucu etkisini göstermektedir.⁵⁰ Japonya gibi balık tüketiminin yüksek olduğu ülkelerde de astım prevalansı, tüketimin az olduğu ülkelere göre daha düşüktür. Bu durumun omega 3 yağ asitlerinin

inflamatuvar sitokinleri azaltması ile ilişkilendirilmektedir.⁵¹ Takemura ve arkadaşlarının 1673 astımlı çocuk ile yaptıkları çalışmada balık tüketim sıklığı arttıkça astım prevalansının azaldığı ve omega 3 alımının astım üzerinde koruyucu olduğu belirtilmiştir.⁵² Osaka gebe ve çocuk sağlığı araştırmalarında; annenin omega 3 ve α -linolenik asit alımının çocukluk çağında azalmış hırıltı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Çalışmada gebelik süresince yüksek omega 6 alımı ise artmış çocukluk çağı allerjisi ile ilişkilendirilmiştir.⁵⁶ Warstedt ve arkadaşlarının çalışmasında ise gebelik ve laktasyon süresince günlük 2,6 gram omega 3 takviyesi alan annelerin bebeklerinin, astım gibi IgE kaynaklı hastalıklara yakalanma riskinin daha düşük olduğu bulunmuştur. Buna göre annenin yeterli omega 3 alması çocukluk çağı astımı için koruyucu özellik göstermektedir.

Margarin tereyağına göre 20 kat daha fazla omega 6 ve linoleik yağ asidi içermektedir. Bu nedenle artmış margarin tüketiminin artmış atopik hassasiyet ve astımla ilişkili olduğu düşünülmektedir.³⁴ Dunder ve arkadaşlarının 1980 ve 1986 yılları arasında elde edilen verilerle yaptıkları

boyutsal çalışmaya göre margarin tüketimi artmış kişilerde astım gibi allerjik hastalıkların görülme sıklığı daha yüksek bulunmuştur ($p<0,01$). Aynı çalışmada tereyağ tüketimi allerjik hastalıklarla ilişkili bulunmamıştır.⁴⁷

Akdeniz diyetine uygun bir beslenme şekli astım için koruyucudur. Meyve ve sebzedden zengin, zeytinyağı tüketimi artmış bu beslenme şeklinde, astım sıklığı ve şiddeti normal popülasyona göre daha düşük görülmektedir. Zeytinyağında bulunan antioksidan fenolik bileşiklerin antiinflamatuvar etkisi bu düşüşten sorumlu tutulmaktadır.⁴⁸ Akdeniz diyeti gibi zeytinyağı tüketiminin yüksek olduğu diyetlerle beslenen bireylerdeki astım prevalansı üzerinde yapılan çalışmalarda omega-9'un astım için koruyucu bir faktör olduğu gösterilmiştir.^{48,49} Bu çalışmalara paralel olarak Akdeniz diyetine uyum ile astım semptomları ilişkisinin incelendiği bir başka çalışmada; Akdeniz diyet indeksi seviyesi arttıkça astım semptomlarının azaldığı bulunmuştur⁶³

SONUÇ VE ÖNERİLER

Değişen beslenme şekli ve artan obezite prevalansı ile birlikte astımın görülme sıklığı da artmaktadır. Obez bireylerde yüksek yağ dokusunun oluşturduğu sistemik-lokal inflamasyonla birlikte yetersiz antioksidan alımı da astım semptomlarını arttırmaktadır.

Yapılan çalışmalar obez bireylerin, normal vücut ağırlığındaki bireylere göre

daha düşük solunum fonksiyonlarına sahip olduğunu göstermektedir. Bu durumda obez astımlı bireylerin astım semptomlarının iyileşmesi, kilo kaybı ve beslenme düzeni için beslenme ve diyet kliniğine yönlendirilmeleri gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Melikoğlu, G., Kurtoğlu, S., & Kültür, Ş. (2015). Türkiye'de Astım Tedavisinde Geleneksel Olarak Kullanılan Bitkiler. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 19 (1), 20-24.
2. WHO (World Health Organization). (2013). Health topics asthma. Erişim Adresi <http://www.who.int/topics/asthma/en/>. Erişim Tarihi: 17/10/2016.
3. Sabuncular, C. (2013). 6-15 yaş grubu çocuklarda astım görülmesi ile Akdeniz tarzı beslenme durumu arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul, Yüksek Lisans Tezi.
4. Lee, S.C., Yang, Y.H., Chuang, S.Y., Lia, S.C., Yang, H.C., & Pan, W.H. (2012). Risk of asthma associated with energy-dense but nutrient-poor pattern in Taiwanese children. *Asia Pac J Clin Nutr*, 21(1): 73-81.
5. Thomas, D.A. (2003). Study on the mineral depletion of the foods available to us as a nation over the period 1940 to 1991. *Nutrition Health*, 17: 85-115.

6. Devereux, G., & Seaton A. (2005). Diet as a risk factor for atopy and asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 115(6), 1109-1117.
7. Barros, R., Moreira A., Padrão P., Teixeira V.H., Carvalho P., Delgado L., & Moreira, P. (2015). Dietary patterns and asthma prevalence, incidence and control. *Clinical & Experimental Allergy*, 45(11),1673-1680.
8. WHO (World Health Organization). 10 Facts on obesity. Erişim Adresi: [<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/>]. Erişim Tarihi: 17/10/2016.
9. Peng, H., Zhang, Q., Shen, H., Liu, Y., Cha, o X., Tian, H., & Jin, J. (2015). Association between serum soluble corin and obesity in Chinese adults: A cross-sectional study. *Obesity*, 23(4), 856-861.
10. Altunkaynak, B.Z., & Özbek, E. (2006). Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*, 13(4), 138-142.
11. Hong, S.J., Lee, M.S., Lee, S.Y., Ahn, K.M., Oh, J.W., Kim, K.E., & Lee, H.B. (2006). High body mass index and dietary pattern are associated with childhood asthma. *Pediatric pulmonology*, 1(12), 1118-1124.
12. Behazin, N., Jones, S.B., & Cohen, R.I. (2010) Respiratory restriction and elevated pleural and esophageal pressures in morbid obesity. *J. Appl. Physiol*, 108(1), 212-18.
13. Rabec, C., De Lucas, R.P., & Veale, D. (2011). Respiratory complications of obesity. *Arch Bronconeumol*, 47(5): 252-261.
14. Salome, C.M., King, G.G., & Berend, N. (2013). Effects of obesity on lung function. *Respiratory medicine*, 1: 1-5.
15. Jones, R.I., & Nzekwu, M.M.U. (2006). The effects of body mass index on lung volumes. *Chest Journal*, 130(3), 827-833.
16. Tantisira, K.G., & Weiss, S.T. (2001). Complex interactions in complex traits: obesity and asthma. *Thorax*, 56: 64-73.
17. Beuther, D.A., & Sutherland, E.R. (2007). Overweight, Obesity, and Incident Asthma: A Meta-analysis of Prospective Epidemiologic Studies. *Am J Respir Crit Care Med*, 175(7),661-6.
18. Ford, E.S. (2005). The epidemiology of obesity and asthma. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* , 115(5): 897-909.
19. Laaban, J.P., Orvoen-Frija, E., & Cassuto, D. (1996). Mecanismes de l'hypercapnie diurne dans le syndrome d'apnee du sommeil associe a une obesite massive. *Presse Med*, 25(1), 12-16.
20. Lopata, M., & Önal, E. (1982). Mass loading, sleep apnea and the pathogenesis of obesity hypoventilation. *Am Rev Respir Dis*, 126(4), 640-5.
21. Farah, C.S., & Salome, C.M. (2012). Asthma and obesity: a known association but unknown mechanism. *Respirology*, 17(3), 412-421.
22. Fredberg, J.J., Inouye, D.S., Mijailovich S.M., & Butler J.P. (1999). Perturbed equilibrium of myosin binding in airway smooth muscle and its implications in bronchospasm. *Am J Respir Crit Care Med*,159(3), 959-967.
23. Visser, M., Bouter, L.M., & Mcquillan G.M. (2001). Low-grade systemic inflammation in overweight children. *Pediatrics*, 107:13.
24. Park, H.S., Park, J.Y., & Yu, R. (2005). Relationship of obesity and visceral adiposity with serum concentrations of CRP, TNF-alpha and IL- 6. *Diabetes Res Clin Pract*, 69(1), 29-35.
25. Maffei, C., Silvagni D., & Bonadonna R. (2007). Fat cell size, insulin sensitivity, and inflammation in obese children. *J Pediatr*, 151(6), 47-652.
26. Bradding, P., Roberts, J.A., & Britten KM. (1994). Interleukin-4, -5, and -6 and tumor necrosis factor-alpha in normal and asthmatic airways: evidence for the human mast cell as a source of these cytokines. *Am J Respir Cell Mol Biol*, 10(5),471-80.
27. Machefer, G., Groussard, C., Vincent, S., Zouhal, H., Faure, H., Cillard, & Gratas-Delamarche A. (2007). Multivitamin-mineral supplementation prevents lipid peroxidation during "the Marathon des Sables. *Journal of the American College of Nutrition*, 26(2), 111-120.
28. Kershaw, E.E., & Flier, JS. (2004). Adipose tissue as an endocrine organ. *J Clin Endocrinol Metab*, 89(6), 2548-56.
29. Jequier, E. (2002). Leptin signaling, adiposity, and energy balance. *Ann N.Y Acad Sci*, 967(1), 379-88.
30. Martin-Romero C., Santos-Alvarez J., & Goberna R. (2000). Human leptin enhances activation and proliferation of human circulating T lymphocytes. *Cell Immunol*, 199(1), 15-24.
31. Shin, J.H., Kim, J.H., & Lee, W.Y. (2008). The expression of adiponectin receptors and the effects of adiponectin and leptin on airway smooth muscle cells. *Yonsei Med J*, 49(5), 804-10.
32. Sood, A., Cui, X., Qualls, C., Beckett, W.S., Gross, M.D., Steffes, M.W., & Jacobs, D.R. (2008). Association between asthma and serum adiponectin concentration in women. *Thorax*, 63(10), 877-882.
33. Kern, P.A., Di Gregorio, G.B., & Lu, T. (2003). Adiponectin expression from human adipose tissue: relation to obesity, insulin resistance, and tumor necrosis factor-alpha expression. *Diabetes*, 52(7), 1779-85.
34. Allan, K., & Devereux, G. (2011). Diet and asthma: nutrition implications from prevention to treatment. *Journal of the American Dietetic Association*, 111(2), 258-268.
35. Burns, J.S., Dockery, D.W., Neas, L.M., Schwartz, J., Coull, B.A., & Raizenne, M. (2007). Low dietary nutrient intakes and respiratory health in adolescents. *Chest*, 132(1), 238-245.
36. Luis, D.A., Armentia A., Aller R., Asensio A., Sedano E., Izaola O., & Cuellar, L. (2005). Dietary intake in patients with asthma: a case control study. *Nutrition*, 21(3), 320-324.
37. Rubin, R.N., Navo, L. & Cassano, P.A. (2004). Relationship of serum antioxidants to asthma prevalence in youth. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 169(3): 393-398.
38. Tricon, S., Willers, S., Smit, H.A., Burney, P.G., Devereux, G., Frew, A.J., & Warner, J.O. (2006). Nutrition and allergic disease. *Clinical & Experimental Allergy Reviews*, 6(5), 117-188a.
39. Anetor, J.I., Ajose, O.A., Ige, O., Oyeleye, A.O., & Ojo, P.O. (2003). Antioxidant status of adult Nigerian asthmatics: implications for prognosis. *Nutrition and health*,17(3), 221-229.
40. Trenca, C.A., Koenig, J.Q., & Williams, P.V. (2001). Dietary antioxidants and ozone-induced bronchial hyperresponsiveness in adults with asthma. *An International Journal*, 56, 242-249.
41. Allen, S., Britton, J.R., & Leonardi-Bee, J.A. (2009). Association between antioxidant vitamins and asthma outcome measures: systematic review and meta-analysis. *Thorax*, 64 (7),610-619.
42. Kalayci, O., Besler, T., Kilinc, K., Sekerel, B.E., & Saraclar, Y. (1999). Serum levels of antioxidant vitamins (alpha tocopherol,

- beta carotene, and ascorbic acid) in children with bronchial asthma. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 42(1), 17-21.
43. Nurmatov, U., Devereux, G., & Sheikh, A. (2011). Nutrients and foods for the primary prevention of asthma and allergy: systematic review and meta-analysis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 127, 724-733.
44. Fogarty, A., Lewis, S., Weiss, S., & Britton J. (2000). Dietary vitamin E, IgE concentrations, and atopy. *The Lancet*, 356(9241), 1573-1574.
45. Simopoulos, A.P. (2002). The importance of the ratio of omega-6/omega-3 essential fatty acids. *Biomedicine & pharmacotherapy*, 56(8), 365-379.
46. Mayer, P., Mayer, K., Mahloudjian, M., Benzing, S., Kramer, H.J., Schill, W.B., & Grimminger, F.A. (2002). Double-blind, randomized, placebo-controlled trial of n-3 versus n-6 fatty acid-based lipid infusion in atopic dermatitis. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 26(3), 151-158.
47. Dunder, Tl., Kuikka, L., Turtinen, J., Räsänen, L., & Uhari, M. (2001). Diet, serum fatty acids, and atopic diseases in childhood. *Allergy*, 56(5), 425-428.
48. Chatzi, L., Apostolaki, G., Bibakis, I., Skypala, I., Bibaki-Liakou, V., Tzanakis, N., & Cullinan, P. (2007). Protective effect of fruits, vegetables and the Mediterranean diet on asthma and allergies among children in Crete. *Thorax*, 62(8), 677-683.
49. Chatzi, L., Torrent, M., Romieu, I., Garcia-Esteban, R., Ferrer, C., Vioque, J., & Sunyer, J. (2008). Mediterranean diet in pregnancy is protective for wheeze and atopy in childhood. *Thorax*, 63(6), 507-513.
50. Reisman, J. (2011). Commentary on 'Dietary marine fatty acids (fish oil) for asthma in adults and children'. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 6(3), 1015-1016.
51. Pu, S., Nakagome, K., Yamada, T., Matsumur, a H., Yokoyama, K., Kaneko, K., & Kurosawa, Y. (2015). Association between fish consumption and prefrontal function during a cognitive task in male Japanese workers: A multi-channel near-infrared spectroscopy study. *Plos One*, 10(4), 972.
52. Takemura, Y., Sakurai, Y., Honjo, S., Tokimatsu, A., Gibo, M., Hara, T., & Kugai, N. (2002). The relationship between fish intake and the prevalence of asthma: the Tokorozawa childhood asthma and pollinosis study. *Preventive medicine*, 34(2): 221-225.
53. Miyake, Y., Sasaki, S., Tanaka, K., Ohfuji, S., & Hirota, Y. (2009). Maternal fat consumption during pregnancy and risk of wheeze and eczema in Japanese infants aged 16-24 months: The Osaka Maternal and Child Health Study. *Thorax*, 64(9), 815-821. 1.
54. Yuksel, H., Sogut, A., Yilmaz, O., Onur, E., & Dinc, G. (2012). Role of adipokines and hormones of obesity in childhood asthma. *Allergy, asthma & immunology research*, 4(2), 98-103.
55. Salepci, BM., Fidan, A., Kiral, N., Parmaksız, E., Saraç, G., Cömert, SŞ., Çağlayan, B. (2012). Obstrüktif uyku apne sendromlu hastalarda koah ile astım sıklığı ve bu hastalıkların obstrüktif uyku apne sendromunun şiddeti ile uyku kalitesine etkisi. *Solunum derg*, 14: 141-147.
56. Murugan, AT., Sharma, G. (2008). Obesity and respiratory diseases. *Chron Respir Dis*, 5(4): 233-242.
57. Göker, M., İlkhan, GD. (2014). Obezite Hipoventilyasyon Sendromu. *Okmeydanı tıp dergisi* 30(Ek sayı 1):15-18.
58. Zammit, C., Liddicoat, H., Moonse, I., Makker, H. (2010). Obesity and respiratory diseases. *Int J Gen Med*, 3: 335-343.
59. Wood, LG., Shivappa, N., Berthon, BS., Gibson, PG., Hebert, JR. (2015). Dietary inflammatory index is related to asthma risk, lung function and systemic inflammation in asthma. *Clinical & Experimental Allergy*, 45: 177-183.
60. Allan, K. M., Prabhu, N., Craig, L. C., McNeill, G., Kirby, B., McLay, J., Devereux, G. (2015). Maternal vitamin D and E intakes during pregnancy are associated with asthma in children. *European Respiratory Journal*, 45(4), 1027-1036.
61. Yieh, L., Hoffmann, S. W., Caughey, A. B., McEvoy, C. T., Dukhovny, D. (2017). 577: Vitamin c supplementation for pregnant smokers to improve lung function at birth and reduce childhood asthma: a decision analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 216(1), S340.
62. Warstedt, K., Furuhejm, C., Fälth-Magnusson, K., Fagerås, M., & Duchén, K. (2016). High levels of omega-3 fatty acids in milk from omega-3 fatty acid-supplemented mothers are related to less immunoglobulin E-associated disease in infancy. *Acta Paediatrica*, 105(11), 1337-1347.
63. Rice, J. L., Romero, K. M., Davila, R. M. G., Meza, C. T., Bilderback, A., D'Ann, L. W. (2015). Association between adherence to the Mediterranean diet and asthma in Peruvian children. *Lung*, 193(6), 893-899.