



Kastamonu
Sağlık
Akademisi
ISSN 2548-1010

Cilt Volume **4** | **Sayı** Issue **3**

Aralık
December
2019

HAKEMLİ DERGİ | REFEREED JOURNAL

ISSN 2548-1010

İmtiyaz Sahibi | Owner of the Journal

Dr. Esra DEMİRARSLAN

Editör Kurulu | Editorial Board

Dr. Esra DEMİRARSLAN, *Kastamonu Üniversitesi (İmtiyaz Sahibi)*

Doç. Dr. Samira HAJİSADEGHİ, *Qom University of Sciences (Editör Yardımcısı)*

Doç.Dr. Silvia BORİSOVA, *Varna Üniversitesi (Editör Yardımcısı)*

Yrd. Doç.Dr. Carla DAMÁSİO, *Leiria Politeknik Üniversitesi (Editör Yardımcısı)*

Yrd. Doç.Dr. Aline TEİXEİRA MARQUES FIGUEİREDO SİLVA, *Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Editör Yardımcısı)*

Dr. Wilma ZYDZİUNAİTE, *Vytautas Magnus University (Editör Yardımcısı)*

Editörler | Editors

Prof.Dr. İsmet DOĞAN, *Afyon Kocatepe Üniversitesi*

Prof.Dr. Seçil NEMLİ, *Gazi Üniversitesi*

Doç. Dr. Merve BANKOĞLU GÜNGÖR, *Gazi Üniversitesi*

Doç.Dr. Fadime EROĞLU, *Avrasya Üniversitesi*

Doç. Dr. Pınar SÖKÜLMEZ KAYA, *Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi*

Doç. Dr. Oğuzhan ZENGİN, *Karabük Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. Nuran ÖZYEMİŞCİ CEBECİ, *Hacettepe Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. Hakan DAYANIR, *Sağlık Bilimleri Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. Muzaffer DOĞGÜN, *Girne Amerikan Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. EMRAH DURAL, *Cumhuriyet Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. Nesrin İÇLİ, *Kastamonu Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. Görker SEL, *Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. Hüseyin Fatih SEZER, *Kocaeli Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. Serra ÖRSTEN, *Hacettepe Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. Asuman ÖZGÖZ, *Kastamonu Üniversitesi*

Dr. Öğr. Ü. Nilgün ULUTAŞDEMİR, *Gümüşhane Üniversitesi*

Yrd. Doç. Dr. António VICENTE, University of Beira Interior

Dr. İsmail KARASOY, Gümüşhane Devlet Hastanesi

Öğr. Gör. Dr. Zeliha Canan ÖZKAN, Necmettin Erbakan Üniversitesi

Dr. Paulo PEREIRA, Portuguese Institute of Blood and Transplantation

Yrd. Doç.Dr. Marlene ROSA, Polytechnic Institute of Leiria

Öğr. Gör. Dr. Hacer HANCI TOKMAKCIOĞLU, Kastamonu Üniversitesi

Dr. Sandra XAVIER, University of Lisbon Portugal

Öğr. Gör. Vedat GÜLTEKİN, Ankara Üniversitesi

Uzman Hande DİNDAR, Ankara Üniversitesi

Esma Sena PATTABANOĞLU, Kastamonu Üniversitesi



Sağlık Akademisi Kastamonu (SAK) yılda üç kez yayınlanan, hakemli, bilimsel bir e-dergidir. Dergide yayınlanan çalışmalardan, kaynak gösterilmek koşuluyla alıntı yapılabilir. Çalışmaların tüm sorumluluğu yazarına/yazarlarına aittir.

Health Academy Kastamonu (HAK) is a refereed e-journal published three times a year. May be quoted on the condition that the source is shown. All responsibility for the articles belongs to the author/authors.

İletişim | Contact

Dr. Esra DEMİRARSLAN

E-posta | e-mail: eertemur@kastamonu.edu.tr

Telefon | phone: +903662804138

Dergi İletişim | Journal Contact

Dr. Hacer HANCI

E-posta | e-mail: hhanci@kastamonu.edu.tr

Telefon | phone: +903662803950

Sağlık Akademisi Kastamonu dergisi, çift kör hakemlik prensibini benimser. Uluslararası Creative Commons 4.0 tarafından lisanslanmıştır. Dergimize gönderilen makaleler intihal.net intihal tarama programında değerlendirilmektedir. Dergi Index Copernicus International (ICI), Crossref, Scilit, Science Library Index, DOAJ, Türk Medline, OPENAIRE, ROAD, ASOS ve Open Access Library(OALIB) tarafından taranmaktadır.

Health Academy Kastamonu adopts the principle of double blind arbitration. Licenced by international Creative Commons 4.0. The articles submitted to our journal are controlled by the intihal.net plagiarism detection program. The journal indexed in Index Copernicus International (ICI), Crossref, Scilit, Science Library Index, DOAJ, Türk Medline, OPENAIRE, ROAD, ASOS and Open Access Library(OALIB).



İÇİNDEKİLER | CONTENTS

HEMŞİRELİK

Aylin Aytaçalp, Gülgün Durat

Araştırma Sunumu: Karabük Üniversitesi Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Suçluluk Utanç Duyguları ve Benlik Saygısı İle İlişkisinin İncelenmesi144-187

HALK SAĞLIĞI

Nevin Çıtak Bilgin, Bedriye Ak, Birgül Cerit, Melike Ertem, Gülseren Çıtak Tunç

Araştırma Sunumu: Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi.....188-210

BESLENME DİYETETİK

Tuba Yılmaz, Hilal Tüzer, Ayşegül Tarla

Araştırma Sunumu: Basınç Yarasının Önlenmesinde Hemşirelerin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi211-224

SOSYAL BİLİMLER DİSİPLİNLER ARASI

Özlem Eryiğit, Ozan Turamanlar, Mehmet Ünal, Emre Kaçar

Araştırma Sunumu: Pediatrik Populasyonda Foramen Mandibulae Lokalizasyonunun Üç Boyutlu Bilgisayarlı Tomografi İle Değerlendirilmesi225-242

DERLEME HEMŞİRELİK

Dr. Zehra Gençel Efe

Hazreti Peygamber Döneminde Sağlık Bakım Uygulamaları ve İlk Müslüman Hemşireler | Healthcare Implementation At The Time Of Prophet Mohammad And First Muslim Nurses.....243-256


Araştırma Sunumu / Research Article

**KARABÜK ÜNİVERSİTESİ ÖĞRENCİLERİNDE ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMALARININ SUÇLULUK-UTANÇ DUYGULARI VE BENLİK
SAYGISI İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

**The Investigation Of The Relationship Between Childhood Trauma And
Feelings Of Guilt-Shame And Self-Esteem In Karabuk University Students**


Aylin AYTAÇALP

Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi

aytac_aylin@hotmail.com 

Dr. Öğr. Üyesi Gülgün DURAT

Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

gdurat@sakarya.edu.tr 

Öz

Bu araştırma Karabük üniversitesi öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının suçluluk-utanç duyguları ve benlik saygısı ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla planlandı. Araştırma Karabük üniversitesinde 400 öğrenci ile gerçekleştirildi. Araştırmada elde edilen veriler Çocukluk Çağı Suçluluk ve Utanç Ölçeği, suçluluk ve utanç duyguları ölçeği, Benlik Saygısı Ölçeği yardımıyla elde edildi ve elde edilen puanlar istatistiksel paket programı kullanılarak analiz edildi. Araştırmada benlik saygısı ölçek puanı artıka çocukluk çağı travma ölçeğinde ve çocukluk çağı suçluluk ölçeği alt boyutlarında azalma olduğu görüldü. Diğer yandan bütün Çocukluk çağı travma ölçeği alt boyutları ile Çocukluk çağı suçluluk ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü güçlü bir ilişkinin olduğu görüldü ($p < .001$).

Anahtar kelimeler: Travma, Çocukluk Çağı Travması, Çocukluk Çağı, Suçluluk, Benlik, Benlik Saygısı.

Abstract

This study was planned to investigate the relationship between childhood trauma and feelings of guilt-shame and self-esteem in Karabuk University students. The research was carried out with 400 students in Karabuk University. The data were obtained by means of the Childhood Trauma Scale, Childhood Guilt and Shame Feelings scale, Coopersmith Self-Esteem Scale and the scores were analyzed by using the statistical package program. As the self-esteem scale score increased, the child trauma scale and childhood delinquency scale subscales decreased. On the other hand, it was observed that there was a statistically significant and positive relationship between all childhood trauma scale sub-dimensions and childhood guilt and shame feelings scale ($p < .001$).

Keywords: Trauma, Childhood Trauma, Childhood, Guilt, Self, Self-Esteem.

1. Giriş

Çocuklar bütün canlılar içinde en uzun bakım, korunma ve sevgi gereksinimi olan varlıklardır. Bir toplumun ilerleyebilmesi ve kalkınabilmesi o toplumda yetişen çocukların bedensel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklı gelişmesiyle mümkündür (Bostancı, Albayrak, Bakoğlu ve Çoban, 2006). Travma kavramı bireyin ruhsal ve bedensel varlığını çok değişik biçimlerde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olayı adlandırmak için kullanılmaktadır. 19. yüzyıldaki psikoanalitik literatürü dışlarsak “travma” kavramı fiziksel travma anlamı dışında kullanılmamıştır (Herman, 1997). 18. yüzyılda ve öncesinde travmanın psikolojik etkisinin olduğu düşünülmemiş ve travma sonrası psikolojik sorun yaşayan kişilerin mental bir hastalığı olduğuna inanılmıştır. Psikolojik sorun yaşayan kişinin ya kişiliğinde bir sorun vardır ya da biyolojik temelli bir rahatsızlığa yakalanmıştır; yani her iki durumda da sorunun nedeni kişinin kendisidir (Micale, 1989). Mental olarak sağlıklı kişilerde ise ciddi düzeyde stresli bir olay yaşandığında, kişinin bir süre zorluk yaşasa bile tamamen iyileşeceği varsayılmaktadır (Kokurcan ve Özsan, 2000).

Travmatik bir olaya maruz kalmak, tarih boyunca insanların karşılaştıkları yaygın bir sorundur. Çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar da ne yazık ki dünya çapında oldukça yaygın olarak görülen sorunlardandır. Çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar yetişkinlikte nöropsikolojik performansı etkileyebilir (Wingenfeld ve diğerleri, 2011). Normal fiziksel, duygusal, sosyal ve psikolojik gelişimsel süreçlere engel olabilir (Nickerson, Aderka, Bryant ve Hofmann, 2012; Tanju ve Demirbaş,

2012). Çocukluk dönemi travmalarından çocuk istismarı veya ihmali, ana babaya da bakıcı gibi bir erişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişilerce uygunsuz veya hasar verici olarak nitelendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen, kısıtlayan eylem ve eylemsizliklerin tümüdür. Bu eylem veya eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur. Çocuk istismarı fiziksel, cinsel veya duygusal istismar olarak, çocuk ihmâli ise fiziksel veya duygusal ihmal olarak ayrılmaktadır (Taner ve Gökler, 2004). Bu bağlamda çocukluk çağı travmaları psikiyatrik bozukluklar için önemli bir risk faktörü olarak ele alınmaktadır (Şenkal, 2013).

İnsanların davranışlarını yönlendiren etkenlerden bir kısmı, kişinin kendi iç dünyasında yaşadığı çatışmalardan kaynaklanır. Suçluluk ve utanç duyguları, iç dünyalarında yaşadıkları bu çatışmalarda önemli rol oynar. Kişinin kendi kendine veya kişilerarası ilişkilerinde yaşadığı bu olumsuzluklar da birçok davranışına yön verir. Birbiriyle sıkça karıştırılan suçluluk ve utanç duygularının gelişimi ve etkileri oldukça farklıdır. Kötü bir şey yapıldığında veya bir şey yanlış yapıldığında istemsiz bir şekilde rahatsızlık hissettiren bu iki duyguların farklılıklarına, etkilerine ve nedenlerine yönelik çalışmalar mevcuttur (Sığırı, Tabak ve Sağır, 2010). Utanç ve suçluluğun, insani duygular olduğu belirtilmektedir ve bu duyguların hem bireysel hem de ilişki seviyeleri konusunda önemli fonksiyonlara hizmet ettiği ifade edilmektedir. Suçluluk ve utanç duygularının davranışlarımıza yön verdiği ve başkalarının gözünde bizim kim olduğumuzu etkilediği ileri sürülmektedir. Bu duygular, erken kişilerarası tecrübelerimizle, aile ve diğer önemli ilişkilerle geliştiği, her iki duygunun da benlik bilincine dayalı ve ahlaki duygular olduğu görüşüne varılmıştır (Budak, 2003).

Suçluluk ve utanç kavramlarının genel açıklamalarının ardından, utanç duygusunun ne olduğu ve bireylerin davranışlarına ne tür etkilerinin olduğu aşağıda açıklanmıştır. Utanç, kişinin içinde yaşadığı toplumun temel bir değerini, kuralını çiğnediği, dürüst davranmadığı veya aptalca davrandığı duygusu olarak tanımlanabilir (Budak, 2003). Utanç, bir yetersizliğin ya da uygunsuz davranışta bulunulduğunun farkına varıldığı durumlarda ortaya çıkan duygudur (Özer, 2011). Utancın, suçluluktan daha fazla bir biçimde, bireyler ve çevre arasındaki farklı etkileşimleri yansıttığı ve organize ettiği

belirtilmektedir. Örneğin, utanç fonksiyonları bireyi sosyal çevreden uzaklaştırırken, suçluluk fonksiyonlarının bireylerin onarıcı davranışlarda bulunmasını motive ettiği ileri sürülmektedir. Utanç ve suçluluk duygusunun bireyin benlik saygısını da etkilediği düşünülmektedir (Özer, 2011).

Benlik, insanın kendi kişiliğine ilişkin kanılarının toplamı, insanın kendisini tanıma ve değerlendirme biçimidir. Başka bir deyişle kişiliğin temel özelliklerini veren katmandır (Köknel, 1985). Benlik, kendi kişiliğimize ilişkin kanılarımız ve kendi kendimizi görüş, düşünüş tarzımızdan oluşur. Bu bakımdan kişiliğin öznel yanı olarak tanımlanabilir (Taşgit, 2012). Benlik saygısı, bireylerin kendileri hakkındaki düşüncelerini kapsayan düşünüş biçimleri olarak tanımlanır. Bireyin kendisini değerli ve sevilebilen bir insan olarak görmesi, kendi sahip olduğu özelliklerin farkında olması ve aynı şekilde çevresindeki insanlara ve durumlara karşı farkındalık düzeyi benlik saygısı ile ilişkilendirilebilecek faktörlerdir (Çöllü, 2017).

Benlik saygısı (self-esteem), benlik kavramının beğenilip benimsenmesini gösterir. Kişinin kendi kendisini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Benlik saygısı, kendini olduğundan aşağıda ya da olduğundan üstün görmeksizin kendinden memnun olma durumudur. Benlik saygısı, bireyin ne olduğu ile ne olmak istediği arasındaki farka ilişkin duygularını gösterir. İnsanların birey olarak, değerleri konusunda vardıkları kanıdır. Kendi benlik kavramını beğenmesi, onaylaması ve kendinden hoşnut olmasıdır (Taşgit, 2012). Çocukluk çağındaki travmatik deneyimler sonrasında oluşabilecek duygusal, sosyal ve psikolojik problemler arasında tetikleyici unsur olarak varsayılan ve suçluluk-utanç duygularına bağlı olarak çocukların benlik saygısı da etkilenebilmektedir. Bu çalışmadaki amacımız üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmalarının suçluluk utanç duyguları ve benlik saygısı ile ilişkisini araştırmaktır.

Literatürde araştırmaya konu olan çocukluk çağı travmalarının suçluluk-utanç duyguları ve benlik saygısı ile yani bu üç ölçeğin ilişkisinin araştırıldığı bir kaynak bulunmamaktadır. Yöyen'in (2017) yılında çocukluk çağı travması ve benlik saygısı üzerine yapmış olduğu çalışmasında çocukluk çağı travması ile benlik saygısı arasında pozitif yönden anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Yöyen 2017). Kourt (2011) yılında yapmış olduğu araştırmasında çocukluk çağı travmaları ile suçluluk ve utanç

duyguları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Kourt'un çalışması araştırma bulgularımızla paralellik göstermektedir ($p<.001$). Kıvılcım ve Bektaş'ın lise öğrencileri üzerine yapmış olduğu araştırmasında çocukluk çağı travmatik yaşam olayları ile utanç ve suçluluk üzerine yapmış olduğu araştırmasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Kıvılcım ve Bektaş, 2017).

2. Gereç ve Yöntem

2.1. Araştırmanın tipi

Araştırma betimsel bir araştırma olacak şekilde tasarlanmıştır. Betimleyici çalışmalar belirli bir ilişki düzeyini tanımlayarak, bir konudaki mevcut durumu belirlemeyi amaçlar (Büyüköztürk, Kılıç-Çakmak, Akgün, Karadeniz ve Demirel, 2014).

2.2. Araştırmanın evreni ve örneklemi

Araştırmanın evrenini Karabük Üniversitesinde 2017-2018 döneminde okuyan lisans öğrencilerini kapsamaktadır. Araştırmaya gönüllü olarak katılım gösteren öğrenciler oransal yöntem ile her bölümden basit rastgele yöntemle seçilmiştir. Araştırmanın örneklemini toplamda 400 üniversite öğrencisi oluşturmuştur.

2.3. Verilerin toplanması

Araştırma için oluşturulan anketler sınıf ortamında kapalı zarf ile öğrencilere araştırmacı tarafından dağıtılmıştır. Araştırmaya katılım gösterenlerin sosyodemografik niteliklerini içeren kişisel bilgi formu oluşturulmuştur. Araştırmanın konusuna uygun olan Benlik Saygısı Ölçeği (BSÖ), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), Çocukluk Çağı Suçluluk ve Utanç Ölçeği (ÇÇSUÖ) kullanılmıştır.

BSÖ: Kişinin kendi hakkındaki tutumunu ölçmek için kullanılan Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri Stanley Coopersmith (1967) tarafından geliştirilmiştir. Envanterin çocuklara ve yetişkinlere uygulanan iki ayrı formu mevcuttur (Demirbaş, 2009). Yetişkin bireylerin benlik saygılarını ölçmek amacıyla hazırlanan envanter "Benim Gibi" ya da "Benim Gibi Değil" dikomatik yanıt şıklarını içeren toplam 25 maddeden oluşmaktadır. Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Aksoy (1992) ve Pişkin (1997)

tarafından yapılmıştır. Coopersmith (1959) aracın test-tekrar test güvenilirlik katsayısını beş hafta arayla uygulaması sonucunda 0.88, üç yıl arayla uygulaması sonucunda ise 0.70 olarak bulmuştur.

ÇÇTÖ: Bernstein ve diğerleri tarafından (1994) geliştirilen 18 yaşından önceki çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yaşantılarını taramaya yönelik 70 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin özgün şeklinde 5 alt grup vardır ve 5’li likert tipi bir ölçektir. Cevap seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) bazen, (4) sıklıkla ve (5) çok sık olarak verilmiştir. Yüksek puanlar, o tur kötüye kullanımın çocukluk veya ergenlikte daha sık yaşandığını göstermektedir. Bernstein ve diğerlerinin yaptıkları çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0.79–0.94 arasındadır (Bernstein ve diğerleri, 1994). Türkiye’de Şar (1998) tarafından geçerlik, güvenilirlik çalışması yapılmış ve 0.90 olarak bulunup Türkçeye çevrilmiştir. Alt ölçeklerinden duygusal istismar 0.90, duygusal ihmal 0.85, fiziksel istismar 0.90, fiziksel ihmal 0.77 ve cinsel istismarın 0.73 anlamlılık gösterdiği bulunmuştur. Madde sayısı 28 yapılmış ve beş alt grup olarak belirlenmiştir. Yüksek puanlar çocukluk çağı travmalarının yaşantı sıklığına işaret eder. Beş alt ölçeği vardır: 5 madde fiziksel istismarı, 5 madde duygusal istismarı, 5 madde cinsel istismarı, 5 madde fiziksel ihmali ve 5 madde duygusal ihmali ölçer; ayrıca 3 madde travmayı küçümseme, inkârı ölçme soruları bulunur (Şar, 1998). ÇÇTÖ alt ölçeklerindeki sorular şunlardır: Duygusal ihmal: 4, 6, 12, 18, 27. sorulardan (hepsi ters kodlanır); Fiziksel ihmal: 1, 3, 5, 15, 28. sorulardan (15. ve 18. sorular ters kodlanır); Duygusal istismar: 2, 7, 13, 17, 24. sorulardan; Fiziksel istismar: 8, 9, 10, 14, 16. sorulardan; Cinsel istismar: 19, 20, 22, 23, 26. sorulardan; Travmayı küçümseme: 11, 21, 25. sorulardan (hepsi ters kodlanır) oluşmaktadır.

ÇÇSUÖ: Şahin ve Şahin (1992) tarafından geliştirilen 24 maddelik, 5’li Likert tipi kendini değerlendirme türü bir ölçektir. Suçluluk ve utanç duyguları için ayrı ayrı puanlanmaktadır. Yüksek puanlar, suçluluk-utanç duygularının yoğunluğuna işaret eder. Yapılan güvenilirlik çalışmasında ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alfa değeri “suçluluk” alt boyutu için 0.81, “utanç” alt boyutu için 0.80 olarak bulunmuştur (Savaşır ve Şahin, 1997). ÇÇSUÖ alt ölçeklerindeki sorular şunlardır: Suçluluk alt

ölçeği: 3, 6, 7, 11, 12, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24. sorular; Utanç alt ölçeği: 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 15, 18, 19, 20. sorulardan oluşmaktadır.

2.4. Verilerin analizi

Araştırmada öncelikle üniversite öğrencilerine ilişkin demografik özelliklerin dağılımını gösteren frekans tablolarına yer verilmiştir. Ayrıca araştırmaya katılan öğrencilerin ailelerine ilişkin özelliklere ait frekans dağılımını gösteren tabloda verilmiştir. Daha sonra ölçek ve alt boyutlardan elde edilen puanlara ilişkin aritmetik ortalama, standart sapma ve alt-üst değerleri gibi tanımlayıcı istatistikler saptanmıştır. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş ve parametrelerin normal dağılıma uygun olmadığı saptanmıştır. ($p > 0.001$) Ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde korelasyon analizi kullanıldı. Sonuçlar % 99 güven aralığında ve $p < 0.01$ ileri anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

İstatistiksel çözümlemelere geçilmeden önce ölçeklere ilişkin güvenilirlik çalışması yapılmış ve ölçeklerin cronbach alfa değerleri arasında değişen değerler bulunmuştur [BSÖ (0.82), ÇÇTÖ (0.87), ÇÇSUÖ (0.90)]. Bu neticelerden sonra veriler güvenilir kabul edilmiş ve çözümlemelere geçilmiştir.

3. Bulgular

3.1. Betimsel istatistik

Araştırmaya katılan öğrencilerin demografik özellikleri frekans analizi ile incelenmiştir ve Tablo 1'de gösterilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan 400 öğrencinin %52'si erkek ($n=208$) ve %48'i ($n=192$) kadın olduğu saptanmıştır. Katılımcıların yaş dağılımı incelendiğinde %38.0'nın 19-20, %31'nin 18 ve altı, %17.8'nin 21-22 ve %13.2'sinin 23-24 yaş arasında olduğu görülmüştür. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu birinci sınıf (%31.8) ve ikinci sınıf (%27.0) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %39.0'nın bir kardeşi olduğu, %19.0'nın iki kardeşi ve %18.2'sinin kardeşi olmadığı saptanmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %39.2'si Orta, %35.2'si iyi ve %25.6'sı kötü olarak ekonomik durumunu değerlendirmişlerdir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %41.0'nin anne eğitim durumu "ortaöğretim"; %45.0'nin baba eğitim durumu "ortaöğretim" olarak saptanmıştır. Katılımcıların yarısından fazlasının %87.2 anne ve babasının birlikte olduğu görülmüştür. Öğrencilerin anne ve baba tutumu incelendiğinde %58.0'nin koruyucu anne tutumu ve %61.5'nin mükemmeliyetçi baba tutumu olan ebeveynlere sahip olduğu görülmüştür (Tablo 1).

Öğrencilerin madde alışkanlıkları, travma ve sosyal çevrelerine yönelik değerlendirmelerin dağılımları Tablo 2'de gösterilmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %35.5'nin daha önce psikiyatrik bir yakınmasının olduğu, %46.8'nin daha önce almış ve ya mevcut bir psikiyatrik yakınmasının olduğu ve öğrencilerin %15.8'nin ailede ruhsal hastalık nedeniyle tedavi olan bireylerin olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %49.2'sinin çocukluk döneminde kişiyi etkileyen bir travmatik durum geçirdiği saptanmıştır. Katılımcıların %27.0'nin çevre ile iletişimin çok kötü olduğu ve %28.8'nin iyi olduğu saptanmıştır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%27.2 ve %29.0) sosyal hayatının iyi ve çok iyi olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Ölçeklere ilişkin tanımsal istatistikler Tablo 3'te gösterilmiştir. BSÖ ortalaması 75.98 olarak hesaplanmıştır. Bu öğrencilerin çoğunda orta ve üzeri bir benlik saygısının olduğunu göstermektedir. Diğer yandan ÇÇTÖ alt boyutlarından duygusal ihmal için 11.82; fiziksel ihmal için 11.84; duygusal istismar için 11.92; fiziksel istismar için 11.81; cinsel istismar için 11.85; travmayı küçümseme için 7.09 ve toplam çocukluk çağı travması için 66.33 hesaplanmıştır. Bu değerler öğrencilerin orta ve aşağı seviyede çocukluk çağı travmasına sahip olduğunu göstermektedir. Diğer yandan ÇÇSUÖ alt boyutlarından suçluluk için 28.42 ve utanç için 28.30 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler öğrencilerin ortalamanın altında değerlere sahip olduğunu göstermektedir (Tablo 3).

3.2. Gruplararası karşılaştırma sonuçları

Yaş değişkenine göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimine göre yapılan analizler tablo 4'te gösterilmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin BSÖ, ÇÇTÖ ve ÇÇSUÖ alt boyut puanlarının yaşa göre nasıl değiştiği Kruskal-Wallis testi ile araştırılmıştır. Bütün ölçek ve alt boyut puanlarının öğrencilerin yaş gruplarına göre istatistiksel

olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<.001$). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu incelendiğinde benlik saygısı puan ortalaması 23-24 yaş arasında en yüksek ve 21-22 yaş grubu arasında en düşüktür, dolayısıyla bu gruplar diğer yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir. Çocukluk çağı travmaları ölçeği incelendiğinde bütün alt boyutlarda 21-22 yaş grubu daha yüksektir diğer yandan ÇÇSUÖ ÇÇTÖ ile benzerlik göstermiş 21-22 yaş grubunda daha yüksek saptanmıştır (Tablo 4).

Cinsiyet değişkenine göre ölçeklerin ve alt boyutların analizi Tablo 5'te gösterilmektedir. Cinsiyet değişkenine göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Kruskal-Wallis testi ile analiz edilmiştir. Buna göre BSÖ cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.001$). Bütün ÇÇTÖ ve ÇÇSUÖ alt boyutları öğrencilerin cinsiyetine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<.001$) Erkek öğrencilerin BSÖ ölçeği puan ortalaması (80.46) kadınlara (71.85) göre daha yüksek saptanmıştır. Kadın öğrencilerde duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve travmayı küçümseme puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumu ÇÇSUÖ benzerlik göstermiş ve kadınlar daha yüksek suçluluk ve utanç puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Eğitim gördüğü sınıf değişkenine göre ölçeklerin ve alt boyutların analizi Tablo 6'da analiz gösterilmektedir. Eğitim gördüğü sınıf değişkenine göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Kruskal-Wallis testi sonucuna göre tüm ölçek ve alt boyut puanlarının öğrencilerin eğitim gördüğü sınıf gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<.001$). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu incelenmiş ve bu sonuçlara göre benlik saygısı puan ortalaması 4. ve 2. Sınıf öğrencilerinde en yüksek ve 3. Sınıf öğrencilerinde en düşüktür, dolayısıyla bu gruplar diğer sınıf gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir. ÇÇTÖ incelendiğinde bütün alt boyutlarda 3. Sınıfta eğitim gören grupta daha yüksektir diğer yandan ÇÇSUÖ bu sonuçlarla benzerlik göstermiş 3.sınıfta eğitim gören grubun daha yüksek suçluluk ve utanç ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 6).

Ailenizin aylık gelir değişkenine göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Tablo 7'de gösterilmektedir. Ailenizin aylık gelir değişkenine göre ölçeklerin ve alt boyutların

değişimi Kruskal-Wallis testi ile yapılan test sonucuna göre ÇÇTÖ alt boyutlarından duygusal istismar ve fiziksel istismar öğrencilerin aile gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>.001$). Oluşan bu farkın hangi grup veya gruplar tarafından olduğunu görmek için post hoc analizi yapılmış ve aile gelir durumu iyi olan öğrencilerde fiziksel ihmal ve duygusal istismar puan ortalaması daha yüksek saptanmıştır. BSÖ, ÇÇTÖ alt boyutlarından duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar, travmayı küçümseme, genel çocukluk çağı travması ve ÇÇSUÖ bütün alt boyut puanları öğrencilerin aile gelir durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir (Tablo 7).

Anne eğitim değişkenine göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Tablo 8’de gösterilmektedir. Anne eğitim değişkenine göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Kruskal-Wallis testi ile yapılan test sonucuna göre BSÖ, ÇÇTÖ alt boyutları ve ÇÇSUÖ alt boyutlarında hiçbiri öğrencilerin anne eğitim seviyesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>.001$) (Tablo 8).

Baba eğitim değişkenine göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Tablo 9’da gösterilmiştir. Tablo’da araştırmaya katılan öğrencilerin BSÖ, ÇÇTÖ ve ÇÇSUÖ alt boyut puanlarının öğrencilerin baba eğitim durumuna göre nasıl değiştiği Kruskal-Wallis testi ile araştırılmıştır. Yapılan test sonucuna göre BSÖ, ÇÇTÖ alt boyutları ve ÇÇSUÖ alt boyutlarında hiçbiri öğrencilerin baba eğitim seviyesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>.001$) (Tablo 9) .

Anne-baba durum değişkenine göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Tablo 10’da gösterilmektedir. Tablo’da araştırmaya katılan öğrencilerin BSÖ, ÇÇTÖ ve ÇÇSUÖ alt boyut puanlarının öğrencilerin anne-baba birliktelik durumuna göre nasıl değiştiği Kruskal-Wallis testi ile araştırılmıştır. Yapılan test sonucuna göre BSÖ, ÇÇTÖ alt boyutları ve ÇÇSUÖ alt boyutları öğrencilerin anne-baba birliktelik durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>.001$) (Tablo 10).

Anne tutum değişkenine göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Tablo 11’de gösterilmektedir. Tablo’da araştırmaya katılan öğrencilerin BSÖ, ÇÇTÖ ve ÇÇSUÖ alt boyut puanlarının anne tutumuna göre nasıl değiştiği Kruskal-Wallis testi ile

araştırılmıştır. Yapılan test sonucuna göre BSÖ öğrencilerin anne tutumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.001$). Oluşan bu farkın hangi grup veya gruplar tarafından olduğunu görmek için post hoc analizi yapılmış ve benlik saygısı puan ortalaması demokratik ve ilgisiz tutum gösteren annelere sahip öğrenci grubunda daha yüksek iken mükemmeliyetçi anne tutumuna sahip öğrencilerde daha düşüktür. Diğer yandan çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından duygusal ihmal, duygusal istismar öğrencilerin anne tutumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<.001$). Bu alt boyutlara ilişkin en yüksek puan ortalaması mükemmeliyetçi anne tutumu olan öğrenci grubunda görülmüştür. ÇÇTÖ alt boyutlarından fiziksel ihmal, fiziksel istismar, cinsel istismar, travmayı küçümseme ve ÇÇSUÖ alt boyutlarından suçluluk ve utanç öğrencilerin anne tutumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>.001$) (Tablo 11).

Baba tutum değişkenine göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Tablo 12’de gösterilmiştir. Baba tutum değişkenine göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Kruskal-Wallis testi ile yapılan test sonucuna göre BSÖ öğrencilerin baba tutumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.001$). Oluşan bu farkın hangi grup veya gruplar tarafından olduğunu görmek için post hoc analizi yapılmış ve benlik saygısı puan ortalaması koruyucu ve otoriter tutum gösteren babalara sahip öğrenci grubunda daha yüksek iken demokratik baba tutumuna sahip öğrencilerde daha düşüktür. Diğer yandan çocukluk çağı travmaları alt boyutlarından duygusal ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, travmayı küçümseme, genel ÇÇTÖ ve ÇÇSUÖ bütün alt boyutları öğrencilerin baba tutumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<.001$). Bu alt boyutlara ve genel puana ilişkin en yüksek puan ortalaması demokratik baba tutumu olan öğrenci grubunda görülmüştür. ÇÇTÖ alt boyutlarından fiziksel ihmal öğrencilerin baba tutumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>.001$) (Tablo 12).

Tedavi gerektiren psikiyatrik yakınma durumuna göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Tablo 13’te gösterilmektedir. Tedavi gerektiren psikiyatrik yakınma durumuna göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Kruskal-Wallis testi ile yapılan analize göre BSÖ tedavi gerektiren psikiyatrik yakınma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.001$). Tedavi gerektiren psikiyatrik yakınması

olan öğrencilerin BSÖ ölçeği puan ortalaması (62.42) olmayanlara göre daha düşük saptanmıştır. Bütün ÇÇTÖ ve ÇÇSUÖ alt boyutları öğrencilerin tedavi gerektiren psikiyatrik yakınma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<.001$). Bu sonuca göre tedavi gerektiren psikiyatrik yakınması olan öğrencilerde duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve travmayı küçümseme puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumum ÇÇSUÖ benzerlik göstermiş ve tedavi gerektiren psikiyatrik yakınması olan öğrencilerde daha yüksek suçluluk ve utanç puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 13).

Daha önce alınmış psikiyatrik yakınma durumuna göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Tablo 14'te gösterilmektedir. Daha önce alınmış psikiyatrik yakınma durumuna göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Kruskal-Wallis testi ile yapılan analize göre BSÖ daha önce tedavi gerektiren psikiyatrik yakınma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.001$). Daha önce tedavi gerektiren psikiyatrik yakınması olan öğrencilerin BSÖ ölçeği puan ortalaması (66.95) olmayanlara göre daha düşük saptanmıştır. Bütün ÇÇTÖ ve ÇÇSUÖ alt boyutları öğrencilerin daha önce tedavi gerektiren psikiyatrik yakınma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<.001$). Bu sonuca göre daha önce tedavi gerektiren psikiyatrik yakınması olan öğrencilerde duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve travmayı küçümseme puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumum ÇÇSUÖ benzerlik göstermiş ve daha önce tedavi gerektiren psikiyatrik yakınması olan öğrencilerde daha yüksek suçluluk ve utanç puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 14).

Ailede ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gören kimse olma durumuna göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Tablo 15'te gösterilmektedir. Ailede ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gören kimse olma durumuna göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Kruskal-Wallis testi ile yapılan analize göre BSÖ ailede ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gören kimse olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.001$). Ailede ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gören öğrencilerin BSÖ

ölçeği puan ortalaması (62.79) olmayanlara göre daha düşük saptanmıştır. Bütün ÇÇTÖ ve ÇÇSUÖ alt boyutları öğrencilerin ailede ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gören kimse olma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<.001$). Bu sonuca göre ailede ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gören kimse olma durumu olan öğrencilerde duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve travmayı küçümseme puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun ÇÇSUÖ benzerlik göstermiş ve ailede ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gören kimse olma durumu olan öğrencilerde daha yüksek suçluluk ve utanç puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 15).

Çocukluk döneminde kişiye etkileyen travmatik durum olması göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Tablo 16'da gösterilmektedir. Çocukluk döneminde kişiye etkileyen travmatik durum olması göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Kruskal-Wallis testi ile yapılan analize göre BSÖ çocukluk döneminde kişiye etkileyen travmatik durum olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.001$). Çocukluk döneminde kişiye etkileyen travmatik durumu olan öğrencilerin BSÖ puan ortalaması (68.30) olmayanlara göre daha düşük saptanmıştır. Bütün ÇÇTÖ ve ÇÇSUÖ alt boyutları öğrencilerin Çocukluk döneminde kişiye etkileyen travmatik durumu olmasına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<.001$). Bu sonuca göre çocukluk döneminde kişiye etkileyen travmatik durumu olan öğrencilerde duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar ve travmayı küçümseme puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumun ÇÇSUÖ benzerlik göstermiş ve Çocukluk döneminde kişiye etkileyen travmatik durumu olan öğrencilerde daha yüksek suçluluk ve utanç puan ortalamasına sahip olduğu görülmüştür (Tablo 16).

Çevredeki insanlarla ilişki durumuna göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Tablo 17'de gösterilmektedir. Ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Kruskal-Wallis testi ile yapılan test sonucuna göre tüm ölçek ve alt boyut puanlarının öğrencilerin çevredeki insanlarla ilişki durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<.001$). Hangi gruplar arasında anlamlı farklılığın olduğu post hoc testi ile analiz edilmiş ve bu sonuçlara göre benlik saygısı puan ortalaması çevredeki

insanlarla ilişkisi çok iyi ve iyi olan grupta en yüksek ve çok kötü ve kötü olan öğrencilerinde en düşüktür, dolayısıyla bu gruplar diğer sınıf gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir. ÇÇTÖ incelendiğinde bütün alt boyutlarda öğrencilerin çevresi ile ilişkisi kötü ve çok kötü olan gruplarda daha yüksektir. Diğer yandan ÇÇSUÖ bu sonuçlarla benzerlik göstermiş çevre ile ilişkisi kötü ve çok kötü olan grubun daha yüksek suçluluk ve utanç ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır(Tablo 17).

Sosyal hayatını değerlendirme durumuna göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Tablo 18’de gösterilmektedir. Sosyal hayatını değerlendirme durumuna göre ölçeklerin ve alt boyutların değişimi Kruskal-Wallis testi ile yapılan test sonucuna göre tüm ölçek ve alt boyut puanlarının öğrencilerin sosyal hayatını değerlendirme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<.001$). Yapılan post hoc analizine göre benlik saygısı puan ortalaması sosyal hayatını değerlendirmesi çok iyi ve iyi olan grupta en yüksek ve çok kötü ve kötü olan öğrencilerinde en düşüktür, dolayısıyla bu gruplar diğer sınıf gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir. ÇÇTÖ incelendiğinde bütün alt boyutlarda öğrencilerin sosyal hayatını değerlendirmesi kötü ve çok kötü olan gruplarda daha yüksektir. Diğer yandan ÇÇSUÖ bu sonuçlarla benzerlik göstermiş sosyal hayat değerlendirme kötü ve çok kötü olan grubun daha yüksek suçluluk ve utanç ortalamasına sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 18).

3.3. Korelasyon çözümlemesi sonuçları

Ölçekler arasındaki ilişki Tablo 19’da gösterilmektedir. Ölçekler arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre BSÖ ile çocukluğu çağı travmaları ve ÇÇSUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif ve oldukça güçlü bir ilişki vardır ($p<.001$). Diğer bir söylem ile BSÖ artıkça ÇÇTÖ ve ÇÇSUÖ alt boyutlarında azalma olmaktadır. Diğer yandan bütün ÇÇTÖ alt boyutları ile ÇÇSUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü güçlü bir ilişki vardır ($p<.001$)(Tablo 19).

4. Tartışma

Karabük Üniversitesi öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının suçluluk-utanç duyguları ve benlik saygısı ile ilişkisinin incelendiği bu çalışmada yapılan analiz sonuçlarına göre BSÖ, ÇÇTÖ ve ÇÇSUÖ ve alt boyut puanlarının öğrencilerin yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < .001$). Tangney ve Dearing'in (2002) yapmış olduğu çalışmasında yaş ile BSÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir.

Araştırmamıza katılan öğrencilerin yaş değişkeni ile ÇÇTÖ puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Şar, Öztürk ve İkikardeş'in yapmış olduğu çalışmalarında yaş ile ÇÇTÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Şar, Öztürk ve İkikardeş'in yapmış olduğu çalışma çalışmamızla benzerlik göstermektedir. (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012). Araştırmaya katılan öğrencilerin yaşı ile ÇÇSUÖ puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Kourt'un (2011) çalışmasında üniversite öğrencilerinin yaş değişkeni ile ÇÇSUÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Kourt'un yapmış olduğu çalışma araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Kourt, 2011).

BSÖ'den aldığı puan ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < .001$). Özcan'ın (2015) travmaya uğramış çocukların suçluluk ve utanç duygularını incelediği çalışmasında cinsiyet faktörü ile BSÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Özcan, 2015). Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyet ile ÇÇTÖ puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Yöyen'in 2017 yılında çocukluk çağı travması ve benlik saygısı üzerine yapmış olduğu çalışmasında da anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Yöyen, 2017). Araştırmada Cinsiyet ile ÇÇSUÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ($p < .001$). Benzer şekilde Algedik'in (2016) çalışmasında cinsiyet ile utanç ve suçluluk ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür.

Araştırmaya katılan öğrencilerin eğitim gördüğü sınıf ile BSÖ puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Efilti ve Çıkılı'nın öğrenciler üzerine yapmış olduğu çalışmada araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Efilti ve Çıkılı, 2016). Araştırmamızda öğrencilerin eğitim gördüğü sınıf ile ÇÇTÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Benzer şekilde Kıvılcım ve Bektaş'ın yapmış olduğu çalışmasında öğrencilerin eğitim gördüğü sınıf

ile ÇÇTÖ puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Kıvılcım ve Bektaş, 2018). Eğitim gördüğü sınıf ile ÇÇSUÖ alt boyut puanlarının eğitim gördüğü sınıf gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır. Benzer şekilde Kıvılcım ve Bektaş'ın çalışması araştırma bulgularımızla paralellik göstermektedir ($p < .001$).

Araştırmaya katılan öğrencilerin kardeş sayıları ile BSÖ puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Erbil, Divan ve Önder'in ergen bireyler üzerine gerçekleştirdiği araştırmanın bulguları çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Erbil, Divan ve Önder, 2006). Araştırmada kardeş sayıları ile ÇÇTÖ puanı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Saçarçelik'in araştırmasında kardeş sayıları değişkeni ile ÇÇTÖ puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Saçarçelik'in araştırma verileri çalışma verilerimizle paralellik göstermektedir (Saçarçelik, 2009). Araştırmada kardeş sayıları ile ÇÇSUÖ alt boyut puanlarının sahip olduğu kardeş sayısı gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p < .001$). Algedik'in (2016) araştırmasında da kardeş sayıları ile ÇÇSUÖ puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Algedik, 2016).

Araştırmaya katılan öğrencilerin ikamet ile BSÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Kozaklı'nın üniversite öğrencileri ile alakalı yapmış olduğu çalışma araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Kozaklı, 2006).

İkamet ile ÇÇTÖ arasında da anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Alpay, Aydın ve Bellur'un Çocukluk çağı travmaları üzerine yaptığı çalışma araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Alpay, Aydın ve Bellur, 2017). İkamet ile ÇÇSUÖ alt boyut puanlarının yapılan test sonucuna göre BSÖ öğrencilerin ikamet ettiği yere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p < .05$). Özcan'ın (2015) çalışmasında ikamet ile çocukluk çağı arasında bulunduğu ilişki çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin aile geliri ile BSÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Baybek ve Yavuz'un üniversite öğrencilerinin benlik saygıları üzerine yapmış oldukları çalışmasında benzer bulgulara rastlanmıştır (Baybek ve

Yavuz, 2005). Aile geliri ile ÇÇTÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Ertürk'ün (2014) çocukluk çağı travmaları üzerine yapmış olduğu araştırmasında aile geliri ve ölçek arasında bulunduğu ilişki çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Ertürk 2014). Aile geliri ile ÇÇSUÖ alt boyut puanlarının öğrencilerin aile gelir durumuna göre nasıl değiştiği istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.05$). Orakçı'nın suçluluk ve utanç duyguları üzerine yapmış olduğu çalışmasında aile geliri ile ÇÇSUÖ arasında da anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Orakçı, 2013).

Araştırmaya katılan öğrencilerin anne eğitim durumu BSÖ arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir. Benzer bulgular Baybek ve Yavuz'un (2005) yılında üniversite öğrencilerini benlik saygısı üzerine yapmış olduğu çalışmasında görülmektedir (Baybek ve Yavuz, 2005). Anne eğitim durumu ile ÇÇTÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Ertürk'ün (2014) yılında çocukluk çağı travmaları üzerine yapmış olduğu çalışmasında anne eğitim durumu ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Ertürk'ün yapmış olduğu çalışma araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Ertürk, 2014).

Öğrencilerin baba eğitim durumu ile BSÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Benzer bulgular Baybek ve Yavuz'un (2005) üniversite öğrencileri üzerine yapmış olduğu çalışmasında görülmektedir. (Baybek ve Yavuz, 2005) Baba eğitim durumu ile ÇÇTÖ arasında çalışmada anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Benzer şekilde Ertürk'ün yapmış olduğu çalışma araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Ertürk, 2014). Baba eğitim durumu ile ÇÇSUÖ baba eğitim seviyesine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir. Kourt'un 2011 yılında yapmış olduğu araştırmasında elde edilen bulgular araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Kourt, 2011).

Anne-baba birliktelik ile BSÖ puanları arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmemektedir. Literatürde benzer sonuçlara rastlanmamıştır. Araştırmada anne-baba birliktelik ile ÇÇTÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmektedir. Benzer şekilde çocukluk çağı travmaları üzerine çalışan Özcan (2015) yılında ki çalışmasında benzer bulgulara rastlamıştır (Özcan, 2015). Anne-baba birliktelik ile ÇÇSUÖ istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir Kourt (2011) 18-24 yaş

arası üniversite öğrencileri üzerine suçluluk – utanç duyguları üzerine gerçekleştirdiği araştırması çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Kourt, 2011).

Anne tutumları ile BSÖ arasında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmektedir. Aktaş'ın (2011) yapmış olduğu araştırmasında da anne tutumları ve benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Aktaş, 2011). Anne tutumları ile ÇÇTÖ arasında anlamlı bir farklılığın olduğu görülmektedir. Akşahin'in araştırma bulguları çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Akşahin, 2017). Anne tutumları ile ÇÇSUÖ alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.05$). Alpagedik'in 12-18 yaş arası ergenlerin utanç ve suçluluk duygusu üzerine yapmış olduğu araştırma çalışma bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Öğrencilerin baba tutumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.05$). Aktaş'ın (2011) yapmış olduğu araştırmasında da baba tutumları ve benlik saygısı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Aktaş, 2011). Öğrencilerin Baba tutumları ile Çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir farklılık görünmektedir. Alpay, Aydın ve Bellur'un yapmış olduğu araştırma çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Alpay, Aydın ve Bellur, 2017). Öğrencilerin baba tutumları ile ÇÇSUÖ istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Akşahin'in yapmış olduğu araştırma çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Akşahin, 2017).

Öğrencilerin şuan da yaşadıkları yer ile BSÖ, ÇÇTÖ, ÇÇSUÖ istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>.05$) Literatürde benzer sonuçlara rastlanılmamıştır.

Sigara kullanımı ile BSÖ, ÇÇTÖ, ÇÇSUÖ istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.001$). Literatürde sigara kullanımı ile benlik saygısı, çocukluk çağı travmaları ve suçluluk-utanç ölçeği bulgularına rastlanılmamıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin alkol kullanma durumu ile BSÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmüştür. Satan ergenlerle alkol ve benlik saygısı üzerine yapmış olduğu çalışma araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Satan, 2011). Alkol kullanma durumu ile ÇÇTÖ arasında anlamlı bir ilişkin olduğu görülmektedir. Özçetinkaya'nın (2011) alkol kullanımı ve çocukluk çağı travmaları üzerine yapmış

olduğu araştırma çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Özçetinkaya, 2011). Alkol kullanma durumu ile ÇÇSUÖ arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Kalyoncu, Mırsal, Pektaş, Gümüş, Tan ve Beyazyürek'in yapmış olduğu çalışma araştırma çalışma bulgularımızla benzerlik göstermektedir (Kalyoncu, Mırsal, Pektaş, Gümüş, Tan ve Beyazyürek, 2002).

Öğrencilerin tedavi gerektiren psikiyatrik yakınma durumu ile BSÖ, ÇÇTÖ, ÇÇSUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.001$). Literatürde bu değişken ile ölçekler arasında herhangi bir bilgi bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin daha önce tedavi gerektiren psikiyatrik yakınma durum ile BSÖ, ÇÇTÖ, ÇÇSUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.001$). Literatürde bu değişken ile ölçekler arasında herhangi bir bilgi bulunamamıştır.

Öğrencilerin ailede ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gören kimse olma durumu ile BSÖ, ÇÇTÖ, ÇÇSUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.001$). Literatürde bu değişken ile ölçekler arasında herhangi bir bilgi bulunamamıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin çocukluk döneminde travmatik durum yaşaması ile BSÖ, ÇÇTÖ, ÇÇSUÖ istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir ($p<.001$). Literatürde bu değişken ile ölçekler arasında herhangi bir bilgi bulunamamıştır.

Öğrencilerin doğal afet yaşama durumu ile BSÖ, ÇÇTÖ, ÇÇSUÖ istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>.05$).

Öğrencilerin çevredeki insanlarla ilişki ile BSÖ, ÇÇTÖ, ÇÇSUÖ istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<.001$).

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyal hayatı değerlendirme ile BSÖ, ÇÇTÖ, ÇÇSUÖ alt boyut puanlarının öğrencilerin istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<.001$).

Taner ve Gökler'e (2004) göre çocukluk çağı travması, çocukla ilgilenen ebeveyn ya da başka bir yetişkin tarafından çocuğa uygulanan duygusal, cinsel ve fiziksel olarak çocuğun gelişimini negatif yönde etkileyen bütün eylemler ya da eylemsizliklere

çocukluk çağı travması tanımını yapmaktadır. Özer'e (2011) göre de suçluluk ve utanç duygularını mahçupluk, gurur vb. gibi hislerin yalnızca etkileşimde olan kişiler ile başkaları ve kendileri tarafından değerlendirildikleri ve yargılandıkları duygular olarak tanımlamaktadır. Taşgit'e (2012) göre de benlik saygısı ile ilgili yaptığı tanım ise kişinin kendi duygusundan, pozisyonundan aşağıda veya olduğundan daha üstün görmeksizin kendisinden memnun olma halidir.

Araştırmada çocukluk çağı travmalarının suçluluk-utanç duyguları ve benlik saygısı ile olan ilişkileri incelenmiştir. Bu araştırma üç farklı tanımın temelde çocuğun yaşadığı travmanın kendisinde uyandırdığı suçluluk ve utanç duyguları ekseninde bu duyguların benlik saygısı ile olan ilişkisini odak noktası haline getirmektedir. Çocukluk çağı travmasına bağlı olarak çocuğun yaşadığı suçluluk ve utanç duygularının azaltılmasının yolunun benlik saygısının yükseltilmesinden geçmektedir.

Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki korelasyon analizi sonucunda BSÖ puanı ile çocukluk çağı travmaları ve ÇÇSUÖ arasında negatif ve güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Yöyen (2017) yılında çocukluk çağı travması ve benlik saygısı üzerine yapmış olduğu çalışmada çocukluk çağı travması yaşayan kişilerin benlik saygısının düşük olduğu görülmüştür. Benzer şekilde Erdem (2009)'in yapmış olduğu araştırmasında da çocukluk çağı travması ile BSÖ puanları arasında negatif ve anlamlı bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Diğer yandan bütün çocukluk çağı travma ölçeği alt boyutları ile ÇÇSUÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir (Özcan, 2015).

5. Sonuç ve Öneriler

Karabük Üniversitesi öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının suçluluk-utanç duyguları ve benlik saygısı ile ilişkisinin incelendiği bu çalışmada elde edilen verilere göre öğrencilerin orta ve aşağı seviyede çocukluk çağı travmasına sahip olduğu görülürken çocuklukların benlik saygısının orta ve üzerinde olduğu görüldü. Araştırmamızda çocukluk çağı travmaları ile ÇÇSUÖ arasında anlamlı ve güçlü bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Bu durum çocukken travma yaşayan çocukların bu durumdan suçluluk ve utanç duyduğunu ortaya koymaktadır. Öğrencilerin benlik

saygısı arttıkça çocukluk çağı travması ve suçluluk ve utanç duygusunda azalma olduğu görülmektedir.

Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları'nın suçluluk ve utanç duyguları ile benlik saygılarına yapmış olduğu etkiyi değiştirebilmek için; bu Araştırma Karabük Üniversitesi ile sınırlı kaldığından elde edilen sonuçların kısıtlı kaldığı düşünülebilir. Araştırmanın evren ve örnekleminin genişletilerek daha çok üniversite öğrencisinin araştırmaya dâhil edilmesi ile çalışmadan farklı sonuçlar elde edilebilir. Çocukluk çağı travmalarına ilişkin çeşitli bilgilendirme toplantıları, eğitimler veya kurslarla öğrencilerin katılması sağlanabilir. Çocukluk çağı travması yaşayan öğrenciler ile ortak projeler geliştirilebilir. Öğrencilerin benlik saygısını arttıracak faaliyetlerde bulunması gerekmektedir.

Kaynaklar

- Abalı, C. (2017). *Çocukluk çağı travmalarının evlilik uyumu ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi.*(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Aksoy, A. (1992). *Lise son sınıf öğrencilerinin özsaygı ve denetim odağını etkileyen bazı değişkenlerin incelenmesi.* (Yayınlanmamış doktora tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Akşahin, H. (2017). *Bağımlı hastalarda çocukluk çağı travmalarının alkol ve madde kullanımına etkisinin incelenmesi.*(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Aktaş, S. (2011). *9. Sınıfta anne baba tutumları ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin bazı değişkenler açısından incelenmesi.* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Algedik, P. (2016). *Ergenler için öz bilinçlilik duygulanımları testinin türkçe'de geçerlilik/güvenirliliğinin araştırılması ve 12-18 yaş arası ergenlerde utanç ve suçluluk duygularının cinsiyete göre karşılaştırılması.*(Uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.

- Alpay, E. H., Aydın, A. ve Bellur, Z. (2017). Çocukluk çağı travmalarının depresyon ve travma sonrası stres belirtileri ile ilişkisinde duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü. *Klinik Psikiyatri*, 218-226.
- Altunay, A., & Öz, F. (2006). Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin benlik kavramı. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1(2), 46-59.
- Aral, N., & Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151, 36-39.
- Bahar, A., Savaş, H. ve Bahar, G. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 51-65.
- Bayat, B. (2003). Bireylerin benlik algısı sistemi ve bu sistemin davranışları üzerindeki rolü. *Kamu-İş Dergisi*, 7(2), 2-11.
- Baybek, H. ve Yavuz, S. (2005). Muğla Üniversitesi öğrencilerinin benlik saygılarının incelenmesi. *Muğla Üniversitesi SBE Dergisi*, 14(1), 14.
- Baymur, F. (1993). *Genel psikoloji*. İstanbul : İnkilap Kitapevi .
- Bayraktar, S. (2016). *Psikolojik travma*. İstanbul : Nobel Tıp Kitapevleri.
- Bedirhanbeyoğlu, H. (2018). *Çocukluk çağı travmaları bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve riskli davranışlar arasındaki ilişkiler*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul.
- Bernstein , D., Fink, L., Handelsman, L. ... Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 1132-1136.
- Bostancı, N., Albayrak, B., Bakoğlu, İ. ve Çoban, Ş. (2006). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *New Symposium Journal*, 44(2), 100-106.
- Budak, S. (2003). *Psikoloji sözlüğü* . Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Canbolat, D. (2018). *Öğretmenlerde fiziksel aktivite düzeyi ve benlik saygısının incelenmesi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Chasan, N. (2010). *Alkol bağımlılığı ile çocukluk çağı travmaları ilişkisi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Coopersmith, S. (1967). *Self esteem inventories*. California: Consulting Psychologist Press.
- Çakmak, B. (2016). *Çocukluk çağı travmaları ile yetişkin ayrılma anksiyetesi arasındaki ilişki*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çöllü, B. (2017). *Ergenlerde duygu durum düzenleme becerileri, benlik saygısı, depresyon, anksiyete ve çocukluk çağı travmaları arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çuhadaroğlu, F. (1986). *Adölesanlarda benlik saygısı*. (Uzmanlık tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
- Demir, G. M. (2017). *Kendine zarar verme davranışı ve/veya intihar girişimi olan ergenlerde çocukluk travmaları ve bağlanma stillerinin değerlendirilmesi*. Antalya: T.C. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Demirbaş, E. (2009). *Lise öğrencilerinin utangaçlık ve benlik saygılarının fonksiyonel olmayan tutumlar açısından incelenmesi*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Derman, O. (2010). Adolesanlarda fiziksel ve duygusal istismar. *Katkı Pediatri Dergisi*, 32(5), 633-636.
- Dost, A. ve Yağmurlu, B. (2006). Suçluluk ile utanç duygularının kavramsallaştırmasına ilişkin sorunlar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 9(17), 37-52.
- Efiliti, E. ve Çıkkılı, Y. (2016). Özel eğitim bölümü öğrencilerinin benlik saygısı ile mesleki benlik saygısının incelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17(1).
- Erbil, N., Divan, Z. ve Önder, P. (2006). Ergenlerin benlik saygısına ailelerinin tutum ve davranışlarının etkisi. *Aile ve Toplum*, 7(15), 7-15.
- Ertürk, A. A. (2014). *Çocukluk çağı travmaları, travma, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon ve disosiyatif yaşantıların şizofreninin klinik özellikleri üzerindeki etkileri*. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
- Geçtan, E. (1999). *Psikodinamik psikiyatri ve normal dışı davranışlar*. İstanbul: Remzi Kitabevi.

- Gevrekçi, A. Ö. ve Çırakoğlu, O. C. (2017). Suçluluk ve utanç duyguları üzerine kavramsal, nöropsikolojik ve psikopatolojik bir derleme. *Türk Psikoloji Yazıları*, 89-105.
- Güner, Ş. İ. (2010). Çocuklarda sosyal medikal bir probelem: istismar. *Van Tıp Dergisi*, 17(3), 108-113.
- Herman, J. (2011). *Travma ve iyileşme*. İstanbul: Şefik Basım Yayıncılık.
- Kalyoncu, A., Mırsal, H., Pektaş, Ö., Gümüş, Ö., Tan, D. ve Beyazyürek, M. (2002). Alkol bağımlılarında suçluluk ve utanç duyguları. *Bağımlılık Dergisi*, 3(3), 1-6.
- Kıvılcım, S. ve Bektaş, H. M. (2017). lise öğrencilerinde çocukluk çağı travmatik yaşam olayları,yalnızlık, utangaçlık ve suçluluğun; cinsiyete, lise türlerine ve sınıf düzeylerine göre incelenmesi. *Arnavutköy Rehberlik ve Araştırma Merkezi*, 1-21.
- Kokurcan, A. ve Özsan, H. H. (2000). Travma kavramının psikiyatri tarihindeki seyri.*Kriz Dergisi*, 20(1), 19-24.
- Kourt, R. (2011). *18-24 yaş arası üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının dissosiyatif yaşantılar ve suçluluk-utanç duyguları ile ilişkisinin incelenmesi*.(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kozaklı, H. (2006). *Üniversite öğrencilerinin yalnızlık ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkilerin karşılaştırılması*.(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Mersin Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Köknel, Ö. (1985). *Kaygıdan mutluluğa kişilik*. İstanbul: Altın Kitapevi.
- Kulaksızoğlu, A. (2001). *Ergenlik psikolojisi*. İstanbul : Remzi Kitabevi.
- Micale, M. (1989). *Hysteria and Its Historiography: A Review of Past and Present Writings1*.
- Morsünbül, Ü. (2015). The effect of identity development, self-esteem, low self-control and gender on aggression in adolescence and emerging adulthood. *Eurasian Journal Of Educational Research*, 61, 99-111.
- Nickerson, A., Aderka, I. M., Bryant, R. A. ve Hofmann, S. G. (2012). The relationship between childhood exposure to trauma and intermittent explosive disorder. . *Psychiatry Research*, 1-7.

- Orakcı, G. (2013). *İstismar mağduru 13-18 yaş arası kız çocukları: travma sonrası stres bozukluğu, suçluluk ve utanç duygusu, psikolojik değerlendirme.* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Ovayolu, N., Uçan, Ö. ve Serindağ, S. (2007). Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 14-22.
- Özcan, B. G. (2015). *Travmaya uğramış çocukların suçluluk-utanç duyguları ve bağlanma tarzlarının incelenmesi.*(Uzmanlık tezi). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Özçetinkaya, S. (2011). *Erkek alkol ve eroin bağımlılarında çocukluk çağı travmasının kişilik boyutları ile ilişkisi.* (Uzmanlık tezi). Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Özer, M. (2011). *Suçluluk- utanç, bağlanma, algılanan ebeveynlik (anne) tarzı ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiler.*(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Kara Harp Okulu Savunma Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Özerkan, K. (2004). *Spor Psikolojisine Giriş* . Ankara: Nobel Yayınları.
- Pişkin, M. (1997). *Türk ve İngiliz lise öğrencilerinin benlik saygısı yönünden karşılaştırılması.* Adana: Çukurova Üniversitesi.
- Polat, O. (2007). *Tüm boyutlarına çocuk istismarı tanımlar.* Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Saçarçelik, G. G. (2009). *Kasıtlı kendinzarar verme davranışı olan ergen ve genç erişkin hastalarda çocukluk çağı travmaları.*(Uzmanlık tezi). Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Satan, A. (2011). Ergenlerde akran baskısı, benlik saygısı ve alkol kullanımı arasındaki ilişkilerin incelenmesi.M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi(34), 183-194.
- Savaşır, I.,Şahin, N. H. (1997). Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler. Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:9, Ankara: Özyurt Matbaacılık.

- Sığrı, Ü., Tabak, A. ve Sağır, A. (2010). çalışanlarda suçluluk ve utanç duygusunun cinsiyet- yaş durumuna göre mukayesesi ve örgütlerde utanç yönetiminin kullanılması. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 11(1), 71-85.
- Soğukpınar, E. (2014). *Rehber öğretmenlerin benlik saygısı ile mesleki benlik saygısı düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*.(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü, Malatya.
- Şahin, R. (2006). *Bireylerin proaktif kişilik yapısı ile benlik saygısı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*.(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.
- Şahin, N.H.,Şahin, N. (1992). Adolescentguilt, shame, and depression in relationtosociotropy and autonomy. The World Congress of CognitiveTherapy, Toronto.
- Şar, V. (1998). *Kötüye kullanım ve ihmâl ile ilişkili sorunlar*. Ankara: Psikiyatri Temel Kitabı'nda Hekimler Yayın Birliği.
- Şar, V., Öztürk, E. ve İkikardeş, E. (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenirliliği. *Orjinal Araştırma*, 32(4), 1054-1063.
- Şenkal, İ. (2013). *Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçiminin depresyon ve kaygı belirtileri ile ilişkisinde alekstiminin aracı rolünün incelenmesi*.(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmâli: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86.
- Tangney, J. ve Dearing, R. (2002). *Shame and guilt*. Amerika: Guilford Press.
- Tanju, E. H. (2012). Investigation of childhood trauma experiences and family functions among university students. . *Social and Behavioral Sciences*, 1950-1956.
- Taşgit, M. S. (2012). *Üniversite öğrencilerinin benlik saygısı ve karar verme düzeylerinin incelenmesi*.(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karaman.

- Tercan, M. (1995). *Çocuğun ana-babası tarafından fiziksel istismarı ve ihmali.* (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Tıraşçı, Y. ve Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.
- Tözün, M. (2010). Benlik saygısı. *Actual Medicine*, 1(1), 52-57.
- Turla, A. (2002). Çocuk istismarı ve ihmali oldularında tıbbi yaklaşım. *O.M.Ü . Tıp Dergisi*, 19(4), 291-300.
- Ulaş, Ç. (2017). *Psikoloji bölümü öğrencilerinin meslek seçimleri ile mizaç özellikleri ve çocukluk çağı travmalarının ilişkisi.*(Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Wingenfeld, K. R., Riedesel, K., Petrovic, Z. ... Spitzer, C. (2011). Impact of childhood trauma alexithymia, dissociation, and emotion suppression on emotional stroop task. *Journal of Psychosomatic Research*(70), 53-58.
- Yavuzer, H. (2003). *Okul çağı çocuğu.* İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş.
- Yöyen, E. G. (2017). Çocukluk çağı travması ve benlik saygısı. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 3(1), 268-282.

Tablo 1. Öğrencilerin Demografik Özelliklerinin Dağılımları

			N	%
Yaş		18 ve altı	124	31.0
		19-20	152	38.0
		21-22	71	17.8
		23-24	53	13.2
Cinsiyet		Kadın	208	52.0
		Erkek	192	48.0
Eğitim sınıf	gördüğü	Hazırlık	41	10.2
		1. Sınıf	127	31.8
		2. Sınıf	108	27.0
		3. Sınıf	72	18.0
		4. Sınıf	52	13.0

Ailenizin geliri	aylık	İyi	141	35.2
		Orta	157	39.2
		Kötü	102	25.6
Anne eğitimi		Okuryazar	48	12.0
		İlköğretim	152	38.0
		Ortaöğretim	164	41.0
		Yükseköğretim ve Sonrası	36	9.0
Baba eğitimi		Okuryazar	22	5.5
		İlköğretim	159	39.8
		Ortaöğretim	180	45.0
		Yükseköğretim ve sonrası	39	9.8
Anne-Baba durumu		Bir arada	349	87.2
		Ayrı	24	6.0
		Anne ölmüş	13	3.2
		Baba ölmüş	14	3.5
Anne tutumu		İlgisiz	35	8.8
		Otoriter	36	9.0
		Demokratik	62	15.5
		Koruyucu	232	58.0
		Mükemmeliyetçi	35	8.8
Baba tutumu		İlgisiz	63	15.8
		Otoriter	50	12.5
		Demokratik	29	7.2
		Koruyucu	12	3.0
		Mükemmeliyetçi	246	61.5

Tablo 2. Öğrencilerin Madde Alışkanlıkları, Travma ve Sosyal Çevrelerine Yönelik Değerlendirmelerin Dağılımları

		N	%
Bağımlılık yaratan bir madde kullanma durumu	Hayır	368	92.0
	Evet	32	8.0
Tedavi gerektiren psikiyatrik yakınma durumu	Hayır	258	64.5
	Evet	142	35.5
Daha önce alınmış psikiyatrik yakınma durumu	Hayır	213	53.2
	Evet	187	46.8
Ailede ruhsal hastalık nedeniyle tedavi gören kimse olma durumu	Yok	337	84.2
	Var	63	15.8
Çocukluk döneminde kişiye etkileyen travmatik durum olması	Hayır	203	50.8
	Evet	197	49.2
	Çok kötü	17	4.2
Çevredeki insanlarla ilişki durumu	Kötü	108	27.0
	Orta	64	16.0
	İyi	115	28.8
	Çok iyi	96	24.0
	Çok kötü	35	8.8
Sosyal hayatını değerlendirme	Kötü	112	28.0
	Orta	28	7.0
	İyi	109	27.2
	Çok iyi	116	29.0

* Frekans Analizi

Tablo 3. Ölçeklere İlişkin Tanımsal İstatistikler

	N	Ort.	S.S.	Min.	Med.	Mak.
<i>BSÖ</i>	400	75.98	21.68	.00	84.00	100.00
<i>ÇÇTÖ</i>						
Duygusal ihmal	400	11.82	6.71	5.00	8.00	25.00
Fiziksel ihmal	400	11.84	6.75	5.00	8.00	25.00

Duygusal istismar	400	11.92	6.73	5.00	8.00	25.00
Fiziksel istismar	400	11.81	6.81	5.00	8.00	24.00
Cinsel istismar	400	11.85	6.75	5.00	8.00	25.00
Travmayı küçümseme	400	7.09	4.06	3.00	5.00	15.00
Çocukluk çağı travması	400	66.33	37.29	36.00	43.00	133.00
ÇÇSUÖ						
Suçluluk	400	28.42	15.87	14.00	19.00	58.00
Utancı	400	28.30	15.92	13.00	19.00	59.00

BSÖ: BSÖ; ÇÇTÖ: ÇÇTÖ ÇÇSUÖ: Çocukluk Çağı Suçluluk ve Utancı Ölçeği

* Frekans Analizi

Tablo 4. Yaş Değişkenine Göre Ölçeklerin ve Alt Boyutların Değişimi

		Yaş				
		N	Ort.	S.S.	X ²	P
Benlik Saygısı	18 ve Altı	124	75.68	28.11	33.67	.000
	19-20	152	78.50	18.23		
	21-22	71	66.48	17.58		
	23-24	53	82.19	13.23		
Duygusal İhmal	18 ve Altı	124	10.09	5.35	35.05	.000
	19-20	152	11.19	6.48		
	21-22	71	16.97	7.40		
	23-24	53	10.75	6.04		
Fiziksel İhmal	18 ve Altı	124	10.24	5.35	33.87	.000
	19-20	152	11.31	6.65		
	21-22	71	16.97	7.29		
	23-24	53	10.23	6.03		
Duygusal İstismar	18 ve Altı	124	10.39	5.43	46.94	.000
	19-20	152	11.22	6.52		
	21-22	71	17.24	7.18		
	23-24	53	10.34	6.06		
Fiziksel İstismar	18 ve Altı	124	10.22	5.29	37.14	.000
	19-20	152	11.13	6.78		
	21-22	71	17.06	7.25		
	23-24	53	10.49	6.20		
Cinsel İstismar	18 ve Altı	124	10.14	5.44	44.44	.000
	19-20	152	11.30	6.50		
	21-22	71	17.15	7.20		
	23-24	53	10.32	6.19		
Travmayı Küçümseme	18 ve Altı	124	6.11	3.17		

	19-20	152	6.77	3.96	34.19	.000
	21-22	71	10.17	4.41		
	23-24	53	6.21	3.85		
	18 ve Altı	124	57.19	29.25		
Çocukluk Çağı Travması	19-20	152	62.93	36.41	44.80	.000
	21-22	71	95.56	40.34		
	23-24	53	58.34	33.80		
	18 ve Altı	124	24.71	12.40		
Suçluluk	19-20	152	26.90	15.61	29.28	.000
	21-22	71	40.58	17.32		
	23-24	53	25.19	14.33		
	18 ve Altı	124	24.50	12.42		
Utanç	19-20	152	26.72	15.62	30.44	.000
	21-22	71	40.58	17.56		
	23-24	53	25.25	14.13		

*Kruskal Wallis

Tablo 5. Cinsiyet Değişkenine Göre Ölçeklerin ve Alt boyutların Değişimi

		Cinsiyet				
		N	Ort.	S.S.	MW	P
Benlik Saygısı	Kadın	208	71.85	23.95	-3.68	.000
	Erkek	192	80.46	17.92		
Duygusal İhmal	Kadın	208	12.77	7.08	-2.87	.004
	Erkek	192	10.78	6.15		
Fiziksel İhmal	Kadın	208	12.82	7.20	-2.96	.003
	Erkek	192	10.78	6.07		
Duygusal İstismar	Kadın	208	12.85	7.17	-2.49	.013
	Erkek	192	10.91	6.08		
Fiziksel İstismar	Kadın	208	12.69	7.23	-2.11	.035
	Erkek	192	10.87	6.20		
Cinsel İstismar	Kadın	208	12.76	7.19	-2.48	.013
	Erkek	192	10.86	6.10		
Travmayı Küçümseme	Kadın	208	7.75	4.25	-3.82	.000
	Erkek	192	6.39	3.73		
Çocukluk Çağı Travması	Kadın	208	71.63	39.61	-3.16	.002

	Erkek	192	60.59	33.78		
Suçluluk	Kadın	208	30.66	16.74	-2.83	.005
	Erkek	192	26.00	14.53		
Utañ	Kadın	208	30.33	16.77	-1.68	.048
	Erkek	192	26.09	14.67		

*Kruskal-Wallis testi

Tablo 6. Eğitim Gördüğü Sınıf Değişkenine Göre Ölçeklerin ve Alt boyutların Değişimi

		Eğitim Gördüğü Sınıf				
		N	Ort.	S.S.	X ²	P
Benlik Saygısı	Hazırlık	41	78.54	27.33		
	1. Sınıf	127	73.32	25.90		
	2. Sınıf	108	81.33	16.66	39.59	.000
	3. Sınıf	72	66.94	17.84		
	4. Sınıf	52	81.85	13.24		
Duygusal İhmal	Hazırlık	41	11.61	6.50		
	1. Sınıf	127	10.36	5.79		
	2. Sınıf	108	10.74	6.11	30.34	.000
	3. Sınıf	72	16.85	7.44		
	4. Sınıf	52	10.81	6.07		
Fiziksel İhmal	Hazırlık	41	12.05	6.41		
	1. Sınıf	127	10.28	5.64		
	2. Sınıf	108	11.01	6.50	38.88	.000
	3. Sınıf	72	16.88	7.28		
	4. Sınıf	52	10.23	6.10		
Duygusal İstismar	Hazırlık	41	12.12	6.42		
	1. Sınıf	127	10.53	5.67		
	2. Sınıf	108	10.74	6.34	38.36	.000
	3. Sınıf	72	16.99	7.39		
	4. Sınıf	52	10.56	6.00		
Fiziksel İstismar	Hazırlık	41	12.05	6.61		
	1. Sınıf	127	10.24	5.72		
	2. Sınıf	108	10.78	6.46	39.20	.000
	3. Sınıf	72	16.92	7.29		
	4. Sınıf	52	10.56	6.24		
Cinsel İstismar	Hazırlık	41	11.95	6.65		
	1. Sınıf	127	10.35	5.77		
	2. Sınıf	108	10.83	6.18	43.39	.000
	3. Sınıf	72	17.01	7.26		
	4. Sınıf	52	10.38	6.21		
Travmayı Küçümseme	Hazırlık	41	7.12	3.73		
	1. Sınıf	127	6.17	3.45	32.53	.000
	2. Sınıf	108	6.58	3.80		
	3. Sınıf	72	10.06	4.47		
	4. Sınıf	52	6.29	3.87		
Çocukluk Çağı Travması	Hazırlık	41	66.90	35.72		
	1. Sınıf	127	57.94	31.37		

	2. Sınıf	108	60.69	34.88	42.81	.000
	3. Sınıf	72	94.69	40.72		
	4. Sınıf	52	58.83	33.96		
	Hazırlık	41	28.27	14.91		
Suçluluk	1. Sınıf	127	25.07	13.38		
	2. Sınıf	108	26.02	15.06	25.46	.000
	3. Sınıf	72	40.19	17.49		
	4. Sınıf	52	25.42	14.37		
	Hazırlık	41	28.44	14.72		
Utanç	1. Sınıf	127	24.88	13.45		
	2. Sınıf	108	25.69	15.08	33.03	.000
	3. Sınıf	72	40.25	17.66		
	4. Sınıf	52	25.40	14.21		

* Kruskal-Wallis testi

Tablo 7. Ailenizin Aylık Gelir Değişkenine Göre Ölçeklerin ve Alt boyutların Değişimi

		Ailenizin Aylık Geliri				
		N	Ort.	S.S.	X ²	P
Benlik Saygısı	İyi	141	74.72	22.01		
	Orta	157	76.92	20.46	.340	.844
	Kötü	102	76.27	23.13		
Duygusal İhmal	İyi	141	12.99	7.23		
	Orta	157	10.99	6.20	4.11	.128
	Kötü	102	11.47	6.56		
Fiziksel İhmal	İyi	141	12.84	7.19		
	Orta	157	11.24	6.32	1.73	.421
	Kötü	102	11.38	6.66		
Duygusal İstismar	İyi	141	13.08	7.14		
	Orta	157	11.17	6.34	6.02	.049
	Kötü	102	11.46	6.57		
Fiziksel İstismar	İyi	141	13.09	7.10		
	Orta	157	10.96	6.43	9.67	.008
	Kötü	102	11.37	6.76		
Cinsel İstismar	İyi	141	12.91	7.22		
	Orta	157	11.08	6.27	2.68	.261
	Kötü	102	11.57	6.67		
Travmayı Küçümseme	İyi	141	7.74	4.40		
	Orta	157	6.63	3.79	2.46	.292
	Kötü	102	6.91	3.89		
Çocukluk Çağı Travması	İyi	141	72.66	39.78		
	Orta	157	62.06	34.80	4.02	.134
	Kötü	102	64.17	36.62		
Suçluluk	İyi	141	31.09	16.69		
	Orta	157	26.71	14.97	5.32	.070
	Kötü	102	27.37	15.71		

	İyi	141	30.95	16.94		
Utanc	Orta	157	26.50	15.00	3.95	.138
	Kötü	102	27.40	15.51		

* Kruskal-Wallis testi

Tablo 8. Anne Eğitim Değişkenine Göre Ölçeklerin ve Alt boyutların Değişimi

		Anne Eğitimi				
		N	Ort.	S.S.	X ²	P
Benlik Saygısı	Okuryazar	48	70.92	29.23		
	İlköğretim	152	78.55	17.73		
	Ortaöğretim	164	74.93	19.68	5.55	.135
	Yükseköğretim ve Sonrası	36	76.67	31.33		
Duygusal İhmal	Okuryazar	48	12.94	6.51		
	İlköğretim	152	11.16	6.48	5.05	.168
	Ortaöğretim	164	12.38	7.03		
	Yükseköğretim ve Sonrası	36	10.53	6.20		
Fiziksel İhmal	Okuryazar	48	12.85	6.91		
	İlköğretim	152	11.16	6.34	5.65	.129
	Ortaöğretim	164	12.49	7.09		
	Yükseköğretim ve Sonrası	36	10.36	6.33		
Duygusal İstismar	Okuryazar	48	13.17	6.70		
	İlköğretim	152	11.32	6.45	4.66	.1998
	Ortaöğretim	164	12.45	7.09		
	Yükseköğretim ve Sonrası	36	10.36	5.88		
Fiziksel İstismar	Okuryazar	48	12.81	6.67		
	İlköğretim	152	11.11	6.44	3.65	.302
	Ortaöğretim	164	12.46	7.28		
	Yükseköğretim ve Sonrası	36	10.56	6.00		
Cinsel İstismar	Okuryazar	48	12.54	6.69		
	İlköğretim	152	11.20	6.37	4.91	.179
	Ortaöğretim	164	12.58	7.12		
	Yükseköğretim ve Sonrası	36	10.33	6.41		
Travmayı Küçümseme	Okuryazar	48	7.77	4.07		
	İlköğretim	152	6.66	3.93	5.49	.139
	Ortaöğretim	164	7.49	4.22		
	Yükseköğretim ve Sonrası	36	6.25	3.65		
Çocukluk Çağı Travması	Okuryazar	48	72.08	36.95		
	İlköğretim	152	62.61	35.47	4.67	.197
	Ortaöğretim	164	69.85	39.36		
	Yükseköğretim ve Sonrası	36	58.39	33.93		
Suçluluk	Okuryazar	48	30.79	16.02		
	İlköğretim	152	26.95	15.05	.785	.853
	Ortaöğretim	164	29.79	16.76		
	Yükseköğretim ve Sonrası	36	25.25	14.28		
Utanc	Okuryazar	48	30.52	15.65		
	İlköğretim	152	26.54	15.19	6.780	.079
	Ortaöğretim	164	29.95	16.65		
	Yükseköğretim ve Sonrası	36	25.22	15.22		

* Kruskal-Wallis testi

Tablo 9. Baba Eğitim Değişkenine Göre Ölçeklerin ve Alt boyutların Değişimi

		Baba Eğitimi				
		N	Ort.	S.S.	X ²	P
Benlik Saygısı	Okuryazar	22	78.73	14.15	7.40	.065
	İlköğretim	159	78.44	18.25		
	Ortaöğretim	180	72.98	22.82		
Duygusal İhmal	Yükseköğretim ve sonrası	39	78.26	30.15	5.04	.169
	Okuryazar	22	10.05	4.20		
	İlköğretim	159	11.65	6.78		
Fiziksel İhmal	Ortaöğretim	180	12.62	7.00	7.38	.061
	Yükseköğretim ve sonrası	39	9.79	5.71		
	Okuryazar	22	9.91	4.33		
Duygusal İstismar	İlköğretim	159	11.86	6.66	5.08	.166
	Ortaöğretim	180	12.65	7.14		
	Yükseköğretim ve sonrası	39	9.69	5.33		
Fiziksel İstismar	Okuryazar	22	9.95	4.91	5.91	.116
	İlköğretim	159	11.63	6.71		
	Ortaöğretim	180	12.63	7.21		
Cinsel İstismar	Yükseköğretim ve sonrası	39	9.87	5.63	7.13	.068
	Okuryazar	22	9.59	4.22		
	İlköğretim	159	11.60	6.60		
Travmayı Küçümseme	Ortaöğretim	180	12.76	7.16	5.12	.163
	Yükseköğretim ve sonrası	39	9.95	5.91		
	Okuryazar	22	6.09	2.81		
Çocukluk Travması	İlköğretim	159	6.93	4.08	5.37	.146
	Ortaöğretim	180	7.61	4.25		
	Yükseköğretim ve sonrası	39	5.95	3.35		
Suçluluk	Okuryazar	22	55.82	24.52	4.12	.250
	İlköğretim	159	65.28	37.01		
	Ortaöğretim	180	70.99	39.42		
Utanç	Yükseköğretim ve sonrası	39	55.03	30.92	7.18	.066
	Okuryazar	22	23.68	10.55		
	İlköğretim	159	28.03	15.74		
	Ortaöğretim	180	30.36	16.78		
	Yükseköğretim ve sonrası	39	23.77	13.16		
	Okuryazar	22	23.68	10.31		
	İlköğretim	159	27.73	15.87		
	Ortaöğretim	180	30.37	16.67		
	Yükseköğretim ve sonrası	39	23.64	13.82		

* Kruskal-Wallis testi

Tablo 10. Anne-Baba Durum Değişkenine Göre Ölçeklerin ve Alt boyutların Değişimi

Anne-Baba Durumu

		N	Ort.	S.S.	X ²	P
Benlik Saygısı	Bir arada	349	76.80	18.83		
	Ayrı	24	68.83	35.42	7.80	.070
	Anne Ölmüş	13	67.15	12.71		
	Baba Ölmüş	14	54.57	41.94		
Duygusal İhmal	Bir arada	349	11.94	6.77		
	Ayrı	24	11.46	6.99		
	Anne Ölmüş	13	8.08	1.32	2.13	.545
	Baba Ölmüş	14	12.79	7.28		
Fiziksel İhmal	Bir arada	349	11.98	6.81		
	Ayrı	24	11.92	6.86		
	Anne Ölmüş	13	7.15	1.34	7.50	.057
	Baba Ölmüş	14	12.64	7.03		
Duygusal İstismar	Bir arada	349	12.03	6.79		
	Ayrı	24	12.04	6.58	2.38	.497
	Anne Ölmüş	13	7.69	.95		
	Baba Ölmüş	14	12.64	7.68		
Fiziksel İstismar	Bir arada	349	11.94	6.92		
	Ayrı	24	11.96	6.42	2.33	.507
	Anne Ölmüş	13	7.77	1.01		
	Baba Ölmüş	14	12.14	7.12		
Cinsel İstismar	Bir arada	349	11.97	6.79		
	Ayrı	24	12.29	7.07		
	Anne Ölmüş	13	7.31	.85	6.34	.096
	Baba Ölmüş	14	12.43	7.25		
Travmayı Küçümseme	Bir arada	349	7.18	4.11		
	Ayrı	24	7.04	4.15		
	Anne Ölmüş	13	4.77	.73	1.72	.632
	Baba Ölmüş	14	7.14	4.26		
Çocukluk Travması	Bir arada	349	67.05	37.68		
	Çağı Ayrı	24	66.71	37.44		
	Anne Ölmüş	13	42.77	1.88	1.62	.656
	Baba Ölmüş	14	69.79	40.15		
Suçluluk	Bir arada	349	28.71	16.01		
	Ayrı	24	28.79	15.92	3.55	.314
	Anne Ölmüş	13	18.23	1.30		
	Baba Ölmüş	14	30.07	17.58		
Utanç	Bir arada	349	28.68	16.07		
	Ayrı	24	28.46	16.13	2.45	.415
	Anne Ölmüş	13	27.92	1.55		
	Baba Ölmüş	14	29.00	16.44		

* Kruskal-Wallis testi

Tablo 11. Anne Tutum Değişkenine Göre Ölçeklerin ve Alt boyutların Değişimi

		Anne Tutumu				
		N	Ort.	S.S.	X ²	P
Benlik Saygısı	İlgisiz	35	83.20	16.88		
	Otoriter	36	75.44	24.92		
	Demokratik	62	84.06	15.76	26.80	.000
	Koruyucu	232	73.98	22.67		
	Mükemmeliyetçi	35	68.23	19.83		

		İlgisiz	35	10.31	5.66		
		Otoriter	36	10.47	6.01		
Duygusal İhmal		Demokratik	62	13.45	7.18	12.40	.015
		Koruyucu	232	11.44	6.59		
		Mükemmeliyetçi	35	14.34	7.41		
		İlgisiz	35	10.46	5.63		
Fiziksel İhmal		Otoriter	36	10.81	5.83	3.54	.471
		Demokratik	62	13.05	7.62		
		Koruyucu	232	11.50	6.54		
		Mükemmeliyetçi	35	14.40	7.73		
		İlgisiz	35	10.20	5.76		
Duygusal İstismar		Otoriter	36	10.69	6.22	11.50	.021
		Demokratik	62	13.31	7.41		
		Koruyucu	232	11.60	6.50		
		Mükemmeliyetçi	35	14.49	7.54		
		İlgisiz	35	10.34	5.85		
Fiziksel İstismar		Otoriter	36	10.44	6.09		
		Demokratik	62	13.31	7.33	8.87	.064
		Koruyucu	232	11.47	6.64		
		Mükemmeliyetçi	35	14.34	7.73		
		İlgisiz	35	10.37	5.54		
Cinsel İstismar		Otoriter	36	10.89	6.27		
		Demokratik	62	13.13	7.57	5.58	.232
		Koruyucu	232	11.47	6.52		
		Mükemmeliyetçi	35	14.54	7.56		
		İlgisiz	35	6.23	3.35		
Travmayı Küçümsem		Otoriter	36	6.42	3.74		
		Demokratik	62	7.92	4.34	7.05	.133
		Koruyucu	232	6.87	3.96		
		Mükemmeliyetçi	35	8.69	4.68		
		İlgisiz	35	57.91	31.13		
Çocukluk Travması	Çağı	Otoriter	36	59.72	33.66		
		Demokratik	62	74.16	41.02	7.88	.096
		Koruyucu	232	64.35	36.22		
		Mükemmeliyetçi	35	80.80	42.23		
		İlgisiz	35	25.17	13.30		
Suçluluk		Otoriter	36	25.78	14.50	3.81	.43
		Demokratik	62	31.79	17.59		
		Koruyucu	232	27.53	15.28		
		Mükemmeliyetçi	35	34.31	18.45		
		İlgisiz	35	24.37	13.59		
Utanç		Otoriter	36	24.81	14.35	8.81	.066
		Demokratik	62	31.73	17.54		
		Koruyucu	232	27.66	15.44		
		Mükemmeliyetçi	35	34.00	17.89		

* Kruskal-Wallis testi

Tablo 12. Baba Tutum Değişkenine Göre Ölçeklerin ve Alt boyutların Değişimi

		Baba tutumu				
		N	Ort.	S.S.	X ²	P
Benlik Saygısı	İlgisiz	63	75.30	17.50		
	Otoriter	50	79.36	25.75		

	Demokratik	29	70.48	23.41	11.16	.025
	Koruyucu	12	83.00	18.30		
	Mükemmeliyetçi	246	75.77	21.66		
	İlgisiz	63	13.38	7.61		
	Otoriter	50	9.36	4.30		
Duygusal İhmal	Demokratik	29	14.83	7.35	11.82	.019
	Koruyucu	12	13.92	7.38		
	Mükemmeliyetçi	246	11.46	6.57		
	İlgisiz	63	13.46	7.45		
	Otoriter	50	9.22	4.29		
Fiziksel İhmal	Demokratik	29	14.48	7.69	8.28	.082
	Koruyucu	12	13.25	8.31		
	Mükemmeliyetçi	246	11.58	6.60		
	İlgisiz	63	13.59	7.47		
	Otoriter	50	9.56	4.51	13.06	.011
Duygusal İstismar	Demokratik	29	14.93	7.56		
	Koruyucu	12	13.50	7.51		
	Mükemmeliyetçi	246	11.53	6.58		
	İlgisiz	63	13.54	7.46		
	Otoriter	50	9.20	4.23		
Fiziksel İstismar	Demokratik	29	14.69	7.42	13.35	.010
	Koruyucu	12	13.75	7.92		
	Mükemmeliyetçi	246	11.47	6.73		
	İlgisiz	63	13.52	7.47		
	Otoriter	50	9.20	4.30		
Cinsel İstismar	Demokratik	29	14.66	7.59	11.33	.023
	Koruyucu	12	13.83	7.65		
	Mükemmeliyetçi	246	11.53	6.62		
	İlgisiz	63	7.98	4.46		
	Otoriter	50	5.52	2.58		
Travmayı Küçümseme	Demokratik	29	9.00	4.44	12.47	.014
	Koruyucu	12	8.08	4.76		
	Mükemmeliyetçi	246	6.91	4.00		
	İlgisiz	63	75.48	41.46		
	Otoriter	50	52.06	23.32	12.37	.015
Çocukluk Travması	Demokratik	29	82.59	41.65		
	Koruyucu	12	76.33	43.17		
	Mükemmeliyetçi	246	64.49	36.56		
	İlgisiz	63	32.16	17.57		
	Otoriter	50	22.30	10.13	10.37	.035
Suçluluk	Demokratik	29	35.07	17.96		
	Koruyucu	12	32.92	19.76		
	Mükemmeliyetçi	246	27.71	15.46		
	İlgisiz	63	32.17	17.98		
	Otoriter	50	22.10	10.21	10.14	.038
Utancı	Demokratik	29	34.69	18.57		
	Koruyucu	12	33.08	18.03		
	Mükemmeliyetçi	246	27.58	15.43		

Tablo 13. Tedavi Gerektiren Psikiyatrik Yakınma Durumuna Göre Ölçeklerin ve Alt Boyutların Değişimi

		Tedavi Gerektiren Psikiyatrik Yakınma Durumu				
		N	Ort.	S.S.	MW	p
Benlik Saygısı	Hayır	258	83.44	19.08	-10.88	.000
	Evet	142	62.42	19.48		
Duygusal İhmal	Hayır	258	8.59	3.78	-11.19	.000
	Evet	142	17.69	6.90		
Fiziksel İhmal	Hayır	258	8.67	3.69	-9.64	.000
	Evet	142	17.61	7.22		
Duygusal İstismar	Hayır	258	8.73	3.88	-11.01	.000
	Evet	142	17.70	6.95		
Fiziksel İstismar	Hayır	258	8.58	3.77	-10.43	.000
	Evet	142	17.69	7.17		
Cinsel İstismar	Hayır	258	8.62	3.77	-10.67	.000
	Evet	142	17.71	7.03		
Travmayı Küçümseme	Hayır	258	5.17	2.29	-10.61	.000
	Evet	142	10.58	4.25		
Çocukluk Çağı Travması	Hayır	258	48.36	20.18	-11.06	.000
	Evet	142	98.99	39.10		
Suçluluk	Hayır	258	20.90	8.64	-9.71	.000
	Evet	142	42.09	16.87		
Utanç	Hayır	258	20.78	8.62	-9.24	.000
	Evet	142	41.96	17.04		

* Kruskal-Wallis testi

Tablo 14. Daha Önce Alınmış Psikiyatrik Yakınma Durumuna Göre Ölçeklerin ve Alt Boyutların Değişimi

		Daha Önce Alınmış Psikiyatrik Yakınma Durumu				
		N	Ort.	S.S.	MW	p
Benlik Saygısı	Hayır	213	83.91	17.26	-8.02	.000
	Evet	187	66.95	22.69		
Duygusal İhmal	Hayır	213	8.29	3.35	-9.31	.000
	Evet	187	15.83	7.31		
Fiziksel İhmal	Hayır	213	8.30	3.17	-8.71	.000
	Evet	187	15.88	7.45		
Duygusal İstismar	Hayır	213	8.32	3.42	-10.13	.000
	Evet	187	16.01	7.22		
Fiziksel İstismar	Hayır	213	8.17	3.26	-9.76	.000
	Evet	187	15.96	7.40		
Cinsel İstismar	Hayır	213	8.27	3.33	-9.78	.000
	Evet	187	15.93	7.32		
Travmayı Küçümseme	Hayır	213	4.94	2.06	-9.83	.000

	Evet	187	9.55	4.38		
Çocukluk Çağı Travması	Hayır	213	46.29	17.48	-9.89	.000
	Evet	187	89.16	40.64		
Suçluluk	Hayır	213	20.06	7.55	-8.16	.000
	Evet	187	37.95	17.43		
Utañ	Hayır	213	19.80	7.40	-9.03	.000
	Evet	187	37.98	17.45		

* Kruskal-Wallis testi

Tablo 15. Ailede Ruhsal Hastalık Nedeniyle Tedavi Gören Kimse Olma Durumuna Göre Ölçeklerin ve Alt boyutların Değişimi

		Ailede Ruhsal Hastalık Nedeniyle Tedavi Gören Kimse Olma Durumu				
		N	Ort.	S.S.	MW	p
Benlik Saygısı	Yok	337	78.45	15.98	-4.20	.048
	Var	63	62.79	37.83		
Duygusal İhmal	Yok	337	11.54	6.62	-2.22	.037
	Var	63	13.30	7.05		
Fiziksel İhmal	Yok	337	11.48	6.64	-2.47	.013
	Var	63	13.76	7.05		
Duygusal İstismar	Yok	337	11.55	6.66	-2.48	.013
	Var	63	13.87	6.82		
Fiziksel İstismar	Yok	337	11.45	6.72	-2.84	.004
	Var	63	13.76	6.99		
Cinsel İstismar	Yok	337	11.51	6.65	-2.64	.008
	Var	63	13.68	7.02		
Travmayı Küçümseme	Yok	337	6.89	4.04	-2.53	.011
	Var	63	8.17	4.03		
Çocukluk Çağı Travması	Yok	337	64.42	36.83	-2.24	.025
	Var	63	76.56	38.39		
Suçluluk	Yok	337	27.61	15.65	-2.64	.045
	Var	63	32.76	16.42		
Utañ	Yok	337	27.42	15.75	-3.37	.001
	Var	63	32.97	16.17		

* Kruskal-Wallis testi

Tablo 16. Çocukluk Döneminde Kişiy Etkileyen Travmatik Durum Olması Göre Ölçeklerin ve Alt Boyutların Değişimi

		Çocukluk Döneminde Kişiy Etkileyen Travmatik Durum Olması				
		N	Ort.	S.S.	MW	P
Benlik Saygısı	Hayır	203	83.43	17.50	-6.95	.000

	Evet	197	68.30	22.90		
Duygusal İhmal	Hayır	203	8.31	3.42	-8.95	.000
	Evet	197	15.43	7.33		
Fiziksel İhmal	Hayır	203	8.38	3.21	-7.64	.000
	Evet	197	15.41	7.54		
Duygusal İstismar	Hayır	203	8.34	3.50	-9.69	.000
	Evet	197	15.59	7.26		
Fiziksel İstismar	Hayır	203	8.21	3.33	-9.29	.000
	Evet	197	15.53	7.45		
Cinsel İstismar	Hayır	203	8.29	3.41	-9.43	.000
	Evet	197	15.52	7.35		
Travmayı Küçümseme	Hayır	203	4.97	2.09	-9.15	.000
	Evet	197	9.28	4.42		
Çocukluk Çağı Travması	Hayır	203	46.50	17.88	-9.39	.000
	Evet	197	86.77	40.92		
Suçluluk	Hayır	203	20.21	7.70	-7.14	.000
	Evet	197	36.88	17.60		
Utanç	Hayır	203	19.88	7.56	-8.56	.000
	Evet	197	36.97	17.56		

* Kruskal-Wallis testi

Tablo 17. Çevredeki İnsanlarla İlişki Durumuna Göre Ölçeklerin ve Alt boyutların Değişimi

		Çevredeki İnsanlarla İlişki Durumu				
		N	Ort.	S.S.	X ²	P
Benlik Saygısı	Çok kötü	17	47.76	17.80	201.29	.000
	Kötü	108	53.07	22.16		
	Orta	64	88.88	7.07		
	İyi	115	84.87	12.86		
	Çok iyi	96	87.50	7.46		
Duygusal İhmal	Çok kötü	17	22.18	2.38	210.49	.000
	Kötü	108	20.36	5.07		
	Orta	64	7.38	1.30		
	İyi	115	8.23	2.60		
	Çok iyi	96	7.63	1.14		
Fiziksel İhmal	Çok kötü	17	22.12	2.18	211.13	.000
	Kötü	108	20.41	5.25		
	Orta	64	7.44	1.04		
	İyi	115	8.43	2.63		
	Çok iyi	96	7.40	1.07		
Duygusal İstismar	Çok kötü	17	22.06	1.48	218.52	.000
	Kötü	108	20.52	5.03		
	Orta	64	7.41	1.06		
	İyi	115	8.42	2.87		
	Çok iyi	96	7.64	1.02		
Fiziksel İstismar	Çok kötü	17	22.00	2.62	202.15	.000
	Kötü	108	20.44	5.25		
	Orta	64	7.42	1.15		
	İyi	115	8.28	2.83		
	Çok iyi	96	7.47	1.21		
Cinsel İstismar	Çok kötü	17	21.88	2.34		
	Kötü	108	20.48	5.22		

Travmayı Küçümseme		Orta	64	7.41	1.20	200.74	.000
		İyi	115	8.22	2.56		
		Çok iyi	96	7.68	1.16		
		Çok kötü	17	12.94	1.56		
		Kötü	108	12.21	3.19		
Çocukluk Travması	Çağı	Orta	64	4.58	.96	208.307	.000
		İyi	115	5.04	1.74		
		Çok iyi	96	4.44	.88		
		Çok kötü	17	123.18	10.89		
		Kötü	108	114.43	28.40		
Suçluluk		Orta	64	41.62	2.80	200.62	.000
		İyi	115	46.63	13.75		
		Çok iyi	96	42.24	2.38		
		Çok kötü	17	52.59	4.15		
		Kötü	108	48.71	12.33		
Utanç		Orta	64	17.92	1.80	195.96	.000
		İyi	115	20.19	6.05		
		Çok iyi	96	18.18	1.58		
		Çok kötü	17	53.00	5.07		
		Kötü	108	48.72	11.97		
Utanç		Orta	64	17.80	1.54	216.10	.000
		İyi	115	20.10	6.00		
		Çok iyi	96	17.76	1.76		

* Kruskal-Wallis testi

Tablo 18. Sosyal Hayatını Değerlendirme Durumuna Göre Ölçeklerin ve Alt boyutların Değişimi

		Sosyal Hayatını Değerlendirme				
		N	Ort.	S.S.	X ²	P
Benlik Saygısı	Çok Kötü	35	48.11	14.76	186.47	.000
	Kötü	112	62.14	24.58		
	Orta	28	65.86	22.59		
	İyi	109	87.30	6.90		
	Çok İyi	116	89.55	8.00		
Duygusal İhmal	Çok Kötü	35	22.26	1.82	161.30	.000
	Kötü	112	17.14	7.34		
	Orta	28	11.89	3.99		
	İyi	109	7.71	1.08		
	Çok İyi	116	7.37	1.30		
Fiziksel İhmal	Çok Kötü	35	22.51	1.69	168.37	.000
	Kötü	112	17.21	7.32		
	Orta	28	11.89	3.93		
	İyi	109	7.45	1.13		
	Çok İyi	116	7.55	1.09		
Duygusal İstismar	Çok Kötü	35	22.31	1.21	172.33	.000
	Kötü	112	17.33	7.25		
	Orta	28	12.50	4.38		
	İyi	109	7.56	1.03		
	Çok İyi	116	7.50	1.08		
Fiziksel İstismar	Çok Kötü	35	22.23	1.96	151.54	.000
	Kötü	112	17.21	7.50		
	Orta	28	12.14	4.23		

		İyi	109	7.50	1.23		
		Çok İyi	116	7.44	1.14		
		Çok Kötü	35	22.31	1.89		
		Kötü	112	17.25	7.35	162.85	.000
Cinsel İstismar		Orta	28	11.89	4.09		
		İyi	109	7.61	1.18		
		Çok İyi	116	7.45	1.17		
		Çok Kötü	35	13.29	1.25		
Travmayı Küçümseme		Kötü	112	10.36	4.36	175.47	.000
		Orta	28	7.21	2.62		
		İyi	109	4.44	.85		
		Çok İyi	116	4.54	.93		
		Çok Kötü	35	124.91	7.93		
Çocukluk Travması	Çağı	Kötü	112	96.50	40.72		
		Orta	28	67.54	21.55	148.16	.000
		İyi	109	42.27	2.39		
		Çok İyi	116	41.85	2.74		
		Çok Kötü	35	52.91	3.04		
Suçluluk		Kötü	112	41.30	17.41		
		Orta	28	28.93	9.70	153.47	.000
		İyi	109	18.28	1.57		
		Çok İyi	116	18.00	1.67		
		Çok Kötü	35	53.31	3.69		
		Kötü	112	41.12	17.36	161.42	.000
Utanç		Orta	28	28.82	8.74		
		İyi	109	17.68	1.82		
		Çok İyi	116	18.22	1.90		

* Kruskal-Wallis testi

Tablo 19. Ölçekler Arasında Korelasyon İlişkisi

		BS	Dİ	Fİ	DİS	FİS	Cİ	TK	CCT	SUC	UTA
	r	1									
Benlik Saygısı	p										
	N	400									
Duygusal İhmal	r	-.794**	1								
	p	.000									
	N	400	400								
Fiziksel İhmal	r	-.803**	.968**	1							
	p	.000	.000								
	N	400	400	400							
Duygusal İstismar	r	-.803**	.971**	.969**	1						
	p	.000	.000	.000							
	N	400	400	400	400						
Fiziksel İstismar	r	-.793**	.969**	.969**	.973**	1					
	p	.000	.000	.000	.000						
	N	400	400	400	400	400					
Cinsel İstismar	r	-.801**	.966**	.970**	.972**	.970**	1				
	p	.000	.000	.000	.000	.000					
	N	400	400	400	400	400	400				
Travmayı Küçümseme	r	-.785**	.957**	.959**	.963**	.959**	.961**	1			
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000				
	N	400	400	400	400	400	400	400			

Çocukluk Çağı Travması	r	-.808**	.986**	.987**	.989**	.988**	.987**	.977**	1		
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000			
	N	400	400	400	400	400	400	400	400		
Suçluluk	r	-.808**	.978**	.979**	.979**	.980**	.977**	.965**	.990**	1	
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		
	N	400	400	400	400	400	400	400	400	400	
Utancı	r	-.802**	.978**	.979**	.979**	.979**	.977**	.969**	.991**	.988**	1
	p	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000	
	N	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

BS: Benlik Saygısı, **Dİ:** Duygusal İhmal, **Fİ:** Fiziksel İhmal, **DİS:** Duygusal İstismar, **FİS:** Fiziksel İstismar, **Cİ:** Cinsel İstismar, **TK:** Travmayı Küçümseme, **CCT:** Çocukluk Çağı Travması, **SUC:** Suçluluk, **UTA:** Utancı


Araştırma Sunumu / Research Article

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

Determination of Healthy Lifestyle Behavior of University Students


Nevin ÇITAK BİLGİN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

nevincitak@yahoo.com 


Bedriye AK

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

bedriye_ak@yahoo.com 


Birgül CERİT

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

birgulcerit@yahoo.com.tr 


Melike ERTEM

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

melike_yonder@hotmail.com 

Gülseren ÇITAK TUNÇ

Bursa Uludağ Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

gctunc@uludag.edu.tr 

Öz

Bu çalışma üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen demografik ve bireysel özellikleri belirlemek için yapılmıştır. Kesitsel tipte, analitik çalışma Türkiye'nin kuzey batısında yer alan bir devlet üniversitesinin dört yıllık fakülte ve yüksekokullarında öğrenim gören 2062 öğrenci

ile yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında öğrenci bilgi formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda t testi, One way Anova ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu, sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin, bu alan dışında öğrenim görenlere göre sağlık davranışlarının daha iyi olduğu belirlenmiştir. Sosyo-demografik özelliklerden algılanan sağlık durumu, en uzun süre yaşanan yer ve sağlıkla ilgili konularda medyayı takip etme sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili bulunmuştur. Sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim görmek, öğrencilerin sağlık davranışlarını olumlu etkilemektedir. Bununla birlikte öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları orta düzeyde olduğundan sağlığı geliştirmeye yönelik eğitim programlarının üniversite genelinde yaygınlaştırılması önemli görünmektedir.

Anahtar kelimeler: Öğrenci, Sağlıklı Yaşam Tarzı, Üniversite.

Abstract

The aim of this study is to determine the healthy lifestyle behaviors of university students and the demographic and the individual characteristics which affect these behaviors. It was conducted as a cross-sectional analytical study with a total of 2062 students who were enrolled in four-year colleges and undergraduate program of a state university located in north western Turkey. Student data form and Healthy Lifestyle Behavior Scale were used for data collection. Descriptive statistics, independent samples t test, One way Anova and Pearson correlation analysis were used to evaluate the data. It has been determined that the students' healthy lifestyle behaviors in the university are at a moderate level and the health behaviors of the students studying in the departments related to health are better than those who study in other areas. Health status perceived from socio-demographic characteristics, the place to have lived the longest, following the media for health related issues were found to be related to healthy lifestyle behaviors. Studying in health related departments affect students' health behaviors positively. However, since healthy lifestyle behaviors of the students are at a medium level, it is important to spread the health promotion education programs throughout the university.

Keywords: Student, Healthy Lifestyle, University.

1. Giriş

Sağlık çok yönlü, sürekli değişen, dinamik bir süreç olup, sağlıklı yaşam biçimine sahip olmak, sağlığı koruma ve sürdürmede en önemli stratejiler arasındadır (Al-Qahtani, 2017). Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi, günlük aktivitelerini düzenlerken kendi sağlık durumuna uygun

davranışları seçmek olarak tanımlanmaktadır (Bozhüyük vd., 2012). Oldukça geniş bir spektruma sahip sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD), Walker vd. (1987) tarafından yeterli ve dengeli beslenme, stres yönetimi, düzenli egzersiz yapma, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve bireyin sağlığını koruma ve geliştirmesine ilişkin sorumluluk alma şeklinde sınıflanmaktadır.

Yapılan çalışmalarda, SYBD'ye sahip olan bireylerin anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sağlık sorunlarını yaşama oranının düştüğü, hipertansiyon, diyabet ve kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklardan korunmayı artırdığı bulunmuştur (Saneei vd., 2016; Shafieyan vd., 2015). Aynı zamanda egzersiz yapan sigara içmeyen ve normal kiloya sahip bireylerin yaşam süresinin ve yaşam kalitesinin arttığı belirlenmiştir (Stenholm vd., 2016).

Sağlıklı yaşam biçimine sahip olmanın belirleyicilerinden birisi de bu alışkanlığın mümkün olduğunca erken dönemde kişiye kazandırılmış olmasıdır (Wang, Xing, & Wu, 2013). Literatürde çocukluktan yetişkinliğe geçiş süreci olan üniversite döneminde SYBD'nin kazanılmasının ileri dönemlere göre daha kolay olduğu belirtilmektedir (Sánchez-Ojeda & De Luna-Bertos, 2015). Bu dönemde bilgilerin daha fazla içselleştirildiği ve yaşam tarzına dönüştürebildiği ifade edilmiştir (Wang vd., 2013). Bununla birlikte bu dönemde genç jenerasyon kendini hayatın sağlıklı bir döneminde algıladığı için SYBD ile ilgilenmeyip, sağlıksız yaşam şekillerini de benimseyebilir (Al-Qahtani, 2017). Bu süreçte öğrenciler sigara, alkol, madde kullanımına ilişkin sorunlarla (Erci, 2009, s. 196), beslenme alışkanlıklarına, yetersiz fiziksel aktiviteye bağlı sorunlarla karşı karşıya kalabilir ve stresle baş etmede güçlük yaşayabilir (Almutairi vd., 2018).

Bir toplumun sağlık düzeyi sağlıklı bireylerin varlığı ile değerlendirilir. Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verilerine göre; 15-24 yaş grubu gençler ülke nüfusunun %16.1'ini oluşturmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu, 2017). Genç bireylerin sağlıkla ilgili kazanacakları tutum ve davranışların erişkin dönemde mortalite ve morbiditeyi sonuç olarak toplum sağlığını etkilediği bilinmektedir (Acar, 2015; Vural & Bakır, 2015; Dolgun, İnal & Uğurlu, 2011). Üniversite öğrencilerinin SYBD incelemek için yapılan çalışmalarda öğrencilerde SYBD'nin orta düzeyde olduğu saptanmıştır (Karadeniz, Uçum, Dedeli & Karaağaç, 2008; Hacıhasanoğlu, Yıldırım, Karakurt &

Sağlam, 2011; Haddad, Kane, Rajacich, Cameron & Al-Ma'aitah, 2004). Bu durum göz önüne alındığında toplumun önemli bir kesimini oluşturan ve sağlık davranışlarını kolaylıkla benimseyebilen bir grup olan üniversite öğrencilerine ulaşmak daha fazla önem kazanmaktadır (Turgut & Bekar, 2008).

Öğrencilere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılabilmesi için öncelikle onların sahip olduğu yaşam biçimi davranışlarının ortaya konması gerekir. Genç bireylerin sağlığını olumsuz etkileyebilecek alışkanlık ve davranışlarına yön veren faktörleri bilmek ve sağlıklı yaşam bilincinin kazandırılması için genç bireyleri motive etmek gerekir (Vural & Bakır, 2015). Türkiye’de SYBD’ye yönelik çalışmalar incelendiğinde, hemşirelik bölümü dışındaki üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir (Acar, 2015; Hacıhasanoğlu vd., 2011; Bozlar & Arslanoğlu, 2016). Bu bağlamda bu çalışmada; üniversitede öğrenim gören öğrencilerin SYBD ve bu davranışları etkileyen demografik ve bireysel özellikleri belirlemek amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları

- Sağlıkla ilgili ve sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin SYBD düzeyleri arasında fark var mıdır?
- Sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerde, bazı tanımlayıcı özelliklerine göre SYBD arasında fark var mıdır?
- Sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin bazı tanımlayıcı özelliklerine göre SYBD arasında fark var mıdır?

2. Gereç ve Yöntem

2.1. Araştırmanın türü

Bu çalışma, Türkiye’nin kuzey batısında bir devlet üniversitesinde yer alan dört yıllık fakülte ve yüksekokullarda analitik ve kesitsel olarak yapılmıştır.

2.2. Araştırmanın evren ve örnekleme:

Araştırmanın evrenini Tıp Fakültesi, Eğitim Fakültesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi, Sağlık Yüksekokulu, Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu'na kayıtlı 10.300 öğrenci oluşturmuştur. Her bir fakülte ve okul bir tabaka olarak kabul edilmiş ve araştırmacılar tarafından ulaşılabilirlik göz önüne alınarak evrenin %20'si olan 2060 öğrenci çalışmanın örneklem grubunu oluşturmuştur. Her bir tabakadan aynı oranda öğrenci çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışma araştırmaya katılmayı kabul eden, iletişim sorunu olmayan 2062 öğrenci ile tamamlanmıştır. Çalışmada yeni açılan ve her dört sınıfında da öğrenci olmayan fakülte ve yüksekokullar ile fakültelerin hazırlık sınıfında ve ikinci öğretiminde okuyan öğrenciler araştırma kapsamına alınmamıştır. Aynı zamanda Tıp Fakültesinin 5. ve 6. sınıfında öğrenim gören öğrenciler klinik uygulamaları nedeniyle fakültede olmadıkları için evrene dâhil edilmemiştir.

2.3. Veri toplama araçları

Araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından hazırlanan öğrenci bilgi formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ile toplanmıştır.

Öğrenci Bilgi Formu: Bu formda, öğrencilerin sosyo-demografik ve bireysel özelliklerini (yaş, boy, kilo, cinsiyet, okuduğu fakülte/yüksekokul, sınıf, anne-baba eğitim durumu vb.) belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Ayrıca araştırmada öğrencilerin son bir yıldaki sağlık durumunu nasıl algıladıkları 0-10 arasında değerlendirmelerin bulunduğu skala ile öz bildirimlerine dayalı olarak (0= Çok kötü, 10= Çok iyi) değerlendirilmiştir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği: Ölçek 1987 yılında Walker vd. (1987) tarafından bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları değerlendirmek için geliştirilmiştir. Ölçek 1996 yılında yeniden revize edilerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II olarak adlandırılmıştır (Walker & Hill-Polerecky, 1996). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması, Bahar ve ark (Bahar, Beşer, Gördes, Ersin & Kıssal, 2008) tarafından 2008 yılında yapılmıştır. Ölçek 52 madde ve altı alt gruptan oluşmaktadır. Bunlar; sağlık sorumluluğu (SS), fiziksel aktivite (FA), beslenme (B), manevi gelişim (MG), kişilerarası ilişkiler (Kİ) ve stres yönetimi

(SY)'dir. Ölçek 4'lü likert tipte olup, Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin tüm maddeleri olumlu olup, ölçekten alınan yüksek puan yüksek sağlık davranış düzeyini göstermektedir. SYBD Ölçeği II'nin Cronbach Alfa katsayısı .92'dir (Walkerb& Hill-Polerecky, 1996). Bu çalışmada Cronbach Alfa katsayısı .90 olarak bulunmuştur.

2.4. Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde kullanılacak istatistiksel analizleri belirlemek için, verilerin normal dağılım gösterip göstermediği skewness ve kurtosis değerleri ile incelenmiştir. Yürütülen çalışmada da SYBD ölçeğinin Skewness= 0.201 ve Kurtosis= 0.378 puan ortalamalarının normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir (Şencan, 2005, s. 200-201). Buna dayalı olarak araştırma verilerinin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma), bağımsız gruplarda t testi, One way Anova testi ve Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin düzeyi 0-0.29 arası zayıf, 0.30-0.64 arası orta, 0.65-0.84 arası kuvvetli, 0.85-1 arası yüksek olarak yorumlanmıştır (Ural & Kılıç, 2013, s. 244). Gruplar arasındaki farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için ise Post-hoc test olarak Bonferroni testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Öğrencilerin beden kitle indeksi (BKİ) sınıflaması ise düşük, normal, hafif obez ve obez olarak DSÖ verilerine göre yapılmıştır (World Health Organization, 2018).

2.5. Araştırmanın etik yönü

Çalışma Helsinki Deklarasyon ilkeleri doğrultusunda yürütülmüştür. Araştırmanın yapılabilmesi için Üniversitenin Sosyal Bilimlerde İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (protokol no: 2013/3) izin alınmıştır. Aynı zamanda öğrencilerin yazılı onamları alınmış, çalışmadan istedikleri zaman ayrılacakları söylenmiştir.

3. Bulgular

Sağlık bölümü ve sağlık dışı bölümde öğrenim gören öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı incelendiğinde; sağlık bölümünde öğrenim gören öğrencilerin

% 57.4'ünün, sağlık bölümü dışında öğrenim gören öğrencilerin % 65.2'sinin kadın olduğu ve yaş ortalamasının sağlık bölümü ve sağlık bölümü dışı öğrenciler için benzer olduğu (sırasıyla; 20.92±2.05, 20.84±1.76) görülmüştür. Öğrencilerin genel olarak % 27.6'sı birinci sınıfta ve %26'sı ise dördüncü sınıfta öğrenim görmektedir. Hem sağlık bölümlerinde hem de sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin ebeveynlerinin eğitim düzeyi incelendiğinde; annelerin yarıya yakınının, babaların 1/3'ünün ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta da öğrencilerin yarıdan fazlasının en uzun süre ilde yaşadığı ve gelirlerinin gidere denk olduğu ve çoğunlukla evde yaşadıkları saptanmıştır. Sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerden %94.9'u kronik hastalığının olmadığını, %85.7'si sigara, %83.5'i alkol kullanmadığını ve %34.9'u düzenli olarak sağlıkla ilgili konularda medyayı takip ettiğini ifade etmiştir. Benzer olarak sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin de %92.8'inin kronik hastalığının olmadığı, %77.8'inin sigara, %79.4'ünün alkol kullanmadığı ve 34.0'ının sağlıkla ilgili konularda düzenli olarak medyayı takip ettiği belirlenmiştir. Her iki gruptaki öğrencilerin son bir yıldaki sağlık algılarının benzer ve orta düzeyde (sırasıyla; 7.00±1.96, 6.67±1.91), BKİ'lerinin normal değerler içerisinde olduğu (21.96 ±2.76; 21.67 ±3.05) saptanmıştır (Tablo 1).

Sağlık ve sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin SYBD ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırması Tablo 2'de verilmiştir. Sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin SYBD toplam ölçek puan ortalaması ile ölçeğin SS, FA ve SY alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının, sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerden yüksek ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.01$) belirlenmiştir. Ölçeğin B, MG ve Kİ alt boyut puan ortalamalarının ise gruplar arasında benzer olduğu saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 3'te sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine göre SYBD gösterilmiştir. Cinsiyetin SYBD toplam puanını etkilemediği, kız öğrencilerde sağlık sorumluluğu puan ortalaması erkeklerden daha yüksek iken ($p<0.5$), fiziksel aktivite puan ortalamasının erkeklerde yüksek ($p<0.001$) olduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf düzeyinin SYBD etkilediği, üçüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması diğer sınıflardan daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Öğrencilerden en

uzun süre ilde yaşamış olanların SYBD, ilçe-köyde yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlıkla ilgili konularda düzenli olarak medyayı takip eden öğrencilerin SYBD toplam puan ve tüm alt ölçek puan ortalamalarının takip etmeyenlere ve bazen takip ettiğini ifade edenlere göre daha yüksektir ($p<0.01$). Yaş ile SYBD ($r: 0.132, p<0.05$), SS ($r: 0.119, p<0.05$), FA ($r: 0.242, p<0.05$) arasında pozitif zayıf düzeyde ilişki, algılanan sağlık durumu ile SYBD ($r: 0.183, p<0.05$), FA ($r: 0.183, p<0.001$), MG ($r: 0.209, p<0.001$), Kİ ($r: 0.152, p<0.05$), SY ($r: 0.146, p<0.05$) arasında da pozitif yönde zayıf ilişki belirlenmiştir. Anne baba eğitim düzeyi, BKİ ve gelir durumunun ise SYBD'yi etkilemediği görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 4'te sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerine göre SYBD gösterilmiştir. Öğrencilerin cinsiyete göre SYBD toplam ölçek puanının değişmediği ($p>0.05$) bununla birlikte kız öğrencilerde SS, B, Kİ puan ortalaması erkeklerden daha yüksek ($p<0.001$), FA puan ortalamasının ise erkek öğrencilerde daha yüksek olduğu ($p<0.001$) belirlenmiştir. Öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıfa göre SYBD'nin yalnızca SS alt boyutunda farklılık olduğu, üçüncü sınıfta öğrenim gören öğrencilerin SS alt ölçek puan ortalaması 2. ve 4. sınıfta öğrenim görenlere göre daha yüksek ($p<0.01$) bulunmuştur. Ebeveyn öğrenim düzeyinin SYBD'yi etkilediği ebeveynlerinin eğitim düzeyi yüksek olan öğrencilerin SYBD eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.01$). Yaşanılan yere göre SYBD değerlendirildiğinde; yaşamları süresince en uzun süre ilde yaşamış öğrencilerin SYBD ilçe-köyde yaşayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0.01$). Gelir durumunun SYBD'yi etkilediği, gelir durumu yüksek olanların SYBD geliri gidere denk ve az olanlara göre daha yüksek belirlenmiştir ($p<0.01$). Sağlıkla ilgili konularda düzenli olarak medyayı takip ettiğini ifade eden öğrencilerin SYBD toplam puan ve tüm alt ölçek puan ortalamalarının takip etmeyenlere ve bazen takip ettiğini ifade edenlere göre daha yüksek olduğu ($p<0.001$) saptanmıştır. Öğrencilerin yaşı ile SYBD arasında ilişki bulunmazken, BKİ ile SYBD ölçeğinin alt boyutları FA ve B arasında pozitif yönde zayıf ilişki belirlenmiştir. Öğrencilerin algıladıkları sağlık durumu ile SYBD arasındaki ilişki incelendiğinde ise; ölçeğin SS alt boyutu hariç, SYBD puan ortalaması arasında pozitif yönde zayıf ilişki saptanmıştır (Tablo 4).

4. Tartışma

Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek için yapılan çalışmada; sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı davranış düzeyleri sağlık bölümleri dışında öğrenim gören öğrencilerden daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucu literatürle benzerdir (Wang vd., 2013; Can vd., 2018; İlhan, Batmaz & Akhan, 2010). Bununla birlikte bazı çalışmalarda; hemşirelik, sağlık hizmetleri yüksekokulu gibi sağlıkla ilgili eğitim veren bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin SYBD puanlarının bu çalışmadaki sağlık bölümünde öğrenim gören öğrencilerden daha düşük olduğu belirlenmiştir (Vural & Bakır, 2015; Şen, Ceylan, Kurt, Palancı & Aydın, 2017; Tambağ, 2011). Bu sonuç sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin müfredat içeriği, konuların çeşitliliği ve öğrencilerin derse devam durumları ile ilişkili olabilir. Sağlık bölümü dışındaki üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda ise öğrencilerin SYBD ölçeği puan ortalamasının yürütülen çalışma ile benzer (Karadeniz vd., 2008; İlhan vd., 2010; Çoban, Adana, Taşpınar & Arslantaş, 2017) ya da daha düşük olduğu görülmüştür (Hacıhasanoğlu vd. 2011). SYBD ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 208 olup, öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Bununla birlikte sağlık bölümünde öğrenim gören öğrencilerin puan ortalaması diğer gruptan yüksek olması sağlık eğitiminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine pozitif etkisini göstermektedir. Yapılan çalışmada sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimleri alt alan skorları diğer gruba göre daha yüksek saptanmıştır ($p < 0.01$). Sağlığı geliştirmede bireylere verilen sağlık eğitimi önemli görülmektedir (Walker vd., 1987). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, sağlıklı yaşam biçimine ilişkin ders alan öğrencilerin, ders almayanlara göre sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite skorlarının yükseldiği bulunmuştur (Çoban vd., 2017). Literatür incelendiğinde sağlıkla ilgili bölümlerde okumanın üniversite öğrencilerinin SYBD'na olumlu katkı sağladığını gösteren çalışmaların yanı sıra (Almutairi vd., 2018; Can vd., 2008), sağlık sorumluluğu dışında fark yaratmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (İlhan vd., 2010). Çalışma sonuçlarındaki farklılık yürütülen çalışmada üniversitenin sağlıkla ilgili tüm bölümleri çalışma kapsamına alınırken, İlhan vd. (2010)'nin tek bir sağlık bölümü öğrencilerini çalışma kapsamına alması ile ilgili olabilir.

Üniversite eğitim sürecinde öğrenciler ailelerinden uzaklaşarak yeni bir yaşam biçimine adım atmakta ve bu süreçte birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır (Acar, 2015). Çalışmada sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin stres yönetimlerinin sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Çalışma bulgusu literatürle uyumludur (Can vd., 2008). Bu sonuç gerek sağlıklı gerekse hasta bireylerle daha yakın etkileşimde olan sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin stres ve yönetimi gibi konulara müfredatları kapsamında daha fazla yer verilmesi ile ilişkili olabilir.

Yapılan çalışmada SYBD ölçeğinin beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından alınan puan ortalamalarında gruplar arasında fark saptanamamıştır. Yapılan bir çalışmada hem sağlık hem de sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin (Almutairi vd., 2018) ve sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin genellikle öğün atlama, fast food besin tercih etme gibi düzensiz ya da sağlıksız beslenme alışkanlıklarına sahip oldukları görülmüştür (Arslan, Daşkapan & Çakır, 2016; Akça & Selen, 2015). Bu çalışmada her iki grupta yer alan öğrencilerin 2/3'ü normal BKİ'ne sahip olsalar bile, beslenme puan ortalamasının düşük olduğu görülmektedir. Öğrencilerin çoğunlukla ailelerinden uzakta ve evde kalıyor olmaları beslenme alışkanlıklarını olumsuz etkilemiş olabilir. Öğrencilerin manevi gelişim açısından benzer ve yüksek puan ortalamalarına sahip olmaları ise kültür ve inanç sisteminin spiritüel gelişim üzerinde etkin olması ile ilişkili olabilir.

Sosyo-demografik özelliklerin sağlık davranışlarını etkilediği bilinmektedir (Al-Qahtani, 2017; Wang, 2013; Bozlar & Arslanoğlu, 2016; WHO, 2018; Polat, Özen, Kahraman & Bostanoğlu, 2016). Çalışmada cinsiyetin sağlık davranışları üzerine etkisi değerlendirilmiş, her iki grupta cinsiyete göre sağlıklı SYBD'nin farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bununla birlikte gerek sağlık bölümlerinde gerekse sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre sağlık sorumluluğu daha yüksek iken, erkek öğrencilerde de fiziksel aktivite kızlardan daha fazladır. Çalışma sonucu literatürle uyumludur (Wang, 2013; Almutairi vd., 2018; Acar, 2015; Vural & Bakır, 2015; Hacıhasanoğlu vd., 2011; İlhan vd., 2011; Tambağ, 2011; Özyazıcıoğlu, Kılıç, Erdem, Yavuz & Afacan, 2011). Kadınların erkeklere göre

sağlık sorumluluğu davranışlarının daha iyi olması geleneksel kültürümüzde kadının gerek ev işlerinde gerekse kardeş vb. gibi aile üyelerinin bakımında daha fazla sorumluluk üstlenmesi, daha koruyucu tutum sergilemesi ile ilişkili olabilir. Fiziksel aktivitenin erkek öğrencilerde daha yüksek olması ise şaşırtıcı bir bulgu değildir. Yapılan bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha az aktif ve daha sedanter yaşam sürdürme eğiliminde olduğu belirlenmiştir (Varela-Mato, Cancela, Ayan, Martín & Molina, 2012). Bununla birlikte geleneksel kültürün etkisi ile kadınlar ev işlerine ve evde vakit geçirmeye yönelirken, erkekler ev dışında spor faaliyetlerine ve egzersize daha çok vakit ayırma eğilimindedir. Erkek öğrencilerin daha fazla fiziksel aktivite yapıyor olmaları; bu tür aktivitelerin genellikle ders programlarından sonra akşam saatlerinde yapılması ve kız öğrencilerin akşam saatlerinde dışarıya çıkma konusunda kısıtlılıklar yaşaması ile de ilişkili olabilir.

Çalışmada cinsiyet değişkenine göre, sağlık bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerin beslenme ve kişilerarası ilişki puanları değişmezken, sağlık dışı bölümlerde kadın öğrencilerin beslenme ve kişilerarası ilişki puan ortalamasının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucu Acar (2015)'ın üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışma ile benzerdir. Kadınlar beden yapısı ve kiloyla daha ilgili olup, endişeleri nedeniyle diyet yönetimi ve beslenme konusuna erkeklere göre daha fazla önem vermektedir (Almutairi vd., 2018; Varela-Mato, 2012). Sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin ise aldıkları eğitim ile sağlık konusunda oluşan farkındalık düzeylerinin hem kadın hem erkek öğrencilerin beslenme alışkanlıklarını olumlu yönde etkilediği düşünülebilir. Ayrıca sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören kadın ve erkek öğrencilerde kişilerarası iletişimin farklılık göstermemesi, bu bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin cinsiyet farketmeksizin eşit şekilde faal olmaları, toplumun her kesimine benzer şekilde hizmet verme gerekliliği ile ilişkili olabilir.

Üniversite öğrencilerinin sağlık davranışları ebeveynlerin eğitim düzeyinden de etkilenmektedir (Wang vd., 2013; Hacıhasanoğlu vd., 201; Nacar vd., 2014). Yürütülen çalışmada sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerde, ebeveynlerinin eğitim düzeyi yüksek olanların eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha olumlu sağlık davranışlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu literatürle uyumlu

iken, sağlık bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerde ebeveynlerin eğitim düzeyinin öğrencilerin SYBD'yi etkilemediği saptanmıştır. Bu sonuç sağlık eğitiminin ebeveynlerin eğitim durumundan kaynaklanan olumsuz etkilenimi azaltmada önemli olduğunu gösterebilir.

Eğitimde geçirilen süre ve yaş da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemektedir. Eğitim süresi ve yaşın artmasının sağlık davranışlarını olumlu etkilediğini gösteren çalışmaların yanı sıra (Almutairi vd., 2018; Turgut & Bekar,2008; Can vd., 2008; Polat vd., 2016) yaşın SYBD üzerinde etkisi olmadığını (Özyazıcıoğlu vd., 2011) son sınıf düzeyinde azaldığını (Nacar vd., 2014) ya da yaşla birlikte azaldığını (Al-Qahtani, 2017) belirleyen çalışmalar mevcuttur. Yürütülen çalışmada literatürle uyumlu olarak sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerde yaş ve öğrenim görülen sınıf düzeyinin SYBD'yi etkilemediği buna karşın sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin yaşları ve sınıf düzeyi arttıkça sağlık davranışlarının olumlu etkilendiği, sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir. Sağlıkla ilgili bölümlerde yaş ve eğitim düzeyinin artmasına paralel olarak, öğrencilerin aldıkları ders ve uygulamalar da artış göstermektedir. Bu nedenle diğer grubun aksine sağlık bölümlerinde öğrenim gören öğrencilerin almış oldukları eğitim ve uygulamaların öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik farkındalıklarının artmasına katkı sağladığı düşünülmektedir.

Her iki grupta da yaşamları süresince en uzun süre ilde yaşamış öğrencilerin, ilçe-köyde yaşayanlara göre sağlık davranışları daha iyi düzeyde bulunmuştur. Konu ile ilgili olarak yapılan benzer çalışmalarda şehirde yaşamış olan öğrencilerin sağlıklı yaşam davranışlarının daha iyi olduğu görülmüştür (Wang vd., 2013; Zaybak & Fadiloğlu, 2004; Çelik vd., 2009). Yaşamın önemli kısmını büyük yerleşim yerlerinde geçirmek, eğitim, sağlık, sportif faaliyetler vb. birçok olanağa daha kolay erişim sağladığından olumlu sağlık davranışlarının kazanılmasını desteklemiş olabilir.

Sağlığı geliştirmede ekonomik düzey de önemli olabilmektedir. Düşük gelir düzeyine sahip bireyler diğer birçok alanda olduğu gibi sağlığın sürdürülmesi konusunda da dezavantajlı olabilirler (Polat vd., 2016). Sağlığı geliştirmede ekonomik düzeyin yükselmesi, sağlıkla ilgili ücretli kurs ve aktivitelere katılma, daha sağlıklı gıdalara ulaşabilme gibi olumlu sağlık davranışlarına sahip olmayı artırmaktadır (Wang vd.,

2013; Can vd., 2008; İlhan vd., 2010; Polat vd., 2016; Nacar vd., 2014; Zaybak & Fadiloğlu 2004). Yapılan çalışmada sağlık bölümü dışında öğrenim gören öğrencilerde; gelir durumu iyi olanların düşük olanlara göre sağlık davranışlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin ekonomik düzeylerinin sağlık davranışlarını etkilemediği belirlenmiştir. Gruplar arasındaki bu fark gelir düzeyinin tek başına sağlık davranışlarını açıklamada kullanılan bir değişken olamayacağını ve sağlıkla ilgili verilen eğitimin sosyo-kültürel olarak sağlık davranışlarını etkilediğini düşündürmektedir.

Her iki grupta sağlıkla ilgili konularda düzenli olarak medyayı takip ettiğini ifade eden öğrencilerin, takip etmeyenlere ve bazen takip ettiğini ifade edenlere göre SYBD'nin tüm alt gruplar da dahil olmak üzere yüksek olduğu saptanmıştır. Günümüzde teknolojik gelişmelere bağlı akıllı telefonlara yüklenebilen uygulamalar sayesinde bireyler sağlıklı olma, sağlığı geliştirmeye gibi güncel bilgilere daha kolay ulaşabilmektedir. Çalışmamızda da bu açıdan medyayı takip etmenin her gruptaki öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu etkilediği görülmektedir.

BKİ düşük ya da normal bireylerin daha sağlıklı profile sahip olması beklenmektedir (Nacar vd.,2014). Bununla birlikte üniversite öğrencilerinde sağlıksız yeme alışkanlığı ve yetersiz fiziksel aktivite yaygın bir sorundur (Almutairi vd., 2018). Çalışmada, sağlık bölümünde öğrenim gören öğrencilerin %15.5'inin, sağlık dışı bölümlerde öğrenim görenlerin %10.5'inin hafif obez olduğu belirlenmiştir. Sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerde BKİ'ye göre sağlık davranışları değişim göstermezken, sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerin BKİ ile fiziksel aktivite ve beslenme puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki belirlenmiştir. Çalışma bulgusu literatürle benzerlik göstermektedir (Can vd., 2008; Nacar vd., 2014).

Sağlığa ilişkin algının sağlık davranışlarını etkilediği sağlık durumunu kötü olarak algılayan öğrencilerin SYBD'nin daha olumsuz olduğu belirtilmektedir (Turgut & Bekar, 2008; Can vd., 2008; Nacar vd., 2014). Yapılan çalışmada da her iki grupta sağlığı olumlu algılama arttıkça SYBD toplam puan ve çoğu alt grup puanlarının da arttığı, algılanan sağlık durumu ile sağlık davranışları arasında pozitif ilişki olduğu bulunmuştur. Çalışma bulgusu literatürle uyumlu olup öğrencilerin olumlu sağlık

algısına sahip olmasının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesi ve sürdürülmesinde motive edici bir faktör olduğu düşünülebilir.

5. Sonuç ve Öneriler

Araştırma sonucunda sağlık bilimleri alanında öğrenim gören öğrencilerin, bu alan dışında öğrenim görenlere göre; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimlerinin daha olumlu olduğu ve sonuç olarak SYBD'nin daha iyi olduğu belirlenmiştir. Sağlıkla ilgili bölümlerde öğrenim gören öğrencilerde; cinsiyet, gelir durumu, ebeveynlerin eğitim düzeyi ve BKİ'nin SYBD'yi etkilemediği, buna karşın son sınıflarda öğrenim görenlerin, ilde büyümüş olanların, sağlıkla ilgili konularda düzenli olarak medyayı takip edenlerin, sağlıklarını iyi olarak algılayanların ve yaşı büyük olanların SYBD'lerinin daha olumlu olduğu saptanmıştır.

Sağlık dışı bölümlerde öğrenim gören öğrencilerde ise; cinsiyet, sınıf, BKİ ve yaş değişkeninin SYBD'yi etkilemediği, buna karşın ilde yaşamış olan, gelir durumu daha iyi olan, ebeveynlerinin eğitim düzeyi yüksek olan, sağlıkla ilgili konularda düzenli olarak medyayı takip eden ve sağlıklarını iyi olarak algılayanların, SYBD'lerinin daha olumlu olduğu saptanmıştır.

Sonuçlar doğrultusunda;

Üniversitelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik derslerin yer alması, eğitim programlarının oluşturulması ve bu programların tüm eğitim yıllarına yayılacak şekilde müfredatın bir parçası haline getirilmesi,

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmeye yönelik girişimsel çalışmaların daha uzun dönemde izlemlerinin yapılması, üniversiteye yeni başlayan birinci sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendiren tanımlayıcı araştırmaların yapılması ve bunun belirli aralıklarla tekrarlanması, bu araştırmaların sonucunda bireysel destek verilmesi gereken öğrencilerin saptanması ve bu öğrencilere yönelik programlar oluşturulması,

SYBD'yi etkileyen sosyo-demografik ve bireysel özelliklerin eğitimler ve programlar planlanırken göz önüne alınması,

Ayrıca sağlıkla ilgili medyayı takip eden öğrencilerin SYBD puanları daha yüksek olduğundan, SYBD'ye yönelik uygulamaların öğrencilerin günlük yaşamlarında sıklıkla kullandıkları kitle-iletişim araçlarına entegre edilmesi ve bunların etkinliğini değerlendirecek çalışmaların planlanması önerilmektedir.

Kaynaklar

- Acar, Z. Ö. (2015). Üniversite öğrencilerinde obezite ve yaşam davranışları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, On Dokuz Mayıs Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Samsun.
- Akça, S. Ö., & Selen, F. (2015). Üniversite öğrencilerinin öğün atlamaları ve günlük fiziksel aktivitelerinin beden kütle indeksi (BKİ) üzerine etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(5), 394-400. doi: 10.5455/pmb.1-1423989744
- Almutairi, K. M., Alonazi, W.B., Vinluan, J.M., Almigbal, T. H., Batais, M. A., Alodhayani, A. A.,... Alhoqail, R. I. (2018). Health promoting lifestyle of university students in Saudi Arabia: a cross-sectional assessment. *BMC Public Health*, 18(1), 1-10. doi: 10.1186/s12889-018-5999-z.
- Al-Qahtani, M. F. (2017). Assessing healthy lifestyles in female university students: Eastern province, Saudi Arabia. *Saudi J Health Sci*, 6(3), 169-75. doi: 10.4103/sjhs.sjhs_102_17
- Arslan, S. A., Daşkapan, A., & Çakır, B. (2016). Üniversite öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3), 171-80. doi: 10.5455/pmb.1-1436432564
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *C.U. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13. <http://eskidergi.cumhuriyet.edu.tr/makale/1723.pdf>
- Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Alpınar., E, Saatçi, E., & Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care*, 6(1), 13-21.

- Bozlar, V., & Arslanoğlu, C. (2016). Healthy life style behaviors of university students of school of physical education and sports in terms of body mass index and other variables. *Universal Journal of Educational Research*, 4(5), 1189-95. doi: 10.13189/ujer.2016.040532
- Can, G., Özdilli, K., Erol, O., Tulek, Z., Savaser, S., Ozcan, S., & Durna, Z. (2008). Comparison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey. *Nurs Health Sci*, 10(4), 273–80. doi: 10.1111/j.1442-2018.2008.00405.x.
- Çelik, G. O., Malak, A. T., Bektaş, M., Yılmaz, D., Yümer, A. S., Öztürk, Z., & Demir, E. (2009). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anatol J Clin Investig*, 3(3), 164-69.
- Çoban, A., Adana, F., Taşpınar, A., & Arslantaş, H. (2017). Üniversite öğrencilerine verilen sağlıklı yaşam biçimi davranışları dersinin etkinliğinin ölçülmesi. *Balıkesir Sağlık Bil Derg*, 6(1), 16-21. doi: 10.5505/bsbd.2017.88597
- Dolgun, G., İnal, S., & Uğurlu, F. (2011). Ergen sağlığının sürdürülme ve geliştirilmesinde hemşirenin rolü. *Türk Ped Arş*, 46(11), 4-8. doi: <https://dx.doi.org/10.4274/tpa.46.21>
- Erci, B. (Ed.). (2009). Sağlığın geliştirilmesi ve sağlıklı yaşam. Ankara: Fırat Matbaacılık, 192-201.
- Hacıhasanoğlu, R., Yıldırım, A., Karakurt, P., & Sağlam, R. (2011). Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey. *Int J Nurs Pract*, 17(1), 43–51. doi:10.1111/j.1440-172X.2010.01905.x
- Haddad, L., Kane, D., Rajacich, D., Cameron, S., & Al-Ma'aitah, R. (2004) A comparison of health practices of Canadian and Jordanian nursing students. *Public Health Nurs*, 21(1), 85–90. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2004.21112.x>
- İlhan, N., Batmaz, M., & Akhan, L. U. (2010). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 34-44. <http://hemsirelik.maltepe.edu.tr/dergiler/8sayi/pdf/34-44.pdf>
- Karadeniz, G., Uçum, Y. E., Dedeli, Ö., & Karaağaç, Ö. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 497-502.

- Nacar, M., Baykan, Z., Cetinkaya, F., Arslantaş, D., Özer, A., Coşkun, Ö.,...& Yılmazel, L. (2014). Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(20), 8969-74. doi: 10.7314/APJCP.2014.15.20.8969
- Özyazıcıoğlu, N., Kılıç, M., Erdem, N., Yavuz, C., & Afacan, S. (2011). Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(2), 277-332. <http://www.insanbilimleri.com>
- Polat, Ü., Özen, Ş., Kahraman, B. B., & Bostanoğlu, H. (2016). Factors affecting health-promoting behaviors in nursing students at a university in Turkey. *J Transcult Nurs*, 27(4), 413-419. doi: 10.1177/1043659615569536
- Sánchez-Ojeda, M. A., & De Luna-Bertos, E. (2015). Healthy lifestyles of the university population. *Nutr Hosp*, 31(5), 1910-19. doi: 10.3305/nh.2015.31.5.8608
- Saneei, P., Esmailzadeh, A., Keshteli, A. H., Reza Roohafza, H., Afshar, H., Feizi, A., & Adibi, P. (2016). Combined healthy lifestyle is inversely associated with psychological disorders among adults. *PloS One*, 11(1), 1-14. doi: 10.1371/journal.pone.0146888
- Shafieyan, Z., Qorbani, M., Rastegari Mehr, B., Mahboubi, M., Rezapour, A., Safari, O.,...Mansourian, M. (2015). Association between lifestyle and hypertension in patients referred to health care centers of Ilam City in 2014. *Glob J Health Sci*, 8(6):161-7. doi: 10.5539/gjhs.v8n6p161
- Stenholm, S., Head, J., Kivimäki, M., Kawachi, I., Aalto, V., Zins, M.,... Vahtera, J. (2016). Smoking, physical inactivity and obesity as predictors of healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: a multicohort study. *Int J Epidemiol*, 45(4), 1260-70. doi:10.1093/ije/dyw126
- Şen, M. A., Ceylan, A., Kurt, M. E., Palancı, Y., & Aydın, C. (2017). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*, 44(1), 1-11. doi: 10.5798/dicletip.298567
- Şencan, H. (2005). Sosyal ve davranışsal ölçümlerde güvenilirlik ve geçerlik. 1. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık, 200-201.

- Tambağ, H. (2011). Hatay Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 18: 47-58. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/88498>
- Turgut, N., & Bekar, M. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(3), 3-17. Retrieved from <http://dergipark.gov.tr/ataunihem/issue/2642/33984>
- Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2017. tuik.gov.tr. http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 Erişim tarihi: 20.11.2018
- Ural, A., & Kılıç, İ. (2013). Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi. Genişletilmiş 4. Baskı, Ankara: Detay Yayıncılık, 244.
- Varela-Mato, V., Cancela, J. M., Ayan, C., Martín, V., & Molina, A. (2012). Lifestyle and health among Spanish university students: differences by gender and academic discipline. *Int. J. Environ Res Public Health*, 9(8), 2728-41. doi: 10.3390/ijerph9082728
- Vural, P.I., & Bakır, N. (2015). Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *ACU Sağlık Bil Derg*, 6(1), 36-42.
- Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). Psychometric evaluation of HPLP II. Unpublished Manuscript, University of Nebraska Medical Center.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nurs Res*, 36(2), 76-81. doi: 10.1097/00006199-198703000-00002
- Wang, D., Xing, X. H., & Wu, X. B. (2013). Healthy lifestyles of university students in China and influential factors. *Scientific World Journal*, 412950, 1-10. doi:10.1155/2013/412950
- World Health Organization (WHO). (2018). <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> Erişim tarihi:10.09.2018
- Zaybak, A., & Fadiloğlu, Ç. (2004). Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. *Ege Üniv Hemşire YO Derg*, 20(1), 77-95.

Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellik	Sağlık Bölümü Öğrencileri n=272		Sağlık Bölümü Dışı Öğrenciler n=1790		Toplam n=2062	
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
Kadın	156	57.4	1167	65.2	1323	64.2
Erkek	116	42.6	623	34.8	739	35.8
Yaş ortalaması	20.92±2.05 min=18 max=28		20.84±1.76 min=18 max=31		20.85±1.80 min=18 max=31	
Sınıf						
1	70	25.7	199	27.9	569	27.6
2	69	25.4	409	22.8	478	23.2
3	61	22.4	417	23.3	478	23.2
4	72	26.5	465	26.0	537	26.0
Anne öğrenim durumu						
Okur yazar	41	15.1	258	14.4	299	14.5
İlkokul	131	48.2	857	47.9	988	47.9
Ortaokul	39	14.3	248	13.9	287	13.9
Lise ve üzeri	61	22.4	427	23.9	488	23.7
Baba öğrenim durumu						
Okur yazar	20	7.4	127	7.1	147	7.1
İlkokul	84	30.9	573	32.0	657	31.9
Ortaokul	42	15.4	340	19.0	382	18.5
Lise ve üzeri	126	46.3	750	41.9	876	42.5
En uzun süre yaşadığı yer						
İl	170	62.5	1147	64.1	1317	63.9
İlçe-Köy	102	37.5	643	35.9	745	36.1
Gelir durumu						
Gelir giderden fazla	42	15.4	234	13.1	276	13.4
Gelir gidere denk	192	70.6	1198	66.9	1390	67.4
Gelir giderden az	38	14.0	358	20.0	396	19.2
Şu an yaşanan yer						
Aile yanında	52	19.1	180	10.1	232	11.3
Yurtta	99	36.4	1032	57.7	699	33.9
Evde	121	44.5	578	32.3	1131	54.8
Kronik hastalık						
Var	14	5.1	129	7.2	143	6.9
Yok	258	94.9	1661	92.8	1919	93.1
Sigara						
Evet	39	14.3	342	19.1	381	18.5

Hayır	233	85.7	1448	80.9	1681	81.5
Alkol						
Evet	45	16.5	330	18.4	375	18.2
Hayır	227	83.5	1460	81.6	1687	82.8
Sağlıkla ilgili konularda düzenli olarak medyayı takip						
Evet	95	34.9	607	33.9	702	34.0
Hayır	59	21.7	356	19.9	415	20.1
Bazen	118	43.4	827	46.2	945	45.8
Beden kitle indeksi						
Düşük (18.5 altı)	26	9.6	207	11.6	233	11.3
Normal (18.5-24.9)	210	77.2	1372	76.6	1582	76.7
Hafif obez (25-29.9)	34	15.5	183	10.2	217	10.5
Obez (30 ve üzeri)	2	0.7	28	1.6	30	1.5
BKİ Ortalama	21.96 ±2.76		21.67 ±3.05		21.71 ±3.01	
	min=16.33 max=33.87		min=14.01 max=44.98		min=14.01 max=44.98	
Algılanan sağlık durumu	7.00±1.96		6.67±1.91		6.72±1.92	
	min=0 max=10		min=0 max=10		min=0 max=10	

BKİ: Beden Kitle İndeksi

Sayfa | 207

Tablo 2. Sağlık ve Sağlık Dışı Bölümlerde Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

SYBD Boyutları	Sağlık Bölümünde Öğrenim Gören Öğrenciler	Sağlık Bölümü Dışında Öğrenim Gören Öğrenciler	Toplam	
	n=272	n=1790	t	p
SYBD toplam	132.33±19.40	127.51±17.64	4.138	<0.001**
SS	20.13±4.63	19.31±4.37	2.857	0.004*
FA	18.23±5.52	16.03±4.80	6.245	<0.001**
B	19.78±3.86	19.45±3.84	1.302	0.193
MG	27.52±4.28	27.12±4.32	1.431	0.153
Kİ	26.41±3.93	26.24±4.19	0.652	0.515
SY	20.22±3.73	19.33±3.56	3.805	<0.001**

* p<0.01 ** p<0.001

SYBD: Sağlıklı yaşam biçimi davranışı, SS: Sağlık sorumluluğu, FA: Fiziksel aktivite, B: Beslenme, MG: Manevi gelişim, Kİ: Kişilerarası ilişkiler, SY: Stres yönetimi

Tablo 3. Sağlıkla İlgili Bölümlerde Öğrenim Gören Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Faktörler/Özellik	SYBD	SS	FA	B	MG	Kİ	SY
Toplam							
Cinsiyet							
Kadın	131.58±17.86	20.68±4.73	16.66±4.57	20.14±3.29	27.42±3.83	26.59±3.97	20.05±3.49
Erkek	133.34±21.33	19.40±4.39	20.35±5.98	19.23±4.49	27.66±4.84	26.17±3.88	20.45±4.03
t	-0.740	2.273	-5.41	1.73	-0.430	0.878	-0.853
p	0.460	0.024*	<0.001***	0.085	0.667	0.381	0.394
Sınıf							
1	130.13±20.93	19.02±4.90	16.95±5.26	19.24±4.11	28.15±4.29	26.55±3.83	20.18±3.87
2	127.31±16.55	19.24±4.19	17.15±5.51	19.27±3.45	26.31±4.18	25.82±3.86	19.49±3.97
3	137.68±21.35	21.67±4.88	19.86±5.22	20.78±4.04	27.98±4.80	26.70±4.38	20.67±3.59
4	134.75±17.43	20.77±4.12	19.13±5.61	19.94±3.73	27.69±3.73	26.59±3.71	20.59±3.41
F	3.878	5.104	4.731	2.298	2.645	0.706	1.424
p	0.010*	0.002**	0.003**	0.078	0.050	0.549	0.336
Fark	2-3	1-3, 2-3	1-3, 2-3				
Anne öğrenim durumu							
Okur yazar	131.70±23.64	19.82±4.58	18.17±6.36	19.78±4.07	27.70±5.31	26.09±3.96	20.12±4.30
İlkokul	131.62±18.91	19.95±4.86	17.70±5.21	19.80±3.64	27.23±4.31	26.58±4.12	20.35±3.53
Ortaokul	133.15±16.18	20.69±3.87	19.12±5.05	20.12±3.47	27.43±3.12	26.41±3.58	19.35±3.69
Lise ve üzeri	132.33±19.40	20.13±4.63	18.86±5.83	19.50±4.45	28.09±4.13	26.26±3.77	20.62±3.76
F	0.203	0.375	1.016	0.207	0.589	0.202	0.979
p	0.894	0.771	0.386	0.892	0.623	0.895	0.403
Baba öğrenim durumu							
Okur yazar	135.85±33.10	20.85±7.10	19.50±7.44	20.85±5.43	27.25±6.88	26.55±5.12	20.85±5.61
İlkokul	131.29±17.12	19.95±4.05	17.83±5.15	19.97±3.85	27.11±4.11	26.47±3.76	19.94±3.50
Ortaokul	134.38±15.73	19.69±3.69	18.30±4.80	20.00±3.09	28.50±3.56	27.11±3.54	20.76±3.44
Lise ve üzeri	131.78±19.22	20.30±4.81	18.28±5.67	19.41±3.81	27.52±4.08	26.11±3.97	20.14±3.63
F	0.485	0.383	0.501	1.007	1.002	0.698	0.657
p	0.693	0.765	0.682	0.390	0.392	0.554	0.579
En uzun süre yaşadığı yer							
İl	134.67±19.00	20.68±4.45	18.78±5.64	19.92±3.83	28.12±4.08	26.61±3.92	20.45±3.81
İlçe-Köy	128.44±19.53	19.23±4.79	17.32±5.20	19.54±3.93	26.53±4.44	26.08±3.94	19.70±3.55
t	2.590	2.520	2.131	0.773	2.993	1.063	1.794
p	0.010*	0.012*	0.034*	0.440	0.003**	0.289	0.074
Gelir durumu							
Gelir giderden fazla	134.30±19.45	20.78±4.89	19.73±5.92	18.92±3.52	28.23±4.87	26.47±4.60	20.14±3.19
Gelir gidere denk	132.51±18.40	20.08±4.40	18.13±5.27	19.94±3.81	27.60±3.83	26.35±3.63	20.38±3.76
Gelir giderden az	129.26±24.00	19.71±5.44	17.10±6.07	19.92±4.41	26.34±5.52	26.63±4.65	19.55±4.14
F	0.700	0.584	2.406	1.216	2.081	0.081	0.791
p	0.498	0.558	0.092	0.298	0.127	0.922	0.454
Sağlıkla ilgili konularda düzenli olarak medyayı takip							
Evet	140.02±19.53	21.54±4.96	20.23±5.87	21.08±3.91	28.63±4.15	27.20±3.81	21.32±3.74
Hayır	122.15±18.38	18.52±4.47	16.22±4.86	18.49±3.41	25.96±4.70	25.18±4.20	18.76±3.47

Bazen	130.73±17.45	19.81±4.11	17.64±5.05	19.38±3.75	27.42±3.93	26.39±3.76	20.07±3.59
F	6.066	8.740	11.657	9.923	7.434	4.907	9.286
p	<0.001***	<0.001***	<0.001***	<0.001***	<0.001***	0.008**	<0.001***
Fark	1 ile 2-3; 2-3	1 ile 2-3	1 ile 2-3	1 ile 2-3	1- 2	1- 2	1 ile 2-3
Yaş (r)	0.132*	0.119*	0.242***	0.113	0.044	-0.025	0.039
BKİ (r)	0.034	0.007	0.101	0.039	-0.056	-0.031	-0.072
Algılanan sağlık	0.183*	0.024	0.183***	0.102	0.209***	0.152*	0.146*

SYBD: Sağlıklı yaşam biçimi davranışı SS: Sağlık sorumluluğu, FA: Fiziksel aktivite, B: Beslenme, MG: Manevi gelişim, Kİ: Kişilerarası ilişkiler, SY: Stres yönetimi, * p<0.05 ** p<0.01 *** p<0.001

Tablo 4. Sağlık Bölümleri Dışında Öğrenim Gören Öğrencilerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Faktörler/Özellik	SYBD	SS	FA	B	MG	Kİ	SY
Cinsiyet							
Kadın	127.97±17.27	19.74±4.32	15.33±4.55	19.70±3.87	27.22±4.13	26.57±4.08	19.40±3.54
Erkek	126.66±18.28	18.52±4.37	17.33±4.98	18.99±3.84	26.94±4.67	25.64±4.32	19.21±3.60
t	1.503	5.642	-8.589	3.699	1.259	4.494	1.083
p	0.133	<0.001***	<0.001***	<0.001***	0.208	<0.001***	0.279
Sınıf							
1	127.93±18.72	19.33± 4.58	16.24±4.78	19.55±3.92	27.05±4.53	26.24±4.44	19.50±3.71
2	126.90±17.06	19.03±4.22	15.92±4.56	19.23±3.84	27.12±4.39	26.16±4.03	19.41±3.59
3	129.12±17.34	20.02±4.38	16.37±4.99	19.66±3.64	27.31±4.15	26.34±4.24	19.40±3.52
4	126.16±17.12	18.92±4.22	15.58±4.82	19.35±3.93	27.02±4.19	26.23±4.01	19.03±3.42
F	2.339	5.550	2.497	1.057	0.389	0.120	1.583
p	0.072	0.001**	0.058	0.366	0.761	0.948	0.192
Fark		2-3;3-4					
Anne öğrenim durumu							
Okur yazar	123.70±16.40	18.51±4.18	14.95±4.53	19.37±3.88	26.71±4.32	25.63±4.22	18.49±3.38
İlkokul	126.98±17.54	19.28±4.27	15.55±4.68	19.22±3.71	27.22±4.20	26.45±4.19	19.25±3.54
Ortaokul	128.50±17.15	19.48±4.53	16.76±4.60	19.53±3.74	27.18±4.34	26.07±4.15	19.46±3.47
Lise ve üzeri	130.31±18.38	19.77±4.55	17.21±5.02	19.92±4.10	27.14±4.56	26.30±4.18	19.94±3.68
F	8.215	4.642	18.089	3.199	0.928	2.697	9.232
p	<0.001***	0.003**	<0.001***	0.023*	0.426	0.044*	<0.001***
Fark	1ve 3-4; 2-3	1-4	1ve 3-4; 2ve3-4	2-4		1-2	1 ve 2-3-4;2-4
Baba öğrenim durumu							
Okur yazar	124.09±16.72	18.63±4.27	15.44±4.71	19.40±4.00	26.50±4.34	25.29±4.44	18.76±3.63
İlkokul	126.13±17.30	19.10±4.25	15.30±4.59	19.26±3.78	27.19±4.20	26.33±4.19	18.93±3.41
Ortaokul	128.18±17.77	19.37±4.43	16.32±4.62	19.58±3.72	27.15±4.42	26.38±4.13	19.36±3.43
Lise ve üzeri	128.87±17.86	19.57±4.45	16.55±4.97	19.56±3.92	27.16±4.37	26.28±4.16	19.73±3.68
F	4.500	2.364	8.528	0.809	0.951	2.419	6.768
P	0.004**	0.069	<0.001***	0.489	0.415	0.065	<0.001***
Fark	1-4;2-4		2-3;2-4				1-4;2-4
En uzun süre yaşadığı yer							
İl	128.78±17.67	19.61±4.42	16.34±4.81	19.67±3.92	27.20±4.38	26.41±4.28	19.52±3.59
İlçe-Köy	125.26±17.46	18.79±4.24	15.46±4.72	19.07±3.67	26.98±4.21	25.95±4.02	19.00±3.50



t	4.060	3.806	3.195	1.064	2.328	2.208	3.011
p	<0.001***	<0.001***	0.001**	0.287	0.098	0.027	0.003**
Gelir Durumu							
Gelir giderden fazla	129.97±17.74	19.44±4.19	16.81±5.10	19.82±3.99	27.72±4.59	26.27±4.12	19.90±3.77
Gelir gidere denk	127.96±17.39	19.34±4.36	16.19±4.74	19.44±3.74	27.20±4.26	26.29±4.12	19.47±3.47
Gelir giderden az	124.43±18.03	19.16±4.54	14.98±4.62	19.24±4.07	26.47±4.28	26.06±4.47	18.50±3.61
F	8.193	0.336	12.438	1.639	6.547	0.440	13.682
p	<0.001***	0.715	<0.001***	0.194	0.001**	0.644	<0.001***
Fark	1-3;2-3		1-3;2-3		1-3;2-3		1-3;2-3
Sağlıkla ilgili konularda düzenli olarak medyayı takip							
Evet	132.24±18.00	20.54±4.59	17.19±4.75	20.40±3.96	27.54±4.44	26.68±4.24	19.86±3.57
Hayır	119.17±17.33	17.23±4.17	14.42±4.59	18.11±3.81	26.11±4.38	24.95±4.24	19.33±3.67
Bazen	127.64±16.14	19.31±3.95	15.86±4.70	19.33±3.58	27.52±4.15	26.48±4.02	19.38±3.43
F	66.042	69.197	40.001	42.363	13.123	22.051	21.062
p	<0.001***	<0.001***	<0.001***	<0.001***	<0.001***	<0.001***	<0.001***
Fark	1- 2;2-3	1 ve 2-3; 2-3	1ve 2-3; 2- 3	1ve 2-3;2- 3	1- 2; 2-3	1- 2;2-3	1ve 2-3;2-3
Yaş (r)	-0.016	0.011	0.024	0.010	-0.025	-0.040	0.058
BKİ (r)	0.046	-0.001	0.096***	0.064***	0.007	-0.004	0.028
Algılanan sağlık	0.156*	-0.011	0.130***	0.093***	0.093***	0.182***	0.086***

* p<0.05 ** p<0.01 ***p<0.001


Araştırma Sunumu / Research Article

**BASINÇ YARASININ ÖNLENMESİNDE HEMŞİRELERİN BİLGİ
DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ**

Examination of Pressure Ulcer Prevention Knowledge of Nurses


Tuba YILMAZER

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

tyilmazer@ybu.edu.tr 


Hilal TÜZER

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi

htuzer@ybu.edu.tr 

Ayşegül TARLA

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

aysegultarla06@gmail.com 

Öz

Amaç: Çalışma, hemşirelerin basınç yarasının önlenmesine ilişkin bilgi düzeylerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın örneklemini bir üniversite hastanesinde görev yapan 124 hemşire oluşturmuştur. Çalışmanın verileri araştırmacılar tarafından ilgili literatüre göre geliştirilen hemşirelerin demografik özelliklerine ilişkin hemşire bilgi formu ve Basınç yarası önleme bilgi formu kullanılarak toplanmıştır. Formlar araştırmaya katılmayı kabul eden 124 hemşireye verilmiş ve hemşireler doldurduktan sonra geri toplanmıştır.

Bulgular: Çalışmada yer alan 124 hemşirenin yaş ortalaması 39.7 ± 5.1 yıl, 3'ü erkek (% 2.4), 64'ü hemşirelik lisans mezunu (% 51.6), toplam hizmet süresi ortalaması 18.7 ± 6.6 yıl olarak belirlenmiştir. Basınç yarası önleme bilgi testi toplam puan ortalaması 20 üzerinden 8.9 ± 3.3 (minimum-maksimum:1-16) olarak bulunmuş ve hemşirelerin % 34.7'sinin (n=43) yeterli bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir. En az doğru yanıt verilen soru basınç yarası risk faktörlerini değerlendirebilmesidir (%6.5 (n=8)). Bu soruyu basınç yarası önleme girişimlerinin değerlendirmesi sorusu takip etmiştir (% 14.5(n=18)).



Sonuç: Hemşirelerin çoğunluğunun yeterli bilgiye sahip olmaması hemşirelerin bilgi düzeyini artırmaya ihtiyaç olduğunu düşündürmektedir. Basınç yarasının önlenmesine ilişkin bilgi ve becerilerin sürekli eğitim programları ile geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Basınç Yarası, Önleme, Bilgi, Hemşirelik.

Abstract

Purpose: The study was conducted as a descriptive study to examine the knowledge levels of nurses' prevention of pressure ulcer.

Material Methods: 124 nurses working in a university hospital formed the sample of the study. The data of the study were collected by the researchers using the nursing knowledge form on the demographics and the pressure ulcer prevention knowledge form of the nurses developed according to the relevant literature. The forms were given to 124 nurses who agreed to participate in the survey and were collected after nurses filled in.

Results: The mean age of 124 nurses in the study was 39.7 ± 5.1 years, 3 of them were male (2.4%), 64 were nursing graduates (51.6%) and the mean experience was 18.7 ± 6.6 years. The total score of the pressure ulcer prevention knowledge test was found to be 8.9 ± 3.3 (min-max: 1-16) out of 20 and 34.7% (n = 43) of the nurses had sufficient knowledge. It was found that the nurses responded the least to the question (6.5% (n=8)) in order to evaluate pressure ulcer risk factors. This question follows the question asked to evaluate pressure ulcer prevention interventions (14.5% (n = 18)).

Conclusion: The majority of nurses do not have enough information, therefore, is considered to be a need to increase the level of knowledge of nurses. According to result of the study; it is recommended that knowledge and skills on prevention of pressure ulcer should be developed through continuous training programs.

Keywords: Pressure Ulcer, Prevention, Knowledge, Nursing.

1. Giriş

Basınç yarası hastanede kalış süresini, ek tedavi maliyetlerini, morbiditeyi ve mortaliteyi artıran bir sorundur (Ayello ve Meaney, 2003; Black, Baharestani ve Cuddigan, 2007; Graves, Birrell ve Whitby, 2005, Scott, Gibran, Engrav, Mack ve Rivara, 2006; Olsho, ve diğerleri, 2014). Basınç yarası görülme sıklığı uluslararası çalışmalarda % 4.3- % 30.8 arasında değişmekle birlikte (Tubaishat, Anthony ve Saleh, 2011; Moore ve Cowman, 2011), Evre 4 basınç yarası ve ilgili komplikasyonlarla ilişkili ortalama hastane tedavi maliyeti bir kabulde 129.248 dolar olarak belirlenmiştir ve erken evre basınç yarasının ilerlemesinin önlenmesiyle

binlerce hayatın kurtarılabileceği ve sağlık harcamalarının milyonlarca dolar azaltılabileceği belirtilmiştir (Brem ve diğerleri, 2010). Bu nedenlerle basınç yarasının önlenmesi büyük önem taşımaktadır. Basınç yarasının önlenmesi bütüncül bakım anlayışına sahip disiplinlerarası ekip yaklaşımını gerektirmektedir (Black ve diğerleri, 2007; Hommel, Ulander ve Thorngren, 2003; Wurster, 2007).

Bu ekip içerisinde hekim, stoma ve yara bakım hemşiresi, diyetisyen, nütrisyon hemşiresi, enfeksiyon kontrol hemşiresi, fizyoterapist gibi bir çok kişi yer almaktadır. Bu ekibin bir üyesi olarak hemşirenin öncelikli rolü; risk altındaki bireyleri değerlendirerek neden olan faktörleri ortadan kaldırmaya yönelik önlemler almak ve basınç yarası gelişimini önlemektir. Basınç yarasının önlenmesi, bakım kalitesinin bir göstergesidir ve büyük oranda hemşirelik bakımına duyarlı bir sonuçtur (Nuru, Zewdu, Amsalu ve Mehretie, 2015). Basınç yarasını önlemek için yapılması gereken uygulamalar bütüncül bir yaklaşımla basınç yarası riskinin değerlendirilmesini, derinin değerlendirilmesini ve bakımının yapılmasını, aktivite, beslenme, ıslaklık/inkontinans yönetiminin sağlanmasını, destek yüzey kullanılmasını, sağlık personeline eğitim verilmesini ve kayıt tutulmasını kapsamaktadır (National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel & Pan Pacific Pressure Injury Alliance 2014). Basınç yarasının önlenmesi için öncelikle hemşirelerin bilgi düzeylerinin yüksek olmasına gereksinim vardır.

Hemşirelerin basınç yarası önleme ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin literatür genellikle çelişkilidir. Bazı çalışmalarda basınç yarasının önlenmesi hakkında genel bilginin yeterli olduğu belirtilirken (Kallman ve Suserud 2009; Pancorbo-Hidalgo, Garcia-Fernandez Lopez-Medina ve Lopez-Ortega, 2007; Gunningberg, 2005; Sinclair ve diğerleri, 2004; Ayello ve Lyder, 2008; Tweed ve Tweed, 2008), diğer çalışmalarda, hemşirelerin basınç yarasının önlenmesi hakkındaki bilgisinin yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır (Qaddumi ve Khawaldeh, 2014; Nuru ve diğerleri, 2015; Abou El Enein ve Zaghoul, 2011; Demarre ve diğerleri, 2012; Beeckman, Defloor, Schoonhoven ve Vanderwee, 2011; Buss, Halfens, Abu-Saad ve Kok 2004; Panagiotopoulou ve Kerr 2002). Meesterberends ve diğerlerinin (2013) yaptığı tanımlayıcı çalışmada hemşirelerin basınç yarası önleme bilgi düzeyi Hollanda'da %47.7 (n=600) ve Almanya'da %47.5 (n=578) olarak belirlenmiştir (Meesterberends,

Wilborn, Lohrmann, Schols ve Halfens, 2013). Yapılan diğer araştırmalarda hemşirelerin basınç yarası önleme bilgi düzeyleri sırasıyla % 50 (Panagiotopoulou ve Kerr 2002), % 29 (Demarre ve diğerleri, 2012) ve % 79.1 (Pancorbo-Hidalgo ve diğerleri, 2007) ve % 73.6 (Miyazaki, Caliri ve Santos, 2010) olarak belirlenmiştir. Ayrıca Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise hemşirelerin basınç yarası önleme bilgilerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (Çelik ve diğerleri, 2017).

Literatür incelendiğinde hemşirelerin basınç yarası önleme ile ilgili bilgi düzeylerinin belirlenip iyileştirilmesine ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (Abou El Enein ve Zaghloul 2011; Meesterberends ve diğerleri, 2013; Panagiotopoulou ve Kerr, 2002). Türkiye’de yapılan çalışmalarda da hemşirelerin basınç yarası önleme ile ilgili bilgi düzeylerinin yeterli olmadığı görülmektedir (Çelik ve diğerleri, 2017; Gül, Andsoy, Özkaya ve Zeydan, 2017; Karabağ Aydın ve Karadağ, 2010). Hemşirelik bakımına duyarlı bir sonuç olan basınç yarasının önlenmesi için öncelikle bu konunun temelini oluşturan önleyici bakımla ilgili bilginin ne durumda olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. Literatür incelendiğinde Türkiye’de bu konuyla ilgili sınırlı sayıda araştırma yapılmış olduğu ve bu konuyla ilgili daha fazla araştırmaya gereksinim duyulduğu görülmektedir (Çelik ve diğerleri, 2017; Gül ve diğerleri, 2017; Karabağ Aydın ve Karadağ, 2010). Bu noktadan yola çıkarak bu çalışma, basınç yarasının önlenmesinde hemşirelerin bilgi düzeylerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

2. Gereç ve Yöntem

Araştırma hemşirelerin basınç yarasının önlenmesine ilişkin bilgi düzeylerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini 01-30 Kasım 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kliniklerinde/yoğun bakım ünitesinde/ameliyathanesinde (Kardiyoloji, genel cerrahi, Kulak-Burun-Boğaz (KBB)/üroloji, enfeksiyon, dahiliye, acil, ortopedi, göğüs, psikiyatri, çocuk, evde bakım, cildiye ve kadın doğum klinikleri, yoğun bakım ünitesi, ameliyathane) çalışan toplam 198 hemşire oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise, bu üniversite hastanesinin belirtilen kliniklerinde/yoğun bakım ünitesinde/ameliyathanesinde 01-30 Kasım 2017 tarihleri arasında görev yapan ve “Hemşire Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile yazılı/sözel izin alınıp araştırmaya katılmayı kabul eden 124 hemşire

oluşturmuştur. Araştırmada güç analizi yapılarak yeterli örneklem sayısı hesaplanmıştır. Hesaplamalar neticesinde testin gücü $(1-\beta)= 0.80$ 'i sağlayacak örnek hacmi en az 119 olarak belirlenmiştir.

2.1 Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler, Hemşire Bilgi Formu ve Basınç Yarası Önleme Bilgi Formu olmak üzere iki form kullanılarak toplanmıştır.

2.1.1. Hemşire bilgi formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen, hemşirenin yaşı, en son tamamladığı hemşirelik programı (sağlık meslek lisesi, ön lisans, lisans, yüksek lisans, doktora), toplam hizmet süresi, yoğun bakımda toplam çalışma süresi, mezuniyet sonrası basınç yaralarının önlenmesi/tedavisi ile ilgili bilimsel bir programa katılma durumu (kurs, konferans, kongre, sempozyum vb.), haftada ortalama bakım verdiği basınç yarası olan hasta sayısını içeren 8 soru bulunmaktadır (Qaddumi ve Khawaldeh, 2014; Nuru ve diğerleri, 2015; Abou El Enein ve Zaghoul, 2011). Form araştırmaya katılmayı kabul eden 124 hemşireye verilmiş ve hemşireler doldurduktan sonra geri toplanmıştır.

2.1.2. Basınç yarası önleme bilgi formu

Basınç yarası önleme bilgi formu hemşirelerin bilgilerini değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmış olup, çoktan seçmeli 20 soru içermektedir. Basınç yarası önleme bilgi formunda basınç yarası riskinin değerlendirilmesi, derinin değerlendirilmesi ve bakımının yapılması, aktivite, beslenme, ıslaklık/inkontinans, destek yüzey yönetiminin sağlanması konularıyla ilgili sorular yer almaktadır. Bu formdaki her soru 1 puan değerindedir ve bu testten alınabilecek toplam puan 20'dir (National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Ulcer Alliance, 2014; Qaddumi ve Khawaldeh, 2014; Nuru ve diğerleri, 2015; Abou El Enein ve Zaghoul 2011). Basınç yarası önleme bilgi formunun kapsam geçerliği; hemşirelik bölümünden 7 öğretim üyesi olmak üzere toplam 7 uzmanın görüşüne başvurularak gerçekleştirilmiştir. Form araştırmaya katılmayı kabul eden 124 hemşireye verilmiş ve hemşireler doldurduktan sonra geri toplanmıştır.

2.2. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesinin Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan ve araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesinin yönetiminden de izin alınmıştır (protokol no: 2017/43). Ayrıca araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hemşirelerden “Hemşire Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile yazılı/sözel izin alınmıştır.

2.3. Verilerin Analizi:

Bu çalışmada elde edilen veriler IBM SPSS 21 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılmamasından dolayı iki gruplu karşılaştırmalarda MannWhitney U testi, üç ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkiye ise Spearman korelasyon analizi ile bakılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak 0.05 kullanılmış olup, $p < 0.05$ olması durumunda anlamlı farklılığın olduğu, $p > 0.05$ olması durumunda ise anlamlı farklılığın olmadığı belirtilmiştir. Literatürde basınç yarasına ilişkin hemşirelerin bilgilerinin değerlendirildiği çalışmalara bakıldığında, çalışmaların çoğunda “yeterli bilgiye sahip” olabilmeleri için %50 ve üzerinde doğru yanıt gerektiği belirtildiğinden (Nuru ve diğerleri, 2015; Abou El Enein ve Zaghoul 2011; Kallman ve Suserud, 2009) bu çalışmada da bilgi sorularını %50 ve üzerinde doğru yanıtlayan hemşireler yeterli bilgiye sahip olarak kabul edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3. Bulgular

Hemşirenin yaş ortalaması 39.7 ± 5.1 'dir. 3'ü erkek (% 2.4) ve 64'ü hemşirelik lisans mezunudur (%51.6). Toplam hizmet süresi ortalaması 18.7 ± 6.6 yıl olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Hemşirelerin basınç yarası önleme bilgi testi toplam puanı ortalaması 20 üzerinden 8.9 ± 3.3 (min-maks:1-16)'tür. Hemşirelerin %65.3'ü basınç yaralarını önlemeye yönelik (n=81) yeterli bilgiye sahip değildi (Tablo 2).

Hemşirelerin bilgi testine verdikleri yanıtlar incelendiğinde, en az doğru yanıt verilen soru olan ve basınç yarası risk faktörlerini değerlendirebilme amacıyla sorulan birinci

soruya % 6.5 (n=8) oranında doğru yanıt verildiği görülmüştür. Bu soruyu basınç yarası önleme girişimlerinin değerlendirilmesi amacıyla sorulan on üçüncü soru takip ederek 18 kişinin (%14.5) doğru yanıt verdiği belirlenmiştir. En fazla doğru yanıt verilen soru olan ve yara değerlendirilmesi amacıyla sorulan ikinci soruya 92 kişinin (%74.2) doğru yanıt verdiği ve bunu risk değerlendirilmesi amacıyla sorulan dördüncü soruya 88 kişinin (%71.0) doğru yanıt vererek takip ettiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Hemşirelerin eğitim düzeyi ve basınç yarasına yönelik bilimsel programa katılma durumlarına göre bilgi puanları incelenmiştir. Eğitim düzeyleri arasında bilgi puanları açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0.05$) İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte lisansüstü grubundakilerde puanlar daha düşük görülmektedir. Basınç yarasına yönelik bilimsel programa katılan hemşirelerle katılmayan hemşirelerin bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($p<0.05$). Basınç yarasına yönelik bilimsel programa katılan hemşirelerin bilgi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Haftalık basınç yarası bakımı hiç yapmayanların puanları ve 1-2 kez bakım yapanların puanları, 3-4 ve 5+ kez basınç yarası bakımı yapanlara göre daha düşük görülmektedir ($p<0.05$). Haftalık basınç yarası bakımı yapma sayısı arttıkça bilgi puanları da artmaktadır (Tablo 3).

4. Tartışma

Basınç yarasının önlenmesi, bakım kalitesinin bir göstergesidir ve büyük oranda hemşirelik bakımına duyarlı bir sonuçtur (Nuru ve diğerleri, 2015). Bu nedenle, hemşirelik bakımı, basınç yarası gelişimi ve önlenmesinde önemli bir etkiye sahiptir.

Hemşirelerin basınç yarası önleme ile ilgili bilgi düzeylerine ilişkin yapılan bazı çalışmalarda basınç yarasının önlenmesi hakkında genel bilginin yeterli olduğu belirtilirken (Pancorbo-Hidalgo ve diğerleri, 2007; Kallman ve Suserud, 2009; Gunningberg, 2005; Sinclair ve diğerleri, 2004; Ayello ve Lyder, 2008; Tweed ve Tweed, 2008), diğer çalışmalarda, hemşirelerin basınç yarasının önlenmesi hakkındaki bilgisinin yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır (Demarre ve diğerleri, 2012; Beckman ve diğerleri, 2011; Qaddumi ve Khawaldeh, 2014; Nuru ve diğerleri, 2015; Buss ve diğerleri, 2004; Abou El Enein ve Zaghoul, 2011; Panagiotopoulou ve Kerr, 2002). Yapılan araştırmalarda hemşirelerin basınç yarası önleme bilgi düzeyleri sırasıyla

%47.5 (Meesterberends ve diğerleri, 2013), %50 (Panagiotopoulou ve Kerr 2002), %79.1 (Pancorbo-Hidalgo ve diğerleri, 2007), %29 (Demarre ve diğerleri, 2012) ve %73.6 (Miyazaki ve diğerleri, 2010) olarak belirlenmiştir. Meesterberends ve diğerlerinin (2013) yaptığı çalışmada hemşirelerin basınç yarası önleme ile ilgili bilgi düzeyinde iyileşmeye ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Panagiotopoulou ve Kerr (2002) ve Abou El Enein ve Zaghoul (2011) tarafından yapılan çalışmalarda hemşirelerin basınç yarasının önlenmesiyle ilgili bilgilerinin artırılması ve klinik uygulamalarda rehberlerin uygulanması gerektiğini önermektedir (Panagiotopoulou ve Kerr, 2002; Abou El Enein ve Zaghoul, 2011). Bu çalışmada da hemşirelerin basınç yarası bilgi düzeyinin % 34.7 olması nedeniyle hemşirelerin basınç yarası önleme ile ilgili bilgi düzeyinde iyileşmeye ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde hemşirelerin eğitim düzeyi ile basınç yarası önleme bilgi düzeyi hakkındaki sonuçlar genellikle çelişkilidir. Hulsenboom, Bours ve Halfens (2007) tarafından yapılan çalışmada hemşirelerin eğitim düzeyi de dahil olmak üzere demografik değişkenlerin basınç yarasını önleme müdahaleleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı bulunmuştur (Hulsenboom, Bours ve Halfens, 2007). Nuru, Zewdu, Amsalu ve Mehretie (2015) tarafından yapılan çalışmada ise eğitim düzeyinin artmasıyla basınç yarası önleme bilgi düzeyinin de arttığı belirlenmiştir (Nuru ve diğerleri, 2015). Bu çalışmada ise eğitim düzeyleri arasında bilgi puanları açısından anlamlı bir farklılık görülmemektedir ($p>0.05$). İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte lisansüstü grubundakilerde puanlar daha düşük görülmektedir.

Çalışmamızda basınç yarasına yönelik bilimsel programa katılan hemşirelerin bilgi puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Nuru, Zewdu, Amsalu ve Mehretie (2015) tarafından yapılan çalışmada da basınç yarası önleme konusunda bilimsel programa katılan hemşirelerin, katılmayanlardan daha iyi bilgiye sahip olduğu belirlenmiştir (Nuru ve diğerleri, 2015). Benzer şekilde, hemşirelerin basınç yarası önleme hakkındaki bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendiren diğer bir çalışmada da; bilimsel programa katılan hemşireler, katılmayanlara göre daha bilgili olarak bulunmuştur (Kallman ve Suserud 2009). Bunun nedenin, bilimsel programa katılan hemşirelerin basınç yarası ile ilgili önlemler hakkında güncel bilgi edinme şansının daha yüksek olması olarak düşünülmektedir.

5. Sonuç

Sonuç olarak; hemşirelerin çoğunluğunun bilgi puanlarının (%34.7) yeterli düzeyde olmadığı belirlenmiştir. Bu durum hemşirelerin basınç yarası önleme ile ilgili bilgi düzeyinde iyileşmeye ihtiyaç olduğunu ve hemşirelerin basınç yarasının önlenmesiyle ilgili bilgilerinin artırılması gerektiğini düşündürmektedir. Basınç yarasının önlenmesine ilişkin bilgi ve becerilerin sürekli eğitim programları ile geliştirilmesi önerilmektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma tek merkezde yapılmış olup araştırma sonuçları genellenemez. Sadece basınç yarası önleme bilgi düzeyi değerlendirilmiş olup basınç yarası önleme uygulamaları ile ilgili bir değerlendirme yapılmamıştır.

Kaynaklar

- Abou El Enein, N. Y. ve Zaghoul. A. A. (2011). Nurses' knowledge of prevention and management of pressure ulcer at a Health Insurance Hospital in Alexandria. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3), 262–268.
- Ayello, E.A. ve Meaney, G. (2003). Replicating a survey of pressure ulcer content textbooks. *Journal of Wound Ostomy Continence Nursing*, 30(5), 266-271.
- Ayello, E. ve Lyder, C.H. (2008). A new era of pressure ulcer accountability in acute care. *Advances in Skin and Wound Care*, 21, 134–140.
- Beeckman, D., Defloor, T., Schoonhoven, L. ve Vanderwee, K. (2011). Knowledge and attitudes of nurses on pressure ulcer prevention: A cross-sectional multicenter study in Belgian hospitals. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 8, 166–176.
- Black, J., Baharestani, M. ve Cuddigan, J. (2007). Natioanal Pressure Ulcer Advisory Panel's updated pressure ulcer staging system. *Advanced & Skin Wound Care*, 20(5), 269-274.
- Brem, H., Maggi, J., Nierman, D., Rolnitzky, L., Bell, D., Rennert, R., ... Vladeck, B. (2010). high cost of stage iv pressure ulcers. *The American Journal of Surgery*, 200(4), 473–477.

- Buss, I. C., Halfens, R. J., Abu-Saad, H. H. ve Kok, G. (2004). Pressure ulcer prevention in nursing homes: Views and beliefs of enrolled nurses and other health care workers. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 668–676.
- Çelik, S., Dirimeşe, E., Taşdemir, N., Aşık, Ş., Demircan, S., Eyican, S., Güven, B. (2017). Hemşirelerin bası yarasını önleme ve yönetme bilgisi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 13, 133-139.
- Demarre, L., Vanderwee, K., Defloor, T., Verhaeghe, S., Schoonhoven, L. ve Beeckman, D. (2012). Pressure ulcers: knowledge and attitude of nurses and nursing assistants in Belgian nursing homes. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 1425–1434.
- Graves, N., Birrell, F. ve Whitby, M. (2005). Effect of pressure ulcers on length of hospital stay. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 26(3), 293-297 .
- Gul, A., Andsoy, I., Ozkaya, B. ve Zeydan, A. (2017). A descriptive, cross-sectional survey of Turkish nurses' knowledge of pressure ulcer risk, prevention, and staging. *Ostomy Wound Manage*, 63(6), 40-46.
- Gunningberg, L. (2005). Are patients with or at risk of pressure ulcers allocated appropriate prevention measures? *International Journal of Practice*, 11, 58–67.
- Hommel, A., Ulander, K.ve Thorngren, K. (2003). Improvements in pain relief, handling time and pressure ulcers through internal audits of hip fracture patients. *Scand Journal Caring Science*, 17, 78-83.
- Hulsenboom, M.A., Bours, G.J. ve Halfens, R.J. (2007). Knowledge of pressure ulcer prevention: across-sectional and comparative study among nurses. *BioMedical Central Nursing*, 6(2), 1–11.
- Kallman, U. ve Suserud, B.O. (2009). Knowledge, attitudes and practice among nursing staff concerning pressure ulcer prevention and treatment: a survey in a Swedish healthcare setting. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 334–341.
- Karabağ Aydın, A. ve Karadağ A. (2017). assessment of nurses' knowledge and practice in prevention and management of deep tissue injury and stage 1 pressure ulcer. *Journal of wound, ostomy, and continence nursing*, 37(5), 487-94.

- Meesterberends, E., Wilborn, D., Lohrmann, C., Schols, J. ve Halfens, R. (2013). Knowledge and use of pressure ulcer preventive measures in nursing homes: a comparison of Dutch and German nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1948–1958.
- Miyazaki, M. Y., Caliri, M. H. ve Santos, C. B. (2010). Knowledge on pressure ulcer prevention among nursing professionals. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 1203–1211.
- Moore, Z. ve Cowman, Z. (2011). Pressure ulcer prevalence and prevention practices in care of the older person in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing*. 21, 362–371.
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Erişim adresi: <https://www.npuap.org/wp-content/uploads/2014/08/Updated-10-16-14-Quick-Reference-Guide-DIGITAL-NPUAP-EPUAP-PPPIA-16Oct2014.pdf>
- Nuru, N., Zewdu, F., Amsalu, S. ve Mehretie, Y. (2015). Knowledge and practice of nurses towards prevention of pressure ulcer and associated factors in Gondar University Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Nursing*, 14, 34.
- Olsho, L. E. W., Spector, W. D., Williams, C. S., Rhodes, W., Fink, R. V., Limcangco, R. ve Hurd, D. (2014). Evaluation of AHRQ's on-time pressure ulcer prevention program. *Medical Care*, 52, 258–266.
- Panagiotopoulou, K. ve Kerr, S.M. (2002). Pressure area care: an exploration of Greek nurses' knowledge and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 40, 285–296.
- Pancorbo-Hidalgo, P. L., Garcia-Fernandez, F. P., Lopez-Medina, I. M., ve Lopez-Ortega, J. (2007). Pressure ulcer care in Spain: nurses' knowledge and clinical practice. *Journal of Advanced Nursing*, 58(4), 327–338.
- Qaddumi, J. ve Khawaldeh, A. (2014). Pressure ulcer prevention knowledge among Jordanian nurses: a crosssectional study. *BMC Nursing*, 13(1), 6.
- Scott, J. R., Gibran, N. S., Engrav, L. H., Mack, C. D., ve Rivara, F. P. (2006). Incidence and characteristics of hospitalized patients with pressure ulcers: State of Washington, 1987 to 2000 . *Plastic Reconstructive Surgery*, 117(2), 630-634.



Sinclair, L., Berwiczonek, H., Thurston, N., Butler, S., Bulloch, G., Ellery, C. and Giesbrecht, G. (2004). Evaluation of an evidence-based education program for pressure ulcer prevention. *Journal of Wound and Ostomy Continence Nursing*,31(1), 43–50.

Tubaishat, A., Anthony, D. ve Saleh, M. (2011). Pressure ulcers in Jordan: a point prevalence study. *Journal of Tissue Viability*, 20, 14–19.

Tweed, C. ve Tweed, M. (2008). Intensive care nurses' knowledge of pressure ulcers: Development of an assessment tool and effect of an educational program. *American Journal of Critical Care*, 17, 338–347.

Wurster, J. (2007). What role can nurse leaders play in reducing the incidence of pressure sores? *Nursing Economics*, 25(5),267-269.

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Yaş(yıl)		
Ort±ss	39.7±5.1	
Cinsiyet		
Kadın	121	97.6
Erkek	3	2.4
Eğitim düzeyi		
Lisans üstü	7	5.6
Önlisans/Lisans	78	62.9
Sağlık Meslek Lisesi	39	31.5
Toplam hizmet süresi(yıl)		
Ort±ss	18.7± 6.6	
Çalışılan klinik		
Ortopedi Kliniği	6	4.8
Enfeksiyon Kliniği	8	6.5
Psikiyatri Kliniği	4	3.2
Çocuk Kliniği	11	8.9
Yoğun Bakım Kliniği	19	15.3
Genel Cerrahi Kliniği	6	4.8
Kadın Doğum Kliniği	11	8.9
Ameliyathane	15	12.1
Evde Bakım Birimi Kliniği	5	4.0
Göğüs Kliniği	4	3.2
KBB-Üroloji-Beyin Cerrahi Kliniği	9	7.3
Cildiye Kliniği	2	1.6
Dahiliye Kliniği	7	5.6

Acil Servis	12	9.7
Kardiyoloji Kliniği	5	4.0
Basınç yarasına yönelik bilimsel programa katılma durumu		
Katıldı	17	13.7
Katılmadı	107	86.3
Basınç yarasına yönelik gelişmeleri takip ettiği kaynak olması durumu		
Kaynak var	2	1.6
Kaynak yok	122	98.4
Basınç yarası bakım sayısı (haftalık)		
Hiç	57	46
1-2	34	27.4
3-4	17	13.7
5 ve üzeri	16	12.9

Tablo 2. Hemşirelerin Her Bir Soruya Verdikleri Doğru Yanıtların Dağılımı

Sorular	n (%)
1:Risk değerlendirmesi	8 (6.5)
2:Yara değerlendirmesi	92 (74.2)
3:Risk değerlendirmesi	75 (60.5)
4:Risk değerlendirmesi	88 (71.0)
5:Risk değerlendirmesi	81 (65.3)
6:Evre değerlendirmesi	70 (56.5)
7:Evre değerlendirmesi	24 (19.4)
8:Evre değerlendirmesi	59 (47.6)
9:Evre değerlendirmesi	43 (34.7)
10:Deri değerlendirmesi	37 (29.8)
11:Deri değerlendirmesi	43 (34.7)
12:Deri değerlendirmesi	65 (52.4)
13:Basınç yarası önleme girişimlerinin değerlendirmesi	18 (14.5)
14:Basınç yarası önleme girişimlerinin değerlendirmesi	87 (70.2)
15:Deri bakımının değerlendirmesi	51 (41.1)
16:Deri bakımının değerlendirmesi	65 (52.4)
17:Yara bakımının değerlendirmesi	32 (25.8)
18:Aktivite yönetiminin değerlendirmesi	70 (56.5)
19:Beslenme yönetiminin değerlendirmesi	51 (41.1)
20:Islaklık/inkontinans yönetiminin değerlendirmesi	48 (38.7)
Toplam (ort±ss)	8.9± 3.3
Başarı durumu	43 (34.7)



Tablo 3. Hemşirelerin Demografik Özellikleriyle Bilgi Puanlarının Karşılaştırılması

Demografik özellikler	Bilgi Puanı						Kruskall-Wallis H testi		
	n	Mean	Median	Minimum	Maximum	ss	Sıra Ort.	H	p
Eğitim düzeyi									
Sağlık Meslek Lisesi	14	9.50	10.50	4.00	14.00	3.39	70.4	4.6	0.096
Hemşirelikte Önlisans/lisans	103	9.04	9.00	1.00	16.00	3.26	63.3		
Hemşirelikte lisansüstü	7	6.14	7.00	2.00	10.00	3.72	35.6		
Bilimsel programa katılım durumu									
Mann-Whitney U testi									
Katılan	17	10.29	11.00	3.00	16.00	3.42	78.41	639	0.048
Katılmayan	107	8.71	9.00	1.00	15.00	3.29	59.97		
Bir haftalık basınç yarası bakım sayısı									
Hiç	57	7.37	7.00	1.00	15.00	3.55	45.7	29.3	0.0001
1-2	34	9.47	9.00	2.00	14.00	2.68	66.8		
3-4	17	10.71	11.00	4.00	14.00	2.28	84.0		
5 ve üzeri	16	11.44	11.00	9.00	16.00	1.75	90.6		


Araştırma Sunumu / Research Article

**PEDİATRİK POPULASYONDA FORAMEN MANDİBULAE
LOKALİZASYONUNUN ÜÇ BOYUTLU BİLGİSAYARLI TOMOGRAFİ İLE
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Evaluation of Mandibular Foramen Localization Through Three Dimensional
Computed Tomography in Pediatric Population**

Özlem ERYİĞİT

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

fzt67@hotmail.com 


Ozan TURAMANLAR

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

ozanturamanlar@hotmail.com 


Mehmet ÜNAL

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

dtmehmetunal@gmail.com 

Emre KAÇAR

Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi

dremrekacar0258@hotmail.com 

Öz

Çalışmamızın amacı, pediatrik populasyonda üç boyutlu bilgisayarlı tomografi kullanarak foramen mandibulae'nın yerini yaş, cinsiyet ve lokasyona (sağ/sol) bağlı olarak değerlendirmektir. Bu çalışmaya, herhangi bir nedenle kraniyal bilgisayarlı tomografisi çekilen 102 çocuk birey dahil edildi. Elde edilen verilerin cinsiyet ve lokasyon karşılaştırması istatistiksel olarak değerlendirildi ve parametrelerin yaşa bağlı korelasyonuna bakıldı. Çalışmamızda foramen mandibulae ile incisura mandibula arasındaki uzaklık ortalama 13.4 ± 2.2 mm olarak, mandibulanın alt kenarı ile incisura mandibula arasındaki uzaklık 34.8 ± 4.4 mm, foramen mandibulae ile ramus'un arka kenarına olan transvers mesafe 9.1 ± 1.8 mm, mandibulanın anteroposterior çapı 24 ± 2.4 mm bulundu. Cinsiyetler arasında ve lokasyon karşılaştırmalarında anlamlı bir fark yoktu. Yaş ile ölçümler arasında ise pozitif yönde

korelasyon bulundu. Çalışmamızda elde edilen bilgileri literatür bilgisi ile karşılaştırdığımızda birçok bulgunun birbirine benzer olduğunu ancak bazı ölçümlerde farklılıklar olduğu gözlemlenmektedir. Bu farklılıklar, diğer çalışmaların kuru kemiklerde ve panoramik radyografilerde yapılmış olması, farklı yaş gruplarında çalışılması, ölçüm yöntemlerinin farklı olmasından ve canlı üzerinde bilgisayarlı tomografi ile yapılan çalışmaların nispeten az olmasından kaynaklanmaktadır. Foramen mandibulae'da yaşla ilgili değişiklikler olmakta ancak bu farklılıkları doğrulamak için daha çok anatomik ve klinik araştırmalara ihtiyaç vardır. Pediatric populasyonda foramen mandibulae lokalizasyonunun tam olarak bilinmesi yapılacak olan mandibular anestezielerde anestezi komplikasyonlarının azaltılması açısından büyük önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Foramen Mandibulae, Pediatric Populasyon, Bilgisayarlı Tomografi.

Abstract

The aim of our study was to evaluate the location of the mandibular foramen by age, sex and location (right / left) using three-dimensional computed tomography in the pediatric population. 102 children who underwent cranial computed tomography for any reason were included in this study. The sex and location comparisons of the obtained data were statistically evaluated and the age-related correlation of the parameters was evaluated. We found that the distance between the mandibular foramen and the incisura mandibulae was 13.4 ± 2.2 mm, the distance between lower margin of the mandible and incisura mandibulae was 34.8 ± 4.4 mm, the distance between mandibular foramen and posterior margin of the ramus was 9.1 ± 1.8 mm and the anteroposterior diameter of the mandible was 24 ± 2.4 mm in our study. There was no significant difference between genders and location comparisons. There was a positive correlation between age and measurements. When we compare the information obtained in our study with the literature, it is observed that many findings are similar, but there are differences in some measurements. These differences are due to the fact that other studies performed in dry bones and panoramic radiographs, working in different age groups, different measurement methods, and relatively low number of tomography studies on live human. Age-related changes occur in the mandibular foramen, but more anatomical and clinical studies are needed to confirm these differences. The exact location of the foramen mandibular foramen in the pediatric population is of great importance for the reduction of anesthetic complications in mandibular anesthesia.

Keywords: Mandibular Foramen, Pediatric Population, Computerized Tomography.

1. Giriş

Foramen mandibulae, ramus mandibulae'nın iç yüzünde yer alır ve canalis mandibulae'nın giriş kısmını oluşturur. Ramus mandibulae'dan başlayan bu kanal corpus mandibulae'nın dış yüzünde foramen mentale olarak dışa açılır. Bu kanal içinde arteria alveolaris inferior, vena alveolaris inferior ve nervus alveolaris inferior birlikte seyreder (Aksu, Zeybek, Aksu, Özcan, Çapraz ve Alibeyoğlu, 2007). Nervus alveolaris inferior, mandibulanın aynı tarafından orta hatta kadar olan dişlerin, diş etinin ve kemiğin duyusunu alırken arteria alveolaris inferior ve vena alveolaris inferior bu bölgelerin beslenmesini sağlar (Sancak ve Cumhuriyet, 2002).

Süt azıları ve daimi azıların restoratif, pulpal ve cerrahi tedavilerinde, ayrıca mandibula kırıklarında ve mandibula'yı ilgilendiren kemik içinde yapılacak bütün cerrahi girişimlerde mandibular anestezi tercih edilen bir anestezi tekniğidir. Çocuklara mandibular anestezi tekniği uygulanırken foramen mandibulae'nın lokalizasyon farklılıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Yanlış yere yapılan anesteziler sonucu trismustan geçici fasiyal paralizi'ye kadar birçok komplikasyonla karşılaşmaktadır (Sağlam, 2005).

Yetişkinlerde foramen mandibulae yerini değerlendiren birçok çalışma olmasına rağmen, çocuklarda büyümeye bağlı foramen mandibulae'nın lokalizasyon değişiklikleri ise nadiren bildirilmiştir. Çalışmamızın amacı, pediatrik populasyonda foramen mandibulae lokalizasyonunu belirlemek ve yaş ile birlikte değişikliklerini tanımlamaktır. Bulduğumuz sonuçların özellikle mandibular anestezi uygulamalarında ağız, diş ve çene cerrahlarına ve anestezi uzmanlarına yol gösterebileceğini düşünüyoruz.

2. Gereç ve Yöntemler

Bu çalışma, retrospektif bir çalışma olup herhangi bir nedenle Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran ve 6-14 yaş arası (ortalama yaş 9) 35'i kız ve 67'si erkek toplam 102 pediatrik bireye ait daha önceden çekilen kraniyal bilgisayarlı tomografileri üzerinden foramen mandibulae'nın lokasyonunu belirleme analizini içermektedir.

6 yaşından küçük, 14 yaşından büyük olanlar, ölçümü etkileyebilecek mandibular patolojisi ve/veya malformasyonu olanlar ve çekim kalitesi kötü olan bireylerin ait bilgisayarlı tomografi görüntüleri çalışmaya dahil edilmedi. Araştırmamızın sınırlılığını zaman aralığı ve görüntü sayısı oluşturmaktadır.

Hastanemizde herhangi bir sebeple kraniuma yönelik 80-row MDCT scanner (Aquilion Prime, Toshiba Medical Systems, Nasu, Japan) ile yapılmış olan multislice BT görüntüleri retrospektif olarak tarandı. 3 mm kalınlıktaki kaynak görüntülerden 0.5 mm kalınlıkta rekonstrüksiyon görüntüleri oluşturuldu. 0.5 mm kalınlıktaki ince kesitlerden, workstation (Aquarius, TeraRecon Inc., San Mateo, CA, USA) ile multiplanar rekonstrüksiyon ve 3 boyutlu volüm rendering (VR) görüntüleri elde edildi. Elde edilen 3D görüntüler üzerinden foramen mandibulae'nın mandibula üzerindeki belirlenen yerlere olan uzaklığı ölçülüp ve verilerin analizi yapıldı. Ölçümler, her iki foramen mandibulae'dan ve PACS (Picture Archiving and Communication System) Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemi kullanılarak gerçekleştirildi. Tüm ölçümler radyolog eşliğinde ve ikişer defa tekrarlanarak yapıldı.

Ölçüm yerleri;

1. Vertikal çizgi üzerinde foramen mandibulae'nın üst kenarından incisura mandibulae'ya olan en yakın mesafe (D1) (*Resim 1*).
2. Vertikal çizgi üzerinde incisura mandibulae ile foramen mandibulae'dan geçecek şekilde mandibula alt kenarı arasındaki mesafe (D2) (*Resim 1*).
3. Transvers çizgi üzerinde foramen mandibulae'nın arka kenarı ile ramus'un arka kenarı arasındaki mesafe (D3) (*Resim 2*).
4. Transvers çizgi üzerinde ramus mandibulae'nın arka kenarı ile foramen mandibulae'dan geçecek şekilde ramus'un ön kenarı arasındaki mesafe (D4) (*Resim 2*).
5. D1/D2 oranı
6. D3/D4 oranı
7. D2/D4 oranı

2.1. İstatistik analiz

İstatistiksel analiz için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 18.0 paket programı kullanıldı. Elde edilen veriler tanımlayıcı istatistikler (aritmetik ortalama, ortanca, standart sapma, yüzde dağılımlar) ile değerlendirildi. Gruplar arası ortalama karşılaştırılırken öncelikle normal dağılıma uygunluğu One-Sample Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilk testleri ile değerlendirildi. İki bağımsız grubun ortalamasını karşılaştırırken parametrik koşulların sağlandığı durumlarda Bağımsız Grup T Testi; bağımsız koşulların sağlanmadığı durumlarda Mann Withney U Testi kullanıldı. İki sürekli verinin korelasyonunu değerlendirirken Pearson testi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güvenlik aralığında, anlamlılık ise $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

2.2. Araştırmanın etik boyutu

Çalışmamız için Dumlupınar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.01.2016 tarih 2016/17 sayılı kararı ile etik çalışma onayı alınmıştır.

3. Bulgular

Çalışmamıza yaşları 6 ile 14 arasında değişen, yaş ortalaması $9.09(\pm 2.54)$ olan 102 kişi dâhil edildi. Bireylerin $35(\%34.32)$ 'i kız, $67(\%65.68)$ 'si ise erkekti.

Tüm bireylerde yapılan ölçüm yerlerinin ve oranlarının minimum ve maksimum değerleri ile ortalamaları Tablo-1'de verildi. Sağ ve sol foramen mandibulae karşılaştırmasında ölçümler arasında anlamlı bir fark yoktu (Tablo 2). Kız-erkek karşılaştırmasında ölçümler arasında anlamlı bir fark yoktu (Tablo 3 ve 4). Tüm ölçümlerin yaş ile korelasyonuna bakıldığında yaş ile D1, D2, D3, D4 ölçümleri ve D3/D4 ve D2/D4 oranları arasında pozitif yönde korelasyon bulundu. Yaşla D1/D2 oranı arasında ise negatif yönde korelasyon tespit edildi (Tablo 5).

4. Tartışma

Çalışmamız foramen mandibulae lokalizasyonunun belirlenmesi için yapılan bir tanımlayıcı araştırmadır. Literatüre bakıldığında yapılan çalışmalar genellikle radyografik çalışmalar ve kadvralara ait kuru kemikler üzerinde yoğunlaştığı

görülmektedir. Aynı zamanda bu amaçla yapılan çalışmaların yetişkinler üzerine olması nedeniyle pediatrik gruplarda çalışmalar sınırlı kalmaktadır (Afsar, Haas, Rossouw ve Wood, 1998; Oğuz ve Bozkır, 2002). Bu yüzden elde ettiğimiz sonuçlar ile literatür sonuçları arasında görülebilen farklılıkların yaş, cinsiyet, genetik faktörler ve ölçüm teknikleri gibi etmenlerden kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

Tsai'nin 311 Tayvanlı çocuk üzerinde ve Movahhed, Makarem, Imanimoghaddam, Anbiaee, Sarrafshirazi ve Shakeri'nin 7-10 yaşlarındaki çocukların panoramik radyografileri üzerinde yaptıkları çalışmalarda sağ ve sol foramen mandibulae lokalizasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirtmiştir (Tsai, 2004; Movahhed ve diğerleri, 2011). Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak sağ ve sol mandibula arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı.

Afsar, Haas, Rossouw ve Wood'un inceledikleri panoramik radyografiler sonrasında foramen mandibulae'dan ölçülen mesafelere ilişkin kız ve erkek arasında belirgin farklılıklar olmadığını belirtmişlerdir (Afsar ve diğerleri, 1998). Altunsoy, Ağlarci, Ok, Nur, Güngör ve Çolak'ın 8-18 yaş arası pediatrik popülasyonda foramen mandibulae'ya ait bazı ölçüm yerlerinin kızlarda, erkeklere göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (Altunsoy ve diğerleri, 2014). Movahhed ve diğerlerinin foramen mandibulae ile ramus ön kenarı arasındaki ölçümde kız ve erkek arasında anlamlı bir fark bulmasalar da foramen mandibulae ile ramus arka kenarı arası mesafe ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulmuşlardır. Bunu da kız çocuklarında 8 yaşından sonra ramus'un arka kenarındaki büyümenin genital hormonlara bağlı büyüme ile açıklamışlardır (Movahhed ve diğerleri, 2011). Yapılan bazı bilgisayarlı tomografi çalışmalarında cinsiyetin foramen mandibulae'nın konumu ile ilgili ölçümlerinde istatistiksel olarak fark bulmuşlardır (Altunsoy ve diğerleri, 2014; Kane, Lo, Chen, Hsu ve Noordhoff, 2000; Lo, Wong ve Chen, 2004). Bizim çalışmamızda yapmış olduğumuz tüm ölçümlerde kız ve erkek karşılaştırmalarında anlamlı bir fark bulunamadı.

Şekerci, Cantekin ve Aydınbelge'nin 6-12 yaş arası pediatrik popülasyonda bilgisayarlı tomografiyle yapmış oldukları çalışmada D1 değerinin minimum 8.2 mm, maksimum 18.2 mm, ortalama ise 12.6 mm olarak ölçmüşlerdir (Levine, Goddard ve Dodson, 2007). Afsar, Haas, Rossouw ve Wood D1 değerini ortalama olarak 19.9 mm

bulmuşlardır (Afsar ve diğerleri, 1998). Bizim çalışmamızda yaş aralığı göz önünde bulundurulduğunda ölçümlerimizin literatürle uyumlu olduğu gözlemlendi.

Şekerci, Cantekin ve Aydınbelge, D2 ölçümünü 36.6 mm olarak belirtmişlerdir (Şekerci, Cantekin ve Aydınbelge, 2013). Altunsoy ve diğerleri ise bu mesafeyi ortalama 40.2 mm bulmuşlardır (Altunsoy ve diğerleri, 2014). Oğuz ve Bozkır'ın ortalama değerleri ise sağ 53.34 mm sol taraf ise 51.92 mm olarak belirtilmiştir (Oğuz ve Bozkır, 2002). Bizim çalışmamızda D2 değeri ortalama olarak 34,9 mm olarak bulundu. Yaş aralığı göz önünde bulundurulduğunda ölçümlerimizin literatürle uyumlu olduğu gözlemlendi.

Literatürde D3 değerini ortalama olarak 8.78, 10.9, 12.6 mm saptamışlardır (Şekerci ve diğerleri, 2013; Levine 2007; Afsar ve diğerleri, 1998). Bizim çalışmamızda D3 değeri minimum 5.5 mm, maksimum 14.4 mm ortalama ise 9.1 mm olarak literatür ile uyumlu bulundu.

D4 mesafesi için ortalama 24.5 ile 27.5 mm ölçülen çalışmalar vardır (Levine 2007; Bunyarit, Yuen Ying, Kadir, Nizam ve Rahman, 2016). Çalışmamızda bu mesafe ortalama 24 mm olarak ölçüldü.

Yaş ile olan değişimler dikkate alındığında ölçümlerin yaşla birlikte arttığını bildiren yayınlar bulunmaktadır (Bunyarit, Yuen Ying, Kadir, Nizam ve Rahman; Şekerci, Cantekin ve Aydınbelge, 2013; Ashkenazi, Taubman ve Gavish, 2011). Bizim çalışmamızda da foramen mandibulae'nın ölçüm yerlerinin yaşa bağlı korelasyonuna bakıldığında tüm ölçümlerin yaşla birlikte arttığı görüldü.

Çalışmamızdaki bireylerin 6-14 yaş arasında seçilmesinin nedeni orta çocukluk ve erken ergenlik döneminin fiziksel olarak hızlı büyüme dönemi olmasındandır. Çocuk büyüdükçe mandibulanın büyüklüğü, yüksekliği ve genişliği değiştiği için foramen mandibulae'nın yeri de değişebilmektedir. Bu durum hastaya klinik yaklaşım açısından önemlidir. Ancak literatürde bu değişimin farklı yönlere doğru gerçekleştiğini bildiren farklı çalışmalar mevcuttur (Ashkenazi ve diğerleri, 2011; da Fontoura, Vasconcellos ve Campos, 2002; Ono, Filho, Moraes, Castilho ve Moraes, 2005). Çalışmamızda D3/D4 oranının yaş ile birlikte artış göstermesinden dolayı foramen mandibulae'nın yatay olarak arkadan orta hatta doğru yöneldiğini tespit ettik.

Diğer taraftan foramen mandibulae'nın yaşla birlikte vertikal düzlemde konumunu belirlemek için yaptığımız D1 ve D2 ölçümleri ve bunların birbirine oranları sonucunda yaş arttıkça foramen mandibulae'nın ramus alt kenarından uzaklaştığını saptadık. Çalışmamızda ayrıca yatay ve dikey büyüme oranlarının yaşa bağlı olarak büyümesi karşılaştırarak litaretürle uyumlu olarak yaş arttıkça D2/D4 oranının arttığı görülmüştür. Bu oranın artması dikey büyümenin yatay büyümeden daha fazla olduğunu göstermektedir. Epars, Mavropoulos ve Kiliaridis'nin belirttiği gibi hastanın yaşı ve yüz morfolojisi dikkate alındığında başarılı ve güvenli bir nervus alveolaris inferior blokajı için ön koşul olan foramen mandibulae lokalizasyonunun daha iyi belirlenmesinde yardımcı olabileceği sonucunu çıkartmak mümkündür. (Epars, Mavropoulos ve Kiliaridis, 2013).

Literatürde foramen mandibulae'nın yerini tespit etmek için çeşitli metodolojiler (kuru kafa, radyografi, bilgisayarlı tomografi vb.) kullanılmıştır. Kuru kafatası ile foramen mandibulae pozisyonunun belirlenmesi çalışmalarında, bilinmeyen yaş ve cinsiyet, belirsiz anatomik yerler ve mandibular diş kaybı gibi bazı sınırlamaların bulunması çalışmanın güvenilirliğini etkileyebilir (Lim, Lim, Rajan, Nambiar ve Ngeow, 2015). Panoramik radyografiler ise kolay erişilebilirlik, geniş görüş alanı, nispeten daha az görüntü bozukluğu nedeniyle kuru kemik çalışmalarına göre tercih edilen bir yöntemdir. Ancak kontralateral açının hayalet görüntüsü ve örtüşen anatomik yapıların görüntü kalitesini etkileyebilmesi hayati yapıların tanımlanmasını zorlaştırabilir (Juodzbaly ve Wang 2010; Cantekin, Şekerci, Miloğlu ve Büyük, 2014). Üç boyutlu bilgisayarlı tomografi kullanılarak yapılan ölçümler yer işaretlerinin tanımlanmasında daha fazla doğruluk gösterir (Tyndall, Renner, Phillips ve Matteson, 1992). Ancak bu yöntemin daha fazla radyasyon dozu yayan cihazlarla çekildiği ve olumsuz etkilerinin çocuklarda erişkinlerden daha yüksek olduğu unutulmamalıdır. Biz de çalışmamızda daha iyi ölçüm sonuçları alabilmek için üç boyutlu bilgisayarlı tomografi görüntülerini arşiv taraması yaparak değerlendirdik.

5. Sonuçlar

Çalışmamıza dâhil edilen 6-14 yaş arası 102 kişinin (67 erkek, 35 kız) foramen mandibulae lokalizasyonunu belirlemek için yaptığımız ölçümler sağ ve sol olmak

üzere her iki foramen mandibulae'da gerçekleştirildi ve literatürle uyumlu olarak sağ ve sol foramen mandibulae arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.005$). Çalışmamızda yapmış olduğumuz tüm ölçümlerde (D1,D2,D3,D4) ve cinsiyet karşılaştırmalarında anlamlı bir fark yoktu ($p>0.005$). Bu sonuçlar literatür ile kısmen uyumlu idi.

Çalışmamızda D1 (foramen mandibulae ile incisura mandibula arasındaki uzaklık) ortalama 13.4 ± 2.2 mm olarak, D2 ölçümü (mandibulanın alt kenarı ile incisura mandibula arasındaki uzaklık) ortalama olarak 34.8 ± 4.4 mm, D3 ölçümü (foramen mandibulae ile ramus'un arka kenarına olan transvers mesafe) ortalama olarak 9.1 ± 1.8 mm, D4 ölçümü (mandibula'nın anteroposterior çapı) ortalama olarak 24 ± 2.4 mm bulundu. Yaş aralığı göz önünde bulundurulduğunda ölçümlerimizin literatürle nispeten uyumlu olduğu gözlemlendi.

Foramen mandibulae'nın ölçüm yerlerinin yaşa bağlı korelasyonuna bakıldığında literatürle uyumlu olarak tüm ölçümlerin yaşla birlikte arttığı görüldü. Foramen mandibulae'nın dikey konumuna (D1/D2) bakıldığında foramen mandibulae'nın artan yaşla birlikte yukarı yöne (incisura mandibula'ya doğru) kaydığı görüldü. Bu sonuçlar literatürle uyumlu idi.

Foramen mandibulae'nın anteroposterior konumuna (D3/D4) bakıldığında ramus arka kenarına daha yakın olduğu ancak yaşla birlikte ramus orta hattına doğru yöneldiği saptandı. Bu sonuçlar literatür ile kısmen uyumlu idi.

Mandibulae'nın dikey ve yatay büyüme oranları karşılaştırıldığında dikey büyümenin yatay büyümeden daha fazla olduğu görüldü. Bu sonuçların literatürle uyumlu olduğu gözlemlendi.

Çalışmamızın başarılı ve güvenli bir nervus alveolaris inferior blokajı için ön koşul olan foramen mandibulae lokalizasyonunun pediatrik popülasyonda belirlenmesinde yardımcı olabileceğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda elde edilen bilgileri literatür bilgisi ile karşılaştırdığımızda birçok bulgunun birbirine benzer olduğu ancak bazı ölçümlerde farklılıklar olduğu gözlemlenmektedir. Bu farklılıkların, diğer çalışmaların kuru kemiklerde ve panoramik radyografilerde yapılmış olması, farklı yaş gruplarında çalışılmış olunması, ölçüm yöntemlerinin farklı olmasından ve canlı üzerinde

bilgisayarlı tomografi ile yapılan çalışmaların az olmasından kaynaklanıyor olabileceğini düşündürmektedir.

Sonuç olarak foramen mandibulae’da yaşla ilgili belirli bir takım değişiklikler vardır ve bu farklılıkları doğrulamak ve detaylandırmak için daha fazla anatomik çalışmalara ihtiyaç vardır. Pediatrik populasyonda foramen mandibulae lokalizasyonunun tam olarak bilinmesi yapılacak olan mandibular anestezielerde anestezi komplikasyonlarının azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır.

Kaynaklar

- Afsar, A., Haas, D. A., Rossouw, P. E. ve Wood, R. E. (1998). Radiographic localization of mandibular anesthesia landmarks. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology and Endodontology*, 86, 234-241.
- Aksu, F., Zeybek, G., Aksu, E., Özcan, E., Çapraz, E. ve Alibeyoğlu, M. A. (2007). Foramen mandibulae’nın lokalizasyonu ve morfometrisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 21(3), 131-135.
- Altunsoy, M., Ağlarıcı, O.S., Ok, E., Nur, B.G., Güngör, E. ve Çolak, M.(2014). Localization of the mandibular foramen of 8-18 years old children and youths with cone-beam computed tomography. *Journal of Pediatric Dentistry*, 2, 44-48. doi: 10.4103/2321-6646.137677
- Ashkenazi, M., Taubman, L. ve Gavish, A. (2011). Age-associated changes of the mandibular foramen position in anteroposterior dimension and of the mandibular angle in dry human mandibles. *The Anatomical Record*, 294, 1319–1325. doi: 10.1002/ar.21429
- Bunyarit, S. S, Yuen Ying, R. P, Kadir, B. A, Nizam, M. M. ve Rahman M. M. (2016). Dental intervention perspective: anatomical variation of mental and mandibular foramen in selected malay patients. *Bangladesh Journal Of Medical Science [Serial Online]*, 15(3), 450-454. doi: <http://dx.doi.org/10.3329/bjms.v15i3.30200>
- Cantekin, K., Şekerci, A. E., Miloğlu, O. ve Büyük, S. K. (2014). Identification of the mandibular landmarks in a pediatric population. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 19(2), e136–41. doi: 10.4317/medoral.18980

- da Fontoura, R. A., Vasconcellos, H. A. ve Campos, A. E.(2002). Morphologic basis for the intraoral vertical ramus osteotomy: anatomic and radiographic localization of the mandibular foramen. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 60(6), 660–665.
- Epars, J. F., Mavropoulos, A. ve Kiliaridis, S. (2013). Influence of age and vertical facial type on the location of the mandibular foramen. *Pediatric Dentistry* 35(4), 369–373.
- Juodzbaly, G. ve Wang, H. (2010). Identification of the mandibular vital structures: practical clinical applications of anatomy and radiological examination methods. *Journal of Oral & Maxillofacial Research*, 1(2), e1. doi: 10.5037/jomr.2010.1201.
- Kane, A. A., Lo, L. J., Chen, Y. R., Hsu, K. H. ve Noordhoff, M. S. (2000). The course of the inferior alveolar nerve in the normal human mandibular ramus and in patients presenting for cosmetic reduction of the mandibular angles. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 106(5), 1162–1174.
- Levine, M. H., Goddard, A. L. ve Dodson, T. B. (2007). Inferior alveolar nerve canal position: a clinical and radiographic study. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 65(3), 470–474. doi: 10.1016/j.joms.2006.05.056
- Lim, M. Y., Lim, W. W., Rajan, S., Nambiar, P. ve Ngeow, W. C. (2015). Age related changes in the location of the mandibular and mental foramen in children with Mongoloid skeletal pattern. *European Archives of Paediatric Dentistry* 16, 397. doi:10.1007/s40368-015-0184-x.
- Lo, L. J., Wong, F. H. ve Chen, Y. R. (2004). The position of the inferior alveolar nerve at the mandibular angle: an anatomic consideration for aesthetic mandibular angle reduction. *Annals of Plastic Surgery*, 53(1), 50–55.
- Movahhed, T., Makarem, A., Imanimoghaddam, M., Anbiaee, N., Sarrafshirazi, A. R. ve Shakeri, M. T. (2011). Locating the mandibular foramen relative to the occlusal plane using panoramic radiography. *Journal of Applied Sciences*, 11, 573–578. doi: 10.3923/jas.2011.573.578
- Oguz, O. ve Bozkır, M.G.(2002). Evaluation of location of mandibular and mental foramina in dry, young, adult human male, dentulous mandibles. *West Indian Medical Journal*, 51, 14-16.

- Ono, E., Filho, M. E., Moraes, L. C., Castilho, J. C. M. ve Moraes, M. E. L. (2005). Anteroposterior location of the mandibular foramen of 7 to 12 year-old children in panoramic radiographs. *Ciência Odontológica Brasileira*, 8(2), 6–12.
- Paryab, M. ve Ahmadyar, M. (2015). Locating mandibular foramen in children with mandibular retrognathism in mixed dentition. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 9(2), 66-71. doi: 10.15171/joddd.2015.014.
- Sağlam, A. (2005). *Dental anestezi*. Ankara: Berkay Ofset Ltd.Şti.
- Sancak, B. ve Cumhuri, M. (2002). *Fonksiyonel anatomi (baş boyun ve iç organlar)*. Ankara: ODTÜ Yayıncılık.
- Şekerci, A.E., Cantekin, K. ve Aydınbelge, M. (2013). Cone beam computed tomographic analysis of the shape, height, and location of the mandibular lingula in a population of children. *BioMed Research International*, 2013, 825453. doi: 10.1155/2013/825453
- Tsai, H. H. (2004). Panoramic radiographic findings of the mandibular foramen from deciduous to early permanent dentition. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 28(3), 215–219.
- Tyndall, D. A., Renner, J. B., Phillips, C. ve Matteson, S. R. (1992). Positional changes of the mandibular condyle assessed by three-dimensional computed tomography. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 50(11), 1164-1172.

Beyanlar

Bu çalışma 25-27 Eylül 2017 tarihleri arasında Bolu, Abant'ta yapılan 18. Ulusal Anatomi Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Tablo 1. Tüm Bireylerde Yapılan Ölçüm Yerlerinin ve Oranlarının Minimum ve Maksimum Değerleri ile Ortalamaları

		Minimum-Maksimum (mm)	Ortalama±Standart Sapma
D1	Sağ	8.3-19.7	13.4±2.2
	Sol	8.9-17.8	13.2±2.03
D2	Sağ	23.2-47.6	34.8±4.4
	Sol	23.4-49.6	34.9±4.6
D3	Sağ	5.5-14.4	9.1±1.8
	Sol	5.1-1.4	9.4±1.7
D4	Sağ	16.4-30.2	24±2.4
	Sol	15.7-28.6	23.3±2.3
D1/D2	Sağ	0.2-0.5	0.3±.04
	Sol	0.2-0.5	0.3±.06
D3/D4	Sağ	0.2-0.5	0.3±.04
	Sol	0.2-0.5	0.4±.06
D2/D4	Sağ	1.1-1.9	1.4±0.1
	Sol	1-2.1	1.5±0.1

D1. Vertikal çizgi üzerinde foramen mandibulae'nin üst kenarından incisura mandibulae'ya olan en yakın mesafe (D1)

D2. Vertikal çizgi üzerinde incisura mandibulae ile foramen mandibulae'dan geçecek şekilde mandibula alt kenarı arasındaki mesafe (D2)

D3. Transvers çizgi üzerinde foramen mandibulae'nin arka kenarı ile ramus mandibulae'nin arka kenarı arasındaki mesafe (D3)

D4. Transvers çizgi üzerinde ramus mandibulae'nin arka kenarı ile foramen mandibulae'dan geçecek şekilde ramus'un ön kenarı arasındaki mesafe (D4)

Tablo 2. D1, D2, D3 ve D4 Ölçümlerinin Sağ Ve Sol Foramen Mandibulae'da Karşılaştırılması

	Sağ	Sol	P
	Ortalama±Standart	Ortalama±Standart	
	Sapma (mm)	Sapma (mm)	
D1	13.4±2.2	13.2±2.03	.598
D2	34.8±4.4	34.9±4.6	.848
D3	9.1±1.8	9.4±1.7	.142
D4	24±2.4	23.3±2.3	.056

İstatistiksel değerlendirmede Mann Withney U Testi kullanıldı

p<0.05

D1. Vertikal çizgi üzerinde foramen mandibulae'nın üst kenarından incisura mandibulae'ya olan en yakın mesafe (D1)

D2. Vertikal çizgi üzerinde incisura mandibulae ile foramen mandibulae'dan geçecek şekilde mandibula alt kenarı arasındaki mesafe (D2)

D3. Transvers çizgi üzerinde foramen mandibulae'nın arka kenarı ile ramus mandibulae'nın arka kenarı arasındaki mesafe (D3)

D4. Transvers çizgi üzerinde ramus mandibulae'nın arka kenarı ile foramen mandibulae'dan geçecek şekilde ramus'un ön kenarı arasındaki mesafe (D4)

Tablo 3. D1, D2, D3 ve D4 Ölçümlerinin Kız Ve Erkekte Karşılaştırılması

		Kız (n:35)		Erkek (n:67)		p
		Minimum-Maksimum (mm)	Ortalama±Standart Sapma	Minimum-Maksimum (mm)	Ortalama±Standart Sapma	
D1	Sağ**	8.3-19.7	13.6±2.5	8.9-18.8	13.3±2	.532
	Sol**	8.9-17.8	13.1±2.1	9-17.5	13.3±1.9	.771
D2	Sağ*	23.2-47.6	35.2±5.3	27.6-46.7	34.6±3.9	.595
	Sol*	23.4-49.4	35.1±5.5	26.8-49.6	34.9±4.2	.963
D3	Sağ*	5.8-14.4	8.9±1.8	5.5-13.6	9.1±1.9	.256

	Sol**	6.4-14	9.4±1.8	5.1-28.6	9.4±1.7	.951
D4	Sağ**	20.3-29	24±2.4	16.4-30.2	23.9±2.4	.893
	Sol**	17.7-28.5	23.3±2.3	15.7-28.6	23.3±2.4	.985

*: İstatistiksel değerlendirmede Mann Withney U Testi kullanıldı

** :İstatistiksel değerlendirmede Bağımsız Gruplarda T Testi kullanıldı

p<0.05

D1. Vertikal çizgi üzerinde foramen mandibulae'nın üst kenarından incisura mandibulae'ya olan en yakın mesafe (D1)

D2. Vertikal çizgi üzerinde incisura mandibulae ile foramen mandibulae'dan geçecek şekilde mandibula alt kenarı arasındaki mesafe (D2)

D3. Transvers çizgi üzerinde foramen mandibulae'nın arka kenarı ile ramus mandibulae'nın arka kenarı arasındaki mesafe (D3)

D4. Transvers çizgi üzerinde ramus mandibulae'nın arka kenarı ile foramen mandibulae'dan geçecek şekilde ramus'un ön kenarı arasındaki mesafe (D4)

Tablo 4. D1/D2, D3/D4 ve D2/D4 Oranlarının Kız ve Erkekte Karşılaştırılması

		Erkek				P
		Kız		Erkek		
		Minimum- Maksimum (mm)	Ortalama± Standart Sapma	Minimum- Maksimum (mm)	Ortalama± Standart Sapma	
D1/D2	Sağ**	0.2-0.5	0.3±.05	0.2-0.4	0.3±.04	.803
	Sol**	0.2-.5	0.3±0.05	0.2-0.4	0.3±0.04	.732
D3/D4	Sağ*	0.2-0.5	0.3±.05	0.2-.5	0.3±.06	.138
	Sol**	0.2-0.5	0.4±0.05	0.2-0.5	0.4±.06	.849
D2/D4	Sağ**	1.1-1.9	1.4±0.1	1.1-1.8	1.4±0.1	.846
	Sol**	1.1-1.9	1.5±0.2	1-2.1	1.5±0.1	.874

*: İstatistiksel değerlendirmede Mann Withney U Testi kullanıldı

** :İstatistiksel değerlendirmede Bağımsız Gruplarda T Testi kullanıldı

p<0.05

D1. Vertikal çizgi üzerinde foramen mandibulae'nın üst kenarından incisura mandibulae'ya olan en yakın mesafe (D1)



D2. Vertikal çizgi üzerinde incisura mandibulae ile foramen mandibulae'dan geçecek şekilde mandibula alt kenarı arasındaki mesafe (D2)

D3. Transvers çizgi üzerinde foramen mandibulae'nın arka kenarı ile ramus mandibulae'nın arka kenarı arasındaki mesafe (D3)

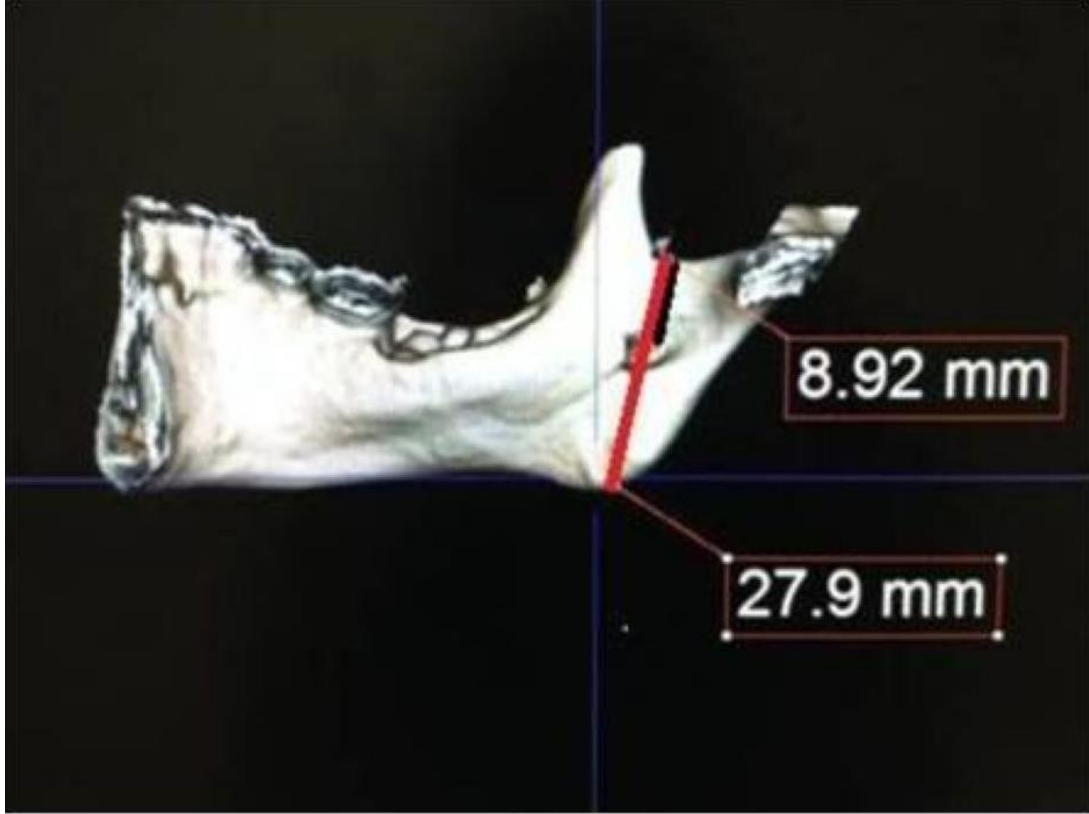
D4. Transvers çizgi üzerinde ramus mandibulae'nın arka kenarı ile foramen mandibulae'dan geçecek şekilde ramus'un ön kenarı arasındaki mesafe (D4)

Tablo 5. Yaş ile D1, D2, D3 ve D4 ölçümlerinin ve D1/D2, D3/D4 ve D2/D4 Oranlarının Karşılaştırılması

		D1	D2	D3	D4	D1/D2	D3/D4	D2/D4
Yaş	Sağ r	0.272	0.582	0.453	0.452	-0.252	0.281	.255
	p	0.006	0.000	0.000	0.000	0.011	0.004	0.010
	Sol r	0.301	0.601	0.523	0.435	-0.266	0.347	0.290
	p	0.002	0.000	0.000	0.000	0.007	0.000	0.003

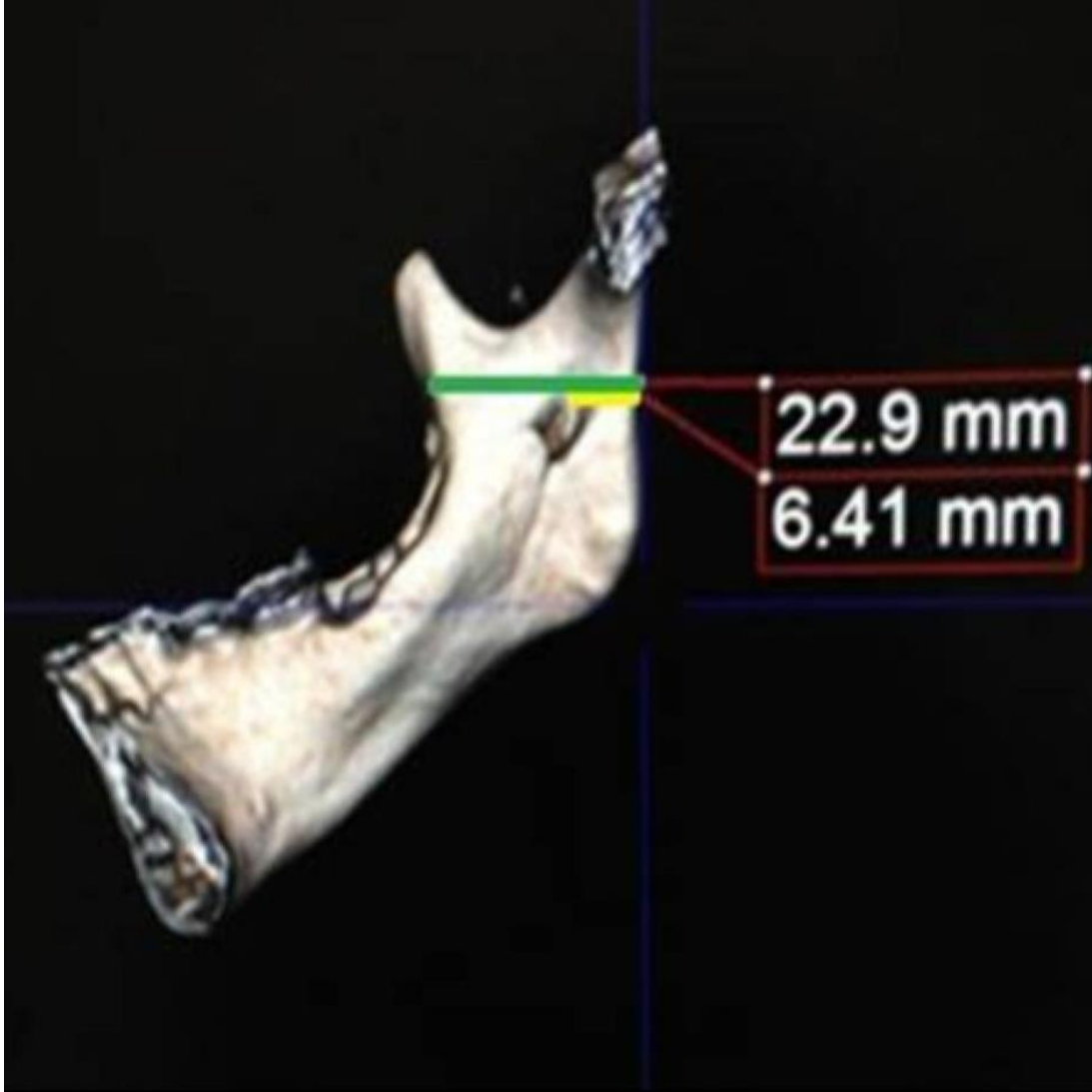
r: Korelasyon katsayısı

p<0.05



Resim 1. Kranial Bilgisayarlı Tomografi ile mandibula'daki D1 ve D2 mesafeleri

Vertikal çizgi üzerinde foramen mandibulae'nın üst kenarından incisura mandibulae'ya olan en yakın mesafe (D1-siyah çizgi).
Vertikal çizgi üzerinde incisura mandibulae ile foramen mandibulae'dan geçecek şekilde mandibula alt kenarı arasındaki mesafe (D2- kırmızı çizgi).



Resim 2. Kranial Bilgisayarlı Tomografi ile mandibula'daki D3 ve D4 mesafeleri

Transvers çizgi üzerinde foramen mandibulae'nın arka kenarı ile ramus mandibulae'nın arka kenarı arasındaki mesafe (D3-sarı çizgi). Transvers çizgi üzerinde ramus mandibulae'nın arka kenarı ile foramen mandibulae'dan geçecek şekilde ramus'un ön kenarı arasındaki mesafe (D4-yeşil çizgi)

Beyanlar

Bu çalışma, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nde ve Doç. Dr. Ozan TURAMANLAR danışmanlığını yaptığı, Özlem ERYİĞİT'in yüksek lisans tezinden (Tez No:2017-003) üretilmiştir.

Derleme / Review

**HAZRETİ PEYGAMBER DÖNEMİNDE SAĞLIK BAKIM
UYGULAMALARI VE İLK MÜSLÜMAN HEMŞİRELER**

**Healthcare Implementation At The Time Of Prophet Mohammad And First
Muslim Nurses**

Dr. Zehra GENÇEL EFE
Hitit Üniversitesi

zehraefe@hitit.edu.tr 

Öz

İslamiyet sağlığa büyük önem vermiş, Kuran'da ve Peygamber'in hadislerinde sık sık sağlığı korumaya, hastalıklardan tedavi olmaya dair tavsiye ve emirlere yer verilmiştir. Hazreti Peygamberin Kuran'ın bizzat kendisinin şifa olduğu ve Allah'ın hastalığı verdiği gibi şifayı da verdiği mealindeki hadisleri, Müslümanları şifayı aramaya teşvik etmektedir.

İslamî Dönemde, hasta bakımı ve ilaç uygulanması gibi konularda kadınların etkin olduğu görülmektedir. İslamiyet başlangıcından itibaren kadının toplumdaki statüsünü iyileştirme yoluna gitmiş, kadına sosyal statü yanında hukuksal statü de kazandırmıştır. Kadınların savaş zamanı erkeklerle beraber savaşa katıldığı, cephede yaraların sarılması, hastaların tedavi edilmesi işlerini yaptıkları, bunun karşılığı olarak da ganimetten pay aldıkları görülmektedir. Böyle bir statü kazanan kadının sağlık, hasta bakımı ve hemşirelik hizmetlerinde önemli konuma sahip olması son derece önem taşımaktadır.

İlk Müslüman hemşireler olarak, savaşa bizzat katılmış, yaralıların bakımını üstlenmiş kadın sahabeler yanında barış zamanı hastalara bakan ve ilaç uygulayan kadınlar da bulunmaktadır. Onların faaliyetlerine değinmek, dönemin hemşirelik tarihine ışık tutması bakımından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Tarih, Sahabe, İslamiyet, Bakım.

Abstract

Islam has attached great importance to health and many recommendations and commandments are frequently present in the Quran and the hadiths of His Holiness Prophet Mohammad about the preservation of health and the treatment of the diseases. The hadiths of His Holiness Prophet Mohammad pointing the Quran itself as a remedy and that Allah gives remedies as well as he gives the diseases, encouraged Muslims to look for cures.

It is observed during the Islamic Period that women are active in matters of patient care and medication application. . From its beginning, Islam improved the improvement the status of women in the society and gained women legal status as well as social status. It is seen that during war times, women engaged with war along with men; that they bandaged wounds and treated patients; and in return they took share in from war seizures. It is of ultimate importance that a woman who has gained such a status holds an important position in health, care giving and nursing services.

As first Muslim nurses who engaged personally with wars and assumed the treatment of injured ones, there were also women who looked after patients and applied medication during peacetime along with these women companion. It is important to mention their activities with regard to set light to the nursing history at that period.

Keywords: Nursing, History, Companion, Islam, Care.

1. Giriş

İnsan sağlığının korunması ve hastalıkların giderilmesi konusunu kapsayan tıp faaliyetleri tarihi insanlık tarihiyle beraber başlamıştır. İnsan yeryüzünde var olduğu andan itibaren hayatta kalabilmek için çevresel koşullarla mücadele etmeye başlamış, bu mücadele esnasında yaralanmış, hasta olmuş ve yenilmiştir. Bu hastalık ve yaralanmalarla birlikte, acısını giderecek, hastalığını tedavi edecek ve yaşamını uzatacak çareler ve bunu kendisine sağlayacak kişiler arama yoluna gitmiştir. Bu arayış hekim ve hemşireyi ortaya çıkarmıştır. Bu dönemlerle ilgili bugünüme kadar gelen ve bize tıp tarihi açısından önemli bilgiler veren en önemli unsurlar kalıntılardır.

Tıbbi bilgilerin kaynağının deneysel tecrübî bilginin olduğunu benimseyenler ve bunun ilahi kaynaklı olduğunu düşünenler mevcuttur. Tecrübî olduğunu söyleyenler, ilk insandan itibaren ortaya çıkan hastalık ve tedavi deneyimlerinin, zamanla bir tıp örfüne dönüştüğünü ve tıp ilminin temellerini oluşturduğunu söylemektedir. Bir kısım da bu bilginin ilahi kaynaklı olduğunu, tıbbi bilginin elde edilmesinde sadece aklın

yeterli görülemeyeceğini, peygamberlerin bu konuda bazı bilgiler sunmuş olabileceğini kabul etmektedir. İshak bin er-Ruhavî (ö. (Ölüm Tarihi) M.S. (Milattan Sonra) IX) bunlardan biridir. Ayrıca Galen'in (M.S. 130-201) de Allah'ın tıbbi bilgiyi yarattığı ve onu insanlara ilham ettiği söylenmektedir (Öztürk, 2003, 36).

Başlangıçta ampirik yolla ve seleksiyonla gelişse bile, ilerleyen zaman da dinsel ve sosyal etkiler hakim durumuna gelmiştir (Şentürk, 2014, 3).

Çok eski dönemlere ait bazı kayıtlara bakıldığında, hemşirelik ayrı bir meslek olduğunu gösteren deliller bulunmaktadır. Çoğunlukla bir hekim ya da rahibin yanında görülmekle birlikte, usta bir hastabakıcı ve ebe olarak var olduğu bilinmektedir. Toplumda bu görevi büyük oranda kadın üstlenmiştir. Aile içinde eş, anne veya kardeş olmanın bu görevlendirmede önemli rol oynadığı kesindir (Ökdem, Abbasoğlu ve Doğan, 2000, 5).

Yunan Tarihinin ünlü hekimi ve mitolojide Tanrı olarak kabul edilen Aesculapies'un kızı Hijyen, tapınakta yardım isteyen hastalara yardım ediyordu. Bu durum hemşirelik tarihi açısından önemlidir. Ayrıca modern hemşirelik tanımına da uygundur. Her ne kadar örgütsel bir meslekten bahsetmek mümkün olmasa da, yapılan iş mesleği tanımlama ile ilgili işaretler taşımaktadır (Ökdem ve diğerleri, 2000, 6).

Dinler de sağlık, tedavi ve hasta bakımı ile ilgilenmişlerdir. İlahi dinlerin kaynaklarına bakıldığında, özellikle insan sağlığı, yardımlaşma, hasta ziyareti ve hastalığa çare arama gibi konulardan çokça söz edildiği görülmektedir.

Musevilerde yaraların şarapla tedavi edilmesi, ebeler yetiştirilip doğum ve lohusalıkta kadına yardımcı olunması, kişisel hijyen ve çevre temizliğine önem verilmesi kayda değerdir. Besinlerin temizliği ve beslenme konusu en çok vurgulanan hususlar arasındadır. Hz Musa sağlıksız kabul edilen gıdaların yenmesini yasaklamış, satış yerlerini bizzat kendisi denetlemek suretiyle bu konuya verdiği önemi göstermiştir. Özellikle ebelik ile ilgili çokça bilgi bulunmaktadır. Gebelik, doğum ve lohusalık döneminde hijyene büyük önem vermişler, bunları sağlamak için ebeler yetiştirmişlerdir (Ökdem ve diğerleri, 2000, 5).

İncil'de de özellikle ebelik hakkında ebeler hakkında bilgiler bulunur. “*Ve Mısır kralı, birinin adı Şifra ve obirinin adı Pua olan İbranî ebelere söyledi ve dedi: İbranî*

kadınları için ebelik hizmetini yaptığınız ve onları doğurma iskemlesi üzerinde gördüğünüz zaman, eğer bir erkek çocuksa, onu öldüreceksiniz; fakat eğer kız ise, o yaşayacaktır. Fakat ebeler Allahtan korkarlardı ve Mısır kralının kendilerine emrettiğine göre yapmadılar ve erkek çocukları sağ bıraktılar. Ve Mısır kralı ebeleri çağırıp onlara dedi: Niçin bu şeyi yaptınız ve erkek çocukları sağ bıraktınız? Ve ebeler Firavuna dediler: Çünkü İbranî kadınları Mısırlı kadınlar gibi değildirler; çünkü onlar canlıdırlar ve ebe onların yanına gelmeden evvel doğuruyorlar. Ve Allah ebelere iyilik etti ve kavim çoğaldı ve ziyadesiyle kuvvetlendiler. Ve vaki oldu ki, ebeler Allahtan korktuklarından, onları ev bark sahibi etti. Ve Firavun bütün kavmine emredip dedi: Her doğan erkek çocuğu ırmağa atacaksınız ve her kızı sağ bırakacaksınız.” (Kitab-ı Mukaddes, Mısırdan Çıkış I, 15-23) Bu ayette görüldüğü gibi kutsal metinlerde ebelerin kullandığı malzemeler (doğum sandalyesi) hakkında bilgiler bulunduğu gibi, ebelerin veya kadına ve bebeğe bakım veren kişilerin merhametli ve Allah korkusu taşıyan kişiler olması gibi özelliklerinden de bahsedilmektedir. Bu ayetlerde ebelerin bu özelliklerden bahsedilmesi, bu dinin müntesipleri arasında bulunan hasta bakıcı ve ebelere merhamet ve Allah korkusuna sahip olma özelliklerini taşımaları tavsiyesi bulundurmaktadır.

Hıristiyanlığın başlangıcında Hazreti İsa döneminde hasta ve yatalaklara bakım için bakımevleri açılmıştı. Daha sonraki dönemde özellikle asil sınıftan kadınların bu tür hayır işlerine yönelmesi ve dekoneslerin hasta bakımında ilerlemiş olması sonucunda, bir takım örgütlenmeye yol açmıştır. Hemşirelik açısından da önemli bir çığır açmıştır. Bu anlamda Dekones Marcella, Paula ve Fabiola önemlidir. Fabiola, evleri dolaşım yaraları tedavi etmiş ve beslenmelerine yardımcı olmuştur (Şentürk, 2014, 16-17). Bu veriler göz önüne alındığında dinlerin sağlığa ve hastaya yardıma teşvik etmiş olduğunu genel olarak söyleyebiliriz.

İslam öncesinde Araplarda bilinen tıp uygulamaları hakkında çok bilgi bulunmamasına rağmen, onların tıbbı Babilliler'den öğrendiği tahmin edilmektedir. Hazreti Peygamber Dönemine yakın zamanlarda, İranlılarla kurdukları ilişkilerden de etkileşim olması ihtimali düşünülmektedir. Bunun yanında bir takım bitkilerden ilaçlar yapmaları, tıbbi tecrübeye sahip olduklarını göstermesi bakımından önemlidir (Öztürk, 2013, 63).

Arap toplumunda genel olarak iki tür tedavi yönteminden bahsetmek mümkündür. Bunlardan birincisi, kahin ve arrâfların rukye, efsun ve fal okları ile yaptıkları ve yaygın olarak kullanılan yöntem idi.

Rukye ve muskacılık Cahiliye Arapları içinde yaygın idi. Hastalığa sebep olan gizli güçlerin etkilerini yok etmek için ve nazardan korunmak için boyunlarında "nüfre", "temîme", "nüşre", "azâim", "ta'viz", "tevele" gibi isimler taşıyan muskalar takarlardı. Ayrıca hastaların başını veya ağrıyan organlarını tutarak okuyup üfleyen kahin ve büyücülerin onlara sıhhat verdiği inanırdı (Çelebi, 2008, 220).

Ayrıca fal okları da karar verme konusunda önemli yere sahipti. Savaşa karar verme, evlenme, çocukların nesebini tayin etme, su kuyusu açma gibi her türlü işte karar vermede aracı olarak kullanılan bir yöntem idi. Bu tedavilerin belirlenmesinde de etkili olmuştur (Öz, 1995, 67).

Diğer tedavi yöntemi de ilaçla ve tıbbi yöntemlerle tedavi idi. Araplar arasında tıpla ilgilenen kişiler vardı. Haris el-Kelede bu anlamda meşhur hekim idi. Ayrıca Nadr b. Haris ve Cerrah İbn Ebu Rimse de bu dönem hekimleri arasındadır. Dağlama konusunda uzmanlaşmış olan İbn Hizyem ve Dımam el-Sa'lebe el-Ezdî de sağlık işleriyle uğraşan kişiler arasında idi (Öztürk, 2013, 67).

Yine bu dönem için Ku'aybe Binti Sa'd da önemlidir. Eslemiyye kabilesinden olan bu kadın, İslamiyet'ten önce sağlık işlerinde tanınmıştı. Hicret sırasında Müslüman olmuş ve hicret edenlere bu anlamda yardım etmiştir (Savaş, 2002, 519).

Genel olarak değerlendirildiğinde Arap tıbbi diğer tıp geleneklerine göre çok ilerlemiş değildi. İbn Haldun'a göre Bedeviler içinde sınırlı sayıda kişi tıpla ilgileniyordu. Bunlar da genel olarak kabilenin önde gelen kişilerinden ve ihtiyar kadınlardan alınmış tecrübî bilgilerdir (Öztürk, 2013, 64).

Araplar arasında putlardan yardım umarak, tedaviyi reddeden ve ümitsizliğin hakim olduğu anlayışa sahip olan insanlar, "Tedavi olmak kaderde neyi değiştirecek?" dediklerinde, Resulullah "Bizzat tedavi kaderdir" demiştir. Resulullah esasen dini hükümleri bize bildirmek için gönderilmiştir. Ne tababet ne de ticaret veya diğer dünyevi hükümler için gelmemiştir. Bundan dolayı Resulullah'ın tıpla ilgili hadisleri, inananları tedaviye teşvik etmesi, psikolojik destek sağlaması ve Müslümanların ilmi

bilgiye sarılmasını sağlaması açısından büyük değer ifade etmektedir (Öztürk, 2013, 66). Bunun gibi: "Allah Teâlâ Hazretleri hastalığı da ilacı da indirmiştir. Ve her hastalığa bir ilaç var etmiştir. Öyleyse tedavi olun. Ancak haram olan şeyle tedavi olmayın." hadisi konuyu tam olarak ifade etmektedir (Tekineş, 2010, 122).

Peygamber'in hastalık ve tedavi yolları ile ilgili çok sayıda hadisi bulunmaktadır. Öyle ki bu hadisler meşhur hadis kitaplarında müstakil bölümlerde toplanmıştır. Ayrıca daha sonraki dönemlerde, bu hadislerden yola çıkılarak çok sayıda Tıbbı Nebevi (Peygamber Tıbbı) çalışmaları yapılmıştır. Tıbbı Nebevilerde, Peygamber'in bu konudaki sünneti ve hadislerinden yola çıkılarak bir tıp geleneği oluşturulmaya çalışılmıştır.

Bahsedilmesi gereken bir başka önemli konu da Havassü'l-Kuran'dır. Esmâ-ü Hüsnâ ile bazı ayetlerin dileklerin kabulündeki etkisini ifade eden bu tabir, hastalığı çaresiz olan ve modern tıp yöntemleriyle tedavisi mümkün olmayan müminin, ayetleri dua niyetiyle okuyarak şifa dilemesi, buna tutunarak ümidini koruması ve yüksek moralle fizyolojik ve psikolojik rahatsızlığına çare olacağına inanmasıyla ortaya çıkmıştır. Burada Peygamber'in Kuran'ın bizzat kendisinin şifa olduğu mealindeki hadisinin de rolü büyük olmalıdır (Eroğlu, 1997, 522-523).

İlk Müslüman hemşireler dendiğinde ilk akla gelen, İslam'ın kadını toplumda yüceltmesidir. İçinde doğduğu toplumun kadınlara karşı olumsuz bakışını düzeltmesi, onların durumlarını hem sosyal hem de hukuksal olarak iyileştirmiş olmasıdır. Peygamber tebliğine başladığı andan itibaren kadınlara özel ihtimam göstermiş, kendisinin Peygamberliğini kabul eden her erkek de olduğu gibi, her kadından da biat alarak bu statüyü kabul ettiğini topluma göstermiştir. Bu dönemde giderek artan bir şekilde, kadınlar her sosyal alanda bulunmaya başlamışlardır. İlimde, tıpta, fıkıhta ilerlemiş kadın sahabeler, kendilerine danışılır düzeyde ilerlemişlerdir (Aydın, 2001, 90).

Kadın sahabeler tarafından toplumda sunulan en önemli sağlık hizmeti, şüphesiz doğuma yardımdır. Toplumda bu hizmeti kadınlar yürütüyordu. Doğun yapan kadının başında bazen birden fazla ebe bulunuyordu. Rivayetlerden birinde, Peygamber'in kızı

Fâtımâ doğum yaparken, başında Sevde, Selmâ ve bir kaç kadın sahabe daha bulunarak doğuma yardımcı olmuşlardır (Eren, 2012, 327).

Ümmü Seleme'den nakledilen bir rivayete göre, doğum yapan kadınlar lohusalık ateşine yakalanmamak için dinlendirilir, çevresinde bulunan kadınlar bu kadının bakımını yapardı. Ayrıca gebelik ve lohusalığa bağlı yüzünde çıkan sivilce ve lekeler de vers bitkisi ile tedavi edilirdi (Öztürk, 2013, 81).

Kadınların sağlık alanında faaliyet gösterdiği en önemli alanlardan biri de sünnet işlemidir. Ümmü Atıyye bu yönüyle ün yapmış bir sahabedir. Her ne kadar kullandığı yöntem, alet-edevat ve ilaçlarla ilgili kaynaklarda bilgi bulunmasa da, cerrahi bir işlem gereken bu uygulama konusunda uzmanlaşmış olduğu bilinmektedir. Ümmü Emmar da sünnetçilik yaptığı da bilinen sahabilerdendir (Savaş, 1991, 227).

Bu dönemde sık sık karşımıza çıkan savaşlarda da kadını görmek mümkündür. Savaşların yoğun olduğu bu coğrafyada en çok karşılaşılan sağlık sorunu yaralanmalardır. Öncelikle kanamaların durdurulması ve oluşacak enfeksiyonların kontrolü açısından, yaraya müdahale cepheye en yakın yerde ve acilen yapılmalıdır. Müdahale süreci 24 saat ile 72 saat arasında mutlaka yapılmalı ve bu süreyi aşmamalıdır (Çetingüç ve Alan, 1992, 50).

Cephede göğüs göğüse çarpışan kadınların yanında, cephe gerisinde, yaralanan askerlerin yaralarını saran, acılarını dindirmeye çalışan kadın sahabeler olmuştur. Bunlar bizzat Resulullah'a gelerek savaşa katılmak için izin almışlar ve cephede yaraları sarmışlardır.

Bütün bunlara topluca baktığımızda, hemşirelik mesleğinin genel amaçları yüzyıllar boyunca aynı kalmış, ancak hemşirelik uygulamalarının kapsamı ve niteliği toplumun ihtiyaçlarına göre değişiklik ve gelişme göstermiştir (Karadağ ve Uçan, 2006, 43).

2. Hastabakıcı Sahabeler

2.1. Küaybe Bint Sa'd (Ö.628)

Hız. Peygamber Döneminde kadın sahabeler in savaşa katıldıklarını ve savaşta zaman zaman çarpışmaya katıldıkları bilinmektedir. Bunun yanında savaş gerisinde

askerlerin su, yemek gibi ihtiyaçlarını karşıladıkları gibi, yaralananların yaralarını sarmaya ve acılarını dindirmeye çalışıyorlardı. Bu kadın sahabelerin başında Küaybe Bint Sa'd el-Eslemiyye gelmektedir (Savaş, 2002, 519).

Küaybe Bint Sa'd el-Eslemiyye, Hz Peygamberin Mekke'den Medine'ye hicretinden sonra Müslüman olmuş ve biat etmiş olan bir kadın sahabedir. Yaralı ve hastaları tedavi konusunda maharetli olduğu rivayet edilen Küaybe'nin, İslam'ı kabul ettikten sonra Resulullah'a gelerek kendisinin tababeti bilen bir aileden geldiğini, bundan sonra da kendisine izin verilirse bu hizmeti yürütmek istediğini bildirmiştir. İslam'ın yeni yayılmaya başladığı ve savaşların çok sık yaşandığı bu dönemde, en çok ihtiyaç duyulan meslek dallarının başında hekim ve hastabakıcılar geliyordu. Resulullah da Küaybe'nin hastabakıcılık yapması konusunda kendisine izin vermiştir (Savaş, 2002, 519).

İslâmiyet'in ilk yıllarında Mescid-i Nebevî bütün resmî faaliyetlerin gerçekleştirildiği bir mekândı. Hz. Peygamber'in devlet başkanı olması dolayısıyla siyasetin, muallimlik vasfı sebebiyle eğitimin, ordu kumandanı olarak askerî teşkilâtın, kadılık vasfıyla adalet teşkilâtının merkezi durumundaydı. Ayrıca Suffe başta olmak üzere bazı kişiler için barınma yeri, misafirhane ve sosyal yardım mahalli olarak kullanılıyordu. Resûl-i Ekrem, çeşitli Arap kabilelerine mensup elçi heyetlerini burada kabul etmiş, bazı heyetler mescidin içerisinde kurulan çadırlarda ağırlandı. Aynı dönemde bazı suçluların cezalarını çekmeleri için Mescid-i Nebevî'nin direğine bağlandıkları rivayet edilmektedir (Bozkurt ve Küçükaşçı, 2004, 288).

Küaybe kendisi Mescid-i Nebevîde kalırdı. Resulullah böylesine önemli bir merkezde hasta ve yaralıları tedavi ettiği bir çadır kurmasına ve faaliyetlerini burada yürütmesine izin vermişti. Evs kabilesi reisi Sa'd Bin Mu'az Hendek Savaşında okla kolundan yaralandığında, Resulullah onu hemen Küaybe'nin çadırına götürmelerini emretmişti. Burada tedavi ve bakımını Küaybe üstlenmişti. Mu'az vefat edinceye kadar burada kaldı (İbn Sa'd, 2015, 314). Ayrıca Küaybe Mescid-i Nebevî'nin temizlik ve düzeninden de sorumlu idi. Burada kaybolan eşyaların sahiplerine teslimi de Onun sorumluluk alanındaydı. Burada sadece yaralı ve hastalara bakmakla kalmıyor, kimsesiz, zayıf, bakıma muhtaç kimselerin koruyup gözetilmesini sağlıyordu.

Küaybe'nin Hayber Gazvesi'ne katıldığını ve Peygamber'in ona ganimetten erkeklere verilen miktar kadar pay verdiğini bilinmektedir (Savaş, 2002, 519).

Küaybe'nin bu dönemde etkin bir şekilde hastaların bakımını üstlenmesi kendi döneminin içinde çok büyük önem arz etmektedir. Bunun yanında kimsesizlere, zayıf ve bakımsız olanlara ve muhtaçlara yardım etmesi, beslenmelerini sağlaması da büyük önem taşımaktadır. Küaybe'ye bu anlamda İslam'ın ilk hemşiresi demek mümkündür.

2.2. Esmâ Binti Umeys

Esmâ Binti Umeys, İslam'ın ilk dönemlerinde Müslüman olmuş ve kocası Cafer Bin Ebu Talib ile birlikte Habeşistan'a göç eden ilk Müslüman sahabilerden idi. Habeşistan'da iki çocuğunu dünyaya getirdi. Hicretin yedinci yılında yani 628'de Habeşistan'dan Medine'ye geldi (Kandemir, 1995, 422).

Esmâ zeki, görgülü ve tecrübeli bir kadındı. Habeşistan'da kaldığı sürede orada birçok konuda bilgiler öğrenmiş ve bunları Medine'ye döndüğünde uygulamıştır. Medine'de cenazelerin sedye üzerine konulması uygulamasını ilk öğrettiği kişi Esmâ idi. Hz Fatıma vefat ettiğinde, cenazenin taşınması için sedye yaptırmış ve cenazenin bu şekilde taşınması âdetini getirmişti. Bu yöntem onun Habeşistan'da öğrendiği bir yöntem idi (İbn Sa'd, 2015, 27).

Burada çeşitli bitkilerden ilaç yapımını öğrendiği bilinmektedir. Bu bitkiler arasında Hindistan ve Yemen'den getirilen bitkiler olduğu bilinmektedir (Savaş, 1991, 227). Bu bilgiden Esmâ'nın hastalıklara iyi gelebilecek ilaçlar yaptığını ve bunları uyguladığını görmekteyiz.

Resulullah hastalandığında hafif kendinden geçmişti. Bir nevi baygınlık halinde idi. Acıyla uyanmış ve kendisine ne yapıldığını sormuştu. Etrafındakiler Resulullah'a bir ilaç damlattıklarını ve onun etkisiyle uyandığını söylediler. Resulullah bu ilacın Esmâ'nın Habeşistan'da öğrendiği ilaç olduğunu söylemiştir (Kandemir, 1995, 422; Uçar, 2017, 209).

Resulullah'a ilaç damlatılması vakası İbn Sa'd'da daha detaylı olarak şöyle anlatılmaktadır. Resulullah'ın hastalığı ilerleyince ona ilaç damlatıldı. İlacın sertliğini hissederek uyandı ve "*Bana ne yaptınız?*" dedi. "*İlaç damlattık*" dediler. İlacın ne

olduğunu ve kimin verdiğini sordu. "*Hind udu, biraz vers (Yemen safranı) ve birkaç damla zeytinyağı*" dediler. Esmâ binti Umeys'in emrettiğini söylediler. "*Bu Habeşistan'da öğrendiği bir tedavi şeklidir. Evde Abbas hariç ilaç damlatmayan kalmasın.*" dedi (İbn Sa'd, 2015, 240). Bu ve buna benzer başka rivayetlerden, Esmâ'nın ilaç hazırlama, hasta ve yara bakımı ve tedavilerle ilgili bilgi sahibi olduğunu anlamaktayız. Ayrıca bu rivayetler, kadınların sosyal hayatta etkinliğini göstermesi ve hasta bakımı ve tedavilerin bu etkiyi daha da arttırdığını göstermesi açısından da büyük önem taşımaktadır.

2.3. Ümmü Seleme

Resulullah'ın eşi olan Ümmü Seleme, önce Ebu Seleme el-Mahzumi ile evlendi. Eşi ile beraber İslamiyeti kabul eden ve Habeşistan'a hicret eden ilk Müslümanlar arasındaydı. Habeşistan'da üç çocuğunu da doğurmuş ve sonra eşi ile birlikte Medine'ye göç etmiştir. Eşinin vefatından sonra burada Resulullah ile evlenmiştir (Kandemir, 2012, 329).

Ümmü Seleme'nin tıpkı Esmâ Binti Ümeys gibi, Habeşistan'da hasta bakımı ve ilaç yapımıyla ilgili bir takım bilgiler öğrenmiş ve uygulamış olduğunu görmekteyiz (Savaş, 1991, 227). Burada öğrendiği bilgileri savaşlar sırasında da uygulamıştır. Resulullah ile beraber Hayber ve Taif Gazvelerine katılmış, yaralıların bakımını üstlenmiş ve tedavilerine iştirak etmiştir (Küçükaşçı, 2012, 330; Kandemir, 2012, 329).

Yaralıların tedavisi görevini yerine getirmek üzere ordu ile birlikte savaşa katılan kadınların, savaş sonunda elde edilen ganimetten önemli pay aldığını görmekteyiz. Bu da yaptıkları işin ne kadar değerli olduğunun takdir edildiğinin göstergesidir. Bazı savaşlarda karşılıklı savaşan erkeklerin aldığı miktarda ganimetten pay alan kadınların olduğuna dair rivayetler vardır (Küçükaşçı, 2012, 330).

2.4. Ümmü Sinan

Kadın sahabe arasında hasta bakımı konusunda gönüllü olan ve bu göreve talip olan bir başka sahabe Ümmü Sinan'dır. Ümmü Sinân, Peygamber'in yanına gelerek

yaralıların tedavisiyle ilgilenmek, su taşımak ve su kırıklarını dikmek gibi görevler alabileceğini söyledi.

Cephe gerisinde bu tür işleri yürütmek üzere Hayber Gazvesi'ne katılmak için izin istedi. O da kendisine, “Seninle birlikte olacak hanımlar var; ister kabilenle istersen bizimle birlikte savaşa katılabilirsin” dedi. Ümmü Sinân, Peygamber ailesiyle birlikte olmayı tercih ederek Ümmü Seleme ile beraber Hayber seferine katıldı ve savaşta yaralıların tedavisiyle ilgilendi. Savaş sonunda ganimetten kendisine gümüş takılar, Yemen tarzı elbise, saçaklı yaygı, Fedek kadifesinden kumaş, bir adet bakır tencere ve yedi dinara sattığı bir deve düştü (Küçükaşçı, 2012, 330).

2.5. Esmâ Binti Ebu Bekir

Ebu Bekir'in kızı ve Aişe'nin kız kardeşi olan Esmâ Binti Ebu Bekir, ilk Müslüman sahabe arasındadır. Esmâ son derece dirayetli, kendinden emin ve cesur bir kadındı. Cesaretini her ortam ve fırsatta göstermiştir (Büyükaslan, 2004, 40).

Kadın sahabeden bir kısmı savaş dışında da hastalıkların tedavisi ile ilgileniyordu. Bu konudaki en önemli rivayetlerden biri de Esmâ Binti Ebu Bekir ile ilgili nakledilen bilgilerdir.

Esmâ Binti Ebu Bekir, yanına getirilen hummalı hastaların ateşini soğuk su ile düşürür ve onların hastalıklarını iyileştirirdi (Savaş, 1991, 227).

Esmâ, Mekke'nin Fethi'ne, Hudeybiye seferine ve Yermük Savaşına katılmıştır. Yermük Savaşında çatışmaya katıldığı bilinmektedir. Fakat diğerlerinde yaralıların bakımı ve diğer ihtiyaçlar için bulunduğu bilinmektedir.

2.6. Şifa Binti Abdullah

Şifa Binti Abdullah İslam'ın ilk yıllarında Müslüman olan sahabeler arasındadır. Asıl adı Leyla olmasına rağmen, hastaları tedavi etme konusundaki bilgisi ve bu alanda yaptığı önemli işlerden dolayı Şifa adıyla anılmıştır. İyilikseverliği ve güzel ahlakı ile tanınan Şifa, Medine'ye hicret ettikten sonra, Resulullah'ın kendisine tahsis ettiği evde kalmıştı. Okuma yazması olan Şifa, burada kadınlara okuma yazma öğretmiş ve eğitim faaliyetlerinde bulunmuştu.

Şifa, Cahiliye Döneminde iken, remle denen bir cilt hastalığını rukye ile tedavi ederdi. İslami Dönemde de içerisinde şirk bulunmayan dualar okuması suretiyle rukye yapmasına izin verildi (Uraler, 2010, 138). Rukye hastalıkların dua ederek tedavi edilmesi yöntemidir.

Duâ ile tedavi eski çağlardan beri en çok başvurulan tedavi yöntemlerinden biridir. Günümüzde de tamamlayıcı alternatif tıp yöntemleri içinde en çok başvurulan tedavi yöntemidir.

2.7. Halide Binti Enes

Halide Binti Enes Ensar'dan bir sahabedir. İslamiyet'ten önce rukye yaparak hastaları iyileştiren Halide, Müslüman olunca buna devam etmek için Resulullah'tan izin almış ve rukye yapmaya devam etmiştir (Savaş, 1991, 228).

Ayrıca hem cahiliye döneminde hem de İslamî Dönemde Şifa adıyla anılan başka kadınlar bulunmaktadır. Kişilerin bu adla anılmaları, onların tıbbi konularla ilgilendiklerini akla getirmektedir.

3. SONUÇ

İslamiyet öncesi ve sonrası dönemde hasta bakımı ve hastalıkların tedavisi konusu değerlendirildiğinde iki ana konunun önemi ortaya çıkmaktadır. Birincisi İslam Dini hastalığın tedavisini aramayı teşvik etmektedir. Şifayı veren Allah'tır. Eğer hastalığı vermişse şifasını da vermiştir. Mutlaka arayıp bulmak gerekmektedir.

Peygamber temizliğe de büyük önem vermiş ve hıfzıssıhha bakımından büyük önem taşıyan tavsiyelerde bulunmuştur.

Kuran'ın kendisinin şifa olması bu yönde destekleyici özellik taşımaktadır. Peygamberin bu hususa büyük önem vermesi İslam alimlerinin de büyük itibar göstermelerine ve Tıbbı Nebevi adı altında çok sayıda eser meydana getirmelerine sebep olmuştur. Tıbbı Nebeviye dair eserler, Hz Peygamber'in sağlık ve hastalığa dair tüm tavsiye ve tutumlarını içermektedir.

İkinci önemli konu ise, tarih boyunca hasta bakımı ve hemşirelik işlerini yürüttüğü görülen kadınların, İslami Dönemde daha da artan oranda bu faaliyetlere katılmış

olmasıdır. Bizzat Peygamberle birlikte savaşa katılan kadın sahabe ve Peygamber'in izni veya talimatıyla barış zamanında bu faaliyetlerini yürüten kadın sahabilerin olması, bu dönemde sağlığa verilen önem ve kadınların aktif rol almasını açıkça göstermektedir.

İslam tarihi kaynaklarında, kadınların sosyal hayattaki rolleri ile ilgili çok miktarda kayıt bulunmaktadır. Evlilik, eğitim, savaş, ticaret, dini hayat ve daha birçok hususta kayıt bulmak mümkündür. Bunların en önemlileri de kadınların hasta bakımı, tedavi, emzirme, çocuk yetiştirme gibi sağlığın korunmasına dair olan meselelerdir.

Bu konularda hem siyer ve tabakat kitaplarında hem de hadis kitaplarında yüzlerce rivayet olduğu görülür. Bu da İslamiyetin ilk dönemlerinden itibaren Peygamberin ve sahabenin, kadınların sağlık alanındaki varlıklarını önemseydiğini ve gereken değeri teslim ettiğini göstermektedir.

Kaynaklar

- Aydın, M. A. (2001). İslam'da kadın. *İslâm Ansiklopedisi (DİA) içinde* (Cilt 24, 86-94. ss.). İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı.
- Bozkurt, N. ve Küçükaşçı, M. S. (2004). Mescid-i Nebevi. *İslâm Ansiklopedisi (DİA) içinde* (Cilt 29, 288. s.). İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı.
- Büyükaslan, Z. (2004). *Esmâ Bintü Ebî Bekir hayatı ve şahsiyeti*. (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Çelebi, İ. (2008). Rukye. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA) içinde* (Cilt 35, 220. s.). İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı.
- Çetingüç, M. ve Alan, M. (1992). Savaş yorgunluğu. *Kriz Dergisi, II(2)*, 250-254.
- Eren, M., (2012). Ümmü Rafi' Selma. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA) içinde* (Cilt 42, 327. s.). İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı.
- Eroğlu, M. (1997), Havassü'l-Kuran.. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA) içinde* (Cilt 16, 522-523. ss.). İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı.
- İbn Sa'd. (2015). *Kitâbü't-Tabakâtü'l-Kebîr, X*. (Çev. Ahmet Demircan). İstanbul: Siyer Yayınları.
- Kandemir, M Y. (1995). Esmâ Binti Umeys. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA) içinde* (Cilt 11, 422-423. ss.). İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı.

- Kandemir, M Y. (2012). Ümmü Seleme. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA) içinde* (Cilt 42, 328-330. ss.). İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı.
- Karadağ, G. ve Uçan, Ö. (2006). Hemşirelik eğitimi ve kalite. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, I(3)*, 42-51.
- Kitabı Mukaddes Eski ve Yeni Ahit, Kitabı Mukaddes Şirketi, İstanbul, 2010.
- Küçükaşçı, M S. (2012), Ümmü Sinan. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA) içinde* (Cilt 42, 330. s.). İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı.
- Ökdem, Ş., Abbasoğlu, A. ve Doğan, N. (2000), Hemşirelik tarihi, eğitimi ve gelişimi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Meslek Yüksek Okulu Yıllığı, I(I)*, 5-11.
- Öz, M. (1995), Ezlâm. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA) içinde* (Cilt 12, 67. s.). İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı.
- Öztürk, L. (2013). *İslam tıp tarihi üzerine incelemeler*. İstanbul: Ensar Yayınları.
- Savaş, R. (1991). *Hız Muhammed (sav) devrinde kadın*. İstanbul: Ravza Yayınları.
- Savaş, R. (2002). Ku'aybe Binti Sa'd. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA) içinde* (Cilt 36, 519. s.). İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı.
- Şentürk, S E. (2014), *Hemşirelik tarihi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Tekineş, A. (2010), Tıbb-ı Nebevî'nin metafizik temelleri. *Harran Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, XXIII*, 119-138.
- Uçar, İ. (2017). Hz. Peygamber zamanında Medine'de ortaya çıkan hastalıklar ve tedavi yöntemleri. *Pamukkale Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi, IV(8)*, 196-218.
- Uraler, A. (2010). Şifa Binti Abdullah. *TDV İslâm Ansiklopedisi (DİA) içinde* (Cilt 39, 138-139 ss.). İstanbul: Türkiye Diyanet Vakfı.