



NECMETTİN ERBAKAN
ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ

Necmettin Erbakan University Faculty of Health Sciences Journal

Cilt:02

Sayı:02

Yıl:2019

Vol:02

Issue:02

Year:2019

ISSN:2149-0376





NECMETTİN ERBAKAN
ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ

Necmettin Erbakan University Faculty of Health Sciences Journal

AMAÇ ve KAPSAM

- Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, Beslenme ve Diyetetik, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Hemşirelik, Sağlık Yönetimi ve Sosyal Hizmet alanlarında araştırma, derleme ve olgu sunumlarını içeren bilimsel yazıları yayınlayan hakemli ve açık erişimli bir dergidir.
- Türkçe ve İngilizce dillerinde yayın yapmaktadır.
- Önceden başka bir dergide yayınlanmış olan veya değerlendirme aşamasında olan makaleler değerlendirmeye alınmamaktadır.
- Makaleler en az 2 hakem tarafından değerlendirilip yayınlanmaya uygun olup olmadığına karar verilmektedir.
- Dergi yılda 2 kez yayın yapmaktadır.
- Makale gönderimi ve takibi Dergipark ile yapılmaktadır. (<http://dergipark.gov.tr/neufhsj>)
- Dergide yayınlanan içeriğin tüm telif hakları Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'ne aittir.



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DERGİSİ

Necmettin Erbakan University Faculty of Health Sciences Journal

BAŞ EDITÖR

Prof. Dr. Abdullah ÖKSÜZ

BÖLÜM EDITÖRLERİ

Prof. Dr. Abdullah ÖKSÜZ

Prof. Dr. İsmihan İlknur UYSAL

Prof. Dr. Filiz HİSAR

Doç. Dr. Kübra KÜÇÜKŞEN

Doç. Dr. Şerife Didem KAYA

Yrd. Doç. Dr. Gökmen YAPALI

YAYIN KURULU

Prof. Dr. Selim KUTLU

Prof. Dr. Sefa ÇELİK

Doç. Dr. Hasan Hüseyin KOZAK

Doç. Dr. Sami KÜÇÜKŞEN

Dr. Öğretim Üyesi Namaitijiang MAIMAITI

İÇERİK

Cilt:2 Sayı:2 Yıl:2019

Araştırma Makalesi

1.SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARDA DÜZENLİ FİZYOTERAPİ YAKLAŞIMINA BAŞLAMA YAŞININ ARAŞTIRILMASI

Neslihan Altuntaş YILMAZ, Gökmen YAPALI

Sayfalar: 31-37

2. BESLENME ve DİYETETİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNDE YEME DAVRANIŞ BOZUKLUĞU ve BEDEN ALGISI: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Şenay Burçin ALKAN, Rabia SOLAK, Ezgi GÜRBÜZ, Burcu ÖZCAN, Hilal ÖZKAN, Zeynep Zülal DİKİCİ, Rabia Sima KARAMAN

Sayfalar: 38-44

Derleme

1. PERİNATOLOJİYE ÖZGÜ TRANSKÜLTÜREL HEMŞİRELİK MODELLERİ

Münevver Aybüke BERBER, Ümran OSKAY

Sayfalar : 45-50

SEREBRAL PALSİLİ ÇOCUKLARDA DÜZENLİ FİZYOTERAPİ YAKLAŞIMINA BAŞLAMA YAŞININ ARAŞTIRILMASI CHILDREN with CEREBRAL PALSY INVESTIGATION of the AGE to START a REGULAR PHYSIOTHERAPY APPROACH

Neslihan ALTUNTAŞ YILMAZ^{ID}, Gökmen YAPALI^{ID}

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Teslim Tarihi:28.8.2019 **Kabul Tarihi:** 30.12.2019

Sorumlu Yazar: Neslihan ALTUNTAŞ YILMAZ, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Konya, Türkiye E-mail: nyilmaz@erbakan.edu.tr

ÖZET

Amaç: Bu çalışma serebral palsili çocukların ilk tanı aldıkları yaş ile düzenli olarak fizyoterapiye başlama yaşlarının belirlenmesini amaçlamıştır.

Gereç ve Yöntemler: Özel eğitim ve rehabilitasyon kurumunda, düzenli olarak rehabilitasyon desteği alan 57 çocuk hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik verileri, klinik tipleri, risk faktörleri belirlendi ve fonksiyonel kapasiteleri Kaba Motor Fonksiyon Sınıflama Sistemi (KMFSS) ile değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması $11,70 \pm 7,45$ yıldır, 22'si (%40,74) kız, 35'i (%61,4) erkekti. 40 hasta (% 70,2) spastik tip, 3 hasta (% 5,3) diskinetik tip, 3 hasta (% 5,3) ataksik tip, 11 hasta (% 19,3) miks tipti. KMFSS ve doğum ağırlıkları ilişkisi açısından anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$). Çocukların ilk motor gelişim geriliğinin fark edildiği yaş ay olarak $7,74 \pm 7,09$ iken düzenli olarak ilk fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımlarına başlama yaşı ay olarak $29,95 \pm 11,04$ olarak tespit edildi.

Sonuç: Serebral palsili olan çocukların ilk motor gelişim geriliklerinin fark edildiği andan, düzenli fizyoterapi yaklaşımlarına başlama yaşlarına kadar geçen sürecin ciddi bir kayıptır. Erken dönem fizyoterapi müdahalesi için riskli bebeklerin ilgili uzmanlara yönlendirilmesi gerekir. Sağlık politikalarının bu doğrultuda planlanması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Serebral palsy, fizyoterapi, tedavi yaşı.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the age at which children with cerebral palsy were first diagnosed and the age at which they started regular physiotherapy.

Material and Methods: Fifty-seven children who received regular rehabilitation support in a special education and rehabilitation institution were included in the study. Demographic data, clinical types, risk factors, and functional capacities of the patients were evaluated using the Gross Motor Function Classification System (GMFSS).

Results: The mean age of the patients was 11.70 ± 7.45 years, 22 (40.74%) were female and 35 (61.4%) were male. Forty patients (70.2%) were spastic type, 3 patients (5.3%) were dyskinetic type, 3 patients (5.3%) were ataxic type, 11 patients (19.3%) were mixed type. There was no significant relationship between GMFSS and birth weights ($p> 0.05$). The age at which the first motor developmental retardation of the children was noticed was 7.74 ± 7.09 months and 29.95 ± 11.04 months for the first physiotherapy and rehabilitation approaches.

Conclusion: It is a serious loss of the period from the first motor developmental retardation of children with cerebral palsy to the age of starting regular physiotherapy approaches. Risky babies should be referred to the relevant specialists for early physiotherapy intervention. We think that health policies should be planned accordingly.

Keywords: Cerebral palsy, physiotherapy, treatment age

GİRİŞ

Özel eğitim ve rehabilitasyonu ihtiyacı olan çocuklar; kronik, fiziksel, gelişimsel, davranışsal veya duygusal durumlar için risk altında olan ve sağlık ile ilgili hizmetlere ihtiyaç duyan çocuklardır. Bu çocukların etkilenimleri nedeniyle fonksiyonel yetersizlikleri vardır ve günlük yaşama katılmada güçlük yaşarlar (Shikako-Thomas et al., 2012). Erken doğum, birçok risk taşır. Bunlardan biri de çocuğun ileri yaşantısında özel gereksinime ihtiyaç duymasıdır.

Dünyada her yıl yaklaşık 13 milyon preterm doğum meydana gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde prematüre doğum insidansı %5-12 arasında değişiklik göstermekte iken daha az gelişmiş ve gelişmemiş ülkelerde bu oran %40'a kadar yükselebilmektedir (Als & McAnulty, 2011). Erken doğumlar neonatal prematüritenin önde gelen bir sebebidir. Erken doğuma sekonder olarak ortaya çıkan komplikasyonlar tüm dünyada perinatal mortalite ve morbiditenin en sık rastlanan sebeplerini oluştururlar. Solunum distressi sendromu, intraventriküler kanama ve nekrotizan enterokolitis gibi erken dönemde ortaya çıkan morbiditeler erken doğan bebeklerde termde doğan bebeklerden daha sık görülmektedirler (Robertson et al., 1992). Geç dönemde ise serebral palsi (SP), görme bozuklukları ve işitme kayıpları gibi sorunlar erken doğan bebeklerde sık görülmektedirler (Knoches & Doyle, 1993).

Doğum kilosu ve doğum haftası bebeğin gelişimsel süreci açısından önemlidir. Erken doğumların yaklaşık olarak %80'ini 32-37. haftalar arasında, % 10 kadarı 28-31. gebelik haftaları arasında, %10 olgu ise 26-28 haftalar arasında doğmaktadır. 26-28 hafta arasında doğan bebekler çok aşırı erken doğum olgularını oluştururlar (Copper et al., 1993). Prematüre bebekler doğum ağırlıklarına (DA) göre düşük doğum ağırlıklı (LBW) (DA <2500 gr), çok düşük doğum ağırlıklı (VLBW) (DA <1500 gr) ya da ileri derece düşük doğum ağırlıklı (ELBW) (DA <1000 gr) olarak üç gruba ayrılabilir (Tyson, Parikh, Langer, Green, & Higgins, 2008). Prematüre doğumların yaklaşık %25-30'nu oluşturan çok düşük doğum ağırlıklı (VLBW; <1500g) prematüreler, daha farklı ve ağır seyreden postnatal sorunları nedeniyle morbidite ve mortalitesi yüksek bir grubu oluşturmaktadır (Canbak, 2009).

Çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde yapılan bir çalışmada serebral palsi oranı %9 olarak bulunmuş, bu olguların %20'sinin hiç yürüyemediği; 24-28 hafta arasında doğan bebeklerin %40'ının, 29-32 hafta arasında doğan bebeklerin ise %30'unun fizyoterapi, konuşma terapisi, psikiyatrik tedavi, iş uğraş terapisi gibi özel gereksinimleri olduğu tespit edilmiştir (Larroque et al., 2008). Yenidoğan döneminde ciddi beyin hasarı (3. ve 4. derece intraventriküler kanama, kistik periventriküler lökomalazi, intraparankimal beyin kanaması) olan bebeklerde motor, bilişsel, davranışsal, görme, işitme, psikiyatrik (otizm spektrum bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk) problemlerin olma riski daha yüksektir (Luu et al., 2009).

Son yıllarda gelişmiş ülkelerde ventilatör desteği, antenatal steroid kullanımı, surfaktan uygulaması gibi ileri teknolojik yöntemlerin kullanılması ile perinatal mortalite oranı azalmakta ancak morbidite artmaktadır. Günümüzde gelişen tıbbi bakım desteği sayesinde 32 hafta altı doğan prematüre bebeklerin %85'i yaşatılabilmektedir. Prematüre bebeklerde yaşam oranlarındaki bu iyileşmeye ne yazık ki engellilik oranında azalma eşlik etmemektedir. 32 hafta altında doğan bebeklerin %50'sinde motor problemler, harekette inkoordinasyon, kognitif bozukluk, dikkat defisitleri veya gelişimsel problemleri içeren nörogelişimsel bozukluklar ve %5 - 15 oranında serebral palsi riski taşımaktadır. Dolayısıyla tek başına yaşam oranı, gelişimsel sorunlar açısından yüksek risk taşıyan bu bebeklerde yeterli bir başarı ölçütü olmamaktadır. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin başarısının en önemli ölçütünün gelişimsel sonuçlar olduğu artık tüm dünyada kabul edilmiştir (Güven & Dalgıç, 2017; Stephens & Vohr, 2009).

Serebral palsi; tipik olarak tonus, refleksler, koordinasyon ve hareketlerde anormallikler, hareket alanında gecikmeler ve primitif reflekslerde sapmaları içeren hareket ve postür bozukluğu olarak tanımlanır. Prematüre ve çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde en sık görülen formu %40-50 oranlarında spastik diplejidir. Marret ve arkadaşlarının çalışmasında serebral palsi oranları, 34. gestasyonel hafta için % 0,7, 33. hafta için %4, 32.hafta için %4, 31. hafta için %9 ve 30. gestasyonel hafta için %6 olarak saptanmıştır (Glascoe, 2005; Marret et al., 2007).

Ayrıntılı bir perinatal öykü, çocuğun ilerideki dönemlerde hayatını etkileyebilecek

risklerin erkenden fark edilmesini sağlayabilir. Bu nedenle, her bebeğin doğum haftası, doğum ağırlığı ve Apgar skorunun yanı sıra, tüm gebelik bilgileri not edilmelidir. Doğum eyleminin süresi ve doğum esnasında fetal kalp atımları ile ilgili problemlerin olup olmadığı mutlaka sorgulanmalıdır. İlk iki yaşta aralıklı olarak nörolojik muayene yapılmalıdır. Preterm bebekler değerlendirilirken ilk iki yıl gestasyon yaşına göre düzeltilmiş yaş kullanılmalıdır. Taburcu olan bu bebekler her ay kontrole çağırılmalı ve kontrollerde ayrıntılı nörolojik ve fizik muayeneleri yapılmalıdır. Nörolojik muayene bulgularının bebeğin doğum haftasına ve gestayonel yaşına göre değişebileceği bilinmelidir. Yaşamın ilk yılında bebeklerin nörolojik muayenesinde postür, kas tonusu, ilkel refleksler ve postüral reaksiyonların bir bütünlük oluşturur. En az dört anormal postüral reaksiyon gösteren bebeklerde SP gelişme riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Bu bebeklerin takibinde yenidoğan uzmanı, çocuk gelişim uzmanı, fizyoterapist, odyolog, konuşma ve dil terapisti, solunum terapisti, oftalmolog ve diyetisyen görev almalıdır. Gerekğinde çocuk nöroloji, ortopedi, çocuk cerrahisi, kardiyojloji ve göz hastalıkları uzmanlarından konsültasyon istenmelidir (Akman & Hafızoglu, 2018; Marret et al., 2007; Zafeiriou, 2004).

Riskli bebeklerde erken müdahale oldukça önemlidir. Erken dönemde beyin plastisitesinden kaynaklanan hızlı öğrenme yeteneğini kullanarak normal fonksiyonel hareketlerin kazandırılması, normal duyu girdisinin verilmesi, çocuğun fizyolojik ve anatomik yetersizlikleri ve çevresel sınırlılıkları içerisinde fiziksel, bilişsel, psikolojik ve sosyal açılardan mümkün olabilen en bağımsız seviyelere ulaştırılması çok daha mümkündür. Bu nedenle, riskli bebek grubunda SP ya da diğer gelişimsel bozuklukların en erken dönemde tespit edilmesi, uygun müdahale, rehabilitasyon ve tedavi seçeneklerinin belirlenmesi ve bu desteklere erken dönemde başlanması son derece önemlidir.

Gelişim geriliği olan bebeklerin erken dönemde tespit edilmesi uygun girişimin zamanında başlatılması açısından çok önemlidir. Gelişim geriliğini erken dönemde fark etmek her zaman kolay olmamakla birlikte bu bebeklerin fark edilmesi ve gerektiğinde yönlendirilmeleri söz konusu olduğunda, birinci basamak hekimleri hayati bir role sahiptir. Bu bebeklerin zamanında tanı alabilmesi için aile ile doğru iletişimin sağlanması, fizik

muayenelerinin ve gelişim testlerinin ayrıntılı yapılması gerekmektedir. Belirgin bir sorun saptanamasa bile, bu bebeklerin takibi belli aralıklarla devam etmelidir (Akman & Hafızoglu, 2018). Şüpheli bebeklerde, henüz net tanının konulmadığı ancak motor gelişimsel takibinin devam ettiği süreçte erken dönem rehabilitasyona yönlendirilmesi beyin plastisitesinin' den yararlanmak açısından oldukça önemlidir.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Araştırmanın Türü: Bu çalışma serebral palsili çocukların ilk tanı aldıkları yaş ile düzenli olarak fizyoterapiye başlama yaşlarının belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı türde planlanmıştır.

Evren ve Örneklem: Araştırmanın evrenini 3 Özel eğitim ve rehabilitasyon kurumunda düzenli fizyoterapi ve rehabilitasyon gören çocuklar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini yapılan power analizine uygun olarak belirtilen evrenden sadece 57 SP tanısı almış çocuk hasta oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekler grubunda, birebir görüşme yolu ile araştırmaya katılmaya gönüllü olan SP tanılı çocukların ebeveynleri oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen ebeveynlerin çocukları ve düzenli fizyoterapi görmeyen SP'li çocuklar çalışma dışı bırakıldı.

Verilerin Toplanması: Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan sosyodemografik verileri ve Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemi ölçeğinin de yer aldığı 56 sorudan oluşan anket formu uygulanmıştır.

Sosyodemografik özellikler ile ilgili olarak; anne ve babanın yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi, eş ile akrabalık durumu, hastalık durumu, obstetrik özellikler ile ilgili olarak; annenin gebelik sayısı, doğum sayısı, çocuk sayısı, anomalili bebek öyküsü, ilgili gebelik sürecinde ki risk faktörleri, doğum ile ilgili olarak; doğumun gerçekleştiği gebelik haftası, doğum şekli, doğum sonrası ile ilgili olarak; risk faktörleri, çocuğun yeni doğan yoğun bakımda kalma durumu, küvezde erken fizyoterapi uygulanması ve ailenin bebek pozisyonlama eğitimi alma durumu, tedavi süreci ile ilgili olarak ise; ilk klinik tanının alındığı yaş ve düzenli olarak fizyoterapi ev programına başlama yaşı sorgulandı. Çocuğun rehabilitasyon kurumundaki dosyasında yer alan Engelli Sağlık

Kurulu Raporunda pediatrik nörolog tarafından aldığı klinik tanısı ve tipi kaydedilerek kaba motor fonksiyon seviyesi değerlendirildi. Veriler araştırmacı tarafından 1 Ocak-1 Şubat 2018 tarihleri arasında özel eğitim ve rehabilitasyon kurumunda, düzenli olarak rehabilitasyon desteği alan 57 çocuk hastanın ebeveyni ile karşılıklı birebir görüşme ve çocuk hastaların motor fonksiyonlarını değerlendirme yolu ile toplandı. Veri toplama süresi ortalama 45-50 dakika sürmüştür.

Kaba motor fonksiyon sınıflandırma sistemi ölçüğü (KMFSS) Kaba motor fonksiyon sınıflandırma sistemi, SP'li çocukların kaba motor fonksiyonlarını sınıflamak için, Palisano ve arkadaşlarının 1997'de geliştirdikleri 2007'de genişlettikleri bir sınıflandırma sistemidir. SP'li çocuklarda kaba motor fonksiyonu, özellikle oturma ve yürümedeki motor fonksiyon farklılıklarını 5 seviyede sınıflandıran standardize bir metoddur. Seviye I, kısıtlama olmaksızın yürür; Seviye II, kısıtlamalarla yürür; Seviye III, elle tutulan hareketlilik araçlarını kullanarak yürür; Seviye IV, bağımsız kendi kendine hareket sınırlanmıştır ve motorlu hareketlilik aracını kullanabilir; Seviye V, elle itilen bir tekerlekli sandalyede taşınır (Palisano, Rosenbaum, Bartlett, & Livingston, 2008).

Verilerin analizi: Elde edilen sonuçlar istatistiksel analizler için "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) 15.0 (IBM CORP. & INC., Chicago) programı kullanıldı. Sürekli sayısal veriler ortalama ve standart sapma olarak hesaplandı değişkenlerin birbirleri ile ilişkileri için Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Kategorik veriler ise frekans ve yüzde olarak tablolarda gösterildi. İstatistiksel yanılma düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan 35 erkek, 22 kız olan 57 SP tanılı çocuğun yaş ortalaması $11,70 \pm 7,45$ yıl (min. 2, mak. 33) olduğu, 40'ı (%70,2) spastik tip, 3'ü (%5,3) diskinetik tip, 3'ü (%5,3) ataksik tip, 11'i (%19,3) miks tip tutulumuna sahip olduğu, tutulum şekline göre ise; 28'i (%47,2) tetraparezik, 19'u (%33,3) diplejik ve 10'u (%17,6) hemiplejik olduğu belirlenmiştir.

SP'li çocukların ailelerin 9'unda (%15,7) birden fazla özel gereksinime ihtiyacı olan çocuğa sahip olduğu, %14'de ise kalıtsal hastalık

bulduğu belirlenmiştir. Hastaların 15'inde (%26) doğum sırasında hipoksik iskemik ensefalopati (HİE) beyin hasarı öyküsü, 28'inde (%49) de konvülsiyon tablosu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan çocukların; doğum kiloları ortalama $2,87 \text{ kg} \pm 0,71$, doğum haftaları ise ortalama $35,68 \pm 5,76$ hf, Katılımcıların 8'i (%14) prematür doğum olup bunlardan 5 tanesi ise 33 haftadan önce doğmuş olduğu tespit edilmiştir. Çocukların 25'i (%43,85) düşük doğum ağırlığında, 32'si (%56,14) normal doğum ağırlığında doğdukları bulundu.

Hastaların 22'si (%38,6) yenidoğan yoğun bakımında (YDYB) ortalama 34,16 gün kaldığı belirlenmiştir. YDYB'da tedavi gören çocukların 3'ü (%5,2) küvezde erken müdahale uygulanmış olduğu, 10'una (%17,54) ise aileye pozisyonlama eğitimi verilmiş olduğu saptanmıştır.

Kaba Motor Fonksiyon Sınıflandırma Sistemine göre hastaların; 7'si (%12,28) seviye 1, 14'u (%24,56) seviye 2, 15'i (%26,31) seviye 3, 7'si (%12,28) seviye 4 ve 14 (%24,56) SP'li çocuk hastanın da fonksiyonel seviyesi 5 olarak belirlenmiştir. KMFSS ve doğum ağırlıkları ilişkisi açısından anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p > 0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Doğum ağırlığı ve KMFSS arasındaki ilişki

	Düşük doğum ağırlığı	Normal doğum ağırlığı	t	p
KMFSS	$2,43 \pm 1,22$	$3,21 \pm 1,40$	2,11	$>0,05$

Hastaların engellilikleri incelendiğinde; %34,5'inde görme, %5,5'inde işitme, %26,8'inde yutma, %65,5'inde konuşma, %27,3'inde çiğneme, %41,1'inde ise salya kontrol sorunu tespit edilmiştir. Ancak buna rağmen tüm çocuklar ağız yolu ile beslenebilmekteydi.

Çocukların ilk motor gelişim geriliğinin fark edildiği yaş ay olarak $7,74 \pm 7,09$ ay, Kesin klinik tanının alındığı yaş ay olarak $24,01 \pm 12,12$, düzenli olarak ilk fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımlarına başlama yaşı ay olarak $29,95 \pm 11,04$, ailelerin düzenli olarak ev tedavi programlarının uygulamaya başlama yaşı ay olarak ortalama $35,2 \pm 15,3$ olarak tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Erken doğum ve çok düşük doğum ağırlığı, gelişimsel gecikmeler için önemli bir risk etmeni olup, beyin felci, zekâ geriliği, işitme görme sorunları ve dil sorunlarına yol açmaktadır. Gelişimsel sorunların erken tanımlanması multidisipliner rehabilitasyon yaklaşımlarının zamanında uygulanabilmesi ve daha iyi sonuç alınması açısından kritik öneme sahiptir (Cejas, Gomez, Roca Mdel, & Dominguez, 2015).

SP dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda (%59) da erkeklerde daha fazla görülür (Pharoah, Cooke, Rosenbloom, & Cooke, 1987; Yılmaz Yalçinkaya et al., 2014). Benzer şekilde bizim de çalışmamız da %61,4'ünü erkek hasta oluşturmaktadır, bu sonuç literatür ile uyumludur (Himpens, Van den Broeck, Oostra, Calders, & Vanhaesebrouck, 2008; Yılmaz Yalçinkaya et al., 2014).

Serebral palsi hastalarımız literatürdeki verilere benzer şekilde büyük oranda (%70,2) spastik tipteydi (Çarman et al., 2017) ve olgularımızın tutulum şekli olarak ise Giray ve ark. (2018)'lerinin çalışmalarındaki % 44,7 tetraparetik oranına yakın şekilde %47,2 olarak bulundu (Giray et al., 2018).

Preterm doğum SP için çok büyük bir risk faktörüdür. Murphy ve ark. gestasyonel yaşı ve doğum ağırlığı SP riskinin arttığını bildirmişlerdir (Murphy, Sellers, MacKenzie, Yudkin, & Johnson, 1995). Erol ve ark. yapmış oldukları çalışmaya göre SP tanılı çocukların %49,4'ü, Çarman ve ark. (2017)'lerinin çalışmasında ise %15,7'si preterm olarak dünyaya gelmiştir (Çarman et al., 2017; Erol et al., 2016).

Bizim çalışmamız ise Çarman ve ark.'larının sonucuna benzer şekilde çocukların %14'ü preterm doğumdur. Bu sonuçlar erken doğumun SP için çok büyük bir risk olduğunu destekler niteliktedir. Otuz üç haftadan erken doğan bebeklerde, SP riskinin 30 kat fazla olduğu bildirilmiştir. Erol ve ark. çalışmalarında preterm doğan SP'li bebeklerin %65,3'ünün 33 haftadan önce doğduğunu bildirmişlerdir (Erol et al., 2016). Bizim de çalışmamız Erol ve ark.'larının sonuçlarına benzer şekilde preterm doğan bebeklerin %62,5'inin 33 haftadan erken doğduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar göz önüne alındığında preterm doğumlarda

alınacak önlemler ve değerlendirmeler son derece kıymetlidir.

Doğum tartısı da SP için diğer bir risk faktörüdür. Çalışmalar göstermiştir ki çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin 2500 gramdan fazla doğan bebeklere göre SP olma riski 20-80 kat daha fazladır (Cans, 2000). Bizim çalışmamızda ki çocukların ortalama doğum ağırlıkları 2870 ± 710 gr iken, Çarman ve ark. 'larının SP'li çocukların sosyodemografik özelliklerini araştırdıkları çalışmalarında $2338,03 \pm 791,97$ gr olarak saptanmıştır (Çarman et al., 2017). Bu çalışmada da, SP tanısına sahip çocukların %43,85'inin düşük doğum ağırlığında olduğu belirlendi. Bu sonuç Erol ve ark.'larının SP'li çocukların %45,8 'inin düşük doğum ağırlığında olması bulgusunu destekler niteliktedir (Erol et al., 2016).

Yaptığımız ölçümlerde doğum tartısı ile KMFSS arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulguyu literatür ışığında araştırdığımızda benzer bir sonuca Hüner ve ark. 'da ulaştığımızı gördük. 68 SP'li çocuğun risk faktörleri ve fonksiyonel kapasitelerini araştırdıkları makalelerinde, doğum ağırlığının düşük olması ile hastaların daha bağımsız oldukları belirtilmiştir. Bu sonuç bize ancak her iki grup bebek arasındaki ölüm oranının farkı ile açıklanabileceğini düşündürdü. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin ölüm hızının daha fazla olması sonucunda yaşamayı başaran bebeklerin beyin hasarlarının daha hafif olacağı ve bağımsızlıklarının daha iyi düzeyde sağlayabilecek olmaları, istatistiğin normal doğum ağırlığındaki bebeklerin daha ağır tutuluma sahip olacağı yönünde kaymasını sağlamış olabilir.

Ostensjo ve ark. (15) 95 SP'li hasta ile yaptıkları çalışmada, hastalarında KMFSS'ne göre inceleme yapmışlardır (Ostensjo, Carlberg, & Vollestad, 2003). Hastaların fonksiyonellik düzeyi en düşük oranda (%10) KMFSS seviye 3'te dağılım gösterirken seviye 1, 4 ve 5'te eşit oranda (% 23) hasta mevcuttu. Kalan % 21'lik oran ise KMFSS seviye 2 düzeyindeydi. Biz 57 hastamızın KMFSS'ne göre gruplandırdık. Ancak gördük ki, hastalarımızın çoğunluğu % 26,31 oranla seviye 3 idi. Ardında % 24,56 oranla seviye 2 ve seviye 5 , %12,28 oranında seviye 1 ve seviye 4 gelmekteydi. Elde ettiğimiz oranların Ostensjo ve ark.'nın elde ettikleri oranlar ile uyuşmamasının nedenleri arasında, çalışmamıza dahil ettiğimiz hastalardan fonksiyonel bağımsızlık seviyesi iyi olan hastaların

oranının genel literatür ortalamasına göre düşük olmasının olabileceği düşüncesindeyiz.

Hastalarımızın ilk motor gelişim geriliğinin fark edildiği yaşı ortalama $7,74 \pm 7,09$ ay, kesin klinik tanının alındığı yaş ortalama $24,01 \pm 12,12$ ay olup Hüner ve ark.'larının çalışmalarında da hastalarına tanı konma yaşı ortalama 2.63 yıl olarak hesaplanmış olup yakın bir sonuç elde edilmiştir (Hüner, Özgüzel, Aydoğan, & Telli, 2011). Boyle ve ark. araştırdıkları SP popülasyonunda 2 yaşından önce tanı alma oranını % 35 ve 5 yaşından önce tanı alma oranını ise % 87 bulmuşlardı (Boyle et al., 1996).

Erken tanı kadar erken müdahale de motor gelişim basamakları üzerinde önemlidir. Ergenç (2012) görme engelli çocuklar üzerinde yaptığı çalışmada, erken müdahale görmüş olan grubun hiç müdahale görmemiş gruba göre bilişsel gelişim skorları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Ergenç, 2011). Biz de çalışmamızda düzenli olarak ilk fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımlarına başlama yaşı ay olarak $29,95 \pm 11,04$ ay olarak hesaplandı.

Elde ettiğimiz sonuçlara baktığımızda en dikkat çeken durumun; bebeklerin ilk motor gelişim geriliklerinin fark edildiği yaş ay olarak ortalama $7,74 \pm 7,09$ 'dan düzenli olarak fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımlarına başlama yaşına ay olarak ortalama $29,95 \pm 11,04$ ve ailelerin de düzenli olarak bebeklerin ev tedavi programlarını uygulama yaşına ay olarak ortalama $35,2 \pm 15,3$ kadar geçen sürede ciddi bir kayıp zamanın olduğudur. Erken dönem fizyoterapi müdahalesi için bebeklerin ilgili uzmanlara yönlendirilmesi için sağlık politikaları bu doğrultuda planlanmalıdır. Bu açıdan baktığımızda doğum sonrası periyotta, öncelikle yüksek risk grubu olmakla beraber tüm bebeklerin takipleri boyunca, dikkatli nörolojik muayenelerinin yapılması ve SP açısından uyarıcı olabilecek faktörlerin dikkate alınarak, tüm risk grubundaki bebeklerin erken dönemde, aile iş birliği ile fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımlarından faydalanması gerektiği görüşündeyiz.

Bu çalışmanın limitasyonu değerlendirilen olgu sayısının az olmasıdır. Olgu sayısının daha fazla olması çalışmanın güvenilirliğini artırabileceğini ayrıca yapılacak benzer çalışmalara yön verebileceğini düşünmekteyiz.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Erken tanı, özellikle yaşamın ilk iki yılında plastisiteden yararlanılarak, sekellerin en aza indirgenmesi için son derece önemlidir. Düşük doğum ağırlığında ve erken gestasyonel haftada doğan bebeklerin SP açısından risk faktörü taşımaktadır. Çalışmada elde edilen verilere göre SP tanılı çocuklarda; erken dönemde motor gelişim geriliği fark edilmiş olsa bile erken tanı ve erken müdahalenin geciktiği görülmüştür. Riskli bebeklerde, oluşabilecek problemleri önlemek ya da en aza indirmek açısından, fizyoterapi ve rehabilitasyon programına en erken dönemde başlamak gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Akman, I., & Hafızoglu, N. E. (2018). Early diagnosis and follow-up principles in high-risk infants in terms of neurodevelopmental problems. *TOTBİD Dergisi*, 17. doi:<https://doi.org/10.14292/totbid.dergisi.2018.53>
- Als, H., & McAnulty, G. B. (2011). The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants. *Curr Womens Health Rev.*, 7, 288-301.
- Boyle, C. A., Yeargin-Allsopp, M., Doernberg, N. S., Holmgren, P., Murphy, C. C., & Schendel, D. E. (1996). Prevalence of selected developmental disabilities in children 3-10 years of age: the Metropolitan Atlanta Developmental Disabilities Surveillance Program, 1991. *MMWR CDC Surveill Summ*, 45(2), 1-14.
- Canbak, Y. (2009). *Çok düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda mortalite ve morbidite oranları*. (medical doctor), Sağlık Bakanlığı, İstanbul.
- Cans, C. (2000). Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and registers. Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE). *Dev Med Child Neurol*, 42(12), 816-824.
- Cejas, G., Gomez, Y., Roca Mdel, C., & Dominguez, F. (2015). Neurodevelopment of very low birth weight infants in the first two years of life in a Havana tertiary care hospital. *MEDICC Rev*, 17(1), 14-17.
- Copper, R. L., Goldenberg, R. L., Creasy, R. K., DuBard, M. B., Davis, R. O., Entman, S. S., . . . Cliver, S. P. (1993). A multicenter study of preterm birth weight and gestational age-specific neonatal mortality. *Am J Obstet Gynecol*, 168(1 Pt 1), 78-84.
- Çarman, K. B., Yarar, Ç., Ekici, A., Gürlevik, S. L., Yimencioğlu, S., Koçak, O., . . . Yakup, A. (2017). Cerebral Palsy: Sociodemographic and Clinical Features. *The Medical Journal Of Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital*, 57(1), 6-10.
- Ergenç, H. A. (2011). Görme engelli çocukların bilişsel gelişimleri ve 0-6 yaşın önemi. *Türk Psikiyatri Dizini*, 22, 47-79.
- Erol, E., Elbasan, B., Erol, B. Ö., Yazici, G., Apaydin, U., Kocyigit, M. F., & Gücüyener, K. (2016). Pediatrik fizyoterapi rehabilitasyon ünitesine başvuran hastaların demografik özellikleri *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 49-59.

- Giray, E., Simsek, H. I., Aydogduoglu, M., Kangal, A. C., Celik, A., Kurt, C., & Karadag Saygi, E. (2018). Pain evaluation in a sample of Turkish children with cerebral palsy and its association with dependency level, verbal abilities, and the quality of life of patients and sociodemographic status, depression, and quality of life of their caregivers. *Turk J Phys Med Rehabil*, 64(3), 222-229. doi:10.5606/tftrd.2018.1871
- Glascoc, F. P. (2005). Screening for developmental and behavioral problems. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 11(3), 173-179.
- Güven, Ş. T., & Dalgiç, A. İ. (2017). An individualized supportive developmental care program developed for premature newborns. *International Refereed Journal of Gynaecological Diseases and Maternal Child Health*, 9, 41-61.
- Himpens, E., Van den Broeck, C., Oostra, A., Calders, P., & Vanhaesebrouck, P. (2008). Prevalence, type, distribution, and severity of cerebral palsy in relation to gestational age: a meta-analytic review. *Dev Med Child Neurol*, 50(5), 334-340. doi:10.1111/j.1469-8749.2008.02047.x
- Hüner, B., Özgüzel, H., Aydoğan, A. R., & Telli, H. (2011). Serebral Palsi: Risk Faktörleri ve Fonksiyonel Kapasite İlişkisi. *Ok Meydanı Tıp Dergisi*, 27(2), 79-83.
- Knoches, A. M., & Doyle, L. W. (1993). Long-term outcome of infants born preterm. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol*, 7(3), 633-651. doi:10.1016/s0950-3552(05)80452-3
- Larroque, B., Ancel, P. Y., Marret, S., Marchand, L., Andre, M., Arnaud, C., . . . Kaminski, M. (2008). Neurodevelopmental disabilities and special care of 5-year-old children born before 33 weeks of gestation (the EPIPAGE study): a longitudinal cohort study. *Lancet*, 371(9615), 813-820. doi:10.1016/s0140-6736(08)60380-3
- Luu, T. M., Ment, L. R., Schneider, K. C., Katz, K. H., Allan, W. C., & Vohr, B. R. (2009). Lasting effects of preterm birth and neonatal brain hemorrhage at 12 years of age. *Pediatrics*, 123(3), 1037-1044. doi:10.1542/peds.2008-1162
- Marret, S., Ancel, P. Y., Marpeau, L., Marchand, L., Pierrat, V., Larroque, B., . . . Kaminski, M. (2007). Neonatal and 5-year outcomes after birth at 30-34 weeks of gestation. *Obstet Gynecol*, 110(1), 72-80. doi:10.1097/01.AOG.0000267498.95402.bd
- Murphy, D. J., Sellers, S., MacKenzie, I. Z., Yudkin, P. L., & Johnson, A. M. (1995). Case-control study of antenatal and intrapartum risk factors for cerebral palsy in very preterm singleton babies. *Lancet*, 346(8988), 1449-1454. doi:10.1016/s0140-6736(95)92471-x
- Ostensjo, S., Carlberg, E. B., & Vollestad, N. K. (2003). Everyday functioning in young children with cerebral palsy: functional skills, caregiver assistance, and modifications of the environment. *Dev Med Child Neurol*, 45(9), 603-612. doi:10.1017/s0012162203001105
- Palisano, R. J., Rosenbaum, P., Bartlett, D., & Livingston, M. H. (2008). Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Dev Med Child Neurol*, 50(10), 744-750. doi:10.1111/j.1469-8749.2008.03089.x
- Pharoah, P. O., Cooke, T., Rosenbloom, I., & Cooke, R. W. (1987). Trends in birth prevalence of cerebral palsy. *Arch Dis Child*, 62(4), 379-384. doi:10.1136/adc.62.4.379
- Robertson, P. A., Sniderman, S. H., Laros, R. K., Jr., Cowan, R., Heilbron, D., Goldenberg, R. L., . . . Creasy, R. K. (1992). Neonatal morbidity according to gestational age and birth weight from five tertiary care centers in the United States, 1983 through 1986. *Am J Obstet Gynecol*, 166(6 Pt 1), 1629-1641; discussion 1641-1625. doi:10.1016/0002-9378(92)91551-k
- Stephens, B. E., & Vohr, B. R. (2009). Neurodevelopmental outcome of the premature infant. *Pediatr Clin North Am*, 56(3), 631-646, Table of Contents. doi:10.1016/j.pcl.2009.03.005
- Tyson, J. E., Parikh, N. A., Langer, J., Green, C., & Higgins, R. D. (2008). Intensive care for extreme prematurity--moving beyond gestational age. *N Engl J Med*, 358(16), 1672-1681. doi:10.1056/NEJMoa073059
- Yılmaz Yalçınkaya, E., Hüner, B., Dinçer, Ü., Dıraçoğlu, D., Aydın, R., İçağasıoğlu, A., . . . Çağlar, N. (2014). Demographic and Clinical Findings of Cerebral Palsy Patients in Istanbul: A Multicenter Study. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 60(2).
- Zafeiriou, D. I. (2004). Primitive reflexes and postural reactions in the neurodevelopmental examination. *Pediatric neurology*, 31(1), 1-8.

BESLENME ve DİYETETİK BÖLÜMÜ ÖĞRENCİLERİNDE YEME DAVRANIŞ BOZUKLUĞU ve BEDEN ALGISI: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

EATING BEHAVIOR DISORDERS and BODY PERCEPTION of NUTRITION and DIETETICS STUDENTS: A CROSS SECTIONAL STUDY

Şenay Burçin ALKAN^{ID}, Rabia SOLAK^{ID}, Ezgi GÜRBÜZ^{ID}, Burcu ÖZCAN^{ID}, Hilal ÖZKAN^{ID}, Zeynep Zülal DİKİCİ^{ID}, Rabia Sima KAHRAMAN^{ID}

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Sorumlu Yazar: Şenay Burçin ALKAN, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Türkiye, E-mail: sbalkan@erbakan.edu.tr

ÖZET

Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinde yeme davranış bozukluğu riski ve beden algısının değerlendirildiği çalışmaya yaş aralığı 18-23 yıl olan 141 öğrenci (%87,9'u kız, %12,1'i erkek) katılmıştır. Öğrencilere ait bilgiler yüz yüze ve anket teknikleri ile toplanmıştır. Öğrencilere Yeme Tutum Testi-40, ORTO-11 ve Beden Algısı Ölçeği (Stunkard ölçeği) uygulanmış. Biyoelektrik impedans yöntemi ile vücut kompozisyonu analizi yapılmıştır. Yapılan değerlendirmede kız ve erkek öğrencilerin yeme davranış bozukluğu oranı sırasıyla %6,5 ve 5,9; ORTO-11 ölçek puan ortalamaları ise sırasıyla 29,3±4,6 ve 28,2±3,3 bulunmuştur. Kız öğrencilerin %50,8'si erkeklerin %58,8'i normal vücut ağırlığında olduğunu düşünmektedir. Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde öğrenim gören kız ve erkek öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı düşük bulunmuştur. Sınıf, kalınan yer, öğün atlama durumu, beden algısı ve beden kütle indeksi sınıflamasına göre gruplar arasında YTT-40 ve ORTO-11 puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Beden kütle indeksi arttıkça ortoreksiya nervozaya eğilim anlamlı olarak azalmaktadır.

Anahtar kelimeler: Beslenme ve Diyetetik, ortoreksiya nervozaya, beden algısı

ABSTRACT

Eating behavior disorder risk and body perception were evaluated in 141 students of Department of Nutrition and Dietetics (87.9% female, 12.1% male). Data was collected through face-to-face survey method. Eating Attitude Test-40, ORTO-11 and Body Perception Scale (Stunkard scale) were applied to the students. Body composition analysis was performed with bioelectrical impedance method. In the evaluation, the risks of eating behavior disorder of female and male students were 6.5 and 5.9%, respectively. The mean scores of ORTO-11 were 29.3±4.6 and 28.2±3.3, respectively. 50.8% of the female students and 58.8% of the male students think that they have the appropriate body weight. There was no significant difference in YTT-40 and ORTO-11 score averages between groups according to class, accommodation, meal skipping status, body perception and body mass index classification. The tendency to orthorexia nervosa decreases significantly as the body mass index increases.

Key words: Nutrition and Dietetics, orthorexia nervosa, body perception

GİRİŞ

Optimal sağlık için yeterli ve dengeli beslenme oldukça önemlidir. Toplumdaki bireyler önerilere uygun sağlıklı besinleri tercih ederken bazı bireylerde sağlıklı olumsuz etkileyebilecek besin kısıtlamaları ve yeme davranış bozuklukları gözlemlenebilmektedir (Costa, Hardan-Khalil, & Gibbs, 2017). Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (DSM-5)te yer alan yeme davranış bozuklukları anoreksiya nevroza (AN), bulimiya nevroza (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu, pika, rumantasyon bebeklik veya erken çocukluk döneminde beslenme bozukluğudur (American Psychiatric Association, 2013). Yeme davranış bozuklukları kız çocukları ve kadınların % 13'ünü etkiler (Stice, Johnson, & Turgon, 2019).

DSM V'te yer almayan ancak yeme davranış bozukluğu olarak değerlendirilen ortoreksiya nevroza (ON), Yunanca "orthos" ve "orexia" kelimelerinin birleşmesi ile ortaya çıkmıştır. Türkçedeki anlamı doğru ve uygun yemek yemektir (Bratman & Knight, 2000; Dunn & Bratman, 2016; Şengül & Hocoğlu, 2019). Çok düşük vücut ağırlığını korumak için enerji alımını kısıtlayan anoreksiya nervozalı bireylerin aksine, ON'li bireyler besinin enerji içeriği değil, kalite ve hazırlanması ile ilgili kaygı duymaktadır (Brytek-Matera, 2012). Diyetisyenlerin ideal vücut ağırlığını sürdürme ve sağlıklı besin seçimi konusunda kendilerini baskı altında hissettikleri belirtilmektedir. Bu durum diyetisyenler ile Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinde yeme davranış bozukluklarına neden olabileceğini göstermektedir (Asil & Sürücüoğlu, 2015; Mahn & Lordly, 2015).

Beslenme ve Diyetetik daha çok kız öğrenciler tarafından tercih edildiği için, yeme davranış bozukluğu gelişimine daha yatkın olduğu düşünülmektedir. Bu durum besin, vücut ağırlığı kontrolü ve vücut kompozisyonu hakkındaki bilgileri nedeniyle olabileceği bildirilmektedir (Aula Médica España Mealha vd., 2013). Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencileri diğer çalışma alanlarına kıyasla daha sağlıklı beslenme alışkanlıkları sergileme eğiliminde olsa da yeme davranış bozuklukları açısından yüksek risk grubunda oldukları belirtilmektedir (Grammatikopoulou vd., 2018).

Bu çalışmada Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde öğrencilerinde yeme davranış bozukluğu ve vücut şekil algısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Evren ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'ne aktif olarak devam eden 350 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü %90 güç, 0,5 hata payı ile 153 öğrenci olarak belirlenmiştir. Çalışmaya toplam 141 öğrenci katılmıştır. Hedeflenen örneklemin %92,2'sine ulaşılmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırma Ocak-Haziran 2019 arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya ait veriler anket ve yüz yüze görüşme teknikleri ile elde edilmiştir. Uygulanan anket altı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde kişinin genel özellikleri, ikinci bölümde sağlık bilgileri, üçüncü bölümde beslenme alışkanlıkları, dördüncü bölümde antropometrik ölçümleri ve vücut analizi, beşinci bölümde ORTO-11 ölçeği, altıncı bölümde ise vücut şekli algısı sınıflama ölçeği bulunmaktadır. Etik kurul izni Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Tarih:18 Ocak 2019, Sayı: 2019/1684) Araştırmaya katılan tüm öğrenciler ayrıntılı olarak bilgilendirilmiş, onay alındıktan sonra her katılımcıya aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır.

Antropometrik Ölçümler

Katılımcıların vücut ağırlığı, boy uzunluğu, beden kütle indeksi (BKİ), vücut yağ yüzdesi, yağ kütlesi, yağsız kütlesi ve toplam vücut suyu ölçümü yapılmıştır. Boy uzunluğu ayaklar yan yana ve baş Frankfort düzlemde iken portable stadiometre ile ölçüm yapılmıştır. Öğrencilerin vücut analizi TANITA BC-418 MS isimli cihazla yapılmıştır. BKİ vücut ağırlığı(kg) / (boy uzunluğu-m)² denklemi kullanılarak hesaplanmıştır. Beden kütle indeksi (BKİ), Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) yaptığı sınıflamaya göre değerlendirilmiştir. BKİ değeri <18,5 kg/m² olan bireyler "zayıf", 18,5-24,99 kg/m² arasında olanlar "normal", 25,0-29,99 kg/m² arasında olanlar "hafif şişman", 30,0-34,99 kg/m² arasında olanlar "1.derece obez", 35,0-39,99 kg/m² arasında olanlar "2.derece obez" ve >40 kg/m² olanlar "3.derece obez" olarak değerlendirilmiştir (WHO, 2019).

Yeme Tutum Testi (YTT-40)

Altı dereceli likert tipi yanıtlanan 40 maddeden oluşan öz bildirim dayalı bir ölçektir. On bir yaşından büyük bireylere uygulanabilen, yeme bozukluğu olan adolesanları belirlemede, tarama amacıyla Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilmiş, Türkiye’de bu ölçeğin geçerlilik-güvenilirlik çalışması Erol ve Savaşır (1989) tarafından yapılmıştır. YTT-40’ta yer alan 1. ,18. ,19. ,23. ,27. ve 39. maddelerde “Hiçbir zaman” cevabı için 3, “nadiren” cevabı için 2, “bazen” cevabı için 1, “sık sık”, “çok sık” ve “daima” cevapları için 0 puanı verilir. Geriye kalan sorularda ise “daima” cevabı için 3, “çok sık” cevabı için 2, “sık sık” cevabı için 1, “bazen”, “nadiren” ve “hiçbir zaman” cevabı için 0 puanı verilir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 120’dir. Ölçekten alınan puan 30’dan küçükse birey normal yeme tutumu, 30 ve üzeri puan ise birey bozulmuş yeme davranışını göstermektedir (Savaşır & Erol, 1989)

ORTO-11

Bireylerde sağlıklı beslenme takıntısının belirlenmesine yönelik geliştirilmiş bir ölçektir. Donini tarafından geliştirilmiş olan ORTO-15 ölçeği 15 sorudan oluşmaktadır (Donini, Marsili, Graziani, Imbriale, & Cannella, 2005). Türkçeye uyarlanması Arusoğlu tarafından 2006 yılında yapılmış ve ORTO-11 olarak uyarlanmıştır. Ölçeğin değerlendirilmesinde puan artışı ortoreksiya nervosa riskinin azaldığını göstermektedir. 1,2,3,4,5,7,8,9,10,11 sorularda her zaman 4, sıklıkla 3, bazen 2, asla 1 puan ile değerlendirilir. 6.soru ise her zaman 1, sıklıkla 2, bazen 3, asla 4 puan ile değerlendirilir (Arusoğlu, Kabakçı, Köksal, & Merdol, 2008).

Beden Algısı Ölçeği (Stunkard ölçeği)

Bireyin vücut şeklini subjektif olarak değerlendirmesini sağlayan figürlü bir ölçektir. Katılımcılara şu anki vücut şekillerini ölçekte bulunan figürle değerlendirmeleri istenir. Ölçekte her iki cinsiyet için de figürler bulunmaktadır. Birinci figür en zayıf, 9.figür en şişman vücut şeklini ifade eder. Değerlendirme aşağıdaki gibi yapılır.

Birinci ve 2. figür: ”Zayıf”, 3.ve 4.figür “Uygun ağırlık”, 5.figür “Hafif şişman”, 6.ve 7.figür “Orta derece şişman”, 8.ve 9.figür “Çok şişman” vücut şeklini ifade etmektedir (Stunkard, Sorensen, & Schulsinger, 1983).

Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen veriler SPSS 22 istatistik paket programıyla değerlendirilmiştir. Bağımsız üç grubun nicel verilerin değerlendirilmesinde veriler normal dağılmadığı için “Kruskal-Wallis testi” kullanılmıştır. YTT-40 ve ORTO-11 puanlarının antropometrik ölçümlerle ilişkisi incelenirken “Spearman korelasyon katsayısı” kullanılmıştır. Analizler sonucunda $p < 0.05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir (Alpar, 2016).

BULGULAR

Katılımcıların %87,9’u kız öğrenci, %12,1’i erkek öğrencidir. Bireylerin yaş aralığı 18-23 yıldır. Öğrencilerin büyük bir kısmı özel yurt (%37,6) veya devlet yurdunda (%28,4) kalmaktadır. Sigara ve alkol kullananların oranı çok düşüktür olup sırasıyla %5 ve %0,7’dir. Anemi (%20,7) , göz bozuklukları (%11,4) ve troid hastalıkları (%2,8) teşhisi konulmuş hastalıklar arasında yer almaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Öğrencilerin genel özellikleri

Özellikler	S	%
Cinsiyet		
Kız	124	87,9
Erkek	17	12,1
Sınıf		
1.sınıf	56	39,7
2.sınıf	34	24,1
3.sınıf	26	18,4
4.sınıf	25	17,8
Kalınan Yer		
Özel yurt	53	37,6
Devlet yurdu	40	28,4
Evde arkadaşlarıyla	21	14,9
Ailesiyle	20	14,2
Diğer (akraba vb.)	7	4,9
Sigara Kullanma Durumu		
Kullanıyor	7	5
Alkol Kullanma Durumu		
Kullanıyor	1	0,7
Teşhisi konulmuş hastalık		
Yok	77	54,6
Anemi	29	20,7
Göz bozuklukları	16	11,4
Troid bezi hastalıkları	4	2,8
Kemik-eklem hastalıkları	3	2,1
Nörolojik-psikolojik hastalıklar	3	2,1
Alerji	3	2,1
Diğer (böbrek, karaciğer vb.)	6	4,2
Sürekli İlaç Kullanımı		
Kullanıyor	10	7,1

Öğrencilerin %94,3'ü diyet uygulamazken %4,3'ü zayıflama, %1,4'ü yüksek proteinli diyet uygulamaktadır. Herhangi bir besin desteği kullanmayanların oranı %90,8 iken B₁₂ vitamini ve demir desteği kullanma oranları sırasıyla %4,3 ve %2,8'dir. Katılımcıların %44,0'ü 2 ve %53,9'u 3 ana öğün; %40,4'ü 1 ve %40,4'ü 2 ara öğün yapmaktadır. En sık atlanılan öğünün öğle yemeği olduğu belirlenmiştir. Zaman yetersizliği (%38,3), iştahsızlık (%14,9) ve geç uyanma (%12,8) öğün atlama nedenlerinin başında gelmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Öğrencilerin beslenme alışkanlıkları

Beslenme alışkanlıkları	S	%
Diyet uygulama		
<i>Uygulamıyor</i>	133	94,3
<i>Zayıflama diyeti</i>	6	4,3
<i>Yüksek proteinli diyet</i>	2	1,4
Besin desteği kullanımı		
<i>Kullanmıyor</i>	128	90,8
<i>B₁₂ vitamini</i>	6	4,3
<i>Demir</i>	4	2,8
<i>Multivitamin</i>	3	2,1
<i>Protein/amino asit tozu</i>	2	1,4
Ana öğün sayısı		
<i>1</i>	3	2,1
<i>2</i>	62	44,0
<i>3</i>	76	53,9
Ara öğün sayısı		
<i>Yapmıyor</i>	16	11,4
<i>1</i>	57	40,4
<i>2</i>	57	40,4
<i>3</i>	11	7,8
Öğün Atlama Durumu		
<i>Hayır</i>	16	11,3
<i>Evet</i>	56	39,8
<i>Bazen</i>	69	48,9
Atlanılan Öğün		
<i>Kahvaltı</i>	37	26,2
<i>Öğle yemeği</i>	80	56,7
<i>Akşam yemeği</i>	8	5,7
Öğün Atlama Nedeni		
<i>Zaman yetersizliği</i>	54	38,3
<i>İştahsızlık</i>	21	14,9
<i>Geç uyanma</i>	18	12,8
<i>Alışkanlığı yok</i>	12	8,5
<i>Hazırlanmadığu için</i>	11	7,8
<i>Ağırlık artışıını önlemek için</i>	3	2,1
<i>Diğer</i>	6	4,2

Kız öğrencilerin vücut ağırlığı, vücut yağ kütlesi, yağsız vücut kütlesi ve su kütlesi ortalamaları sırasıyla 56,7±9,4 kg, 14,6±6,3 kg, 42,6±3,8 kg ve 31,2±2,8 kg'dır. Erkek öğrencilerin vücut ağırlığı, vücut yağ kütlesi, yağsız vücut kütlesi ve su kütlesi ortalamaları sırasıyla 71,2±10,2 kg, 17,6±6,4 kg, 10,4±6,5 kg, 60,9±6,4 kg ve 44,6±4,7 kg'dır (Tablo 3). BKİ sınıflamasına göre kız (%69,4) ve erkekle (%75,5) büyük bir kısmı normal olarak değerlendirilmiştir (Tablo 4).

Tablo 3. Öğrencilerin antropometrik ölçümleri, ORTO-11 ve YTT-40 ölçek puanları

Antropometrik ölçüm	Kız öğrenci (S=124)		Erkek öğrenci (S=17)	
	Ort.±SS	Alt-üst	Ort.±SS	Alt-üst
Vücut ağırlığı (kg)	56,7±9,4	42-92,6	71,2±10,2	57,2-90,8
Boy uzunluğu (cm)	163,1±5,2	150-175	176±6,4	165-188
Vücut yağ kütlesi (kg)	14,6±6,3	4,4-41,5	10,4±6,5	1,2-24,7
Yağsız vücut kütlesi (kg)	42,6±3,8	35,7-53,6	60,9±6,4	49,7-71,8
Vücut su kütlesi (kg)	31,2±2,8	36,1-39,2	44,6±4,7	36,4-52,6
ORTO-11	29,3±4,6	17-51	28,2±3,3	20-33
YTT-40	16,1±8,2	4-48	15,2±8,1	5-31

Kız ve erkek öğrencilerin ORTO-11 ölçek puan ortalaması sırasıyla 29,3±4,6 ve 28,2±3,3'tir. YTT-40 puan ortalaması kız ve erkek öğrencilerde sırasıyla 16,1±8,2 ve 15,2±8,1'dir (Tablo 3). Kız öğrencilerde yeme davranış bozukluk oranı orta ve yüksek olanların oranı %19,4 ve %6,5'tir. Erkeklerde ise bu oranlar sırasıyla %23,4 ve %5,9'dur. Kız (%50,8) ve erkek (%58,8) öğrencilerin çoğu uygun vücut ağırlığında olduğunu düşünmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Öğrencilerin BKİ sınıflaması, yeme davranış bozukluk riski ve vücut şekli algısının değerlendirilmesi

	Kız öğrenci (S=124)		Erkek öğrenci (S=17)	
	n	%	n	%
BKİ sınıflaması				
<i>Zayıf</i>	20	16,1	-	-
<i>Normal</i>	86	69,4	13	76,5
<i>Hafif şişman</i>	17	13,7	3	17,6
<i>1. derece obez</i>	1	0,8	1	5,9
Yeme davranış bozukluk riski				
<i>Düşük</i>	92	74,2	12	70,6
<i>Orta</i>	24	19,3	4	23,5
<i>Yüksek</i>	8	6,5	1	5,9
Beden algısı				
<i>Zayıf</i>	53	42,7	3	17,6
<i>Uygun ağırlık</i>	63	50,8	10	58,9
<i>Hafif şişman</i>	8	6,5	3	17,6
<i>Orta derece şişman</i>	-	-	1	5,9
<i>Çok şişman</i>	-	-	-	-

Öğün atlamayan, Beden Algısı Ölçeği'ne göre kendisini hafif şişman olarak değerlendiren ve BKİ sınıflamasına göre hafif şişman grubunda yer alan öğrencilerin YTT-40 puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Öğün atlayan ve beden kütle indeksi sınıflamasına göre normal olarak değerlendirilen bireylerin ON puan ortalaması öğün atlamayan ve zayıf/hafif şişman olan bireylere düşüktür ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Beden Algısı Ölçeği'ne göre kendisini zayıf olarak değerlendiren ON puan ortalaması daha düşüktür. Ancak sınıf, kalınan yer, öğün atlama durumu, beden algısı ve BKİ sınıflamasına göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Öğrencilerin sınıf, kalınan yer, öğün atlama durumu, beden algısı ve BKİ sınıflamasına göre YTT-40 ve ORTO-11 puanlarının karşılaştırılması

	YTT-40 Ort.±SS	ORTO-11 Ort.±SS
Sınıf		
1	16,6±9,3	29,5±4,7
2	14,1±6,9	29,6±4,8
3	16,6±8,8	28,6±3,7
4	16,4±6,5	28,6±3,7
p*	0,481	0,665
Kalınan yer		
Özel yurt	14,5±6,8	28,9±3,6
Devlet yurdu	16,6±9,7	29,3±5,7
Evde arkadaşlarıyla	16,4±7,4	29,1±3,8
Ailesiyle	16,1±6,9	29,2±4
p*	0,332	0,734
Öğün Atlama Durumu		
Hayır	18,2±9,8	30,3±6,5
Evet	16,1±8,3	29,0±3,8
Bazen	15,3±7,7	29,0±4,4
p*	0,408	0,795
Beden algısı		
Zayıf	15,6±8,3	28,9±5,0
Uygun ağırlık	16±7,9	29,3±4,0
Hafif şişman	17,45±10,6	29,6±4,7
p*	0,994	0,573
BKİ sınıflaması		
Zayıf	15,9±9,0	29,2±6,4
Normal	15,6±7,8	28,9±4,2
Hafif şişman	17,6±9,6	30,3±3,8
p*	0,726	0,608

*Kruskal-Wallis testi, $p < 0,05$

YTT-40 ve ORTO-11 ölçek puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde ilişki ($r=0,306$, $p=0,000$) bulunmuştur. ORTO-11 ölçek puanı ve BKİ arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki bulunmuştur ($r=0,194$, $p=0,000$). YTT-40 ve ORTO-11 ölçek puanları

ile diğer antropometrik ölçümler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 6. YTT-40 ve ORTO-11 puanlarının antropometrik ölçümlerle ilişkisi

	ORTO-11	Vücut ağırlığı	BKİ	Vücut yağ kütlesi (kg)	Yağsız vücut kütlesi (kg)	Vücut su kütlesi (kg)
YTT-40	0,306** $p < 0,001$	0,015 $p=0,859$	-0,006 $p=0,942$	0,042 $p=0,620$	-0,005 $p=0,953$	-0,005 $p=0,957$
ORTO-11		0,056 $p=0,510$	0,194* $p=0,021$	0,144 $p=0,088$	0,010 $p=0,909$	0,007 $p=0,930$
Vücut ağırlığı			0,870** $p < 0,001$	0,706** $p < 0,001$	0,889** $p < 0,001$	0,890** $p < 0,001$
BKİ				0,791** $p < 0,001$	0,702** $p < 0,001$	0,703** $p < 0,001$
Vücut yağ kütlesi (kg)					0,390** $p < 0,001$	0,391** $p < 0,001$
Yağsız vücut kütlesi (kg)						1,000** $p < 0,001$

Spearman korelasyon katsayısı, $p < 0,05$

TARTIŞMA

Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinde yeme davranış bozuklukları ve beden algısının araştırılması önem taşımaktadır.

Ülkemizde Beslenme ve Diyetetik Bölümü kız öğrencilerinde yapılan benzer çalışmalarda ise yeme davranış bozukluğu oranı %1,2-18,6 arasındadır (Agopyan vd., 2019; Alkan, Ersoy, Eskici, & Ersoy, 2017; Kiziltan & Karabudak, 2008; Nergiz-Unal, Bilgiç, & Yabancı, 2014; Ozenoglu, Unal, Ercan, Kumcağız, & Alakus, 2015). Yeme davranış bozukluklarına eğilim kız öğrencilerde daha yüksek olmakla birlikte erkek bireylerin de risk altında olduğu belirtilmektedir (Mitchison & Mond, 2015; Strother, Lemberg, Stanford, & Turberville, 2012). Bununla birlikte literatürdeki çalışmalarda genellikle kız öğrenciler veya her iki cinsiyet de birlikte değerlendirilmiştir (Agopyan vd., 2019; Alkan vd., 2017; Kiziltan & Karabudak, 2008; Nergiz-Unal vd., 2014; Ozenoglu vd., 2015). Bu çalışmada kız ve erkek öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı sırasıyla %6,5 ve 5,9 bulunmuştur.

Uluslararası çalışmalarda Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinde yeme davranış bozukluğu oranı %6,0-50,0 arasında bulunmuştur (Gonidakis, Sigala, Varsou, & Papadimitriou, 2009; Korinth, Schiess, & Westenhoefer, 2010; Mealha, Ferreira, Guerra, & Ravasco, 2013; Rocks, Pelly, Slater, & Martin, 2017; Yu & Tan, 2016).

Çalışmada kız öğrencilerin ORTO-11 ölçek puan ortalaması 29,3±4,6'dır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde kız öğrencilerinde ORTO-11 puan ortalamasını Gezer ve

Kabaran (2013) 30,7±4,5, Agopyan vd.'leri (2019) 24,79±3,24 ve Karakuş vd.'leri (2017) 28,9±3,7 olarak bildirmiştir.

Öğün atlamayan, Beden Algısı Ölçeği'ne göre kendisini hafif şişman olarak değerlendiren ve BKİ sınıflamasına göre hafif şişman grubunda yer alan öğrencilerin YTT-40 puan ortalaması artma eğilimi göstermektedir. Ancak sınıf, kalınan yer, öğün atlama durumu, beden algısı ve BKİ sınıflamasına göre gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Gonidakis vd.'lerinin (2009) yaptığı çalışmada ailesi ile birlikte yaşayan öğrencilerin yeme davranış bozukluğu riskinin daha az olduğu gösterilmiştir.

Bu çalışmada sınıf, kalınan yer, öğün atlama durumu, beden algısı ve BKİ sınıflamasına göre ORTO-11 ölçek ortalaması açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Karakuş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sınıf ve BKİ sınıflamasına göre grupların ORTO-11 puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmazken ailesi yanında kalanların yurttan kalan öğrencilere göre ON eğilimleri daha az bulunmuştur (Karakuş vd., 2017). Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada sınıf ve kalınan yere göre ORTO-11 puan ortalamaları arasında anlamlı bir farkın olmadığı vurgulanmıştır (Agopyan vd., 2019).

YTT-40 ve ORTO-11 ölçek puanları arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki ($r=0,306$, $p=0,000$) bulunmuştur. ORTO-11 ölçek puanının artışı ON eğiliminin azaldığını gösterir. Bu durumda YTT-40 ile yeme davranış bozukluğu belirlenen bireyler ON'ye yatkın olmayabilir. Bu çalışmadan farklı olarak Agopyan vd.'leri (2019) YTT-40 ve ORTO-11 ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı ilişki ($r = - 0.248$, $p < 0.01$) bulunduğunu belirtmiştir.

ORTO-11 ölçek puanı ve BKİ arasında pozitif yönde düşük düzeyde ilişki bulunmuştur ($r=0,194$, $p=0,000$). BKİ sınıflamasına göre zayıf/normal olarak değerlendirilen bireylerin ON'ye daha yatkın olabileceği söylenebilir. Bu çalışmanın sonucuna benzer olarak Gezer ve Kabaran (2013) BKİ'si düşük olan bireylerde ON riskinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir. ON'lı bireyler daha sağlıklı besinler tercih ettikleri için vücut ağırlığını kontrolünü daha kolay sağlayabildikleri düşünülebilir. Garipoğlu vd.'leri (2019) ON'ye yatkın olan Beslenme ve Diyetetik Bölümü kız öğrencilerinin sağlıklı besinler tercih ettiğini belirlemiştir. Bununla birlikte bu çalışmada YTT-40 ve ORTO-11 ölçek puanları ile diğer antropometrik ölçümler arasında anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır. Agopyan vd.'leri (2019) de antropometrik ölçümler ile YTT-40 ve ORTO-11 puanları arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemiştir. Benzer şekilde üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada Yeme Tutum Testi (EAT-26) ile vücut ağırlığı ve BKİ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Şengör & Gezer, 2019).

Araştırmada bireylerin yalnızca genel beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda bireylerin besin tüketim kayıtlarının alınması yeme davranış bozuklukları ile enerji, makro ve mikro besin öğeleri alımı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde yararlı olacağı düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde öğrenim gören kız ve erkek öğrencilerde yeme davranış bozukluğu oranı düşük bulunmuştur. Sınıf, kalınan yer, öğün atlama durumu, beden algısı ve BKİ sınıflamasına göre gruplar arasında YTT-40 ve ORTO-11 puan ortalamaları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Beden kütle indeksi arttıkça ON'ye eğilim anlamlı olarak azalmaktadır.

Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencileri, gelecekte toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için öğrenim görmektedir. Öğrencilerin büyük çoğunluğunun kız olması, sosyal medya, akran vb. gibi faktörlerin baskısı bu grupta yeme davranış bozukluğu riskini artırabilmektedir. Beslenme ve Diyetetik Bölümü öğrencilerinde yeme davranış bozukluklarının tespit edilmesi ve öğrencilerin uygun tedaviye yönlendirilebilmesi için belirli aralıklarla uygun ölçeklerle değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

KAYNAKLAR

- Agopyan, A., Kenger, E. B., Kermen, S., Ulker, M. T., Uzsoy, M. A., & Yetgin, M. K. (2019). The relationship between orthorexia nervosa and body composition in female students of the nutrition and dietetics department. *Eating and Weight Disorders*, 24(2), 257–266. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0565-3>
- Alkan, S., Ersoy, N., Eskici, G., & Ersoy, G. (2017). Assessment of eating attitudes and healthy lifestyle behaviors of females students studying nutrition and dietetics. *Indian Journal of Nutrition and Dietetics*, 54(1), 1–13.
- Alpar, R. (2016). *Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. baskı). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Arusoğlu, G., Kabakçı, E., Köksal, G., & Merdol, T. K. (2008). Orthorexia Nervosa and Adaptation of ORTO-11 into Turkish. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(3).

- Asil, E., & Sürücüoğlu, M. S. (2015). Orthorexia Nervosa in Turkish Dietitians. *Ecology of Food and Nutrition*, 54(4), 303–313. <https://doi.org/10.1080/03670244.2014.987920>
- Aula Médica España Mealha, G., Aula Médica Madrid, G., Mealha, V., Ferreira, C., Guerra, I., & Ravasco, P. (2013). Students of dietetics & nutrition; a high risk group for eating disorders? *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1558–1566.
- Bratman, S., & Knight, D. (2000). *Health food junkies: Overcoming the obsession with healthful eating*. Broadway Books.
- Brytek-Matera, A. (2012). Orthorexia nervosa - An eating disorder, obsessive-compulsive disorder or disturbed eating habit? *Psychotherapia*, 55–60.
- Costa, C. B., Hardan-Khalil, K., & Gibbs, K. (2017, Aralık 2). Orthorexia Nervosa: A Review of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 38, 980–988.
- Donini, L. M., Marsili, D., Graziani, M. P., Imbriale, M., & Cannella, C. (2005). Orthorexia nervosa: validation of a diagnosis questionnaire. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 10(2), 28–32.
- Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17.
- Garipoğlu, G., Arslan, M., & Öztürk, S. A. (2019). Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nde Okuyan Kız Öğrencilerin Ortoreksiya Nervosa Eğilimlerinin Belirlenmesi. *İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 1(3), 23–27.
- Garner, D. M., & Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 273–279.
- Gezer, C., & Kabarın, S. (2013). Beslenme ve diyetetik bölümü kız öğrencileri arasında görülen ortoreksiya nervosa riski. *SDU Journal of Health Science Institute*, 4(1), 14–22.
- Gonidakis, F., Sigala, A., Varsou, E., & Papadimitriou, G. (2009). A study of eating attitudes and related factors in a sample of first-year female Nutrition and Dietetics students of Harokopion University in Athens, Greece. *Eating and Weight Disorders*, 14(2–3). <https://doi.org/10.1007/BF03327809>
- Grammatikopoulou, M. G., Gkiouras, K., Markaki, A., Theodoridis, X., Tsakiri, V., Mavridis, P., ... Chourdakis, M. (2018). Food addiction, orthorexia, and food-related stress among dietetics students. *Eating and Weight Disorders*, 23(4), 459–467. <https://doi.org/10.1007/s40519-018-0514-1>
- Karakus, B., Hidiroğlu, S., Keskin, N., & Karavus, M. (2017). Orthorexia nervosa tendency among students of the department of nutrition and dietetics at a university in Istanbul. *Clin Istanbul*, 4(2), 117–123.
- Kiziltan, G., & Karabudak, E. (2008). Risk of abnormal eating attitudes among turkish dietetic students. *Adolescence*, 43(171), 681–690.
- Korinth, A., Schiess, S., & Westenhoefer, J. (2010). Eating behaviour and eating disorders in students of nutrition sciences. *Public Health Nutrition*, 13(1), 32–37.
- Mahn, H. M., & Lordly, D. (2015). A review of eating disorders and disordered eating amongst nutrition students and dietetic professionals. *Canadian Journal of Dietetic Practice and Research*, 76(1), 38–43. <https://doi.org/10.3148/cjdp-2014-031>
- Mealha, V., Ferreira, C., Guerra, I., & Ravasco, P. (2013). Students of dietetics & nutrition; a high risk group for eating disorders? *Nutrición Hospitalaria*, 28(5), 1558–1566.
- Mitchison, D., & Mond, J. (2015). Epidemiology of eating disorders, eating disordered behaviour, and body image disturbance in males: a narrative review. *Journal of Eating Disorders*, 3(1), 20.
- Nergiz-Unal, R., Bilgiç, P., & Yabancı, N. (2014). High tendency to the substantial concern on body shape and eating disorders risk of the students majoring Nutrition or Sport Sciences. *Nutrition Research and Practice*, 8(6), 713–718.
- Ozenoğlu, A., Unal, G., Ercan, A., Kumcagiz, H., & Alakus, K. (2015). Are Nutrition and Dietetics Students More Prone to Eating Disorders Related Attitudes and Comorbid Depression and Anxiety than Non-Dietetics Students? A. Ozenoglu et al. *Food and Nutrition Sciences*, 6, 1258–1266. <https://doi.org/10.4236/fns.2015.614131>
- Rocks, T., Pelly, F., Slater, G., & Martin, L. A. (2017). Eating attitudes and behaviours of students enrolled in undergraduate nutrition and dietetics degrees. *Nutrition & Dietetics*, 74(4), 381–387. <https://doi.org/10.1111/1747-0080.12298>
- Savaşır, I., & Erol, N. (1989). Anoreksiya Neuroza Belirtileri İndeksi. *Psikoloji Dergisi*, 7, 19–25.
- Şengör, G., & Gezer, C. (2019). Food addiction and its relationship with disordered eating behaviours and obesity. *Eating and Weight Disorders*, 24(6), 1031–1039. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00662-3>
- Şengül, R., & Hocaoğlu, Ç. (2019). Ortoreksiya Nervosa nedir? Tanı ve Tedavi Yaklaşımları. *KSU Medical Journal*, 14(2), 101–104.
- Stice, E., Johnson, S., & Turgon, R. (2019, Haziran 1). Eating Disorder Prevention. *Psychiatric Clinics of North America*, C. 42, ss. 309–318. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.01.012>
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346–355. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715512>
- Stunkard, A. J., Sorensen, T., & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis*, 60, 115–120.
- WHO. (2019). Nutrition - Body mass index - BMI. Tarihinde 29 Aralık 2019, adresinden erişildi <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
- Yu, Z., & Tan, M. (2016). Disordered Eating Behaviors and Food Addiction among Nutrition Major College Students. *Nutrients*, 8(11), 673. <https://doi.org/10.3390/nu8110673>

PERİNATOLOJİYE ÖZGÜ TRANSKÜLTÜREL HEMŞİRELİK MODELLERİ

PERINATOLOGY SPECIFIC TRANSCULTURAL NURSING MODELS

Münevver Aybüke BERBER¹ Ümran OSKAY²

¹Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Kastamonu, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Teslim Tarihi:18.07.2019

Kabul Tarihi: 10.09.2019

Sorumlu Yazar: Münevver Aybüke BERBER, Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kastamonu, Türkiye, E-mail: aybukeberber@hotmail.com

ÖZET

Gebelik, doğum ve doğum sonrası süreç her ne kadar fizyolojik bir süreç olsa da kadınların içinde buldukları coğrafya, sosyoekonomik özellikler, dil sorunu gibi faktörlerden etkilenmektedir. Her toplumun ya da her kadının gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem ile ilgili uygulamaları, ihtiyaçları ve beklentileri farklıdır. Bu nedenle kadınların gereksinim duyduğu bakımı sağlayabilmek için bireyselleştirilmiş kültürlere duyarlı hemşirelik modellerinin kullanılması gerekmektedir. Bu modeller sayesinde kadınlara gereksinimleri ve kültürlerine uygun bakım sunularak hem anne-bebek sağlığının korunmasına hem de olumlu doğum deneyimi kazanmalarına katkı sağlanacaktır. Tüm bunlardan yola çıkarak bu derlemede, perinatolojiye özgü transkültürel hemşirelik modellerinin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Kültürlerarası hemşirelik, perinatoloji, modeller, hemşirelik

ABSTRACT

Although pregnancy is a physiological process, it is affected by factors such as women's geography, socioeconomic characteristics and language problem. Each society or every woman has different practise, needs and expectations regarding pregnancy, delivery and postpartum period. For this reason, nursing models that are sensitive to individualized cultures should be used in order to provide the care required by women. Thanks to these models, women will be provided care in line with their needs and will contribute to the protection of mother's baby health and gaining a positive birth experience. In this review, we aimed to review the perinatology-specific transcultural nursing models.

Keywords: Transcultural nursing, perinatology, models, nursing

GİRİŞ

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemler kadın sağlığını gösteren önemli parametrelerdir. Bu dönemlerde verilen nitelikli bakımın anne ve bebek ölüm oranlarını önemli ölçüde azalttığı bilinmektedir. Ancak bu hizmetlerin kullanımı kültürden kültüre farklılık göstermektedir. Bireylerin içerisinde buldukları coğrafya, sosyoekonomik faktörler, inanç ve değer yargıları gibi pek çok faktör hizmet alımını etkilemektedir (Withers, Karizmi ve Lim, 2018).

Birçok toplumda kültür, sağlık sistemi gibi sosyal kurumlar aracılığı ile sağlık sorunlarının algılanmasını ve ele alınmasını düzenler. Sağlık profesyonelleri ile hizmet alan bireyler arasındaki kültürel farklılıklar önemli sorunlara neden olmaktadır. Kültürel duyarsızlık, sağlık profesyonellerinin kültürel yetersizliği, bireylerin eksik ve kalitesiz bakım almasına, ayırimcılığa ve sağlık profesyonellerine duyulan güvensizliğe neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar, verilen sağlık hizmeti kültürel olarak yeterli olduğunda kadın ve ailesinin memnuniyet düzeyinin arttığını ve daha yüksek faydalanma oranı olduğunu göstermektedir (Coast, Jones, Portela ve Lattof, 2014; Withers ve ark, 2018).

Hemşire kuramcılar, verilen bakım hizmetinin etkin sonuçlarını görebilmek ve profesyonel hemşirelik bakımı ile uygulama arasındaki ilişkiyi ortaya koymak için, bazı kuramlar ortaya atmışlardır. Bu kuramlar yolu ile bir taraftan hastalara daha bilimsel ve profesyonel bir yaklaşım sağlanırken, diğer taraftan da topluma daha sağlıklı bir hizmet sunmayı düşünmüşlerdir (Koçak ve Sevil, 2015).

Madeline Leininger 1950’li yıllarda, gözlemleri sonucunda farklı kültürlere ait bireylere, farklı yaklaşımda bulunulması gerektiğini belirlemiştir. Daha sonra bu alanda kendini yetiştirmiş ve yaptığı çalışmalar sonucunda “Transkültürel Bakım Kuramı” nı geliştirmiştir (Koçak ve Sevil, 2015). Transkültürel hemşirelik terimi ise ilk kez Leininger tarafından 1979 yılında kullanılmış olup, “Farklı kültürlerin karşılaştırmalı araştırma ve analizi üzerine odaklanan, hemşireliğe sağlık-hastalık, bakım, inanç ve değerlere saygılı bir alt kültür ile beraber bilimsel ve hümanist bilgiyi ortaya çıkaran ve bu bilgileri özel-kültür ve evrensel-kültür alanlarında kullanıma geçiren bir alandır

şeklinde tanımlamıştır (Tortumluoğlu, 2004; Aydın ve Oskay, 2013).

Transkültürel hemşirelik yaklaşımı, hemşirelerin dünya görüş ve perspektiflerini genişleterek, başka kültürlerden gelen bireylere yaratıcı bakım sunmada onları becerili kılar. Kültürü temel alan yaklaşım ve bilgi, hem hemşirenin, hem de hastanın kendine güvenlerinin artmasını sağlar (Şahin, Bayram ve Avcı, 2009).

Kadın sağlığında en kritik dönemler olan gebelik, doğum ve doğum sonu dönem anne ve bebek sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir. Dünya çapında bireyler, içlerinde buldukları kültürel ve sosyal yapıya bağlı farklı inanç ve uygulama eğilimindedir (Okka, Durduran, Kodaz, 2016). Kültürel normlar ve yanlış inançlar gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde yanlış uygulamalara neden olmakla birlikte, verilen bakımın niteliğini de etkilemektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) anne ve yeni doğan sağlığını iyileştirmek için "kültürel açıdan uygun" doğum bakım hizmetlerini destekleyen önerilerde bulunmaktadır (Jones, Lattof ve Coast, 2017). Sağlık profesyonelleri, farklı kültürel gruplarda gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde daha nitelikli bakım sunabilmek için kültürel değerlendirme becerilerini geliştirmeli ve bireye uygun hemşirelik modellerini kullanarak verilen bakımın kalitesini artırmalıdır (Aydın ve Oskay, 2013; Koçak ve Sevil, 2015).

Perinatolojiye Özgü Transkültürel Hemşirelik Modellerinin Kullanılması

Sağlık profesyonelleri, gerek gebelik döneminde gerekse postpartum dönemde bakım verirken birtakım modeller oluşturmakta ve bu modellerden faydalanmaktadır. Böylece birey sadece biyolojik bir varlık olarak değerlendirilmekten çıkarak içinde bulunduğu kültür, sunulan bakıma entegre edilerek bireyin inanç ve gereksinimleri doğrultusunda bakım alması sağlanmaktadır.

Centering Pregnancy Model (Gebelik Merkezi Modeli)

Bu model 1993-1994 yılında Kanada’da geliştirilmiştir. Ebe ve hemşirelerin liderlik ettiği, 10-12 kişiden oluşan gruplara yönelik, düzenli 10 prenatal kontrolü içeren ve her kontrolün 90-120 dk sürdüğü grup doğum öncesi bakım hizmetidir. Risk değerlendirmesi, eğitim ve destek bileşenlerinden oluşur. Standart doğum öncesi risk değerlendirmesi,

eğitici tartışma formatı kullanarak eğitim desteği ve kadınların birbirleri ile deneyimlerini paylaşmaları sağlar. Little ve ark. (2018) tarafından Amerika’da yapılan bir çalışmada; “Centering Pregnancy” modeli, Amerika’da yaşayan Japon kadınların kültürlerine uyarlanarak bakım verilmiş ve kadınların doğum öncesi bakım memnuniyet düzeyinde artış olduğu saptanmıştır (Little ve Fetters, 2019).

Healthy Happy Beginnings (Sağlıklı Mutlu Başlangıçlar Modeli)

Avustralya Melbourne’da geliştirilen bu model, Burma’dan göç eden Karen kadınlarına yöneliktir. Bu modelin geliştirilme süreci, Melbourne’da yaşayan Karen anne-babalarına verilen topluluk danışmanlığıyla başlamıştır. Bu danışmanlığın içerisinde, ulaşımın kısıtlı olması nedeni ile bireylerin yaşadığı bölgede sunulan gebelik bakımı, profesyonel tercümanlara erişim, aynı kültüre sahip insanlarla tanışmak; gebeliğin sağlıklı bir şekilde devam etmesi için öneriler ve özellikle induksiyon veya sezaryen doğumunun gerekli olması durumunda, doğumda neler olacağına dair danışmanlık gibi konular yer almaktadır. Doğumevi, anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, hükümet, toplum sağlığı merkezleri ve araştırmacılardan oluşan sektörler arası bir çalışma grubu, toplum tarafından belirlenen ihtiyaçları karşılamak için bu modeli tasarlamıştır. Program, kadınlara yönelik, kültürel açıdan uygun, sağlık okuryazarlığı ve sosyal izolasyon konularında hitap edecek bakım ve bilgiye erişim sağlamayı amaçlamıştır.

Programın içerisinde ebe, anne-çocuk sağlığı hemşiresi ve topluma özgü kültürel özellikleri iyi bilen 2 temsilci dâhil edilmiştir. Kadınlar, iki haftada bir yapılan grup bilgilendirme seanslarının yanı sıra ebe ya da profesyonel tercüman yardımıyla doğum öncesi bakım almaktadır. Karen kadınları, toplum temelli ve sosyal açıdan kapsayıcı bir program olan bu modelin eğitimlerine gebelik süresi, parite, klinik risk veya doğum için hastaneye yatış süresine bakılmaksızın davet edilmektedir. Program, Karen kadınlarının yaşadığı ve katılmakta özgür olduğu bir halk sağlığı merkezinde bulunmaktadır. Riggs ve ark. (2016) 19 Karen kadını ile yaptıkları çalışmada; kadınlar, grup ortamında deneyimlerin paylaşılmasının, kendi dillerinde iletişim kurabilecekleri sağlık ekibi ve akranlarının olmasının kendilerini gebelik ve doğum hakkında bilgi edinerek güçlendirdiğini ve kendinden emin

hissettiğini belirtmiştir (Rigs, Muyeen, Brown, Dawson, Petschel, Tardiff ve ark, 2017).

The Malabar Community Midwifery Link Service Model (Malabar Topluluğu Ebe Bağlantılı Hizmet Modeli)

Aborjin ve Torres Strait Islander topluluklarına ait kadınların ihtiyaçlarını karşılamak için Avusturalya Sidney’de geliştirilmiştir. Aborjin sağlık görevlileri, ebe ve hemşirelerle birlikte çalışarak kültüre duyarlı bakım verilmesini destekler. Bu programa başvuran her gebeye bir ebe atanır. Ebe ve Aborjin sağlık görevlisi, gebelikte ve doğum sonu dönemlerde ev ziyaretlerinde bulunur. Gebelik ve doğum sırasında sürekli ebelik bakımı sağlayan bu model, doğum sonrası taburcu olduktan sonra kadını çocuk sağlığı hizmetlerine yönlendirir. Kadınlar gebelik sırasında ekibin çocuk ve aile sağlığı hemşiresi ile tanışır ve doğum sonrası dönemde çocuk ve aile sağlığı hizmetine geçişi kolaylaşır. Homer ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada; çalışmaya katılan gebelerin sigara içme oranlarında önemli ölçüde azalma olduğu belirtilmiştir. Kadınlar bu modele erişimin kolay olduğunu, bakımın sürekliliği sayesinde kendilerini güvende hissettiklerini ifade etmiştir (Homer, Foureur, Allende, Pekin, Caplice ve Catling-Paull, 2012).

Evde Doğum Güvenliğini Artırmak İçin Ebe Yardımlı Evde Doğum Planlaması İçin Önerilen Model (Sub Saharan Afrika Örneği)

Önerilen modelin ilk aşaması, gebe kadınların nitelikli sağlık personeli tarafından ideal olarak bir hastanede, aynı zamanda evde ya da toplum merkezli bir kurumda, gebeliğin ilk trimesterinde değerlendirilmesi ve risk taramasından ibarettir. Evde doğum için risk ve kontrendikasyonu olan kadınlar zamanında tanımlanmalı ve hastane doğumuna yönelik planlama başlatılmalıdır. Değerlendirme, sıtma, diyabet, hipertansiyon, böbrek hastalığı, kalp hastalığı, anemi ve retroviral hastalık gibi tıbbi hastalıkların tanımlanmasını, plasenta previa, multifetal gebelik ve konjenital fetal anomaliler gibi obstetrik durumları, önceki sezaryen, intrauterin fetal ölüm, zor doğum öyküsü, kanama öyküsü veya evde vajinal doğum sırasında ve sonrasında riskleri artıracak diğer durumları inceleyen obstetrik öyküyü içermektedir.

Maternal kan grubu, hemoglobin genotipi, hemoglobin düzeyi, retroviral hastalık taraması ve

hepatit taraması için temel antenatal testler yapılmalıdır. Gebelerin boylarını, ağırlıklarını ve pelvik boyutlarını belirlemek için temel bir fizik muayene gereklidir. Model, toplulukları dâhil etmeyi, kültürel inanç ve uygulamalarına saygı duymayı ve planlı evde doğum insidansını artırarak, evde doğum için dikkatli vaka seçip, yüksek riskli vakaları hastanelere sevk ederek maternal ve yenidoğan morbidite ve mortaliteyi azaltmayı amaçlamaktadır (Dayyabu, Murtala Grünebaum, McCullough, Arabin, Malcolm ve ark, 2019).

Birth Sister Program (Doğum-Kızkardeş Programı)

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde kadınlara “kızkardeş gibi” destek sağlayan yenilikçi, çok kültürlü bir doula hizmetidir. Anneye kendi dili ve kültürüne uygun bir doula eşlik eder.

- ✓ Prenatal dönemde ev ziyaretleri yapılarak kadınların gereksinimleri belirlenir ve eğitim verilir.
- ✓ Annenin barınma, yiyecek, bebek bakım ürünleri gibi gerekli kaynakları bulup bulmadığı değerlendirilir ve gerekirse anne kaynaklara yönlendirilir.
- ✓ Doğum sırasında anneye fiziksel ve duygusal destek sağlanır.
- ✓ Postpartum ev ziyaretleri yapılarak emzirme, ebeveynlik ve bebek bakımı eğitimi verilir. Gerekli tıbbi ve sosyal hizmetlerle bağlantı kurmasına yardımcı olunur.
- ✓ Annenin sahip olduğu kültürün olumlu yanlarından faydalanarak kadın desteklenir.

Santiago ve ark. (2008) Birth Sister Program’a dâhil olan ve olmayan annelerin bebeklerinin emzirme sonuçlarını karşılaştırdığı bir çalışmada, çalışmaya siyah ırk, beyaz ırk, Asyalı, Hispanik, Haitili ve diğer kadınlar dahil edilmiş ve programa katılan kadınların emzirme konusunda daha istekli olduğu ve emzirmeye daha erken başladığı belirtilmiştir (Santiago, Walker, Ewan, Vragovic, Winder ve Stubblefield, 2008).

PAVOT Program

Tibet’in kırsal bölgelerinde yaşayan ve evde doğum yapan kadınlar için hazırlanmış toplum ve ev tabanlı anne-yenidoğan modelidir. Program, aile

üyelerinin ve kırsal bölgede çalışan, sağlık personeli olmayan kişilerin bir eğitmen tarafından eğitilerek Tibetli kadınlara ve ailelerine ulaşmayı amaçlayan bir programdır. Uzman eğitici, yerel gelenek ve inançlara uygun bir anlayışa sahiptir. Bu eğitimi alan sağlık çalışanı anne yenidoğan sağlığı eğitimi, uygulamalı beceri eğitimi ve maddi kaynakları doğrudan kırsalda yaşayan kadınlara iletir. Ayrıca temiz doğum kiti, yenidoğan için giysi, battaniye vb. ile doğum öncesi dönem için vitamin ve mineral desteği verir.

- Antepartum dönemde; doğum öncesi bakım hizmeti, beslenme danışmanlığı, doğuma hazırlık, tehlike işaretlerini tanıma ve mikro besin takviyesi konularında bakım sağlanır.
- İntrapartum dönemde; sorunsuz bir doğum, nitelikli intrapartum bakım desteği ve tehlike işaretlerini tanıma konusunda destek sağlanır.
- Acil anne ve yenidoğan bakımı kapsamında; postpartum hemorajinin önlenmesi, tehlike işaretlerini tanıma, yenidoğan resüsitasyonu, yenidoğanı hipotermiden ve hipoglisemiden koruma, umbilikal kord bakımı konularında eğitim sağlanır.
- Postpartum ve postnatal dönemde ise; erken postpartum ziyaret, mikro besin alımı, ve emzirme konularında destek sağlanır.

Tibet’te bu programa alınan 980 kadının %92’si güvenli gebelik ve doğum eğitimi, temiz doğum ve uterus masajı eğitimi ve temiz göbek kordonu bakımı eğitimi aldığını, %80’i ise yenidoğan resüsitasyon eğitimi aldığını ifade etmiştir. Kadınların tamamı temiz doğum kiti, vitamin ve mineral desteği aldığını belirtmiştir (Dickerson, Crookston, Simonsen, Sheng ve Nkoy, 2010).

Kültürel Olarak Uygun Bir Doğum Bakımı Modeli (Peru Örneği)

Peru’da Quechua yerli toplulukları ve sağlık profesyonelleriyle işbirliği içinde geliştirilen, geleneksel doğum uygulamaları sürecine gebenin ailesinin dâhil edilmesi ve Quechua dilinin kullanılmasına yönelik bir doğum bakım modelini kullanılmaktadır. Yerli toplulukların doğum eyleminde yaşadığı bazı güçlükler belirlenerek çözüm önerileri getirilmiştir (Gabrysch, Lema, Bedrinana, Bautista, Malca, Campbell ve ark, 2009) (Tablo 1) .

Tablo 1. Yerli toplulukların doğum eyleminde yaşadığı bazı güçlükler ve çözüm önerileri

Engeller	Çözüm Önerileri
Bakım verirken anlaşılmayan İspanyolca'nın kullanılması	Quechua dilini konuşan sağlık profesyonelinde bakım almak
Sağlık profesyonellerinin sürekli rotasyonu, güvene dayalı ilişki kurulmasını engeller	Sağlık personelleri için daha iyi koşullar oluşturulmalı
Sağlık profesyonelleri kadınlara kaba, düşmanca ve ayrımcı yaklaşır	Sağlık profesyonelleri kadınlara dostça ve kültürlerine saygılı yaklaşmalı
Ailenin, hastanede kadının yanında kalma şansı yoktur	Kadına refakat eden aile üyelerine yatak, sandalye ve ocak bulunduran oda verilir
Hastaneye varış süresinin uzun olması nedeniyle kadınlar henüz doğum başlamadan gelmekte ancak kalacak yer sıkıntısı yaşamaktadır	Doğumu bekleyen kadın ve ailelere yönelik bekleme odası, daha sonra ulusal politikaya uygun olarak ev bekleme sistemine geçildi.
Eş, aile ve geleneksel doğum görevlisi kadının istemesine rağmen doğumhaneye alınmamaktadır	Eş ve geleneksel doğum görevlisi doğuma eşlik edebilir
Hastanede geleneksel yiyecek-içecek seçenekleri yoktur	Ailenin kendi geleneklerine uygun yemek hazırlaması için mutfak tasarlanmıştır
Doğal yağların, kremlerin veya geleneksel bitkilerin zor doğumlarda kullanılması yasaktır	Doğumda çeşitli yağların kullanımı serbesttir
Hastane elbiselerinin kullanımı zorunludur	Kadınlar kendi elbiselerini giyebilir
Doğumhane soğuk, gürültülü, aydınlık ve sterildir	Doğumhane sessiz, karanlık ve korumalıdır
Tanımadığınız insanlar odaya girebilir	Kadının izni olmadan kimse odaya giremez
Hijyeni sağlamak için yapılan vajinal muayene sırasında utanç yaşanmaktadır	Hijyen eğitimi verilerek kadının veya ailesinin hijyeni sağlamasına izin verilir
Bilinmeyen işlemlerden korkma	Sağlık profesyonelleri tüm prosedürleri açıklar ve herhangi bir uygulamadan önce izin ister
Eylem sırasında jinekolojik masada yatay pozisyon kullanılır	Jinekolojik masa yerine normal yatak kullanılır ve dikey çömelme pozisyonuna izin verilir
Göbek kordonu geleneğe göre aile üyesi tarafından kesilir	Göbek kordonunun sağlık personeli tarafından steril olarak kesilmesi tartışmalıdır
Doğumdan sonra uterus kasılmaları için karnı sıkıca saran geleneksel "rollete" kemer yerine, tabletler kullanılır	Tabletlere ek olarak istenmesi halinde rollete kullanılabilir
Plasenta korunur ve sıcak bir yere gömülür	Plasenta gömülmek üzere aileye verilir
Komplikasyon durumunda sevk olanakları zayıftır	Komplikasyon durumunda ücretsiz ambulans verilir ancak benzin maliyetlerinin karşılanmasındaki zorluklar nedeniyle kullanılmamaktadır
Doğumdan 72 saat sonra taburcu olunur	Kadınlar doğum sonrası kalış sürelerinin uzunluğuna kendileri karar verir, gerektiği kadar dinlenebilirler.

The Healthy Start Model (Sağlıklı Başlangıç Modeli)

Amerika'da göçmen kadınlar için geliştirilmiş bir modeldir. Program, yeterli doğum öncesi bakım sağlama, olumlu doğum öncesi sağlık davranışlarının teşvik edilmesi, temel ihtiyaçların karşılanması (örneğin, beslenme, barınma, psikososyal destek), sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engellerin azaltılması ve katılımcının güçlendirilmesi gibi birçok konuyu ele almaktadır. Kadınlar öncelikle sağlık ve sosyal hizmet ihtiyaçları, ilgi alanları ve risk faktörleri açısından değerlendirilerek bir bakım planı hazırlanır ve düzenli aralıklarla yeniden değerlendirmeler yapılarak plan yenilenir. Yapılan ev ziyaretleri risk

grubundaki kadınlara ulaşmaya yardımcı olur. Kadınlara, gebelikte mümkün olduğunca erken doğum öncesi bakım almaları için yardımcı olarak doğum sonuçlarının iyi olması amaçlanır (Ley, Copelan ve Flint, 2011).

SONUÇ

Bireylerin yaşadığı çevre ve coğrafi konum kültürün şekillenmesinde önemli rol oynamaktadır. Bireylerin davranışları üzerinde oldukça etkili olan kültür kavramı, sağlık algısında etkilenmektedir. Sağlık, kültürle göre göreceli bir kavram olmakla birlikte çevresel ve biyolojik etmenlerden olduğu kadar kültürden de etkilenmektedir. Günümüzde toplumlar giderek çok kültürlü bir yapıya

dönüşmektedir. Bu da kültürlere duyarlı hemşirelik uygulamalarının önemini artırmaktadır. Kadın hayatının en önemli evrelerinden biri olan gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde bireye özgü, birey merkezli ve bireyin ait olduğu kültüre duyarlı bütüncül bir bakım sunabilmek için bazı hemşirelik

modelleri geliştirilmiştir. Geliştirilen bu modeller, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde kadının gereksinimleri doğrultusunda bakım vermeye yardımcı olarak hem anne-bebek sağlığının yükseltilmesine hem de kadın ve ailesinin memnuniyet düzeyinde artışa katkı sağlamaktadır.

KAYNAKLAR

- Aydın, S. ve Oskay, Ü. (2013). Perinatolojide kültürlerarası hemşirelik. *International Journal of Human Sciences*, 10 (1), 1607-19.
- Coast, E., Jones, E., Portela, A. ve Lattof, S. R. (2014). Maternity care services and culture: a systematic global mapping of interventions. *PLoS One*, 9 (9), 108130.
- Dayyabu, A. L., Murtala, Y., Grünebaum, A., McCullough, L. B., Arabin, B., Malcolm, I. M. ve ark. (2019). Midwife-assisted planned home birth: an essential component of improving the safety of childbirth in Sub-Saharan Africa. *J Perinat Med*, 47 (1), 16-21.
- Dickerson, T., Crookston, B., Simonsen, S. E., Sheng, X., Samen, A. ve Nkoy, F. (2010). Pregnancy and village outreach Tibet a descriptive report of a community- and home-based maternal-newborn outreach program in rural Tibet. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 24 (2), 113-25.
- Gabrysch, S., Lema, C., Bedrinana, E., Bautista, M. A., Malca, R., Campbell, M. R. ve ark. (2009). Cultural adaptation of birthing services in rural Ayacucho, Peru. *Bull World Health Organ*, 87, 724-729.
- Homer, C.S., Foureur, M. J., Allende, T., Pekin, F., Caplice, S. ve Catling-Paull, C. (2012). 'It's more than just having a baby' women's experiences of a maternity service for Australian Aboriginal and Torres Strait Islander families. *Midwifery*, 28 (4), 449-55.
- Jones, E., Lattof, S. R. ve Coast, E. (2017). Interventions to provide culturally-appropriate maternity care services: factors affecting implementation, *BMC Pregnancy Childbirth*, 17 (1): 267.
- Koçak, Y. Ç. ve Sevil, Ü. (2015). Kadın doğum kliniklerinde yatan hastalara kültürlerarası yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 1 (3), 52-61.
- Ley, C. E., Copelan, V. C. ve Flint, C. S. (2011). Healthy start program participation: the consumers' perspective. *Soc Work Public Health*, 26 (1), 17-34.
- Little, S. H. ve Fetters, M. D. (2019). Transcultural modifications of a Japanese language group prenatal care program for transcultural adaptation. *J Transcult Nurs*, 30 (2), 106-14.
- Okka, B., Durduran, Y. ve Kodaz N. D. (2016). Traditional practices of Konya women during pregnancy, birth, the postpartum period, and newborn care. *Türk J Med Sci*, 46 (2), 501-11.
- Riggs, E., Muyeen, S., Brown, S., Dawson, W., Petschel, P., Tardiff, W. ve ark. (2017). Cultural safety and belonging for refugee background women attending group pregnancy care: an Australian qualitative study, *Birth*, 44 (2), 145-52.
- Şahin N. H., Bayram, G. ve Avcı, D. (2009). Kültürlere duyarlı yaklaşım: transkültürel hemşirelik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 6 (1), 2-7.
- Santiago, J. M., Walker, C., Ewan, J., Vragovic, O., Winder, S. ve Stubblefield, P. A. (2008). Hospital-based doula program and childbirth outcomes in an urban, multicultural setting. *Matern Child Health J*, 12, 372-377.
- Tortumluoğlu, G. (2004). Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modelleri. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 8 (2), 47-57.
- Withers, M., Kharazmi, N. ve Lim E. (2018). Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries. *Midwifery*, 56, 158-70.