

ISSN: 2667-6044



ANKARA SAĞLIK HİZMETLERİ DERGİSİ
Ankara Journal of Health Services



Cilt/Volume: 18

Sayı/Number:1

Haziran/June 2019

EDİTÖR

Yasemin G. İŞGÖR

EDİTÖR YARDIMCILARI

Perihan ŞENEL TEKİN

Özge ÖZDEMİR

Gökhan AYTEKİN

ANKARA SAĞLIK HİZMETLERİ DERGİSİ

Ankara Journal of Health Services

ISSN: 2667-6044

Cilt (Volume):18 ; Sayı(Number): 1; Basım Tarihi (Date Published) : 31 Ekim (October) 2019

EDİTÖR

Yasemin G. İŞGÖR

EDİTÖR YARDIMCILARI

Perihan Şenel TEKİN

Özge ÖZDEMİR

Gökhan AYTEKİN

BİLİMSEL DANIŞMA KURULU

Prof. Dr. Aykut Özkul, Ankara Üniversitesi, Ankara

Prof. Dr. Bahadır Boyacıoğlu, Ankara Üniversitesi, Ankara

Prof. Dr. Sulhiye Yıldız, Ankara Üniversitesi, Ankara

Prof. Dr. Çiğdem Elmas, Gazi Üniversitesi, Ankara

Prof. Dr. İbrahim C. Haznedaroğlu, Hacettepe Üniversitesi, Ankara

Prof. Dr. Nihal Mamatoğlu, İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu

Prof. Dr. Azra Bozcaarmutlu, İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu

Doç.Dr. Yasemin G. İşgör, Ankara Üniversitesi, Ankara

Doç.Dr. Özge Özdemir, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas

Dr. Öğr. Üye. Perihan Şenel Tekin, Ankara Üniversitesi, Ankara

Öğr. Gör. Gökhan Aytakin, Ankara Üniversitesi, Ankara

ANKARA SAĞLIK HİZMETLERİ DERGİSİ

Ankara Journal of Health Services

Cilt/Volume: 18 Sayı/Number:1 Haziran/June 2019

SAHİBİ

Ankara Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Adına
Yüksekokul Müdürü

Serap ALSANCAK

SORUMLU YAZI İŞLERİ MÜDÜRÜ

Ayşe RÜZGAR

YAZIŞMA ADRESİ

Ankara Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu
Fatih Cad. 197/A
06290-Keçiören / ANKARA

Tel: 0312-3573242

Fax: 0312-3804868

e- posta:

ashd@ankara.edu.tr

Web Sayfası:

<http://dergipark.gov.tr/ashd/>

ISSN: 2667-6044

Basım Tarihi: 31/10/2019

Dizgi, Düzenleme ve Basım

ASHD Editörler Kurulu

Yayın Türü

Yerel Süreli Elektronik Yayın (E-Yayın)

Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi,

Ankara Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nun
yayın dili Türkçe ve İngilizce olan, Haziran 2018 sayısı itibariyle yılda 2 defa elektronik yayınlanan,
Ulusal Hakemli Dergi dergidir.

Dergide yer alan yazılarla ilgili tüm yasal sorumluluk ilgili yayının yazarlarına aittir.

İçindekiler/Contents

ASHD Dergi Künyesi/ASHD Journal Masthead.....i-ii

Editörden/Editor's corner.....iv

Araştırma Makaleleri/Research Articles

[İdiopatik Periferik Fasial paralizde Beyin Sapı Uyarılmış Potansiyelleri](#).....5-17
Ayşe Tunca, Onur Karan

[Sağlık Çalışanlarının Sanal Kaytarma Davranışları İle Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği](#).....27-39
Arzu Karaca, Berat Karaca

Derleme Makaleleri/Review Articles

[Yenidoğanda Ağrı: Değerlendirme, Yönetim ve Hemşirenin Rolü](#).....18-26
Damla Özçevik, Ayşe Ferda Ocakçı

[Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Psikososyal Risk Faktörleri ve Koruyucu Unsurlar](#).....40-48
Haktan DEMİRCİOĞLU, Ceren YOLDAŞ

Değerli Okurlar,

Dergimiz yayın hayatının 20 .yılımı geride bırakırken bizleri bu yıllar boyunca yalnız bırakmayan, danışmanlıkları, yayınları, hakemlikleri, değerli öneri ve eleştirileri ile katkı sunan tüm yazar ve okurlarımıza çok teşekkür ediyoruz.

Dergimiz 2000 yılından itibaren hem E-Dergi hem basılı olmak üzere iki farklı şekilde yayınlanmış, DergiPark altyapısına 2000 yılı itibariyle arşivimizin transfer süreci başlatılmıştı. Yoğun bir çabayla başlamış olduğumuz 20 yıllık arşivimizin eksiksiz yükleme çabalarında sadece 2001-2004 yılları arası sayılarımızın yüklenme sürecinin devam ettiğini ve bunun da çok kısa bir sürede tamamlanacağını sevinerek paylaşmak isterim.

Çalışmalarımız dergimizin farklı indekslerle taranır, tanınır, temel bilimler ve sağlık alanında görünürlüğü yüksek, ulusal bir dergi olması yönünde yılmadan devam etmektedir. Bu hedefimiz göz önüne alınarak bazı teknik pürüzlerin ortadan kaldırılması çalışmalarımız da başarılı sonuçlar vermiştir. Bu pürüzlerden en önemlisi olarak gördüğümüz dergimizin 2010 yılında isim değişikliğinden kaynaklı tespit ettiğimiz ISSN düzeltmesiyle ilgili gerekli çalışmaların tamamlanmış olmasıdır. 2000 yılında "Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu dergisi" adıyla ve 1303-3735 ISSN ile 2000-2010 yılları arasında yayınlanmış olan dergimiz Ankara Üniversitesi Yönetim Kurulunun 08.03.2011 tarih, 951 toplantı sayısı ve 19382 karar sayısı ile Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu tarafından yayınlanan "Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi"nin Türkçe adının "Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi" ve İngilizce yayın adının "Ankara Journal of Health Services" olarak değiştirilmesine oybirliği ile karar verilmişti. T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Kütüphaneler ve Yayımlar Genel Müdürlüğü ISSN/ISBN ajansı ile yapmış olduğumuz görüşmeler sonrasında 11 Şubat 2019 tarihli başvurumuzun kabulüyle 2011-2019 yılları arasında yapılmış olan isim değişikliğiyle "Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi" adıyla yayınlanmış olan dergimiz için 2667-6044 ISSN ataması yapılmıştır. İlgili ISSN bilginin uluslararası portalda görünürlüğü aktif hale getirilmiş, ulusal ve basılı yayınların kontrolü ve denetlenmesi konusunda "5187 sayılı Basın Kanunu"na göre gerekli tüm yazışmalar tamamlanmıştır. Dergimizin yayın hayatına e-dergi olarak devam etmiş olması sebebiyle "5651 Sayılı İnternet Ortamında Yapılan Yayınların Düzenlenmesi ve Bu Yayınlar Yoluyla İşlenen Suçlarla Mücadele Edilmesi Hakkında Kanun"a tâbi olduğuna dair son işlemlerimiz de başarıyla tamamlanmıştır. Bu çalışmalarımız sırasında destek veren herkese teşekkür ederiz. ISSN konusundaki düzenleme ve kontrol çalışmalarımız arşivimiz boyutunu kapsayarak genişletilmiştir. Bu bağlamda 08.03.2011 tarihinden bugüne yayınlanmış ve Dergipark'ın altyapı aktarımı sırasında otomatik olarak yanlış yüklenen ISSN numaralarının bulunduğu dergi künyelerimiz tespit edilmiş, şubat ayından itibaren yürütmekte olduğumuz yoğun çalışmalarla düzeltilerek dergimiz arşivine eklenmiştir.

2000-2010 yıllarına ait yayınların arşivimize yüklenme süreci tamamlanana dek erişimi http://dergiler.ankara.edu.tr/detail.php?id=28&sayi_id=899 adresinden, 2011 yılından itibaren yayınlanmış olan cilt ve sayılarımıza ise <https://dergipark.org.tr/en/pub/ashd> adresinden erişim mümkündür.

ULAKBİM projesi olarak hayata geçen Dergipark hala teknik düzenlemelerle kendini yenilemeye devam etmekte olduğu okuyucularımız ve dergi editörlerimizce yakından bilinmektedir. Ancak bu çalışmalar beraberinde bazı aksaklıkların doğmasına, hakemler ve yazarlar ile iletişimimizin ara ara kesilmesine neden olmuştur. Bu kesintiler ve aksaklıklar dergi hakem süreçlerimizin uzamasına, hakem ve yazarlarımızla dergimiz portalı üzerinden değil de e-posta yoluyla iletişim kurma zorunluluğuna neden olmuştur. Dergi yayın prosedürü gereği ilgili iletişimlerin portala aktarımı gerektiğinden süreç uzamış ve dergilerimizin basımlarında kısmi aksaklıklar doğmuştur. Tüm yazar ve okurlarımızdan kontrolümüz dışında gelişen bu teknik aksaklıklardan dolayı editörler kurulumuz adına özür dileriz.

Değerli Okurlar,

Bugün bilim, sanat, teknoloji, eğitim ve üretimden bahsederken milli ve yerli vurgusu yapabilmemizin temel sebebi olan, 96. Yılımı kutladığımız Cumhuriyetimizi bizlere kazandıran, ilk cumhurbaşkanımız, büyük lider Gazi Mustafa Kemal Atatürk'e ve onunla beraber büyük özveriyle çalışan, savaştan tüm devlet erkanına, silah arkadaşlarına, çocuktan yetişkine, kadından erkeğe, büyük bir mücadeleyle bize ilelebet payidar kalacak Cumhuriyeti sunan tüm şehit ve gazilerimize sonsuz saygı, minnet ve teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Bilim, sanat, teknoloji ile yoğurulmuş, nice 96 yıllarda Cumhuriyet Bayramını kutlamak üzere, İyi okumalar dileriz,

ASHD Editör
Doç. Dr. Yasemin G. İŞGÖR

İdiopatik Periferik Fasial paralizide Beyin Sapı Uyarılmış Potansiyelleri

Tunca, Ayşe^{1,2}; Karan, Onur¹

(1) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye.

Sorumlu yazar: Karan, Onur; onurkaranneuro@yahoo.com,

Makale Gönderim: 17 Nisan 2019, Makale Kabul: 16 Ağustos 2019, Makale Yayım: 30 Eylül 2019.

ÖZ

Amaç: Fasial sinir yüz mimik kaslarını innerve eden, dar ve uzun bir kemik kanal içerisinde kranyumu terk eden tek sinirdir. İdiopatik periferik fasial paralizisi sinirin genelde tek taraflı akut tutulumu ile giden ve etyolojisi halen daha tartışmalı olan bir hastalıktır. İdiopatik periferik fasial paralizinin genikulat ganglionda sessiz viral enfeksiyonlar sonucu oluşan inflamasyon, kompresyon, iskemi veya demiyelinizasyon sonucu oluşabileceğine dair görüşler vardır. Bazı yazarlara göre ise hastalık bir akut polinöropati veya mononöritis multipleksdir. İdiopatik periferik fasial paralizinin santral sinir sistemi tutulumu ile giden bir hastalık olabileceğine dair görüşler de mevcuttur. Bu konularda yapılan çalışmaların sonuçları halen çelişkilidir. İdiopatik periferik fasial paralizide santral sinir sistemi tutulumu olabileceği hipotezini incelemek amacı ile bu çalışma yapılmıştır.

Yöntem: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı polikliniğinde 1994 Şubat ile 1995 Ağustos ayları arasında İPFP tanısı alan 17 kadın, 13 erkek 30 hasta ile gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan 22 kadın, 8 erkek 30 kontrol hastası çalışmaya alındı. Hasta grubunun paralizik ve nonparalizik taraflarından elde edilen BAEP dalga latans ve amplitüd değerleri kendi aralarında ve kontrol grubu ile Student t testi kullanılarak karşılaştırıldı. Odyometri bulguları ve stapes refleks cevapları aynı şekilde Ki-kare çapraz tablo analizi kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastaların paralizik ve nonparalizik tarafları arasında dalga latansları açısından anlamlı fark gözlenmezken ($p>0.05$), paralizik taraflarındaki N4 latans ortalamaları ile kontrol

grubunun sağ kulak N4 latans ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu gözlemlendi ($p<0.05$).

Sonuç: 4. Dalganın kaynağı N. Lemniskus lateralis yerleşim yeri ise rostral ponsdur. Bu bulgular ponda yer alan bilateral fasial nükleus veya fasial sinir lezyonunu gösteriyor olabilir.

Anahtar Kelimeler: İdiopatik periferik fasial paralizisi, Beyin sapı uyarılmış potansiyeller.

Auditory Brain Stem Evoked Potentials in Idiopathic peripheral facial paralysis

ABSTRACT

Aim: Facial nerve is the only one cranial nerve that passes through a narrow long bone canal before leaving the cranium and innervates the muscles of facial expression. Idiopathic facial paralysis (IPFP) most often unilateral acute paralysis and the etiology of the disease is controversial. Ischemia or demyelination of the nerve because of latent viral infections in the geniculate ganglion. Some authors have suggested that Bell's palsy should be considered a part of an acute polyneuropathy or mononeuritis multiplex. The studies and the results are yet controversial.

Methods: This study was done to analyze the hypothesis of central nerve involvement of the disease. From February 1994 to August 1995, 17 female and 13 male patients diagnosed IPFP and the control group: 22 female and 8 male patients diagnosed tension headache at Ankara University Medical Faculty were investigated in this work.

Values of odyometri and stapes reflex results are compared using the Chi-squared table analysis.

Results: In audiometric study, there was no statistical evidence between the paralytic and nonparalytic sides in İPFP group ($p>0.05$) but between İPFP and control group results were statistically different ($p<0.05$). The auditory brainstem evoked potentials (BAEP) wave latans and amplitude values from paralytic and nonparalytic sides are compared using the Student-t Test. There was no statistical evidence ($p>0.05$) that the paralytic and nonparalytic sides are different for wave latans. On the other hand, paralytic side N4 latans averages and N4 latans averages of the right ears of the control group are statistically different ($p<0.05$).

Conclusion: All these findings might indicate that bilateral facial nucleus or fasial nerve lesion located at pons.

Keywords: Idiopathic periperall facial paralysis, auditory brainstem evoked potentials

1. Giriş

Yüz mimik kaslarını innerve eden nervus fasialis ,dar ve uzun bir kanal içerisinde kraniyumu terk eden tek sinirdir. Periferik fasial paralizi,fasial sinirin genelde tek taraflı akut tutulumu ile giden bir hastalıktır. Hastalığın üçte bir nedeni primer iken üçte ikisinde neden sekonderdir.Sekonder periferik fasial paralizinin en sık nedenleri sistemik viral enfeksiyonlar (1,2) travma, cerrahi müdahaleler, diyabet, lokal enfeksiyonlar,tümör,immünolojik hastalıklar, veya ilaçlardır(3).İdiopatik periferik fasial paralizi (İPFP) tanısı sekonder nedenler ekarte edildikten sonra konur.Fasial paralizi vakaların %30'unda parsiyel, %70'de ise tamdır.Genellikle 17-30 yaş arasındaki kadınlarda daha sık görülür.

İPFP'nin etyolojik nedeninin sinirin genikulat ganglionda inflamasyonu sonucunda kompresyonu,iskemi ve demiyelinizasyonu olduğuna dair görüşler vardır. Yapılan birkaç

çalışmada hastalığın akut polinöropati veya mononöritis multipleks olabileceğine dair bulgular da gözlenmiştir(4).Bazı yazarlara göre İPFP daha çok muhtemel sessiz viral enfeksiyonlar sonucunda oluşan santral inflammatuar veya demiyelinizan bir hastalıktır(5,6).

İşitsel sistemin santral yolunda olan etkileşme ve fasial traktustaki nöropati nedeniyle 8.Sinirin etkilenebileceğini söyleyen yazarlar da vardır(7). Bazı yazarlara göre ise İPFP yaygın patolojik duruma eklenen bir bulgudur (5,7,8).Patogenezde fasial sinirin iskemisi sonucu oluşan retrograd epinöral kompresyon ve ödem yer alır(5,9).

Etyolojisi henüz daha tam olarak bilinmeyen bu hastalığın tedavisi de tartışmalıdır. Hastaların % 80'i tedavisiz iyileşmektedir(3).Kimi çalışmalarda tedavide kortikosteroidler etkili iken kimi çalışmalarda antiviral ajanlar veya dekompresyon cerrahisinin yararları tartışılmaktadır(10,11,12).

Bu bulgular ışığında çalışmamızda, İPFP tanısı alan hastalarda 7. Ve 8. Kranial sinir tutulumunu incelemek amacıyla odyometri yapılarak stapes reflekslerine bakıldı. Ayrıca hasta grubunun paralitik olan ve olmayan taraflarına ve kontrol grubuna Beyin Sapı uyarılmış Potansiyel (BAEP) incelemeleri yapıldı.

2. Gereç ve Yöntem

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Nöroloji Anabilim Dalı polikliniğinde 1994 Şubat ile 1995 Ağustos ayları arasında İPFP tanısı alan 17 kadın, 13 erkek 30 hasta ile gerilim tipi baş ağrısı tanısı alan 22 kadın, 8 erkek 30 kontrol hastası çalışmaya alındı.

Hastalara İPFP tanısı House-Brackmann sınıflama sistemi (13), gerilim tipi baş ağrısı tanısı ise "Uluslararası Başağrısı Derneği, Başağrıları Sınıflama Komitesi"nin tanı kriterlerine (14) göre konuldu.

Çalışma ve kontrol grubundaki tüm hastalara intrakranial lezyonu ekarte etmek amacıyla

Bilgisayar Beyin Tomografisi çekildi. Odyometri yapılarak stapes reflekslerine bakıldı.

Hasta grubunun paralitik ve nonparalitik taraflarına ve kontrol grubuna Beyin Sapı uyarılmış Potansiyel (BAEP) yapıldı. BAEP Neuromatic 2000 C kapasiteli cihazla aktif elektrot CZ, katot mastoid üzerine konularak 99 dB ve 10 Hz'de kayıtlar alındı, dalgaların latans ve amplitüdlerine bakıldı.

Hasta grubunun paralitik ve nonparalitik taraflarından elde edilen BAEP dalga latans ve amplitüd değerleri kendi aralarında ve kontrol grubu ile Student t testi kullanılarak karşılaştırıldı. Odyometri bulguları ve stapes refleks cevapları aynı şekilde Ki-kare çapraz tablo analizi kullanılarak karşılaştırıldı.

3.Bulgular

Tablo 1 de çalışmaya katılan hasta ve kontrol gruplarının demografik özellikleri verilmiştir. İPFP grubundaki hastaların 17'si (%56.7)kadın,13'ü (%43.3)erkekdi.Yaş ortalaması 39.63 ± 14.69 , yaş aralığı 16-67 idi.

Kontrol grubundaki hastaların 22 si (%73.3) kadın, 8 i (%26.7)erkekdi.Yaş ortalaması 33.6 ± 10.54 , yaş aralığı 14-50 idi. Hasta ve kontrol grubu arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p > 0.05$).

Hasta ve kontrol grubunun yaşları istatistiksel olarak karşılaştırıldığında hasta grubun yaş ortalamaları kontrol grubuna göre daha fazlaydı ($p < 0.05$).

Tablo 2 'de Hasta grubunun paralitik ve nonparalitik taraflarından elde edilen BAEP dalga latansları gösterilmiştir.

Tablo 3'de kontrol grubunun her iki kulağından elde edilen BAEP dalga latansları gösterilmiştir. İstatistiksel olarak kontrol grubunun her iki kulağı arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ($p > 0.05$).

Tablo 1: Hasta ve kontrol gruplarının demografik özellikleri

| No | Hasta grubu | | Kontrol grubu | |
|----|-------------|----------|---------------|----------|
| | Yaş | Cinsiyet | Yaş | Cinsiyet |
| 1 | 43 | Kadın | 31 | Erkek |
| 2 | 45 | Erkek | 47 | Kadın |
| 3 | 49 | Erkek | 50 | Kadın |
| 4 | 52 | Kadın | 41 | Kadın |
| 5 | 33 | Erkek | 28 | Erkek |
| 6 | 34 | Erkek | 14 | Kadın |
| 7 | 19 | Kadın | 19 | Erkek |
| 8 | 44 | Erkek | 37 | Kadın |
| 9 | 25 | Erkek | 32 | Kadın |
| 10 | 22 | Kadın | 40 | Kadın |
| 11 | 25 | Kadın | 21 | Erkek |
| 12 | 67 | Erkek | 44 | Kadın |
| 13 | 50 | Kadın | 41 | Kadın |
| 14 | 33 | Erkek | 34 | Kadın |
| 15 | 16 | Kadın | 40 | Kadın |
| 16 | 20 | Erkek | 43 | Kadın |
| 17 | 28 | Kadın | 50 | Erkek |
| 18 | 66 | Kadın | 16 | Erkek |
| 19 | 47 | Kadın | 20 | Erkek |
| 20 | 24 | Kadın | 27 | Kadın |
| 21 | 35 | Kadın | 18 | Kadın |
| 22 | 42 | Erkek | 30 | Kadın |
| 23 | 40 | Erkek | 50 | Kadın |
| 24 | 40 | Erkek | 46 | Kadın |
| 25 | 22 | Kadın | 27 | Erkek |
| 26 | 47 | Kadın | 36 | Kadın |
| 27 | 65 | Kadın | 35 | Kadın |
| 28 | 59 | Erkek | 29 | Kadın |
| 29 | 39 | Kadın | 32 | Kadın |
| 30 | 58 | Kadın | 30 | Kadın |

Tablo 2: Hasta grubunun paralizi ve nonparalizi tarafından elde edilen BAEP latans değerleri (tablo ilk bölüm)¥

| No | Paralizi tarafı | | BAEP dalga latansları | | | | | | | |
|----|-----------------|-----|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | | N1 | N2 | N3 | N4 | N5 | N1-3 | N1-5 | N4-5 |
| 1 | Sağ | Sağ | 1.52 | 2.68 | 3.56 | 4.80 | 5.44 | 2.04 | 3.92 | 1.88 |
| | | Sol | 1.52 | 2.80 | 3.76 | 4.88 | 5.52 | 2.24 | 4.00 | 1.76 |
| 2 | Sağ | Sağ | 1.52 | 2.72 | 3.68 | 4.60 | 5.64 | 2.16 | 4.12 | 1.96 |
| | | Sol | 1.52 | 2.52 | 3.60 | 4.80 | 5.48 | 2.08 | 3.96 | 1.88 |
| 3 | Sağ | Sağ | 1.76 | 2.88 | 4.64 | 5.88 | 6.24 | 2.88 | 4.48 | 1.60 |
| | | Sol | 2.36 | - | 4.60 | 5.96 | 6.24 | 2.24 | 3.88 | 1.64 |
| 4 | Sol | Sağ | 1.32 | 2.40 | 3.50 | 4.24 | 5.28 | 2.18 | 3.96 | 1.78 |
| | | Sol | 1.32 | 2.40 | 3.56 | 4.60 | 5.40 | 2.24 | 4.08 | 1.84 |
| 5 | Sağ | Sağ | 1.76 | 3.08 | 4.08 | 5.84 | 6.08 | 2.32 | 4.32 | 2.00 |
| | | Sol | 1.80 | 3.24 | 4.04 | 5.68 | 6.08 | 2.24 | 4.28 | 2.04 |
| 6 | Sol | Sağ | 1.64 | 2.60 | 3.68 | 5.12 | 5.72 | 2.04 | 4.08 | 2.04 |
| | | Sol | 1.60 | 2.76 | 3.48 | 4.96 | 5.48 | 1.88 | 3.88 | 2.00 |
| 7 | Sağ | Sağ | 1.60 | 2.56 | 3.72 | 5.20 | 5.40 | 2.12 | 3.80 | 1.68 |
| | | Sol | 1.56 | 2.64 | 3.64 | 4.52 | 5.28 | 2.08 | 3.72 | 1.64 |
| 8 | Sağ | Sağ | 1.68 | 2.92 | 3.92 | 5.24 | 5.84 | 2.24 | 4.16 | 1.92 |
| | | Sol | 1.72 | 2.80 | 4.08 | 5.32 | 5.96 | 2.36 | 4.24 | 1.88 |
| 9 | Sol | Sağ | 1.64 | - | 4.04 | 5.30 | 5.80 | 2.40 | 4.16 | 1.76 |
| | | Sol | 1.84 | 3.24 | 4.04 | 5.30 | 5.76 | 2.20 | 3.92 | 1.72 |
| 10 | Sol | Sağ | 1.56 | 2.80 | 3.96 | 5.04 | 5.72 | 2.40 | 4.16 | 1.76 |
| | | Sol | 1.60 | 2.80 | 3.80 | 4.88 | 5.76 | 2.20 | 4.20 | 1.96 |
| 11 | Sol | Sağ | 1.44 | 2.44 | 3.44 | 4.64 | 5.32 | 2.00 | 3.88 | 1.88 |
| | | Sol | 1.48 | 2.52 | 3.64 | 3.48 | 5.08 | 2.16 | 3.60 | 1.48 |
| 12 | Sol | Sağ | 1.36 | 2.00 | 3.12 | 6.00 | 6.40 | 2.24 | 5.04 | 3.28 |
| | | Sol | 2.04 | - | 4.48 | 5.76 | 6.40 | 2.44 | 4.36 | 1.92 |
| 13 | Sol | Sağ | 1.92 | 2.60 | 3.60 | 5.76 | 6.04 | 1.68 | 4.12 | 2.44 |
| | | Sol | 1.44 | 3.12 | 3.72 | 5.48 | 6.00 | 2.28 | 4.60 | 2.32 |
| 14 | Sol | Sağ | 1.56 | 2.92 | 3.80 | 4.88 | 5.80 | 2.24 | 4.24 | 2.00 |
| | | Sol | 1.48 | 2.68 | 3.72 | 5.08 | 5.68 | 2.24 | 4.20 | 1.96 |
| 15 | Sağ | Sağ | 1.64 | 2.96 | 4.00 | 5.40 | 5.80 | 2.36 | 4.16 | 1.80 |
| | | Sol | 1.52 | 2.96 | 3.88 | 5.40 | 5.68 | 2.36 | 4.16 | 1.80 |
| 16 | Sol | Sağ | 1.76 | 2.96 | 4.08 | 5.20 | 5.96 | 2.32 | 4.20 | 1.88 |
| | | Sol | 1.76 | 2.84 | 3.88 | 5.04 | 5.88 | 2.12 | 4.12 | 2.08 |
| 17 | Sağ | Sağ | 1.76 | 2.68 | 3.84 | 5.08 | 5.56 | 2.08 | 3.80 | 1.72 |
| | | Sol | 1.76 | 2.96 | 3.84 | 5.12 | 5.36 | 2.08 | 3.60 | 1.52 |
| 18 | Sağ | Sağ | 1.96 | 2.76 | 3.84 | 5.04 | 5.88 | 1.88 | 3.92 | 2.04 |
| | | Sol | 1.96 | 2.84 | 3.88 | 5.48 | 5.76 | 1.92 | 3.80 | 2.04 |
| 19 | Sol | Sağ | 1.60 | 2.60 | 3.56 | 5.00 | 5.52 | 1.96 | 3.92 | 1.96 |
| | | Sol | 1.60 | 2.60 | 3.60 | 4.92 | 5.52 | 2.00 | 3.92 | 1.92 |
| 20 | Sağ | Sağ | 1.68 | 2.76 | 3.84 | 5.04 | 5.60 | 2.16 | 3.92 | 1.76 |
| | | Sol | 1.68 | 2.88 | 4.24 | 5.40 | 5.88 | 2.56 | 4.20 | 1.64 |
| 21 | Sağ | Sağ | 1.64 | 2.68 | 3.72 | 5.00 | 5.52 | 2.08 | 3.88 | 1.80 |
| | | Sol | 1.64 | 2.80 | 3.88 | 5.20 | 5.72 | 2.24 | 4.08 | 1.84 |

¥ bölünmüş tablo

Tablo 2: Hasta grubunun paralizisi ve nonparalizisi tarafından elde edilen BAEP latans değerleri (tablo ikinci bölüm)¥

| | | | | | | | | | | |
|----|-----|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 22 | Sol | Sağ | 1,76 | 2,76 | 3,56 | 5,00 | 5,08 | 1,80 | 3,32 | 1,52 |
| | | Sol | 1,72 | 2,76 | 3,64 | 4,92 | 5,56 | 1,92 | 3,84 | 1,92 |
| 23 | Sağ | Sağ | 2,32 | - | 4,24 | 5,00 | 6,16 | 1,92 | 3,84 | 1,92 |
| | | Sol | 2,08 | - | 4,12 | 4,92 | 6,25 | 1,80 | 3,96 | 2,16 |
| 24 | Sol | Sağ | 1,56 | 2,60 | 3,76 | 4,56 | 5,44 | 2,20 | 3,88 | 1,68 |
| | | Sol | 1,56 | 2,60 | 3,72 | 4,80 | 5,32 | 2,16 | 3,76 | 1,60 |
| 25 | Sağ | Sağ | 1,60 | 2,60 | 3,56 | 4,64 | 5,28 | 1,96 | 3,68 | 1,72 |
| | | Sol | 1,60 | 2,72 | 3,76 | 4,76 | 5,36 | 2,16 | 3,76 | 1,52 |
| 26 | Sağ | Sağ | 1,56 | 2,44 | 3,40 | 4,52 | 5,32 | 1,84 | 3,76 | 1,92 |
| | | Sol | 1,52 | 2,56 | 3,32 | 4,64 | 5,36 | 1,80 | 3,84 | 2,04 |
| 27 | Sağ | Sağ | 1,56 | 2,76 | 4,68 | 5,88 | 6,24 | 3,12 | 4,08 | 1,56 |
| | | Sol | 1,84 | 2,76 | 3,80 | 4,88 | 5,76 | 1,96 | 3,92 | 1,96 |
| 28 | Sağ | Sağ | 2,16 | 3,24 | 4,20 | 6,20 | 6,44 | 2,04 | 4,28 | 2,24 |
| | | Sol | 1,60 | 3,04 | 3,92 | 5,40 | 6,28 | 2,32 | 4,68 | 2,36 |
| 29 | Sol | Sağ | 1,70 | 2,64 | 3,96 | 5,30 | 5,80 | 2,26 | 4,10 | 1,88 |
| | | Sol | 1,70 | 2,64 | 4,12 | 5,00 | 6,04 | 2,42 | 4,34 | 1,92 |
| 30 | Sağ | Sağ | 1,72 | 2,76 | 4,00 | 5,00 | 6,08 | 2,28 | 4,36 | 2,08 |
| | | Sol | 1,72 | 2,84 | 4,04 | 5,00 | 5,96 | 2,32 | 4,24 | 1,92 |

¥ bölünmüş tablo

Tablo 3:Kontrol grubunun her iki kulağından elde edilen BAEP dalga latans değerleri (tablo ilk bölüm)¥

| No | | BAEP dalga latansları | | | | | | | |
|----|-----|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | N1 | N2 | N3 | N4 | N5 | N1-3 | N1-5 | N4-5 |
| 1 | Sağ | 1,44 | 2,76 | 3,68 | 5,04 | 5,52 | 2,24 | 4,08 | 1,84 |
| | Sol | 1,52 | 2,68 | 3,80 | 5,36 | 5,64 | 2,28 | 4,12 | 1,84 |
| 2 | Sağ | 1,60 | 2,72 | 3,64 | 4,92 | 5,44 | 2,04 | 3,84 | 1,80 |
| | Sol | 1,64 | 3,04 | 3,72 | 5,16 | 5,56 | 2,08 | 3,92 | 1,84 |
| 3 | Sağ | 1,68 | 2,68 | 3,80 | 5,00 | 5,80 | 2,12 | 4,12 | 2,00 |
| | Sol | 1,76 | - | 3,92 | 5,04 | 5,68 | 2,16 | 3,92 | 1,76 |
| 4 | Sağ | 1,72 | - | 3,52 | 4,88 | 5,36 | 1,80 | 3,64 | 1,84 |
| | Sol | 1,64 | - | 3,64 | 5,04 | 5,36 | 2,00 | 3,72 | 1,72 |
| 5 | Sağ | 1,80 | 3,08 | 3,88 | 5,28 | 6,04 | 2,08 | 4,24 | 2,16 |
| | Sol | 1,80 | 2,68 | 3,88 | 4,48 | 6,00 | 2,08 | 4,20 | 2,12 |
| 6 | Sağ | 1,72 | 2,72 | 3,56 | 4,72 | 5,48 | 1,84 | 3,76 | 2,76 |
| | Sol | 1,72 | 2,68 | 3,52 | 4,60 | 5,40 | 1,80 | 3,68 | 1,88 |
| 7 | Sağ | 1,84 | 3,20 | 4,20 | 5,36 | 6,08 | 2,40 | 4,24 | 1,88 |
| | Sol | 1,80 | 3,08 | 4,16 | 5,36 | 5,96 | 1,80 | 4,16 | 2,36 |
| 8 | Sağ | 1,56 | 2,56 | 3,72 | 4,84 | 5,68 | 2,16 | 4,12 | 1,96 |
| | Sol | 1,52 | 2,56 | 3,56 | 4,72 | 5,60 | 2,04 | 4,08 | 2,04 |
| 9 | Sağ | 1,96 | 2,84 | 4,12 | 5,32 | 5,96 | 2,16 | 4,00 | 1,84 |
| | Sol | 1,96 | 2,96 | 3,88 | 5,08 | 5,40 | 1,92 | 3,44 | 2,44 |

¥ bölünmüş tablo

Tablo 3: Kontrol grubunun her iki kulağından elde edilen BAEP dalga latans değerleri (tablo ikinci bölüm)[‡]

| No | | BAEP dalga latansları | | | | | | | |
|----|-----|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | N1 | N2 | N3 | N4 | N5 | N1-3 | N1-5 | N4-5 |
| 10 | Sağ | 1.76 | 2.72 | 3.84 | 4.80 | 5.60 | 2.08 | 3.84 | 1.76 |
| | Sol | 1.40 | 2.80 | 3.68 | 4.80 | 5.60 | 2.28 | 4.20 | 1.92 |
| 11 | Sağ | 2.12 | 3.04 | 4.24 | 4.96 | 6.16 | 2.12 | 4.04 | 1.92 |
| | Sol | 1.84 | 2.76 | 4.00 | 5.04 | 6.04 | 2.16 | 1.84 | 2.04 |
| 12 | Sağ | 1.72 | 2.76 | 3.72 | 4.72 | 5.52 | 2.00 | 3.80 | 1.80 |
| | Sol | 1.56 | 2.72 | 3.76 | 4.72 | 5.60 | 2.20 | 4.04 | 1.84 |
| 13 | Sağ | 1.52 | 2.68 | 3.60 | 4.88 | 5.64 | 2.08 | 4.12 | 2.04 |
| | Sol | 1.52 | 2.56 | 3.64 | 4.72 | 5.76 | 2.12 | 4.24 | 2.12 |
| 14 | Sağ | 1.56 | 2.44 | 3.52 | 4.60 | 5.40 | 1.96 | 3.84 | 1.88 |
| | Sol | 1.56 | 2.72 | 3.96 | 5.28 | 5.60 | 2.40 | 4.04 | 1.64 |
| 15 | Sağ | 1.68 | 2.76 | 3.88 | 4.64 | 5.80 | 2.20 | 4.12 | 1.92 |
| | Sol | 1.60 | 2.68 | 3.72 | 5.08 | 5.64 | 2.12 | 4.04 | 1.92 |
| 16 | Sağ | 1.68 | 2.68 | 3.72 | 4.80 | 5.76 | 2.04 | 4.08 | 2.04 |
| | Sol | 1.76 | 2.76 | 3.88 | 5.08 | 5.76 | 2.12 | 4.00 | 1.88 |
| 17 | Sağ | 1.76 | - | 4.04 | 5.36 | 5.92 | 2.28 | 4.16 | 1.88 |
| | Sol | 1.92 | 3.04 | 4.20 | 5.40 | 6.12 | 2.28 | 4.20 | 1.92 |
| 18 | Sağ | 1.72 | 2.92 | 4.00 | 5.08 | 6.00 | 2.28 | 4.28 | 2.00 |
| | Sol | 1.64 | 2.92 | 3.80 | 4.92 | 5.76 | 2.16 | 4.12 | 3.80 |
| 19 | Sağ | 1.52 | 2.56 | 3.80 | 4.96 | 5.84 | 2.28 | 4.32 | 2.04 |
| | Sol | 1.48 | 2.64 | 3.64 | 4.88 | 5.76 | 2.16 | 4.28 | 2.12 |
| 20 | Sağ | 1.76 | 2.96 | 3.96 | 5.04 | 5.64 | 2.20 | 3.88 | 1.68 |
| | Sol | 1.68 | 2.72 | 3.72 | 4.92 | 5.68 | 2.04 | 4.00 | 1.96 |
| 21 | Sağ | 1.92 | 2.80 | 3.88 | 4.68 | 5.72 | 1.96 | 3.80 | 1.84 |
| | Sol | 1.76 | 2.76 | 3.76 | 4.56 | 5.52 | 2.00 | 3.76 | 1.76 |
| 22 | Sağ | 1.60 | 2.64 | 3.72 | 4.80 | 5.24 | 2.12 | 3.64 | 1.52 |
| | Sol | 1.56 | 2.56 | 3.64 | 4.80 | 5.20 | 2.08 | 3.64 | 1.56 |
| 23 | Sağ | 1.80 | 2.72 | 3.76 | 4.72 | 5.80 | 1.96 | 4.00 | 2.04 |
| | Sol | 1.76 | 2.80 | 3.80 | 4.88 | 5.68 | 2.04 | 3.92 | 1.88 |
| 24 | Sağ | 2.00 | - | 4.44 | 5.72 | 6.28 | 2.44 | 4.28 | 1.84 |
| | Sol | 1.88 | 2.72 | 4.04 | 5.16 | 6.12 | 2.16 | 4.24 | 2.08 |
| 25 | Sağ | 1.52 | 2.72 | 3.84 | 4.96 | 5.64 | 2.32 | 4.12 | 1.84 |
| | Sol | 1.64 | 2.68 | 3.56 | 4.80 | 5.28 | 1.92 | 3.64 | 1.72 |
| 26 | Sağ | 1.52 | 2.68 | 3.48 | 4.68 | 5.40 | 1.96 | 3.88 | 1.92 |
| | Sol | 1.60 | 2.84 | 3.52 | 4.80 | 5.60 | 1.92 | 4.00 | 2.08 |
| 27 | Sağ | 1.96 | 2.92 | 3.96 | 5.40 | 5.68 | 2.00 | 3.68 | 1.68 |
| | Sol | 1.52 | 2.92 | 3.80 | 4.84 | 5.64 | 2.28 | 4.12 | 1.84 |
| 28 | Sağ | 1.80 | 2.88 | 3.84 | 5.00 | 5.72 | 2.04 | 3.92 | 1.88 |
| | Sol | 1.80 | 3.08 | 3.92 | 5.12 | 5.92 | 2.12 | 4.12 | 2.00 |
| 29 | Sağ | 1.60 | 2.68 | 3.60 | 4.84 | 5.40 | 2.00 | 3.80 | 1.80 |
| | Sol | 1.60 | 2.60 | 3.60 | 4.60 | 5.36 | 2.00 | 3.76 | 1.76 |
| 30 | Sağ | 1.52 | 2.44 | 3.68 | 5.00 | 5.56 | 2.16 | 4.04 | 1.88 |
| | Sol | 1.48 | 2.88 | 3.72 | 4.92 | 5.80 | 2.24 | 4.32 | 2.08 |

[‡] bölünmüş tablo

Hasta grubunun paralitik ve nonparalitik tarafları kendi aralarında ve paralitik taraf kontrol grubunun sağ kulağı ile BAEP dalga latansları açısından karşılaştırıldı. Hastaların paralitik ve nonparalitik tarafları arasında dalga latansları açısından anlamlı fark gözlenmezken ($p>0.05$), hastaların paralitik taraflarındaki N4 latans ortalamaları ile kontrol grubunun sağ kulak N4 latans ortalamaları arasında anlamlı fark gözlemlendi ($p<0.05$). Tablo 4’de hasta ve kontrol gruplarının her iki kulağından elde edilen BAEP dalga amplitüdü gösterilmiştir. Kontrol grubunun her iki kulağı arasında amplitüd açısından istatistiksel olarak fark yoktu ($p>0.05$). Hastaların paralitik ve nonparalitik tarafları kendi aralarında ve kontrol grubunun sağ tarafı

ile amplitüd değerleri açısından karşılaştırıldı. Amplitüd değerleri açısından hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$). Tablo 5’de hasta ve kontrol grubunun odyometri bulguları ve stapes refleksleri gözlenmiştir. İki hastada sağ kulakta, 3 hastada sol kulakta, 4 hastada ise bilateral hafif ve orta düzeylerde işitme kayıpları gözlenirken 1 hastanın işitme kaybı nonparalitik tarafta idi. Kontrol grubunda sadece 1 hastada bilateral işitme kaybı gözlemlendi. Hasta grubunda paralitik ve nonparalitik tarafların odyometrik bulguları arasında anlamlı fark saptanmazken hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark gözlemlendi ($p<0.05$).

Tablo 4: Hasta ve kontrol grubun BEAP amplitüd değerleri (tablo ikinci bölüm)*

| No | Paralizi tarafı | | Hasta grubu BEAP amplitüd değerleri | | | Kontrol grubu BAEP amplitüd değerleri | | |
|----|-----------------|-----|-------------------------------------|------|------|---------------------------------------|------|------|
| | | | N1 | N3 | N5 | N1 | N3 | N5 |
| 1 | Sağ | Sağ | 0.34 | 0.13 | 0.30 | 0.20 | 0.12 | 0.42 |
| | | Sol | 0.31 | 0.20 | 0.41 | 0.08 | 0.12 | 0.32 |
| 2 | Sağ | Sağ | 0.09 | 0.08 | 0.12 | 0.13 | 0.25 | 0.36 |
| | | Sol | 0.16 | 0.07 | 0.23 | 0.16 | 0.23 | 0.27 |
| 3 | Sağ | Sağ | 0.52 | 0.36 | 0.88 | 0.09 | 0.07 | 0.21 |
| | | Sol | 0.58 | 0.30 | 0.80 | 0.28 | 0.08 | 0.33 |
| 4. | Sol | Sağ | 0.59 | 0.12 | 0.34 | 0.09 | 0.31 | 0.29 |
| | | Sol | 0.20 | 0.12 | 0.41 | 0.08 | 0.21 | 0.32 |
| 5 | Sağ | Sağ | 0.08 | 0.14 | 0.27 | 0.08 | 0.09 | 0.30 |
| | | Sol | 0.08 | 0.15 | 0.29 | 0.06 | 0.10 | 0.36 |
| 6 | Sol | Sağ | 0.16 | 0.09 | 0.23 | 0.18 | 0.25 | 0.45 |
| | | Sol | 0.12 | 0.09 | 0.24 | 0.20 | 0.17 | 0.43 |
| 7 | Sağ | Sağ | 0.16 | 0.10 | 0.32 | 0.11 | 0.14 | 0.36 |
| | | Sol | 0.26 | 0.28 | 0.39 | 0.12 | 0.12 | 0.28 |
| 8 | Sağ | Sağ | 0.14 | 0.16 | 0.40 | 0.12 | 0.20 | 0.21 |
| | | Sol | 0.16 | 0.17 | 0.20 | 0.24 | 0.20 | 0.35 |
| 9 | Sol | Sağ | 0.18 | 0.24 | 0.48 | 0.07 | 0.10 | 0.16 |
| | | Sol | 0.14 | 0.20 | 0.62 | 0.09 | 0.20 | 0.16 |
| 10 | Sol | Sağ | 0.37 | 0.16 | 0.32 | 0.09 | 0.07 | 0.26 |
| | | Sol | 0.35 | 0.13 | 0.30 | 0.24 | 0.16 | 0.21 |
| 11 | Sol | Sağ | 0.24 | 0.40 | 0.51 | 0.05 | 0.10 | 0.34 |
| | | Sol | 0.31 | 0.25 | 0.31 | 0.07 | 0.07 | 0.23 |
| 12 | Sol | Sağ | 0.06 | 0.04 | 0.21 | 0.23 | 0.28 | 0.42 |
| | | Sol | 0.06 | 0.02 | 0.19 | 0.24 | 0.20 | 0.40 |
| 13 | Sol | Sağ | 0.07 | 0.08 | 0.20 | 0.17 | 0.25 | 0.28 |
| | | Sol | 0.08 | 0.11 | 0.22 | 0.19 | 0.24 | 0.29 |

* bölünmüş tablo

Tablo 4: Hasta ve kontrol grubun BEAP amplitüd değerleri (tablo ikinci bölüm)[‡]

| No | Paralizi tarafı | | Hasta grubu BEAP amplitüd değerleri | | | Kontrol grubu BAEP amplitüd değerleri | | |
|----|-----------------|-----|-------------------------------------|------|------|---------------------------------------|------|------|
| | | | N1 | N3 | N5 | N1 | N3 | N5 |
| 14 | Sol | Sağ | 0,21 | 0,09 | 0,27 | 0,18 | 0,20 | 0,45 |
| | | Sol | 0,28 | 0,17 | 0,33 | 0,31 | 0,12 | 0,32 |
| 15 | Sol | Sağ | 0,25 | 0,16 | 0,44 | 0,16 | 0,10 | 0,25 |
| | | Sol | 0,32 | 0,24 | 0,40 | 0,13 | 0,24 | 0,24 |
| 16 | Sol | Sağ | 0,08 | 0,25 | 0,32 | 0,17 | 0,27 | 0,28 |
| | | Sol | 0,13 | 0,24 | 0,28 | 0,08 | 0,15 | 0,27 |
| 17 | Sağ | Sağ | 0,09 | 0,15 | 0,40 | 0,11 | 0,22 | 0,30 |
| | | Sol | 0,11 | 0,11 | 0,26 | 0,65 | 0,15 | 0,24 |
| 18 | Sağ | Sağ | 0,08 | 0,04 | 0,18 | 0,10 | 0,08 | 0,20 |
| | | Sol | 0,06 | 0,06 | 0,11 | 0,16 | 0,12 | 0,34 |
| 19 | Sol | Sağ | 0,29 | 0,30 | 0,40 | 0,24 | 0,16 | 0,21 |
| | | Sol | 0,29 | 0,25 | 0,31 | 0,23 | 0,21 | 0,28 |
| 20 | Sağ | Sağ | 0,24 | 0,20 | 0,35 | 0,20 | 0,24 | 0,36 |
| | | Sol | 0,24 | 0,09 | 0,26 | 0,24 | 0,27 | 0,29 |
| 21 | Sağ | Sağ | 0,30 | 0,22 | 0,52 | 0,12 | 0,19 | 0,27 |
| | | Sol | 0,13 | 0,26 | 0,48 | 0,16 | 0,18 | 0,28 |
| 22 | Sol | Sağ | 0,16 | 0,36 | 0,52 | 0,18 | 0,18 | 0,44 |
| | | Sol | 0,13 | 0,15 | 0,44 | 0,28 | 0,22 | 0,48 |
| 23 | Sağ | Sağ | 0,05 | 0,12 | 0,30 | 0,11 | 0,19 | 0,28 |
| | | Sol | 0,04 | 0,02 | 0,15 | 0,16 | 0,14 | 0,31 |
| 24 | Sol | Sağ | 0,13 | 0,03 | 0,10 | 0,10 | 0,09 | 0,28 |
| | | Sol | 0,14 | 0,03 | 0,12 | 0,06 | 0,04 | 0,29 |
| 25 | Sağ | Sağ | 0,24 | 0,21 | 0,52 | 0,14 | 0,10 | 0,22 |
| | | Sol | 0,32 | 0,20 | 0,44 | 0,18 | 0,05 | 0,17 |
| 26 | Sağ | Sağ | 0,18 | 0,18 | 0,34 | 0,27 | 0,20 | 0,20 |
| | | Sol | 0,26 | 0,42 | 0,48 | 0,17 | 0,18 | 0,20 |
| 27 | Sağ | Sağ | 0,06 | 0,08 | 0,28 | 0,11 | 0,13 | 0,32 |
| | | Sol | 0,09 | 0,15 | 0,22 | 0,30 | 0,05 | 0,31 |
| 28 | Sağ | Sağ | 0,04 | 0,09 | 0,13 | 0,08 | 0,24 | 0,21 |
| | | Sol | 0,04 | 0,09 | 0,13 | 0,08 | 0,12 | 0,18 |
| 29 | Sol | Sağ | 0,08 | 0,09 | 0,29 | 0,15 | 0,37 | 0,50 |
| | | Sol | 0,10 | 0,08 | 0,36 | 0,31 | 0,32 | 0,51 |
| 30 | Sağ | Sağ | 0,08 | 0,17 | 0,24 | 0,10 | 0,23 | 0,44 |
| | | Sol | 0,07 | 0,09 | 0,21 | 0,08 | 0,17 | 0,30 |

[‡] bölünmüş tablo

Tablo 5: Hasta ve kontrol gruplarının odyometribulguları ve Stapedes refleksi. (tablo ilk bölüm)[¥]

| No | Paralizi tarafı | Hasta Grubu | | | Kontrol grubu | |
|----|-----------------|-------------|--------------------------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| | | | Odyometri bulguları | Stapedes refleksi | Odyometri bulguları | Stapedes refleksi |
| 1 | Sağ | Sağ | 1 kHz'den sonra S/N düşüş | - | Normal | + |
| | | Sol | Normal | + | Normal | + |
| 2 | Sağ | Sağ | Normal | - | Normal | + |
| | | Sol | Normal | + | Normal | + |
| 3 | Sağ | Sağ | Normal | - | Normal | + |
| | | Sol | Normal | - | Normal | + |
| 4 | Sol | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | + | Normal | + |
| 5 | Sağ | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | + | Normal | + |
| 6 | Sol | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | - | Normal | + |
| 7 | Sağ | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | + | Normal | + |
| 8 | Sağ | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | 2 kHz'den sonra S/N düşüş | + | Normal | + |
| 9 | Sol | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | - | Normal | + |
| 10 | Sol | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | | Normal | + | Normal | + |
| 11 | Sol | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | - | Normal | + |
| 12 | Sol | Sağ | Hafif mikst tip işitme kaybı | + | Normal | + |
| | | Sol | Orta derecede mikst tip işitme kaybı | - | Normal | + |
| 13 | Sol | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | + | Normal | + |
| 14 | Sol | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | + | Normal | + |
| 15 | Sol | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | + | Normal | + |
| 16 | Sol | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | - | Normal | + |
| 17 | Sağ | Sağ | Alçak frekanslarda düşüş | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | + | Normal | + |
| 18 | Sağ | Sağ | Orta derecede mikst tip işitme kaybı | - | Normal | + |
| | | Sol | Orta derecede mikst tip işitme kaybı | - | Normal | + |
| 19 | Sol | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | - | Normal | + |
| 20 | Sağ | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | + | Normal | + |

[¥] bölünmüş tablo

Tablo 5: Hasta ve kontrol gruplarının odyometribulguları ve Stapedes refleksi. (tablo ikinci bölüm)*

| No | Paralizi tarafı | | Hasta Grubu | | Kontrol grubu | |
|----|-----------------|-----|--|-------------------|------------------------------------|-------------------|
| | | | Odyometri bulguları | Stapedes refleksi | Odyometri bulguları | Stapedes refleksi |
| 21 | Sağ | Sağ | Normal | - | Normal | + |
| | | Sol | Normal | + | Normal | + |
| 22 | Sol | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | - | Normal | + |
| 23 | Sağ | Sağ | Normal | - | Normal | + |
| | | Sol | Normal | + | Normal | + |
| 24 | Sol | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Orta derecede mikst tipte işitme kaybı | - | Normal | + |
| 25 | Sağ | Sağ | Normal | - | Normal | + |
| | | Sol | Normal | + | Normal | + |
| 26 | Sağ | Sağ | Çok hafif S/N işitme kaybı | - | Çok hafif iletim tipi işitme kaybı | + |
| | | Sol | Çok hafif S/N işitme kaybı | + | Çok hafif mikst tip işitme kaybı | + |
| 27 | Sağ | Sağ | Çok hafif S/N işitme kaybı | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | + | Normal | + |
| 28 | Sağ | Sağ | Normal | - | Normal | + |
| | | Sol | Normal | - | Normal | + |
| 29 | Sol | Sağ | Normal | - | Normal | + |
| | | Sol | Hafif iletim tipi işitme kaybı | - | Normal | + |
| 30 | Sağ | Sağ | Normal | + | Normal | + |
| | | Sol | Normal | - | Normal | + |

* bölünmüş tablo

Hasta grubunda 7 hastanın sağ kulağından stapedes refleksi alınmazken 11 hastanın sol kulağından refleks alınamadı, iki hastada refleks kaybı bilateral idi. Bir hastanın refleks kaybı nonparalitik taraftaydı. Paralitik ve nonparalitik taraflar arasında refleks kaybı açısından istatistiksel fark yoktu ($p>0.05$). Kontrol grubunda tüm hastalardan refleks kayıtları elde edildi. Hasta ve kontrol grupları arasında stapedius refleksi açısından istatistiksel anlamlı farklılık vardı ($p<0.05$).

İFPF, fasial paralizin en sık rastlanan tipidir (3). İFPF görülme oranı yılda 20-25/100000'dir (3,15). Hastalık her yaşta görülebilir fakat özellikle 2-4. dekatta (15-45 yaş) görülme sıklığı artar (3,16). Bir kısım çalışmada kadınlarda hastalığın görülme sıklığı erkeklerden daha fazlayken, bazı

çalışmalarda kadınlar ve erkekler arasında görülme sıklığı açısından fark bulunmamıştır (15).

Fasial sinirin motor nukleusu ponsa, 5. Kranial sinirin spinal nukleusunun medialinde yer alır. Motor nukleusdan çıkan aksonlar 6. Kranial sinir nukleusu etrafında dolanarak viseral kök (nervus intermedius) ile birlikte beyin sapının lateral kısmından çıkıp 8. Kranial sinir yakınında serebellopontin köşeyi çaprazlar. 8. kranial sinir, 7. Sinirin motor kökü ve nervus intermedius, meatus akustikus internus'a girip temporal kemiğin fasial kanalı içinde yoluna devam eder. Sinir stilomastoid forameninden çıkmadan önce büyük petrosal sinir, nervus stapedius ve korda timpani dallarını verir (10).

İPPF'li hastaların endonöral sıvılarında Herpes simpleks virüsünün gözlenmesi (HSV-1 DNA) hastalığın patogeneğinde virüsün etkili olabileceğini düşündürmüştür. Yazarlara göre özellikle HSV-1 DNA ve varisella zoster İPPF için spesifik gibi duruyor (10, 17). Primer enfeksiyondan çok latent virüs enfeksiyonun genikulat ganglionda, korda timpaninin bipolar hücrelerinde tekrar aktive olduğu düşünülüyor (10,18). HSV-1 virüsü Hastaların tükürük bezlerinde de tesbit edilmiştir (19).

Viral reaktivasyon sonucunda periferik fasial paralizi, vestibuler nörit ve ani işitme kaybı beklenebilir. Korda timpaninin fasial sinir ile direkt ilişkili olduğu bölgede trigeminal ve glossofaringeal sinirlerle de komşuluğu vardır. Böylece 5,7,8,9. sinirler de sekonder olarak etkilebilir. Viral inflamasyona ilk patolojik cevap miyelin kılıfında ödemdir. Periferik sinir liflerinde önemli derecede lenfositik infiltrasyon ve demiyelinizasyon oluşur (17,18). Hastalığı polinöropati olarak kabul eden yazarlara göre ise akut fasial paralizi 5,7,8,9. Kranial sinirleri de etkileyen bir kranial polinörittir (20). Bilateral periferik fasial paralizi, Myastenia Gravis, Guillane Barre sendromu veya pons lezyonlarında, lenfoma, sarkoidoz ve Lyme hastalığında görülebilir (10,21).

Yarım yüzyıldan daha fazla süredir İPPF'li hastalara dekompresyon cerrahisi yapan cerrahlar fasial sinirde ödem gözlemişlerdir ki bu bulgular MRI görüntüleri ile de ispatlanmıştır (10, 22, 23).

Dekompresyon cerrahileri sırasında fasial sinir paralizili hastalarda, fasial sinirin en dar noktasında, foramen meatus girişinde, labirintin segment ve genikulat ganglionda sıkışma gözlenmiş ve iletim bloğu saptanmıştır (10). Yapılan diğer bir çalışma da intraoperatif uyarılmış potansiyel çalışmaları genikulat ganglion proksimalinde iletim bloğunun varlığını göstermiştir (20). Yazarların bir kısmına göre ise refleksde bozukluk lokalizasyondan çok hastalığın şiddeti hakkında yol gösterir. Hastalığın ilk 10 günü içinde refleksin geri gelmesi iyi prognoz anlamına gelir fakat refleksin

olmamasının tek başına prognostik değeri yoktur (24).

Literatürlerde beyin sapı tutulumu ile ilgili sonuçlar tartışmalıdır (5, 7, 8, 25). Bazı yazarlara göre İPPF primer olarak periferik yerleşimlidir. Bazı yazarlara göre ise hastalık santral sinir sistemini tutmakta ve sekonder olarak periferik nöral bulgulara yol açmaktadır (5). Klinik olarak sessiz beyinsapı tutulumunu göstermek amacı ile İPPF hastalarında BAEP çalışmaları yapılmıştır (5, 7,8, 25, 26). Maurizi ve arkadaşları 30 akut periferik fasial paralizi hastasında BAEP ve ortalama latans cevaplarını incelediler. Yazarların elde ettikleri bulgulara göre İPPF'de beyin sapı tutulumu patognomonik değildir (5).

İPPF 'de paralitik ve nonparalitik tarafın EMG ile incelenmesinde paralizi olmayan tarafta subklinik nöropati bulgularının tespit edildiği çalışmalar da vardır. Bu yazarlara göre İPPF 'li hastalarda karşı tarafta da subklinik nörolojik tutulum vardır ve paralizi olan tarafın şiddeti ile karşı tarafın etkilenmesi arasında paralellik yoktur (27). Ayrıca hastalığın etyolojisini araştırmak amacı ile yapılan biyopsi çalışmalarında 2 hastada nonparalitik tarafta epinöral fibrozis ve konjesyon bulunması da bu görüşü desteklemektedir (9).

Uri N. ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada negatif odyometrik bulgulara rağmen hastaların % 25'inde BAEP latanslarında kontrol grubuna göre anlamlı istatistiksel farklılık bulmuşlardır. BAEP bulgularındaki patoloji, paralizi tarafından bağımsız idi. Yazarlara göre fasial paralizi generalize patolojik bir durumdur (7). Yapılan bir başka çalışmada BAEP bulguları beyin sapı tutulumunu desteklemektedir (28).

Tipik olarak İPPF'de işitme eşiği etkilenmemekte fakat stapes refleksinde azalma veya kaybolma ortaya çıkabilmektedir (10). Yazarların bir kısmına göre fasial paralizili hastada stapes refleksi sadece lezyonun yeri hakkında bilgi verir. Refleks varsa

lezyon distalde demektir, refleks yoksa lezyon proksimaldedir (29). Welkoborsky ve arkadaşları akut tek taraflı fasial paralizisi olan 121 hasta incelemiştir. Bu hastaların 93 tanesi İFPF tanısı almıştı. Hastaların hepsine odyometri yapıp stapedes refleks kayıtları alınarak BAEP çalışmaları yapılmıştır. Yazarlara göre olası koklear lezyon bulguları nonspesifik olduğu için bu bulgular ile fasial paralizisi arasında ilişki kurulamaz. Fakat yine de hala spekülatif olmasına rağmen bu bulguların bir nedeninin 7. Kranial sinirin meatus akustikus internusdaki ödemi sonucu, 8. Kranial sinire kompresyonu sonucu olabileceği düşünülmektedir (26). Bizim çalışmamızda, hasta grubunda paralitik ve nonparalitik tarafların odyometrik bulguları arasında anlamlı fark saptanmazken hasta ve kontrol grubu arasında istatistiksel anlamlı fark gözlemlendi ($p < 0.05$).

Bizim yaptığımız çalışmada İFPF tanısı almış 30 hastaya ve kontrol grubuna işitsel siniri incelemek amacı ile odyometri yapılarak, stapes reflekslerine bakıldı. BERA latans ve amplitüdüleri alındı. Santral işitsel yolun incelenmesinde BAEP'in önemi biliniyor. 5. Dalga latans uzaması veya dalgaların yokluğu MS hastalarında sıklıkla gözlenmiştir (30). Beyin sapı fonksiyon bozukluğunun gözlenmesi amacı ile BAEP oldukça kullanışlı bir testtir. Yapılan çalışmalarda İFPF hastalarında anormal BAEP bulguları %7.4 ile %25 arasında değişmektedir (5, 7, 8, 25).

Çalışmamızda İFPF 'de işitsel sinir disfonksiyonu BAEP aracılığı ile araştırıldı. BAEP latansları ve amplitüdüleri açısından hastaların paralizisi olan ve olmayan tarafları kendi aralarında ve kontrol grubu ile karşılaştırıldı.

Hasta grubunun paralitik ve nonparalitik tarafları ile kontrol grubu arasında, 1. Dalga, 2. Dalga, 3. Dalga ve 5. Dalga latans ve amplitüdüleri açısından ve 1-5, 3-5, 1-3 interpike latans ve amplitüdüleri açısından anlamlı fark bulunamadı. Bu çalışmada sadece 4. Dalga latansı hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede uzun idi. 4. Dalganın kaynağı

N. Lemniskus lateralis yerleşim yeri ise rostral ponsdur (31). Bu bulgular ponda yer alan bilateral fasial nükleus veya fasial sinir lezyonunu gösteriyor olabilir.

İFPF'nin generalize patolojik bir durum olabileceğini gösterir nitelikte çalışmalar mevcuttur (26). Bizim çalışma sonuçlarımız da bu yöndedir. Hasta grubun paralitik ve nonparalitik tarafları arasında odyometri ve stapes refleksleri açısından fark bulunmaması fakat kontrol grubu ile anlamlı farklılığın bulunması, paralitik tarafta işitsel sinir ve periferik 7. Kranial sinir tutulumunu gösterirken, nonparalitik tarafta subklinik olarak 7. Sinir lezyonunun varlığını gösteriyor olabilir.

Kaynakça

- [1]. Hirano T, Tsuji T, Yamasaki H, Tsuda H. [Cytomegalovirus mononucleosis complicated with peripheral facial palsy. Rinsho Ketsueki. 2014 Mar; 55(3):356-9.
- [2]. Bell's palsy-Symptoms and causes-Mayo Clinic. mayoclinic.org/bells-palsy/.causes/syc-20374 May 2018.
- [3]. Finsterer J. Management of peripheral facial nerve palsy. Eur Arch Otorhinolaryngol. Jul, 265(7), 743-752. 2008.
- [4]. Sandstedt P, Hydén D, Odqvist L. Bell's palsy-part of a polyneuropathy? Acta Neurol Scand. Jul 64(1), 66-73. 1981
- [5]. Maurizi M, Ottaviani F, Almadori G, Falchi M, Paludetti G. Auditory brainstem and middle-latency responses in Bell's palsy. Audiology; 26(2), 111-6. 1987.
- [6]. D Cirpaci and CM Goanta. Bell's palsy: Data from a study of 70 cases. J. Med. Life. 7(Spec Iss 2):24-28. 2014.
- [7]. Uri N, Schuchman G, Pratt H. Auditory brainstem evoked potentials in Bell's palsy. Arch Otolaryngol. May, 110(5), 301-304. 1984.
- [8]. Shanon E, Himelfarb M. Z. Measurement of auditory brainstem potentials in Bell's palsy. Laryngoscope, 95, 206-209. 1985.
- [9]. Gussen R. Pathogenesis of Bell's palsy. Retrograde epineural edema and

- postedematous fibrous compression of the facial nerve. *Ann. Otol*, 86, 549.1977.
- [10]. Donald H, Gilden. Bell's palsy. *N Engl J Med*, 351, 1323-31.2004.
- [11]. Madhok VB, Gagyor I, Daly F, Somasundara D, Sullivan M, Gammie F, Sullivan F. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev*. CD001942. Jul 18;7:2016.
- [12]. Prescott, CA. Idiopathic facial nerve palsy (the effect of treatment with steroids). *J. Laryngol Otol*, 102:403.1988.
- [13]. Croxon, G., May, M., Mester, S. J., Gradina Facial Nerve Function: House-Brackmann Versus Burres-Fish methods. *The American Journal of Otolaryngology*, 11, 240.1990.
- [14]. Çelebi, A., Özcan, H. Baş ağrıları, kranial nevraller ve yüz ağrılarının sınıflandırılması ve tanı kriterleri: Uluslararası Baş ağrısı Derneği, Baş Ağrısı Sınıflama Komitesi. 1988.
- [15]. Holland. NJ, Weiner, GM, Recent developments in Bell's palsy. *Br Med J*, 329, 553-557, 2004
- [16]. Peitersen, E. Bell's palsy: the spontaneous course of 2,500 peripheral facial nerve palsies of different etiologies. *Acta Otolaryngol. Suppl*, 549, 4-30.2002.
- [17]. Murakami, S., Mizobuchi, M., Nakashiro, Y., Doi, T., Hato, N., Yanagihara, N. Bell's palsy and herpes simplex virus: identification of viral DNA in endoneurial fluid and muscle. *Ann Intern Med*, 124, 27-30, 1996.
- [18]. Viktor, P. S., Struppa, A. M., Dieterich, M., Rauch, E., Brandt, T. Highly variable distribution of HSV-1-specific DNA in human geniculate, vestibular and spiral ganglia. *Neuroscience Letters*, Volume 252, Issue 2, 1998.
- [19]. Roberto Lazarini; Melissa Ferreira Vianna; Mônica Porto Alves Alcantara; Rodolfo Alexander Scalia; Hélio Hehl Caiá Filho. Herpes Simplex Virus in the saliva of peripheral Bell's palsy patients. *Paulo Rev. Bras. Otorrinolaringol* Vol. 72 no. 1 São Paulo Jan. Feb. 2006.
- [20]. Fish, U., Esslen, E. Total intratemporal Exposure of Facial Nerve. *Pathologic Findings in Bell's palsy. Acta Otolaryng*, 95, 335.1972.
- [21]. Keane, JR. Bilateral seventh nerve palsy: analysis of 43 cases and review of the literature. *Neurology*, 44, 1198-202.1994.
- [22]. Cawthorne, T. The pathology and surgical treatment of Bell's palsy. *Proc. R. Soc. Med*, 4, 565-72.1950.
- [23]. Tien, R., Dillon, W. P., Jackler, R. K. Contrast-Enhanced MR Imaging of the Facial Nerve in 11 Patients with Bell's Palsy. *AJNR*, 11, 735-741.1990.
- [24]. Ekstrand, T., Glitterstam, K. Bell's palsy-prognostic value of the stapedius reflex with contralateral stimulation. *The journal of laryngology and otology*, March, 93, 271.1979.
- [25]. Hanner, P., Rosenhall, U., Karlsson, B., Badr, G., Anderson, O., Frisen, L., Edström, S. Clinical evaluation of central auditory lesions in patients with Bell's palsy. *Audiol. Ital.*, 2, 30-35.1985.
- [26]. Welkoborsky, H. J., Amedde, R. G., Elkhatieb, A., Mann, W. J. Auditory-evoked brainstem responses and auditory disorders in patients with Bell's palsy. *European Archives of Oto-Rhinolaryngology* 248, 417.1991.
- [27]. Bruce, L., Safman, M. C. Bilateral Pathology in Bell's Palsy. *Arch. Otolaryngol*, 93(1), 55-57.1971.
- [28]. Ysunza PA and Silva-Rojas A. Brainstem Dysfunction is evidenced by Auditory evoked Potentials in Patients with Bell's Palsy. *BAOJ Medical and Nursing*. 24 July 2015.
- [29]. Citron D, Adour, K. K. Acoustic reflex and Loudness Discomfort in Acute Facial Paralysis. *Arch. Otolaryngol*, 104, 303.1978.
- [30]. Paludetti, G., Ottaviani, F., Gallai, V., Tassoni, A., Maurizi, M. Auditory brainstem responses in multiple sclerosis. *Scand. Audiol.* 14, 27-34.1985.
- [31]. Yalçın, K., Balkan, S., Oğuz, Y. *Nöroloji Ders Kitabı* 1994.

Yenidoğanda Ağrı: Değerlendirme, Yönetim ve Hemşirenin Rolü

Özçevik, Damla¹; Ocakçı, Ayşe Ferda²

(1) İ.A.Ü. VM Medical Park Florya Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul, Türkiye.

(2) Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

Sorumlu Yazar: Damla Özçevik, dozcevik17@ku.edu.tr

Makale Gönderim: 17 Nisan 2019, Makale Kabul: 16 Ağustos 2019, Makale Yayım: 30 Eylül 2019.

ÖZ

Yenidoğanlar, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde kaldıkları süreçte çeşitli nedenlerle ağrıyı deneyimleyebilirler. Bebeklerin ağrıya sözel bir yanıtının olmaması, var olan ağrının değerlendirilmesi ve yönetilmesini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, yenidoğanlarda ağrının uygun ağrı skalaları ile değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu derlemede, yenidoğanda ağrı, değerlendirme, yönetim ve hemşirenin rollerine değinilmiştir.

Anahtar kelimeler: Yenidoğan; ağrı; ağrı yönetimi; hemşirelik.

Giriş

Ağrı, Uluslararası Ağrı Araştırmaları Taksonomi Komitesi'ne göre; "vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan doku hasarına bağlı olan ya da olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleriyle ilgili, hoş olmayan duyuşsal bir duyum" olarak tanımlanmıştır [1]. Hastanede yatan preterm ya da term yenidoğanlar, travma, hastalık ya da tıbbi girişimlere bağlı olarak orta ve şiddetli ağrıyı deneyimleyebilirler [2-4]. Bu ağrılı ya da stresli deneyimlerin insidansı çok yüksektir [5].

Yenidoğan, günde ortalama 7.5 ile 17.3 ağrılı girişimle karşılaşmakta olup, bu durumu en fazla preterm yenidoğanlar deneyimlemektedir [6]. Grunau ve arkadaşlarının (1994) çalışmasına göre, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde (YYBÜ) ağrıyı deneyimleyen aşırı düşük doğum ağırlıklı bebeklerin term yenidoğan grubuna oranla somatik (fiziksel) şikayetlerinin daha fazla olduğu

Neonatal Pain: Assesment, Management and Nurse's Role

ABSTRACT

Neonates may experience pain for various reasons during their stay in Neonatal Intensive Care Units. The lack of a verbal response to the pain affects the assessment and management of existing pain negatively. Therefore, pain in newborns should be evaluated with appropriate pain scales. In this review, the roles of pain, evaluation, management and nurse are discussed.

Keywords: Neonatal; pain; pain management, nursing.

saptanmıştır [7]. Bebek fareler ve insanlardaki nörobiyolojik çalışmalar, büyük bebeklere oranla küçüklerin zararlı uyarılara daha duyarlı olduğunu göstermektedir [8]. Birey ile "iletişim kuramamak (örneğin; bebekler, küçük çocuklar ve zihinsel engelli olanlar) hiçbir şekilde o bireyin acı çekme ve uygun bir tedaviye gereksinim duyma olasılığını ortadan kaldırmaz" [9].

1. Yenidoğanda Ağrı Belirtileri

Bebekler çeşitli ağrılı girişimleri deneyimleyebilirler. Bunlar; topuk delinmesi, aşı uygulaması, arter ve venöz damar girişimleri, prematüre retinopatisi (ROP) muayenesi, entübasyon, endotrakeal aspirasyon, nazogastrik ya da orogastrik sonda takılması, göğüs tüpü takılması, intravenöz ve/veya intramusküler enjeksiyonlardır [10]. Sposito ve arkadaşlarının (2017) retrospektif çalışmalarına göre, YYBÜ yatan yenidoğanlar günde ortalama 6.6 girişimsel işlem

ile karşılaştığını ve %50,3'ünün en az bir kez ağrıyı deneyimlediği belirlenmiştir [11].

Ağrı, fizyolojik, davranışsal ve metabolik çeşitli değişikliklere neden olur. Fizyolojik değişiklikler; kalp hızı, kan basıncı, solunum hızı, karbondioksit ve oksijen seviyelerinde değişiklikleri içermektedir [12]. Davranışsal değişiklikler; ağlama, yüz ifadeleri gibi çeşitli davranışsal değişiklikleri kapsamaktadır [13]. Metabolik değişiklikler ise; katekolamin (epinefrin, norepinefrin), kortizol, büyüme hormonu, glukagon, aldosteron salınımında artma ve insülin salınımında azalmayı içermektedir [14, 15]. Yenidoğan ağrısını fizyolojik, davranışsal ve metabolik değişiklikler ile anlatabilir. Yenidoğanda ağrı belirtileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

2. Ağrı Fizyolojisi

Ağrı, sinir uçlarının uyarımı ile oluşan, koruyucu bir mekanizmadır. Ağrıyı tetikleyen uyarın varlığında kaslar kasılır ve bu kasılmanın devam etmesi durumunda kaslara giden kan miktarı yetersizleşir, ağrı reseptörleri uyarılır ve ağrı duyusu oluşur [16]. Nosisepsiyon, nosiseptör (periferik ağrı reseptörleri) olarak adlandırılan reseptörler üzerinde oluşan normal ağrı iletimini tanımlamak

Tablo 1. Yenidoğanda Ağrı Belirtileri [16, 17]

| Fizyolojik Değişiklikler | | Davranışsal Değişiklikler | |
|--------------------------------|--|----------------------------|---|
| Artanlar: | Kalp hızı Kan basıncı Oksijen tüketimi İntrakranial basınç Solunum hızı ve karbondioksit Kas gerginliği | Vokalizasyonlar: | Ağlama İnleme |
| Azalanlar | Solunum derinliği ve oksijenizasyon | Yüz ifadeleri: | Kaş ve alın kırıştırma Gözleri sıkma Yüz buruşturma |
| Metabolik Değişiklikler | | Vücut hareketleri: | Kol ve bacakta çekilmeler |
| Artanlar: | Büyüme hormonu Antidiüretik hormon Plazma renin aktivitesi Kortizol düzeyleri Aldosteron ve glukagon salınımı Katekolamin | Tonüste değişimler: | Kuvvetli darbeler Çırpınma Genel vücut hareketi |
| Azalanlar: | İnsülin salınımı | | Tonüste artma/gerilme/ yumruk sıkma |
| | | | Tonüste azalma/gevşeme Dokunmaya zıt tepkiler |

için kullanılan bir terimdir [18]. Nosiseptörler, doku harabiyeti ile oluşan uyarılara duyarlı, ağrıyı algılayan özel reseptör olup, vücutta dağılımları farklı yoğunluktadır. Ağrıyı algılayan nosiseptörler, doğumdan sonra mekanik, termal ve kimyasal nedenlerle [16, 19], doku bütünlüğünün bozulduğu durumlarda açığa çıkan kalsiyum, histamin, bradikinin, potasyum gibi kimyasal maddeler tarafından uyarılabilirler [1, 20].

Bu uyarıların iletimi, A (myelinli) ve C (myelinsiz) sinir lifleri aracılığıyla spinal korda sağlanır. A lifleri, impulsları iletmeleri hızlıyken (ağrılı uyarıdan sonra 0,1 saniye); C lifleri impulsları yavaş (ağrılı uyarıdan sonra 1 saniye veya daha fazla) iletilirler [16]. "A" liflerinden iletilen ağrı, akut, lokal ve kesin olarak algılanırken; "C" liflerinden iletilen ağrı, sürekli, sızı şeklinde, donuk ve dağınk olarak hissedilir. Yenidoğanlarda ağrının iletimi C lifleri ile olmaktadır [1]. Yenidoğanda ağrı intrauterin dönemde başlar. İlk nosiseptörler, intrauterin dönemin 7. haftasından itibaren perioral (ağız içi) bölgede bulunmakta olup, 20. haftadan sonra tüm vücuda yayılmaktadır [21].

3. Yenidoğan Ağrısını Değerlendirme

Ağrıya yanıtın uygun değerlendirilmesi, tedavi sürecinin doğru yönetilebilmesini sağlamaktadır [22]. Yenidoğanlarda ağrının değerlendirilmesinde en önemli sorun, yenidoğanın ağrıya yanıtının sözel bir ifadesinin yokluğudur [23, 24]. Bu nedenle, yenidoğanın ağrısının tanımlanması zordur ve genellikle yetersiz ya da tedavi edilmeden kalmaktadır [25].

Bebeğin stres hormonu düzeyleri, davranış ve fizyolojik parametrelerdeki değişiklikler ağrı paternlerini tahmin etmede yardımcı olur [21]. Yenidoğanlarda ağrı ile ilgi yüz ifadeleri; kaşlarını çatma, gözlerini sıkarak kapatma, dudakların açık olması, ağzın dikey veya yatay şekilde gerilmesi, gergin dil ve nazolabial oluğun derinleşmesidir [1].

Ağrı, çeşitli faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterse de ağrının varlığını belirlemek ve uygulanan tedavinin etkinliğini saptamak için ağrı düzenli olarak değerlendirilmelidir. Amerikan Pediatri Akademisi ve Kanada Pediatri Birliği, yenidoğanda ağrıyı sadece rutin olarak belirli aralıklarla değil, aynı zamanda ağrılı işlemlerden önce ve sonra değerlendirilmesini önermektedir [26]. YBÜ'nde kaldıkları süre boyunca ağrıyı deneyimleyen yenidoğanlarda ağrı yönetiminin etkinliğini en üst düzeyde sağlamak için ağrının doğru değerlendirmesi önemlidir [27]. Ağrıya yanıtın doğru değerlendirilmesi için uygun ölçme araçları ile ölçülmeli ve bu ölçme araçlarının çok boyutlu (davranışsal, fizyolojik, hormonal vb.) olması gerekmektedir [13].

3.1. Yenidoğanlarda Ağrı Değerlendirme Araçları

Yenidoğanlarda ağrıyı değerlendirmek için çeşitli ağrı skalaları mevcuttur [28]. Her ölçüm aracı, kendine özgü alanlarda kullanılmakta olup, tüm ağrılı girişimleri değerlendirmemektedir [29, 30]. Akut ağrının değerlendirilmesi için fizyolojik ve davranışsal parametreler göz önünde

bulundurulurken, kronik ağrı da hormonal parametreler dikkate alınır [31]. Davranışsal ağrı ölçekleri, yenidoğan ağrısının değerlendirmek için gözlemlenmesini içermektedir; ancak, bebekte açlık, soğuk algınlığı, korku gibi durumlarda da yüz ifadeleri ve bedensel hareketler gözlemlenebilir [28]. Bu nedenle, ağrıyı doğru değerlendirmek için kapsamlı bir gözlem yapılması gerekmektedir. Yenidoğanın ağrısı çeşitli faktörlere bağlı olarak değerlendirilmelidir. Bu faktörler, gestasyon yaşı, sağlığı, gelişim durumu, önceki ağrı deneyimleri ve ilaçlardır [32]. Ağrı değerlendirme ölçeklerinin birçoğu ağrının şiddetini ölçme odaklıdır [33]. Ağrı değerlendirme araçlarının çoğunluğu yüz ifadesi, ağlama ve duruş gibi davranışsal parametrelerin yanı sıra kan basıncı ve kalp hızı gibi fizyolojik parametrelerle birleşiktir [21]. Her ne kadar 40'dan fazla yenidoğan ağrı değerlendirme aracı geliştirilmiş olsa da [34], YBÜ'lerinin birçoğunda yalnızca birkaçı kullanılmaktadır [27]. En yaygın kullanılan ölçekler; Prematüre Bebek Ağrı Profili, Yenidoğan Bebek Ağrı Profili ve CRIES olduğu belirtilmektedir [5].

3.1.1. Prematüre Bebek Ağrı Profili (Premature Infant Pain Profile-PIPP)

Stevens ve ark. (1996) tarafından 28-36 haftalık prematüre bebekler için geliştirilmiş bir ağrı tanılama skalasıdır [35]. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akcan ve Yiğit (2015) tarafından yapılmıştır [36]. Term ve preterm bebekler için uygun olup, akut ve işlemsel ağrı değerlendirilmesi için kullanılmaktadır. Puanlama 0 ile 21 arasında değişmekte olup, skorun altı veya daha düşük olması, ağrının olmaması ya da minimal olması, 7-12 puan arası orta şiddette ağrı ve 13-21 puan arası şiddetli ağrı olarak değerlendirilmektedir [36]. Girişimden 15 saniye önce ve girişimden sonra 30 saniye değerlendirilir.

Tablo 2. Prematüre Bebek Ağrı Profili [35]

| Kategoriler | Puan | | | |
|--|--|--|--|--|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Gebelik Yaşı | ≥36 hafta | 32 hafta-35 hafta +6 günlük | 28 hafta-31 hafta +6 günlük | <28 hafta |
| Davranışsal Durum | Aktif/uyanık, gözler açık, yüz hareketleri var | Sakin/uyanık, gözler açık, yüz hareketleri yok | Aktif/uyuyor, gözler kapalı, yüz hareketleri var | Sakin/uyuyor, gözler kapalı, yüz hareketleri yok |
| Maksimum Kalp Atım Hızı | Dakikada 0-4 atım artış | Dakikada 5-14 atım artış | Dakikada 15-24 atım artış | Dakikadaki atım 25 ve üzeri atım artış |
| Minimum Oksijen Saturasyonu (%) | 0-2.4↓ | 2.5-4.9↓ | 5-7.4↓ | ≥7.5 ↓ |
| Alınını Kırıştırma | Yok | Hafif | Orta | En çok |
| Gözlerini Kısma | Yok | Hafif | Orta | En çok |
| Burun Kanatlarında Genişleme | Yok | Hafif | Orta | En çok |

3.1.2. Yenidoğan Bebek Ağrı Ölçeği (Neonatal Infant Pain Scale- NIPS)

NIPS, Lawrence ve ark. (1993) tarafından geliştirilmiştir [37], Akdovan (1999) tarafından Türkçe'ye uyarlanması yapılmıştır. Prematüre ve yenidoğanlar için geliştirilmiş bir ağrı

değerlendirme ölçeği olup, invaziv işlemlerde ağrıya yanıtı davranışsal olarak değerlendirmektedir. NIPS'de toplam puan 0 ile 7 arasında değişmekte olup, 3'den yüksek puanlar ağrının varlığını göstermektedir [37].

Tablo 3. Yenidoğan Bebek Ağrı Ölçeği (NIPS) [16, 37]

| Kategoriler | Puan | | |
|-----------------------|---|---|---|
| | 0 | 1 | 2 |
| Yüz İfadesi | Sakin yüz, doğal ifade | Gergin yüz kasları, kırışık alın ve çene | |
| Ağlama | Sessiz, ağlamıyor | Hafif inilti, aralıklı ağlama | Çığlık, feryat, yüksek sesli sürekli ağlama |
| Solunum Şekli | Her zamanki alışılmış solunum | Değişken, düzensiz, her zamankinden hızlı solunum, iç çekme | |
| Kollar | Kas rijiditesi yok, sıklıkla gelişigüzel hareketler | Gergin, düz kollar, sert ve/veya hızlı ekstansiyon, fleksiyon | |
| Bacaklar | Kas rijiditesi yok, sıklıkla gelişigüzel hareketler | Gergin, düz bacaklar, sert ve/veya hızlı ekstansiyon, fleksiyon | |
| Uyanıklık Hali | Sessiz, huzurlu, uyuyor ya da sakın | Canlı, huzursuz ve sakinleştirilemeyen | |

3.1.3. CRIES Ölçeği

CRIES Skalası Krechel ve Bildner (1995) tarafından geliştirilmiştir [38]. Bu ölçek, genellikle gestasyonel

yaşı 32 haftanın üzerinde ve postoperatif dönemde olan bebeklerde kullanılmakta olup, fizyolojik ağrı yanıtlarını ölçmektedir (Tablo 4). Her parametre en

fazla iki puan olup, 3-4 puan hafif/orta derecede ağrıyı, 5 ve üzeri puan şiddetli ağrıyı göstermektedir [1].

Tablo 4. CRIES Ölçeği [38]

| Kategoriler | Puan | | |
|---------------------------------|-----------------|-----------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| Ağlama | Yok | Yüksek sesle | Durdurulamaz |
| O2 gereksinimi | Yok | <%30 | >%30 |
| Yaşam bulgularında artış | Artış %10 kadar | Artış %11-20 arasında | Artış %21'den fazla |
| Görünüm | İyi | Yüz buruşturma | Yüz buruşturma ve inleme |
| Uykusuzluk | Yok | Sık uyanır | Sürekli uyanık |

4. Yenidoğanda Ağrı Yönetimi

4.1. Farmakolojik Yöntemler

Farmakolojik yöntemler, ağrıyı hafifletmek ve tedavi etmek amacı ile ilaçların kullanılmasıdır [39]. Bu yöntemler, nonfarmakolojik teknikler ile birlikte kullanıldığında, ağrıyı giderme etkinliği artmaktadır. Brezilya'da yapılan bir çalışmaya göre, ağrısı olan yenidoğanların yalnızca %32,5'inde farmakolojik ya da nonfarmakolojik yöntemlerin uygulandığı belirlenmiştir [11].

Yenidoğan döneminde ağrı gerekli girişim ve tedavi ile geçirilmezse, sonraki dönemlerde davranışsal ve nörolojik bozukluklara neden olabilir [22]. Çok fazla ağrılı prosedürler ile karşılaşan yenidoğanlarda analjezik ve sedatif kullanımı önerilmektedir [32]. Yenidoğanların ağrısı için çeşitli farmakolojik tedaviler uygulanmaktadır. Bunlar; narkotik analjezikler, morfin, opioid analjezikler, topikal anestezipler, fentanil ve sedatiflerdir.

4.2. Nonfarmakolojik Yöntemler

Yenidoğanlarda ağrı yönetimi yalnızca farmakolojik yaklaşımlarla sınırlı değildir [25]. Çevresel (ışığa ve gürültüye maruziyet), davranışsal (pozisyon değiştirme, kundaklama) ve nonfarmakolojik (sukroz, emzirme, emzik verme) yöntemler ağrıyı önler, hafifletir ve hatta ortadan kaldırır [25]. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) kılavuzları, yenidoğanlarda küçük rutin işlemlerden kaynaklanan ağrıyı azaltmak amacı ile nonfarmakolojik yöntemlerin kullanılmasını önermektedir [26]. Birçok çalışma, yenidoğanlarda hafif ağrılı rutin işlemler sürecinde ağrı skorlarının azaltılmasında sukroz ve kanguru bakımı gibi farmakolojik olmayan tedavilerin faydasını göstermiştir [40-42]. Glukoz veya sukroz ile kanguru bakımı birlikte uygulandığında küçük işlemlerle ilgili yenidoğan ağrısını, her ikisine göre daha fazla azaltmaktadır [43]. Pillai ve ark. (2015) çalışmalarına göre, emzik verme, sallama ve kundaklamanın ağrıyı azaltmada en etkili yöntemler olduğu belirlenmiştir [44]. Yenidoğanlarda ağrının azaltılması amacı ile kullanılan nonfarmakolojik yöntemler; pozisyon değiştirme, kanguru bakımı, masaj, emzik verme ya da anne sütü, tatlı solüsyonlar, müzik ve çevresel uyaranların azaltılmasıdır.

4.2.1. Pozisyon değiştirme:

Yenidoğanlarda ağrıyı azaltmada pozisyon değiştirmek, özellikle bebeğe prone pozisyon vermek bebeği rahatlatmaktadır [23]. Yenidoğana cenin pozisyonu verme ise, intrauterin ortam desteği sağlayan bir pozisyon olması nedeni ile bebeğin kendini güvenme hissetmesi, sakinleşmesi, ağrı ve stres ile baş etmesine yardımcı olan bir yöntemdir [45].

4.2.2. Kanguru bakımı:

Kanguru bakımı, ebeveyn ile bebeğin doğrudan ten tene fiziksel temasını içerir [46]. Yenidoğanın kalp hızı ve oksijenizasyonun stabilliğini sağlayan, anne-bebek iletişimini sürdüren, vücut sıcaklığını

koruyan, büyüme ve gelişmesini destekleyen, doğal ve ekonomik bir yöntemdir [47]. Ten tene temas olarak da bilinen kanguru bakımı, bebekte ağrının azaltılmasında da etkili bir yöntemdir [48].

4.2.3.Masaj:

Bebeğe masaj yaparak derideki dokunma reseptörleri uyarılır ve ağrının küçük bir alanda lokalize olması sağlanır [23]. Masaj ve deri uyarısının etki mekanizması Kapı Kontrol Teorisi'ne dayanmaktadır [40]. Abdallah ve arkadaşlarının (2013) prematüre bebekleri kapsayan çalışmalarına göre, masaj uygulanan grubun PIPP puanları kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiştir [49].

4.2.4.Emzik verme ya da anne sütü:

Beslenme amaçlı olmayan emme olarak da bilinen emzik verme, preterm yenidoğanlarda da ağrının azaltılmasında etkili olup [50], bebeklerin ağlamalarında azalma olduğu belirlenmiştir [29]. Emme, yenidoğanda serotonin hormonu salgılayarak ağrıyı azalttığı belirtilmektedir [47].

4.2.5.Tatlı solüsyonlar (Sukroz, glukoz vb.):

Sukrozun sağlıklı ve term bebeklerde minik prosedürel işlemler için etkili ve güvenli olduğu bulunmuştur [41, 51]. Stevens ve arkadaşlarının (2010) 40 çalışmanın sistematik incelemesine göre, sukrozun işlemsel ağrıyı önemli ölçüde azaltmada etkili olduğu saptanmıştır [40]. Topuk kanı alınması gibi ağrılı işlemlerde sadece bir kez değil, işlemlerden önce ve sonra sukroz kullanımı daha etkili olmaktadır [47]. Ayrıca, Bueno ve ark. (2013) sukroz ve glukozun etkinliği arasında anlamlı bir fark olmadığını belirlemişlerdir [42].

4.2.6.Müzik:

Son yıllarda yapılan çalışmalar, müziğin ağrıyı azaltmada etkili bir uygulama olduğunu göstermektedir [52, 53]. Japonyada Uematsu ve Sobue (2019) tarafından yapılan bir çalışmaya göre, müziğin topuk delinmesinde ağrıyı azaltmada

etkili olduğu saptanmıştır [54]. Benzer şekilde, Butt ve Kisilevsky (2000) çalışmasında da, 31 haftadan daha büyük bebeklerde strese yol açan uyarana karşı etkili bir müdahale olduğu belirlenmiştir [55].

4.2.7.Sallanma:

Sallanma şeklinde olan ritmik hareketler bebeklerin gevşemesine yardımcı olup, ağrıyı azaltmaktadır [33].

4.2.8. Çevresel uyarıların azaltılması:

Bebeğin fazla ışık ve gürültüye maruz kalması aşırı uyarılmasına neden olabileceği için uyarıların azaltılması sağlanmalıdır [23].

5. Yenidoğanda Ağrı Kontrolü ve Yönetiminde Hemşirenin Rollerini

Yenidoğanlar, yaşamlarının ilk dakikalarında hepatit B aşısı, K vitamini uygulanması gibi çeşitli ağrılı girişimleri deneyimlemektedirler. Yenidoğanda ağrı yönetimde temel amaç; çeşitli tıbbi girişimlere bağlı yenidoğanın deneyimlediği ağrıyı minimal düzeye indirmek ve ağrıyla baş edebilmesini sağlamaktır [12]. Yenidoğanın ağrısını gidermek için hemşireler, farmakolojik, nonfarmakolojik ve aile merkezli bakım gibi çeşitli yaklaşımları kullanırlar [12]. Ağrı kontrolü ve yönetiminde hemşirenin rolleri şu şekildedir;

- Yenidoğana bireyselleymiş ve aile merkezli bakım verilmelidir [12, 23].
- Ağrıya neden olan faktörler saptanmalıdır [56].
- Hemşireler, yenidoğanın fizyolojik ve biyolojik özelliklerini bilmeli, normalden sapmaları belirlemeli ve gerekli hemşirelik bakımını uygulayıp, fizyolojik değişiklikler normale dönene kadar takip etmelidir [47].
- Ağrı, geçerli ve güvenilir bir ölçek ile 4-6 saatte bir değerlendirilmelidir [56].
- Yenidoğanın ağrı yaşaması durumunda farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler uygulanıp [23, 56], farmakolojik tedavilerin yan etkileri yönünden bebek izlenmelidir [47].

- Ağrılı işlemler esnasında, yenidoğanın rahat edebileceği pozisyon verilmelidir [23].
- Ağrı duyusunu arttırabilecek çevresel uyarınları azaltmalıdır [12, 23]. Mümkün olduğu kadar loş bir ortam sağlanmalı, yenidoğanın yanında kısık sesle konuşulmalı, YYBÜ'nde gürültüye neden olan cihazların sesi mümkün olduğu kadar kısılmalıdır [57].
- Ebeveynleri en erken süreçte bebeğin bakımında ve yapabilecekleri işlemlere katılmalarına olanak sağlamalıdır [23, 58].
- İnvaziv girişimler deneyimli hemşireler tarafından uygulanarak, girişim sayısı en aza indirilmeli [23], aspirasyon ve postüral drenaj gibi işlemler rutin olarak değil, bebeğin gereksinimine uygun olarak yapılmalıdır [59].
- YYBÜ'nde hemşirelik bakımları bir arada yapılmalı ve bebeğin minimum iki saat uyaransız dinlenmesi sağlanmalıdır [59].
- Yenidoğanın durumu stabil olduğu zaman anne ile teması (örneğin; kanguru bakımı) sağlanmalıdır [23].
- Topuk kanı alımında otomatik lanset kullanılmalıdır [47].
- Hemşireler, girişimler, tedavi uygulamaları ve bakımlarının etkinliğini en üst düzeyde tutmaları için ağrı konusunda yeterli bilgi sahibi olmaları gerekmektedir [58].
- Kanıta dayalı çalışmalar yakından takip edilmeli ve güncel nonfarmakolojik yöntemlerin uygulamaya geçirilmesi sağlanmalıdır [59].

Sonuç olarak; multidisipliner ekip içerisinde yer alan hemşire, ağrı değerlendirmesi ve yönetiminde hem önemli role hem de en fazla sorumluluğa sahip olan sağlık personelidir.

Hemşireler, sorumluluklarının gereklerini yerine getirebilmek amacı ile sürekli kendini geliştirmeli, uygun ağrı değerlendirme skalaları ile yenidoğanın ağrısını tanımlayabilmeli, ağrı tedavisinde farmakolojik yöntemlerin yanı sıra nonfarmakolojik yöntemleri de kullanmalı ve

yenidoğanın rahatlığını en üst düzeyde sağlamayı amaçlamalıdır.

Kaynakça

- [1] D. Aliefendioğlu and N. Güzoğlu, "Yenidoğanda ağrı," *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, vol. 58, pp. 35-42, 2015.
- [2] P. M. Faye *et al.*, "Newborn infant pain assessment using heart rate variability analysis," *The Clinical Journal of Pain*, vol. 26, no. 9, pp. 777-782, 2010.
- [3] C. B. Groenewald, J. A. Rabbitts, D. R. Schroeder, and T. E. Harrison, "Prevalence of moderate-severe pain in hospitalized children," (in eng), *Paediatric anaesthesia*, vol. 22, no. 7, pp. 661-8, Jul 2012.
- [4] B. J. Stevens *et al.*, "Pain Assessment and Intensity in Hospitalized Children in Canada," *The Journal of Pain*, vol. 13, no. 9, pp. 857-865, 2012/09/01/2012.
- [5] L. Collados-Gomez, V. Camacho-Vicente, M. Gonzalez-Villalba, G. Sanz-Prades, and B. Bellon-Vaquerizo, "Neonatal nurses' perceptions of pain management," (in eng, spa), *Enfermeria intensiva*, vol. 29, no. 1, pp. 41-47, Jan - Mar 2018. Percepcion del personal de enfermeria sobre el manejo del dolor en neonatos.
- [6] M. D. Cruz, A. M. Fernandes, and C. R. Oliveira, "Epidemiology of painful procedures performed in neonates: A systematic review of observational studies," (in eng), *European journal of pain (London, England)*, vol. 20, no. 4, pp. 489-98, Apr 2016.
- [7] R. V. Grunau, M. F. Whitfield, and J. H. Petrie, "Pain sensitivity and temperament in extremely low-birth-weight premature toddlers and preterm and full-term controls," (in eng), *Pain*, vol. 58, no. 3, pp. 341-6, Sep 1994.
- [8] R. Slater *et al.*, "Cortical pain responses in human infants," (in eng), *The Journal of neuroscience : the official journal of the Society for Neuroscience*, vol. 26, no. 14, pp. 3662-6, Apr 5 2006.
- [9] International Association for the Study of Pain, "IASP definition of pain," in *IASP Newsletter*, ed, 2001.
- [10] Ş. Yiğit, A. Ecevit, and Ö. Altun Köroğlu, "Türk Neonatoloji Derneği yenidoğan döneminde ağrı ve tedavisi rehberi," *Türk Pediatri Arşivi*, vol. 53, pp. 161-171, 2018.
- [11] N. P. B. Sposito, L. M. Rossato, M. Bueno, A. F. Kimura, T. Costa, and D. M. B. Guedes, "Assessment and management of pain in newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit: a cross-sectional study," *Revista latino-americana de enfermagem*, vol. 25, pp. e2931-e2931, 2017.
- [12] E. Akcan and S. Polat, "Yenidoğanlarda Ağrı ve Ağrı Yönetiminde Hemşirenin Rolü," *Acıbadem*

- Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, no. 2, pp. 64-69, 2017.
- [13] G. M. de Melo, A. L. P. d. A. Lélis, A. F. de Moura, M. V. L. M. L. Cardoso, and V. M. da Silva, "Pain assesment scales in newborns integrative review," *Revista paulista de pediatria* vol. 32, no. 4, pp. 395-402, 2014.
- [14] S. L. Halimaa, K. Vehvilainen-Julkunen, and K. Heinonen, "Knowledge, assesment and management of pain related to nursing procedures used with premature babies: questionnaire study for caregivers," (in eng), *International journal of nursing practice*, vol. 7, no. 6, pp. 422-30, Dec 2001.
- [15] C. Herrington, "Reducing pain of heelstick in premature infants with Gentle Human Touch," Doctor of Philosophy, Wayne State Universty, 2017.
- [16] E. K. Törüner and L. Büyükgönenç, *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları* Ankara: Göktuğ Yayıncılık, 2015.
- [17] P. J. Mathew and J. L. Mathew, "Assessment and management of pain in infants," (in eng), *Postgraduate medical journal*, vol. 79, no. 934, pp. 438-443, 2003.
- [18] L. L. Oakes, *Compact clinical guide to infant and child pain management : an evidence-based approach for nurses*. Springer Publishing Company: New York, 2011.
- [19] S. M. Walker, "Neonatal pain," (in eng), *Paediatric anaesthesia*, vol. 24, no. 1, pp. 39-48, Jan 2014.
- [20] J. E. Hall and A. C. Guyton, *Guyton ve Hall tıbbi fizyoloji*. Nobel Tıp Kitabevleri, 2017.
- [21] C. Greco and C. Berde, "Pain Management in Neonates and Infants," in *Essentials of Anesthesia for Infants and Neonates*, McCann and M. Ellen, Eds. Cambridge: Cambridge University Press, 2018, pp. 369-381.
- [22] A. Eroğlu and S. Arslan, "Yenidoğanda Ağrının Algılanması, Değerlendirilmesi ve Yönetimi," *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, vol. 8, no. 1, pp. 52-60, 2018.
- [23] E. Derebent and R. Yiğit, "Yenidoğanda Ağrı: Değerlendirme ve Yönetim," *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, vol. 10, no. 2, pp. 41-48, 2006.
- [24] R. Slater, A. Cantarella, L. Franck, J. Meek, and M. Fitzgerald, "How well do clinical pain assesment tools reflect pain in infants?," (in eng), *PLoS Med*, vol. 5, no. 6, p. e129, Jun 24 2008.
- [25] K. Allegaert and J. N. van den Anker, "Neonatal pain management: still in search for the Holy Grail," (in eng), *International journal of clinical pharmacology and therapeutics*, vol. 54, no. 7, pp. 514-523, 2016.
- [26] American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics Section on Surgery, Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee, D. G. Batton, K. J. Barrington, and C. Wallman, "Prevention and management of pain in the neonate: an update," (in eng), *Pediatrics*, vol. 118, no. 5, pp. 2231-41, Nov 2006.
- [27] L. G. Maxwell, C. P. Malavolta, and M. V. Fraga, "Assessment of Pain in the Neonate," *Clinics in Perinatology*, vol. 40, no. 3, pp. 457-469, 2013/09/01/ 2013.
- [28] A. Beltramini, K. Milojevic, and D. Pateron, "Pain Assesment in Newborns, Infants, and Children," (in eng), *Pediatr Ann*, vol. 46, no. 10, pp. e387-e395, Oct 1 2017.
- [29] E. Cignacco *et al.*, "The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review," (in eng), *European journal of pain (London, England)*, vol. 11, no. 2, pp. 139-52, Feb 2007.
- [30] E. Cignacco, R. Mueller, J. P. Hamers, and P. Gessler, "Pain assesment in the neonate using the Bernese Pain Scale for Neonates," (in eng), *Early human development*, vol. 78, no. 2, pp. 125-31, Jul 2004.
- [31] M. Uyar, "Çocukta ağrı ve tedavisi," *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, vol. 2, no. 5, pp. 36-47, 2006.
- [32] S. Reyes, "Nursing assesment of infant pain," (in eng), *J Perinat Neonatal Nurs*, vol. 17, no. 4, pp. 291-303, Oct-Nov 2003.
- [33] A. Twycross, S. Dowden, and J. Stinson, *Çocuklarda ağrı yönetimi : hemşireler ve sağlık profesyonelleri için bir rehber*, Polat, S; Gürol, A ed. Ankara: Nobel Yayınevi, 2018.
- [34] M. Ranger, C. C. Johnston, and K. J. Anand, "Current controversies regarding pain assesment in neonates," (in eng), *Seminars in perinatology*, vol. 31, no. 5, pp. 283-8, Oct 2007.
- [35] B. Stevens, C. Johnston, P. Petryshen, and A. Taddio, "Premature Infant Pain Profile: development and initial validation," (in eng), *Clin J Pain*, vol. 12, no. 1, pp. 13-22, Mar 1996.
- [36] E. Akcan and R. Yiğit, "Prematüre Bebek Ağrı Profili: Türkçe Geçerlilik ve Güvenirliliği," *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, vol. 29, no. 3, pp. 97-102, 2015.
- [37] J. Lawrence, D. Alcock, P. McGrath, J. Kay, S. B. MacMurray, and C. Dulberg, "The development of a tool to assess neonatal pain," (in eng), *Neonatal Network*, vol. 12, no. 6, pp. 59-66, Sep 1993.
- [38] S. W. Krechel and J. Bildner, "CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability," (in eng), *Paediatric anaesthesia*, vol. 5, no. 1, pp. 53-61, 1995.
- [39] COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN and SECTION ON ANESTHESIOLOGY AND PAIN MEDICINE, "Prevention and Management of

- Procedural Pain in the Neonate: An Update," (in eng), *Pediatrics*, vol. 137, no. 2, p. e20154271, Feb 2016.
- [40] B. Stevens, J. Yamada, and A. Ohlsson, "Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures," (in eng), *The Cochrane database of systematic reviews*, no. 1, p. Cd001069, Jan 20 2010.
- [41] B. Stevens, J. Yamada, G. Y. Lee, and A. Ohlsson, "Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures," (in eng), *The Cochrane database of systematic reviews*, no. 1, p. Cd001069, Jan 31 2013.
- [42] M. Bueno *et al.*, "A systematic review and meta-analyses of nonsucrose sweet solutions for pain relief in neonates," (in eng), *Pain research & management*, vol. 18, no. 3, pp. 153-61, May-Jun 2013.
- [43] A. G. Chermont, L. F. Falcao, E. H. de Souza Silva, R. de Cassia Xavier Balda, and R. Guinsburg, "Skin-to-skin contact and/or oral 25% dextrose for procedural pain relief for term newborn infants," (in eng), *Pediatrics*, vol. 124, no. 6, pp. e1101-7, Dec 2009.
- [44] R. R. Pillai Riddell *et al.*, "Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain," (in eng), *The Cochrane database of systematic reviews*, no. 12, p. Cd006275, Dec 2 2015.
- [45] H. Obeidat, I. Kahalaf, L. C. Callister, and E. S. Froelicher, "Use of facilitated tucking for nonpharmacological pain management in preterm infants: a systematic review," (in eng), *J Perinat Neonatal Nurs*, vol. 23, no. 4, pp. 372-7, Oct-Dec 2009.
- [46] N. Witt, S. Coynor, C. Edwards, and H. Bradshaw, "A Guide to Pain Assessment and Management in the Neonate," (in eng), *Current emergency and hospital medicine reports*, vol. 4, pp. 1-10, 2016.
- [47] P. Lago *et al.*, "Guidelines for procedural pain in the newborn," (in eng), *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, vol. 98, no. 6, pp. 932-9, Jun 2009.
- [48] C. Johnston, M. Campbell-Yeo, A. Fernandes, D. Inglis, D. Streiner, and R. Zee, "Skin-to-skin care for procedural pain in neonates," (in eng), *The Cochrane database of systematic reviews*, no. 1, p. Cd008435, Jan 23 2014.
- [49] B. Abdallah, L. K. Badr, and M. Hawwari, "The efficacy of massage on short and long term outcomes in preterm infants," *Infant Behavior and Development*, vol. 36, no. 4, pp. 662-669, 2013/12/01/ 2013.
- [50] R. R. Pillai Riddell *et al.*, "Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain," (in eng), *The Cochrane database of systematic reviews*, no. 10, p. Cd006275, Oct 5 2011.
- [51] J. C. Tsao, S. Evans, M. Meldrum, T. Altman, and L. K. Zeltzer, "A Review of CAM for Procedural Pain in Infancy: Part I. Sucrose and Non-nutritive Sucking," (in eng), *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, vol. 5, no. 4, pp. 371-81, Dec 2008.
- [52] J. H. Lee, "The effects of music on pain: A meta-analysis," *Journal of Music Therapy*, vol. 53, no. 4, pp. 430-477, 2016.
- [53] A. M. Whitehead-Pleaux, N. Zebrowski, M. J. Baryza, and R. L. Sheridan, "Exploring the effects of music therapy on pediatric pain: phase 1," (in eng), *J Music Ther*, vol. 44, no. 3, pp. 217-41, Fall 2007.
- [54] H. Uematsu and I. Sobue, "Effect of music (Brahms lullaby) and non-nutritive sucking on heel lance in preterm infants: A randomized controlled crossover trial," *Pediatrics&Child Health*, vol. 24, no. 1, pp. e33-e39, 2019.
- [55] M. L. Butt and B. S. Kisilevsky, "Music modulates behaviour of premature infants following heel lance," (in eng), *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmieres*, vol. 31, no. 4, pp. 17-39, Mar 2000.
- [56] B. Akyürek and Z. Conk, "Yenidoğan bebeklerde uygulanan iğneli girişimlerde non-farmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin incelenmesi," *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, vol. 22, no. 1, pp. 1-17, 2006.
- [57] T. Dağoğlu and G. Görak, *Temel neonatoloji ve hemşirelik ilkeleri*, 2.bsk. ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 2008, pp. 759-767.
- [58] K. Akça, "Beyaz gürültünün yenidoğanlarda emme başarısına etkisi," Yüksek Lisans Tezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2014.
- [59] N. Çağlayan, "Preterm yenidoğanlarda ayak topuğundan kan alma işlemi sırasında el ile verilen cenin pozisyonunun ağrı üzerine etkisi," Yüksek Lisans Tezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2011.

Sağlık Çalışanlarının Sanal Kaytarma Davranışları İle Örgütsel Özdeşleşme Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği

KARACA Arzu¹; KARACA Berat²

[1] Munzur Üniversitesi İİBF, İşletme Bölümü, Tunceli, Türkiye.

[2] Asel Mobilya, Elazığ, Türkiye.

Sorumlu yazar: Arzu KARACA, acakinberk@munzur.edu.tr

Makale Gönderim: 18 Nisan 2019; Makale Kabul:29 Eylül 2019 ;Makale Yayım:30 Eylül 2019

ÖZ

Amaç: Günümüzde işyerlerinde internetin kullanımının yaygınlaşması; maliyetlerin düşürülmesi, hizmetin hızlanması, iletişimin hızlı ve etkin hale gelmesi, müşteri memnuniyetinin artırılması gibi pek çok faydasının yanı sıra işgörenlerce mesai saatlerinde iş dışı özel amaçlarla da kullanılması, işten kaytarılmasına da neden olmuştur. Sanal kaytarma olarak adlandırılan bu durum örgütler için ciddi bir tehdit ortaya koymaktadır. Eğer çalışanlar örgütlerini benimsemiş, sahiplenmiş, kendi değerleri ile örgüt değerleri arasında bir uyum oluşturmuş kısaca örgütü ile özdeşleşmiş ise örgütüne zarar verecek sanal kaytarma davranışlarını daha az sergileyecekleri düşünülebilir. Bu bağlamda araştırmanın temel amacı; örgütsel özdeşleşme ile sanal kaytarma türü davranışlar arasındaki ilişkileri tespit etmek olarak belirlenmiştir.

Yöntem: Bu araştırma ilişkisel tarama modeliyle gerçekleştirilen nicel bir araştırmadır. Araştırmanın çalışma grubunu Elazığ Devlet Hastanesinde çalışan 632 yardımcı sağlık personeli oluşturmaktadır. Örneklemeye gidilmemiş olup 189 çalışandan toplanan veri ile araştırma gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında bu amaçla oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Anketin ilk bölümünde katılımcı bilgilerini içeren (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, unvan, toplam çalışma ve kurumda çalışma süresi gibi) sosyo-demografik bilgilere ilişkin sorular yer almaktadır. İkinci bölümde çalışanların örgütsel özdeşleşme düzeylerini belirlemek için Mael ve Ashforth tarafından geliştirilen 6 maddelik "Örgütsel Özdeşleşme Ölçeği" bulunmaktadır (1). Son bölümde ise çalışanların sanal kaytarma davranışlarını ölçmek için Lim (2) tarafından oluşturulan ve daha sonra Blanchard ve Henle tarafından da geliştirilmiş olan "Sanal Kaytarma Ölçeği" kullanılmıştır (3). Lim bu

davranışları web aktiviteleri ve e-posta olmak üzere iki gruba ayırmış ve 20 madde ile ölçmeye çalışmıştır (2). **Bulgular:** Araştırma sonucunda, çalışanların örgütsel özdeşleşme düzeyleri arttıkça, sanal kaytarma davranışlarının azaldığı sonucuna ulaşılmıştır.

Sonuç: Örgütsel özdeşleşme seviyesi yüksek olan çalışanlar örgütüne zarar vermektan kaçınarak sanal kaytarma davranışlarını göstermeyeceklerdir. Bu çalışanlar interneti kendisini ve örgütünü daha fazla geliştirmek, rakipleri karşısında daha güçlü hale getirmek için kullanmayı tercih edeceklerdir. Özellikle sağlık gibi hatanın kabul edilemeyeceği, ihmalin çok kötü sonuçlar doğurabileceği bir sektörde işyerlerinde sanal kaytarma davranışları kabul edilemez ve mutlaka bilinçlendirme ile önüne geçilmesi gereken bir durumdur. Araştırma ile sağlık kurumları yöneticilerinin dikkatinin konuya çekilmesi ve farkındalık oluşturulması amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sanal Kaytarma Davranışları, Örgütsel Özdeşleşme, Sağlık Çalışanı

Investigating The Relationship Between Cyberloafing Behaviors And Organizational Identification Levels Of HealthCare Professionals: A Case Of Public Hospital

ABSTRACT

Aim: Today, the use of İnternet has become widespread in the workplace. In addition to the many benefits such as reducing costs, accelerating the service, making communication faster and more efficient and increasing customer satisfaction; It is also used by employees during working hours for non-business purposes and also causes them to shirk. This situation, called cyberloafing, poses a serious threat to organizations. If adapt themselves to the organizations,

and create a harmony between their values and organizational values, and if they are identify themselves with their organization in short; they may be less likely to exhibit cyberloafing behaviors that will harm their organization. In this context, the main purpose of the research is to determine the relationships between organizational identification and cyberloafing behaviors.

Method: This research is a quantitative research conducted with relational survey model. The study group consists of 632 assistant health personnel working in Elazığ State Hospital. No sampling was conducted, and the data was collected from 189 employees. A questionnaire form was used to collect data. In the first part of the questionnaire, there are questions about socio-demographic information of the participants including age, gender, marital status, educational status, title, total workyears and the years worked in the organization. In the second part of the questionnaire, 6-item "Organizational Identification Scale" developed by Mael and Ashforth (1) implied in order to determine the organizational identification levels of the employees. In the last part of the questionnaire, "Cyberloafing Scale", which was developed by Lim (2) and then enhanced by Blanchard

Giriş

Günümüzde internet; iş, iletişim, eğlence, alışveriş ve en önemlisi bilgiye ulaşmak için en sık kullanılan platformlardan biri haline almıştır. İnsanın, bilgiyi saklama, paylaşma ve ona kolayca ulaşma istek ve ihtiyacından ortaya çıkan internet, birçok bilgisayar sistemini TCP/IP protokolüyle birbirine bağlayan ve gittikçe büyüyen küresel bir iletişim ağıdır. Sanal işletmeler, sanal ticaret uygulamaları, sanal takımlar ve sanal ofisler gibi pek çok yenilikler bu yüzyılda internetin yaygınlaşmasıyla hayatımızda var olmaya başlamıştır. İnternetin çalışma hayatına kazandırdığı kolaylıklar maliyetlerin düşürülmesi, ürün yaşam döngüsünün kısalması, daha kolay bilgiye ulaşım, uluslararası ticaretin yaygınlaşması, daha kolay pazarlama, üretim ile Ar-Ge uygulamaları şeklinde ifade edilebilir.

Özellikle internet işletmelerde insan kaynakları uygulamalarında pek çok değişikliğe yol açmıştır.

and Henle (3), was used to measure the employees' cyberloafing behaviors.

Findings: As a result of the study, it was reached that as the organizational identification levels of the employees increase, their cyberloafing behaviors decrease.

Conclusion: It can be said that employees with a high level of organizational identification avoid harming their organization and not show cyberloafing behaviors. These employees will prefer to use the internet to develop themselves and their organization, and make them stronger against their competitors. Especially in a sector such as health, in which mistakes cannot be accepted, and neglect can lead to fatal results, cyberloafing behaviors in the work places are unacceptable and must be prevented with awareness. In this regard; this research is aimed to draw attention of the managers of health institutions to the subject and raise awareness.

KeyWords: Cyberloafing, Organizational Identification, Health Care Professionals

Bilgi İşlem Teknolojilerinin gelişmesiyle insan kaynakları yönetimi fonksiyonları da elektronik hale gelmiş, insan kaynakları süreçleri BİT tabanlı insan kaynakları yönetimi sayesinde daha hızlı, verimli ve sonuç odaklı olarak yürütülebilmektedir. BİT ve internet kullanımı, bir yandan işletmelerin maliyetlerinin azaltılması, ürün yaşam süresinin kısalması, ürün ve hizmetlerin daha kolay pazarlanmasında önemli rol oynarken (4), diğer yandan pek çok insan kaynakları süreçlerini iyileştirmeye ve değiştirmeye de imkan sağlamaktadır.

Son zamanlarda ABD'deki çalışanların yaklaşık % 64'ünün iş saatlerinde işlerini yürütmek için bilgisayarları kullandığı ve örgütsel verimlilikte yaklaşık % 30-40 düşüşün yaşandığı ifade edilmektedir (5;6). Yapılan bir araştırmaya göre işyerlerinde internet kullanan çalışanların %60 ile %80 arasında yaklaşık 1,5 saatlerini işle ilgisi olmayan faaliyetler için interneti kullandıklarını iddia etmektedir (7). Ayrıca, ABD'de yetişkinlerin

%64'ünün kişisel internetlerini kullanarak e-mail hesabına, sosyal ağlara veya eğlenme amacıyla sitelere girdiğini, kontrolsüz internet kullanımının çok yaygın olduğu belirtilmektedir (8). Sanal kaytarma sapkın işyeri davranışının en yaygınlarından biri olarak görülmekte ve örgütsel verimlilikte ve gelirden çok ciddi kayıplara neden olmaktadır. (9;10).

Bilgisayar ve internet kullanımının bu denli artması toplumda yeni bağımlılıkların ortaya çıkmasına yol açmıştır. İnternet bağımlılığı da bunlardan bir tanesidir. İnternet bağımlılığı rahatsızlığı ilk olarak IvanGoldberg tarafından nedensiz kumar rahatsızlığından esinlenerek tanımlanmaya çalışılmıştır (11). Özellikle internette kalma süresini arttırma isteği ve gereğinden daha uzun süre harcama bireyin günlük yaşamlarını aksatmalarına veya çalışma saatleri içerisinde de internet kullanma eğilimlerinin artmasına yol açmaktadır. Bu durum ise sanal kaytarmanın kapılarını açmaktadır.

Sanal kaytarma ilk olarak 1995 yılında Kamins tarafından çalışanların işyerlerinde işle ilgili olmayan aktiviteler için bilgi ve iletişim teknolojilerinin yanlış kullanımı şeklinde tanımlanmıştır (5). Son zamanlarda, sanal kaytarma için çalışanların iş yerlerinde işle ilgili olmayan faaliyetler için bilgisayarları ve akıllı mobil cihazları kullanması şeklinde tanımlanması en yaygın tanım olarak karşımıza çıkmaktadır (12). Düzenli çalışma saatleri içinde işgörenlerin kişisel amaçlarla internet kullanımı, gönüllü olarak gerçekleştirilen ve internette haber okumadan pornografik yayınları izlemeye kadar uzanan bir dizi davranışı kapsamaktadır (13). Sanal kaytarma olarak adlandırılan işgörenlerin mesai saatleri içerisinde iş dışı amaçlarla internette zaman geçirmesi davranışları geniş bir yelpazedeki eylemleri kapsamaktadır. Bunların bir kısmı günlük gazeteleri okumak, şahsi e-postalarına bakmak ve cevaplamak gibi basit, zararsız olarak nitelendirilirken bir kısmı da kumar veya bahis sitelerine girmek, müstehcen

içerikli erişkin sitelerinde gezmek gibi ciddi ve zararlı eylemler olabilmektedir. Özellikle son zamanlarda oldukça yaygınlaşan internet bağımlılığının da bir göstergesi olabilecek bu tür sanal kaytarma davranışları işletmeler açısından oldukça büyük problemlere yol açabilmektedir. Sanal kaytarma davranışları çalışanların zamanını alması dolayısıyla uzun molalar nedeniyle işi yetiştirememeye, verimlilik ve zaman kayıplarına neden olmaktadır. Organizasyona yönelik olası yasal yaptırımlar veya internet hatlarının yoğunlaşması ve yapılan işin yavaşlaması gibi örgütsel açıdan pek çok kayba yol açabilmektedir. Ünal ve Tekdemir ise yapılan çalışmalarda ulaşılan tanımlardan yola çıkarak sanal kaytarmanın "kaytarma eylemi mi" yoksa "işyerine ait bilişim teknolojilerinin kullanımı mı" karmaşasını yaşamışlardır (14). Sanal kaytarma, çalışma saatleri içerisinde iş yeri internet bağlantısını kullanarak veya kendi imkânları ile internet bağlantısı sağlayarak yapılması gereken işleri aksatarak kendi işleri ile ilgilenmesi veya eğlence amaçlı sörf yapılmasıdır. Kaytarma olabilmesi için temelde bakılması gereken yapılan eylemin iş yerinde yapılması ve örgütün işlerinin akışını aksatması veya işlerin ertelenmesidir. Bunun internet üzerinden yapılıyor olması ise sanal kaytarmayı doğurmaktadır. Bu geniş yelpaze içindeki eylemlerin bir kısmı iş yeri telefonundan evi aramak gibi masum bir ihtiyaç olarak değerlendirilebilirken diğer bir kısmı ise örgütleri birtakım yasal ve maddi sorumluluklarla karşı karşıya getirebilen, asla izin verilmemesi gereken eylemler olarak karşımıza çıkmaktadır (14).

Bu alandaki yazın incelendiğinde sanal kaytarma davranışlarının farklı yazarlar tarafından çeşitli şekillerde sınıflandırıldığını görmek mümkündür. En yaygın olarak kabul edilen sınıflandırma ise Blanchard ve Henle, tarafından yapıldığı görülmektedir (3). Bu araştırmacılar işyerinde sergilenen her sanal kaytarma davranışının aynı şekilde değerlendirilemeyeceğini, sonuçlarının birbirinden çok farklı olduğunu, bazı davranışlar

kolayca tolere edilebilecekken bazı davranışların ise asla kabul edilemeyeceğini söylemektedirler. Örneğin, işyerinde e-posta kontrol etmekle, pornografik sitelere girilmesi benzer etkiye sahip sanal kaytarma davranışı elbette olamaz. Bu bakış açısıyla sanal kaytarma davranışları incelendiğinde, önem açısından “önemsiz sanal kaytarma davranışları ve önemli sanal kaytarma davranışları” şeklinde ikiye ayrıldığı görülmektedir.

Önemsiz (Minör) Sanal Kaytarma, kişisel e-posta gönderme/alma, haber ve finans sitelerini takip etme ve çevrimiçi alışveriş yapmak gibi bazı etkinliklerini içermektedir (3). Bu tür davranışlar kısa sürdüğü ve kurumlara yasal sorumluluklar yüklediği için nispeten zararsız olduğu söylenebilir. Ancak uzun süreli önemsiz sanal kaytarma davranışları kurumlara üretkenlik açısından zarar verebilmektedir.

Önemli (Majör) Sanal Kaytarma ise, çevrimiçi sohbet odaları, anlık mesajlaşma, blog sitelerini takip etme, çevrimiçi kumar/bahis oynama, pornografik siteleri ziyaret etme ve müzik indirme gibi etkinlikleri kapsamaktadır (3). Bu tür davranışlar çalışanların mesai içinde uzun süre harcamaları ve etik ve yasal açıdan sorun teşkil ettiği için zararlı olarak değerlendirilebilirler.

1.2.Örgütsel Özdeşleşme

Bu yüzyılda yaşanan değişim ve dönüşümler, çalışanlar ile örgüt arasındaki psikolojik ilişkinin önemini artırmıştır. Başka bir ifadeyle; günümüzde örgütler artık çalışanlardan iş yerini sevme, sadakat duygusuna sahip olma gibi duyguların da ötesine geçmelerini beklemekte; örgütü bireysel kimlikleriyle özdeşleştirecek derecede benimsemelerini istemektedirler (15). Bu nedenle, örgütsel özdeşleşme kavramı özellikle son yıllarda örgütsel davranış alanında üzerinde çok fazla durulan konulardan biri haline gelmiştir. Çalışanların örgütleri ile olan bu bağlarının ve ilişkilerinin şeklini belirlemeye yönelik çalışmalarda önem kazanan kavramlardan biri de

örgütsel özdeşleşmedir (16). Örgüt ile birey arasında bir çeşit psikolojik köprü kurmaya yarayan bir yapı (17) olan özdeşleşme, kısaca bireyin örgütle arasında kurmak istediği bağ olarak tanımlanmıştır (18).

Özdeşleşme üzerine yapılan araştırmalar, azaltılmış işten ayrılma niyetleri (19), gelişmiş iş tatmini (20) ve artırılmış ekstra rol performansı gibi örgütsel sonuçları üzerindeki güçlü etkisi olduğunu göstermektedir (21).

Ashforth ve Mael, örgütsel özdeşleşmeyi, sosyal kimlik teorisiyle ilişkilendirerek tanımlamışlardır. Örgütsel özdeşleşme, bireyin belli bir örgüt üyeliği açısından tanımlanan sosyal özdeşleşmenin özel bir formudur (1).

Bu tanımlar çerçevesinde özdeşleşme çalışanın, bireyin bulunduğu örgütte kendi düşünceleriyle ilgili kişisel bakış açılarının örgütle örtüştüğü ve örgüte kendini bağlı hissederek, hatta örgütün başarısını ve başarısızlığını benimseyerek, kendisininmiş gibi algıladığı görülmektedir (22). Bilindiği üzere örgütsel özdeşleşme, bireylerin bilinçaltılarında kendi kimlikleri ile örgüt kimliğini karşılaştırmaları sonucunda ortaya çıkmaktadır. Ve bireylerin bu kıyaslamaları, bireylerin örgütlerine karşı tutum ve davranışlarını etkilemektedir. Bireylerin bu kıyaslamaları sonucunda algılanan kimliklerin uyum seviyesi çok ise, bireyin üyesi olduğu örgütle özdeşleşme derecesi de yüksek olacaktır (23).

Bugünün yöneticileri örgütlerini benimsemiş, sahiplenmiş, kendi değerleri ile örgüt değerleri arasında bir uyumun yaşandığı örgütü ile özdeşleşmiş çalışanlara ihtiyaç duymaktadır. Örgütün ve örgüte mensup kişilerin aynı değerleri, hedefleri, arzuları ve amaçları paylaşma derecesi örgütsel özdeşleşme olarak nitelendirilmektedir. Örgüt kültürünü benimsemiş, değerlerini kabullenmiş çalışanlar rakip firma veya kurumlara karşı daha büyük ve güçlü bir ekip gibi çalışmaya başlar. “Biz” kültürü yaratılması bu nedenle çok önemlidir. Bunun başarılması durumunda ise çalışanlar mensubu oldukları

örgütle gurur duyar ve örgüt içerisinde üstlendiği rolden daha çok keyif alır. Örgüt ve çalışanların değer ve inançlarındaki bu yakınlık; verimlilik, üretkenlik, müşteri hizmetleri, ürün kalitesi gibi birçok konuda olumlu yönde etki sağlayacaktır. Çünkü çalışanlar ve mensubu oldukları örgüt aynı hedefler ve vizyon doğrultusunda hareket edecektir. Örgütsel özdeşleşme düzeyi yüksek olan çalışanların örgütüne zarar verebilecek sanal kaytarma davranışları sergilemekten kaçınılacağı varsayılmaktadır.

Özellikle hizmet sektöründe sanal kaytarma verilen hizmetin kalitesini direkt etkileyerek, örgüt performanslarını da düşürmektedir. İnsan hayatıyla direkt olarak ilgilenen sağlık sektöründe bu durum çok daha ciddi sonuçlara yol açabilir. Müşterisinin direkt insan olduğu yapılacak hatanın veya zamanında müdahale etmemenin olumsuz sonuçlar doğuracağı sağlık sektöründe çalışanların işleri zamanında yapmaları çok önemlidir. İşyerindeki sanal kaytarma davranışlarının işleri erteleyecek boyutlarda olması ciddi sakıncalar elbette doğurabilecektir. Bu nedenle sağlık sektöründe sanal davranışların durumunun tespit edilmesi çok daha önemlidir. Sanal kaytarma üzerine önceki araştırmalar nedensellik, sınıflandırılması, sanal kaytarmayı azaltma teknikleri, insan kaynakları biriminin azaltma çabaları, bilgi teknolojisi biriminin azaltma çabaları ve örgüt içindeki sanal kaytarmayı ortadan kaldırma çabalarına daha çok odaklanıldığı görülmektedir (24;25;26;27;28). Sanal kaytarma davranışlarının çalışanın örgütüne karşı hissettiği bağlılık hatta daha da ötesinde özdeşleşmesi ile olan etkileşim ve aralarındaki ilişki üzerinde ise yeteri kadar çalışmanın olmadığı görülmektedir. Bu alandaki yerli yazın incelendiğinde bu konuda rastlanılan tek çalışmanın Karatepe ve Güngör tarafından yapıldığı dikkat çekmektedir (29).

Çalışmanın bu bağlamdaki öneminden hareketle, sağlık çalışanlarının örgütsel özdeşleşme düzeylerinin sergiledikleri sanal kaytarma

davranışları üzerindeki etkilerini ortaya çıkarmak çalışmanın temel amacını oluştur-maktadır. Bu kuramsal çerçeve doğrultusunda, bu çalışmada sağlık sektöründe görev yapan çalışanların sergiledikleri sanal kaytarma davranışları ile örgütsel özdeşleşme düzeyleri arasındaki ilişki incelenecektir.

2. Gereç ve Yöntem

2.1.Araştırmanın Tipi ve Hipotezi

Araştırma sağlık çalışanlarının örgütsel özdeşleşme düzeylerinin sergiledikleri sanal kaytarma davranışları arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla planlanmış bir nicel araştırma yöntemi olan genel tarama modeli türlerinden ilişkisel tarama modeliyle yapılmıştır. Araştırmanın temel hipotezi şu şekildedir:

Hipotez1: Sağlık çalışanlarının örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile sergiledikleri sanal kaytarma davranışları arasında pozitif bir ilişki vardır.

2.2. Araştırmanın Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu, Elazığ Devlet Hastanesi'nde görev yapan yardımcı sağlık personeli oluşturmaktadır. Elazığ Devlet Hastanesinde hemşire, ebe ve sağlık memuru olmak üzere toplamda 632 sağlık personeli çalışmaktadır. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli olan ve çalışmaya katılmak istemediğini belirten çalışanlar nedeniyle 500 kişiye dağıtılmıştır. İstatistikler sağlıklı olarak doldurulan 189 kişiden elde edilen veriler ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın varsayımları, anketi cevaplayan katılımcıların veri toplama aracına içtenlikle ve dürüstçe cevap verdikleri kabul edilmektedir. Ayrıca hastanede görevli sağlık çalışanlarının işyerindeki örgütsel özdeşleşme düzeylerine ve sanal kaytarma algılarına ilişkin belirli bir algı ve farkındalık düzeyine sahip oldukları kabul edilmektedir.

2.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları ve Verilerin Toplanması

Araştırma verileri Mart-Nisan 2018 döneminde toplanmıştır. Anket formları, yüz yüze anket yolu ile toplanmıştır.

Anketin ilk bölümünde yaş, medeni durum, eğitim durumu, unvan, çalışma süresi, kurumda çalışma süresi gibi sosyo-demografik bilgilere yönelik 6 soruya ver verilmiştir.

İkinci bölümde Örgütsel Özdeşleşme Ölçeği bulunmaktadır. Örgütsel özdeşleşme değişkenini ölçen birkaç farklı ölçüm aracı olmakla birlikte yapılan literatür taramasına göre bunlardan en yaygın olarak kullanılan Mael ve Ashforth "Örgütsel Özdeşleşme Ölçeği"dir (1). Çok özele inmeyen ve her kültürde anlaşılması kolay olarak nitelenen bu ölçeğin Türkçeye uyarlaması Tak ve Aydemir tarafından yapılmıştır (30). Ölçek 5'li Likert ölçeklendirme yapısında olup 6 maddeden oluşmaktadır ve örgütsel özdeşleşmeyi tek boyutlu olarak ele almaktadır (1;31). Ölçümler ise "Kesinlikle Katılmıyorum=1, Katılmıyorum=2, Kararsızım=3, Katılıyorum=4 ve Kesinlikle Katılıyorum=5" şeklinde seçeneklerle gerçekleştirilmiştir. Mael ve Ashforth çalışmasında ölçeğin güvenilirlik Cronbach Alfa değeri ($\alpha:0,87$) olarak bildirmiştir (1). Bu çalışmada ise Örgütsel Özdeşleşme Ölçeğinin Cronbach Alfa değeri ($\alpha:0,833$) olarak hesaplanmıştır.

Üçüncü bölümde çalışanların sanal kaytarma davranışlarını belirlemek için Lim (2) tarafından oluşturulan ve daha sonra Blanchard ve Henle (3) tarafından da geliştirilmiş olan ölçek kullanılmıştır. Lim (2) bu davranışları web aktiviteleri ve e-posta olmak üzere iki gruba ayırmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlamasıyla ilgili olarak Özücü ve Yıldız tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik analizi ile ölçek önemli ve önemsiz iki faktörlü yapıda sanal kaytarma davranışlarını ölçecek şekilde 20 sorudan oluşturulmuştur (32). Sanal kaytarma Ölçeği 5'li Likert tipi ifadeler "Hiçbir Zaman=1", "Nadiren=2", "Ara Sıra=3", "Sıklıkla=4" ve "Her Zaman=5" şeklinde sıralan-

mıştır. Ölçeklerde ters kodlanacak madde bulunmamaktadır. Sanal Kaytarma Ölçeğinin tüm maddelerine uygulanan güvenilirlik analizi sonucunda; Cronbach Alfa değeri ($\alpha: 0,88$) olarak tespit edilmiştir. Bu çalışmada ise Sanal kaytarma Ölçeğinin Cronbach Alfa değeri ($\alpha: 0,709$) olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre her iki ölçeğin de Cronbach's Alpha değerlerine göre ölçek oldukça yüksek bir güvenilirliğe sahip olduğu görülmektedir. Araştırmanın verileri, SPSS 21.0 programı ile analiz edilmiştir. Araştırmada kullanılan likert tipi kişilerin verilen önermelerle ilgili görüşlerini, çok olumsuzdan çok olumsuza kadar sıralanan seçeneklerden belirtmeleri istenmiştir. Ölçek sonuçları 5.00-1.00=4.00 puanlık bir genişliğe dağılmışlardır. Bu genişlik beşe bölünerek ölçeğin kesim noktalarını belirleyen düzeyler belirlenmiştir. Ölçek ifadelerinin değerlendirilmesinde **Tablo.1** de verilen ölçütler esas alınmıştır.

Tablo.1: Ölçek ifadelerinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütler

| Seçenekler | | Puanlar | Puan Aralığı | Ölçek Değerlendirme |
|----------------------------|-----------------------|---------|--------------|---------------------|
| Örgütsel Özdeşleşme Ölçeği | Sanal Kaytarma Ölçeği | | | |
| Kesinlikle Katılmıyorum | Neredeyse Hiç | 1 | 1,00 - 1,80 | Çok düşük |
| Katılmıyorum | Tesadüfen/Nadiren | 2 | 1,81 - 2,60 | Düşük |
| Kısmen Katılıyorum | Bazen | 3 | 2,61 - 3,40 | Orta |
| Katılıyorum | Devamlı | 4 | 3,41 - 4,20 | Yüksek |
| Tamamen Katılıyorum | Neredeyse Her Zaman | 5 | 4,21 - 5,00 | Çok yüksek |

2.5. Araştırma Etiği

Araştırma için hastane yönetiminden gerekli izinler alınmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden çalışanlara anket uygulanmıştır.

3. Bulgular

3.1. Demografik Bulgular

Ankete katılan sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri Tablo 2. de yer almaktadır.

Tablo 2: Ankete Katılanların Sosyo-Demografik Özellikleri (N:189)

| Özellikler | N | % |
|---------------------------------|-----|------|
| CİNSİYET | | |
| Erkek | 82 | 43,4 |
| Kadın | 107 | 56,6 |
| YAŞ ARALIĞI | | |
| 25 Yaş ve Daha Küçük | 13 | 6,9 |
| 25-30 Yaş Arası | 37 | 19,6 |
| 31-35 Yaş Arası | 48 | 25,4 |
| 36-40 Yaş Arası | 47 | 24,9 |
| 41-45 Yaş Arası | 26 | 13,8 |
| 46-50 Yaş Arası | 6 | 3,2 |
| 51 Yaş ve Üzeri | 12 | 6,3 |
| EĞİTİM DURUMU | | |
| İlköğretim/Ortaokul | 6 | 3,2 |
| Lise | 17 | 9,0 |
| Ön Lisans | 47 | 24,9 |
| Lisans | 100 | 52,9 |
| Yüksek Lisans | 14 | 7,4 |
| Doktora | 5 | 2,6 |
| MEDENİ DURUM | | |
| Evli | 134 | 70,9 |
| Bekâr | 45 | 23,8 |
| Boşanmış/Dul | 10 | 5,3 |
| HASTANEDEKİ UNVANINIZ | | |
| Hemşire | 121 | 64 |
| Sağlık Teknisyeni | 29 | 15,3 |
| Ebe | 39 | 20,6 |
| HASTANEDE ÇALIŞMA SÜRESİ | | |
| 0-1 Yıl Arası | 15 | 7,9 |
| 2-5 Yıl Arası | 44 | 23,3 |
| 6-10 Yıl Arası | 60 | 31,7 |
| 11-15 Yıl Arası | 51 | 27,0 |
| 16-20 Yıl Arası | 14 | 7,4 |
| 20 Yıl ve Daha Fazla | 5 | 2,6 |
| TOPLAM ÇALIŞMA SÜRESİ | | |
| 0-5 Yıl Arası | 36 | 19,0 |
| 6-10 Yıl Arası | 36 | 19,0 |
| 11-15 Yıl Arası | 45 | 23,8 |
| 16-20 Yıl Arası | 38 | 20,1 |
| 21-25 Yıl Arası | 18 | 9,5 |
| 26-30 Yıl Arası | 5 | 2,6 |
| 31 Yıl ve Daha Fazla | 11 | 5,8 |

3.2.Çalışanların “Örgütsel Özdeşleşme” Ölçeğine Katılma Düzeyleri

Çalışanların ölçek içinde yer alan “Örgütsel Özdeşleşme” ifadelerine katılma düzeyleri incelenirken, araştırmaya katılanların verdikleri cevapların aritmetik ortalamaları esas alınmıştır.

Örgütsel özdeşleşme ölçeği içinde yer alan ifadelerden en yüksek katılım “Medyada hastanem ile ilgili olumsuz bir haber olursa bundan rahatsızlık duyarım.” (\bar{x} :3,55) ifadesine katılıyorum yönünde olurken, en düşük katılım ise “Birisi çalıştığım hastaneyi eleştirirse bunu kişisel bir hakaret olarak algılarım.” (\bar{x} :2,50) ifadesine kararsızım yönünde olmuştur. Buna göre çalışanlar çalıştıkları kurum ile ilgili kötü haberler duyduğunda bundan rahatsızlık duymakta fakat kurum ile ilgili kötü haber ve eleştirileri bireysel olarak algılamamaktadır.

Tablo 3: Örgütsel Özdeşleşme Ölçeği İfadelerine Katılma Düzeyleri (tablo ilk bölüm) *

| Örgütsel Ölçeği | Özdeşleşme | Ortalama Katılım Düzeyi | Standart sapma |
|----------------------|--|-------------------------|----------------|
| 1. | Birisi çalıştığım hastaneyi eleştirirse bunu kişisel bir hakaret olarak algılarım. | 2,50 | 1,23 |
| 2. | Diğer insanların çalıştığım hastane hakkındaki düşünceleri beni çok ilgilendirir. | 3,13 | 1,20 |
| 3. | Hastanem hakkında konuştuğumda; ‘onlar’ yerine ‘biz’ kelimesini tercih ederim. | 3,26 | 1,28 |
| 4. | Hastanemin başarısı benim başarımdır. | 3,08 | 1,26 |
| 5. | Birisi çalıştığım hastaneyi övdüğünde, bunu kişisel iltifat olarak düşünürüm. | 3,03 | 1,26 |
| 6. | Medyada hastanem ile ilgili olumsuz bir haber olursa bundan rahatsızlık duyarım. | 3,55 | 1,26 |
| Ölçek Toplamı | | 3,09 | 0,94 |

*Bölünmüş tablo

3.3.Çalışanların “Sanal Kaytarma Davranışları” Ölçeğine Katılma Düzeyleri

Araştırmaya katılanların “Sanal Kaytarma Davranışları Ölçeği” içinde yer alan ifadelerle katılma düzeyleri incelenmiştir (Tablo 4). Çalışanların ölçek içinde yer alan ifadelerle katılma düzeyleri incelenirken, araştırmaya

katılanların verdikleri cevapların aritmetik ortalamaları esas alınmıştır.

Tablo 4: Sanal Kaytarma Davranışları Ölçeği İfadelerine Katılma Düzeyleri (tablo ilk bölüm)*

| Sanal Kaytarma Davranışları Ölçeği | | Ortalama Katılım Düzeyi | Std sapma |
|------------------------------------|--|-------------------------|-----------|
| 1. | İş dışı haberleşme için e-posta alma, gönderme veya kontrol etmek | 2,82 | 1,10 |
| 2. | İnternet üzerinden haber sitelerini ziyaret etmek (gazete, online haber TV'leri ve diğer haber siteleri) | 2,99 | 1,09 |
| 3. | İş dışı genel amaçlı Web sitelerini ziyaret etmek (sörf yapmak) | 3,00 | 1,22 |
| 4. | Yatırımla ilgili Web sitelerini ziyaret etmek (finans, borsa siteleri gibi) | 1,60 | 0,89 |
| 5. | İnternet üzerinden bankacılık işlemleri yapmak | 2,56 | 1,41 |
| 6. | Kişisel ürünler için İnternet üzerinden alış-veriş yapmak veya e-ticaret yapmak | 2,83 | 1,31 |
| 7. | Yetişkin odaklı sitelere girmek (müstehcen içerikli) | 1,10 | 0,41 |
| 8. | Sohbet odalarını ziyaret etmek (chat odaları) | 1,14 | 0,43 |
| 9. | Kişisel Web sayfası ile ilgilenmek | 1,41 | 0,77 |
| 10. | İnternet üzerinde oluşmuş olan sanal toplulukları ziyaret etmek (ekşi sözlük gibi) | 1,59 | 0,92 |
| 11. | İnternet üzerinden bahis veya kumar oynamaya yönelik Web sitelerini ziyaret etmek | 1,08 | 0,40 |

*Bölünmüş tablo

Tablo 4: Sanal Kaytarma Davranışları Ölçeği İfadelerine Katılma Düzeyleri (tablo ikinci bölüm)*

| Sanal Kaytarma Davranışları Ölçeği | | Ortalama Katılım Düzeyi | Std sapma |
|------------------------------------|---|-------------------------|-------------|
| 12. | İnternet üzerinden iş arama sitelerini ziyaret etmek | 1,27 | 0,65 |
| 13. | Blogları okumak (yazar ile okuyucu arasındaki özgür iletişimi sağlama platformu) | 1,62 | 0,92 |
| 14. | İnternet üzerinden müzik, video, film veya doküman indirmek | 1,86 | 1,09 |
| 15. | Spor sitelerini ziyaret etmek (ulusal veya uluslararası futbol takımlarını takip etmek) | 1,83 | 1,08 |
| 16. | Eğlence amaçlı veya boş zaman doldurmak için oyun oynamak | 1,59 | 0,92 |
| 17. | Kazanç amaçlı oyun oynamak | 1,20 | 0,63 |
| 18. | Sosyal içerikli ağlara katılmak (Facebook, Twitter, Instagram vb.) | 3,32 | 1,04 |
| 19. | İnternet üzerinden eğlence amaçlı video seyretmek (YouTube veya zapkolik gibi) | 2,20 | 1,12 |
| 20. | İnternet üzerinde akademik amaçlı dolaşmak | 2,44 | 1,30 |
| Ölçek Toplamı | | 1,97 | 0,43 |

*Bölünmüş tablo

Sanal kaytarma davranışları ölçeği içinde yer alan ifadelerden en yüksek katılım "Sosyal içerikli

ağlara katılmak (Facebook, Twitter, Instagram vb.)” (\bar{x} :3,32) ifadesine devamlı yönünde olurken, en düşük katılım ise “İnternet üzerinden bahis veya kumar oynamaya yönelik web sitelerini ziyaret etmek” (\bar{x} :1,08) ifadesine neredeyse hiç yönünde olmuştur.

3.4.Örgütsel Özdeşleşme Ölçeğine Katılma Düzeyleri ile Sanal Kaytarma Davranışları Ölçeğine Katılma Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

Örgütsel özdeşleşme ölçeğine katılma düzeyleri ile sanal kaytarma davranışları ölçeğine katılma düzeyleri arasındaki ilişkiyi ölçmek için koralesyon analizi uygulanmıştır. Uygulanan analiz sonucu Tablo 5’de verilmiştir.

Örgütsel özdeşleşme ölçeğine katılma düzeyleri ile sanal kaytarma davranışları ölçeğine katılma düzeyleri arasında orta düzeye yakın ters yönlü bir ilişki mevcuttur (r :-0,435; p :0,028<0,05). Buna

göre çalışanların örgütsel özdeşleşme düzeyleri arttıkça, sanal kaytarma davranışları ölçeğine katılma düzeyleri azalmaktadır. Örgütsel özdeşleşme ölçeğine katılma düzeyleri ile sanal kaytarma davranışları ölçeğine katılma düzeyleri arasındaki ilişkinin katkı payını ölçmek için regresyon analizi uygulanmıştır (Tablo 6).

Tablo 5: Örgütsel Özdeşleşme Ölçeğine Katılma Düzeyleri ile Sanal Kaytarma Davranışları Ölçeğine Katılma Düzeyleri Arasındaki İlişkiler

| KORALESYONLAR | | | Sanal Kaytarma Davranışları |
|-----------------------------|--------------------------|--------|-----------------------------|
| Örgütsel Özdeşleşme | Pearson Korelasyon | 1 | -0,435 |
| | Anlamlılık (çift kuyruk) | | 0,028 |
| | N | 189 | 189 |
| Sanal Kaytarma Davranışları | Pearson Korelasyon | -0,435 | 1 |
| | Anlamlılık (çift kuyruk) | 0,028 | |
| | N | 189 | 189 |

Tablo 6: Örgütsel Özdeşleşme Ölçeğine Katılma Düzeyleri ile Sanal Kaytarma Davranışları Ölçeğine Katılma Düzeyleri Arasındaki Regresyon Analizi Sonuçları

| Bağımlı Değişken | Bağımsız Değişken | B | Standart Hata | β | t | p | Düzeltilmiş R ² |
|-----------------------------|-----------------------------|-------|---------------|---------|--------|-------|----------------------------|
| Örgütsel Özdeşleşme | Sanal Kaytarma Davranışları | | | | | | |
| Sabit | | 0,821 | 0,091 | | 4,649 | 0,000 | 0,189 |
| Sanal Kaytarma Davranışları | | 0,724 | 0,056 | -0,435 | 15,687 | 0,028 | |

Tablo 6. da görüldüğü üzere; Örgütsel Özdeşleşme Ölçeğine katılma düzeyleri ile Sanal Kaytarma Davranışları Ölçeğine katılma düzeyleri arasında orta düzeye yakın ters yönlü ve anlamlı bir ilişki mevcuttur (β :-0,435; p :0,028<0,05). Analiz sonucuna göre bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama oranı R² değeri 0,189 bulunmuştur. Oluşturulan modele göre örgütsel özdeşleşme düzeyindeki değişimin %18,9’unu sanal kaytarma davranışları açıklamaktadır.

4.Tartışma, Sonuç ve Öneriler

Kısaca özetlemek gerekirse, araştırma sonucunda örgütsel özdeşleşme ölçeğine katılma düzeyleri ile sosyal kaytarma davranışları ölçeğine katılma düzeyleri arasında orta düzeyde ters yönlü bir ilişki mevcut olduğu görülmüştür. Buna göre çalışanların örgütsel özdeşleşme düzeyleri arttıkça, sosyal kaytarma davranışları ölçeğine katılma düzeyleri azalmaktadır. Karatepe ve Güngör’ün yakın tarihte yaptıkları çalışmanın sonuçları da aynı doğrultuda olup, çalışanların

örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile sanal kaytarma davranışları arasında anlamlı bir ilişkinin var olduğu gözlenmektedir (29). Buna göre Hipotez1: "Sağlık çalışanlarının örgütsel özdeşleşme düzeyleri ile sergiledikleri sanal kaytarma davranışları arasında bir ilişki vardır"ı temel hipotezi kabul edilmiştir.

Çalışanların örgütsel özdeşleşme seviyelerinin yükseltilmesi çalışanların performansının üzerinde olumlu etkiler sağlayacağından, çalışanların örgüt değerleriyle bütünleşmesine imkân sağlayacak her türlü iletişim kanalının açık ve net olması, örgütün imajının artırılması, çalışanlara desteğin artırılması ve onlara değerli olduklarının hissettirilmesi gibi konularda kurum yöneticilerine önemli roller düşmektedir (33). Çalışanların örgütsel özdeşleşme seviyelerini artırmak yöneticinin üzerinde düşünmesi gereken önemli hedeflerinden biri olmalıdır. Özdeşleşme düzeyi yüksek çalışanlar, kurum/işletme içi etkililik, verimlilik ve performansı artıracak, örgütlerin uzun vadeli hedeflerine daha kolay erişebilmelerine imkân sağlayacaktır.

Örgütsel özdeşleşme seviyesi yüksek olan çalışanlar örgütüne zarar vermektan kaçınarak sanal kaytarma davranışlarını asgari düzeye çekeceklerdir. İnterneti kendisini ve örgütünü daha fazla geliştirmek, rakipleri karşısında daha güçlü hale gelmek için kullanmayı düşünecektir. Her ne kadar işletmelerde mesai saatlerinde iş dışı amaçlarla internetin kullanılması yaygınlaşsa da bu tür her davranışın büyük zararlar yaratmayacağı da bilinmektedir. Yöneticiler internetin sunduğu öğrenme imkanlarının iş yaşamına fayda sağlaması amacı ile kullanılmasını teşvik etmeli ve söz konusu potansiyelin yöneticiler tarafından dikkate alınarak bu doğrultuda politikalar belirlenmesi örgüt açısından kazanç sağlayacaktır. Organizasyonlar çalışanlarına yönelik kabul edilebilir internet politikası belirlemeli, kurumu/işletmeyi yasal yaptırıma maruz

bırakabilecek internet kullanımı filtrelenmeli, ancak filtreleme işleminin, yapılan işlerin yavaşlamasına ve aksamasına, özel hayata müdahale boyutunda olmamasına da özen göstermelidir.

Bugün sağlık sektörü ülke ekonomisi için çok önemli parametrelerden biridir. Sağlıkta ülkelerin gelişmişliklerinin bir göstergesi olan yüksek hizmet kalitesine ulaşmak sektörün ana hedeflerinden biridir. Yaşlanan nüfusla birlikte kronik rahatsızlıklar artmakta ve bu da sağlık hizmetleri talebinde potansiyel bir artışa işaret etmektedir. Sektöre yapılan yatırımlar ile birleşme ve satın almaların artması ve yeni kamu politikaları ile yeni düzenlemelerin yürürlüğe girmesi ile sağlık sektörü son 10 yılda yükselise geçmiştir.

Bilindiği gibi Türkiye, yüksek hizmet kalitesi ve maliyet avantajı nedeniyle sağlık turistlerinin ilgisini çekmek için iyi bir konumdadır. Son yıllarda ülkemizde ön plana çıkan sağlık turizmi perspektifinden bakıldığında; tüp bebek tedavileri, göz sağlığı, diş sağlığı, estetik cerrahi ve termal spa gibi alanlarda hizmet almak için Türkiye'yi tercih eden yabancı hastaların sayısı artmaktadır. Dünyada ve Türkiye'de pek çok hasta tedavi, tatil ve ulaşım hizmetini bir arada sunan sağlık paketlerini tercih etmektedir. Kalkınma Bakanlığı tarafından hazırlanan ve 6 Temmuz 2013 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan 10. Kalkınma Planı'nda 2018 yılı için 750.000 medikal turistin geleceği ve 5,6 milyar dolar gelir elde edileceği tahmin edilmiştir. Bu doğrultuda, 2018 yılında sağlık turizmi gelirlerinin yaklaşık olarak 3 kat artacağı tahmin edilmektedir (34). Kalkınma Bakanlığı, 10. Kalkınma Planı ve 2023 hedefleri kapsamında "sağlık turizmini birinci gündem maddesi olarak önceliklendirmiştir (35). Hem ülke vatandaşları için hem de sağlık turizmi açısından sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ana hedeflerden biri olmalıdır.

Bu kalite hedefine ulaşabilmesi ancak kaliteli hizmet verilmesiyle mümkündür. Hizmet

kalitesini direkt olarak etkileyecek sanal kaytarma davranışlarına dikkat çekilmek istenmiştir. Bu nedenle sağlık sektöründe sanal davranışların azaltılması çok daha önemlidir. Bunun için özellikle sağlık yöneticilerinde sanal kaytarma davranışlarının nedenleri, yoğunluğu ve çözüm önerleri konularında farkındalık geliştirilmesi gerekmektedir. Yöneticiler çalışanlarının bu konuda eğitim almasını sağlayarak sanal kaytarma davranışlarının bireysel ve örgütsel zararlarını anlatmalı, uyarmalı gerektiğinde cezai yaptırımlar ile caydırıcı önlemler almalıdır.

Bu araştırmanın sonuçları, sadece araştırılan ana evren için geçerli olup tüm sağlık çalışanları açısından genellenmesi mümkün değildir. Veriler sadece bu gruptan toplanmış olup bu grubun özelliklerini yansıtmaktadır. Bu nedenle farklı ana evrende yapılacak çalışmalarda daha farklı sonuçlara ulaşılabilecektir. Dolayısıyla bu alanda çalışma yapacak olan araştırmacılar, ana evreni daha da genişleterek diğer sağlık çalışanlarına da bu araştırmayı uygulamaları önerilir. Farklı meslek mensuplarına veya hatta kamu ve özel sektör karşılaştırması yapılarak da bu araştırma uygulanarak meslekler arası farklılıkların ortaya çıkarılması tavsiye edilebilir.

Ayrıca araştırma sonuçları araştırmanın yürütüldüğü zaman dilimi içinde yorumlamak gerekmektedir. Farklı zaman ve koşullarda farklı sonuçlara ulaşılması olasıdır. Yine bu alanda çalışma yapacak araştırmacılara aynı ana evrende fakat farklı zaman aralıklarında tekrarlanan bir araştırma ile sonuçları kıyaslamaları önerilebilir. Araştırmanın sınırlılıklarından biri de Türkçeye çevrilip pilot uygulamalarla geçerlik ve güvenilirlikleri test edilmiş olmasına karşın farklı bir kültür dikkate alınarak geliştirilmiş olan ölçeklerin Türk kültürü ile tam bir uyum sağlamama olasılığı söz konusudur. Belki de en elzem çalışmalar, bu kavramları ölçen Türk kültürüne uygun ölçeklerin geliştirilmesi yönündeki araştırmalardır. İleri dönemlerde

yapılacak bu araştırmalar çağın hastalığı olarak adlandırılan internet bağımlılığı ve onun sonuçlarından biri diyebileceğimiz sanal kaytarma davranışlarını anlama, çözüm yolları geliştirme yönünde katkılar sağlayacaktır.

Teşekkür ve Bilgi Notu:

Bu çalışma Berat KARACA'nın Munzur Üniversitesinde Doç. Dr. Arzu KARACA danışmanlığında yürütülmüş olan yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

Kaynakça

- [1]. Mael, F. Ashforth, B.E, (1992). Alumni and Their Alma Matter: A Partial Test of the Reformulated Model of Organizational Identification. *Journal of Organizational Behaviour*. 13(2): 103-123.
- [2]. Lim, V. K. G. (2002). The IT Way of Loafing on The Job: Cyberloafing, Neutralizing and Organizational Justice. *Journal of Organizational Behavior*. 23: 675-694.
- [3]. Blanchard, A. L. Henle, C. A. (2008). Correlates of Different Forms of Cyberloafing: The Role of Norms and External Locus of Control, *Computers in Human Behavior*, 24, 1067-1084.
- [4]. Anandarajan, M., Simmers, C. Iqbaria, M. (2000). An Exploratory Investigation of the Antecedents and Impact of Internet Usage: An Individual Perspective. *Behaviour & Information Technology*, 19(1):69-85.
- [5]. Jandaghi, G. Alvani, S. M. Matin, H. Z. Kozekanan, S. F. (2015). Cyberloafing Cyberloafing Management in Organizations. *Iranian Journal of Management Studies*. 8(3):335.
- [6]. Nazareth, D.L. Choi, J. (2014). A System Dynamics Model for Information Security Management. *Information and Management*, 52:123-134.
- [7]. Newswise (2013). Policy, Enforcement May Stop Employees from Wasting Time Online at Work. Retrieved from: <http://www.newswise.com/articles/policy-enforcement-may-stop-employees-from-wasting-time-online-at-work-researcher-finds>.
- [8]. Aku, A. (2017). Role of Middle Managers in Mitigating Employee Cyberloafing in the

- Workplace. Doctoral Dissertation. WaldenUniversity.
- [9]. Corgnet, B., Hernán-González, R. Mc Carter, M. W. (2015). The Role of the Decision-Making Regime on Cooperation in a Work group Social Dilemma: An Examination of Cyberloafing. *Games*, 6: 588-603.
- [10]. Mahatanankoon, P. (2006). Internet Abuse in The Workplace: Extension of Workplace Deviance Model. In M. Anandarajan, T. S. Teo, ve C. A. Simmers (Eds.), *The Internet and Workplace Transformation* (pp. 15-27). Armonk, NY: M.E. Sharpe.
- [11]. Goldberg I. (1999). Internet Addiction Disorder. www.cog.brown.edu/brochure/people/duchofn/humor/internetaddiction.html.
- [12]. Jamaluddin, H. Ahmad, Z. Alias, M. Simun, M. (2015). Personal Internet Use: TheUse of Personal Mobile Devices at the Workplace. *Procedia-Social and BehavioralSciences*. 172:495-502.
- [13]. Anandarajan, M. Simmers, C. A. D'Ovidio, R. (2011). Exploring The Underlying Structure Of Personal Web Usage in The Workplace. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking*,14(10):577-583.
- [14]. Ünal, F. Tekdemir, S. (2015). Sanal Kaytarma: Bir Kamu Kurumundaki Ampirik Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İİBF Dergisi*, 20, 2.
- [15]. Polat, M. Meydan, H. C. (2011). Örgüt Kültürü Bağlamında Güç Eğilimi ve Örgütsel Bağlılık İlişkisinde Örgütsel Özdeşleşmenin Aracılık Rolü. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 25(1):153-170.
- [16]. Turunç, Ö. Çelik, M. (2010). Çalışanların Algıladıkları Örgütsel Destek ve İş Stresinin Örgütsel Özdeşleşme ve İş Performansına Etkisi. *Yönetim ve Ekonomi*.17(2):183-206.
- [17]. Puusa A. Tolvanen U., (2006). Organizational Identity and Trust. *Electronic Journal of Business Ethics and Organizational Studies*, 11:29-33.
- [18]. Kreiner G.E. Ashforth B.E. (2004) Evidence Toward an Expanded Model of Organizational Identification. *Journal of Organizational Behavior*. 25:1-27.
- [19]. Conroy, S., Becker, W. Menges, J. (2016). The Meaning of my Feelings Depends on Who I am: Work-Related Identifications Shape Emotion Effects in Organizations. *Academy of Management Journal*. doi: 10.5465/amj.20141040.
- [20]. Van Dick, R. Christ, O., Stellmacher, J. Wagner, U. Ahlswede, O. Grubba, C. et al. (2004). Should I Stay or Should I Go? Explaining Turnover Intentions with Organizational Identification and Job Satisfaction. *British Journal of Management*. 15(4): 351-360.
- [21]. Liu, Y. Loi, R. Lam, L.W. (2011). Linking Organizational Identification and Employee Performance in Teams: The Moderating Role of Team-Member Exchange. *International Journal of Human Resource Management*. 22(15): 3187-3201.
- [22]. Çakınberk, A. Derin, N. Demirel, E. T. (2011). Örgütsel Özdeşleşmenin Örgütsel Bağlılıkla Biçimlenmesi: Malatya ve Tunceli Özel Eğitim Kurumları Örneği. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 3(1): 89-121.
- [23]. Foreman, P. Whetten, D.A. (2002). Members' Identification with Multiple Identity Organizations. *Organization Science*, 13 (6): 618-635.
- [24]. Field, J. Chelliah, J. (2013). Employers Need to Get to Grips with Social-Media Risks. *Human Resource Management International Digest*. 21(7): 25-26.
- [25]. Glassman, J. Prosch, M. Shao, B. B. (2015) To Monitor or not to Monitor: Effectiveness of a Cyberloafing Counter Measure. *Information and Management*. 52:170-182.
- [26]. Shepherd, M. Mejias, R. Klein, G. (2014). A Longitudinal Study to Determine Non-technical Deterrence Effects of Severity and Communication of Internet Use Policy for Reducing Employee Internet Abuse. 47th International Conference on System Science(HICSS) in Hawaii, United States.
- [27]. Al-Shuaibi, A. S. I., Shamsudin, F. M., ve Subramaniam, C. (2013). Do Human Resource Management Practices Matter in Reducing Cyberloafing at Work: Evidence from Jordan. *Journal of WEI Business and Economics*, 2:37-47.

- [28]. Piotrowski, C. (2012). Cyberloafing: A Content Analysis of the Emerging Literature. *Journal of Instructional Psychology*, 39:259-261.
- [29]. Karatepe, S. Güngör, M. (2017). Örgütsel Özdeşleşme Ve Sanal Kaytarma: Kamu Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *ASSAM Uluslararası Hakemli Dergi*. 4(9):79- 93.
- [30]. Tak, B. B. A. Aydemir, (2004). Örgütsel Özdeşleşme Üzerine İki Görgül Çalışma. 12. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi. Uludağ Üniversitesi, Bursa.
- [31]. Karayığit, K. Y. (2008). Örgütsel Özdeşleşme ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir.
- [32]. Örucü, E. Yıldız, H. (2014). İşyerinde Kişisel İnternet ve Teknoloji Kullanımı: Sanal Kaytarma Ege Akademik Bakış. 14(1):99.
- [33]. Gün, F. Turabik, T. (2017). Öğretim Elemanlarının Algılarına Göre Psikolojik Güçlendirme ile Örgütsel Özdeşleşme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 13(3): 886-905.
- [34]. TC Sağlık Bakanlığı (2013). Türkiye Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu. Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Ankara. Anıl Matbaacılık.
- [35]. YASED (2016). https://www.yased.org.tr/ReportFiles/2013/TURKIYE_SAGLIK_SEKTORU_RAPORU.pdf

Çocukluk ve Ergenlik Döneminde Psikososyal Risk Faktörleri ve Koruyucu Unsurlar

Yoldaş, Ceren¹; Demircioğlu, Haktan²

(1)Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bölümü, Ankara, Türkiye,

(2)Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Bölümü, Ankara, Türkiye,

Sorumlu yazar: Yoldaş, Ceren, crn_ylds@hotmail.com

Makale Gönderim: 5 Mart 2019; Makale Kabul:8 Ağustos 2019 ;Makale Yayım:30 Eylül 2019

ÖZ

Psikoloji-psikiyatri, psikolojik danışma ve rehberlik ve eğitim bilimlerinin başlıca ilgi alanlarından biri olan psikososyal risk faktörleri ve koruyucu unsurlar, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde bireylerin psikolojik sağlıklarını etkileyen önemli unsurlardan biridir. Bireylerin zorlu yaşam koşullarında nasıl tepkiler verdiklerini ve bu süreci etkileyen faktörlerin anlaşılmasını sağlayan koruyucu unsurlar özellikle son 30 yıldır psikolojik sağlık bir diğer adıyla yılmazlık çerçevesinde değerlendirilmiş ve gerekli çalışmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmalar çocukluk ve ergenlik döneminde bireysel, ailesel ve çevresel odaklı birçok risk etkeninin olabileceğini ve bireylerin psikolojik sağlık düzeylerinin bu risk faktörleriyle baş etmede önemli bir unsur olabileceğini göstermiştir. Bu doğrultuda bu çalışmada çocukluk ve ergenlik döneminde karşılaşılan psikososyal risk faktörleri ile koruyucu ve önleyici stratejiler üzerinde durulmuştur.

Anahtar Sözcükler: psikososyal riskler, koruyucu unsurlar, psikolojik sağlık

Psychosocial Risk Factors and Protective Elements in Childhood and Adolescence

ABSTRACT

Psychosocial risk factors and protective factors, which are one of the main areas of psychology-psychiatry, psychological counseling and guidance and educational sciences, are one of the important factors affecting psychological resilience of individuals in childhood and adolescence. The protective elements that help us understand how individuals respond in difficult living conditions and the factors affecting this process have been evaluated in the frame of psychological resilience in the last 30 years and the necessary studies have been carried out. Studies have shown that there may be many risk factors that are individual, familial and environmental oriented during childhood and adolescence, and that the levels of psychological resilience of individuals can be an important factor in dealing with these risk factors. Therefore, the aim of this study is to determine the psychosocial risk factors and preventive and preventive strategies encountered in childhood and adolescence. Keywords: psychosocial risks, protective elements, psychological resilience

1. Giriş

Olumsuz ve yüksek risk altında yetişmesine rağmen zorluklarla baş edebilen, toplumsal normlara uygun, sağlıklı bir kimlik geliştirebilen veya başarılı bir akademik, sosyal hayat sürdürebilen kişilerin hayatlarına yön veren değişkenler özellikle son 30 yıldır incelenmekte olan psikolojik sağlık konularından biridir. Psikolojik sağlık bir diğer adıyla psikolojik yılmazlık kavramı; Latince “resiliens (esneklik)” kökünden türemiş olup maddenin elastik forma sahip olmasından dolayı kolayca eski şekline dönebilmesi durumu olarak ifade edilmektedir [1] Daha geniş anlamıyla ise; hayatta karşılaşılan stresli ve zorlu yaşam koşullarına rağmen dayanıklı, esnek olabilme, zorluklara, travmatik deneyimlere karşı uyum sağlayabilme, güdülenme ve motivasyon becerileri ile hayata karşı olan umudunu sürdürme yetkinliğidir [2] Genel anlamda evrensel olarak kabul edilmiş bir psikolojik sağlık kavramı tanımlanmamakla birlikte yapılan tanımların ortak özellikleri psikolojik sağlamlığın dinamik bir süreç olması, bir veya birden fazla risk faktörünü içermesi ve bireyin oluşan olumsuz koşullara rağmen iç ve dış uyumunu sağlıklı bir şekilde sağlayarak yeterlilik geliştirebilme süreçlerini kapsamaktadır. Çocukluk ve ergenlik dönemlerindeki risk ve örseleyici yaşam koşullarına paralel olarak araştırılmaya başlanan psikolojik sağlık kavramı, bireylerin holistik gelişimlerini tehdit eden olumsuz durumları ve sürdürülebilir hayatta kalma becerilerinin nasıl geliştirildiğini anlamak amacıyla psikososyal risk faktörleri ve koruyucu unsurlarla ilgili çalışmaları da içermektedir. Bu bağlamda zorlu hayat şartlarına rağmen başarılı olmuş kişilerin yaşamları üzerine yapılan incelemeler de psikolojik sağlık kavramı ile büyük ölçüde örtüşmektedir. Bu doğrultuda alanla ilgili yapılan her çalışma konuya temel bir bakış açısı kazandırmak, risk altındaki çocuklara yönelik koruyucu ve önleyici psikolojik danışma ve rehberlik stratejileri geliştirmek açısından

önemli bir yere sahiptir [3]. Özetle, çocukluk ve ergenlik döneminde psikososyal risk etkenleri ve koruyucu unsurlar incelendiğinde psikolojik sağlık kavramının ele alınabilmesi için üç temel olgunun varlığını ele almak gerekir: İlk olarak yüksek risk altında yetişmesine rağmen beklenenden daha iyi performans ve gelişim gösteren bireyleri tanılamakta psikolojik sağlık terimi kullanılabilir. Bu noktada psikolojik sağlık terimine ışık tutabilmek için risk faktörünün ana etken olarak alınması gerekir. Çünkü yaşamında herhangi bir psikososyal risk faktörüne maruz kalmadan başarılı olan bireyler psikolojik olarak sağlam değil, başarılı ya da yeterli kişiler olarak adlandırılmaktadır. Psikolojik sağlık kavramı ele alınırken incelenmesi gereken ikinci unsur stresli ve zorlayıcı hayat şartları ile baş edebilme, uyum sağlayabilme becerisidir. Üçüncü grup çalışmalar ise zorlu yaşam koşullarına neden olan psikososyal risk faktörleri, risk kaynaklı iyileşme sürecinin etkili değerlendirme ve strateji geliştirme süreçlerini kapsamaktadır [4]. Bu zorlayıcı unsurlar karşısında çocuk ve ergenlerin uyum sağlayabilme, olumsuz etkileri azaltabilme yönündeki yeterlilikleri riskleri azaltan koruyucu faktörler konusuna girmekte olup çalışmanın ilerleyen bölümlerinde ayrı başlıklar altında detaylıca ele alınacaktır.

1.1. Psikososyal Risk Faktörleri

Risk kavramı kelime anlamı olarak zarara uğrama tehlikesi, olasılığı içeren istenmeyen durumlar olarak ele alınmaktadır. Risk kavramı çocuk ve ergenlerin psikolojik sağlamlığı üzerindeki etkisi adı altında değerlendirilirse; olumsuz bir durumun ortaya çıkmasına ya da devam etmesine neden olan bireysel, ailesel ve çevresel koşulların kişide istenmeyen sonuçlar doğurması olarak ele alınabilir [5]. Literatürde psikolojik sağlık semsiyesi altında incelenen psikososyal risk faktörlerinin çocuk ve gençleri konu alan kısımları Tablo 1’de işlenmiştir [6]. Tablo 1’de görüldüğü

üzere psikolojik sağlamlık kavramını bireysel, ailesel ve çevresel temelde olmak üzere 3 ana başlıkta ele alabiliriz. Çocuk ve gençler bu risk etkenlerinden bir ve ya daha fazlasına maruz

kalabileceği gibi risk etkenleri arası etkileşim de söz konusu olabilir.

Tablo. 1: Psikolojik Sağlamlık Araştırmalarında Ele Alınan Risk Faktörleri

| Bireysel Risk Faktörleri | Ailesel Risk Faktörleri | Çevresel Risk Faktörleri |
|---|---|--|
| Erken doğum | Ebeveynlerin hastalığı ya da psikopatolojisi | Ekonomik zorluklar ve yoksulluk |
| Kronik hastalıklar | Erken yaşta ebeveyn olma | Toplumsal şiddet |
| Cinsiyet | Ebeveynlerin boşanması, ölümü ya da tek ebeveyn ile yaşamak | Akran reddi |
| Zor kişilik | Aile-çocuk arasındaki uyumsuzluk | Bir yakının ya da arkadaşın kaybı |
| Güvensiz bağlanma | Yetersiz ebeveynlik | Savaş ve doğal afet gibi toplumsal travmalar |
| Düşük özgüven | Çocuğun fiziksel, duygusal ve cinsel istismarı | Evsizlik |
| Bilişsel, dil ya da motor alanındaki zedelenmeler | Eşler arasındaki çatışma | Okul düzeyinde stresli ve travmatik olaylar |
| Cinsel istismar | Ebeveynlerin madde kullanımı | Çocuğun fiziksel, duygusal ve cinsel istismarı |
| Sosyal ilişki becerilerindeki yetersizlikler | Ebeveyn işsizliği | Düşük akademik başarı |
| Davranım Bozukluğu | Cinsel istismar | Kırsal alanda yaşamak |
| Madde bağımlılığı | | Toplumun gelişmişlik düzeyi |

Örneğin, ebeveynlerinin sosyoekonomik statüsü kötü olduğu için erken yaşta çalışmak zorunda kalan bir çocuğun hem duygusal hem de akademik anlamda zorluklarla karşılaşma tehlikesi psikososyal risk faktörlerinin birbirleriyle ilişkili olabileceğine dair bir gösterge olabilir. Fakat bu noktada Texas Üniversitesinde çocuk koruma merkezlerinde kalan çocukların psikolojik sağlamlıklarının araştırılması ile ilgili bir çalışma birden fazla risk etkeniyle karşılaşma durumunun psikolojik sağlamlıklarını olumsuz yönde etkilediklerini belirtmiştir [7]. Tabloda yer alan maddeler her yaş aralığında karşılaşılabilen risk

etkenleri olmakla birlikte özellikle güvensiz bağlanma faktörü yaşamın ilk yıllarında karşılaşılabilen ve çocuğun gerekli ihtiyaçları giderilmezse ileriki yaşlara genellenebilir riski olan bir problem olabilmektedir. Yapılan araştırmalar yaşamın ilk yıllarında öz-bakım ve sevgi ihtiyaçları yeterince karşılanmayan çocukların ileriki yaşlarda güvensizlik duygusu geliştirebileceği, akademik, sosyal ve duygusal gelişim alanlarında problem davranışlara sahip olabileceği riskini ileri sürmektedir [8]. Fakat bu alanda yapılan araştırmaların birçoğu psikolojik sağlamlık ve koruyucu faktörler ilgili çalışmalarını

büyük yaş çocuk grubu üzerinde yoğunlaştığından bebeklik döneminde de psikolojik sağlık kavramı çalışmalarıyla ilgili ek araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Cumberland-Li, Einsberg ve Reiser'in 2004 yılında çocukların psikolojik yılmazlık düzeyleri ve duygu durumları ile ilgili yürüttükleri bir diğer çalışma ise bireysel risk unsurlarından cinsiyet faktörünün çocuk ve gençler üzerindeki etkisine vurgu yapmaktadır [9]. Araştırma sonuçları kızların duygu durumlarını erkeklere göre daha iyi seviyede kontrol edebilmesinden dolayı olumsuz değişikliklere daha kolay uyum sağladıklarını belirtmektedir [10]. Bireysel risk faktörlerinden erken doğum ve kronik hastalıklar ise çocuk ve gençlerin günlük aktivitesini, normal gelişimlerini engelleyebilecek ve sık tedavi gerektiren sorunlara maruz kalma durumlarını artırabileceğinden dolayı sosyal, duygusal, bilişsel ve çevresel riskleri de beraberinde getirmesine yol açabilmektedir [1]. Böyle durumlarda hem bireylerin hem de ailelerinin yaşam döngüsü fiziksel, psikolojik ve maddi yönden olumsuz etkilenebilmekte ve yaşam kalitesini düşürerek dengelerin bozulmasına neden olabilmektedir. Psikososyal risk faktörlerinden ailesel ve çevresel olumsuzluklar ise şiddetine göre çocuk ve gençlerin ihmal ve istismarına yol açabilecek tehlikelere yol açabilmektedir. Bu faktörler genç bireylerin sağlığını, gelişimini ve psikolojisini olumsuz yönde etkileyen bilerek ya da bilmeyerek yapılan hareket ya da davranışları kapsayarak bireylerin istismarına neden olabilmektedir [11]. Günümüzde istismar kavramı içerisinde fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olguları yer almakta olup Uluslararası Saldırı Önleme Merkezinin (International Center for Assault Prevention) çeşitli kuruluşlardan elde ettiği verilere göre her yıl 15 yaşın altındaki yaklaşık 40 milyon çocuk istismara uğramaktadır [12]. Birçok ülkede yapılan çalışmalar çocukların %80-%98 oranında evlerinde fiziksel istismara maruz kaldığı, fiziksel şiddetle beraber aşığılanma, lakap takma,

dışlanma, tehdit, ihmal gibi duygusal şiddet de gördüğünü belirtmektedir [13]. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ise 2004 yılında yayınladığı bir araştırmasında sadece 2002 yılında dünya çapında adli mercilere yansıyan 18 yaş altı 150 milyon kız, 73 milyon erkek cinsel istismar vakaları olduğunu belirtmiştir [14]. Yaşanan bu istismar ve ihmallerde bireysel, ailesel ve çevresel psikososyal risk etmenlerinin etki ve ya etkileri yadsınamaz olup çocuk ve ergenler üzerinde kısa ve uzun dönemli sorunlara yol açabilmektedir. Maruz kalınan istismar ve ihmallerin çocuk ve ergen üzerindeki travmatik etkisine ve yeterli destek alma durumuna göre bireyler yaşadıkları şeylerle başa çıkmakta zorluk çekebilme ve sağlıklı başa çıkma mekanizması geliştiremeyerek psikolojik sağlımlıkları olumsuz etkilenebilmektedir. Dolayısıyla tüm bunlar bireylerde sıkıntıya, düşüncelerin saptırılmasına, benlik hissinin bozulmasına, kişiler arası ilişkilerde sorunlara ve bedensel sağlık problemlerine yol açarak uzun vadede zorluklarla baş edebilme kapasitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Araştırmalar çocuk ve gençlerin kişilik özelliklerine bağlı olarak bu davranışların sadece birinin veya birçoğunun görülebileceğini belirtmektedir [15].

1.2. Koruyucu Unsurlar

Amerikalı Psikolog Emmy Werner tarafından Hawai'de 40 yıl boyunca yürütülen bir araştırma psikolojik sağlık kavramı içerisinde yer alan koruyucu unsurların rolü üzerinde çarpıcı açıklamalar sunmaktadır. Araştırma 1955 yılında dünyaya gelen ihmal, istismar, yoksulluk, travma gibi yıkıcı durumlara maruz kalmış 700 bireyin doğumdan 40 yaşına kadar ki hayat sürecinde yaşadıkları kriz durumlarının psikolojik sağlımlıkları ve hayata karşı uyum sürecindeki etkilerini izlemiştir. Araştırma sonuçları çocukların üçte birinin ileride yeterli, kendine güvenen, çevresine karşı ilgili yetişkinler olduğunu ve gelişim dönemlerinde öğrenme ve

davranış problemi göstermediklerini vurgulamıştır. Ayrıca sonuçlar bu bireylerin akademik, iş ve aile yaşantısında başarılı bir hayat sürdürdüklerini ve hayata dair gerçekçi hedefler ve

beklentiler içerisinde olduklarını göstermiştir [16]. Bu bilgiler çok önemli bir soruyu da beraberinde getirmiştir.

Tablo. 2: Psikolojik Sağlık Araştırmalarında Ele Alınan Koruyucu Unsurlar

| Bireysel Koruyucu Unsurlar | Ailesel Koruyucu Unsurlar | Çevresel Koruyucu Unsurlar |
|---|---|---|
| Zekâ | Ailenin, yapıyı, sınırları, kuralları, izlemeyi ve öngörülebilirliği sağlaması | Yetenek ve ilgilerin geliştirilmesinin desteklenmesi için verilen rehberlik ve destek |
| Akademik başarı | Ebeveyn-çocuk arasındaki destekleyici ilişki | Okul veya toplum hayatına katılım için sunulan fırsatlar |
| Arkadaş edinebilme ve var olan ilişkileri sürdürübilme yeteneği | Ailenin davranış ve değerler için uygulanabilir, gerçekçi ve net beklentiler içinde bulunması | Pozitif normlar |
| Güvenli bağlanma | Ailenin çocuk eğitiminde tutarlı disipline sahip olması | Fiziksel ve psikolojik güvenlik |
| Yeterli baş etme ve problem çözme becerilerine sahip olma | Ailenin tehlikeli ve güvensiz durumlardan çocuklarını koruma işlevi | Erken öğrenme için destek |
| Kolay mizaç | Sorunların çözülmesi için sunulan fırsatlar | Akran / Arkadaş desteği |
| Cinsiyet | Yeterli sosyoekonomik statüye sahip olma | Etkili toplumsal kaynaklar (nitelikli okullar, eğitim organizasyonları vb.) |
| Sağlık | Ailenin fiziksel şiddet yerine iletişim temelli disiplin ortamı oluşturması | Akran zorbalığını azaltan okul politika ve uygulamaları |
| Öz güven | Akraba ve aile dışı yetişkin desteği | Aile ve okul arasındaki pozitif ilişki |
| Özdenetim | | Destekleyici öğretmen ve okul rehberlik ve danışma merkezleri |
| Hayata dair amaç ve gerçekçi beklentilere sahip olma | | |
| Pozitif düşünce, affedicilik | | |
| Sosyal uyum | | |
| Sağlıklı fiziksel gelişim | | |

Birey olarak hangi özelliklerimiz bizi psikolojik olarak dayanıklı, güçlü kılar? Bu soruya cevap arayışları literatürde önemli çalışmalara ışık tutmuş olup dayanıklılık terimiyle ilgili olan koruyucu faktörlere de yoğunlaşılmasını sağlamıştır. Koruyucu faktörler ifadesi, risklerin, zorlukların, travmaların yıkıcı etkisini azaltan sağlıklı adaptasyonu ve bireyin baş etme, problem çözme becerilerini geliştiren durumları tanımlamaktadır. Koruyucu unsurları burada da

bireysel, ailesel ve çevresel özelliklere kapsamında ele almak koruyucu faktörlerin farklı boyutlarını ve ilişkilerini anlama açısından yol gösterici olacaktır [17]. Bu noktada altı çizilmesi gereken unsur, bu boyutlardan hangisine ya da hangilerine bireyin sahip olduğu bakılmaksızın koruyucu faktörlerin potansiyel tehlikeleri ne oranda azalttığı ve önlediğinin belirlenmesidir. Bu yüzden psikolojik sağlık çalışmalarında koruyucu bireysel, ailesel ve çevresel faktörlerin

incelenmesi zorluklara ve travmatik yaşantılara rağmen sağlıklı uyum göstererek başarılı ve yeterli olan bireylerin özelliklerini anlamak ve bu doğrultuda koruyucu ve önleyici stratejilerin belirlenmesinde kaynak oluşturmak açısından büyük önem taşıyacaktır. Tablo 2 koruyucu faktörlerle ilgili özelliklere genel hatlarıyla değinmektedir [18].

1.2.1. Bireysel Koruyucu Unsurlar

Bireysel başka bir deyişle içsel koruyucu unsurlardaki maddeleri genel hatlarıyla ele almak gerekirse literatürde psikolojik olarak dayanıklı adlandırılan çocuk ve ergenlerin zekâ seviyelerine üzerine yapılan çalışmalarında başlangıç yapılabilir. Gerçekleştirilen pek çok araştırmanın bulguları psikolojik olarak sağlam bireylerin zihinsel ve akademik becerilerinin akranlarına göre daha ileri düzeyde olduğu ile ilgili tutarlı sonuçlar vermektedir [16]. Bireysel koruyucu faktörlerinden değinilmesi gereken bir diğer unsur da mizaçtır. Tablo 1 deki zor mizaç risk faktörü olarak ele alınırken Tablo 2 deki kolay mizaç karşımıza koruyucu unsur olarak çıkmaktadır. Bu noktada uzmanlar kolay mizaçlı çocuk ve ergenlerin ailelerinin ve çevresindeki insanların ilgilerini olumlu olarak çekebilmesi, daha kolay idare edilebilmesinden dolayı daha az sorun ve çatışmalarla karşılaştıklarını ileri sürmektedir. Ayrıca kolay mizaçlı bireylerin stresli olaylara karşı daha az tepki verebilen ve sorunlara daha esnek çözüm bulabilen yapılarının da psikolojik sağlamlıklarını korumasında önemli birer etken olduğu vurgulanmaktadır [17]. Bireysel koruyucu faktörlerindeki cinsiyet unsuru ise kız ve erkeklerde birçok yönden farklılıklar içermektedir. Araştırmalar kız çocuklarının yoksulluğa ve ailelerinin psikopatolojisindeki olumsuzluklara karşı erkek çocuklarına kıyasla daha dayanıklı olduğunu göstermiştir [1]. Buna ek olarak erkeklerin aile içi çatışmalarda ve ayrılıklarda davranışsal olarak kızlara göre daha problematik tepkiler gösterdiği ve akademik

başarılarındaki dengeyi koruyamadıkları ile ilgili araştırma bulguları da bulunmaktadır [19]. Son olarak içsel koruyucu unsurlarından affedicilik kavramıyla ilgili Türkiye’de 368 üniversite öğrencisiyle gerçekleştirilen bir çalışma affedicilik kavramının psikolojik sağlamlık üzerindeki etkisi ile ilgili ilginç sonuçlar öne sürmektedir. Araştırma sonuçlarına göre affedici olarak nitelendirilen kişilerin affedicilik özellikleri ve psikolojik sağlamlıkları arasında olumlu bir ilişki bulunmuştur [20]. Farklı yıllarda Ostendorf (2000) ve Faison (2007) tarafından yapılan çalışmalar da üniversite öğrencileri ile yapılan affedicilik çalışmalarını destekler niteliktedir [21-22]. Bu doğrultuda affedici olarak nitelendirilen kişiler hayatlarındaki kötü tecrübelerin olumlu yönlerine odaklanma, riskli durumlarla baş edebilme ve yeniliklere uyum sağlama açısından daha avantajlı olarak görülmüş ve dolayısıyla psikolojik sağlamlıkları kinci olarak tabir edilen kişilere karşı daha yüksek bulunmuştur.

1.2.2 Ailesel Koruyucu Unsurlar

Koruyucu bireysel kişilik özelliklerinin yanı sıra araştırmacılar çocukların hayatlarında birincil ve hayati öneme sahip ailelerin de çocuklarının psikolojik sağlamlıkları üzerindeki etkisine yoğunlaşmıştır. Yapılan çalışmalar aile-çocuk arasındaki olumlu iletişimin çocuklara hayata karşı daha güçlü duruş kazandırdığını göstermiştir. Bunun yanı sıra koruyucu, duygusal olarak destekleyici ve bilişsel olarak çeşitli uyarıcı sunan ailelerin çocuklarının ileriki yaşlarda daha az davranış problemi gösterdikleri, akademik ve sosyal açıdan daha başarılı oldukları ile ilgili çalışmalar da bulunmaktadır [23]. Bu durumda anne ve baba ile yaşayan ve ebeveynleriyle olumlu ilişkilere sahip çocukların psikolojik sağlamlık düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

1.2.3 Çevresel Koruyucu Unsurlar

Çocuk ve ergenin içinde bulunduğu çevre de bireylerin davranışlarını şekillendirmesi ve

psikolojik sağlımlıkları üzerinde yadsınamaz bir etkiye sahiptir. Ailesel koruyucu unsurlarda da bahsedildiği üzere aile çocukların gelişimi üzerinde hayati bir öneme sahiptir. Peki ya ailesi olmayan çocuklar? Araştırmacılar böyle bir durumda bireylerin psikolojik sağlımlıklarının ne yönde etkilenebileceğini merak etmişler ve 2006 yılında sokak çocuklarının dayanıklılıklarını değerlendirmek üzere bir araştırma yapmışlardır. Çalışma sonuçları sokak çocuklarının psikolojik yılmazlıklarını güçlendiren en önemli etkenin kendi durumundaki arkadaşlarıyla aralarındaki duygusal bağ olduğunu göstermiştir. Bu durumda ailenin yanı sıra çocuğun içinde yaşadığı, etkileşimde bulunduğu çevrenin de psikolojik sağlımlık üzerindeki etkisinin yadsınamaz olduğu söylenebilir. Fakat ebeveyn yoksunluğunun ve temel gereksinimlerinin yeterince karşılanmanın verdiği yetersizlik hissinin çocuklar üzerinde daha fazla depresif ve problem davranışlara neden olduğu da çalışmanın diğer bulguları arasında belirtilen sonuçlardan biridir [24]. Üniversite öğrencileriyle yürütülen bir diğer çalışma ise akranlar arasında kabul görmenin psikolojik sağlımlığa olumlu etki ettiğini söyleyerek çevresel faktörlerin önemli olduğu tezini desteklemiştir. Son olarak, toplum tarafından sunulan kaliteli okullar, gençlik hizmetleri, koruyucu ve önleyici programlar, kültür, sanat, spor vb. olanaklar da risk altındaki çocuk ve ergenlerin psikolojik yılmazlıklarını desteklemede önemli bir yere sahip olan faktörler arasındadır [1].

2. Sonuç ve Öneriler

Bu araştırma kapsamında çocuklarda ve ergenlerde risk, psikolojik sağlımlık ve korunma kavramlarını tanımlamış ve birbirleri ile olan ilişkilerinden bahsedilmiştir. Dinamik bir süreç olan psikolojik sağlımlık olgusunu anlamak, risk altındaki çocuk ve ergenlere karşı koruyucu ve önleyici stratejiler, politikalar geliştirmemize kaynaklık edecek dolayısıyla da toplumun sağlıklı uyum ve yeterlilik becerilerini artırarak uzun

vadede çocuk ve gençlerin suç işleme, okulu bırakma vb. gibi olumsuz ve istenmeyen sonuçları yasama olasılığını azaltarak işleyen bir toplum yapısının oluşturulmasına yardımcı olacaktır. Bu doğrultuda çocuk ve gençleri güçlendirmek için hazırlanacak olan müdahale programları çocukların zayıf yanlarını belirlemekten ziyade güçlü yanlarını saptamaya ve geliştirmeye odaklanmalı ve uzun süreli değişim sağlamak için programlar çocuk, aile ve toplumu da içine alacak şekilde kapsamlı olarak yürütülmelidir. Risk faktörleri ve koruyucu unsurlar analiz edildiğinde yaşanan zorlukların önemli bir bölümünün zor şartlarda hayatlarını sürdürmek zorunda ailelere, çocuk ve ergenlere yönelik yardım ve araştırma hizmetlerinin yetersiz olduğu, bu konulara verilen desteğin artırılması gerektiği ile ilgili çalışmalar mevcuttur. Bu doğrultuda psikolojik dayanıklılık araştırmalarında kullanabilecek 3 kilit yaklaşım alanla ilgili koruyucu ve önleyici çalışmaların geliştirmesine sağlam bir zemin hazırlayacaktır. Bu yaklaşımlar sırasıyla: Risk odaklı (risk-focused) yaklaşım, nitelik odaklı (asset-focused) yaklaşım ve süreç odaklı (process-focused) yaklaşımdır. Risk odaklı yaklaşım risk faktörlerini azaltmaya veya ortadan kaldırmaya yönelik stratejileri içermektedir. Erken gebeliği ve prematüre doğumları önlemeye yönelik çalışmalar risk odaklı yaklaşımın konusuna giren örnekler arasındadır. Nitelik odaklı yaklaşım riskleri azaltmak, uyumu artırmak ve bireyin niteliklerini geliştirmek için fırsat ve kaynakların (sağlık hizmetlerine kolay erişim, ebeveynler için anne-baba ve mesleki eğitim olanakları vb.) geliştirilmesine yönelik yaklaşımları içerir. Süreç odaklı yaklaşım ise bireyin yeterliliğini artırmak adına temel adaptasyon sürecinin içinde yer alan aile, okul ve toplumu harekete geçirecek, eksikleri giderecek ve güçlendirilmesi gereken yönleri destekleyecek stratejileri içerir [3]. Tablo 3 bu üç temel yaklaşım temel alınarak oluşturulan bazı koruyucu ve önleyici bazı programlara dair özet bilgileri içermektedir [25].

Tablo. 3: Psikolojik Sağlıkla İlgili Koruyucu ve Önleyici Programlar

| Program Adı | Katılımcılar | Programın İçeriği | Sonuçlar |
|---|--|---|--|
| Doğum Öncesi/ Erken Bebeklik Programı (PEIP) | 0-2 yaş arası bebekler ve ebeveynleri | Bu program maddi durumu düşük evlerde anne ve anne adaylarına yönelik eğitilmiş hemşireler tarafından belirli periyotlarla tekrarlanan ev ziyaretlerini kapsamaktadır. Annelere ebeveyn eğitimi, gelişmiş aile desteği ve hizmetleri verilerek bebek ve annenin güçlendirilmesi programın öncelikli hedefidir | Gebelik sırasında sigara, alkol kullanmak gibi zararlı davranışlarda azalma görülmüş, anne-bebek arasındaki destekleyici ilişkiler gelişmiştir. Annelerin çocuklarının sağlığı için sağlık merkezlerini kullanma sayısında artış da programın olumlu sonuçları arasındadır |
| Perry Okul Öncesi Projesi | Okul öncesi dönemi çocukları ve ebeveynleri | Bu program maddi açıdan dezavantajlı, okul öncesi döneminde çocukları olan aileleri saptayıp içlerinden okul başarısızlığı riski taşıyan çocuklara yapılandırılmış bir sınıf temelli programında okul hazırlığını teşvik etmek amacıyla verilen dil, okur-yazarlık, sosyal gelişim ve aritmetik eğitimlerini içerir. Çocuklara destekleyici bir ortam sunmak ve ebeveynleri güçlendirmek amacıyla program aylık veli toplantılarını da içine alır | Program hakkında yapılan uzun süreli araştırmalar farklı yaş aralıklarında çocukların akademik becerilerinin geliştiğini, bu eğitimi almayan diğer risk altındaki akran gruplarına göre daha yüksek IQ seviyesine sahip olduklarını ve çocukların ileriki yaşlarda yüksek eğitim seviyelerine ulaştıklarını göstermiştir. Ayrıca suç işleme ve tutuklanma oranlarında da gözle görülür bir düşüş olduğu saptanmıştır |
| Başarıya İlk Adım (First Step to Success) | Okul öncesi dönemi çocukları ve ebeveynleri | Çocuklarda antisosyal davranışları önlemek için 2-3 ay süren, ebeveynlere ve çocuklarına yönelik ev ve okul müdahale programlarını kapsamaktadır | Müdahale programı sonucunda çocukların uyum becerilerinde ve agresif davranışlarında anlamlı bir azalma görülmüş, zamanla akademik becerilerindeki yetkinliklerde de artış olmuştur |
| Alternatif Düşünceyi Teşvik Etme Programı (PATHS) | Birinci sınıftan Altıncı sınıfa kadar olan çocuklar (işitme engelli bireyler de dahil) | Haftada 3 kez 20-30 dakikalık periyotlarla tekrarlanan çocukların iradelerini, sosyal yeterliliklerini, duygusal farkındalıklarını ve sosyal-bilişsel anlayışlarını geliştirmeye yönelik gelişimsel temelli dersleri ve materyalleri içerir. | Müdahaleden bir yıl sonra çocuklarda etkili sorun çözme becerilerinin, olumlu arkadaşlık ilişkilerinin geliştiği gözlemlenmiştir. Ayrıca çocukların beklenmedik olumsuzlukları tolere edebilme yetkinliklerinden dolayı problem ve depresif davranışlarında düşüş olmuştur |
| Arkadaşlar (FRIENDS) | 4-7 yaş 8-11 yaş 12-15 yaş 16- 18+ | Friends okullar tarafından ve klinik ortamlarda kullanılabilen, farklı yaş gruplarının gelişimsel ihtiyaçlarına göre planlanan evrensel bir önleme ve erken müdahale projesidir. Bireylerde psikolojik sağlamlığı olumsuz yönde etkileyen anksiyete ve depresyon gibi zihinsel sağlık sorunlarını önlemek ve nasıl mücadele edileceğini öğretmek üzere planlanmış bilişsel davranış terapilerini ve müdahale programlarını kapsar | Araştırma bulguları bu programın uygulanmasından sonra bireylerin anksiyete ve depresyona girme durumlarında kayda değer bir azalma olduğunu, özgüven ve olumlu düşünme yetkinliklerinde ise kayda değer bir artış yaşandığını göstermiştir |

Kaynakça

- [1]. Gizir, C. A. (2006). Psikolojik sağlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 3(28).
- [2]. Arslan, G. (2015). Psikolojik istismar, psikolojik sağlık , sosyal bağlılık ve aidiyet duygusu arasındaki ilişki.Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 47-58.
- [3]. Joseph, S. (2015). Positive Psychology in Practice, 773-788.
- [4]. National Center for Mental Health Promotion and Youth Violence Prevention. (2004). Risk and Resilience: Risk Factors for Violence and the

- Abuse of Tobacco, Alcohol, and Other Drugs, (July), 1-5.
- [5]. Karataş, Z., & Çakar, F. S. (2011). Self-esteem and hopelessness, and resiliency: an exploratory study of adolescents in turkey. *International Education Studies*, 4(4), 84-91. <https://doi.org/10.5539/ies.v4n4p84>
- [6]. Barfield, S. T. (2004). "Best Practices" in Early Childhood Mental Health Programs for Preschool-Age Children, A Report to the Kansas Department of Social and Rehabilitation Services
- [7]. Child Welfare Information Gateway. (2004). Risk and protective factors for child abuse and neglect. *Emerging Practices in the Prevention of Child Abuse and Neglect*, (February), 1-7.
- [8]. Şimşek, Z., Erol, N., Öztop, D., & Özer Özcan, Ö. (2008). Kurum bakımındaki çocuk ve ergenlerde davranış ve duygusal sorunların epidemiyolojisi; ulusal örneklemde karşılaştırmalı bir araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 235-246.
- [9]. Cumberland-Li, A., Einsberg, N., Reiser, M. (2004). Relations of children's agreeableness and resiliency to effortful control and impulsivity. *Social Development*. 13(2), 193-212.
- [10]. Eşel, E. (2005). Kadın ve erkek beyninin farklılıkları. *Klinik Psikofarmoloji Bülteni*. 15(3), 138-152.
- [11]. Siyez, D.M. (2006). 15-17 yaş arası ergenlerde görülen problem davranışların koruyucu ve risk faktörleri açısından incelenmesi. (Yayımlanmamış doktora tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- [12]. International Center for Assault Prevention. (2001). Statistics. Retrieved February 18, 2018 from http://www.internationalcap.org/abuse_statistics.html
- [13]. Dilsiz, H., & Mağden, D. (2015). Öğretmenlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi ve risk tanım düzeylerinin tespit edilmesi. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal*, 1, 368-377.
- [14]. Aktepe, E. (2009). Childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 1(2), 95-119.
- [15]. Werner, E. (2005). Resilience and recovery: findings from the kauai longitudinal study. Staff of the Research and Training Center on Family Support and Children's Mental Health Regional, 19(1), 11-14.
- [16]. Kandel, E., Mednick, S. A., Kirkegaard-Sorensen, L., Hutchings, B., Knop, J., Rosenberg, R. Ve Schulsinger, F. (1988). IQ as a protective factor for subjects at high risk for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 224-226.
- [17]. Compas, B. E., Connor-Smith, J., & Jaser, S. S. (2004). Temperament, stress reactivity, and coping: Implications for depression in childhood and adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 33, 21-31 http://dx.doi.org/10.1207/S15374424JCCP3301_3.
- [18]. Secombe, K. (2002). "Beating the odds" versus "Changing the odds" poverty, resilience and family policy. *Journal Of Marriage and Family*. 64, 384-394.
- [19]. Ripple, C. H. ve Luthar, S. (2000). Academic risk among inner-city adolescents: The role of personal attributes. *Journal of School Psychology*, 38, 277-298.
- [20]. Çapan, B. E., & Arıcıoğlu A. (2014). Psikolojik sağlamlığın yordayıcısı olarak affedicilik. *e-International Journal of Educational Research*, 5, 70-82
- [21]. Ostendorf, C. L. (2000). Effects of a forgiveness education intervention with adult children of alcoholics. (Unpublished Doctoral Dissertation). University of Wisconsin Madison.
- [22]. Faison, M. V. (2007). The relationship of forgiveness to psychological resilience and health among African American women. (Unpublished Doctoral Dissertation). Capella University.
- [23]. Jaffee, S. R., & Gallop, R. (2007). Social, emotional, and academic competence among children who have had contact with child protective services: Prevalence and stability estimates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 757-765. <http://dx.doi.org/10.1097/chi.0b013e318040b247>.
- [24]. Eminağaoğlu, N. (2006). Güç koşullarda yaşayan sokak çocuklarında dayanıklılık (sağlamlık). E.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü
- [25]. National Center for Mental Health Promotion and Youth Violence Prevention. (2006). Risk and Resilience: Risk Factors for Violence aPsychological Resilience 1-4.