

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**GÖRME ENGELLİLER OKULUNDA ÖĞRENİM GÖREN
ÖĞRENCİLERİN SAĞLIK SORUNLARININ
TARAMA İLE BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilay ARGÜN AÇIL

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sultan AYAZ

ANKARA
Ocak 2012

T.C
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK PROGRAMI

**GÖRME ENGELLİLER OKULUNDA ÖĞRENİM GÖREN
ÖĞRENCİLERİN SAĞLIK SORUNLARININ
TARAMA İLE BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dilay ARGÜN AÇIL

Tez Danışmanı
Doç. Dr. Sultan AYAZ

ANKARA
Ocak 2012

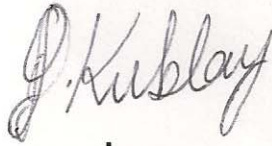
**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı
çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma aşağıdaki jüri tarafından
Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.**

Tez Savunma Tarihi : 05/10/2012



**İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Prof. Dr. Gülşen VURAL
Gazi Üniversitesi
Jüri Başkanı**



**İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Prof. Dr. Gülümser KUBLAY
Hacettepe Üniversitesi**



**İmza
Ünvanı Adı ve Soyadı
Doç. Dr. Sultan AYAZ
Gazi Üniversitesi**

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	i
İçindekiler	ii
Şekil ve Tablolar	iv
Kısaltmalar	v
1.GİRİŞ	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Soruları	5
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1. Engellilik	6
2.2. Engelliliğin Nedenleri	8
2.3. Engelliliğin Sınıflandırılması	9
2.4. Görme Engelli Bireylerin Sağlık Sorunları	10
2.5. Görme Engellilerin Sağlık Sorunlarının Belirlenmesinde Taramaların Önemi	11
2.5.1. Okula Giriş Muayeneleri	13
2.5.2. Periyodik Muayeneler	13
2.5.3. Tarama Programları	13
2.5.3.1. Görme Taramaları	14
2.5.3.2. Büyüme- Gelişme Taramaları	14
2.5.3.3. Kan Basıncı Taramaları	15
2.5.3.4. Ağız- Diş Sağlığı Taramaları	16
2.5.3.5. İşitme Taramaları	16
2.5.3.6. Skolyoz Taramaları	17
2.6. Özel Grupların Sağlığının Korunmasında ve Geliştirilmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü	18
2.7. Görme Engelli Çocuk ve Ergenlerin Sağlığının Korunmasında ve Geliştirilmesinde Okul Hemşiresinin Rolü	19
3. GEREÇ –YÖNTEM	24
3.1. Araştırmanın Şekli	24
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	24
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	25
3.5. Verilerin Toplanması	25
3.5.1. Veri Toplama Araçları	25
3.5.1.1. Soru Formu	25
3.5.1.2. Tarama Formu	26

3.5.2. Persantil Tabloları (Boy- Kilo, Beden Kitle İndeksi, Kan Basıncı	26
3.5.3. Dmf-t İndeksi	28
3.5.4. İnsan Sesi ile Muayene (Fısıltı Testi)	29
3.5.5. Adam's Forward Bending Test (Öne Eğilme Testi)	29
3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	31
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	32
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu	32
3.9. Araştırmanın Uygulama Şeması	33
4. BULGULAR	34
4.1. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular	35
4.2. Öğrencilerin Tarama İle Belirlenen Sağlık Sorunlarına Yönelik Bulguları	40
5. TARTIŞMA	49
5.1. Boy- Kilo Taraması	50
5.2. Kan Basıncı Taraması	52
5.3. Ağız- Diş Sağlığı Taraması	53
5.4. İşitme Taraması	56
5.5. Skolyoz Taraması	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	61
6.1. Sonuçlar	61
6.2. Öneriler	65
7. ÖZET	67
8.SUMMARY	69
9. KAYNAKLAR	71
10. EKLER	82
Ek 1. Soru Formu	83
Ek 2. Tarama Formu	88
Ek 3. Etik Kurul İzni	89
Ek 4. İl Milli Eğitim Müdürlüğü İzni	92
Ek 5. Veliler için Aydınlatılmış Onam Formu	93
Ek 6. Veli İzin Belgesi	97
Ek 7. Gönüllüler için Aydınlatılmış Onam Formu	98
Ek 8. Teşekkür	101
11. ÖZGEÇMİŞ	102

Şekil ve Tablolar

Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Şeması	33
Tablo 2.1.1 ICF'ye göre hastalık, sakatlık, özürlülük ve engellilik terimlerinin ayrımı	7
Tablo 4.1.1. Öğrencilerin Sosyo-demografik Özellikleri	35
Tablo 4.1.2. Öğrencilerin Akademik Durumu ile İlgili Özellikleri	37
Tablo 4.1.3. Öğrencilerin Göz Sağlığı ile İlgili Özellikleri	38
Tablo 4.1.4. Öğrencilerin Aile Sağlığına Yönelik Özellikleri	39
Tablo 4.2.1. Öğrencilerin Tarama ile Elde Edilen Bulguları	40
Tablo 4.2.2. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıklarına Yönelik Bulgular	42
Tablo 4.2.3. Öğrencilerin Ağız- Diş Sağlığına Yönelik Bulguları	43
Tablo 4.2.4. Öğrencilerin Tarama Yapılan Alanlarla İlişkili Olabilecek Semptomlar	44
Tablo 4.2.5. Öğrencilerin Ağız- Diş Sağlığı Değerlendirmelerinin Dağılımı	46
Tablo 4.2.6. Öğrencilerin İşitme Sorunu Değerlendirmelerinin Dağılımı	47
Tablo 4.2.7. Öğrencilerin İşitme Sorunu Olma Durumuna Göre Akademik Başarılarının Dağılımı	47
Tablo 4.2.8. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Skolyoz Riskinin Dağılımı	48

Kısaltmalar

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICF	International Classification of Functioning (Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması)
NASN	National Association of School Nursing/ Ulusal Okul Hemşireliği Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi)
MEB	Milli Eğitim Bakanlığı
MR	Manyetik Rezonans
Dmf-t	Decayed- Missed- Filled- Total Teeth (Çürük/Kayıp(Çekilmiş)/Dolgulu – Toplam Diş
per.	Persantil
BKİ	Beden Kitle İndeksi
SKB	Sistolik Kan Basıncı
DKB	Diyastolik Kan Basıncı

1.GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Engellilik bir toplum sağlığı sorunu olarak kabul edilmekte ve sağlık hizmetlerinin öncelikleri arasında yer almaktadır¹. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün verilerine göre, dünya nüfusunun yaklaşık %15' ini engelli insanlar oluşturmaktadır². Başbakanlık Özürölüler İdaresi-Özürölölük Araştırmaları ve İstatistikleri Dairesi Başkanlığı verilerine göre ise (2005), Türkiye'de engelli nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12.29 olup, 8.431.937 kişi engelli olarak yaşamlarını sürdürmektedir³.

Görme engeli, bireyin üretkenliğini ve yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen bir durumdur. Dünya çapında %90' ı gelişmekte olan ölkelerde olmakla birlikte, 285 milyon görme engelli (39 milyonu tam; 246 milyon kısmi görme engelli) birey bulunmaktadır. Bu nüfusun yaklaşık %3' ünü ise görme engelli çocuklar oluşturmaktadır^{2,4}. Ülkemizde çoğunluğunu erkeklerin oluşturduğu 412.313 görme engelli birey bulunmaktadır. Resmi ve özel okullarda öğrenim gören görme engelli öğrencilerin sayısı ise 38.355 (%9.3)' tir^{3,5}. Görme engeli, çocuklarda ve ergenlerde okul başarısını, sağlık algısını, sağlıkla ilgili özsorumluluk geliştirilmesini, sağlık sorunlarının fark edilmesini ve sağlık hizmetlerine ulaşımı etkileyen bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır^{6,7,8}.

Genel toplumla karşılaştırıldığında başta zihinsel engelliler olmak üzere engelli nüfusun sağlık gereksinimleri giderek artmakta ve yeterince karşılanamamaktadır². Türkiye'de engellilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma oranı %55.7, görme engelliler için ise bu oran %59'dur. Engelli bireyler, engellerine yönelik sağlık hizmetlerinin sınırlı olması, engelliğe başka sağlık sorunlarının eşlik etmesi, toplumun geneline oranla sorunlarının ve öz bakım yetersizliklerinin fazla olması, sağlık ile ilgili sorunlarının ifade edilmesinde yaşanan güçlükler benzeri

nedenlerle koruyucu sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmaya ihtiyaç duymaktadırlar¹. Ancak, sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla sunulan hizmetlerde engelli bireyler nadiren hedef grup olarak yer almaktadır². Bu nedenle, engelli bireylerin sorunlarının ele alınması ve sağlık taramaların yapılması önem kazanmaktadır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan lkelerde yrtlen tarama programları engelli bireyleri de kapsamaktadır. İngiliz Mental Sağlık Kurumu 1996 yılında, zihinsel engellilerin (zellikle çocukların ve kadınların) sağlık profesyonelleri tarafından yıllık tarama programına alınmalarını nermiřtir⁹. Nepal’de engelliğin ve antropometrik ölçümlerin değerlendirildiği bir çalışmada, kronik malnutrisyonun gecikmiş zihinsel ve motor gelişimi olan bireylerde daha fazla görüldüğü saptanmıřtır¹⁰. Ancak Türkiye’de yalnızca engellilerin genel profilini belirlemek amacıyla, 2002 yılında Türkiye zrller Araştırması yapılmıřtır³.

Çocukluk ağında ise engellilik, önemli ve evrensel sağlık önceliklerinden biri olarak kabul edildiğinden, literatürde engelli çocuklara/gençlere yönelik sağlığının korunması ve geliştirilmesi çalışmalarının gereği vurgulanmıştır^{1,6,7}. Bu nedenle, okullarda yürütülecek sağlık taramaları özel grupların sağlığı ve sağlık sorunlarının tanımlanması açısından önem kazanmaktadır^{8,11}.

Okul sağlığı hizmetleri içinde sağlık taramaları, özellikle okula yeni başlayan öğrenciler başta olmak üzere tüm sağlıklı ve engelli öğrencileri kapsamalıdır. Bu taramaların okul yıllarında ortaya çıkabilecek, eğitimi engelleyebilecek alanlara yönelik ve bölgesel farklılıklar dikkate alınarak planlanması nemlidir¹². Böylece görme-işitme sorunları, enfeksiyon hastalıkları, paraziter hastalıklar, gelişme geriliği, sakatlıklar, kalp hastalıkları, diş hastalıkları, ruhsal problemler gibi fark edilmeyen pek çok fiziksel, gelişimsel ve emosyonel sağlık sorununun erken dönemde

belirlenmesi mümkün olabilmektedir¹²⁻¹⁶. Sağlıklı çocuklarla karşılaştırıldığında, özellikle görme engellilerin bu sağlık sorunlarından bazılarına karşı benzer ya da daha fazla risk altında olmaları nedeniyle sağlık taramalarının yapılması ve böylece sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır^{8,11,17}.

Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar okul çağındaki sağlık sorunlarının tanımlanmasında, taramaların önemli olduğunu ortaya koymaktadır¹⁸⁻²⁴. Literatürde engelli çocuklara özellikle görme engellilere yönelik birkaç sağlık sorununu kapsayan bir tarama çalışmasına ulaşılamamakla birlikte yapılan taramaların ağız diş sağlığı, paraziter hastalık, obezite, skolyoz ve psikososyal gelişim gibi belirli spesifik alanlara özgü olduğu dikkati çekmektedir^{7,11,25}. Örneğin Prashanth ve ark. (2011) görme engelli öğrencilerin ağız- diş sağlığını değerlendirdikleri çalışmalarında öğrencilerin %34.1'inde diş çürüğü görüldüğünü²⁶; Cataranzariti ve ark. (2001) ise görme engelli çocuklarda, sağlıklı çocuklara göre 8 kat daha fazla skolyoz geliştiğini tespit etmişlerdir²⁷. Marshall ve ark. (2003) zihinsel engelli bireylerle yaptıkları çalışmalarında 10-19 yaş grubundakilerin %26'sının fazla kilolu ya da obez olduğunu; Dammeyer J. (2009) ise işitme sorunu olan çocuklarda psikososyal soruların %20-50 oranlarında yaşandığını belirlemişlerdir^{28,29}. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; Atambay ve ark. (2007) işitme engelli öğrencilerin %45.3'ünde bağırsak paraziti, %5.1'inde baş biti saptamış; yapılan girişimlerle paraziter hastalıklarda azalma tespit etmişlerdir¹¹. Yetkin Ay ve ark. (2005) çalışmasında farklı IQ seviyelerine sahip engellilerin ağız- diş sağlığı değerlendirilmelerinde DMF-t skorlarının 1.949-2.051; çürük dişin %5.6- 8.34; kayıp/eksik dişin %0.8-1.23; dolgulu dişin %0 -0.003 arasında değiştiği ve zihinsel engelin derecesinin ağız- diş sağlığı sorunlarını arttırdığı ortaya konmuştur²⁵. Çokpekin ve ark. (2003) çalışmasında ise engellik türünün, ağız diş sağlığını etkilediği belirlenmiş olup; ağız temizliği yönünden otistik çocukların en iyi, serebral palsi (CP)'li

çocukların en kötü oldukları dikkati çekmektedir⁷. Bu çalışmada çocukların dmft indeksleri ortalamalarının, 0-6 yaş için 2.55, 7-11 yaş ve üzeri için 1,63 olduğu tespit edilmiştir⁷. Böylece engelli öğrencilere yönelik literatürde yer alan çalışmalarda sağlık taramalarının önemi ortaya konmaktadır.

Okul sağlığı hizmetleri içinde tarama programları, çok disiplinli ekip yaklaşımı ile sürdürülmektedir^{17,30}. Ekip içinde önemli rol ve sorumluluklara sahip olan hemşireler, hizmetlerin sunumunda ve özellikle taramaların yürütülmesinde görev almaktadır^{13,15,17,31}. ABD’de Ulusal Okul Hemşireliği Birliği (NASN), okul hemşirelerinin rollerini öğrencilere ve okul çalışanlarına yönelik bakım verme, okul sağlığı ekibi ile işbirliği yapma, sağlık hizmetlerine ulaşmada liderlik etme, sağlık taramaları yapma ve uygun şekilde yönlendirme, sağlıklı okul çevresi geliştirme, sağlık eğitimi yapma ve sağlık politikalarının düzenlenmesine katkı sağlama olarak belirlemiştir^{32,33}. Engelli sağlığı göz önüne alındığında ise; okul sağlığı hemşiresinin sorumluluklarından biri yaş grubuna özgü ve engelliğe eşlik edebilecek diğer sağlık sorunlarını belirlemektir¹. Bu nedenle okul sağlığı hizmetleri kapsamında, görme engelli öğrencilerin sağlık taramalarının yürütülmesi önem kazanmaktadır.

Bu çalışmanın, özel grupların sağlığını değerlendirme konusunda farkındalık yaratacağı, görme engelli öğrencilerin sağlık sorunlarının erken dönemde belirlenerek gerekli önlemlerin alınmasında yardımcı olacağı, halk sağlığı hemşireliği alanında ve okullarda çalışan hemşirelere yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, görme engelliler okulunda öğrenim gören öğrencilerin sağlık sorunlarını tarama ile belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3.Araştırmanın Soruları

1.3.1. Görme engelli öğrencilerin yapılan tarama ile belirlenebilecek sağlık sorunları nelerdir?

1.3.2. Görme engelli öğrencilerde tarama (büyüme gelişme (boy- kilo), kan basıncı, ağız- diş sağlığı, işitme ve skolyoz) ile saptanan sağlık sorunlarının görülme oranları nedir?

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Engellilik

Engellilik; sağlığın bozulması sonucu oluşan yetersizlikten dolayı, herhangi bir yeteneğin sağlıklı olan kişiye göre azalması ya da kaybedilmesidir^{3,34}. Engelliliğin sınıflandırılması ve terminolojisi uluslararası düzeyde oldukça değişiklik göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü, 1980'den beri özürlülük modelini uluslararası çevrelerce kabul görecektir şekilde geliştirmeye devam etmektedir. DSÖ, bu sınıflandırmalardan birini Uluslararası İşlevsellik, Engellilik ve Sağlık Sınıflandırması (ICF- International Classification of Functioning) ile tanımlamıştır. ICF, bireylerin kendi sağlık koşulları ile ne şekilde yaşadıklarını tanımlamaktadır. Aynı zamanda ICF, bireyin işlevselliğine ve sakatlığına ilişkin çevresel faktörleri ele alan bir listeyi de içermektedir.

ICF' nin temel parametreleri şunlardır:

- Patoloji: Belirli bir vücut dokusu veya organın yapısı veya işleyişinde değişikliğe neden olan bir hastalık veya travmadır.
- Yetersizlik/ Sakatlık: Organ seviyesindeki bozuklukları kapsar. Patoloji sonucu meydana gelen psikolojik, fizyolojik veya anatomik yapının işlev kaybı veya anormalliği olarak tanımlanır.
- Özürlülük: Kişisel seviyedeki bozuklukları ifade eder. Herhangi bir aktiviteyi insan için normal kabul edilen aralık veya tarzda yapabilme yeteneğinin azalması veya kaybedilmesidir.
- Engellilik: Toplumsal düzeyde ortaya çıkar. Yetersizlik ve özürlülük nedeni ile kişinin toplumdaki rolünü (yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel faktörlere dayalı) yerine getirmesini engelleyen veya sınırlayan bir durumdur³⁵⁻³⁹. Tablo 2.1.1'de ICF'nin temel parametreleri örneklerle açıklanmıştır.

Tablo 2.1.1 ICF'ye göre hastalık, sakatlık, özürlülük ve engellilik terimlerinin ayrımı

Hastalık	Sakatlık	Özürlülük	Engellilik
1)Polio ⇒	Felçli Bacaklar	Yürüyememe	İşsizlik
2) Beyin hasarı ⇒	Hafif Zihinsel Engellilik	Öğrenme Zorluğu	Sosyal İzolasyon

Hastalık doku, sakatlık organ, özürlülük birey, engellilik ise toplum düzeyindedir³⁶⁻⁴⁰.

Engellilik prevalansının ölçülmesi zordur; ancak akut morbidite ve ölümcül hastalığın artış gösterdiği ve engelli yaşlı nüfusun arttığı toplumlarda bu ölçüm, giderek daha fazla önem kazanmaktadır³⁵. Başbakanlık Özürllüer İdaresi-Özürlülük Araştırmaları ve İstatistikleri Dairesi Başkanlığı verilerine göre (2005), Türkiye'de engelli nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %12.29 olup; engelli bireylerin % 3.5'ini konuşma engelliler, % 2.03'nü zihinsel engelliler, % 1.4'ünü ortopedik engelliler, % 0.06'sını işitme engelliler, % 0.02'sini görme engelliler oluşturmaktadır³. Bununla birlikte engellilerin demografik özellikleri ile engellilere ait özellikle sağlık alanında olmak üzere diğer verilerin elde edilmesine dair çalışmaların yapılmasının engellilere yönelik uygun ve etkili hizmet vermede önemli olduğu vurgulanmıştır⁴¹.

2.2. Engelliliğin Nedenleri

Dünya nüfusunun yaklaşık %15 kadarını engelli bireyler oluşturmaktadır ve engelliliğin etiyojisi doğumsal ve edinsel olarak sınıflandırılabilir^{2,40,42}. Engelliliğin nedenleri:

- Doğum öncesi nedenler
 - Akraba evlilikleri
 - Kalıtsal hastalıklar
 - Rh uyumsuzluğu
- Anneye ait nedenler
 - Diyabet
 - Hipertansiyon
 - Epilepsi
 - Kalp hastalıkları vs. Gibi kronik hastalıklar
 - Gebelikte geçirilen enfeksiyon hastalıkları: Kızamıkçık, toksoplazma, hepatit B, suçiçeği, cinsel yolla bulaşan hastalıklar
 - Annenin yaşı (18 yaş altı, 35 yaş üstü)
 - Kontrolsüz kullanılan ilaçlar
 - Tehlikeli kimyasal maddeler sonucu annenin zehirlenmesi
 - X-ray ışınlarına maruz kalma
 - Annenin yetersiz ve dengesiz beslenmesi
 - Stres
- Doğum esnasında karşılaşılan sorunlar
 - Uzun süren doğum süreci sonucu bebeğin oksijensiz kalması
 - Doğum esnasındaki yanlış uygulamalar
 - Erken veya geç doğum
- Doğum sonrasında karşılaşılan sorunlar
 - Bebeğe yüksek ateş ve febril konvülsiyon görülmesi
 - Kafa travmaları, kazalar

- Uzun süren sarılık
- Zehirlenmeler
- Bebeğin aşırı derecede antibiyotik veya diğer ilaçları alması
- Yenidoğan döneminde rastlanılan metabolik sorunlar
- Diğer nedenler
 - Psikososyal örselenmeler
 - İş kazaları ve meslek hastalıkları
 - Ev kazaları
 - Trafik kazaları
 - Çevresel faktörler (çevre kirliliği vs.)
 - Yaşlılık
 - Doğal afetler

Gelecekte dünyada ve ülkemizde engelli nüfusun daha da artacağı öngörüldüğünden, bu nedenler doğrultusunda uygun önlemlerin alınması gerekmektedir^{40,43}.

2.3. Engelliliğin Sınıflandırılması

Engellilikten bahsedildiğinde genellikle kas-iskelet sistemi bozuklukları ve gözle görülebilen anormallikler anlaşılmaktadır. Ancak görülme sıklığına göre sistem tutulumları aşağıdaki gibi sıralanmaktadır⁴⁰⁻⁴³.

1. Kronik iç organ hastalıkları
2. Kas- iskelet hastalıkları
3. İşitme bozuklukları
4. Görme bozuklukları
5. Konuşma bozuklukları
6. Öğrenme bozuklukları

7. Davranış bozuklukları
8. Diğerleri

Engelli bireylere yönelik sağlık hizmetleri de koruyucu, tedavi edici veya rehabilite edici olmak üzere üçe ayrılır. Koruyucu sağlık hizmetleri ise aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

- a) Birincil koruma: Hastalık ve yetersizliğin önlenmesi veya en aza indirilmesi.
- b) İkincil koruma: Yetersizlik sonrasında oluşabilecek özürülüğün önlenmesi veya en aza indirilmesi.
- c) Üçüncül koruma: Özürülük sonrasında oluşabilecek engelliliğin önlenmesi veya en aza indirilmesi

Koruyucu sağlık hizmetlerinin yürütülmesine, insan ana rahmine düşmeden önce başlanması gerektiği belirtilmektedir. Okul çağında ise koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında güvenli okul çevresinin düzenlenmesi, kazalara karşı önlem alınması, psikososyal gelişime önem verilmesi ve sağlık sorunlarının erken dönemde tespit edilmesi önem kazanmaktadır³⁸⁻⁴⁰.

2.4. Görme Engelli Bireylerin Sağlık Sorunları

Engellilik fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik olarak engeli yaşayan bireyi, ailesini ve yakın çevresini etkilemektedir¹. Bu nedenle engelli bireyin sosyal izolasyon yaşamaması, eğitimine devam etmesi, üretime katılması; sağlığının sürdürülmesi, korunması ve geliştirilmesi mümkün olduğunca sağlanmalıdır. Ancak yapılan çalışmalar, engellilerin sağlık hizmeti alma oranlarının yetersiz olduğunu vurgulamaktadır⁴⁴. Bu nedenle engelli bireylerle birlikte, okul çağı dönemindeki engelli çocuklar, diğer çocuklardan daha fazla ve farklı

boyutlarda sağlık hizmeti almalı ve özellikle birinci basamakta izlem ve tarama programlarına dahil edilmelidirler^{43,44}. Örneğin Avustralya’da engelli adolesanların, yetersiz bağışıklama ve sağlık kontrolleri (kan, kolesterol, glikoz vs.), düşük ya da fazla kilolu olma ve ağız diş sağlığı problemleri olarak sıralanan sağlık sorunlarının olduğu tespit edilmiřtir⁴⁵.

Bu sağlık sorunları göz önüne alındığında, özellikle görme engelli çocuklara ve gençlere yönelik koruyucu sağlık hizmetleri önem kazanmaktadır⁴⁶. Sağlıklı çocuklarla karşılaştırıldığında, diğer engellilerden farklı olarak, görme engellilerin bazı hastalıklara karşı benzer ya da daha fazla risk faktörleri (obezite, malnutrisyon, hipertansiyon, skolyoz vs.) bulunmaktadır. Bu nedenle, bu risk faktörlerine yönelik okul taramaları yapılmalı ve öğrencilerin sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır^{8,11,17}.

2.5.Görme Engellilerin Sağlık Sorunlarının Belirlenmesinde Taramaların Önemi

Tarama, bir toplulukta hızla uygulanabilen testler ve muayeneler aracılığıyla, fark edilmeyen hastalıkların ortaya çıkarılması sürecidir. Hastalığın erken dönemde tespit edilmesi, kısa sürede topluma yararlı olacak şekilde tedavinin geliştirilmesini sağlayabilir^{17,47}.

Bir halk sağlığı terimi olarak hastalığın ya da durumun taranabilir olması sık karşılaşılmamasını gerektirir, yani toplumdaki prevelansı %1 ve daha fazla olmalıdır. Hastalık sürecinde, durum erken fark edildiğinde müdahale edilebilir, tedavi planı yüksek oranda yararlı ve uygun değişiklikleri yerine getirebilecek şekilde olmalıdır.

Çocuklara ve gençlere yönelik yapılan taramaların amaçları şu şekilde sıralanabilir⁴⁷:

1. Sık karşılaşılan hastalıkları ve sağlık problemlerini azaltmak
2. Yapılabilecek erken müdahaleleri belirlemek,
3. Birey için yararlı olabilecek uygulamaları saptamak için tarama yapmak

Görme engellilere yönelik sağlık hizmetleri, sağlıklı bireylere sunulan hizmet ile benzer nitelikte olmalıdır. Bu nedenle sağlık sorunlarının belirlenmesinde, görme engelli öğrenciler için de taramalar önem kazanmaktadır.

Çocuğun sağlıklı olması ve okula devam etmesi okul başarısını etkilemektedir. Bu nedenle bu dönemdeki sağlık sorunları erken dönemde tespit edilmeli ve tedavi edilmelidir. Okul çağı döneminde görülen başlıca sağlık sorunları, diş çürükleri, görme ve işitme kusurları, büyüme ve gelişme gerilikleri, ruhsal uyumsuzluklar, solunum yolu enfeksiyonları, pes planus ve skolyoz gibi ortopedik bozukluklar, obezite gibi sorunlardır^{12-15,47}. Okul çağındaki çocukların toplumların geleceği olduğu unutulmamalıdır.

Okul sağlığı hizmetleri kapsamında sağlığın değerlendirilmesine yönelik çalışmalar okula giriş muayeneleri, periyodik muayeneler ve tarama programlarıdır. Sağlık izlemi 5 yaşından 19 yaşa kadar uzanan okul çağında da sağlıklı ve üretken kuşaklar yetişmesinin ön koşulu olup, belirli zaman aralıkları ile büyümenin izlenmesi ve sağlık durumunun kontrol edilmesi ile sağlanabilmektedir^{13,48}. Bu düzenli kontrollerde okul ve okul çevresiyle ilişkili riskler de dikkate alınmalıdır^{14,17}. Okul çevresi, okulun yeri, binası, etrafı, okula ulaşım (trafik vs.) alt yapı sistemleri, oyun alanları, su temini, yemekhane, çöplerin yok edilmesi, tuvaletler, ısıtma ve havalandırma, aydınlatma, sınıf ortamının ve

gereçlerinin ergonomisi konularını içermektedir. Sağlıklı bir okul çevresi için her bir konuya özgü standartlar belirlenmiştir^{12,17,49}. Ayrıca okul çağı döneminde birçok nedene bağlı olarak (hızlı ve tedbirsiz hareket etme, merdivenler, zemin) çocuklar kazalara maruz kalmaktadır. Bu nedenle, okul çevresine özgü standartlara uyma ve okul binası ile çevresinde kazalara karşı önlemler alma görme engelli öğrenciler için daha fazla önem taşımaktadır^{17,49}.

2.5.1.Okula giriş muayeneleri:

Öğrencilerin fiziksel ve ruhsal sağlık durumunu değerlendirmek için her yıl inceleme yapılmalıdır. Nitelikli bir değerlendirme yapabilmek için, ara sınıflardaki muayene ve tarama programlarıyla birlikte okula giriş ve çıkışta muayene yapılması görüşü benimsenmektedir¹⁴.

2.5.2. Periyodik Muayeneler:

Okul çağındaki çocuklar sürekli büyüme ve gelişme içinde olduklarından, periyodik olarak izlenmeleri gereklidir³³. Hastalıkların erken tanı ve tedavisi için okula giriş muayenelerinden sonra uygun aralıklarla (bir yıl/ üç yıl gibi) çocuklar ve okul sağlığı hizmetleri kapsamında okul personeli de muayene edilmeli ve genel sağlık durumları değerlendirilmelidir^{17,50}.

2.5.3. Tarama programları:

Periyodik muayeneler, genel sistem muayenesi şeklinde yapılabileceği gibi, belirli bir alana ya da hastalığa özgü olarak taramalar şeklinde de yapılabilir⁵⁰. Örneğin bir öğrencinin başarısızlığının nedeni, görme sorunun yanında gözden kaçırılan işitme sorunu olabilir. Bu gibi

öğrenmeyi olumsuz etkileyen sorunlar basit ve seçici tarama yöntemleri ile tespit edilebilir. Görülme sıklığı az olan, ancak kalıcı ve önemli sağlık sorunlarına neden olan büyüme- gelişme, kan basıncı, kan şekeri, ruh sağlığı ve ağız- diş sağlığı, görme, işitme sorunları, ortopedik bozukluklar, hepatit, idrarda albuminüri, glikozüri gibi sağlık sorunlarına yönelik tarama programları uygulanabilir. Ayrıca toplumsal yayılma özelliği olan hastalıklar (örneğin parazit enfeksiyonları, streptokok enfeksiyonları) da tarama programlarına dahil edilebilir¹⁷.

Tarama muayenelerinin her yıl ya da 1-2 yıl ara ile yinelenmesi gerekebilir. Bu incelemeler sonucunda hastalık kuşkusu olan öğrencilerin konunun uzmanı tarafından yeniden değerlendirilmeleri sağlanır^{14,71}.

2.5.3.1. Görme taramaları: Görme taramaları ile uzaktan görme keskinliği, renk körlüğü, şaşılık ve göz enfeksiyonları tespit edilebilir. Göz sağlığı sorunu olan öğrencilerle olmayanlar arasında okul başarısı yönünden farklar vardır. Bu sorunların erken saptanıp düzeltilmesiyle bu fark ortadan kaldırılabilir. Örneğin görme keskinliğinin değerlendirilmesi Snellen eşeli kullanılarak yapılır. Görmesi 8/10'un altında olanlar kuşkulu görme kusuru olarak değerlendirilip göz hastalıkları uzmanına yönlendirilir^{14,17,50}. Görme taramaları aracılığıyla varsa görme engeli ya da eşlik eden diğer göz sağlığı sorunları tespit edilebilir.

2.5.3.2. Büyüme ve gelişme taramaları: Yeterli ve dengeli beslenme, büyüme ve gelişmeyi etkileyen en önemli faktör olarak değerlendirilmektedir. Çocukluk ve ergenlik döneminde beslenme sorunu olarak, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde obezite; az gelişmiş ülkelerde ise düşük kilolu olma, malnutrisyon ve boy kısalığı karşımıza çıkmaktadır^{23,51,52}. Literatürde beslenme sorunlarının etiyolojisinde, yaş, cinsiyet, genetik faktörler, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite,

sosyoekonomik düzey ve psikolojik faktörlerin rol oynadığı bildirilmiştir^{17,51-55}.

Öğrencilerin boy ve ağırlıkları her yıl ölçülmeli, gelişiminde gerilik saptananlar ileri incelemeler için uzmana yönlendirilmelidir¹⁴.

Büyümenin değerlendirilmesinde çocuğun takvim yaşının doğru olarak belirlenmesi esastır. Bunun için çocuğun doğum tarihi öğrenilerek takvim yaşı yıl ve ay olarak hesaplanır^{17,56}. Boy ile ilgili olarak, 4–6 yaşta 6cm/ yıl, 6 yaş – puberte arasında 4.5cm/ yıl'dan düşük büyüme hızı yetersiz büyümeyi gösterir. Kilo ile ilgili olarak ise, 5 yaşında 2 kg olan yıllık ağırlık artışı, 10 yaşına gelindiğinde yaklaşık 3 kg' a çıkar; 12 yaşındaki kız çocuklarda 5 kg' ı bulur. Ergenlik boyunca kızlar 16–20 cm, erkekler 25–28 cm uzar; yine kızlar ortalama 16 kg, erkekler 20 kg alırlar. Bu değerlerin yanı sıra büyüme eğrileri, büyüme durumunu yaşa göre boy ve yaşa göre ağırlık parametrelerinden oluşan yüzde dağılım (persantil) ya da standart deviasyon yöntemlerini kullanarak açıklar. Boy kısalığı kronik malnütrisyon, ağırlıkta azalma ise akut malnütrisyon bulguları olarak değerlendirilmektedir^{17,23,56,57}.

Beden Kitle İndeksi ise beslenme sorunlarının (düşük kilo, obezite vs) daha doğru olarak değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Çocuğun boy uzunluğu ve kilosunu içeren formüller kullanılır. Sağlıklı çocuklarda yaşa göre BKİ persantil dağılımını gösteren standart eğriler de vardır. Muayene edilen çocukta elde edilen BKİ değeri, bu eğrilerle değerlendirilir^{17,56}.

2.5.3.3. Kan Basıncı Taramaları: Son 30 yılda elde edilen verilere göre aterosklerotik - kardiyovasküler hastalık süreci çocukluk çağlarında başlamakta ve yaşam süreci boyunca genetik, potansiyel risk faktörleri ve çevresel etmenlerden etkilenmektedir. ABD'de farklı etnik gruplarla yapılan

Çalışmalarda gün geçtikçe obezite artışına bağlı olarak çocuklardaki kan basıncı ortalamalarının yükseldiği; 1988-2000 yılları arasında sistolik kan basıncında %29, diyastolik kan basıncında ise %12'lik artış gözlendiği bildirilmiştir^{20,58-62}. Amerika'da yapılan çalışmalarda SKB ort. 104.6-106 mmHg; DKB ise ort. 58.4- 61.7 mmHg arasında değiştiği belirtilmiřtir⁵⁸.

Çocukluk ağında hipertansiyon varlığının erişkin dönemde hipertansiyon riskini 2.5 kat arttırdığı bildirilmiřtir⁶⁰. Okul ağı döneminde çocuğun kan basıncı takibinin yapılması, ilgili birçok hastalığın (konjenital kalp hastalıkları, böbrek hastalıkları ve endokrin bozukluklar) tespiti ve izlem açısından nemlidir⁵⁰. Ailesel yatkınlık, büyüme gelişme izlemi, ölçüm sırasındaki ve genellikle yaşamındaki stres ve aktivite durumu, doğru ölçüm aracı ve tekniği kan basıncı taraması sırasında değerlendirilmesi gereken faktörlerdir. Çocuklar/ergenler hareketli yaşam tarzına özendirilmeli, dengeli ve yeterli beslenme ile stresle baş etme yöntemleri ğretilmelidir^{59,60}.

2.5.3.4. Ağız- Diş sağlığı taramaları: Taramalarla en sık tespit edilen ve ele alınması gereken önemli sorunlardan biri ağız- diş sağlığı sorunlarıdır. Diş rklerinin erken tanı ve tedavisi, o dişin kaybını önlediği gibi; vücuttaki bir enfeksiyon odağının da ortadan kalkması demektir. Ayrıca bu tarama, çocuğun beslenme durumu, büyüme gelişmesi ve ağız hijyeni uygulamaları açısından önemlidir. Özellikle ilköğretim birinci basamakta okuyan öğrenciler ağız-diş sağlığını korumaya yönelik eğitimler için hedef grup olarak alınmalıdır^{14,50,63}.

2.5.3.5. İşitme taramaları: Ülkemiz, konjenital işitme kayıplarının en sık grldği ülkeler arasında olup; her yıl yaklaşık olarak 2500 bebek konjenital işitme kaybı ile doğmaktadır^{17,64}. Hafif işitme kusurları öğrenmeyi etkiler, ancak ağır işitme bozuklukları konuşma-dil ve davranış bozuklukları meydana getirir. Bu nedenle işitme taramaları önem

kazanmaktadır. İşitmenin ölçülmesinde fısıltı testi, saat testi gibi basit yöntemler kullanılabileceği gibi, hava iletimini ölçen pür ton odiyometri gibi daha güvenilir yöntemlerden de yararlanılabilir. Odiyoskop işitme bozukluğu için en etkili tarama aracıdır, fakat okul taramalarında da kullanılabilecek ekonomik ve eşit etkinlikteki bir seçenek “fısıltı testi”dir^{14,50,65}.

2.5.3.6. Skolyoz taramaları: Skolyoz omurganın yana eğrilmesi olarak tanımlanabilir. Skolyoz, nedenleri farklı olmakla birlikte geniş çaplı olarak konjenital, nöromuskuler, sendromla ilişkili ve idiyopatik olarak sınıflandırılan spinal bir deformitedir⁶⁶⁻⁶⁸. Olguların %75-80’ini idiyopatik skolyoz oluşturur. En yaygın belirti ise asimetridir. İlk fark edilen bulgu bir omuzun diğerine göre daha yüksek olmasıdır. Okul taramalarında skolyoz, Adam’s Forward Bending Test (Öne Eğilme Testi) ile belirlenebilir^{19,69}. Ancak kemik grafisi ve MR ile skolyoz riski doğrulanmalıdır⁶⁶. Birey kesin tanı için ortopedi ya da fizik tedavi ve rehabilitasyon uzmanlarına yönlendirilmelidir.

Skolyozda okul taramaları erken tanı için önemlidir. Skolyozun erken tanısı, zaman içinde doğuracağı öteki komplikasyonların (vücutta deformasyonla birlikte ileri dönemlerde sık sık tekrarlayan akciğer enfeksiyonları, hipoksi, pulmoner rezistansta artma ve pulmoner hipertansiyon sonucu sağ kalp yetmezliği gibi) önlenmesi ve gidişini etkileyen etmenlerin bulunarak ortadan kaldırılmasını sağlamak açısından olduğu kadar, olguların sağaltımdan optimum düzeyde yararlanmaları için de çok önemlidir⁶⁸. Tedavi edilmemiş skolyozlu erişkinlerin çoğunda sırt ağrısı, solunum sıkıntısı, iş yeteneğinde azalma ve psikososyal uyum bozuklukları görülmektedir. Bu nedenle, hastalığı olan veya gelecekte hastalık yönünden risk gösteren bireylerin belirlenmesi gereklidir^{17,50}.

Taramaların yürütülmesi sağlıklı çocuklarda/ergenlerde olduğu kadar engelliler için de önem kazanmaktadır. Engellilerin hassas ve özel bir grup olduğu da göz önünde bulundurulursa, taramaların sorun tespit edilen çocuklar üzerinde psikolojik bir rahatsızlık yaratmaması daha da önem kazanmaktadır. Zarar vermeme ilkesine göre çalışma, öğrencilerin fiziksel, psikolojik ve sosyal iyiliğini etkilemektedir. Bununla birlikte, tarama bulgularının kayıtlarını tutma, engelli çocuk/ergenlerin izlemi açısından çok daha değerlidir ^{17,53,58,70,71}.

2.6. Özel Grupların Sağlığının Korunmasında ve Geliştirilmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Engelli bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, halk sağlığı hemşiresinin bakım verici, eğitici, vaka yönetici, savunucu, işbirlikçi, lider ve araştırmacı rolleri, özürlü ve kronik hastalığı olanlar gibi özel grupların bakımında önem kazanmaktadır. Halk sağlığı hemşiresi, bu rollerini birey, aile ve toplum düzeyindeki girişimleri ile ortaya koymalı ve engelli bireye özgü biyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve çevresel özellikleri gözetmelidir^{38,39}. Dünya Sağlık Örgütü Raporu'nda (2002) sağlık için uygun olmayan davranışların kronik hastalıkları, engelliliği ve erken mortalite riskini arttırdığı belirtilmiştir. Yaşam tarzının ise morbidite ve mortalite oranlarını büyük ölçüde etkilediği ve bu alana yönelik her türlü müdahalenin öncelikli ve önemli olduğu belirtilmektedir. Düşük kilolu olma, korunmasız cinsel ilişki, yüksek kan basıncı, sigara ve alkol tüketimi, katı yakıtların yakılması sonucu çıkan gazların solunması, yetersiz su, sanitasyon ve hijyen, demir eksikliği, kolesterol yüksekliği ve obezite okul çağında en önemli on sağlık riski olarak belirlenmiştir. Dünya genelinde bu on sağlık sorunu, özürlü bireylerin tüm ölümlerinin %33'ünden sorumlu tutulmaktadır^{38,39}. 2010 yılındaki DSÖ raporu ise diyabet, astım, kronik böbrek hastalığı, artrit, peptik ülser, görme ve işitme bozuklukları ile fazla kilolu olma sorunlarına odaklanmıştır. Aynı zamanda, engelli bireylerin

sağlığını korumaya ve eşlik edebilecek diğer sağlık sorunlarını önlemeye çalışarak engelli ve engelli olmayanlar arasındaki eşitsizliği azaltma amaçlanmıştır^{38,39}.

Birincil ve ikincil koruma yaklaşımları, halk sağlığı profesyonelleri tarafından son yıllarda özellikle vurgulanmaktadır. Bu nedenle, öncelikle engelli bireylerin sağlığı koruma ve geliştirme ihtiyaçları belirlenmelidir. Tıbbi, sosyal, duygusal, mental, ailesel ve toplumsal problemler olarak adlandırılan engellilik dışındaki ikincil sağlık sorunlarını azaltmaya yönelik hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi uygulamaları, engelli bireylere sunulacak sağlık hizmetleri içinde önem kazanmaktadır. Bu bağlamda, engelli bireylerin sağlıklı yaşam tarzı oluşturmalarında ve ikincil hastalıklardan korunmalarında yardımcı olmak en önemli halk sağlığı girişimidir. Sağlık eğitimi aracılığıyla görme engelli öğrencilere yeterli ve dengeli beslenme, düzenli egzersiz, stresle baş etme, sağlıkla ilgili özsorumluluk geliştirilmesi ve farkındalığın artırılması sağlıklı yaşam tarzının geliştirilmesinde önemli hemşirelik girişimleri olarak sıralanabilir. Örneğin engelli öğrencilerin öz-bakım ihtiyaçlarını nasıl belirleyebilecekleri konusunda ve günlük yaşam aktivitelerine katılımlarını arttırmaya yönelik halk sağlığı hemşirelerinin çalışma yapması beklenmektedir^{38,39}.

2.7. Görme Engelli Çocuk ve Ergenlerin Sağlığının Korunmasında ve Geliştirilmesinde Okul Hemşiresinin Rolü

Engelli öğrencilere yönelik okul sağlığı hizmetleri içinde özellikle taramalar ve periyodik muayeneler, bireye özgü sağlık hizmeti sunumu açısından önemlidir. Ekip içinde özellikle okul hemşirelerinin, sağlıklı çocuklarla birlikte engelli çocuklara yönelik kapsamlı tarama programlarının yürütmesindeki sorumluluğu vurgulanmaktadır^{1,15,17}. Çocuğun fiziksel, bilişsel ve psikososyal gelişiminin hızlı olduğu okul çağı

döneminde, çocuklar ve gençler sağlıkla ilgili temel bilgileri ve davranışları öğrenmekte olup bilgi, değer ve davranışları açısından birbirlerinden etkilenmektedirler^{13,17,32}. Sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranışlar bu dönemde kazandırılırsa daha sağlıklı bir toplumun temelleri atılmış olur¹³. Bu doğrultuda, okulda sunulan sağlık hizmetlerinin görme engelli öğrencilere yönelik rehabilitasyon süreci kapsamında yer aldığı söylenebilir⁴⁰. Bu sürecin yönetiminde, okul hemşiresinin rolü önem kazanmaktadır. Okul sağlığı hemşiresi, çağdaş sağlık hizmetlerine paralel olarak birincil, ikincil ve üçüncül korumada çok önemli görevler yürütmektedir^{72,73}. Okul sağlığı hemşiresinin birincil korumada sağlığı koruma ve geliştirme en önemli rolüdür ve bunu sağlık eğitimi yaparak uygular. Sağlık eğitiminin amacı, çocuğun okul öncesi dönemde edindiği olumlu sağlık bilgi, tutum ve davranışlarını desteklemek ve olumsuz ve yetersiz olanları değiştirmektir. Okul sağlığı hemşiresinin bir diğer önemli rolü de ikincil korumaya yönelik erken tanı ve tedavidir. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri kapsamında rehabilitasyon hizmetlerinin yürütülmesinde görev alırlar.

NASN, okul sağlığı hemşirelerinin rollerini şu şekilde sıralamıştır. Okul sağlığı hemşiresi;

- 1) Öğrencilere ve okul çalışanlarına, hemşirelik bakım planını kullanarak, doğrudan sağlık bakımı sunar.
- 2) Sağlık hizmetlerine ulaşmada liderlik eder.
- 3) Sağlık sorunlarına yönelik tarama ve yönlendirme yapar.
- 4) Sağlıklı bir okul çevresi geliştirir.
- 5) Öncelikle sağlık eğitimi yolu ile sağlığı geliştirir.
- 6) Sağlık politika ve programlarında liderlik rolünü üstlenir.
- 7) Okul çalışanları, aile, toplum ve sağlık ekibi ile bağlantı kurar^{32,33}.

Vietnam’ da yapılan bir çalışmada; hemşirelerin, okulda acil bakımı ve tedaviyi yerine getirme, sağlık taramalarını yürütme, öğrencilerin

sağlık kayıtlarını tutma, okul çevresi sanitasyonunu sağlama, öğrencilere, öğretmenlere ve ailelere sağlıkla ilgili konularda danışmanlık yapma, sağlık eğitimi yapma şeklinde rollerinin olduğu saptanmıştır^{48,72}.

Okul sağlığı hemşiresinin genel olarak sunduğu sağlık hizmetinin yanında engellilere (çocuk, ergen, yetişkin vs.) yönelik girişimleri aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- 1) Hemşire, engelli çocuk/ergen ve ailesinin bakış açısıyla veri toplamalı,
- 2) Hemşire, engelli çocuk/ergenin sağlık durumu ile ilgili bir uzman olarak, engellinin kendisi ve ailesiyle ilişki kurmalı,
- 3) Hemşire, engelli öğrenciyi dinlemeli ve hakkında ayrıntılı bilgi edinmeli, engelli olmayla ilişkili sorunlarla baş etme yöntemlerini birlikte geliştirmeli,
- 4) Hemşire, öğrencinin neye ihtiyacı olduğunu, neyi yapabiliyor olduğunu ve ona ne zaman yardım edeceğini iyi bilmeli,
- 5) Engelliliğe eşlik edebilecek ikincil sağlık sorunlarını erken dönemde tespit etmeli,
- 6) Sağlıklı davranışların kazandırılmasına yönelik uygun yöntemlerle sağlık eğitimleri yapmalı,
- 7) Toplum kaynaklarını iyi kullanabilmeli, böylece bireyin ve ailesinin ihtiyaçlarını gidermede yardımcı olabilmeli,
- 8) Hemşire, iyi bir savunucu olmalı ve etik ilkelere göre karar vermeli; engellilere yönelik politikaların belirlenmesinde bu rol ve ilkeler doğrultusunda hareket etmelidir^{38,39}.

Engellilik, bireysel, ailesel ve toplumsal olarak baş edebilmeyi ve yaşam tarzının düzenlenmesini gerektiren önemli ve öncelikli bir durum olduğundan uygun hemşirelik girişimlerine, multidisipliner yaklaşıma ve yasaların desteğine ihtiyaç vardır³⁹.

19.04.2011 tarihinde Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte, Okul Sağlığı Hemşiresi'nin Görev yetki ve sorumlulukları şu şekilde sıralanmaktadır⁷⁴.

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

a) Görev yaptığı okulda okul sağlığı hizmetleri ile ilgili sorunları, gereksinimleri saptar ve okul idaresine bildirir.

b) Sağlık risklerinin erken tanınması ve uygun girişimlerin planlanması, gereken önlemlerin alınması konusunda okul idaresiyle koordinasyonu sağlar.

c) Sağlık biriminin malzeme ihtiyaç listesini tespit eder ve okul idaresine bildirir.

ç) Okula her yeni katılan öğrencinin sağlık durumunun değerlendirilmesinde ve öğrencilerin düzenli olarak periyodik fiziki muayenelerinde görev alır ve sağlık durumunu kaydeder.

d) Hastalanan veya acil müdahale gereken öğrenci ve okul çalışanının, hekim istemi doğrultusunda tedavi ve bakıma yönelik hemşirelik hizmetlerini planlar, uygular, değerlendirir ve hemşire gözlem formuna kayıt eder.

e) Okul sağlık ekibiyle birlikte okulda düzenli olarak gerçekleştirilen bağışıklama ve sağlık taramalarında görev alır.

f) Okulda çevre sağlığını ilgilendiren durumları (okul çevresi, oyun alanı, su sağlanması, çöplerin yok edilmesi, tuvaletler, ısıtma ve havalandırma, aydınlatma, kazalara neden olabilecek durumlar, sınıfların büyüklüğü vb.) kontrol eder, değerlendirir ve okul idaresini bu konuda bilgilendirir.

g) Okulda öğrencilere doğru sağlık bilgilerinin aktarılması ve sağlık konusunda olumlu davranışların kazandırılması amacıyla Sağlık Eğitimi

(temizliğin önemi, kazalar ve hastalıklardan korunma, ilkyardım, sigara ve alkolün zararları ve cinsel eğitim vs.) faaliyetleri planlar ve yürütür.

ğ) Okulda yapılan ruh sağlığı çalışmaları (madde bağımlılığı, yeme bozukluğu, dikkat bozukluğu, depresyon, anksiyete, antisosyal davranışlar vs.) sonucunda sorun saptanan öğrenci, öğretmen ve ailesi arasında işbirliğini sağlar ve ilgili durumda sağlık danışmanlığını yürütür.

h) Okul kantininde görev alan personelin kişisel hijyen, kantin hijyeni ve gıda güvenliği gibi konularda sağlık eğitimlerini planlar, yürütür ve denetler.

ı) Okul temizliğini yürüten personele tuvalet temizliği, sınıf temizliği gibi konularda sağlık eğitimi yapar ve onları denetler.

i) Okul mutfağında görev alan personele kişisel hijyen, mutfak hijyeni ve besinlerin satın alınmaları, saklanması, işleme, işlendikten sonra saklama konularında sağlık eğitimlerini planlar, yürütür ve denetler.

j) Düzenli periyodik olarak okulun sağlık raporunu oluşturur ve okul idaresine bildirir.

k) Öğrencilerin fiziksel ve psikolojik potansiyellerini fark edip ortaya koymalarını sağlamak, özgüvenlerini geliştirmek amacı ile okulda görev alan öğretmenler, öğrenci ve aile arasında koordinasyonu sağlar.

l) Kronik hastalığı ve alerjileri olan öğrenciler için öğrencinin kendisi, aile ve öğretmenine sağlık danışmanlığı yapar. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesinde öğrenciler, aileleri ve öğretmenleri arasında koordinasyonu sağlar ve sağlık danışmanlığını yürütür.

m) Kazalardan korunma ve güvenlik önlemlerinin geliştirilmesinde, öğrenci, aile, okul yönetimi ve eğitimcilerle işbirliği içerisinde çalışır.

Yasalarla belirlenmiş görevler doğrultusunda, sağlıklı öğrencilerle birlikte, engelli öğrencilerin ve özellikle görme engellilerin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde okul hemşirelerinin sorumluluğu bulunmaktadır.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma, görme engelliler okulunda öğrenim gören öğrencilerin sağlık sorunlarını tarama ile belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara ili Yenimahalle İlçesinde bulunan Mitat Enç Görme Engelliler İlköğretim Okulu'nda yapılmıştır. Okulda 16 sınıf ve 1 ana sınıfı bulunmaktadır. 2010- 2011 eğitim- öğretim yılı itibariyle toplam 99 öğrenci öğrenim görmektedir. Ancak okula kayıtlı olup sürekli devamsızlık yapan öğrenciler bulunmaktadır. Okula devam eden öğrencilerin 23'ü yatılı kalmaktadır. Okulda 5'i okul yönetiminde olmak üzere, toplam 38 öğretmen görev yapmaktadır. Gündüz saatlerinde (tam zamanlı) bir hemşire bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri okul hemşiresi tarafından revirde yürütülmektedir. Hemşire ilk yardım ve tedavi uygulamalarını, gereksinim duyulan konularda sağlık eğitimi ve danışmanlık ile birlikte özellikle yemekhane ve yatakhanelerinin sağlığa uygunluğunun kontrolünü yapmak, gerekli sağlık hizmetine erişimi sağlamaya yardımcı olmak gibi görevleri yürütmektedir.

Muayeneler, Mitat Enç Görme Engelliler İlköğretim Okulu Sağlık Ofisi'nde yapılmıştır. Sağlık ofisi yaklaşık 25m² 'lik bir alanda yer almakta, bir ofis ve bir revirden oluşmaktadır. Sağlık ofisinin biri okul bahçesine, diğeri okul içine açılan iki kapısı mevcuttur. Ofis ile revir bir kapı ile birbirinden ayrılmaktadır. Ofis kısmında bir masa, bir bilgisayar, bir kanepe, üç sandalye ve kapalı bir dolap bulunmaktadır. Revir kısmında ise, bir sedye, paravan, ecza dolabı, bir sandalye bulunmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Mitat Enç Görme Engelliler İlköğretim Okulunda öğrenim gören öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, öğrencilerin tümü çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve velileri tarafından izin verilen toplam 74 öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, Ankara’da bulunan, Milli Eğitim Bakanlığı’na bağlı bir görme engelliler ilköğretim okulunda öğrenim gören öğrenciler ile yapılmıştır. Bu nedenle araştırmanın bulguları yalnızca taramanın yapıldığı evrene genellenebilmiştir. Ayrıca velilerinin izin vermediği toplam 15 öğrenci çalışmaya dahil edilememiştir. Girişimsel müdahale gerektiren taramalar (açlık kan şekeri, kolesterol, hemoglobin ölçümü vs) çalışma kapsamına alınmamıştır.

3.5. Verilerin Toplanması

3.5.1. Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, konu ile ilgili literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilen soru formu (EK.1) ve işitme, kan basıncı, skolyoz, lboy- kilo, ağız- diş sağlığı muayenelerini içeren tarama formu (EK. 2) ile toplanmıştır^{14,17,56,75-77}.

3.5.1.1. Soru Formu

Soru formu 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde öğrencilerin kardeş sayısı, aile tipi gibi sosyo-demografik özelliklerine yönelik; ikinci bölümde öğrencilerin göz sağlığı ve tarama yapılan

alanlarla ilişkili bilgilere yönelik (beslenme alışkanlıkları, ağız-diş sağlığı uygulamaları, hipertansiyon, kulak/işitme sağlığı ve skolyoz ile ilişkili olabilecek bulguları, vs.); üçüncü bölümde ise ailelerinin tanımlayıcı özelliklerini ve sağlık durumunu belirlemeye yönelik (katılımcının anne ve babasının öğrenim durumu, mesleği, ailenin sağlık güvencesi, ekonomik durumu, beslenme şekli ve ailede var olan kronik hastalıklar ile öğrencinin bilinen hastalıkları, ilaçları vs.) açık ve kapalı uçlu sorular yer almaktadır.

Soru formunun ilk bölümünde katılımcıları bilgilendirme amaçlı yönerge bulunmaktadır.

3.5.1.2.Tarama Formu

Tarama formu, kronolojik yaş, cinsiyet, boy- kilo ölçüm sonuçlarını, beden kitle indekslerini, kan basıncı ölçüm sonuçlarını, toplam diş ve çürük, dolgulu, kayıp/çekilmiş diş sayılarını, ağız hijyenini, ağız- diş sağlığı değerlendirmelerini, işitme ve skolyoz değerlendirme sonuçlarını kaydetmek amacıyla hazırlanmıştır. Tarama yapılan alanlara yönelik değerlendirmelerde, Persantil (Boy, Kilo, Kan Basıncı) Tabloları, Dmf-t İndeksi, Adam's Forward Bending Test (Öne Eğilme Testi) ve Fısıltı Testi kullanılmış ve elde edilen bulgular tarama formuna kaydedilmiştir.

3.5.2. Persantil Tabloları (Boy- Kilo- Beden Kitle İndeksi- Kan Basıncı)

Tarama kapsamında yapılan boy, kilo, beden kitle indeksi ve kan basıncı değerlendirmelerinde persantil eğrileri kullanılmıştır^{17,78}. Bu ölçümlerin değerlendirilmesinde çocuğun takvim yaşının doğru olarak belirlenmesi esastır. Bunun için çocuğun doğum tarihi öğrenilerek takvim yaşı yıl ve ay olarak hesaplanmıştır.

Boy uzunluğunun ölçümü, standart bir ölçüm araç olan stadiometre kullanılarak yapılmıştır. Boy uzunluğu çocuğun skapula, kalça ve topuk bölgesi ölçüm tahtasına temas edecek şekilde ve çocuk en dik pozisyonda iken ölçülmüştür. Çene mandibula köşesinden yukarıya doğru hafif itilmiş; göz-kulak kepçesinin üst kısmından geçen çizgi yere paralel ve aynı düzlemde olmasına dikkat edilmiştir.

Vücut ağırlığını ölçmek için 100 grama duyarlı baskül kullanılmıştır. Baskül, GÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi teknik servisinde kalibre ettirilmiştir. Ölçüm yapılmadan önce baskülün ayarı kontrol edilmiş, ölçüm sırasında çocuğun herhangi bir yere dokunmamasına özen gösterilmiştir. Boy ve kilo ölçümleri sırasında çocuğun ayakkabıları ve ağırlık yapacak üst giysileri çıkarılmıştır.

Büyüme ve gelişme düzeyinin değerlendirilmesinde yaşa göre alt ve üst sınırları belirleyen ve normal dağılımı gösteren eğriler hazırlanmıştır. Bu eğrilerde yaşlara göre yüzde dağılım (persantil) değerleri belirtilmiştir; alt ve üst sınırlar genellikle 3. ve 97. persantil çizgileri olarak gösterilmiştir^{17,23}. Bu çalışmada öğrencilerin büyümelerinin değerlendirilmesinde, literatürde olduğu gibi 3.- 97. persantil arası 'normal' olarak kabul edilmiştir. Böylece 3. Persantilin altında kalan ve 97.persantilin üzerinde olan değerlere sahip öğrencilerin büyüme gelişme sorunu olduğu saptanmıştır.

Büyümenin değerlendirilmesi ile birlikte çocuklarda beslenme sorunlarının (düşük kilolu, obez vs.) belirlenmesinde Beden Kitle İndeksidir (BKİ) kullanılmaktadır. Beden kitle indeksi hesaplandıktan sonra persantil eğrilerine göre değerlendirme yapılmaktadır. Okul çağında 5.persantilin altı 'düşük kilolu', 5.- 85. persantil arası 'normal kilolu', 85.- 95. persantil arası 'fazla kilolu', 95.persantil ve üzeri 'obez' olarak değerlendirilmektedir^{17,56,78,79}.

Hipertansiyonun tanı kriteri yaşa ve spesifik normlara bağlı olup pubertal maturasyonla artmaktadır. Değerlendirmenin doğru yapılabilmesi için ölçme tekniği önemlidir. Tansiyon aleti, GÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi teknik servisinde kalibre ettirilmiştir. Çocuğun ölçüm öncesinde 15 dakika dinlenmesi sağlandıktan sonra 5'er dakika ara ile 2-3 kez sağ koldan kalibrasyonu yapılmış, aneroid sfigmonometre ve anestetofon steteskop ile kan basıncı ölçümleri yapılması gerektiği belirtilmiştir^{17,56}. Bu çalışmada aynı yöntemle 2 ölçüm yapılmıştır. Kan basıncı ölçümü için üst kolun 2/3'ünü kaplayacak genişlikte manşet seçilmiştir. Öğrencilerin kol uzunluğu, çapı ve yaşı değerlendirilerek çocuk ya da erişkin tip tansiyon aleti kullanılmıştır. Ardışık iki ölçüm aynı alet kullanılarak ve aynı kişi (araştırmacı) tarafından yapılmıştır. Ölçüm çocuk oturtularak yapılmıştır. Ölçülen sistolik ve diyastolik kan basıncı değeri 90.persantil altında ise 'normal', 90.-95.persantil arasında ya da bu persantiller arasında olmasa bile erişkinlerde olduğu gibi 120/80 mmHg üzerinde ise 'prehipertansiyon', 95. Persantilden yüksek ise 'hipertansiyon' olarak tanımlanmıştır^{17,20,23,56,59,60,80}. Karşılaştırmalar yapılırken prevelansın düşük olması sebebiyle prehipertansiyon ve hipertansyon olguları, 'hipertansiyon riski olan' şeklinde alınmıştır.

3.5.3. Dmf-t İndeksi

Ağız- diş sağlığına yönelik genel değerlendirme dmf-t indeksi kullanılarak yapılmıştır. Buna göre, çürük (d-D: decayed), çürük nedeniyle çekilmiş/kayıp (m-M:missing) ve çürük nedeniyle dolgu yapılmış diş (f-F: filled), dişlerin toplamının muayene olan öğrenci sayısına bölünmesiyle elde edilen (t-T; permanent teeth) kriterlerinden oluşan dmf-t (süt dişleri) ve DMF-T (daimi dişler) indeksleri kullanılmıştır. DSÖ, 30 yaş altındaki bireylerin dmf-t skorunun 3'ün altında olması gerektiğini önerdiğinden dmf-t skoru 3'ün altında olanların ağız- diş sağlığı 'iyi', 3 ve üzerinde olanlar için ağız-diş sağlığı 'kötü' şeklinde değerlendirme

yapılmıştır. Ayrıca ağız hijyeni değerlendirmesi yapılmış olup ağız kokusu, dişlerde yemek artığı varlığı ve dişlerin temizliği göz önünde bulundurularak ağız hijyeni iyi, orta, kötü olarak sınıflandırılmıştır^{81,82}. Ağız içi değerlendirmede ışık kaynağı kullanılmıştır.

3.5.4. İnsan Sesi İle Muayene (Fısıltı Testi)

Fısıltı testi, işitme bozukluğunu belirlemede kullanılan ekonomik, etkili ve kolay uygulanabilir bir seçenektir. Testin duyarlılığı %80-100 ve özgülüğü %80-90'dır. Bu tarama testinin yapılabilmesi için, öğrenci ve araştırmacı karşılıklı oturur pozisyonda bulunmuştur. Öğrenciye bazı sayıların fısıldanacağı açıklanmış ve sonra kendisinden gözlerini kapatması istenmiştir (tamamen görme engeli olan öğrencide bu adım uygulanmamıştır). Test uygulanırken, bireyin 30-45 cm uzağında, (hacmi standardize etmek için) nefes dışarı verilmiş ve bir saniye ara ile rastgele dört sayı fısıldanmıştır. Öğrenciden fısıldanan tüm sayıları tekrar etmesi istenmiştir. Öğrenciden önce sağ, sonra sol kulağını kapatması istenerek işlem uygulanmıştır. En az iki sayıyı işitemeyen birey testte başarısız kabul edilmiş ve 'işitme sorunu var' olarak değerlendirilmiştir^{65,75}.

3.5.5. Adam's Forward Bending Test (Öne Eğilme Testi)

Adam's Forward Bending Test, vücutta deformasyon oluşturabildiği gibi, ilerlemesi durumunda ciddi kardiyopulmoner komplikasyonlarına da yol açabilen skolyozun (vertebranın rotasyon derecesi ve eğiriliğın yönü açısından) erken tanısında kullanılan en iyi testtir⁸³. Bu test okul taramalarında da kullanılabilecek, uygulaması basit ve %100 duyarlı bir testtir^{19,69}.

Öne eğilme testi olarak da bilinen bu testin uygulanması için erkek çocuklar üst tarafları tamamen çıplak, kız çocuklar ise sadece atletle olabileceği gibi, engelliler gibi özel gruplarda tüm çocuklar tek kat

fanila ile muayene edilebilir^{19,76,77}. Bu çalışmada tüm çocukların skolyoz taraması tek kat fanila ile yapılmıştır. Mahremiyetin korunması için her öğrenci her testte olduğu gibi araştırmacı tarafından tek tek muayene edilmiştir. Çocuktan ayaklar bitişik ve diz ekstansiyonda iken, kalçalarından 90 derece açı yapacak şekilde öne eğilmesi istenmiştir. Kolların serbest aşağıya sallanması ve avuç içleri birbirine bakması sağlanmıştır. Skolyotik omurganın kaburgalarda yaptığı deformite sonucunda, sırtta rotasyonel çıkıntı veya asimetri gözlenebilir. Araştırmacı tarafından, öğrencinin tam arkasından bakılarak skapulalar arasında bir seviye farkının olup olmadığı kontrol edilmiştir. Bu yöntemle deformiteler başlangıç aşamasında fark edilebilmektedir.

Öğrenciler 'skolyoz riski olan' ve 'skolyoz riski olmayan' şeklinde değerlendirilmiştir. Çalışmada tam ve kısmi eğrilik tespit edilen olgulara rastlanmıştır; kısmi eğrilik gözlenenler de literatürde önerildiği gibi 'skolyoz riski olan' grubuna dahil edilmiştir^{19,76,77}.

Skolyoz Araştırma Birliği (Scoliosis Research Society), yıllık rutin taramaların 10-14 yaş diliminde yapılmasını önermektedir^{68,69,83,84}. Ancak iskelet gelişimiyle ilerleyen bir bozukluk olması nedeniyle ve riskli olguları belirlemek için araştırma kapsamına alınan tüm öğrenciler skolyoz açısından değerlendirilmiştir.

Araştırmacı, hemşirelik lisans eğitimi sırasında halk sağlığı hemşireliği ve okul sağlığı hemşireliği dersleri kapsamında okul taramaları ile ilgili teorik ve pratik eğitim almıştır. Araştırmacı okul sağlığı hemşireliği uygulamaları sırasında büyüme- gelişme, hipertansiyon, ağız- diş sağlığı, işitme ve skolyoz taramaları ile ilgili deneyim kazanmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırmanın verileri, Mart- Haziran 2011 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmaya katılacak öğrencilerin velilerine aydınlatılmış onam formu, izin belgesi ve ailelerin sağlığıyla ilgili bilgileri belirlemeye yönelik soru formu gönderilmiştir. Velilerden izin verdikleri takdirde, bu belgeleri imzalayıp araştırmacıya göndermeleri istenmiştir. Öğrencinin okul başarısı ve devamsızlık durumu ile ilgili bilgiler öğretmenlere sorulmuştur. Öğrencilerden ya da velilerinden elde edilemeyen bilgilere ise okul hemşiresi ve kayıtlardan ulaşılmıştır. Talep eden velilerle çalışma hakkında yüzyüze görüşülmüştür. Velilerinden izin alınan öğrenciler sağlık ofisine davet edilmiştir. Sağlık ofisine gelen öğrenciye araştırmanın yönergesi ve aydınlatılmış onam formu okunmuş ve onamı alınarak veri toplama işlemine başlanmıştır.

Araştırmanın verileri, yüz yüze görüşme tekniği ve fiziksel muayene ile toplanmıştır. Soru formunda yer alan sorular araştırmacı tarafından okunmuş ve öğrencinin yanıtlaması beklenmiştir. Soru formu doldurulduktan sonra, taramalar yapılmış ve ölçüm sonuçları tarama formuna kaydedilmiştir. Öğrenciler, derslerine engel olunmadan okul yönetiminin ve öğretmenlerinin uygun gördüğü zaman dilimlerinde tek tek taramaya alınmıştır. Her bir öğrencinin taraması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Muayeneler, revirde paravanın arkasında yapılmış olup, okul hemşiresi araştırmacı ve muayene edilen öğrenciye refakat etmiştir. Muayeneler sırasında, revir ile okul içine açılan kapı ve aradaki ofis kapısı kapatılmıştır.

3.7.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 14.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Sayısal veriler için ortalama ve standart sapma, ordinal ve kategorik veriler için sayı ve yüzdelik değerleri hesaplanmıştır. Kategorik karşılaştırmalarda ki- kare veya Fisher kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı özellikler ve tarama ile elde edilen bulgular sayı ve yüzdelik ile verilmiştir. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri ile tarama sonucu elde edilen bulguların karşılaştırılmasında ki- kare veya Fisher's kesin ki-kare testi kullanılmıştır. Güven aralığı %95, p değeri 0.05 olarak kabul edilmiştir.

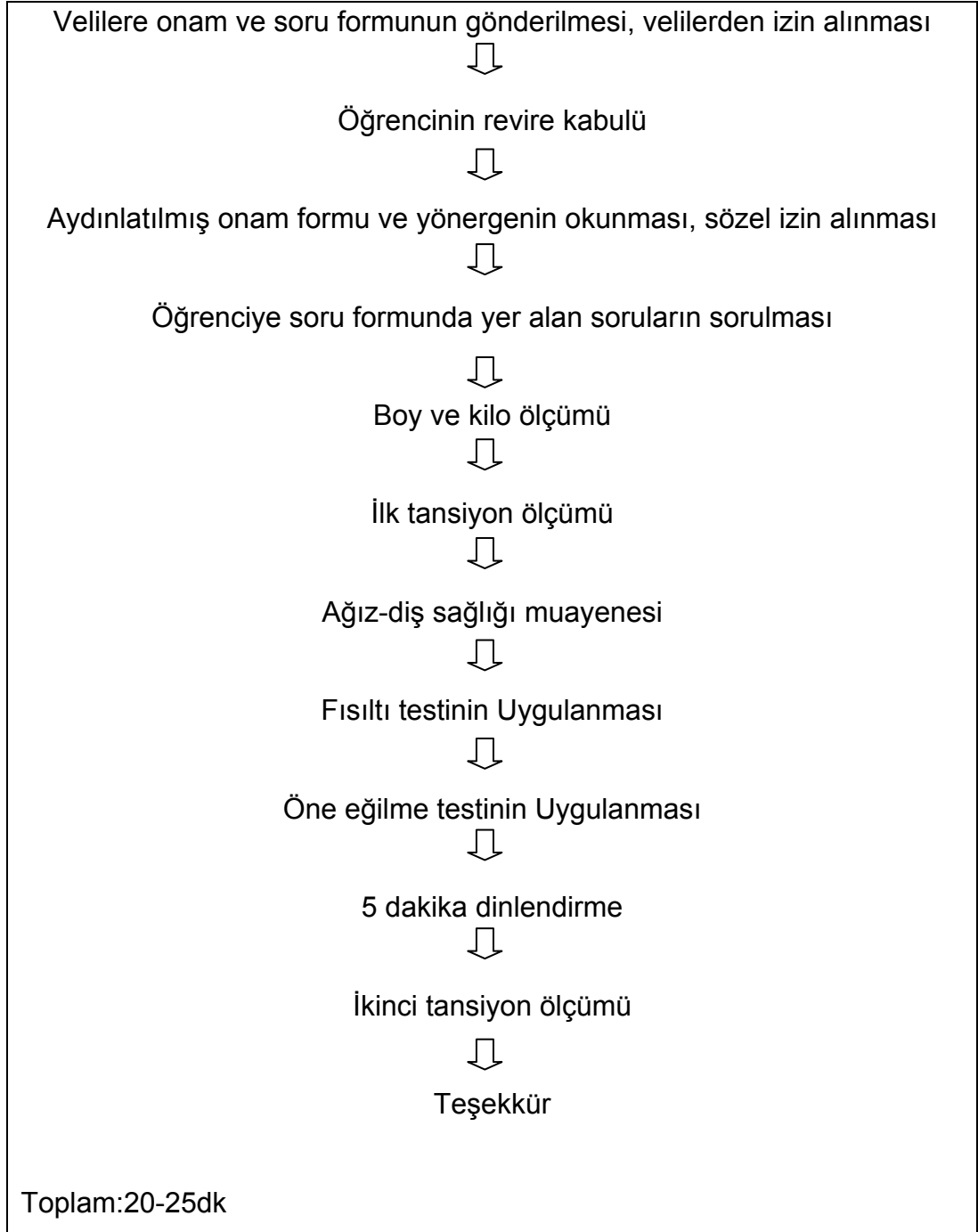
3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmaları Değerlendirme Komisyonu'na başvurulmuş ve 28 Şubat 2011 tarihli 25-503 sayılı karar ile araştırmanın yapılması komisyon tarafından etik açıdan uygun bulunmuştur (EK. 3).

Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve araştırmanın yapılacağı okulun bağlı olduğu İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (EK. 4).

Velilere bilgilendirilmiş onam formu ve izin belgesi gönderilmiş; velilerin yazılı izinleri alınmıştır (EK. 5-6) Araştırmaya katılan öğrencilere bilgilendirilmiş onam formu okunmuş; öğrencilerin sözlü izinleri alınmıştır (EK. 7). Sorun tespit edilen öğrencilerin velilerine, sağlık kuruluşuna başvuruları önerilmiştir.

3.9.Araştırmanın Uygulama Şeması



Şekil 1. Araştırmanın Uygulama Şeması

4.BULGULAR

Görme engelliler okulunda öğrenim gören öğrencilerin sağlık sorunlarını tarama ile belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen bulgular, aşağıda belirtilen iki başlık altında sunulmuştur.

4.1. Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular

4.2. Öğrencilerin tarama ile belirlenen sağlık sorunlarına yönelik bulguları

4.1. Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular

Bu bölümde öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile akademik durum, göz sağlığı ve aile sağlığına yönelik bilgilerin dağılımını içeren frekans tabloları sunulmuştur.

Tablo 4.1.1. Öğrencilerin Sosyo-demografik Özellikleri (n:74)

Sosyo-demografik özellikler	Sayı	%
Yaş*		
12 yaş altı	43	58.1
12 yaş ve üzeri	31	41.9
Cinsiyet		
Erkek	36	48.6
Kız	38	51.4
Annenin öğrenim durumu		
İlkokul mezunu	60	81.0
Ortaokul mezunu	6	8.1
Lise mezunu ve üzeri**	8	10.9
Babanın öğrenim durumu		
İlkokul mezunu	37	50.0
Ortaokul mezunu	15	20.3
Lise mezunu	15	20.3
Yüksekokul/üniversite mezunu	7	9.4
Annenin çalışma durumu		
Çalışıyor	9	12.2
Çalışmıyor	65	87.8
Babanın çalışma durumu		
Çalışıyor	64	86.5
Çalışmıyor	10	13.5
Aile tipi		
Çekirdek aile	57	77.0
Geniş aile	17	23.0
Kardeş sayısı		
1-2	34	45.9
3 ve üzeri	40	54.1
Sosyal güvence		
Var	59	79.7
Yok	15	20.3
Ekonomik durum		
İyi	7	9.5
Orta	61	82.4
Kötü	6	8.1
Harçlık alma durumu		
Alıyor	53	71.6
Almıyor	21	28.4
Sürekli ilaç kullanma durumu		
Kullanıyor	22	29.7
Kullanmıyor	52	70.3

Ameliyat olma durumu		
Evet	38	51.4
Hayır	36	48.6
Anne- baba akrabalık ilişkisi		
Olan	23	31.0
Olmayan	51	69.0

*: İlköğretim 1.kademe ve 2.kademeye devam eden öğrencilerin yaşlarına göre gruplandırılmıştır.

** : Yüksekokul/üniversite mezunu olan 1 kişi, 'lise mezunu ve üzeri' grubuna dahil edilmiştir.

Tablo 4.1.1'de öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin yaş ortalaması 10.43 ± 2.9 olup; %58.1'i 12 yaş altında; %48.6'sı erkek'tir. Öğrencilerin %81'inin annesi, %50'sinin babası ilkokul mezunu olup, %12.2'sinin annesi ve %86.5' inin babası çalışmaktadır. Öğrencilerin %77'si çekirdek ailede yaşamaktadır ve %54.1'i 3 ve daha fazla sayıda kardeşe sahiptir. Öğrencilerin %79.7'sinin sosyal güvencesi olup, %61'inin ailesi ekonomik durumlarını 'orta' düzeyde değerlendirmekte ve %53' ü harçlık almaktadır. Öğrencilerin %51.4'ü başta göz sağlığı sorunları nedeniyle olmak üzere ameliyat geçirmiş olup; %29.7'si devamlı ilaç kullanmakta ve ilaç kullananların %45.5'i göz damlası kullanmaktadır. Öğrencilerin %31'inin anne babası arasında akrabalık ilişkisi bulunmaktadır.

Tablo 4.1.2. Öğrencilerin Akademik Durumu ile İlgili Özellikleri (n:74)

Akademik durum ile ilgili özellikler	Sayı	%
<i>Başarı durumu*</i>		
Başarılı	29	39.2
Orta derecede başarılı	23	31.1
Başarısız	22	29.7
<i>Okula devamsızlık yapılan gün sayısı</i>		
5 günden az	41	55.4
5-15 gün	26	35.1
15 günden fazla	7	9.5
<i>Devamsızlık yapma nedenleri**</i>		
Hastalanma	72	97.3
Aileden birinin hastalanması	12	16.2
Diğer nedenler (Sınav/ödevinin olması, istememesi, ailenin işi olması, servisi kaçırma)	8	10.9
<i>Yatılı olma durumu</i>		
Olan	10	13.5
Olmayan	64	86.5

*: Öğretmenlerinin ifadelerine göre değerlendirilmiştir.

**Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.1.2’de öğrencilerin akademik durumu ile ilgili özelliklerinin dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin %39.2’si öğretmenleri tarafından başarılı olarak değerlendirilmiş, %55.4’ü 5 günden az devamsızlık yapmış ve en fazla devamsızlık yapma nedeni (%97.3) ‘hastalanma’ olarak ifade edilmiştir. Öğrencilerin %13.5’i okulda yatılı olarak öğrenimine devam etmektedir.

Tablo 4.1.3. Öğrencilerin Göz Sağlığı ile İlgili Özellikleri (n:74)

Göz sağlığı ile ilgili özellikler	Sayı	%
<i>Görme engeli etiyolojisi</i>		
Doğumsal	55	74.3
Edinsel	19	25.7
<i>Görme engeli derecesi</i>		
Kısmi	57	77.0
Tam	17	23.0
<i>Göz ameliyatı olma durumu</i>		
Olan	27	36.4
Olmayan	47	63.6
<i>Önceden göz sağlığı ile ilgili sorun yaşama durumu</i> (gözde yaralanma, kaşıntı, sulanma, iltihap)		
Yaşayan	57	77.0
Yaşamayan	17	23.0
<i>Başka kronik hastalığı olma durumu*</i>		
Olan	26	35.1
Olmayan	48	64.9
<i>Görme engeli dışında başka engeli olma durumu**</i>		
Olan	16	21.6
Olmayan	58	78.4

*: Epilepsi, göz tansiyonu, astım, anemi gibi diğer kronik hastalıkları tanımlar.

** : Görme engeli dışında bilinen fiziksel, zihinsel, duyuşsal engelleri tanımlar.

Tablo 4.1.3'te öğrencilerin göz sağlığı ile ilgili özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Öğrencilerin %74.3'ünün görme engeli doğumsal, %77'si kısmi görme engellidir. Öğrencileri %36,4'ünün göz ameliyatı geçirdiği; %77'sinin önceden göz sağlığına yönelik sorun yaşadığı, %64.9'unun engellilik dışında başka bir hastalığı olduğu ve %78.4'ünün görme engeli dışında başka bir engeli olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.1.4. Öğrencilerin Aile Sağlığına Yönelik Özellikleri (n:74)

Aile sağlığına yönelik özellikler*	Sayı	%
<i>Ailede kronik hastalık olma durumu</i>		
Olan	55	74.3
Olmayan	19	25.7
<i>Ailede var olan sorunlar**</i>		
Göz sağlığı ile ilgili problemler	39	52.7
Diyabet	20	27.0
Hipertansiyon	17	23.0
Kalp hastalığı	16	21.6
Ağız- diş sağlığı sorunları	16	21.6
Obezite	13	17.6
Kulak/işitme sağlığı sorunları	7	9.5
Skolyoz	6	8.1
Diğer hastalıklar (kanser, kas eklem hastalığı, kan uyuşmazlığı)	12	16.3
<i>Ailede hastalık nedeniyle diyet yapma durumu</i>		
Yapan	19	25.7
Yapmayan	55	74.3
<i>Ailede gözlük kullanma durumu</i>		
Kullanan	32	43.2
Kullanmayan	42	56.8
<i>Ailede spinal korse kullanma durumu (skolyoz nedeniyle)</i>		
Kullanan	2	2.7
Kullanmayan	72	97.3
<i>Ailede protez diş kullanma durumu</i>		
Kullanan	12	16.2
Kullanmayan	62	83.8
<i>Ailede işitme cihazı kullanma durumu</i>		
Kullanan	0	0.0
Kullanmayan	74	100.0

*: Bulgular ailelerden alınan ifadeler doğrultusunda sunulmuştur.

** : Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 4.1.4'te aile sağlığına yönelik özelliklerinin dağılımına yer verilmiştir. Öğrencilerin %74.3'ünün ailesinde kronik hastalık mevcut olup en fazla göz sağlığı sorunları (%52.7) olduğu; %25.7'sinin ailesinde hastalık nedeniyle (diyabet, hipertansiyon vb) diyet yapıldığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %43.2'sinin ailesinde gözlük, % 16.2' sinin ailesinde protez diş, %2.7'sinin ailesinde skolyoz nedeniyle spinal korse kullanan olduğu saptanmıştır. Öğrencilerinin ailesinde işitme cihazı kullanan birey bulunmamaktadır.

4.2. Öğrencilerin Tarama ile Belirlenen Sağlık Sorunlarına Yönelik Bulguları

Tablo 4.2.1. Öğrencilerin Tarama ile Elde Edilen Bulguları (n:74)

Tarama bulguları	Sayı	%
Boy*		
<3.persantil	6	8.1
3.-97. persantil	67	90.5
>97.persantil	1	1.4
Kilo*		
<3.persantil	5	6.8
3.-97. persantil	62	83.8
>97.persantil	7	9.5
BKI**		
Düşük kilolu	7	9.5
Normal kilolu	48	64.9
Hafif obez	6	8.1
Obez	13	17.6
Sistolik Kan Basıncı*		
Normal (90.persantil ↓)	68	91.8
Prehipertansiyon (90.-95.persantil ve 120-80mmHg↑)	5	6.8
Hipertansiyon (95.persantil ve↑)	1	1.4
Diastolik Kan Basıncı*		
Normal (90.persantil ↓)	69	93.2
Prehipertansiyon (90.-95.persantil ve 120-80mmHg↑)	2	2.7
Hipertansiyon (95.persantil ve↑)	3	4.1
Ağız- Diş Sağlığı		
İyi (Dmf-t skoru 3'ün ↓)	41	55.4
Kötü (Dmf-t skoru 3 ve ↑)	33	44.6
İşitme		
İşitme Sorunu Olan	20	27.0
İşitme Sorunu Olmayan	54	73.0
Skolyoz		
Skolyoz Riski Olan	29	39.2
Skolyoz Riski Olmayan	45	60.8

*: Türk çocuklarına yönelik standartlarla yaşa ve cinse göre değerlendirilmiştir.

** : Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) standartlarına göre değerlendirilmiştir.

Tablo 4.2.1'de öğrencilerin tarama ile elde edilen bulguları verilmiştir. Öğrencilerin yaşa ve cinse göre boy değerlendirmesinde; %90.5'inin ($\bar{X} \pm SS: 140.57 \pm 17.39$ cm; min:101, max:176 cm); kilo değerlendirmesinde %83.8'inin ($\bar{X} \pm SS: 39.89 \pm 15.39$ kg; min:13.4, max:94.6kg) "normal" olduğu belirlenmiştir (3. ve 97. Persantil arası). Beden kitle indeksine göre; öğrencilerin %64.9'unun normal kilolu olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin % 91.8'inin sistolik kan basıncının

($\bar{X} \pm SS$:101.85 $\pm$ 11.82 mmHg); %93.2'sinin diyastolik kan basıncının ($\bar{X} \pm SS$:61.49 $\pm$ 10.8 mmHg) “normal” olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin dmft indeksine göre % 55.4'ünün ağız- diş sağılığının “iyi” ($\bar{X} \pm SS$:3.29 $\pm$ 2.29), %27'sinin işitme sorunu; %39.2'sinin skolyoz açısından riskli olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2. Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıklarına Yönelik Bulgular (n:74)

Beslenme Alışkanlıkları*	Sayı	%
Öğün sayısı		
Üç öğün	60	81.1
Üç öğünden az	8	10.8
Üç öğünden fazla	6	8.1
Öğün atlama durumu		
Evet	43	58.1
Hayır	31	41.9
Atlanan öğünler*		
Öğle yemeği	22	29.7
Kahvaltı	16	21.6
Akşam yemeği	12	16.2
Düzenli kahvaltı yapma durumu		
Evet	59	79.7
Hayır	15	20.3
Haftada 4-5 kez tüketilen besinler**		
Meyve- sebze	49	66.2
Süt	48	64.9
Yumurta	47	63.5
Şeker- tatlı	43	58.1
Baklagil	37	50.0
Tahıl	31	41.9
Et	29	39.2

*: Bulgular öğrencilerin ifadeleri doğrultusunda sunulmuştur.

** :Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4.2.2’de, öğrencilerin beslenme alışkanlıklarına yönelik bulguların dağılımı görülmektedir. Öğrencilerin %81.8’inin günde 3 öğün yemek yediği, %58.1’inin öğün atladığı, en fazla öğle yemeğinin (%29.7) atlandığı, %79.7’sinin düzenli kahvaltı yaptığı, %66.2’sinin haftada 4-5 kez meyve- sebze tükettiği belirlenmiştir.

Tablo 4.2.3. Öğrencilerin Ağız- Diş Sağlığına Yönelik Bulguları (n:74)

Ağız- diş sağlığına yönelik bulgular*	Sayı	%
<i>Diş fırçalama alışkanlığı</i>		
Düzenli fırçalayan (günde 2,3 kez)	19	25.7
Düzensiz fırçalayan	43	58.1
Hiç fırçalamayan	12	16.2
<i>Ağız Hijyeni</i>		
İyi	35	47.3
Orta	26	35.1
Kötü	13	17.6
<i>Diş ağrısı</i>		
Olan	27	36.5
Olmayan	47	63.5
<i>Dişeti kanaması</i>		
Olan	22	29.8
Olmayan	52	70.2
<i>Çekilmiş kalıcı (kayıp) diş</i>		
Olan	31	41.9
Olmayan	43	58.1
<i>Çürük diş</i>		
Çürük dişi olmayan	17	23.0
1-2 çürüğü olan	28	37.8
3 ve daha fazla çürüğü olan	29	39.2
<i>Dolgulu diş</i>		
Olan	13	17.6
Olmayan	61	82.4

*: Bulgular öğrencilerin ifadeleri doğrultusunda sunulmuştur.

Tablo 4.2.3'te öğrencilerin ağız diş sağlığına yönelik bulgularının dağılımı verilmiştir. Öğrencilerin %25.7'sinin düzenli (günde 2-3 kez) diş fırçalama alışkanlığının ve %47.3'ünün ağız hijyenin iyi olduğu; %36.5'inin diş ağrısı ve %29.8'inin dişeti kanaması şikayeti yaşadığı saptanmıştır. Öğrencilerin %41,9'unun çekilmiş kalıcı dişi; %39,2'sinin 3 ve daha fazla sayıda çürük dişi ve %17,6'nının dolgulu dişi bulunmaktadır.

Tablo 4.2.4. Öğrencilerin Tarama Yapılan Alanlarla İlişkili Olabilecek Semptomlar (n:74)

Tarama yapılan alanlarla ilişkili olabilecek semptomlar*	Sayı	%
<i>Karın ağrısı</i>		
Olan	38	51.4
Olmayan	36	48.6
<i>Baş ağrısı</i>		
Olan	37	50.0
Olmayan	37	50.0
<i>Sık idrara çıkma</i>		
Olan	25	33.8
Olmayan	49	66.2
<i>Baş dönmesi</i>		
Olan	23	31.1
Olmayan	51	68.9
<i>Burun kanaması</i>		
Olan	23	31.1
Olmayan	51	68.9
<i>Taşikardi</i>		
Olan	19	25.7
Olmayan	55	74.3
<i>Kulakta akıntı</i>		
Olan	22	29.7
Olmayan	55	70.3
<i>Kulakta iltihaplanma</i>		
Olan	22	29.7
Olmayan	52	70.3
<i>Kulakta kaşıntı</i>		
Olan	19	25.7
Olmayan	55	74.3
<i>Duyma güçlüğü</i>		
Olan	15	20.3
Olmayan	59	79.7
<i>Kulakta yaranlanma</i>		
Olan	5	6.8
Olmayan	69	93.2
<i>Çabuk yorulma</i>		
Olan	39	52.7
Olmayan	35	47.3
<i>Mide ile ilgili semptomlar (bulantı-kusma vs.)</i>		
Olan	27	36.5
Olmayan	47	63.5
<i>Bel/sırt ağrısı</i>		
Olan	21	28.4
Olmayan	53	71.6
<i>Nefes almada güçlük</i>		
Olan	17	23.0
Olmayan	57	77.0

*: Bulgular, öğrencilerin anlayacağı şekilde ifade edilmiş ve ifadeleri doğrultusunda sunulmuştur.

Tablo 4.2.4.'te öğrencilerin tarama yapılan alanlarla ilişkili olabilecek semptomların dağılımı görülmektedir. Öğrencilerin %51.4'ünün karın ağrısı; %50'sinin baş ağrısı; %33.8'nin sık idrara çıkma; %31.1'inin baş dönmesi ve burun kanaması; %25.7'sinin taşikardi deneyimledikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin %29.7'sinin kulakta akıntı ve iltihaplanma, %25.7'sinin kulakta kaşıntı, %20,3'ünün duyma güçlüğü ve %6.8'inin kulakta yaralanma gibi semptomlar yaşadıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin %52.7'si çabuk yorulma; %36.5'i mide ile ilgili şikayeti; %28,4'ü bel/sırt ağrısı; %23.0'ı nefes alma güçlüğü şikayetleri olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo 4.2.5. Öğrencilerin Ağız- Diş Sağlığı Değerlendirmelerinin Dağılımı (n:74)

<i>Tanımlayıcı Özellikler</i>	<i>Ağız- Diş Sağlığı Değerlendirmesi (Dmf-t'ye göre)</i>				<i>x²; p değeri</i>	
<i>Cinsiyet</i>	<i>İyi</i>		<i>Kötü</i>		<i>x²=0.980 p>0.05</i>	
	Sayı	%	Sayı	%		
<i>Erkek</i>	20	55.6	16	44.4		
<i>Kız</i>	21	55.4	17	44.6		
<i>Başka hastalığı olma durumu</i>					<i>x²=0.491 p>0.05</i>	
<i>Olan</i>	13	50.0	13	50.0		
<i>Olmayan</i>	28	58.3	20	41.7		
<i>Düzenli ilaç kullanma durumu</i>					<i>x²= 0.543 p>0.05</i>	
<i>Kullanan</i>	11	50.0	11	50.0		
<i>Kullanmayan</i>	30	57.7	22	42.3		
	<i>Dolgu Dişi</i>				<i>x²; p değeri</i>	
<i>Ailede diş sağlığı sorunu olma durumu</i>	<i>Olan</i>		<i>Olmayan</i>		<i>x²=0.002 p<0.05</i>	
	Sayı	%	Sayı	%		
	<i>Olan</i>	9	56.3	7		43.8
	<i>Olmayan</i>	29	50.0	29		50.0

Tablo 4.2.5'te öğrencilerin ağız diş sağlığı değerlendirmelerinin dağılımı sunulmuştur. Dmf-t indeksine göre erkeklerin %55.6'sının ağız diş sağlığı 'iyi' olarak değerlendirilmiştir. Başka kronik hastalığı olanların ve düzenli ilaç kullananların ağız diş sağlığının daha 'kötü' olduğu ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla; $p>0.05$). Ailesinde ağız- diş sağlığı sorunu olanların daha fazla dolgu dişi olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tabloda görülmemekle birlikte, bu çalışmada kız öğrencilerin %52.6'sının düzenli olarak dişlerini fırçaladığı ve %50'sinin ağız hijyeninin iyi olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.6. Öğrencilerin İşitme Sorunu Değerlendirmelerinin Dağılımı (n:74)

Tanımlayıcı Özellikler	İşitme Sorunu				χ^2; p değeri
	Olan		Olmayan		
Cinsiyet	Sayı	%	Sayı	%	
Erkek	10	27.8	26	72.2	$\chi^2=0.887$ $p>0.05$
Kız	10	26.3	28	73.7	
Yaş					
12 yaş altı	11	25.6	32	74.4	$\chi^2=0.742$ $p>0.05$
12 yaş ve üzeri	9	29.0	22	71.0	
Engellilik etiyojisi					
Doğumsal	17	30.9	38	69.1	$\chi^2=0.201$ $p>0.05$
Edinsel	3	15.8	16	84.2	
Başka hastalık					
Olan	7	26.9	19	73.1	$\chi^2= 0.988$ $p>0.05$
Olmayan	13	27.1	35	72.9	
Ailede işitme sağlığı sorunu					
Olan	2	28.2	5	71.4	$\chi^2= 0.923$ $p>0.05$
Olmayan	18	26.9	49	73.1	

Tablo 4.2.6’da öğrencilerin işitme sorunu değerlendirmelerinin dağılımı görülmektedir. İşitme sorununun erkek öğrencilerde (%27.8), 12 yaş ve üzerinde olanlarda (%29.0) ve engellilik etiyojisi doğumsal olanlarda (%30.9) daha fazla görüldüğü, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla; $p>0.05$). Başka bir kronik hastalığı ve ailesinde işitme sorunu olan ve olmayan öğrencilerde işitme sorunu oranlarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.7. Öğrencilerin İşitme Sorunu Olma Durumuna Göre Akademik Başarılarının Dağılımı (n:74)

İşitme sorunu	Akademik Başarı*				χ^2; p değeri
	Başarılı		Başarısız		
	Sayı	%	Sayı	%	
Olan	11	55.0	9	45.0	$\chi^2=0.080$ $p>0.05$
Olmayan	41	75.9	13	24.1	

*: Orta derecede başarılı olanlar ile başarılı olanlar, başarılı olarak kabul edilmiştir.

Tablo 4.2.7’de işitme sorunu olma durumuna göre akademik başarılarının dağılımı görülmektedir. İşitme sorunu tespit edilen öğrencilerin (%45.0), olmayanlara göre (%24.1) daha başarısız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.2.8. Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Skolyoz Riskinin Dağılımı (n:74)

<i>Tanımlayıcı Özellikler</i>	<i>Skolyoz Riski</i>				<i>x²; p değeri</i>
<i>Cinsiyet</i>	<i>Olan</i>		<i>Olmayan</i>		x ² = 0.168; p>0.05
	Sayı	%	Sayı	%	
Erkek	17	47.2	19	52.8	
Kız	12	31.6	26	68.4	
<i>Yaş</i>					x ² = 0.169; p>0.05
12 yaş altı	14	32.6	29	67.4	
12 yaş ve üzeri	15	48.4	16	51.6	
<i>Görme engeli etiyolojisi</i>					x ² = 0.182; p> 0.05
Doğumsal	24	43.6	31	56.4	
Edinsel	5	26.3	14	73.7	
<i>Görme engelinin derecesi</i>					x ² = 0.186; p> 0.05
Tam	9	52.9	8	47.1	
Kısmi	20	35.1	37	64.9	

Tablo 4.2.8’de öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine göre skolyoz riskinin dağılımı görülmektedir. Skolyoz riskinin erkek öğrencilerde, 12 yaş ve üzerinde olanlarda, görme engeli etiyolojisi doğumsal olanlarda ve tam engelli olan öğrencilerde daha fazla olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (sırasıyla x²=0.168, x²= 0.169, x²= 0.182, x²= 0.186; p>0.05).

5. TARTIŞMA

Okul çağı döneminde, engelli çocukların ve gençlerin sağlığını değerlendirmede kapsamlı sağlık taramaları ile fark edilmeyen sağlık sorunları tespit edilebilmektedir. Türkiye'de okul çağı çocuklarında yapılan taramalar sonucunda en fazla karşılaşılan sorunların diş çürükleri, boğaz hastalıkları, parazitozlar, allerji ve deri hastalıkları, kulak hastalıkları ve görme bozuklukları olduğu belirtilmektedir¹³. Ancak ülkemizde engelli çocuklara yönelik yapılan sağlık taramalarının genellikle tek bir sağlık sorununa yönelik olduğu görülmektedir^{7,11,25}. Bu nedenle engelli öğrencilere yönelik genel sağlık taraması yapılması önem kazanmaktadır.

Görme engelli öğrencilerde tarama ile sağlık sorunlarını belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada elde edilen bulguların tartışması aşağıda belirtilen beş başlık altında sunulmuştur.

5.1. Boy- Kilo Taraması

5.2. Kan Basıncı Taraması

5.3. Ağız- Diş Sağlığı Taraması

5.4. İşitme Taraması

5.5. Skolyoz Taraması

5.1. Boy- Kilo Taraması

Okul çağındaki çocuklarda boy ve kilo ölçümü büyümenin değerlendirilmesi için önemlidir. Bu çalışmada öğrencilerin yaşa ve cinsine göre boy -kilo değerlendirmesinde, çoğunluğunun normal olduğu; boy ve kilo sorunu olanların (<3.persantil ve >97.persantil) düşük oranlarda (sırasıyla %9.5, % 16.3) olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 4.2.1). Bu bulgu, çalışma kapsamındaki görme engelli öğrencilerin genetik özelliklerine bağlı olabileceği gibi beslenme alışkanlıklarındaki uygun olmayan bazı davranışları ile de açıklanabilir. Öğrencilerin yarısından fazlasının öğün atlaması, büyümede etkili olan et, süt, yumurta gibi besinleri yetersiz alması beslenme alışkanlıklarının uygun olmadığını desteklemektedir (Tablo 4.2.2). Öğrencilerin en sık atladığı öğünün öğle yemeği olduğu göz önünde bulundurulursa, okulda beslenme hizmetlerinin önemi ortaya çıkmaktadır⁸⁵. Araştırmanın uygulama sürecinde, öğrencilerin öğle yemeklerini beğenmemeleri ve özellikle kız öğrencilerin kilo alma endişeleri olması nedeniyle öğün atladıkları gözlenmiştir. Bu nedenle öğrencilere yeterli-dengeli beslenme ve yeme bozuklukları konularında sağlık eğitimi yapılmıştır. Özellikle aneminin okul çağı döneminde önemli sağlık sorunlarından biri olması sebebiyle de, öğrencilerin et ve diğer protein ve demir kaynakları tüketiminin, ailelerin sosyoekonomik durumları da göz önünde bulundurularak mümkün olduğunca arttırmaları önerilmiştir. Okul yönetimiyle de öğrencilerin öğle yemeklerine yönelik görüşleri paylaşılmış; öğün atlamalarının büyüme ve gelişmelerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir.

Literatürde, görme engelli öğrencilere yönelik boy-kilo durumu inceleyen çalışmaya ulaşılamamıştır. Sağlıklı çocuklarla yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında; görme engelli öğrencilerin boy-kilo bulgularının sağlıklı çocuklar ile benzer olduğu görülmektedir^{23,30,78}.

Ceylan ve Turan'ın (2009) çalışmasında sağlıklı öğrencilerin boy dağılımları incelendiğinde, %7.4'ünün 3.persantilin altında, %2.6'sının 97.persantilin üstünde olduğu; Öztürk ve ark. (2004) çalışmasında ise kız öğrencilerin %7.7'sinin (n:14), erkek öğrencilerin %5.6'sının (n:12) boyunun normal persantil değerleri arasında olmadığı belirtilmiştir^{23,30}. Kilo dağılımlarını inceleyen çalışmalarda; kilonun 3.persantilin altında olma sıklığı %0-8 arasında^{6,23,30,52,62}; 97. persantilin üzerinde olma sıklığının ise %5.8- 27.9 arasında değiştiği belirlenmiştir^{20,23,30,62,86,87}. Bu çalışmadan elde edilen bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Beslenme sorunlarının değerlendirilmesinde Beden Kitle İndeksi' nin kullanılması önerilmektedir⁷⁸. Beden kitle indeksine göre öğrencilerde obezite (95.persantil ve üzeri) görülme sıklığı %17.6; düşük kilolu (5.persantil altı) olma sıklığı ise %9.5' tir (Tablo 4.2.1.). Literatürde, sağlıklı çocuklardaki obezite prevalansının 0.9-10.8; düşük kilolu olma prevalansının %0.5-16.1 arasında değiştiği görülmektedir^{20,30,62,86-90}. Yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında, görme engelli öğrencilerin obezite prevalansının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgu, görme engelli öğrencilerin sağlıklı öğrencilere göre fiziksel aktivitelerinin daha kısıtlı olması ve beslenme alışkanlıklarındaki düzensizlik ile açıklanabilir. Düşük kilolu olma prevalansının ise literatürle benzer olduğu görülmektedir.

Beslenme sorunlarından obezite; diyabet, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalık, metabolik sendrom gibi hastalıklar açısından risk oluşturabilmekte, düşük kilolu olma ise büyüme-gelişme geriliğine neden olabilmektedir^{23,51,52}. Bu nedenle öğrencilere yeterli ve dengeli beslenme konusunda erken yaşlardan itibaren eğitim verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Antropometrik ölçümler açısından görme engelli çocukların/ergenlerin, sağlıklı çocuk/ergenlerden farklı olmadığı,

büyümlerinin benzer şekilde değerlendirilebileceği görülmektedir. Değerlendirmelerin periyodik olarak yapılabilmesinde okul taramaları önem kazanmaktadır. Bu kapsamda okul hemşiresinin, büyüme, gelişme ve beslenme sorunlarını tespit etme, risk altındakileri takip ve tedaviye yönlendirmedeki sorumlulukları ön plana çıkmaktadır. Bununla birlikte, beslenme konusunda çocukların/ergenlerin öz-sorumluluğunu geliştirme doğrultusunda hemşirenin eğitim ve danışmanlık yapması beklenmektedir. Böylece, engelli öğrencilerde büyüme, gelişme ve beslenme sorunlarının erken dönemde tespit edilmesi ya da önlenbilmesinin mümkün olabileceği düşünülmektedir^{17,53,58,70,71}.

5.2. Kan Basıncı Taraması

Çocukluk ve ergenlik döneminde hipertansiyon(%1,2- 15), erişkin döneme (%25-35) göre daha düşük oranda görülmektedir⁵⁸⁻⁶⁰. Pediatrik hipertansiyon, kısa dönemde morbidite, uzun dönemde kardiyovasküler hastalık gelişimi açısından risk oluşturmaktadır. Bu çalışmada hipertansiyon prevalansının %1.4- 4.1; prehipertansiyon prevalansının ise %2.7-6.8 arasında olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1.) Literatürde görme engelli çocuklarda hipertansiyon sıklığına ilişkin çalışmaya ulaşılamamıştır. Ancak okul çağındaki sağlıklı çocuklar ve ergenlerde prehipertansiyon ya da hipertansiyon görülme oranı %1-18.4 arasında değişmektedir^{20,23,61,62,90-92}. Sistolik kan basıncındaki her 1-2 mmHg'lik artış, çocukların yetişkinlik döneminde hipertansiyona yakalanma riskini %10 arttırabilmektedir. Bununla birlikte, çocukluk çağında kan basıncındaki dalgalanmalar damarların yapı ve fonksiyonunu olumsuz etkileyebilmektedir^{20,25,58-62}. Bu nedenle, hipertansiyon riskini önlemede engelli öğrencilerin de sağlık taramalarının yapılması önem kazanmaktadır⁵⁸. Çünkü görme engelli öğrencilerin hipertansiyona yönelik risk faktörlerinin sağlıklı çocuklarla benzer olduğu düşünülmektedir.

Hipertansiyon riskini belirlemede baş ağrısı, baş dönmesi, burun kanaması, karın ağrısı, çarpıntı, sık idrara çıkma gibi belirtilerin varlığı mutlaka sorgulanmalıdır^{17,93}. İncelenen grupta öğrencilerin, karın ağrısı (%51.4); baş ağrısı (%50.0); sık idrara çıkma (%33.8); baş dönmesi ve burun kanaması (%31.1); taşikardi (%25.7) deneyimledikleri belirlenmiştir (Tablo 4.2.4.). Doğrusoy'un (2008) çalışmasında ise hipertansiyona ilişkin şikayetlerden en az birini yaşama durumunun %43.1 olduğu ve bu şikayetlerin hipertansiyon görülme sıklığını etkilediği belirlenmiştir⁶². Bu çalışmada, görme engelli öğrencilerin hipertansiyonla ilişkili belirtilerin her birini yaşamaları, yaklaşık üçte birinde eşlik eden başka hastalıkların olması ve devamlı ilaç kullanılması ile açıklanabilir.

Hipertansiyon sağlıklı çocuklarda olduğu kadar görme engelliler açısından da önemli bir risk oluşturmaktadır. Okul taramaları ile bu riskin belirlenmesi gerekmektedir⁵⁸. Bu bağlamda okul hemşirelerinin rolü ön plana çıkmaktadır. Okul hemşireleri, hipertansiyon taramaları yaparak risk altındakileri tespit edebilir, ileri tetkiklerinin yapılması için yönlendirebilir, tanı alan çocukların takip ve tedavi uygulamalarını yerine getirebilir. Ayrıca sağlık eğitimleri ile hipertansiyondan korunma ve hipertansiyona ilişkin belirtiler konusunda çocukların/ergenlerin, ailelerinin ve öğretmenlerin duyarlılığını geliştirebilir. Böylece, çocukluk/ergenlik döneminde hipertansiyon gelişme riskinin azalabileceği düşünülmektedir.

5.3. Ağız- Diş Sağlığı Taraması

Okul çağı çocuklarında ağız-diş sağlığı sorunları sık görülmektedir^{13,22,24,63,94}. Bu sorunların engelli çocuklarda daha fazla olduğu, engelli öğrencilerin ağız hijyeninin genellikle yetersiz olduğu belirtilmektedir^{7,95,96}. Bu çalışmada da öğrencilerin yaklaşık yarısının ağız hijyeninin orta ya da kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.3). Öğrencilerin ağız hijyeni uygulamalarının yetersiz olmasının, diş ve dişeti hastalıkları ile

erken yaşlarda diş kaybına neden olabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde, yapılan çalışmalarda özellikle görme engelli öğrencilerin de ağız hijyenin kötü olduğu saptanmıştır⁹⁶⁻⁹⁸.

Ağız- diş sağlığına yönelik genel durumu değerlendirmede Dmf-t skoru kullanılmaktadır^{99,100}. Bu çalışmada öğrencilerin yaklaşık yarısının (%44.6) dmf-t indeksine göre ağız- diş sağlığının kötü (dmf-t skoru 3.29 ± 2.29) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1). Bu skorun 12 yaş altındaki öğrencilerde 3'ün altında olması önerildiğinden; öğrencilerin ortalama dmf-t puanının istenen düzeyde olmadığı söylenebilir^{81,82}. Görme engeli olan 6-15 yaş grubu öğrencilerde yapılan çalışmalar incelendiğinde; dmf-t skorunun 0.6-1.53 arasında değiştiği belirtilmiştir^{95,96,99}. Literatürdeki çalışmalarla karşılaştırıldığında; incelenen gruptaki öğrencilerin ağız- diş sağlığının yetersiz olduğu görülmektedir.

Öğrencilerin ağız-diş sağlığına yönelik bulguları incelendiğinde; çoğunluğunun (%77) en az bir veya daha fazla çürüğü, yarıya yakınının (%41.9) çekilmiş kalıcı dişi (kayıp/eksik diş) bulunmaktadır (Tablo 4.2.3). Prashanth ve ark. (2011)²⁶ engelli çocuklarda diş çürüğü görülme sıklığını %34.1; Çokpekin ve ark.(2003)⁷ %42; Ayrancı (2005)¹⁰¹ %58.3 olarak belirlemişlerdir. Engelli öğrencilerdeki diş çürüğü ve diş kaybının fazla olmasında aşırı karbonhidrat tüketimi, tükürük akış hızındaki farklılıklar, sinir kas iletim bozuklukları, fiziksel engele bağlı hijyen eksiklikleri gibi nedenler rol oynamaktadır^{7,25,26}. Bu çalışmada elde edilen bulguların literatüre göre farklı olması, incelenen gruptaki öğrencilerin başka kronik hastalığının olması (görme kaybı, epilepsi, göz tansiyonu vs.) ve devamlı ilaç kullanmanın ağız- diş sağlığını olumsuz etkilemesi ile açıklanabilir.

Ağız diş sağlığını ve çürük oluşumunu diş fırçalama sıklığı etkileyebilmektedir^{1,26,101,102,103}. Bu çalışmada da öğrencilerin

çoğunluğunun (%73.4) dişlerini düzenli fırçalamadıkları belirlenmiştir. Engelli çocuklarda diş fırçalama alışkanlığının psikomotor gelişim ve ellerin fonksiyonel yeterliliği ile ilişkili olduğu belirtilmektedir²⁶. Reddy ve Sharma (2011)⁹⁵ çalışmasında ise görme engelli öğrencilerin %89.8'inin; Prashanth (2011)²⁶ %62.3'ünün günde 1 kez dişlerini fırçaladıklarını belirlemişlerdir. Bu çalışmadan elde edilen bulguların literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Ağız-diş sağlığı sorunlarının gelişmesinde genetik yatkınlık ve ailenin ağız bakımına yönelik uygulamaları da önemlidir. Ailesinde ağız-diş sağlığı sorunu olan öğrencilerde, dmf-t indeksinde yer alan kriterlerden biri olan dolgulu dişin daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.5; $p<0.05$). Bu nedenle, ailelerin ve çocukların ağız-diş sağlığı konusunda bilinçlendirilmeleri, ebeveynlerin çocuklara örnek olabilecek davranışlar sergilemesi, doğru teknikle diş fırçalama alışkanlığının geliştirilmesine yönelik eğitimler ve düzenli ağız-diş sağlığı kontrollerinin yapılması önem kazanmaktadır^{102,103}.

DSÖ, okul çağındaki çocukları ve gençleri ağız-diş sağlığının korunması ve geliştirilmesi gereken hedef grup olarak değerlendirmektedir¹⁰⁴. Bu kapsamda okul hemşirelerinin sağlıklı çocuklarla birlikte engelli öğrencilere yönelik yapabileceği düzenli kontroller ile aileleri ve öğretmenleri kapsayan sağlık eğitimleri yapmaları gerekmektedir^{26,94,99,101,105,106}. Bununla birlikte görme engelli öğrenciler için, ağız diş sağlığını korumayla ilgili ses kayıtlarının, uygulamalı diş fırçalama eğitimlerinin ve koruyucu diş sağlığı uygulamalarının önemli olduğu belirtilmektedir^{26,95,96,99}. Bu doğrultuda ağız diş sağlığını koruma ve geliştirme amacıyla, tüm engellilerin gereksinimine yönelik multidisipliner çalışmalar yürütülmelidir.

5.4. İşitme Taraması

Dünyada konjenital işitme kaybı insidansı 1/800-1/1500 arasında değişmektedir^{17,64,107,108}. Okul çağına kadar ise işitme kaybı oranı 5/1000'e ulaşmaktadır^{17,64}. Bu çalışmada öğrencilerin yaklaşık üçte birinde işitme sorunu saptanmıştır (Tablo 4.2.1). Bu bulgu, işitme kaybı olan çocukların erken dönemde tespit edilmesi gerektiğini göstermektedir. Erken teşhis, işitme kaybına bağlı gelişimsel ve sosyal sorunlar ile özürlülük ve engelliliğin oluşmasını önlemede etkilidir^{17,64}. Bu nedenle okul çağı döneminde işitme taramalarının yapılması önerilmektedir^{17,109}.

Ülkemizde görme engellilerde işitme taraması ile ilgili benzer bir çalışmaya ulaşamamıştır. Sağlıklı çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda, işitme kaybının %0.1- 1.8 arasında değiştiği görülmektedir^{22,24,110}. Bu oranlarla karşılaştırıldığında, işitme sorununun incelenen grupta daha yüksek oranda olduğu belirlenmiştir. Nitekim literatürde genetik nedenlere bağlı olarak (örn.Usher Sendromu vs.) görme ve işitme kaybının birbirlerine eşlik ettiği ve işitme engellilerde yapılan çalışmalarda da görme ile ilgili sorunların olduğu belirtilmektedir^{111,112}. Ayrıca bu çalışmada yaşı artması ve engellilik etiyolojisinin doğumsal olması ile işitme sorunu görülme sıklığının arttığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2.6.; $p>0.05$). Hollanda'da zihinsel engellilerin oluşturduğu 6 ile 94 yaş arası bir grupta görme ve işitme taraması yapılmış, işitme sorunu sıklığı %21 olarak belirlenmiş ve duysal kayıpların engelliliğe eşlik edebileceği vurgulanmıştır¹¹³. Bu bulgular, genetik ve biyolojik faktörlere bağlı olarak işitme ile ilgili sorunların görülebileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle engellilerde duysal fonksiyonlara (görme, işitme vs.) yönelik taramaların yapılması önem kazanmaktadır.

Kulak/işitme sağlığının tek belirleyicisi kuşkusuz işitme kaybı ya da sorunu varlığı değildir. Kulak sağlığını değerlendirirken kulakta

kaşıntı, akıntı, yaralanma, ağrı, duyma güçlüğü, geçirilmiş kulak hastalığı varlığı sorgulanmalıdır¹⁰⁹. Bu çalışmadaki görme engelli öğrenciler kulak sağlığına yönelik kulakta akıntı (%29.7), kulakta iltihaplanma (%29.7), kulakta kaşıntı (%25.7), duyma güçlüğü (20.3) ve kulakta yaralanma (%6.8) gibi semptomları olduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2.4.). Kulak sağlığına yönelik sorunların önceden teşhis ve tedavi edilmesi, işitme kaybının önlenmesine yardımcı olabilmektedir. Sağlıklı çocuklarda yapılan çalışmalarda kulak sağlığına yönelik sorun görülme sıklığı %16.9 olarak belirlenmiştir¹³. Bu çalışmayla karşılaştırıldığında incelenen grupta kulak sağlığına yönelik sorunların sık yaşanması, işitme sorununda olduğu gibi görme ve işitme ile ilgili sorunların birbirlerine eşlik edebileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle işitme taramaları yapılırken kulak sağlığı ile ilgili belirtilerin değerlendirilmesi gerekmektedir.

Okul çağında işitme kaybı, çocukların akademik başarılarını azaltabilmekte ve psikososyal uyumsuzluğa (sosyal izolasyon, damgalanma vs.) neden olabilmektedir¹⁰⁸. İşitme kaybı olan okul çağı çocuklarının akademik başarılarının normal işiten yaşlıtlarına göre %37 daha düşük olduğu belirtilmektedir¹⁷. Benzer şekilde bu çalışmada da işitme sorunu tespit edilenlerin, işitme sorunu olmayanlara göre akademik olarak daha başarısız olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.7; $p>0.05$). Bu nedenle, öğrencilerin sağlıklı öğrenebilmeleri ve okul başarılarının artırılabilmesi için işitme taramalarının yapılması önem kazanmaktadır.

İşitme kaybı erken dönemde fark edildiğinde kısmen önlenebilen bir sağlık sorunudur. Bu nedenle okul çağı dönemine kadar fark edilmeyen işitme ve kulak sağlığı ile ilgili sorunların belirlenmesinde taramalar önem kazanmaktadır. Okul hemşirelerinin, tarama programlarının yürütülmesinde, öğrencilere kulak/işitme sağlığını korumaya yönelik sağlık eğitimlerinin planlanmasında, öğretmenlerde ve ailelerde kulak/işitme sağlığı konusunda farkındalık yaratılmasında önemli

bir rolü bulunmaktadır. Hem sağlıklı hem engelli çocuklara yönelik bu önlemlerin ve uygulamaların, kulak/işitme sağlığı dolayısıyla fiziksel, psikolojik ve soysal sağlık açısından yararlı olduğu düşünülmektedir.

5.5. Skolyoz Taraması

Skolyoz, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de özellikle ergenler için önemli bir sağlık sorunudur. İdiyopatik skolyoz prevalansının %0.3-%2 arasında olduğu bildirilmiştir^{68,77,83}. Bu çalışma da ise her üç öğrenciden birinde (%39.2) skolyoz riski saptanmıştır (Tablo 4.2.1). Bu bulgu, skolyoz riski taşıyan öğrencilerin erken dönemde tespit edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması açısından önemlidir. Skolyoz, erken dönemde fark edilmediği takdirde ciddi komplikasyonlara neden olmakta ve bireyin beden algısını, benlik saygısını ve sosyal hayatını etkileyebilmektedir^{19,68,69,114,115}. Yapılan çalışmalarda skolyozun tespiti için özellikle 10-15 yaşlarda olmak üzere okulda muayenelerin yapılması önerilmekle birlikte sağlıklı çocuklarda skolyoz taramalarının rutin yapılması konusunda tartışmalar bulunmaktadır^{19,68,69,114,115}. Ancak riskli gruplarda bu taramaların yapılmasının uygun bir yaklaşım olduğu belirtilmiştir⁶⁷.

Dünya genelinde okul taramalarında idiyopatik skolyoz prevalansı %0.02-%15.7 gibi geniş sınırlar içinde bulunmuştur^{19,27}. Bu çalışmada skolyoz açısından riskli olan öğrencilerde tam (major) eğrilik %16.2, hafif (minör) eğrilik ise %23 oranında tespit edilmiştir. Tam (majör) eğrilik tespit edilenlerin eğrilik açıları daha yüksek olmakla birlikte, düşük açılı olanların (hafif/minör eğrilik) tespit edilmesinin de özellikle konservatif tedavi için önemli olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle olguların tamamı 'skolyoz açısından riskli' olarak kabul edilmiştir. Sağlıklı çocuklara yönelik yapılan çalışmalarda ise skolyoz prevalansı %0.47- 9.6 arasında değişiklik göstermektedir^{21,68,69,114}. Catanzariti ve ark. (2001) tarafından

yapılan çalışmada ise görme engelli çocuklarda, sağlıklı çocuklara göre 8 kat daha fazla skolyoz geliştiği saptanmıştır²⁷. Bu çalışmada da görme engelli öğrencilerde skolyoz riskinin yüksek olduğu dikkati çekmektedir. Bu bulgu, skolyozun gelişiminde postürün etkisi ile açıklanabilir^{27,76,77,116}. Özellikle görme engelli öğrencilerin daha fazla gördükleri göz yönüne doğru bir eğilme eğilimi içinde olmalarının ya da tamamen görmemelerinin postür bozukluğu meydana getirdiği ve skolyoz riskini arttırdığı düşünülmektedir. Bu nedenle, görme engellilerde skolyozun erken dönemde tanınması için taramaların yapılması gerekmektedir.

İdiyopatik skolyoz daha sıklıkla pubertede tespit edilmesine rağmen, patofizyolojik sürecin çocukluk çağına başladığı belirtilmektedir⁵⁵. Bu çalışmada da skolyoz, 12 yaş ve üzerinde daha fazla görülmele birlikte (%48.4); 12 yaş ve altında (%32.6) da tespit edilmiştir (Tablo 4.2.8). Literatürde ise 10-12 yaş grubunda skolyoz taramalarının yapılması önerilmektedir⁶². Ancak görülme sıklığı az olsa da daha küçük yaş gruplarında da taramaların yapılması önerilebilir.

Skolyozun değerlendirilmesinde fiziksel muayenenin yanı sıra iyi öykü alınması gerekmektedir. Öykü alınırken yaş, kronik hastalığın olması, aile öyküsü gibi özelliklerin yanı sıra skolyozla ilişkili olabilecek bazı belirtilerin (çabuk yorulma, bel ağrısı, nefes alma güçlüğü, mide ile ilgili şikayetler vs.) sıklığının da değerlendirilmesi önerilmektedir^{76,77}. Bu çalışmada da öğrencilerin çabuk yorulma (%57.7), mide şikayetleri (%36.5), sırt/bel ağrısı (%28.4), nefes alma güçlüğü (%23) gibi semptomları olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.2.4.). Bu belirtilerin görülmesi, öğrencilerin skolyoz yönünden değerlendirilmesi gerektiğini göstermesi açısından önemlidir. Ancak literatürde, yapılan skolyoz taramalarında bu belirtilerin incelenmediği görülmektedir.

Skolyoz riskini belirleme, olguların izlem ve tedavisinde taramalar önem kazanmaktadır. Özellikle skolyozla ilgili farkındalığı olan okul sağığı hemşirelerinin bu taramaları yapmasının uygun olduğı ileri sürölmektedir^{115,117,118}. Okul sağığı ekibi ve özellikle okul hemşireleri tarafından riskli gruplarda (görme engelliler vs.) rutin skolyoz taramaları yapılmasının önemli olduğı düşünölmektedir.

Özetle, bu çalışma görme engellilerin sağıık sorunlarının belirlenmesinde taramaların önemini ortaya koymaktadır. Görme engelli öğrencilere yönelik taramaların yürütölmesinde okul hemşiresinin bakım verici, eğitici, araştırmacı, danışmanlık, işbirlikçi, vaka yönetici ve savunucu rolleri doğrultusunda sorumlulukları bulunmaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Görme engelliler okulunda öğrenim gören öğrencilerin sağlık sorunlarını tarama ile belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- ✓ Öğrencilerin yaş ortalaması 10.43 ± 2.9 ; %58'i 12 yaş altında ve %48.6'sı erkektir. Öğrencilerin %81'inin annesi, %50'sinin babası ilkokul mezunu olup; %82.4'ünün ailesi ekonomik durumlarının 'orta' düzeyde olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin %51.4'ü başta göz sağlığı sorunları nedeniyle olmak üzere ameliyat geçirmiş olup, %29.'si devamlı ilaç kullanmaktadır. Öğrencilerin %31'inin anne babası arasında akrabalık ilişkisi bulunmaktadır (Tablo 4.1.1).
- ✓ Öğrencilerin %39.2'si öğretmenleri tarafından başarılı olarak değerlendirilmiş, %55.4'ü 5 günden az devamsızlık yapmış ve %97.3'ü devamsızlık yapma nedenini 'hastalanma' olarak ifade etmiştir. Öğrencilerin %13.5'i okulda yatılı olarak öğrenimine devam etmektedir (Tablo 4.1.2).
- ✓ Öğrencilerin %74.3'ünün görme engeli doğumsal, %77'si kısmi görme engelli olup; %36,4'ünün göz ameliyatı geçirdiği; %77'sinin önceden göz sağlığına yönelik sorun yaşadığı, %64.9'unun engellilik dışında başka bir hastalığı olduğu ve %78.4'ünün görme engeli dışında başka bir engeli olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1.3).

- ✓ Öğrencilerin %74,3'ünün ailesinde kronik hastalık mevcut olup en fazla göz sağlığı sorunları (%52.7) olduğu; %25.7'sinin ailesinde hastalık nedeniyle (diyabet, hipertansiyon vb) diyet yapıldığı belirlenmiştir. Öğrencilerin %43,2'sinin ailesinde gözlük , %16.2'sinin ailesinde protez diş, %2.7'sinin ailesinde skolyoz nedeniyle spinal korse kullanıldığı ve ailesinde işitme cihazı kullanan birey bulunmadığı saptanmıştır (Tablo 4.1.4).

- ✓ Görme engelli öğrencilerin yaşa ve cinse göre boy değerlendirmesinde; %90.5'inin ($\bar{X} \pm SS: 140.57 \pm 17.39$ cm; min:101, max:176 cm); kilo değerlendirmesinde %83.8'inin ($\bar{X} \pm SS: 39.89 \pm 15.39$ kg; min:13.4, max:94.6kg) 'normal' olduğu belirlenmiştir (3. ve 97. Persantil arası). Beden kitle indeksine göre; öğrencilerin %64.9'unun normal kilolu olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin % 91.8'inin sistolik kan basıncının ($\bar{X} \pm SS: 101.85 \pm 11.82$ mmHg); %93.2'sinin diyastolik kan basıncı ($\bar{X} \pm SS: 61.49 \pm 10.8$ mmHg) 'normal' olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin %55.4' ünün ağız diş sağlığı değerlendirmelerinin 'iyi' ve dmf-t skorlarının $\bar{X} \pm SS: 3.29 \pm 2.29$; %27'sinin işitme kaybı; %39.2'sinin skolyoz açısından riskli olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.1).

- ✓ Öğrencilerin %81.8'inin günde 3 öğün yemek yediği, %58.1'inin öğün atladığı, en fazla öğle yemeğinin (%29.7) atlandığı, %79.7'sinin düzenli kahvaltı yaptığı, %66.2'sinin haftada 4-5 kez meyve- sebze tükettiği belirlenmiştir (Tablo 4.2.2).

- ✓ Öğrencilerin %25.7' sinin düzenli (günde 2-3 kez) diş fırçalama alışkanlığının ve %47.3'ünün ağız hijyenin iyi olduğu; %36.5'inin diş ağrısı ve %29.8'inin dişeti kanaması şikayeti yaşadığı; %41,9'unun çekilmiş kalıcı dişi; %39,2'sinin 3 ve daha fazla sayıda çürük dişi ve %17,6'ının dolgulu dişi olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2.3).
- ✓ Öğrencilerin tarama yapılan alanlar ile ilişkili belirtilerine bakıldığında; öğrencilerin %51.4'ünün karın ağrısı; %50'sinin baş ağrısı; %33.8'nin sık idrara çıkma; %31.1'inin baş dönmesi ve burun kanaması; %25.7'sinin taşikardi deneyimledikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin %29.7'sinin kulakta akıntı ve iltihaplanma, %25.7'sinin kulakta kaşıntı, %20,3'ünün duyma güçlüğü ve %6.8'inin kulakta yaralanma gibi semptomları olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %57.7'si çabuk yorulma; %36.5'i mide ile ilgili şikayeti; %28,4'ü bel/sırt ağrısı; %23.0'ı nefes alma güçlüğü şikayetlerini yaşadığını ifade etmiştir (Tablo 4.2.4.).
- ✓ Dmf-t indeksine göre erkeklerin %55.6'sının ağız diş sağlığı 'iyi' olarak değerlendirilmiş olup; başka kronik hastalığı olanların ve düzenli ilaç kullananların ağız diş sağlığının daha 'kötü' olduğu ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir. Ailesinde ağız- diş sağlığı sorunu olanların daha fazla dolgulu dişi olduğu ve ekonomik durumu kötü olanlarda diş çürüğü görülme sıklığının arttığı, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.2.5).

- ✓ İşitme kaybının erkek öğrencilerde (%27.8), 12 yaş ve üzerinde olanlarda (%29.0) ve engellilik etiyolojisi doğumsal olanlarda (%30.9) daha fazla görüldüğü, ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Başka bir kronik hastalığı ve ailesinde işitme sorunu olan ve olmayan öğrencilerde işitme sorunu oranlarının benzer olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.6; $p>0.05$).
- ✓ İşitme kaybı tespit edilen öğrencilerin (%45.0), olmayanlara göre (%24.1) daha başarısız oldukları ifade edilmiş, ancak gruplar arasında (Tablo 4.2.7; $p>0.05$).
- ✓ Skolyoz riskinin erkek öğrencilerde, 12 yaş ve üzerinde olanlarda, görme engeli etiyolojisi doğumsal olanlarda ve tam engelli olan öğrencilerde daha fazla olduğu, ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.2.8; $p>0.05$).

Sonuç olarak, görme engelli öğrencilerin tarama ile büyüme-gelişme ve beslenme sorunları, ağız- diş sağlığı sorunları, hipertansiyon, kulak/işitme sağlığı sorunları ve skolyoz gibi sağlık sorunları tespit edilmiştir. Taramaların yürütülmesinde okul sağlığı hemşirelerinin sorumlulukları ortaya konmuştur.

6.2. Öneriler

Araştırma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

1. Görme engelli öğrencilerin yapılan tarama ile başta ağız-diş sağlığı olmak üzere, skolyoz, işitme ve beslenme açısından sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Bu nedenle; görme engelli öğrencilere yönelik boy- kilo, kan basıncı, ağız- diş sağlığı, işitme ve skolyoz taramalarının yapılması,
2. Görme engelli öğrencilerin yaşa ve cinse göre çoğunluğunun (%90.3, %83.8) boy ve kilo değerlerinin 'normal' olduğu görülmekle birlikte, öğrencilerin beslenme alışkanlıkları ile ilgili sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin %58.1'nin öğün atladığı ve en fazla öğle yemeğinin (%29.7) atlandığı, başta et tüketimi olmak üzere dengeli ve yeterli beslenme için gerekli olan besin öğelerinin yeterince alınmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle, öğrencilerin boy- kilo ölçümlerinin ve değerlendirmelerinin düzenli yapılmasının yanında, yeterli ve dengeli beslenme ile ilgili farkındalığı arttırmak adına ailelerle ve özellikle öğle yemeklerinin iyileştirilmesi konusunda okul yönetimi ile işbirliği yapılması,
3. Görme engelli öğrencilerin yaklaşık yarısının (%44.6) ağız- diş sağlığının dmft indeksine göre 'kötü' olduğu bulunmuştur. Bu nedenle görme engelli bireylerin ağız- diş sağlığı sorunlarının ele alınması,

4. Görme engelli öğrencilerin tarama yapılan alanlarla ilişkili olabilecek semptomları deneyimledikleri saptanmıştır. Bu nedenle işitme kaybı, skolyoz ve kan basıncı takibinin periyodik aralıklarla tekrarlanması,
5. Görme engelli öğrencilerin çoğunluğunda kısmi görme engeli olduğu (%77) saptanmıştır. Bu nedenle, kısmi görme engellilerin kendi sağlıklarını koruma ve geliştime konusunda güçlendirilmeleri; tam görme engeli olanların ise ailelerinin bilinçlendirilmesi amacıyla özel tekniklerle sağlık eğitimleri yapılması,
6. Görme engellilere yönelik literatürün sınırlı olması nedeniyle görme engelli ve diğer engelli öğrencilerin sağlığına yönelik çalışmalarının arttırılması ve bu konu ile ilgili sorumlulukları yerine getirecek okul hemşirelerinin eğitilmeleri,
7. Görme engelli öğrencilerin sağlık durumu ve gereksinimleri ile ilgili daha geçerli sonuçlar elde edilebilmesi için araştırmanın daha büyük bir örneklemle tekrarlanması önerilmektedir.

7. ÖZET

Açıl DA. Görme Engelliler Okulunda Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlık Sorunlarının Tarama ile Belirlenmesi

Engellilik, çocukluk çağında önemli ve evrensel sağlık önceliklerinden biri olarak kabul edilmektedir. Okul çağı döneminde sağlıklı çocuklar ve gençlerle birlikte engelli öğrenciler de sağlık hizmeti almaya gereksinim duymaktadırlar. Bu araştırma, görme engelliler okulunda öğrenim gören öğrencilerin sağlık sorunlarını tarama ile belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini görme engelliler ilköğretim okulunda öğrenim gören öğrenciler (N:99) oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden ve velileri tarafından izin verilen toplam 74 öğrenci örnekleme alınmıştır. Verilerin toplanmasında soru formu ve tarama formu kullanılmıştır. Veriler, Mart- Mayıs 2011 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans dağılımları, yüzde değerleri, ortalama, standart sapma ve ki-kare testi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 10.43 ± 2.9 olup; %58'i 12 yaş altında, %48.6'sı erkektir. Öğrencilerin yaşa ve cinse göre boy değerlendirmesinde %90.5'inin ($\bar{X} \pm SS: 140.57 \pm 17.39$ cm; min:101, max:176 cm); kilo değerlendirmesinde %83.8'inin ($\bar{X} \pm SS: 39.89 \pm 15.39$ kg; min:13.4, max:94.6kg) 'normal (3. ve 97. Persantil arası)' olduğu belirlenmiştir. Beden kitle indeksine göre; öğrencilerin %64.9' u normal kiloludur. Öğrencilerin % 91.8'inin sistolik kan basıncının ($\bar{X} \pm SS: 101.85 \pm 11.82$ mmHg), %93.2'sinin diyastolik kan basıncının ($\bar{X} \pm SS: 61.49 \pm 10.8$ mmHg) 'normal' olduğu saptanmıştır. Öğrencilerin dmft indeksiye göre %55.4'ünün ağız- diş sağlığı 'iyi' ($\bar{X} \pm SS: 3.29 \pm 2.29$), %27'sinin işitme sorunu ve %39.2'sinin skolyoz açısından riskli olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular, okul sağlığı hizmetleri açısından özel bir grup olan engelli öğrencilere yönelik kapsamlı sağlık taramalarının yapılmasında okul sağlığı hemşiresinin rolünü ortaya koymaktadır. Görme

engelli çocuk ve gençlere yönelik boy- kilo, kan basıncı, ağız- diş sağlığı, işitme ve skolyoz taramalarının yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Görme engelli, öğrenci, okul sağlığı, sağlık taraması, okul sağlığı hemşiresi

8. SUMMARY

Açıl DA. Determining The Health Problems of Visually Impaired Students By School Screening

Disability is considered as one of the most important and global health priorities at childhood. At school ages, disabled students also need health services as much as healthy children and adolescents. This cross-sectional study was performed in order to determine the health problems of visually impaired students by school screening. The universe of the study was composed of students in a primary school for visually impaired (N:99). Seventy-four students who accepted to participate in our study and were allowed by their parents were taken in sample group. Question form and screening form were used for data collection. The datas were collected between March 2011 and May 2011. Frequency distribution, percentages, mean, standart deviation and chi-square test were used in statistical evaluation. The mean age of the participant students was 10.43 ± 2.9 , therefore 58% of the students were below 12, and 48.6% of them were male. In the height and weight evaluation according to age and gender, 90.5% ($\bar{X} \pm SD: 140.57 \pm 17.39$ cm; min:101, max:176 cm) and 83.8% ($\bar{X} \pm SD: 39.89 \pm 15.39$ kg; min:13.4, max:94.6kg) of students were 'normal (between 3rd and 97th percentile)'; respectively. According to body mass index, 64.9% of the students were normal. Systolic and diastolic blood pressures were normal in 91.8% ($\bar{X} \pm SD: 101.85 \pm 11.82$ mmHg) and 93.2% ($\bar{X} \pm SD: 61.49 \pm 10.8$ mmHg) of the students; respectively. According to dmt-f index, 55.4% of the students ($\bar{X} \pm SD: 3.29 \pm 2.29$) have good oro-dental health; however 27% of them have risk of hearing loss and 39.2% of them have risk of scoliosis. These results indicate the role of school health nurse in performing comprehensive health screening on disabled students who are a special

group in terms of school health services. Screening for height-weight, blood pressure, oro-dental health, hearing and scoliosis on visually disabled children and adolescents is recommended.

Key Words: Visually impaired, student, school health, health screening, school health nurse.

9. KAYNAKLAR

- 1.Sarı HY. Zihinsel Yetersiz Bireylerin Sağlık Sorunları. TAF Prev Med Bull 2010; 9(2):145-150
- 2.Disability and Health June 2011. ET.10.12.2011 Erişim Adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/index.html>
- 3.T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi ve DİE, 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması - SIS, 2002 Turkey Disability Survey. 2006
- 4.Gogate P, Gilbert C, Blindness in Children: a worldwide perspective. Community Eye Health Journal June 2007; 20 (62): 32-33
- 5.MEB İstatistikleri 2010-2011 ET. 15.06.2011 Erişim Adresi: www.tuik.gov.tr
- 6.Gottlieb CA, Maenner M, Cappa C, Durkin MS Child disability screening, nutrition, and early learning in 18 countries with low and middle incomes: data from the third round of UNICEF's Multiple Indicator Cluster Survey (2005–06). Lancet 2009; 374: 1831-39
- 7.Çokpekin F, Köymen G, Başak F ve ark. Engelliler Okuluna Devam Eden Çocukların Ağız Diş Sağlığı Yönünden Değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Dergisi 2003; 45(3): 228-232
- 8.Cooper ve ark, Improving the Health of People with Intellectual Disabilities: Outcomes of a Health Screening Program After 1 Year, Journal of Intellectual Disability 2006;50 (9): 667-677
- 9.Webb OJ, Rogers L. Health Screening for People with Intellectual Disability: the New Zealand Experience. Journal of Intellectual Disability Research 1999; 43 (6): 497-503
- 10.Wu et al. Association between Nutritional Status and Positive Childhood Disability Screening Using Ten Questions Plus Tool in Sarlahi, Nepal. J Helth Popul Nutr 2010; 28 (6): 585-594

11. Atambay M, Karaman Ö. ve ark. Akşemseddin İşitme Engelliler İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Bağırsak Paraziti ve Baş Biti Görülme Sıklığı, Türkiye Parazitoloji Dergisi 2007; 31(1): 62-65
12. Pekcan H, Okul Sağlığı, içinde: Güler Ç, Akın L (Ed), Halk Sağlığı Temel Bilgiler, Hacettepe Üniversitesi Yay., 2006
13. Güler G, Kubilay G. Bir İlköğretim Okulu Öğrencilerinin Fiziksel Bakım Sorunlarının Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2004, 26 (2); 60-65
14. Şahin F. Okul Sağlığı. TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2000; 9 (6)
15. Winks J. (ed.) An RCN toolkit for school nurses, First Edition, London, Royal Collage of Nursing; 2008
16. Okul Sağlığı Faaliyetleri ile ilgili Mevzuat. ET 10.06.2011 Erişim Adresi: <http://mevzuat.meb.gov.tr/html/973.html>
17. Özcebe H ve ark. (ed.) T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, Ankara:Yücel Ofset Mat.; 2008
18. Bristow K, Fortnum H, Fonseca S, Bamford J. United Kingdom School-Entry Hearing Screening: Current Practice. Archives of Disease in Childhood 2008; 93: 232-235
19. Grivas TB et al. SOSORT Consensus Paper: School Screening for Scolyosis. Where We Today? Journal of Scolyosis 2007; 2(17): 1-23
20. Moore WE, Stephans A, Wilson T, Willson W, Eichner JE. Body Mass Index and Blood Pressure Screening ina Rural Public School System: the Healthy Kids Project, Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice, and Policy October 2006; 3(4): 1-10
21. Barış FG, Kitiş Y, Ankara İli Sincan İlçesinde Bir ilköğretim Okulu ve Bir Lisede Skolyoz ve Kifoz Sıklığının Belirlenmesi, Birinci Ulusal Okul Sağlığı Sempozyumu Kitabı, Mayıs, 2010; 146
22. Gür K, Ergün A, Yıldız A. ve ark. Bir İlköğretim Okulunda Omaha Problem Sınıflandırma Listesine Göre Öğrencilerin Sağlık Problemleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2008; 3: 1-14

- 23.Öztürk C, Dicle A, Satı HS, Bektaş M. Okul Dönemindeki Çocukların Sağlık Durumlarının Belirlenmesi. Milli Eğitim Dergisi 2004;163
- 24.Çivi S, Koruk İ, Konya İli Hasanköy Sağlık Ocağı Bölgesindeki İlköğretim Okulu 1.Sınıf Öğrencilerinin Genel Sağlık Düzeyi. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2003; 60(3): 87 - 94
- 25.Yetkin Ay Z. ve ark. Oral hijyen eğitimi ve mental engelli çocuklar. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2005;12 (3): 17-22
- 26.Prashanth ST, Bhatnagar S, Das UM, Gopu H. Oral health knowledge, practice, oral hygiene status, and dental caries prevalence among visually impaired children in Bangalore. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry Apr- Jun 2011; 29 (2): 102-105
- 27.Catanzariti JF, Salomez E, Bruandet JM, Thevenon A. Visual Deficiency and Scoliosis. Spine 2001; 26(1): 48-52
- 28.Marshall D, McConkey R, Moore G. Obesity in people with intellectual disabilities: the impact of nurse-led health screenings and health promotion activities. Journal of Advanced Nursing 2003; 41(2): 147–153
- 29.Dammayer J. Psychosocial Development in a Danish Population of Children With Cochlear Implants and Deaf and Hard-of-Hearing Children. Journal of Deaf Studies and Deaf Education 2010; 15(1): 50-58
- 30.Ceylan SS, Turan T. Bir İlköğretim Okulunda Okul Hemşireliği Uygulama Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(12):35-49
- 31.Kunz D, Naretta V, Vollinger L, Voss S. Explaining the Role of School Nurses Using a Diagrammatic Tool. NASN School Nurse 2010; 25(140): 12-14
- 32.School Health Nursing Services Role in Health Care, Role of the School Nurse, National Association of School Nurses, 2002 (ET.03.08.2010)
Erişim Adresi: www.nasn.org

33. School Nurse Role in Education, Care in Before and After School Programs and Responsibilities of the School Nurse, National Association of School Nurses, 2003 (ET.03.08.2010) Erişim Adresi: www.nasn.org
34. Karaca S, Özaltın G. Görme Engelli Ergenlerle Yürütölen Yapılandırılmış Bir Grup Eğitiminin Etkinliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3(1):3-14
35. Bonita R, Beaglehole R. Global public health:a new era. 2th ed. 2009
36. Rondinelli RD. Özürlölüğün Belirlenmesi. İçinde: Delisa JA, Gans BM (ed.) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar. Ataoğlu S, Yazıcı S. (ęev) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007,169-179
37. Stineman MG, Lollar DJ, Üstün BT. Uluslar arası fonksiyon, özürlölük ve sağlık sınıflandırması: ICF kullanımına hazır biyo- psiko-sosyal model olara rehabilitasyonu yetkili kılmaktır. İçinde: Delisa JA, Gans BM (ed.) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar. Küçükdeveci A, Koğ N. (ęev) Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2007,1099-1108
38. Warner KD. Clients with Disabilities and Chronic Illness. in: Allender JA, Rector C, Warner KD (ed.) Community Health Nursing, Promoting and Protecting the Public's Health. 7th edition, China:LWW; 2010; 730-749
39. Treloar LL, Artinian BM. Populations Affected By Disabilities. İn: Nies MA, Mcewen M. (ed.) Community/ Public Health Nursing, Promoting the Health of Populations.4th edition, Canada:Elsevier; 2007; 388-419
40. Karamehmetoğlu řř. Rehabilitasyon Açısından Özürlölüğün Epidemiyolojisi. İçinde Oğuz H, Dursun E, Dursun N. (ed.) Tıbbi Rehabilitasyon. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2004;17-24
41. Ahmetoğlu E, Canarslan H, Vatansever Ü, Kutlu K. Zihin ve Hareket Engelli Çocuklar için Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde İzlenen Olguların Demografik Özellikleri. Trakya Üniv Tıp Fak Derg 2005; 22(2): 88-92
42. Murat S. Genel Olarak Özürlölere Yönelik Çalışmalar ve İSMEK Örneği. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi 2009; 56: 22-89

- 43.Özürlüler Haftası (10-16 Mayıs), ET. 20.12.2011, Erişim Adresi:
www.saglik.gov.tr/extrasbirimler.mht
- 44.Bodur S, Durduran Y. Konya’da engelli çocukların sağlık hizmetlerinden yararlanma ve beklenti durumu. Genel Tıp Derg.2009; 19(4): 169-175
- 45.Lennox NG. et al. A pilot of Interventions to Improve Health Care in Adolescents with Intellectual Disability. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 2008; 21:484-489
- 46.Gilbert C, Awan H. Blindness in children. BMJ 2003; 327:760–1
- 47.Proctor ES. Health Screenings and Referrals, NASN School Nurse, January 2009; 24: 13-15
- 48.Nguyen PH, Determination of School Nurses’ Opinions Toward Their Works and Parent Perception of School Nurse’s Roles and Health Services, In Bacninh, Vietnam, Degree of Master, Chulalongkorn University, 2008
- 49.Güler, Tekbaş ve Vaizoğlu 2010
- 50.Çakır S. Kocaeli İlinde Okul Sağlığı Ve Hemşireliği Hizmetlerinin Durumu. Yüksek Lisans. Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi; 2005
- 51.Goon DT, Toriola AL, Shaw BS. Screening for body-weight disorders in Nigerian children using contrasting definitions. International Association for the Study of Obesity, Obesity Reviews 2009; 11: 508–515
- 52.Köseli O, Polat A. Çalışan adolesanlarda malnutrisyon değerlendirmesi. Türk Pediatri Arşivi 2001; Haziran, 36 (2)
- 53.Güler Y, Gönener HD, Altay B, Gönener A. Adölesanlarda Obezite ve Hemşirelik Bakımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2009; 4(10): 165-181
- 54.Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN ve ark. İlköğretim öğrencilerinde obezite gelişimini etkileyen risk faktörleri. S.D.Ü. Tıp Fak. Derg. 2005; 12(2): 19-25

55. Süzek H, Arı Z, Uyanık BS. Muğla'da Yaşayan 6-15 Yaş Okul Çocuklarında Kilo Fazlalığı ve Obezite Prevalansı. Turk J Biochem 2005; 30 (4); 290-295
56. Neyzi O.ve ark. Türk Çocuklarında Vücut Ağırlığı, Boy Uzunluğu, Baş Çevresi Ve Vücut Kitle İndeksi Referans Değerleri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2008; 51: 1-14
57. Ercan O. Büyümenin İzlenmesi. Sağlam Çocuk İzlemi Sempozyum Dizisi Ekim 2003; 35:221-26
58. Hayman LL, Meininger JC, Daniels SR et al. Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Nursing Practice: Focus on Children and Youth: A Scientific Statement From the American Heart Association Committee on Atherosclerosis, Hypertension, and Obesity in Youth of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Epidemiology and Prevention, and Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. Journal of The American Heart Association 2007;116: 344-357
59. zdemir O. Çocukluk Çağında Hipertansiyon: Etiyoloji, Tanı ve Tedavi. Güncel İç Hastalıkları Dergisi 2008; 1: 33-46
60. Seikaly MG. Hypertension in children: an update on treatment strategies. Current Opinion in Pediatrics 2007;19:170–177
61. Sorof JM, Lai D, Turner J et al. Overweight, Ethnicity, and the Prevalence of Hypertension in School-Aged Children. Pediatrics 2004;113:475-482
62. Doğrusoy Y. Edirne İl Merkezindeki 6-17 Yaş Arası Çocuklarda Hipertansiyon Prevalansının Araştırılması Ve Hipertansiyon Saptanan Hastaların Yaşam İç Kan Basıncı İzlemi İle Doğrulanması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2008
63. Başıbüyük G, Hubbezoğlu İ. Sivas il merkezinde bulunan ilköğretim çağındaki çocukların ağız diş sağlığı durumu ve alışkanlıklarının belirlenmesi. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi/ The Journal Of International Social Research 2007; 1/1: 59-71

64. Şahlı AS, Belgin E. Ülkemizde işitme kayıplı çocukların profili ve tedavi yaklaşımları. Hacettepe Tıp Dergisi 2011; 42(2): 82-87
65. Pişmişoğlu B, İşlevsel Değerlendirme. STED 2004; 13(9): 344-348
66. Janicki JA, Alman B. Scoliosis: Review of diagnosis and treatment. Paediatr Child Health November 2007; 12 (9): 771-776
67. Bunge EM, Juttmann RE, Biezen FC et al. Estimating the Effectiveness of Screening for Scoliosis: A Case-Control Study. Pediatrics 2008; 121:9-14
68. İbişoğlu YU. İzmir İli Bornova İlçesi İlköğretim Okullarında Okuyan 12-14 Yaş Grubu Çocuklarda Skolyoz Prevelansının Hesaplanması. Uzmanlık Tezi. İzmir: Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı; 2009
69. Cilli K. Sivas İli Merkez İlköğretim Okullarında Skolyoz Taraması. Uzmanlık Tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı; 2007
70. Ikeda JP, Crawford P, Lopez GW. BMI screening in schools: helpful or harmful. Health Education Research Oxford University Press November 2006; 21(6); 761-769
71. Köksal G. Engellilerde Beslenme. Sağlık Bakanlığı Yayını. Klasmat Mat. Ankara 2008
72. The Defining of School Nursing, ET. 05.12.2011 Erişim Adresi: <http://www.nasn.org/RoleCareer>
73. Council of School Health (Murray et al.), Role of School Nurse in Providing School Health Services, American Academy of Pediatrics May 2008; 5(121): 1052-1056
74. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 19.04.2011 tarihli Resmi Gazete Sayı: 27910 (ET. 02.07.2011)
75. Fısıltı Testi. ET 22.07.2010 Erişim Adresi: www.meb.gov.tr
76. Güler M, Aydeniz A. Skolyoz. İçinde: Tıbbi Rehabilitasyon Oğuz H, Dursun E, Dursun N (ed.), Bölüm 44, Nobel Tıp Kitapevleri, 863-873, 2004

77. Paul SM. Skolyoz ve Diğer Omurga Deformiteleri içinde: Delisa JA, Gans BM (ed.) Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar. Erkin G, Özel S. (çev) Ankara; Güneş Tıp Kitabevleri 2007: 679-698,
78. Who Multicentre Growth Reference Study Group 2006, ET. 10.07.2011 Erişim Adresi: <http://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/>
79. Nihiser et al. Body Mass Index Measurement in Schools,.Journal of School Health December 2007; 77(10): 651-671
80. Güneş D, Kavukçu S. Çocuklarda Kan Basıncı Ölçümü ve Hipertansiyon Tanımı. T Klin Pediatri 2004; 13: 50-56
81. Doğan BG, Gökalp S. Türkiye’de Diş Çürüğü Durumu ve Tedavi Gereksinimi. 2004. Hacettepe Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2008; 32(2): 45-57
82. Oral Health Information Systems ET.10.11.2011 Erişim Adresi: www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en/
83. Rowe DE, The Scoliosis Research Society Brace Manual. ET. 12.11.2011 Erişim Adresi: http://www.srs.org/professionals/education_materials/SRS_bracing_manual/section1.pdf
84. Screening for Idiopathic Scoliosis in Adolescents ET.20.01.2010 Erişim Adresi: <http://www.aaos.org/about/papers/position/1122.asp>
85. Garipağaoğlu M, Özgüneş N. Okullarda Beslenme Uygulamaları. Çocuk Dergisi 2008; 8(3):152-159
86. Pala K, Aytekin N, Aytekin H. Gemlik Bölgesi’nde 6-12 Yaş Çocuklarda Aşırı Kiloluluk ve Şişmanlık Prevalansı. STED 2003; 12 (12): 448-450
87. Arı Z, Süzek H. Muğla Merkez Köylerindeki Bir Grup İlköğretim Okulu Öğrencisinde Serum Lipid Profili ve Obezite Taraması. ADÜ Tıp Fak. Dergisi 2008;9(2):11-16
88. Ece A, Ceylan A, Gürkan F ve ark. Diyarbakır ve çevresi okul çocuklarında boy kısalığı, düşük ağırlık ve obezite sıklığı. Van Tıp Dergisi 2004;11 (4):128-136

89. Erkan T, Yalvaç S, Erginöz E. ve ark. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Yuvası'ndaki çocukların beslenme durumlarının antropometrik ölçümlerle değerlendirilmesi. Türk Ped Arş 2007; 42: 142-7
90. Yüce Hİ. Okul Çocuklarında Metabolik Sendrom Risk Faktörü Olarak Obezite ve Hipertansiyon Taraması. Uzmanlık Tezi. İstanbul: Şişli Etfal EAH; 2007
91. Mir S, Keskinöglü A, Özkayın N, Özdemir Ö. İlkokul 1. Sınıf Çocuklarında Asemptomatik İdrar Yolu Enfeksiyonu ve Hipertansiyon Prevelansı. Ege Tıp Dergisi 2005; 44 (1): 29-33
92. Simonetta G, Marco G, Federico P. et al. Results of blood pressure screening in a population of school-aged children in the province of Milan: role of overweight. Journal of Hypertension March 2005; 23 (3): 493-497
93. Candan C, Çalışkan S. Çocukluk çağında hipertansiyona yaklaşım. Türk Pediatri Arşivi 2005; 40: 15-22
94. Keselyak NT, Simmer- Beck M, Bray KK, Amyot CC. Evaluation of academic service- learning course on special needs patients for dental hygiene students: a qualitative study. Journal of Dental Education 2007; 71(3): 378-392
95. Reddy KVKK, Sharma A. Prevalence of oral health status in visually impaired children. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry Jan- Mar 2011;29 (1): 25-27
96. Smutkeeree A, Rojlaakkanawong N, Yimcharoen V. A 6-month comparison of toothbrushing efficacy between the horizontal Scrub and modified Bass methods in visually impaired students. International Journal of Paediatric Dentistry 2011; 21: 278-283
97. Mitsea AG, Karidis AG, Donta BC, Spyropoulos ND. Oral health status in Greek children and teenagers, with disabilities. J Clin Pediatr Dent. 2001; 26 (1): 111-8
98. Anders PL, Davis EL. Oral health of patients with intellectual disabilities: a systematic review. Spec Care Dentist 2010; 30(3): 110-117

99. Lewis C, Robertson AS, Phelps S. Unmet Dental Care Needs Among Children with Special Health Care Needs: Implications for the Medical Home. *Pediatrics* 2005; 116: e426-31
100. Oral health documents and publications. ET.10.11.2011 Erişim Adresi: http://www.who.int/oral_health/publications/en/
101. Ayrancı Ü. Bir grup ilkokul öğrencisinde diş çürüğü saptama araştırması. *STED* 2005; 14 (3): 50-54
102. Altun C, Güve G, Başak F, Akbulut E. Altı- onbir yaş grubu çocukların ağız- diş sağlığı yönünden değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2005; 47: 114-118
103. Iida H, Lewis C, Zhou C. et al. Dental care needs, use and expenditures among US. children with and without special health care needs. *The Journal of the American Dental Association* 2010; 141: 78-88
104. Oral health priority action areas. ET. 09.11.2011 Erişim Adresi: http://www.who.int/oral_health/action/en/
105. Tekir Ö, Çalışkan T. Okul öncesi dönemdeki iki farklı grup için ağız diş sağlığı uygulamalarında ebeveynin tutumunun karşılaştırılması. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2007; 2 (4): 111-122
106. Hobdell M, Peterson PE, Clarkson J, Johnson N. Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal* 2003; 53(5):285-288
107. The Prevalence and Incidence of Hearing Loss in Children ET. 08.12.2011 Erişim Adresi: <http://www.asha.org/public/hearing/disorders/children.htm>
108. Global burden of hearing loss in the year 2000. ET. 08.12.2011 Erişim Adresi: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hearingloss.pdf
109. Baltussen R, Li J, Wu D, Ge XH et al. Costs of screening children for hearing disorders and delivery of hearing aids in China. *BMC Health Services Research* 2009; 9:64

110. Akgün D, Özdemir N, Altındağ Ş. Isparta Merkez 2 No'lu Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde 2009 ve 2010 yıllarında yürütülen okul sağlık taramalarının sonuçları. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2010; 8(2):105-111
111. Ceyhan D, İdil A, Özdemir O, Çalışkan D. İşitme Engelliler Okulundaki Çocuklarda Göz Sağlığı Taraması. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011; 31(6): 1484-90
112. Tekin M, Cin Ş. İşitme Kaybının Genetik Özellikleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2002; 55(3): 211-216
113. Evenhuis HM, Theunissen M, Denkers I. et al. Prevalence of visual and hearing impairment in a Dutch institutionalized population with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research 2008; 45(5): 457-464
114. Başar P. Edirne/Havsa Merkez İlköğretim Öğrencilerinde Skolyoz Görülme Sıklığı. Yüksek Lisans. Edirne: Trakya Üniversitesi; 2001
115. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening for idiopathic scoliosis in adolescents: a brief evidence update for the US Preventive Services task force. 2004
116. Kesiktaş N, Çakmak A, Baslo B, Sencer A. Multiple anomalies with scoliosis- a case study. Scoliosis Jan 2009; 4: 1
117. Fong DYT, Lee CH, Cheung KMC, Cheng JCY. et al. A meta-analysis of the clinical effectiveness of school scoliosis screening. Spine 2010; 35(10): 1061-1071
118. Mirz TA, Thompson MA, Greene L, Wyatt LA and Akagi CG. Adolescent idiopathic scoliosis screening for school, community, and clinical health promotion practice utilizing the PRECEDE- PROCEED model. Chiropractic & Osteopathy 2005; 13-25

10. EKLER

Ek 1. Soru Formu

Ek 2. Tarama Formu

Ek 3. Etik Kurul İzni

Ek 4. İl Milli Eğitim Müdürlüğü İzni

Ek 5. Veliler için Aydınlatılmış Onam Formu

Ek 6. Veli İzin Belgesi

Ek 7. Gönüllüler için Aydınlatılmış Onam Formu

Ek 8. Teşekkür

Bu çalışma, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı kapsamında, "Görme Engelliler Okulunda Öğrenim Gören Öğrencilerin Bazı Sağlık Sorunlarının Tarama ile Belirlenmesi" adlı tez çalışması olarak planlanmıştır.

Araştırmanın güvenilirliği açısından soruların doğru ve eksiksiz yanıtlanması önem taşımaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler kimliğiniz belirtilmeden bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır. Katılımınız ve işbirliğiniz için teşekkür ederim.

Arş. Gör. Dilay ARGÜN AÇIL

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

KİŞİSEL BİLGİLER

Okul Numaranız:.....

1. Sınıfınız:.....

2. Kaç kardeşiniz?

3. Aile tipiniz nedir?

- a) Çekirdek Aile (Anne- baba, çocuk)
- b) Geniş Aile (Anne, baba, çocuk, anneanne, babaanne, dede vs.)
- c) Parçalanmış Aile (Anne- baba ayrış)
- d) Diğer (yukarıdaki şıklardan daha farklı bir yanıtınız varsa lütfen belirtiniz)

4. Aileniz size düzenli (günlük, haftalık vs.) harçlık veriyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bazen

SAĞLIK İLE İLGİLİ BİLGİLER

5. Daha önce gözlerinizle ilgili aşağıdaki sağlık sorunlarından hangisini yaşadınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Gözde kaşıntı
- b) Gözde yaralanma
- c) Gözde sulanma
- d) Gözde iltihap
- e) Hiçbiri

6. Öğretmeninizi/ çevrenizdeki insanları (anne, baba, kardeş, arkadaş) duymakta zorluk çekiyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır
- c) Bazen



7. Daha önce kulaklarınızla ilgili aşağıdaki sağlık sorunlarından hangisini yaşadınız? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)
- a) Duyamama b) Kulakta kaşıntı c) Kulaktan akıntı
d) Kulakta yarananma e) Kulakta iltihap f) Hiçbiri
8. Sıklıkla bel ağrınız oluyor mu?
- a) Evet b) Hayır c) Bazen
9. Sıklıkla çabuk yorulur musunuz?
- a) Evet b) Hayır c) Bazen
10. Sıklıkla nefes almada zorluk çekiyor musunuz?
- a) Evet b) Hayır c) Bazen
11. Sıklıkla midenizle ilgili şikayetleriniz (yanma, ağrı vs) oluyor mu?
- a) Evet b) Hayır c) Bazen
12. Sıklıkla baş ağrısı şikayetiniz olur mu?
- a) Evet b) Hayır c) Bazen
13. Sıklıkla baş dönmesi şikayetiniz olur mu?
- a) Evet b) Hayır c) Bazen
14. Sıklıkla karın ağrısı şikayetiniz olur mu?
- a) Evet b) Hayır c) Bazen
15. Sıklıkla burun kanamanız olur mu?
- a) Evet b) Hayır c) Bazen
16. Sıklıkla idrara (küçük tuvalet) çıkma isteğiniz olur mu?
- a) Evet b) Hayır c) Bazen
17. Sıklıkla su içme ihtiyacınız/isteğiniz olur mu?
- a) Evet b) Hayır c) Bazen
18. Sıklıkla kalbinizin hızlı çarptığını hisseders misiniz?
- a) Evet b) Hayır c) Bazen
19. Günde kaç öğün yemek yersiniz?
- a) 1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 5 ve üzeri
20. Öğün atladığınız olur mu?
- a) Evet b) Hayır c) Bazen



21. Yanıtınız evet ya da bazen ise genellikle hangi öğünleri atlıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

a) Kahvaltı

b) Öğle yemeği

c) Akşam Yemeği

22. Kahvaltı yapar mısınız?

a) Evet

b) Hayır

c) Bazen

23. Dişlerinizi ne sıklıkla fırçalarsınız?

a) Günde 1 Kez

b) Günde 2 Kez

c) Günde 3 Kez

d) Haftada 2- 3 Kez

e) Aklıma geldikçe

d) Dişlerimi fırçalamam.

24. Dişlerinizi fırçaladığınızda dişetlerinizde kanama oluyor mu?

a) Evet

b) Hayır

c) Bazen

25. Sıklıkla diş ağrınız olur mu?

a) Evet

b) Hayır

c) Bazen

VELİLERDEN ELDE EDİLECEK BİLGİLER

26. Öğrencinin doğum tarihi (Gün/ Ay/ Yıl):.....

27. Öğrencinin doğum kilosu ve boyu:kg,cm

28. Öğrencinin annesinin öğrenim durumu nedir?

a) Okur- yazar değil

b) Okur- yazar

c) İlkokul mezunu

d) Ortaokul mezunu

e) Lise mezunu

d) Yüksekokul/Üniversite mezunu

29. Öğrencinin babasının öğrenim durumu nedir?

a) Okur- yazar değil

b) Okur- yazar

c) İlkokul mezunu

d) Ortaokul mezunu

e) Lise mezunu

d) Yüksekokul/Üniversite mezunu

30. Öğrencinin annesi çalışıyor mu?

a) Evet (Mesleğinizi belirtiniz.....)

b) Hayır

c) Bazen (mevsimlik vs.)

31. Öğrencinin babası çalışıyor mu?

a) Evet (Mesleğinizi belirtiniz.....)

b) Hayır

c) Bazen (mevsimlik vs.)

32. Öğrencinin sağlık güvencesi var mı?

a) Evet

b) Hayır

33. Sizce ailenizin ekonomik durumu nasıldır?

a) Çok iyi

b) İyi

c) Orta

d) Kötü



34. Öğrencinin bilinen bir hastalığı (kalp, şeker hastalığı, astım gibi) var mı? Varsa belirtiniz.

- a) Evet (Belirtiniz).....
b) Hayır
c) Bilmiyorum.

35. Öğrenci düzenli ilaç kullanıyor mu?

- a) Evet (Belirtiniz).....
b) Hayır

36. Öğrenci ameliyat geçirdi mi? Yanıtınız evetse belirtiniz.

- a) Evet (Belirtiniz).....
b) Hayır

37. Öğrenci aşağıdaki besinlerden hangilerini haftada 4-5 kez tüketir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Süt ve Süt Ürünleri
b) Et ve Et Ürünleri
c) Yumurta
d) Kuru baklagiller
e) Tahıl grubu
f) Meyve ve Sebzeler
g) Şekerler, Tatlılar, Hamur İşleri
h) Diğer (Belirtiniz).....

38. Öğrenci hangi durumlarda devamsızlık yapar? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- a) Hastalandığında
b) Aileden biri hastalandığında
c) Sınavı/ Ödevi olduğunda
d) Okula gitmek istemediğinde
e) Diğer (yukarıdaki şıklardan daha farklı bir yanıtınız varsa lütfen belirtiniz)
.....

AİLE SAĞLIĞI İLE İLGİLİ BİLGİLER

39. Eşinizle aranızda akrabalık ilişkisi var mı?

- a) Evet
b) Hayır

40. Ailenizde (kendinizde, eşinizde, diğer çocuklarınızda, kardeşinizde, anne- babanızda vs.) olan hastalıklar nelerdir?

- a) Şeker Hastalığı (Belirtiniz).....
b) Kalp Hastalığı (Belirtiniz).....
c) Yüksek Tansiyon (Belirtiniz).....
d) Aşırı Şişmanlık (Belirtiniz).....
e) Göz Sağlığı Sorunları (Belirtiniz).....
f) İşitme Sorunları (Belirtiniz).....



- g) Ağız- Diş Sağlığı Sorunları (Belirtiniz).....
- h) Belde/Sırtta Eğrilik (Belirtiniz).....
- i) Diğer (yukarıdaki şıklardan daha farklı bir yanıtınız varsa lütfen belirtiniz)
.....

j) Bilmiyorum.

41. Siz, eşiniz ya da diğer çocuklarınız gözlük kullanıyor musunuz? Evetse kimin kullandığını belirtiniz.

a) Evet (Belirtiniz).....

b) Hayır

c) Bilmiyorum.

42. Siz, eşiniz ya da diğer çocuklarınız işitme cihazı kullanıyor musunuz? Evetse kimin kullandığını belirtiniz.

a) Evet (Belirtiniz).....

b) Hayır

c) Bilmiyorum.

43. Siz, eşiniz ya da diğer çocuklarınız bel/sırttaki eğrilik nedeniyle korse/destek kullanıyor musunuz? Evetse kimin kullandığını belirtiniz.

a) Evet (Belirtiniz).....

b) Hayır

c) Bilmiyorum.

44. Siz, eşiniz ya da diğer çocuklarınız takma diş kullanıyor musunuz? Evetse kimin kullandığını belirtiniz.

a) Evet (Belirtiniz).....

b) Hayır

c) Bilmiyorum.

45. Ailenizde bir sağlık sorunu nedeniyle (kalp, şeker hastalığı gibi) beslenmesine dikkat eden kimse var mı? Varsa hangi nedenle ve kim olduğunu belirtiniz.

a) Evet (Belirtiniz).....

b) Hayır

c) Bilmiyorum.

ÖĞRETMENLERDEN, OKUL HEMSİRESİNDEN, KAYITLARDAN ELDE EDİLECEK BİLGİLER

46. Öğrencinizin okul başarınızı nasıl değerlendirirsiniz?

a) Çok başarılı

b) Başarılı

c) Orta derecede başarılı

d) Diğerlerine göre başarısız

e) Başarısız

47. Öğrenciniz dönem başından itibaren kaç gün devamsızlık yaptı?

a) Hiç devamsızlık yapmadım.

b) 5 günden az

c) 5- 10 gün

d) 10- 15 gün

e) 15 günden fazla



EK 2.

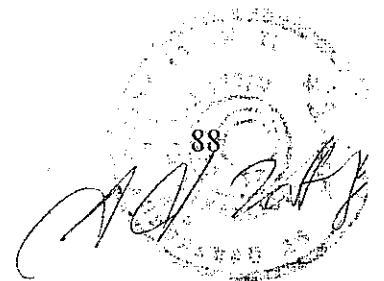
TARAMA FORMU

Ad Soyad:

Okul No.

Form No.

Yaş:		Cinsiyet:	
Boy: cm		Kilo: kg	
Boy Persantil		Kilo Persantil	
Z skor:		BKİ (Beden Kitle İndeksi):	
Doğduğunuz zamanki boy ve kilonuz: cm kg			
Görme Engelli : Tam () Kısmi ()			
Görme ile ilgili yakınmalar var mı? (1. Ağrı, 2. Sulanma, 3. Işığa Duyarlılık, 4. Konjunktivit 5. Seyrime 6. Diğer.....)			
Şaşıklık var mı?			
Pitosizi var mı? Sağ Göz		Sol Göz	
İyitme : Sağ Kulak;	1. Sayı ()	2. Sayı ()	3. Sayı ()
Sol Kulak;	1. Sayı ()	2. Sayı ()	3. Sayı ()
			4. Sayı ()
(Fısıltı Testi)			
Skolyoz: Eğrilik Gözlendi ()		Eğrilik Gözlenmedi ()	
(Adam's Forward Bending Test)			
Dış Sayısı:		Ağız Hiyjeni:	
Çürük Dış Sayısı:		Dolgu Dış Sayısı:	
Çekilmiş Kalıcı Dış Sayısı:			
Kan Basıncı: mmHg		Kan Basıncı: mmHg	
(1. Ölçüm)		(2. Ölçüm- 1. Ölçümden 5dk sonra)	
Normal ()	Yüksek ()	Düşük ()	Normal ()
			Yüksek ()
			Düşük ()
Hekim Tanısı		Dış:	KB:
Göz:	İyitme:	Skolyoz:	B-G:
Hemşirenin Adı Soyadı			





T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : B.30.2.ANK.0.20.70.01

Konu : Çalışma dosyası hakkında

6112 17.03.2011

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığına

Fakülteniz Hemşirelik Bölümü öğretim üyelerinden Yrd.Doç.Dr.Sultan Ayaz'ın sorumluluğunda yürütülecek olan "Görme engelliler okulunda öğrenim gören öğrencilerin bazı sağlık sorunlarının tarama ile belirlenmesi" başlıklı çalışma dosyası, klinik araştırmalar değerlendirme kurulunun 28 Şubat 2011 tarihli toplantısında görüşülmüş olup, alınan karar örneği ilişikte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve ilgiliye tebliğini saygı ile arz ve rica ederim.


Prof.Dr.T.Murat ÖZSAN
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

Eki: 2 karar örneği

**KLİNİK ARAŞTIRMALAR DEĞERLENDİRME KURULU
DEĞERLENDİRME FORMU**

DEĞERLENDİRME KURULUNUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Değerlendirme Kurulu
AÇIK ADRES	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Morfoloji Binası 06100 Sıhhiye/Ankara
TELEFON	0312 310 30 10/227
FAKS	0312 310 63 70
E-POSTA	etik@medicine.ankara.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Görme engelliler okulunda öğrenim gören öğrencilerin bazı sağlık sorunlarının tarama ile belirlenmesi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜNÜN KODU			
	EUDRACT NUMARASI			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Sultan Ayaz		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşirelik Bölümü		
	KOORDİNATÖRÜN ÜNVANI/ADI/SOYADI			
	KOORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI			
	ARAŞTIRMA MERKEZİ	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü		
	ARAŞTIRMA MERKEZİNİN AÇIK ADRESİ			
	BAŞVURULAN DEĞERLENDİRME KOMİSYONUNUN ADI	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Değerlendirme Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ			
	UZMANLIK TEZİ/AKADEMİK AMAÇLI	YÜKSEK LİSANS TEZİ ☒		AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1 ☐	FAZ 2 ☐	FAZ 3 ☐
		FAZ 4 ☐	BE/BY ☐	DİĞER ☐
	DİĞER ise belirtiniz:			
	İLAÇ DIŞI ARAŞTIRMA ☐			
	Belirtiniz:			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	24.02.2011	01	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	24.02.2011	01	Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐	Diğer ☐

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	SİGORTA	☐	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐	
	İLAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER	☐	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:25-503	Tarih: 28 Şubat 2011
	Yrd.Doç.Dr.Sultan Ayaz'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler; araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri ile bilgilendirilmiş gönüllü olur formu dikkate alınarak incelenmiş, çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Klinik Araştırmalar Değerlendirme Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

DEĞERLENDİRME KURULU BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu ve SOP
DEĞERLENDİRME KURULU BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof.Dr.Mehmet MELLİ	
DEĞERLENDİRME KURULU ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Mehmet Melli	Tıbbi Farmakoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Cihan Yurdaydın	Gastroenteroloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Ahmet Demirkazık	Tıbbi Onkoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Ajlan Tükün	Tıbbi Genetik	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Tanju Özçelikay	Eczacı-Farmakolog	Ankara Üniv. Ecz. Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Nuhan Puralı	Biyofizik	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Cem Atbaşoğlu	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Hakan Uncu	Genel Cerrahi	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.H.Serdar Öztürk	Tıbbi Biyokimya	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.H.Serap Sivri	Çocuk Sağlığı	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	İZİNLİ
Prof.Dr.Muharrem Özen	Avukat-Öğr.Üyesi	Ankara Üniv. Hukuk Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	DERSTE
Prof.Dr.Banu Çakır	Halk Sağlığı	Hacettepe Üni. Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	YURTDIŞINDA
Öğr.Gör.Dr.Volkan Kavas	Deontoloji	Ankara Üniv. Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Gülsüm Aslan	Sağlık Mes. Dışı- Emekli	-----	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
 ** :Toplantıda Bulunma

T.C.
ANKARA VALİLİĞİ
Milli Eğitim Müdürlüğü

BÖLÜM : İstatistik Bölümü
SAYI : B.08.4.MEM.0.06.22.00-60599/ 24630
KONU : Araştırma izni
Dilay ARGUN AÇIL

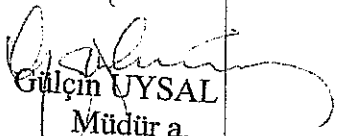
24/03/2011

YENİMAHALLE İLÇE MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE

- İlgi: a) M.E.B. Bağlı Okul ve Kurumlarda Yapılacak Araştırma ve Araştırma Desteğine Yönelik İzin ve Uygulama Yönergesi.
b) MEB EARGED' in araştırma izinlerine ilişkin 11/04/2007 tarih ve 1950 sayılı yazısı.
c) 02/09/2009 tarih ve 74835 sayılı Valilik Onayı.
d) 05/11/2009 tarih ve 98610 sayılı Valilik Onayı.
e) Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 11/03/2011 tarih ve 571 sayılı yazısı.

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans öğrencisi Dilay ARGUN AÇIL'ın "Görme Engelliler Okulunda Öğrenim Gören Öğrencilerin Bazı Sağlık Sorunlarının Tarama İle Belirlenmesi" konulu araştırmaları ile ilgili anketi, ek listedeki ilçeniz okullarında uygulama yapılması isteği Müdürlüğümüz Değerlendirme Komisyonunca uygun görülmüştür.

Mühürlü anket örnekleri (11 sayfadan oluşan) araştırmacıya ulaştırılmış olup, uygulama yapılacak sayıda araştırmacı tarafından çoğaltılarak, araştırmanın ilgi (a) yönerge çerçevesinde gönüllülük esasına göre uygulanmasını rica ederim.


Gülçin UYSAL
Müdür a.
Müdür Yardımcısı

EKLER :
1-Okul Listesi (1 Sayfa)

24/03/2011 Memur :E. ÇİNER
24/03/2011 Şef :N. ÇELENK

EK 5. VELİLER İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Görme Engelliler Okulunda Öğrenim Gören Öğrencilerin Tarama ile Bazı Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi

Araştırmanın Kolay Anlaşılabilir Adı: Görme Engelli Çocukların Bazı Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi

Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç.Dr. Sultan AYAZ

Sayın Veli,

“Görme Engelliler Okulunda Öğrenim Gören Öğrencilerin Tarama ile Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi” adlı çalışmaya katılmak için kızınız/oğlunuz davet edilmiş bulunmaktadır. Bu çalışma, **Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı** kapsamında araştırma amaçlı yapılmaktadır. Kızınız/oğlunuzun çalışmaya katılmasına izin vermeden önce çalışmayla ilgili bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırın ve bu bilgileri kızınız/oğlunuz ve ailenizle tartışınız. Aşağıdaki bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayıp araştırmacıya gönderiniz.

Okul çağı büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu bir dönemdir. Bu dönemde diş çürükleri, işitme sorunları, boy- kilo sorunları, ruhsal sorunlar, kansızlık gibi sağlık sorunları sık görülmektedir. Çocukların sağlıkla ilgili sorunlarının en erken dönemde belirlenmesi ve uygun şekilde müdahale edilmesi önemlidir. Bu kapsamda, tüm çocukların belirli aralıklarla doktorlar, hemşireler tarafından muayene edilmeleri bu gibi hastalıkların önceden fark edilmesini sağlar. Bu nedenle araştırmanın amacı görme engelliler ilköğretim okulunda öğrenim gören öğrencilerin tarama ile boy-kilo ölçümü, işitme, sırtta eğrilik, kan basıncı, ağız-diş sağlığını değerlendirmek ve sağlık sorunlarını belirlemektedir.

Bu araştırma, Mitat Enç Görme Engelliler İlköğretim Okulu'nda Mart-Mayıs 2011 tarihleri arasında yapılacaktır. Araştırma, katılmaya gönüllü 7-15 yaş arası toplam 90 öğrenciyi kapsamaktadır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kızınız/oğlunuzun çalışmaya katılmasını istemeyebilirsiniz. Ayrıca izin verseniz bile, herhangi bir aşamada izninizi geri çekme hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katılım sizin izninizle birlikte oğlunuz/kızınızın isteğine bağlıdır, istemezse çalışmaya katılmayabilir.

Çalışma anket yöntemi (yüz yüze görüşme) ve fiziksel muayene ile uygulanacaktır. Kızınız/oğlunuza sağlığıyla ilgili 25 soru, size de kızınız/oğlunuzun sağlığını etkileyeceği düşünülen 20 soru yöneltilecektir. Sorular aydınlatılmış onam formu ile size gönderilmiştir. Araştırmanın güvenilirliği açısından soruların eksiksiz yanıtlanması önem taşımaktadır. Sizin ya da çocuğunuzun verdiği cevaplar hiç kimse ile paylaşılmayacaktır. Ayrıca kızınız/oğlunuzun fiziksel muayenesinde, boy-kilo ve tansiyon ölçümlerin yapılacak; duyma, diş ile ilgili sorunların ve sırtında eğrilik olup olmadığı değerlendirilecektir. Bu işlemler sırasında kızınız/oğlunuz kesinlikle ağrı duymayacaktır ve revirde kızınız/oğlunuz, araştırmacı ve okul hemşiresinden başka kimse bulunmayacaktır.

-Boyunu ve kilosunu doğru ölçebilmek için ayakkabılarını çıkarması gerekecektir.

-Tansiyon (kan basıncını) doğru ölçebilmek için sağ üst kolunun üçte ikisi açıkta kalacak şekilde açması gerekecektir. Daha sonra tansiyon aleti ile ölçümü yapılacaktır.

-Duyma ile ilgili bir sorunun olup olmadığını anlayabilmek için araştırmacı belirli bir uzaklıkta önünde durarak, dört sayı fısılda yacak ve kendisinden bu sayıları tekrar etmesini isteyecektir. Sonra bunu önce sağ, sonra sol kulağını eliyle kapatarak tekrarlaması gerekecektir.

-Dişlerindeki sorunları(çürük vs.) belirleyebilmek için ışık kaynağı ile dişlerine bakılacaktır. Bunun için ağzını iyice açması gerekecektir.

-Sırtında kemiklerinde bir eğrilik olup olmadığını anlayabilmek için kızınız/oğlunuzun üstündeki giysilerini atleti kalacak şekilde çıkarması gerekecektir. Daha sonra dizlerini bükmeden, kollarını aşağı doğru tutarak öne doğru eğilmesi istenecektir. Anketi cevaplama ve muayene süresi ortalama 20-35 dakikadır.

Çalışmaya katılım herhangi açıdan bir sorun yaratmayacaktır. Çalışmaya katılabilmen için aileden ve okuldan izin alınmıştır. Çalışma, ders aralarında ve öğretmenlerin uygun gördüğü zamanlarda yürütülecektir. Bu çalışmaya katılmanız için size ek bir ödeme yapılmayacak ve sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya ilişkin muayeneler size ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir ek maliyet getirmeyecektir.

Çalışmanın sonuçları, sizin kimliğiniz ve kızınız/oğlunuzun kimliği gizli tutularak bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Araştırmanın yapılabilmesi için gerekli izinler yazılı olarak alınmıştır. Bu çalışmanın sonuçları tarafınıza ve okul yönetimine kimlik belirtilmeden yazılı olarak bildirilecektir.

Çalışmayla ilgili her türlü sorunuzu sormak ya da çalışmayla ilgili ek bilgi almak istediğinde araştırmacıya ulaşabilirsiniz. Aşağıda araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası sizde kalacaktır.

Soruları içtenlikle ve eksiksiz cevaplayarak bilimsel gelişime katkıda bulunduğunuz için teşekkür ederim.

Velinin Adı Soyadı:

Araştırmacılar

Yüksek Lisans Öğrencisi: Arş.Gör. Dilay ARĞUN AÇIL, Gazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sultan AYZ, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi

İletişim Adresi

Tez Öğrencisi: Arş. Gör. Dilay ARĞUN AÇIL

G. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Teknikokullar
Beşevler/Ankara

Tel: 03122162652

E-mail: dilayacil@gazi.edu.tr

EK 6. VELİ İZİN BELGESİ

Sayın Veli,

Okulumuzda Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü öğretim elemanlarından Arş. Gör. Dilay (ARĞUN) AÇIL tarafından, Hemşirelikte Yüksek Lisans Programı kapsamında öğrencilerin **sağlık değerlendirmesini (boy- kilo ölçümü, işitme, skolyoz (sırtta eğrilik), diş sağlığı, kan basıncı (tansiyon) taramaları)** içeren tez çalışması yürütülecektir.

Bilgilerinize

Sayın araştırma görevlisi Dilay ARĞUN AÇIL tarafından, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde bir araştırma yapılacağı belirtilerek, tarafıma gönderilen ilgili bilgilendirme yazısını (aydınlatılmış onam formu) okudum ve anladım.

..... sınıfında okuyan numaralı öğrenciniz, Kızım/Oğlum..... 'un genel sağlık değerlendirmesi programına katılmasını gönüllük içerisinde kabul ediyor ve izin veriyorum.

İmza

Velinin Adı Soyadı

Adres:

Tel:

EK 7. GÖNÜLLÜLER İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Araştırmanın Adı: Görme Engelliler Okulunda Öğrenim Gören Öğrencilerin Tarama ile Bazı Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi

Araştırmanın Kolay Anlaşılabilir Adı: Görme Engelli Çocukların Bazı Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi

Sorumlu Araştırmacı: Yrd. Doç.Dr. Sultan AYZ

Sevgili Katılımcı,

“Görme Engelliler Okulunda Öğrenim Gören Öğrencilerin Tarama ile Sağlık Sorunlarının Belirlenmesi” adlı çalışmaya katılmak için davet edilmiş bulunmaktasın. Bu çalışma, araştırma amaçlı yapılmaktadır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce çalışmayla ilgili bilgileri dikkatlice dinlemelisin. Daha sonra bu bilgileri ailenle ve araştırmacıyla tartışmalısın. Çalışmaya katılman tamamen senin isteğine bağlıdır. İstemezsen çalışmaya katılmayabilirsin.

Okul çağı büyüme ve gelişmenin hızlı olduğu bir dönemdir. Bu dönemde diş çürükleri, işitme sorunları, boy- kilo sorunları, ruhsal sorunlar, kansızlık gibi sağlık sorunları sık görülmektedir. Çocukların sağlıklı ilgili sorunlarının en erken dönemde belirlenmesi ve uygun şekilde müdahale edilmesi önemlidir. Bu kapsamda, tüm çocukların belirli aralıklarla doktorlar, hemşireler tarafından muayene edilmeleri bu gibi hastalıkların önceden fark edilmesini sağlar. Bu nedenle araştırmanın amacı görme engelliler ilköğretim okulunda öğrenim gören öğrencilerin tarama ile boy-kilo ölçümü, işitme, sırtta eğrilik, kan basıncı, ağız-diş sağlığını değerlendirmek ve sağlık sorunlarını belirlemektedir.

Bu araştırma, Mitat Enç Görme Engelliler İlköğretim Okulu’nda Mart-Mayıs 2011 tarihleri arasında yapılacaktır. Araştırma,

katılmaya gönüllü 7-15 yaş arası toplam 90 öğrenciyi kapsamaktadır. Şu anda katılmayı kabul etsen bile istediğin zaman bir neden belirtmeksizin çalışmadan ayrılmakta özgürsün.

Çalışma anket yöntemi (yüz yüze görüşme) ve fiziksel muayene ile uygulanacaktır. Çalışmaya katılmayı istersen ve kabul edersen sana sağlığını ilgili 25 soru yönelteceğim ve senden cevap vermeni bekleyeceğim. Verdiğin cevapları hiç kimseye paylaşmayacağım. Her soruyu eksiksiz cevaplaman önemlidir. Daha sonra boy-kilo ve tansiyon ölçümlerin yapılacak; duyma, diş ile ilgili sorunların ve sırtında eğrilik olup olmadığı değerlendirilecektir. Bu işlemler sırasında kesinlikle ağrı duymayacaksın ve revirde sen, ben ve okul hemşiresinden başka kimse bulunmayacaktır.

- Boyunu ve kilonu doğru ölçebilmem için ayakkabılarını çıkarman gerekecek.
- Tansiyonunu (kan basıncını) doğru ölçebilmem için sağ kolunu dirseğinin üstüne kadar açman gerekecek. Daha sonra tansiyon aleti yardımıyla ölçümün yapılacak.
- Duyma ile ilgili bir sorunun olup olmadığını anlayabilmem için belirli bir uzaklıkta önünde durarak, sana dört sayı fısıldayacağım ve senden bu sayıları tekrar etmeni isteyeceğim. Sonra bunu önce sağ, sonra sol kulağını elinle kapatarak tekrarlayan gerekecek.
- Dişlerindeki sorunları (çürük vs.) belirleyebilmem için ışık kaynağı ile dişlerine bakacağım. Bunun için ağzını iyice açman gerekecek.
- Sırtında kemiklerinde bir eğrilik olup olmadığını anlayabilmem için üstündeki giysilerini atletin kalacak şekilde çıkarman gerekecek. Daha sonra dizlerini bükmeden, kollarını aşağı doğru tutarak öne doğru eğilmeni isteyeceğim. Her türlü kişisel bilgilerin gizli tutulacaktır. Anketi cevaplama ve muayene süresi ortalama 20-35 dakikadır.

Çalışmaya katılman herhangi açıdan bir sorun yaratmayacaktır. Çalışmaya katılabilmen için aileden ve okuldan izin

alınmıştır. Çalışma, ders aralarında ve öğretmenlerinin uygun gördüğü zamanlarda yürütülecektir. Bu çalışmaya katıldığında sana ya da ailene para ödenmeyecek ve sizden para istenmeyecektir. Çalışmaya ilişkin muayeneler sana, ailene ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir ek maliyet getirmeyecektir.

Çalışmanın sonuçları, kimliğin gizli tutularak bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Ayrıca sonuçlar daha sonra sana ve ailene bildirilecektir. Çalışmayla ilgili her türlü sorunu sormak ya da çalışmayla ilgili ek bilgi almak istediğinde araştırmacıya rahatlıkla ulaşabilirsin. Aşağıda araştırmacının iletişim bilgileri yer almaktadır.

Bu yazının bir örneği sana verilecektir.

Bu çalışmaya katılmak ister misin?

Çalışmaya katılmayı kabul ederek bilimsel gelişme katkıda bulunduğun için teşekkür ederim.

Katılımcının Adı Soyadı:

Sınıfı:

Araştırmacılar

Yüksek Lisans Öğrencisi: Arş.Gör. Dilay ARGÜN AÇIL, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Sultan AYZA, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

İletişim Adresi

Tez Öğrencisi: Arş. Gör. Dilay ARGÜN AÇIL

G. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Teknikokullar Beşevler/Ankara

Tel: 03122162652

E-mail: dilayacil@gazi.edu.tr

EK 8. TEŞEKKÜR

Öğrencisi olarak her zaman şanslı olduğumu hissettiren ve çalışmalarımın her aşamasında bilgi, deneyim ve desteklerini esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım, Sayın Doç. Dr. Sultan AYAZ' a;

Tez çalışmam sürecinde, önerileriyle yardımcı olan saygıdeğer hocalarım Sayın Prof.Dr. Gülümser KUBLAY'a, Sayın Prof. Dr. Gülşen VURAL'a, Sayın Prof. Dr. Seçil ÖZKAN' a ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Bülent Çelik'e;

Var olduklarını ve desteklerini her zaman hissettiğim sevgili çalışma arkadaşlarım Sayın Arş. Gör. Emine AYDIN' a, Sayın Öğr. Gör. Burcu BAYRAK' a, Sayın Arş. Gör. Azize ATLI ÖZBAŞ' a, Sayın Arş. Gör. Deniz ÖZTÜRK' e ve Sayın Arş. Gör. Nevra DEMİR'e;

Hayatıma verdikleri emek, destek, sevgi ve sayamadığım herşey için canım anneme, babama ve kardeşime;

ve yanında nefes almaktan mutluluk duyduğum canıma, eşime,

Sonsuz teşekkürlerimle...

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı: Dilay

Soyadı: ARGÜN AÇIL

Doğum Yeri ve Tarihi: Antakya, 1986

Yabancı Dil: İngilizce, Almanca

Öğrenim Durumu:

- **2004-2008** Marmara Üniversitesi (İstanbul)- Hemşirelik Yüksekokulu-Hemşirelik
- **1997-2004** Milas Anadolu Lisesi (Muğla)- Fen Bilimleri
- **1992-1997** Menteşe İlköğretim Okulu (Muğla)

İş Deneyimi:

- 02/2010- (Halen) Araştırma Görevlisi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara (35.m ile)
- 02/ 2009- 02/2010 - Araştırma Görevlisi, Sinop Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Sinop
- 11/2008- 01/2009- Servis Hemşiresi- Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım ve Pediatri Servisi, Maltepe/ İstanbul

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

Türk Hemşireler Derneği

Bilimsel Etkinlikleri (aldığı burs, ödül, proje)

- Onkoloji Hemşireliği Derneği, Kansere Yönelik Araştırmalara Teşvik Ödülü, Harran Üniversitesi, 2006
- Marmara Üniversitesi Hemşirelik Bölümü- Bölüm İkciliği, 2008
- İlköğretim Okulunda Öğrenim Gören Öğrencilerin Sigara Konusunda Bilgilendirilmesinde Akran Eğitimi Modelinin Etkinliği, Gazi Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi, 47/2010-06, *Araştırmacı*, Proje Yürütücüsü: Doç.Dr. Sultan AYAZ (Devam ediyor)