

Derginin Sahibi

Prof. Dr. İbrahim AYDINLI

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan V.

Bas Editör

Dr. Öğretim Üyesi Nazan TORUN

Ankara Yıldırım Beyazıt Bölümü, Sağlık Yönetimi Bölümü

Editör Yardımcıları

Doç. Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Banu MÜJDECİ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Odyoloji Bölümü

Teknik Editör

Arş. Gör. Yasemin ATEŞ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Mizanpaj Editörleri

Arş. Gör Kerim Kaan GÖKÜSTÜN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Hilal MECİT, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Biyoistatistik Editörleri

Prof. Dr. Selim Yavuz SANİSOĞLU, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Pervin DEMİR, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Yazım Dili Editörleri

Arş. Gör. Kürşad KARAKOÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Çiğdem ÖNEN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Yazı İşleri Müdürü

Dr. Öğretim Üyesi Hilal TÜZER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Redaktörler

Arş. Gör. Elmas AKIN ALTINCI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Dr. Sibel PEKSOY, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Dr. Kübra YILMAZ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Bilimsel Danışma Kurulu

Prof.Dr. Nazan AKTAŞ, Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye
Prof.Dr. Yeşim BAKAR, İzmir Bakırçay Üniversitesi, İzmir, Türkiye
Prof.Dr. Mehmet GÜNAY, Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Prof.Dr. Ayşegül GÜVEN, Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Prof.Dr. İsmail Hakkı DEMİRCİOĞLU, T.C. İçişleri Bakanlığı Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi, Ankara
Prof.Dr. Sevim SAVAŞER, Biruni Üniversitesi, İstanbul, Türkiye
Prof.Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU, Atılım Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Doç.Dr. Müdriye YILDIZ BIÇAKÇI, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye
Doç.Dr. Tarık TUNCAY, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Editör Kurulu

Prof.Dr. Cengiz ÖZBESLER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü
Prof.Dr. Baki YILMAZ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Spor Bilimleri Bölümü
Doç. Dr. Yahya ÖZDOĞAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü
Doç.Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü
Doç.Dr. Banu MÜJDECİ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Odyoloji Bölümü
Doç. Dr. Şeyda TOPRAK ÇELENAY, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü
Doç. Dr. Fatma Elif KILINÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çocuk Gelişimi Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi Nazan TORUN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü
Dr. Öğretim Üyesi Hilal TÜZER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Adres: ‘‘Etlik Doğu Kampüsü’’ Ayvalı Mahallesi Gazze Caddesi Keçiören Belediyesi Yüzme Havuzu Üstü

Keçiören/ANKARA

E-mail: saglikbilfakulte@ybu.edu.tr

Tel: (0312) 324 1555/ 1908/1909/1910/1911

Belgegeçer (Faks): (0312) 906 2967

Derginin Bu Sayısında Görev Alan Hakemlerimiz

Yahya ÖZDOĞAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Gözde ARITICI, Acıbadem Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Esra KARACA ÇİFTÇİ, Beykent Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Çiğdem SARI, Gazi Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Hicran ÇETİN GÜNDÜZ, Başkent Üniversitesi, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı

Esra KILIÇ CEYHAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Ayşegül KOÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Sema KOÇAŞLI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Gülay YAZICI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Nural ERZURUM ALİM, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Lale AKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Mehmet Zeki AVCI, Kıbrıs İlim Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Gülendam HAKVERDİOĞLU YÖNT, Kıbrıs İlim Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Sevil ŞAHİN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Evrin KIZILER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Hilal TÜZER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Hemşirelik Öğrencilerinin Kültürlerarası Duyarlılık Düzeyleri ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Ayşegül KOÇ¹, Şerife ÖZ², Tuğba KILIÇ³

Öz

Amaç: Bu araştırma, hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. **Gereçler ve Yöntem:** Bu tanımlayıcı araştırma Ankara'da bir devlet ve bir vakıf üniversitesinin hemşirelik bölümlerinde okuyan 190 öğrenci ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında demografik veriler için oluşturulan demografik soru formu ve Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, Mann Whitney U, Kruskal Wallis ve Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortancası 21 ve % 92,1'i kadındır. Öğrenci hemşirelerin Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği toplam puan ortalaması 87,23±13,45 olarak bulunmuştur. Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği toplam puan ortalaması eğitim görülen üniversite, sınıf, yabancı dil bilme durumu, başka bir ülkede hemşirelik eğitimi almak isteme durumu ve mezuniyet sonrası yurtdışında çalışmak isteme durumu ile ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$). **Sonuç:** Hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kültürlerarası Duyarlılık; Bakım; Hemşirelik; Öğrenci

Investigation of Nursing Students' Intercultural Sensitivity Levels and Related Factors

Ayşegül KOÇ¹, Şerife ÖZ², Tuğba KILIÇ³

ABSTRACT

Aim: This study was conducted to determine nursing students' intercultural sensitivity and related factors. **Materials and Methods:** This descriptive study was conducted with 190 students studying in nursing departments of a state and a private university in Ankara. demographic questionnaire for demographic data and Intercultural Sensitivity Scale were used for data collection. In data analysis, frequency, percentage, mean, standard deviation, Mann Whitney U, Kruskal Wallis and Pearson's correlation test were used. **Results:** Median age of students was 21 and 92.1 % of the students were female. Students' mean Intercultural Sensitivity Scale score was found to be 87.23 ± 13.45. The mean of total Intercultural Sensitivity Scale score was found to be associated with the university, class, speaking a foreign language, desire to study nursing in another country, and desire to work abroad after graduation ($p<0.05$). **Conclusion:** It has been determined that intercultural sensitivity levels of nursing students are at medium level.

Keywords: Intercultural Sensitivity; Care; Nursing; Student

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

²Kastamonu Üniversitesi Tosya Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Tıbbi Dökümantasyon ve Sekreterlik Anabilim Dalı

³Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sorumlu Yazar: Ayşegül KOÇ

E-posta adresi: aysegulkocmeister@gmail.com

ORCID No: 0000-0003-1179-5550

Gönderi Tarihi: 20.07.2020

Kabul Tarihi: 24.10.2020

Bu çalışma 2-6 Ekim 2013 tarihleri arasında Antalya'da gerçekleştirilen 15. Ulusal İç Hastalıkları Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Sağlık, biyolojik ve çevresel faktörlerle beraber kültürel faktörlerden de etkilenmektedir.

Toplumların zamanla çok kültürlü yapıya evrilmesi hemşireler için kültüre dayalı hemşirelik bakımı verilmesini gerekli kılmıştır (1).

Dünyadaki güncel sağlık politikaları etnik ayrımcılık, sağlıkta eşitsizlikler ve ayrımcılığın önlenmesine odaklanmaktadır. Bu sebeple, farklı kültürlerden bireylerin tedavi ve bakım ihtiyaçlarını karşılayabilmek için sağlık hizmetleri profesyonellerinin kültürlerarası bakım konusunda yeterli bilgi ile beceriye sahip olması ve buna yönelik eğitilmeleri gerekmektedir (2).

Kültürlerarası hemşirelik eğitiminin sonucunda kültürel yeterlilik kazanmış bir öğrenci hemşirede birtakım özelliklerin yerleşmiş olması beklenir. Kültürel yeterlilik kazanmış bir öğrenci hemşirenin özellikleri ve kazanması beklenen davranışlar şu şekildedir (3,4);

- Kişilerin sağlığı algılamalarında ve çevrelerinin iyileştirilmesinde kültürün önemini belirtebilir.
- Sağlık durumu, hastalık durumu ve öz bakım yetersizliklerinde kültürün etkisini analiz edebilir.

- Kişilerin ve sağlık profesyonellerinin düşünceleri, değerleri ve davranışlarının kültürden etkilendiğini bilir.
- Kültürel benzerlik ve farklılıkların sağlık üzerine etkilerini kabul eder ve samimi bir yaklaşım gösterir.
- Farklı kültürlerin değerlerini, inançlarını, dini özelliklerini ve manevi özelliklerini bilir.
- Sağlık bakımının verilmesinde kültürel yeterliğin önemini bilir.
- Bakım sunduğu bireyleri, aileleri ve grupları kültürel özellikleri bakımından değerlendirebilir, kültüre özgü hemşirelik bakımı planlayıp uygulayabilir ve değerlendirebilir.

Bütün bunlardan hareketle sağlık hizmetlerinde kültürel duyarlılık önemli bir kavramdır. Bu sebeple sağlık hizmetleri profesyonellerinde kültürlerarası duyarlılığın değerlendirilmesi önemlidir. Ülkemizde ve yurtdışında hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık düzeyinin değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde öğrencilerin kültürlerarası duyarlılık düzeyi istendik seviyede olmadığı, genel olarak orta düzeyde olduğu görülmektedir. Durgun ve arkadaşlarının (2019) 318 hemşirelik öğrencisi ile

yaptıkları bir çalışmada öğrencilerin kültürlerarası duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (5). Aktaş ve arkadaşlarının (2015) 152 hemşirelik öğrencisinin kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin değerlendirdikleri çalışmada öğrencilerin kültürlerarası duyarlılıkları orta düzey olarak bulunmuştur (6). Kılıç ve Sevinç'in (2018) 444 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları diğer bir çalışmada yine kültürlerarası duyarlılık ölçeği puan ortalamasının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir (7). Bilgiç ve Şahin ise yaptıkları çalışmada hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir (8). Güney Kore, Finlandiya'da yapılan 2 farklı çalışmada da katılımcıların kültürlerarası duyarlılıklarının orta düzeyde olduğu belirtilmiştir (9,10).

Kültürlerarası duyarlılık düzeyi ne kadar erken değerlendirilirse önlemler ve geliştirmeler o kadar erken başlatılabilir. Buradan yola çıkarak yapılan bu çalışmada temel sağlık hizmetlerinin bel kemiği olan hemşirelik mesleğinin adayları olan hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evreni 2014-2015 eğitim-öğretim yılı güz döneminde Ankara'da bir devlet ve bir vakıf üniversitesinin hemşirelik bölümlerinde okuyan hemşirelik bölümü ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinden oluşmuştur (N=343). Çalışmada örneklem seçim yöntemi kullanılmadan bütün evrenin çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Fakat devamsızlık yapan, araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve eksik bilgi veren öğrenciler çalışma dışında bırakılmış ve 190 öğrenciyle tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Demografik Soru Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (10-14). Cinsiyet, yaş, gelir düzeyi algısı aile tutumları, hemşirelik mesleği seçiminde isteklilik ve hemşirelik mesleğini seçme sebepleri, hemşireliğe bakış acısı, yabancı dil bilme, başka kültürden kişilerle bir arada olma deneyimi, öğrenci değişim programlarına katılmaya isteklilik,

başka kültürdeki insanlarla çalışmaya isteklilik ile ilgili soruları içermektedir.

Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği (KDÖ): Chen ve Starosta tarafından geliştirilen (15), Bulduk ve arkadaşları (16) tarafından da Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik analizi yapılan KDÖ beş alt boyutu olan 24 maddelik 5'li likert tipte bir ölçektir. Katılımcılardan her bir madde için “5=Kesinlikle katılıyorum”, “4=Katılıyorum”, “3=Kararsızım”, “2=Katılmıyorum”, “1=Kesinlikle katılmıyorum” ifadelerinden birini işaretlemeleri istenmiştir. Ölçek; “İletişimde Sorumluluk”, “Kültürel Farklılıklara Saygı”, “İletişimde Kendine Güvenme”, “İletişimden Hoşlanma” ve “İletişimde Dikkatli Olma” alt boyutlarından oluşmaktadır. Ölçekte kesme puanı olmayıp toplam puanın düşük olması kültürler arası duyarlılık düzeyinin düşük olduğunu, ölçek toplam puanının yüksek olması ise kültürler arası duyarlılık düzeyinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Bu çalışmada kültürlerarası duyarlılık ölçeğinin Cronbach Alfa değeri 0,722 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından 20 Aralık 2014–15 Ocak 2015 tarihleri arasında öğrencilerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Demografik Soru Formu ve Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği öğrencilere verilerek anketleri kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Veri toplama formları öğrencilerin dersleri ile çakışmayacak şekilde uygun zaman aralıklarında yapılmıştır.

Verilerin Analizi

Veriler, IBM SPSS 21.0 istatistiksel analiz programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, minimum-maximum değerleri gibi tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Gruplar arasındaki karşılaştırmalar Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri ile yapılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Test istatistiği için anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Tüm bilgiler Helsinki Deklerasyonu'na bağlı kalınarak araştırma ve yayın etiğine uyularak toplanmıştır. Öğrencilere anket uygulamasının yapılabilmesi için üniversitelerin fakülte yönetimlerinden gerekli yazılı izinler alınmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı, araştırmanın önemi ve anket formları ile ilgili bilgilendirildikten sonra verdikleri bilgilere araştırmacılar tarafından başka kimsenin ulaşamayacağı konularında

bilgilendirme yapılarak öğrencilerin sözlü ve yazılı onamı alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortancası 21'dir. Öğrencilerin % 92,1'i kadın, % 7,9'u erkek olup % 67,4'ü üniversiteye başlamadan önce metropolde yaşamıştır. Öğrencilerin % 71,1'i Hemşirelik mesleğini isteyerek seçtiklerini belirtmiş olup hemşirelik mesleğini seçme nedenleri incelendiğinde % 47,4'ü hemşirelik mesleğini iş bulma kolaylığı ve ekonomik nedenler, % 33,2'si hemşirelik mesleğini istemeleri ve % 3,7'si öğretmenlerinin yönlendirmesi sonucu hemşirelik mesleğini tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Öğrencilerin yaklaşık üçte ikisi (% 63,7) lisans eğitimi sırasında yaşadıkları tecrübeler sonucunda hemşireliğe bakış açılarının olumlu yönde değiştiğini belirtmişlerdir. Öğrencilerin yarısı (% 49,5) konuşabilme ve anlayabilme düzeyinde yabancı dil bildiklerini, % 61,1'i başka kültürlerden insanlarla bir arada olma fırsatı bulduklarını, % 68,4'ü öğrenci değişim programları ile başka bir ülkede hemşirelik eğitimi almak istediklerini ve % 57,4'ü mezuniyet sonrası yurtdışında çalışmak istediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 1: Demografik özellikler

Değişken	Gruplar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Üniversite	Vakıf Üniversitesi	40	21,1
	Devlet Üniversitesi	150	78,9
Sınıf	2.Sınıf	71	37,4
	3.Sınıf	62	32,6
	4.Sınıf	57	30,0
Cinsiyet	Bayan	175	92,1
	Erkek	15	7,9
Üniversiteye başlamadan önce yaşanılan bölge	Metropol (İstanbul, Ankara, İzmir), İl	128	67,4
	İlçe, Köy, Bucak	60	31,6
	Yurt Dışı	1	0,5
	Missing	1	0,5
Hemşirelik mesleğini seçme durumu	İsteyerek	135	71,1
	İstemeyerek	54	28,4
	Missing	1	0,5
Hemşirelik mesleğini seçme nedeni	İş Bulma Kolaylığı/Ekonomik Nedenler	90	47,4
	İstedğim Bir Meslek Olması	63	33,2
	Ailemin İsteği	16	8,4
	Öğretmenlerimin Yönlendirmesi	7	3,7
	Diğer(Belirtiniz)	14	7,4
	Olumlu Yönde Değişti	121	63,7
	Olumsuz Yönde Değişti	48	25,3
Başka kültürlerdeki insanlarla bir arada olma durumu	Hiçbir Fikrim Yok	21	11,1
	Evet	116	61,1
Konuşabilme ve anlayabilme düzeyinde yabancı dil bilme durumu	Hayır	74	38,9
	Evet (Belirtiniz)	94	49,5
	Hayır	95	50,0
Öğrenci değişim programları ile başka bir ülkede hemşirelik eğitimi almak isteme durumu	Missing	1	0,5
	Evet	130	68,4
Mezuniyet sonrası yurtdışında çalışmak isteme durumu	Hayır	60	31,6
	Evet	109	57,4
Mezuniyet sonrası yurtdışında çalışmak isteme durumu	Hayır	81	42,6
	Evet	109	57,4

Çalışmaya katılan öğrencilerin KDÖ puan ortalaması 87,23±13,45 olarak bulunmuştur. KDÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde İletişimde Sorumluluk puanı ortalaması 26,21±4,79, Kültürel Farklılıklara Saygı Gösterme puanı ortalaması 22,75±3,91, Etkileşimde Kendine Güven puanı ortalaması 16,72±3,58, İletişimden Hoşlanma puanı ortalaması 10,68±2,53 ve

İletişimde Dikkatli Olma puanı ortalaması 11,33±2,19 olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. KDÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları

Alt Boyutlar	Minimum	Maksimum	Ortalama (x̄)	Standart Sapma
İletişimde Sorumluluk	7	35	26,21	4,79
Kültürel Farklılıklara Saygı	8	30	22,75	3,91
İletişimde Kendine Güven	5	25	16,72	3,58
İletişimden Hoşlanma	3	15	10,68	2,53
İletişimde Dikkatli Olma	3	15	11,33	2,19
TOPLAM PUAN	29	116	87,23	13,45

Devlet üniversitesi öğrencilerinin ve ikinci sınıf öğrencilerinin KDÖ puan ortalamasının diğer sınıflar ve diğer üniversitedeki öğrencilere göre anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ayrıca konuşabilme ve anlayabilme düzeyinde yabancı dil bilme durumu, öğrenci değişim programları ile başka bir ülkede hemşirelik eğitimi almak isteme ve mezuniyet sonrası yurtdışında çalışmak isteme açısından da gruplar arasında KDÖ puan ortalamaları açısından fark oluştuğu belirlenmiştir. Yabancı dil bilenler, öğrenci değişim programları ile başka bir ülkede hemşirelik eğitimi almak isteyenler ve mezuniyet sonrası yurtdışında çalışmak istediklerini ifade edenlerin

KDÖ puan ortalamaları istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 3). Cinsiyet, üniversite eğitimine başlamadan önce yaşanan bölge, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu, hemşirelik mesleğini seçme nedeni ve başka kültürlerdeki insanlarla bir arada olma durumu açısından ise gruplar arasında KDÖ puan ortalamaları açısından fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 3. Değişkenlere göre KDÖ puanlarının karşılaştırılması

Değişken	Grup	Ortalama (x̄)	Standart Sapma	İstatistiksel Test
Üniversite	Vakıf Üniversitesi	91,30	12,98	0,022*
	Devlet Üniversitesi	86,14	13,41	
Cinsiyet	Kadın	87,50	13,40	0,166*
	Erkek	83,03	14,05	
Sınıf	2. Sınıf	84,90	12,09	0,010**
	3. Sınıf	88,10	15,47	
	4. Sınıf	89,18	12,48	
Üniversiteye Başlamadan Önce Yaşanılan Bölge	Metropol	88,16	12,82	0,229**
	İlçe, Köy, Bucak	85,48	14,72	
	Yurt Dışı	72,00	-	
Hemşirelik Mesleğini İsteyerek Seçme Durumu	İsteyerek	87,41	14,02	0,493*
	İstemeyerek	86,87	12,15	
Hemşirelik Mesleğini Seçme Nedeni	Ekonomik/ İş Bulma	85,96	13,30	0,237**
	İstedığı Bir Meslek Olması	86,60	13,98	
	Aile İsteği	91,44	10,79	
	Öğretmenlerin Yönlendirmesi	91,57	12,36	
	Diğer	91,21	14,82	
Başka Kültürlerdeki İnsanlarla Bir Arada Olma Durumu	Evet	87,89	15,33	0,084*
	Hayır	86,19	9,83	
Konuşabilme ve Anlayabilme Düzeyinde Yabancı Dil Bilme Durumu	Evet	88,64	14,34	0,049*
	Hayır	85,81	12,50	
Öğrenci Değişim Programları ile Başka Bir Ülkede Hemşirelik Eğitimi Almak İsteme Durumu	Evet	88,50	14,13	0,015*
	Hayır	84,47	11,48	
Mezuniyet Sonrası Yurtdışında Çalışmak İsteme Durumu	Evet	88,75	14,89	0,014
	Hayır	85,17	10,99	

*Mann Whitney U testi

**Kruskall Wallis testi

Sınıflar arasında KDÖ puanları karşılaştırıldığında ölçek alt boyutlarından İletişimde Sorumluluk, İletişimde Kendine Güven ve İletişimde Dikkatli Olma puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunurken ($p>0,05$), Kültürel Farklılıklara Saygı ve İletişimden Hoşlanma alt boyut puan ortalamalarında sınıflara göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Farklılığın hangi sınıf/sınıflardan kaynaklandığını bulmak için yapılan post-hoc analizinde fark olan iki alt boyutta da 2. Sınıf öğrencilerin puanlarının diğer sınıflardan farklı olduğu (daha düşük) belirlenmiştir (Tablo 4).

Hemşirelik mesleğini seçme nedenlerine göre KDÖ puanları karşılaştırılmıştır. Yapılan analizde tüm ölçek alt boyutlarında puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 4).

Hemşirelik eğitimi sırasında öğrenci değişim programı ile başka bir ülkedeki üniversitenin hemşirelik bölümünde eğitim almak isteme durumuna göre KDÖ alt boyut puanları karşılaştırılmıştır. Yapılan analizde İletişimde

Sorumluluk, Kültürel Farklılıklara Saygı, İletişimde Kendine Güven ve İletişimde Dikkatli Olma alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunurken ($p>0,05$), İletişimden Hoşlanma alt boyutu puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4).

Mezuniyet sonrası yurtdışında çalışmak isteme durumuna göre KDÖ alt boyut puanları karşılaştırılmıştır. İletişimde Sorumluluk, Kültürel Farklılıklara Saygı, İletişimden Hoşlanma ve İletişimde Dikkatli Olma alt boyutlarında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmezken ($p>0,05$), İletişimde Kendine Güven alt boyutu puanları yönünden gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Mezuniyet sonrası yurt dışında çalışmak isteyenlerin İletişimde Kendine Güven alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Bazı değişkenlere göre KDÖ alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Değişken	Grup	İletişimde Sorumluluk	Kültürel Farklılıklara Saygı	İletişimde Kendine Güven	İletişimden Hoşlanma	İletişimde Dikkatli Olma
Sınıf	2.Sınıf (n=71)	25,7 ± 4,4	21,3 ± 4,0	16,7 ± 3,7	9,7 ± 2,6	11,5 ± 2,1
	3.Sınıf (n=62)	26,6 ± 5,6	23,0 ± 4,4	16,4 ± 3,8	11,0 ± 2,7	11,2 ± 2,5
	4.Sınıf (n=57)	26,3 ± 4,3	23,2 ± 3,6	17,0 ± 3,2	11,3 ± 2,2	11,3 ± 2,0
	İstatistiksel Test	0,609**	0,011** (2 ile 3-4)	0,658**	0,001** (2 ile 3-4)	0,755**
Hemşirelik mesleğini seçme nedeni	İş Bulma Kolaylığı/ Ekonomik Nedenler (n=90)	25,7 ± 4,8	22,0 ± 4,2	16,5 ± 3,2	10,6 ± 2,3	11,1 ± 2,3
	İstediği Bir Meslek Olması (n=63)	26,2 ± 5,0	22,5 ± 4,0	16,3 ± 3,8	10,2 ± 2,8	11,4 ± 2,0
	Ailenin İsteği (n=16)	27,6 ± 3,2	23,4 ± 4,1	17,6 ± 3,9	11,0 ± 2,8	11,9 ± 2,1
	Öğretmenlerin Yönlendirmesi (n=7)	28,1 ± 3,3	22,4 ± 3,5	17,1 ± 5,2	11,3 ± 2,4	12,6 ± 1,1
	Diğer (n=14)	26,4 ± 6,2	23,8 ± 4,0	18,3 ± 3,3	11,2 ± 2,9	11,5 ± 3,0
	İstatistiksel Test	0,522**	0,488**	0,299**	0,572**	0,302**
Başka bir ülkede hemşirelik eğitimi almak isteme	Evet (n=130)	26,6 ± 5,0	22,6 ± 4,2	17,0 ± 3,6	10,8 ± 2,5	11,5 ± 2,4
	Hayır (n=60)	25,4 ± 4,3	22,1 ± 3,9	16,0 ± 3,4	10,1 ± 2,7	11,0 ± 1,6
	İstatistiksel Test	0,108*	0,428*	0,057*	0,049*	0,180*
Mezuniyet sonrası yurtdışında çalışmak isteme	Evet (n=109)	26,6 ± 5,6	22,8 ± 4,5	17,3 ± 3,6	10,7 ± 2,6	11,4 ± 2,4
	Hayır (n=81)	25,7 ± 3,5	22,0 ± 3,5	15,9 ± 3,4	10,4 ± 2,5	11,3 ± 1,9
	İstatistiksel Test	0,180*	0,159*	0,006*	0,401*	0,697*

*Mann Whitney U testi

**Kruskall Wallis testi

Katılımcıların yaşı ile toplam KDÖ Puanı ve KDÖ alt boyut puanları arasında ilişki Pearson Korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Yapılan analizde yaş ile toplam KDÖ Puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0,231$, $p=0,001$). Ayrıca yaş ile İletişimde Sorumluluk ($r=0,165$, $p=0,023$), Kültürel

Farklılıklara Saygı ($r=0,198$, $p=0,006$) ve İletişimden Hoşlanma ($r=0,266$, $p<0,001$) alt boyut puanları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. İletişimde Kendine Güven ($r=0,135$, $p=0,063$) ve İletişimde Dikkatli Olma ($r=0,052$, $p=0,474$) alt boyut puanı ile yaş arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Yaş ile toplam KDÖ puanı ve ölçek alt boyut puanları arasındaki korelasyon tablosu

	İletişimde Sorumluluk	Kültürel Farklılıklara Saygı	İletişimde Kendine Güven	İletişimden Hoşlanma	İletişimde Dikkatli Olma	Toplam KDÖ Puanı
Yaş	r=0,165 p=0,023*	r=0,198 p=0,006*	r=0,135 p=0,063*	r=0,266 p<0,001*	r=0,052 p=0,474*	r=0,231 p=0,001*

*Pearson korelasyon analizi

TARTIŞMA

Kültür pek çok alana etki ettiği gibi sağlık alanında da etkili bir dinamiktir. Her kültürün kendine has bir sağlık anlayışı vardır. Bir sağlık işletmesinde hastalarla en çok iletişimde bulunan bireylerin başında hemşireler gelmektedir. Hemşirelerin bir birey olarak standart bir kültürde yeterli olabilmesi için etik düzeyde bir sağlık hizmeti sunabilmesi gerekmektedir. Bunun için de bir hemşirenin kültürel duyarlılığının yeterli derecede olması gerekmektedir (6). Buradan yola çıkarak hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları ve etkileyen değişkenlerin saptanması amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada öğrencilerin kültürlerarası duyarlılık düzeyi ve etkileyen faktörlere ait bulgular aşağıda tartışılmıştır.

Çalışmamızda hemşirelik öğrencilerinin KDÖ puan ortalaması 87,23±13,45 olup kültürlerarası

duyarlılık düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmüştür. Bu konuda yapılan farklı çalışmalar incelendiğinde bulgularımıza paralel olarak hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir (5-10). Bu sonuca göre hemşirelik müfredatında kültür, kültürlerarası duyarlılık ve transkültürel hemşirelik gibi konuların içerik açısından yeniden düzenlenmesi gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda KDÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde İletişimde Sorumluluk puanı ortalaması 26,21±4,79, Kültürel Farklılıklara Saygı Gösterme puanı ortalaması 22,75±3,91, Etkileşimde Kendine Güven puanı ortalaması 16,72±3,58, İletişimden Hoşlanma puanı ortalaması 10,68±2,53 ve İletişimde Dikkatli Olma puanı ortalaması 11,33±2,19 olarak bulunmuştur. Baksi ve arkadaşlarının 236 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları çalışmada bulgularımıza paralel olarak öğrencilerin İletişimde Sorumluluk Alma

puan ortalaması 26,7, Kültürel Farklılıklara Saygı gösterme 23,93, İletişimde Kendine Güven 17,71, İletişimden Hoşlanma 11,44 ve İletişimde Dikkatli Olma puan ortalaması 11,34 olarak belirlenmiştir (17). Bulduk ve arkadaşlarının Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunda öğrenim gören 229 öğrenci ile yaptıkları çalışmada da KDÖ alt boyut puan ortalamaları çalışmamızla birebir benzerlik göstermektedir (18). Bu durum, öğrencilerin kültürlerarası duyarlılığın tüm alt boyutları açısından iyi düzeyde ve literatürle uyumlu olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda biri devlet ve biri vakıf üniversitesi olmak üzere iki farklı üniversite öğrencileri ile çalışılmıştır. İki üniversite öğrencilerine ait KDÖ puanları karşılaştırıldığında devlet üniversitesi öğrencilerinin KDÖ puan ortalamasının vakıf üniversitesindeki öğrencilere göre anlamlı derecede düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Adıyaman, Harran ve Uludağ üniversitelerinin hemşirelik bölümlerinde okuyan öğrencilerle yapılan bir çalışmada Uludağ Üniversitesi hemşirelik bölümü öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin Harran Üniversitesi ve Adıyaman Üniversitesi hemşirelik öğrencilerine

göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (11). Çalışmamızda elde edilen bu sonucun vakıf üniversitesindeki öğrencilerin sosyoekonomik durumlarının iyi olması, dil eğitiminin daha gelişmiş olması ve farklı kültürlerden insanlarla beraber olma fırsatlarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin sınıflara göre KDÖ puanları incelendiğinde ikinci sınıf öğrencilerinin KDÖ puan ortalamasının üçüncü ve dördüncü sınıflardaki öğrencilere göre anlamlı derecede düşük olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$). Çalışmamızın aksine literatürdeki çalışmalar incelendiğinde öğrencilerin sınıfının kültürel duyarlılık düzeyini etkilemediği gösterilmiştir (5,7,11,19-21). Egelioglu Cetişli ve arkadaşları 195 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin sınıflarına göre KDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark olmadığını belirlemişlerdir (19). Korkmaz Aslan ve arkadaşlarının yaptığı diğer bir çalışmada da öğrencilerin öğrenim gördükleri sınıf değişkeninin KDÖ puanı üzerine anlamlı bir etkisinin olmadığını belirtmişlerdir (20). Yapılan çalışmaların aksine çalışmamızda ikinci sınıfların

KDÖ puanlarının daha düşük olmasının ikinci sınıf öğrencilerinin diğerlerine göre daha az klinik tecrübeye sahip olması ve özellikle devlet üniversitesinde var olan yüksek orandaki yabancı öğrencilerle daha kısa süreli bir arada bulunmalarından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda yabancı dil bilenler, öğrenci değişim programları ile başka bir ülkede hemşirelik eğitimi almak isteyenler ve mezuniyet sonrası yurtdışında çalışmak istediklerini ifade edenlerin KDÖ puan ortalamalarının istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Meydanlioglu ve arkadaşlarının 111 hemşirelik ve 164 tıp öğrencisi ile yaptıkları bir çalışmada yabancı dil bilen ve geçmişte farklı kültürlerden bireylerle etkileşimde bulunan öğrencilerin kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (13). Baksi ve arkadaşlarının çalışmasında değişik ülkelerden insanlarla iletişim, farklı kültürden bir ülkede çalışmak ya da yaşamak isteme ve erasmus ile farklı bir ülkede öğrenim görmek isteme durumunun kültürlerarası duyarlılığı yükselttiği bildirilmiştir (17). Yapılan farklı çalışmalarda da bulgularımıza paralel olarak yabancı dil bilme

(6,11-13,18,20), öğrenci değişim programları ile başka bir ülkede hemşirelik eğitimi almak isteme (11,12,17,20) ve mezuniyet sonrası yurtdışında çalışmak isteme durumunun (7,12,14,17) yüksek kültürel duyarlılık düzeyi ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yabancı dil bilmenin öğrencilerin özgüvenini artırması, iletişim becerilerini iyileştirmesi ve farklı kültürlerden bireylerle daha rahat iletişime geçmelerini sağlaması sebebiyle kültürlerarası duyarlılık düzeylerine olumlu katkı sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca öğrenci değişim programlarıyla başka bir ülkede hemşirelik eğitimi almak isteyenler ve mezuniyet sonrası yurtdışında çalışmak istediklerini ifade edenlerin gitmeyi planladıkları ülkelerin kültürlerini araştırmaları ve öğrenmelerinin de kültürlerarası duyarlılıklarının artırılmasında etkili olduğu tahmin edilmektedir.

Çalışmamızda yaş ile KDÖ puanı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. ($r=0,231$, $p=0,001$). Roh'un yaptığı çalışmada (21) da yaş ile kültürlerarası duyarlılık arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmış olup bu bulgumuz da literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda cinsiyete göre KDÖ puan ortalamaları karşılaştırılmış ve gruplar arasında

KDÖ puan ortalamasının benzer olduğu görülmüştür ($p>0,05$). Literatür incelendiğinde çalışmamızın aksine kadınların KDÖ puanları erkeklere göre yüksek olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. Kılıç ve Sevinç'in (2018) 444 hemşirelik öğrencisi ile yaptıkları çalışmada kadınların KDÖ puan ortalaması erkeklere göre yüksek bulunmuştur (7). Aslan ve arkadaşları ile Hammer ve arkadaşlarının yaptığı iki farklı çalışmada da kadın cinsiyetin yüksek KDÖ puanı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (11,22). Çalışmamızda KDÖ'nün belirleyicileri oldukları görülen yabancı dil bilme durumu, öğrenci değişim programları ile başka bir ülkede hemşirelik eğitimi almak isteme ve mezuniyet sonrası yurtdışında çalışmak isteme durumlarının her iki cinsiyette de benzer olması sebebiyle her iki cinsiyette KDÖ puanları açısından fark bulunmamıştır. Çalışmada ayrıca üniversite eğitimine başlamadan önce yaşanan bölge, hemşirelik mesleğini isteyerek seçme durumu, hemşirelik mesleğini seçme nedeni ve başka kültürlerdeki insanlarla bir arada olma durumu açısından ise gruplar arasında KDÖ puan ortalamalarının benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Sınıflara göre ölçek alt boyutları

karşılaştırıldığında sınıflar arasında öğrencilerin İletişimde Sorumluluk, İletişimlerinde Kendine Güven ve İletişimde Dikkatli Olma açısından fark bulunmazken; Kültürel Farklılıklara Saygı ve İletişimden Hoşlanma açısından fark olduğu belirlenmiştir. Bu iki alt boyutta en düşük değerlere sahip olunan sınıfın da 2. sınıf öğrencilerinden oluştuğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonucun örneklemdaki üç sınıf arasında klinik ve uygulama açısından en tecrübesiz grubun ikinci sınıf öğrencileri olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Öğrenci değişim programları ile başka bir ülkede hemşirelik eğitimi almak isteme durumuna göre KDÖ alt boyut puanları karşılaştırıldığında başka bir ülkede hemşirelik eğitimi almak isteyenlerin İletişimden Hoşlanma alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Buradan yola çıkarak yurtdışında hemşirelik eğitimi almak isteyen öğrenci hemşirelerin iletişimden hoşlanan kişiler oldukları söylenebilir.

Öğrencilerin mezun olduktan sonra yurtdışında çalışmak istemeleri ile İletişimde Kendine Güven alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Mezuniyet sonrası farklı bir ülkede çalışmak

isteyen öğrenci hemşirelerin İletişimde Kendine Güven alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derece yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Buradan yola çıkarak mezuniyet sonrası farklı ülkelerde çalışmak isteyen öğrencilerin iletişim açısından kendini yeterli gören ve kendine güvenen kişiler oldukları söylenebilir.

SONUÇ

Hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık seviyelerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Genel olarak bakıldığında hemşirelik mesleğinde kültürel duyarlılığının önemli bir etken olduğu bilinen bir gerçektir. Bireylerin kültürel farklılıklarına duyarlı şekilde hemşirelik bakımı verilmesi, kişilerin daha etik bir bakım almalarını sağlayacaktır. Bu kültürlerarası duyarlılığın oluşmasındaki en büyük etkenin eğitim olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple eğitim programlarında kültürel farklılıklara duyarlılık ile ilgili bir öğretim içeriğinin bulundurulması yararlı olabilir. Bunun yanı sıra öğrencilerin kültürlerarası duyarlılığını attırabilmek amacıyla teori ile beraber uygulama açısından da tecrübe edinmelerini sağlayacak düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Buna yönelik öğrencilerin yabancı

dil öğrenmelerinin teşvik edilmesi, öğrenci değişim programları ile farklı ülkelerde eğitim almalarının desteklenmesi, mezuniyet sonrası yurtdışı çalışma imkanları konusunda bilgilendirilmeleri ve klinik uygulamaları sırasında mümkünse farklı kültürlerden bireylere bakım vermelerinin sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. İz-Başalan F, Temel-Bayık A. Hemşirelikte kültürel yeterlilik. Aile Toplum ve Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi. 2009;5(17):51-58.
2. Gerrish K, Papadopoulos, I. Transcultural competence: The challenge for nurse education. British Journal of Nursing. 1999;8(21):1453-1457.
3. Clark MJ. Community Health Nursing: Caring for Populations. 2. Baskı. New Jersey: Prentice Hall. 2003.
4. Tortumluoğlu G, Okanlı A, Özer N. Hemşirelik bakımında kültürel yaklaşım ve önemi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2004;1:1-12.
5. Durgun H, Uzunsoy E, Tümer A, Huysuz K. Hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları ile dünya vatandaşlığı için karakter ve değerler algıları. Ordu University J Nurs Stud. 2019;2(2):87-95.
6. Aktaş D, Ertuğ N, Öztürk E. Investigation into intercultural sensitivity among nursing students at a university in Turkey. Stanisław Juszczak. 2015;40(2):48-57.
7. Kılıç SP, Sevinç S. The relationship between cultural sensitivity and assertiveness in nursing students from Turkey. J Transcult Nurs. 2017;29(4):379-386.
8. Bilgiç Ş, Şahin İ. Hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık ve etnik merkezlik düzeyleri. SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019;10(3):230-236.
9. Oh WO. Factors influencing cultural sensitivity among nursing students. Child Health Nurs Res. 2011;17(4):222-229.
10. Repo H, Vahlberg T, Salminen L, Papadopoulos I, Leino-Kilpi H. The cultural competence of graduating nursing students. J Transcult Nurs. 2017;28(1):98-107.
11. Aslan S, Yılmaz D, Kartal M, Erdemir F, Güleç HY. Determination of intercultural sensitivity of nursing students in Turkey. Int J Health Sci Res. 2016;6(11):202-208.
12. Bekiroğlu O, Balcı Ş. Kültürlerarası iletişim duyarlılığının izlerini aramak: "İletişim fakültesi öğrencileri örneğinde bir araştırma". SUTAD, 2014:429-459.
13. Meydanlıoğlu A, Arikani F, Gözüm S. Cultural sensitivity levels of university students receiving education in health disciplines. Adv Health Sci Educ Theory Pract. 2015;20:1195-1204.
14. Göl İ, Erkin Ö. Association between cultural intelligence and cultural sensitivity in nursing students: A cross-sectional descriptive study. Collegian. 2019;26(4):485-491.
15. Chen G, Starosta WJ. The Development and Validation of the Intercultural Sensitivity Scale. Paper presented at the Annual Meeting of the National Communication Association. Seattle: WA. 2000.
16. Bulduk S, Tosun H, Ardic E. Measurement properties of Turkish intercultural sensitivity scale among nursing students. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 2011;19(1):25-31.
17. Baksi A, Arda Sürücü H, Duman M. Hemşirelik öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. JAREN. 2019;5(1):31-39.
18. Bulduk S, Usta E, Dinçer Y. Kültürlerarası duyarlılık ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi: bir sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu örneği. DÜ Sağlık Bil Enst Derg. 2017;7(2):73-77.
19. Egelioglu Cetişli N, Işık G, Özgüven Öztornacı B, Ardahan E, Özgürsoy Uran BN, Top ED, et al. Hemşirelik öğrencilerinin empati

- düzeylelerine göre kültürlerarası duyarlılıkları. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2016;1(1):27-33.
20. Korkmaz-Aslan G, Kartal A, Turan T, Taşdemir-Yiğitoğlu G, Kayan S. Intercultural sensitivity of university students studying at health-related departments and some associated factors. FNJN. 2019;27(2):188-200.
 21. Roh SZ. A study on the factors affecting the intercultural sensitivity of middle and high school students in Korea. Adv. Sci. Technol. Lett. 2014;47:266–269.
 22. Hammer MR, Bennett MJ, Wiseman R. Measuring intercultural sensitivity: The intercultural development inventory. Int J Intercult Relat. 2003;27(4):421-443.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi*Şerife ÖZ¹, Ayşegül KOÇ²***ÖZ**

Amaç: Çalışma üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimine yönelik davranışlarını ve kardiyovasküler risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmaya, dahil edilme kriterlerine uyan 608 öğrenci katılmıştır. Verilerin toplanması için Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II (SYBD II), Ölçeği, Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi ölçeği (KARRİF BD) ve demografik veri toplama formu kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan öğrencilerin; yaş ortalamasının 22.7 ± 2.4 , %58.9'unun kadın olduğu, %70.9'unun ilde yaşadığı, %85.5'inin herhangi bir hastalığı olmadığı, %55.6'sının geliri giderden fazla olduğu, %53.5'inin ailesi ile birlikte kaldığı, %7.4'ünün sağlık güvencesi olmadığı belirlendi. Öğrencilerin SYBD II ölçek puan ortalamaları 124.0 ± 17.4 , manevi değişimin en yüksek alt boyut puanını, fiziksel aktivitenin en düşük ölçek alt boyut puanını aldıkları bulundu. Öğrencilerin SYBD ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile bölüm, sınıf, yaş, sağlık güvencesi, bursluluk, ekonomik durum, ikamet, en uzun süre yaşanan yer ile arasında anlamlı fark saptanmıştır ($p < 0.05$). Öğrencilerin KARRİF-BD ölçek puan ortalamaları 17.0 ± 5.2 olarak saptanmıştır. KARRİF BD ile okuduğu bölüm, bulunduğu sınıf, cinsiyet, yaş, sağlık güvencesi, ekonomik durum, ikamet durumu ve en uzun yaşanan yer ile istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Gençlerin kardiyovasküler hastalıklarda değiştirilebilen risk faktörlerini tanıması ve kardiyovasküler sağlığı koruyucu sağlık davranışlarının yani sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik; Kardiyovasküler sistem; Öğrenci; Sağlık tutumu

Determination of Healthy Lifestyle Behaviors and Knowledge Levels of Cardiovascular Risk Factors of University Students*Şerife ÖZ¹, Ayşegül KOÇ²***ABSTRACT**

Aim: The study was conducted descriptively to examine of university students healthy lifestyle behaviors and the knowledge levels of cardiovascular risk factors.

Method: 608 students who met the inclusion criteria participated in the study. Healthy Life Style Behavior II (HLSB II) scale, Cardiovascular Disease Risk Factors Knowledge Level (CARRF-KL) scale and demographic data collection form were used to collect the data.

Results: It was determined that 58.9% of the students participating in the study were women, 53.5% of them were living together with their families, 7.4% of them did not have health insurance, 70.9% of them were living in the city, 85.5% of them had no chronic illness and the average age of sampling was $22.7 \pm 2.4\%$. The mean score of students' HLSB II was 124.0 ± 17.4 , the highest score was found to be spiritual change subscale and the lowest score was taken from physical activity subscale. It was determined statistically significant difference was found between the score taken by students in the SYBD, its subdimensions score and the place, class, age, health insurance, scholarship, economic status, residence ($p < 0.05$). The average scores of CARRF-KL scale of the students were determined as 17.0 ± 5.2 . A statistically significant difference was found between CARRF-KL and the department, class, gender, age, health insurance, economic status, residence status and the place where one lives the longest life of one's life.

Conclusions: It is recommended that young people should be able to identify CVD risk factors that can be changed and to provide cardiovascular health protective behaviors.

Keywords: Cardiovascular System; Health behavior; Nursing; Student

¹ Kastamonu Üniversitesi Tosya Meslek Yüksekokulu, Kastamonu, Türkiye

² Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Esenboğa Külliyesi, Ankara, Türkiye

Sorumlu Yazar: Şerife Öz

E-posta adresi: serifeoz@kastamonu.edu.tr

ORCID No: 0000-0001-8114-2833

Gönderi Tarihi: 21.06.2020

Kabul Tarihi: 11.11.2020

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada hayatını kaybedenlerin, gelişmiş ülkelerde %70- 80'i, gelişme sürecindeki ülkelerde %40 ila %50'si yaşam şeklindeki sağlıksız davranışlardan kaynaklanmaktadır. Bu durum sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirilmesinin önemini işaret etmektedir. DSÖ'nün 2017 yılı raporlarında önde gelen ilk 10 ölüm sebebi içinde birinci sırada iskemik kalp hastalıkları yer almaktadır. Bu hastalıklar son 15 yılda dünya çapında ölümlerin ilk nedeni olarak kalmaya devam etmektedir (1,2).

Kişilerin yaşamı boyunca mevcut sağlığını devam ettirmek ve yaşamını olumsuz etkileyecek hastalıklardan korunmaya yönelik inançları doğrultusunda yaptığı davranışların tamamı sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak ifade edilmektedir (3). Sağlıklı yaşam biçimi bireyin kendini gerçekleştirme, stresini yönetme, kendi sağlık sorumluluğunu alma kişiler arası ilişkiler, fiziksel aktivite ve beslenme davranışlarını içerir.

Kardiyovasküler Hastalıklar (KVH)'ın ana sebepleri arasında başta sağlıksız yaşam biçimi ve sosyal çevre yer almaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları için KVH'da bireyin değiştirilebilen

risk faktörlerinin farkında olması hastalık yönetiminde bir ön koşul olarak görülmektedir. Yaşam biçimi ve davranışları değiştirmek, ekonomik ve etkili olması sebebiyle toplumu esas alan koruma da en önemli faktördür (3). Yaşam tarzı ve davranışlarını değiştirmek bilgi ve motivasyon eksikliğine neden olacağı için, KVH'ı önlemeye yönelik çalışmalar toplumu bilgilendirmeye odaklanmaktadır (4). Kardiyovasküler hastalıklardan korunma programların planlanması ve değerlendirilmesi için toplumun KVH'a neden olan risk etmenleri hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesine ihtiyaç vardır.

Üniversite zamanları kişisel hayatta önemli değişimlerin olduğu bir dönemdir. Üniversitede verilen eğitim kapsamında yalnızca mesleki eğitim değil bunun yanında kişilik gelişimine, kişisel hayata ve bireyin sağlık davranışlarına etki eden eğitimlere de yer verilmektedir. Üniversite öğrencilerinin sağlık ile ilişkili inanç ve davranışlarının her ne kadar kendini etkilediği düşünülse de şu an ki ve ileride sahip olacağı aile üyelerini ve içinde bulunduğu toplumsal yapıyı da etkilemektedir (5).

Olgunlaşma ve hayata hazırlık dönemi olan gençlik döneminde bağımsızlık kazanma isteği, gencin ilgi alanlarındaki artış, karar verme yetisinin gelişmesi, gelecek kaygısı, zamanının büyük kısmını dışarıda geçirme, sosyal hayata girme, yaşlılarıyla bütünleşme gibi süreçleri olumlu geçmesi beklenir. Bu yaşam şeklindeki değişiklikler ile birlikte stresi yönetememe, sağlık sorumluluğunu alamama, kötü beslenme gibi riskli sağlık davranışlarını da görülmektedir (6).

Gençler, optimal sağlık düzeyi ile sonuçlanan seçimler yapabilmek için sağlık çalışanlarından daha fazla destek ve yardıma ihtiyaç duyar (7). Sağlığın geliştirilmesinde ve bireyin sağlıklı davranışlar konusunda bilgilendirilmesinde ve yönlendirilmesinde sağlık kurumlarında profesyonelce bakım veren hemşirelere büyük rol düşmektedir.

Sağlık profesyonelleri içerisinde hemşireler, bireylerin mevcut durumunun değerlendirilmesi, KVH riskinin belirlenmesi ve korumaya yönelik önlemlerin alınmasında kesintisiz hizmet sunması sebebiyle kilit rodedir. Erişkinlerde KVH riskini azaltmaya yönelik hemşire liderliğinde yürütülen çalışmalarla KVH riskinin azalabileceği, bireye

özgü verilen eğitimle yaşam tarzı değişikliği yapmak KVH risk faktörlerinde iyileşme sağlayabileceği belirtilmektedir (8).

Sağlığı iyileştirici davranışların üniversite hayatında şekillenmeye başladığı göz önünde bulundurulduğunda bulgularımızın, öğrencilerin sağlığı iyileştirme davranışlarının geliştirilmesi açısından farkındalık oluşturacağı, gerekli fakülteleri ve üniversite idarelerini hareketlendireceği ve gençlik programlarında tasarımlara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Bu doğrultuda araştırmada Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını ve Kardiyovasküler Risk Faktörleri Bilgi Düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile bir özel üniversitenin öğrencileri ile tanımlayıcı biçimde yapılmıştır. Üniversite bünyesinde lisans eğitimi veren altı Fakülte bulunmaktadır.

Araştırmanın evrenini bu fakültelelere kayıtlı 3488 öğrenci oluşturmuş, Roasoft ile yapılan

hesaplamalar sonucunda örneklem sayısı minimum 608 bulunmuş, örneklem seçiminde tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Çalışmanın verilerinin toplanması 2017-2018 eğitim ve öğretim yılı güz ve bahar dönemlerinde aralıklı olarak yürütülmüştür. Çalışma verilerinin toplanmasında; 'Demografik Veri Formu', 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği', 'Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği' kullanılmıştır.

Demografik Veri Formu

Bu form araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmış olup; okuduğu bölüm, sınıf, cinsiyet, yaş, sağlık güvencesi, burs durumu, ikamet, gelir düzeyi, yaşadığı yeri içermektedir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği (SYBD II)

SYBD ölçeği 1987'de Walker ve arkadaşları (9) tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılında tekrar düzenlenerek SYBD-II olarak adlandırılmıştır. Bahar ve ark. SYBD II'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır (10). Dörtlü Likert yapıdaki SYBD-II ölçeği, 4 (düzenli olarak), 3 (sık sık), 2 (bazen)ve 1 (hiçbir zaman) şeklinde kodlanmıştır. İçerdiği maddelerin tamamı

olumludur. 52 maddeden oluşmakta ve ölçekten alınabilecek puan 52 ile 208 arasındadır. Ölçek kendi içinde stres yönetimi, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve beslenme olmak üzere 6 başlık içermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik Cronbach alfa değeri 0.94 olarak bulunmuştur (10).

Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD)

KARRİF-BD "Heart Disease Fact Questionnaire (HDFQ)" anketinden 16 madde, "40-Item Coronary Heart Disease Knowledge Test" anketinden 4 maddenin aslından Türkçe 'ye çevrilerek alınmış ve araştırmacılar tarafından KVH ile ilişkisi olan risk faktörleri hakkında bilinmesi önem arz eden 8 madde (5, 8, 9, 10, 17, 18, 22, 26. maddeler) daha ilave edilerek oluşturulmuş 28 maddelik bir ölçektir (11). Elde edilebilecek en yüksek ölçek puanı 28'dir. En düşük ölçek puanı 0'dır. Yapılan geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ölçeğe ait iç tutarlılık katsayısı olan cronbach alfa değeri 0.76 olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın yürütülebilmesi adına gerekli Etik Kurul izni Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Etik Kurulundan alınmıştır (Etik kurul no: 2018-143). Araştırmanın uygulama sürecinde ilgili makamlardan izinler alınarak çalışma yapılmıştır. Araştırma da kullanılan ölçek formlarının izinleri yazarlardan alınmıştır. Tüm bilgiler Helsinki Deklarasyonu'na bağlı kalınarak öğrencilerden toplanmıştır.

Verilerin Analizi: IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 25.0 istatistik paket programı kullanılarak verilerin analizi gerçekleştirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların yanı sıra, bağımsız gruplarda t testi veya tek yönlü varyans analizi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 22.7 ± 2.4 , 358'i kadın (%58.9), 250'si erkek (%41.1)'tir (**Tablo 1**). Katılımcıların okudukları fakültelere göre dağılımı ise; %13.7 (n=83) Tıp Fakültesi, %7.2 (n=44) Hemşirelik Yüksekokulu,

%15.8 (n=96) Eğitim Fakültesi, %30.1 (n=183) Hukuk Fakültesi, %11.2 (n=68) Fen Edebiyat Fakültesi, %22.0 (n=134) İktisat ve İdari Bilimler Fakültesi şeklindedir (**Tablo 1**).

Çalışmamız kapsamında araştırılan SYBD II puan ortalaması 124.0 ± 17.4 olarak bulunmuştur, SYBD II alt grup puan ortalamaları incelendiğinde ise Kişilerarası İlişkiler puan ortalaması 23.3 ± 4.4 , Beslenme puan ortalaması ise 20.1 ± 3.8 , Sağlık Sorumluluğu puan ortalaması 20.5 ± 3.9 , Fiziksel Aktivite puan ortalaması 17.7 ± 3.9 , Stres Yönetimi puan ortalaması 18.5 ± 3.3 , Manevi Değişim puan ortalamaları 23.9 ± 4.6 olduğu belirlenmiştir (**Tablo 2**).

Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları II (SYBD II)'den ve ölçek alt boyutlarından elde ettikleri puanlar ile demografik özellikleri karşılaştırılmıştır (**Tablo 3**).

Yaş ile SYBD II ölçeği alt boyutlarındaki ilişkilerde Kişilerarası İlişkiler alt boyutu ile yaş arasında $r = -0.089$ düzeyinde, negatif yönde, ilişkiler olduğu, bu ilişkilerin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) bulunmuştur.

Tablo 1: Üniversite öğrencilerine ait sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=608).

	n	% / $\bar{x} \pm ss$
*Yaş		
	608	22.7 ± 2.4
Fakülte		
Tıp Fakültesi	83	13.7
Hemşirelik Yüksek Okulu	44	7.2
Eğitim Fakültesi	96	15.8
Hukuk Fakültesi	183	30.1
Fen Edebiyat Fakültesi	68	11.2
İktisat ve İdari Bilimler Fakültesi	134	22.0
Sınıf		
1	154	25.3
2	146	24.0
3	160	26.3
4	119	19.6
5	13	2.1
6	16	2.6
Cinsiyet		
Kadın	358	58.9
Erkek	250	41.1
Sağlık Güvencesi		
SGK	251	41.3
BAĞ-KUR	164	27.0
Emekli Sandığı	110	18.1
Özel Sağlık Sigortası	38	6.3
Yok	45	7.4
Burs durumu		
Burslu	113	18.6
Ücretli	495	81.4
Hastalık Durumu		
Evet	88	14.5
Hayır	520	85.5
İkamet		
Aile İle Birlikte	325	53.5
Kendi Evi	97	16.0
Öğrenci Evi	89	14.6
Yurt	97	16.0
En Uzun Yaşadığınız Yer		
İl	431	70.9
İlçe	143	23.5
Köy	34	5.6
*aritmetik ortalama alınmıştır.		

Çalışmamızda KARRİF-BD puan ortalaması 17.0 ± 5.2 olarak değerlendirilmiştir. KARRİF-BD'nin alt puanları değerlendirildiğinde, KVH Özellikleri bilgi düzeyi puan ortalaması 2.3 ± 1.2 , Risk Faktörü bilgi düzeyi puan ortalaması 9.5 ± 3.3 ve Risk Davranışları bilgi düzeyi puan ortalaması ise 5.2 ± 1.7 olarak değerlendirilmiştir (**Tablo 4**).

Tablo 2: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı (n=608).

	n	Ort. \pm SS	Medyan(Min -Max)
Kişilerarası İlişkiler	608	23.3 ± 4.4	23 (12 - 36)
Fiziksel Aktivite	608	17.7 ± 3.9	18 (8 - 32)
Sağlık Sorumluluğu	608	20.5 ± 3.9	20 (10 - 36)
Beslenme	608	20.1 ± 3.8	20 (10 - 35)
Manevi Değişim	608	23.9 ± 4.6	23 (10 - 36)
Stres Yönetimi	608	18.5 ± 3.3	18 (8 - 32)
SYBD II	608	124.0 ± 17.4	122 (75 - 204)

KARRİF-BD Ölçeğinden alınan puanların bölüme göre karşılaştırılmasında; bölümler arasında, tüm alt boyutlarda ve ölçek toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Üniversite öğrencilerinin KARRİF-BD bilgi düzeyi toplam puan ortalamaları bölümler açısından incelendiğinde; Tıp Fakültesi (22.7 ± 3.9) ile Hemşirelik Yüksek Okulu (22.5 ± 2.7) ve Hukuk Fakültesi (16.3 ± 4.5) ile Fen Edebiyat Fakültesi (16.9 ± 4.3) öğrencilerinin puanlarının benzer olduğu dikkati çekmektedir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirmesi SYBD II ölçeği ile yapılmıştır. Ölçeğin ve alt boyutlarının puanı ile öğrencilerin okuduğu bölüm, sınıf, yaş, sağlık güvencesi, bursluluk durumu, ikamet durumu ve en uzun yaşanılan yer ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

SYBD II'den alınabilecek en yüksek puan 208'dir. Çalışmamızda öğrencilerin puan ortalamalarının 124.0 ± 17.4 'dir (**Tablo2**). Çalışmamıza katılmış olan öğrencilerinde puan ortalamalarının literatürdeki bazı çalışmalarla benzerlik gösterdiği belirlenmiştir (12-14, 18). Bazı çalışmaların puan

ortalamları ise çalışmamızdan düşük olmasıyla farklılık göstermektedir (15-17). Çalışmamızda benzer çalışmalarda olduğu gibi sağlık ile ilgili bölümlerde okuyan öğrencilerin puanları diğer öğrencilerden yüksek bulunmuştur (**Tablo 3**).

Yaptığımız çalışmada öğrencilerin SYBD II ölçeğinin alt gruplarından aldıkları puanların değerlendirilmesinde, en düşük ortalamanın fiziksel aktivite alt boyutuna ait olduğu (17.7 ± 3.9) ve en yüksek ortalamanın manevi gelişim ölçek alt boyutuna ait olduğu (23.9 ± 4.6) görülmektedir.

Ünalan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada çalışmamız ile benzerdir (17). ‘Sağlık Sorumluluğu’ ölçek alt boyut puan ortalamaları 20.5 ± 3.9 olarak bulunmuştur (**Tablo 3**).

Literatürde bazı araştırmalarda daha yüksek bulunmuş olsa da sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamalarının nispeten düşük olması, üniversite öğrencilerinin kendi bakım sorumluluklarını alma, kendi sağlıklarını takip etme, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesi konusundaki davranışlarının yetersiz olduğunu düşündürmektedir (6, 19, 20).

‘Kişilerarası ilişkiler’ alt boyutunun puan ortalaması çalışmamızda 23.3 ± 4.4 olarak belirlenmiştir. Literatürde çalışmamızdan daha düşük (6), daha yüksek (19,21) ve benzer puan ortalamasına sahip çalışmalarda mevcuttur (20).

‘Manevi Gelişim’ alt boyutu puan ortalamaları araştırmamızda 23.9 ± 4.6 olarak saptanmıştır. Literatür ile karşılaştırıldığında; Özyazıcıoğlu ve arkadaşlarının (6) çalışmasında manevi gelişim puan ortalaması 26.93 ± 4.06 , Cihangiroğlu ve Deveci’nin (21) çalışmasında ise 37.33 ± 6.73 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızın manevi gelişim puan ortalaması bu iki çalışmadan düşük, Şimşek ve arkadaşlarının (23.4 ± 3.3) çalışması ile benzerdir (20).

‘Beslenme’ alt boyutu puan ortalamaları çalışmamızda 20.1 ± 3.8 olarak bulunmuştur. İlgili literatür incelendiğinde; bazı çalışmaların puan ortalamaları çalışmamızdan düşük (19,21) ya da benzerdir (6). Öğrencilerin beslenme ile ilgili alt boyut puan farklılıkları maddi imkanlardan, kültürel yapıdan, yaşanılan şehrin özelliklerinden ve üniversitenin koşullarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Tablo 3: Üniversite öğrencilerinin demografik dağılımlarına göre aldıkları SYBD II ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=608).

	SYBD II	Kişilerarası İlişkiler	Beslenme	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Stres Yönetimi	Manevi Değişim
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
OKUDUĞU BÖLÜM							
Tıp Fakültesi	132.7 ± 23.6	24.9 ± 4.8	21.1 ± 4.3	22.3 ± 4.8	18.7 ± 4.8	20.0 ± 4.3	25.7 ± 5.1
Hemşirelik Yüksek Okulu	130.4 ± 20.1	25.6 ± 4.8	20.0 ± 3.8	21.5 ± 4.5	18.5 ± 4.6	19.1 ± 3.8	25.8 ± 4.7
Eğitim Fakültesi	123.6 ± 17.6	24.1 ± 4.4	20.2 ± 4.4	19.6 ± 3.6	17.0 ± 3.8	18.2 ± 3.4	24.6 ± 4.9
Hukuk Fakültesi	120.5 ± 14.5	22.7 ± 4.2	19.6 ± 3.6	20.1 ± 3.6	17.3 ± 3.8	17.9 ± 2.6	22.9 ± 4.2
Fen Edebiyat Fakültesi	121.9 ± 15.1	23.9 ± 4.6	19.4 ± 3.6	19.5 ± 3.7	16.3 ± 3.8	18.5 ± 3.5	24.3 ± 4.9
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	122.9 ± 14.1	21.7 ± 3.5	20.5 ± 3.3	20.5 ± 3.5	18.7 ± 2.9	18.5 ± 2.8	22.9 ± 4.0
χ^2 (f); p	7.488; 0.000	10.040; 0.000	2.475; 0.031	6.967; 0.000	5.896; 0.000	5.250; 0.000	7.749; 0.000
SINIF							
1.Sınıf	123.2 ± 19.1	23.0 ± 4.4	20.1 ± 4.3	20.1 ± 4.0	17.8 ± 3.9	18.5 ± 3.4	23.5 ± 5.1
2.Sınıf	123.5 ± 14.7	23.5 ± 4.0	20.0 ± 3.6	20.4 ± 3.8	17.2 ± 3.6	18.5 ± 2.9	23.9 ± 3.9
3.Sınıf	124.8 ± 17.8	23.7 ± 4.7	19.9 ± 3.9	20.6 ± 4.2	18.0 ± 4.5	18.4 ± 3.4	24.3 ± 4.8
4.Sınıf	124.5 ± 14.5	22.9 ± 4.3	20.6 ± 2.9	20.7 ± 2.9	17.9 ± 3.2	18.7 ± 3.0	23.7 ± 4.4
5.Sınıf	146.4 ± 28.3	27.4 ± 5.0	22.5 ± 4.8	24.5 ± 6.5	21.5 ± 5.1	22.3 ± 5.5	28.2 ± 5.0
6.Sınıf	109.0 ± 10.0	22.2 ± 3.6	16.7 ± 2.4	18.0 ± 2.2	14.7 ± 2.5	15.7 ± 1.6	21.8 ± 4.2
χ^2 (f); p	7.226; 0.000	3.108; 0.009	4.148; 0.001	4.429; 0.001	5.213; 0.000	6.221; 0.000	3.491; 0.004
CİNSİYET							
Kadın	124.4 ± 17.7	23.6 ± 4.5	20.0 ± 3.8	20.5 ± 3.9	17.5 ± 4.2	18.7 ± 3.4	24.2 ± 4.7
Erkek	123.5 ± 16.9	22.9 ± 4.2	20.3 ± 3.8	20.4 ± 3.9	18.1 ± 3.6	18.3 ± 3.1	23.6 ± 4.5
Z (t); p	0.632; 0.527	1.871; 0.062	0.870; 0.384	0.470; 0.638	-1.885; 0.060	1.259; 0.209	1.627; 0.104
SAĞLIK GÜVENCESİ							
SGK	126.9 ± 18.7	24.2 ± 4.7	20.3 ± 4.0	20.7 ± 4.3	18.1 ± 4.2	18.9 ± 3.4	24.7 ± 4.8
BAĞ-KUR	121.2 ± 15.4	22.3 ± 4.1	20.0 ± 3.6	20.3 ± 3.6	17.3 ± 3.6	18.3 ± 3.1	23.1 ± 4.1
Emekli Sandığı	126.2 ± 17.9	24.0 ± 3.9	20.6 ± 4.0	20.6 ± 4.0	17.7 ± 4.2	18.7 ± 3.7	24.5 ± 4.9
Özel Sağlık Sigortası	120.3 ± 12.4	21.8 ± 4.2	19.5 ± 3.1	20.2 ± 3.3	17.6 ± 2.9	18.0 ± 2.9	23.2 ± 4.6
Yok	116.2 ± 14.4	21.6 ± 3.7	18.8 ± 3.2	19.6 ± 3.0	17.1 ± 3.7	17.6 ± 2.8	21.5 ± 3.8
χ^2 (f); p	6.199; 0.000	8.976; 0.000	2.200; 0.068	1.065; 0.373	1.284; 0.275	2.217; 0.066	7.388; 0.000

Tablo 3: Üniversite öğrencilerinin demografik dağılımlarına göre aldıkları SYBD II ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=608).

	SYBD II	Kişilerarası İlişkiler	Beslenme	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Stres Yönetimi	Manevi Değişim
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
YAŞ							
r ; p*	-0.026;0.518	-0.089 ;0.028	0.004;0.925	0.034;0.403	0.015;0.720	-0.052;0.198	-0.021;0.612
BURSLULUK							
Burslu	120.4 ± 16.1	22.8 ± 4.1	19.6 ± 3.9	19.5 ± 3.5	17.1 ± 3.7	18.2 ± 2.9	23.3 ± 4.6
Ücretli	124.9 ± 17.6	23.5 ± 4.5	20.2 ± 3.8	20.7 ± 4.0	17.9 ± 4.0	18.6 ± 3.4	24.1 ± 4.6
Z (t); p	-2.469;0.014	-1.537;0.125	-1.673;0.095	-2.971;0.003	-1.768;0.078	-1.076;0.283	-1.636;0.102
EKONOMİK DURUM							
Gelir Giderden Az	116.7 ± 15.5	21.3 ± 3.5	20.3 ± 3.6	19.8 ± 4.0	16.9 ± 3.6	17.2 ± 3.2	21.2 ± 3.7
Gelir Gidere Denk	124.8 ± 17.5	23.5 ± 4.3	20.4 ± 3.7	20.3 ± 3.9	18.1 ± 3.9	18.7 ± 3.2	23.8 ± 4.7
Gelir Giderden Fazla	124.9 ± 17.4	23.6 ± 4.5	19.9 ± 3.9	20.7 ± 3.9	17.6 ± 4.0	18.6 ± 3.3	24.5 ± 4.6
χ^2 (f); p	5.990;0.003	7.443;0.001	0.843;0.431	1.625;0.198	2.208;0.111	5.623;0.004	13.006;0.000
SÜREKLİ TEDAVİ GÖRÜLEN HASTALIK DURUMU							
Evet	121.8 ± 16.5	22.8 ± 4.4	19.9 ± 3.6	20.5 ± 3.9	17.4 ± 4.0	17.9 ± 3.4	23.1 ± 4.6
Hayır	124.4 ± 17.5	23.4 ± 4.4	20.1 ± 3.9	20.5 ± 3.9	17.8 ± 3.9	18.6 ± 3.3	24.1 ± 4.6
Z (t); p	-1.333;0.183	-1.138;0.255	-0.435;0.664	0.081;0.935	-0.699;0.485	-1.863;0.063	-1.711;0.088
İKAMET DURUMU							
Ailesiyle Beraber	125.5 ± 17.7	24.2 ± 4.5	20.0 ± 4.0	20.6 ± 3.9	17.5 ± 4.2	18.7 ± 3.4	24.4 ± 4.8
Kendi Evinde	122.1 ± 16.2	21.8 ± 3.7	20.4 ± 3.5	20.4 ± 4.0	17.9 ± 3.6	18.3 ± 3.2	23.2 ± 3.8
Öğrenci Evi	120.0 ± 13.6	22.5 ± 3.9	19.5 ± 3.5	19.8 ± 3.6	17.8 ± 3.2	17.7 ± 2.5	22.6 ± 4.1
Yurt	124.8 ± 19.8	22.8 ± 4.5	20.6 ± 3.8	20.5 ± 4.2	18.2 ± 3.9	18.8 ± 3.5	24.0 ± 5.2
χ^2 (f); p	2.903;0.034	9.827;0.000	1.418;0.236	0.943;0.419	0.784;0.503	2.736;0.043	4.535;0.004
EN UZUN YAŞANILAN YER							
İl	124.4 ± 17.7	23.7 ± 4.5	19.9 ± 3.8	20.4 ± 3.9	17.6 ± 4.1	18.5 ± 3.3	24.1 ± 4.6
İlçe	124.7 ± 17.3	22.8 ± 4.2	20.5 ± 3.9	20.7 ± 4.2	18.0 ± 3.6	18.9 ± 3.3	23.9 ± 4.6
Köy	117.6 ± 12.8	20.7 ± 3.0	20.6 ± 3.3	20.1 ± 2.9	17.6 ± 3.6	17.0 ± 2.3	21.5 ± 4.6

‘Stres Yönetimi’ ölçek alt boyut puan ortalaması çalışmamızda 18.5 ± 3.3 olarak belirlenmiştir. Literatürde çalışmamızdan daha yüksek (6,20), çalışmamızdan düşük (21)ve benzerlik gösteren çalışmalar mevcuttur (19). Stres yönetimi için bireylerin sosyal etkileşim içinde bulunması, etkili iletişim kurması, gevşeme tekniklerini kullanması ve yeterli destek sistemlerine sahip olması önemlidir.

‘Fiziksel Aktivite’ alt ölçek puan ortalamaları çalışmamızda 17.7 ± 3.9 olarak bulunmuştur. Çalışmamızdan yüksek (20) ve düşük (19, 21) puana sahip çalışmalarda mevcuttur. Çalışmamızdan elde ettiğimiz fiziksel aktivite puanı alınabilecek en yüksek puana göre düşük bir değerdir.

Bunun sebebinin eğitim programının yoğunluğundan, fakültelerin büyük çoğunluğunun bulunduğu kampüs alanının şehir merkezine uzak olmasından dolayı öğrencilerin spor aktivitelerine zaman ayıramamaları, erişim ve ulaşım sağlayamamaları olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda literatürdeki bazı çalışmalar ile benzer şekilde cinsiyet ile SYBD II ölçeği ve alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$) (20,21). Çalışmamızda farklı ekonomik durumlar arasında; Gelir düzeyi gider düzeyinden az olan grubun en düşük puanı aldıkları belirlenmiştir (**Tablo 5**).

Tablo 4: Öğrencilerin Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD) ve alt boyutlarının puan durumlarının dağılımı (n=608).

	N	Ort. \pm SS	Medyan (Min-Max)
KVH Özellikleri	608	2.3 ± 1.2	2 (0 - 4)
Risk Faktör	608	9.5 ± 3.3	10 (0 - 15)
Risk Davranış	608	5.2 ± 1.7	5 (1 - 9)
KARRİF BD	608	17.0 ± 5.2	17 (4 - 28)

Tablo 5: Üniversite öğrencilerinin demografik dağılımlarına göre aldıkları KARRİF-BD ölçek toplam ve alt boyut puanlarının karşılaştırılması (n=608).

	KARRİF-BD	KVH ÖZELLİKLERİ	RİSK FAKTÖR	RİSK DAVRANIŞ
	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$	$\bar{x} \pm ss$
OKUDUĞUNUZ BÖLÜM				
Tıp Fakültesi	22.7 ± 3.9	3.3 ± 1.0	12.8 ± 2.1	6.7 ± 1.5
Hemşirelik Yüksek Okulu	22.5 ± 2.7	3.0 ± 0.8	12.9 ± 1.7	6.6 ± 1.3
Eğitim Fakültesi	14.6 ± 5.3	2.0 ± 1.1	8.1 ± 3.5	4.6 ± 1.7
Hukuk Fakültesi	16.3 ± 4.5	2.2 ± 1.0	9.1 ± 2.9	4.9 ± 1.6
Fen Edebiyat Fakültesi	16.9 ± 4.3	2.3 ± 1.1	9.4 ± 2.7	5.3 ± 1.4
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	14.5 ± 4.0	2.0 ± 1.1	7.8 ± 2.7	4.7 ± 1.6
χ^2 (f); p	59.432;0.000	20.616;0.000	53.178;0.000	28.529;0.000
SINIF				
1.Sınıf	17.7 ± 4.2	2.4 ± 1.0	9.9 ± 2.6	5.5 ± 1.7
2.Sınıf	17.0 ± 5.0	2.4 ± 1.0	9.5 ± 3.3	5.1 ± 1.6
3.Sınıf	15.8 ± 5.4	2.1 ± 1.2	8.8 ± 3.3	4.9 ± 1.7
4.Sınıf	15.9 ± 5.5	2.2 ± 1.2	8.8 ± 3.5	4.9 ± 1.8
5.Sınıf	25.5 ± 2.3	3.8 ± 0.4	14.4 ± 1.3	7.3 ± 1.1
6.Sınıf	24.3 ± 2.4	3.6 ± 0.5	13.6 ± 1.0	7.1 ± 1.5
χ^2 (f); p	18.564;0.000	11.483;0.000	14.911;0.000	10.559;0.000
CİNSİYET				
Kadın	17.8 ± 5.4	2.4 ± 1.1	10.0 ± 3.3	5.4 ± 1.8
Erkek	16.0 ± 4.9	2.2 ± 1.2	8.8 ± 3.2	5.0 ± 1.7
Z (t); p	4.143;0.000	1.930;0.054	4.605;0.000	2.473;0.014
YAŞ				
r;p*	-0.130	0.001	-0.031;0.452	-0.157;0.000
SAĞLIK GÜVENCESİ				
BAĞ-KUR	16.2 ± 4.9	2.3 ± 1.1	9.1 ± 3.1	4.8 ± 1.7
Emekli Sandığı	17.9 ± 5.3	2.4 ± 1.2	10.0 ± 3.2	5.5 ± 1.8
Özel Sağlık Sigortası	16.6 ± 4.9	2.1 ± 1.3	9.1 ± 3.4	5.5 ± 1.7
Yok	16.1 ± 6.6	2.3 ± 1.3	8.9 ± 4.0	4.8 ± 2.0
χ^2 (f); p	2.681;0.031	0.897;0.465	1.958;0.099	4.536;0.001
BURLULUK				
Burslu	16.5 ± 5.2	2.4 ± 1.1	9.2 ± 3.1	5.0 ± 1.8
Ücretli	17.1 ± 5.3	2.3 ± 1.2	9.6 ± 3.3	5.3 ± 1.7
Z (t); p	-1.099;0.272	0.642;0.521	-1.088;0.277	-1.677;0.094
EKONOMİK DURUM				
Gelir Giderden Az	14.0 ± 4.9	1.8 ± 1.2	7.7 ± 3.2	4.5 ± 1.6
Gelir Gidere Denk	17.2 ± 5.1	2.4 ± 1.1	9.7 ± 3.2	5.2 ± 1.7
Gelir Giderden Fazla	17.5 ± 5.2	2.4 ± 1.2	9.7 ± 3.3	5.4 ± 1.7
χ^2 (f); p	11.664;0.000	6.854;0.001	7.417;0.001	11.664;0.000
SÜREKLİ TEDAVİ GÖRÜLEN HASTALIK DURUMU				
Evet	16.4 ± 5.3	2.4 ± 1.2	9.0 ± 3.5	5.1 ± 1.6
Hayır	17.1 ± 5.2	2.3 ± 1.1	9.6 ± 3.3	5.2 ± 1.8
Z (t); p	-1.133;0.257	0.148;0.883	-1.517;0.130	-0.640;0.523
İKAMET DURUMU				
Ailesiyle Beraber	17.6 ± 5.4	2.3 ± 1.2	10.0 ± 3.3	5.4 ± 1.7
Kendi Evinde	15.6 ± 5.7	2.2 ± 1.3	8.4 ± 3.5	5.0 ± 1.9
Öğrenci Evi	16.0 ± 4.3	2.4 ± 1.0	8.9 ± 3.1	4.7 ± 1.5
Yurt	17.3 ± 4.8	2.5 ± 1.0	9.6 ± 3.0	5.3 ± 1.8
χ^2 (f); p	5.286;0.001	0.929;0.426	6.889;0.000	4.149;0.006
EN UZUN YAŞANILAN YER				
İl	17.7 ± 5.2	2.4 ± 1.1	9.8 ± 3.3	5.4 ± 1.7
İlçe	15.9 ± 5.0	2.2 ± 1.2	8.9 ± 3.1	4.9 ± 1.7
Köy	13.6 ± 4.2	2.1 ± 1.0	7.3 ± 3.3	4.2 ± 1.3
p*: Pearson Correlation Test				

Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinde yapılmış bir çalışmada ekonomik düzeyleri yüksek olan öğrencilerin ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (21). Araştırma sonuçları gösteriyor ki; ekonomik durumdaki iyileşme, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde olumlu etkiler sağlamaktadır. Literatürdeki bazı çalışmalarda olduğu gibi çalışmamızda da kronik hastalık varlığına göre sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır (22) ($p>0.05$).

Öğrencilerin en uzun yaşadıkları yere göre SYBD ve alt boyutları karşılaştırıldığında; literatürü destekler şekilde köyde yaşayanların puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (19). Öğrencilerin eğitim gördükleri fakültele göre puanları incelendiğinde sağlık ile ilgili bölümde okuyanların literatürü destekler şekilde yüksek olduğu görülmektedir (23).

Öğrencilerin buldukları sınıfa göre SYBD II puanlarında tıp fakültesi 5. ve 6. ile diğer sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Benzer çalışmalarda da üst sınıflarda yer alan öğrencilerin puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (6, 18, 21).

Araştırmada üniversite öğrencilerinin kardiyovasküler hastalıklar hakkındaki bilgi düzeyleri KARRİF-BD ölçeği ile belirlendi. KARRİF BD ölçeğinin puanı ile ilişkili faktörlerin incelenmesinde okuduğu bölüm, sınıf, cinsiyet, sağlık güvencesi, ikamet durumu ve en uzun yaşanan yer ile ilişkili olduğu saptandı. Bursluluk durumu ve hastalık durumu ile istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

KARRİF-BD ölçeğinden alınabilecek en yüksek puanın 28 olduğu göz önünde bulundurulacak olursa çalışmamızda üniversite öğrencilerinin puanlarının (17.0 ± 5.2) orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Çalışmamıza benzer şekilde KARRİF-BD ölçeği puan ortalamalarını; Paslı Gürdoğan ve ark. (24) Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinde 17.86 ± 2.83 , Uysal ve ark. (25) edebiyat fakültesi öğrencilerinde 17.1 ± 4.37 , hemşirelik öğrencilerinde 21.8 ± 4.37 , Badır ve ark. (26) hemşirelik öğrencilerinde 22.47 ± 3.38 , Karakoç Kumsar ve ark. (27) hemşirelik öğrencilerinde 19.08 ± 6.05 olarak saptamıştır.

Öğrencilerin eğitim gördükleri fakülteye göre KARRİF BD ve alt boyut puanları

karşılaştırıldığında; sağlık alanındaki bölümlerde okuyanlar ile diğer bölümlerde okuyanların puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), belirlenmiştir. Literatürde sıklıkla üniversitenin tüm bölümlerini kapsayan çalışmalar yerine hemşirelik ve tıp öğrencileri ile yapılan bu tarz çalışmalara rastlandığından karşılaştırma yapılamamıştır (24-27).

5.ve 6. Sınıflar ile diğer sınıflar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu, puanların diğer sınıflarda olanların puanlarından daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Çalışmamızda cinsiyet ile KARRİF BD ve alt boyut puanları arasında, KVH özellikleri alt boyutu dışındaki alt boyut ve ölçek puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), kadınların puanlarının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Öğrencilerin sosyal güvence durumları ve yaş ile KARRİF BD ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; sosyal güvencesi olmayanların en düşük puanı aldıkları ve yaş ile bilgi düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğu görülmüştür.

KARRİF BD ve alt boyutlarının ekonomik durum ile karşılaştırmasında ise; gelir düzeyi yüksek olan

öğrencilerin KARRİF BD ve alt boyutlarında puanları yüksek olduğu görülmektedir.

Bazı çalışmaların aksine öğrencilerin en uzun süre yaşanılan yer ile KARRİF BD ve alt boyutları karşılaştırmasında; köyde yaşayanların aldıkları puanların diğerlerinden daha düşük olduğu bulunmuştur (28).

SONUÇ

Araştırmamızın sonuçlarına göre;

1. Üniversite öğrencilerinin ölçek puan ortalamaları 124.0 ± 17.4 , medyan değeri 122, minimum puan 75, maksimum puan 204'dür.
2. Çalışmamızda sağlığın geliştirilmesine katkıda bulunan davranışlar içerisinde en yüksek ortalamanın manevi gelişim, en düşük ortalamanın fiziksel aktivite boyutlarına ait olduğu görülmektedir.
3. Öğrencilerin SYBD ve alt boyutlarından aldıkları puanlar ile okuduğu bölüm, bulunduğu sınıf, yaş, sağlık güvencesi, bursluluk durumu, ekonomik durum, ikamet durumu, en uzun süre yaşanılan yer arasında ise istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).
4. Üniversite öğrencilerinin KARRİF-BD ölçek puan ortalamaları 17.0 ± 5.2 'dir.

5. Öğrencilerin ölçek alt boyut puanlarına bakıldığında ise; KVH özellikleri bilgi düzeyi puan ortalamaları 2.3 ± 1.2 , risk faktörleri bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamaları 9.5 ± 3.3 , risk davranışları bilgi düzeyi alt boyut puan ortalamaları 5.2 ± 1.7 'dir.

6. Öğrencilerin KARRİF BD ölçeği puanları ile okuduğu bölüm, bulunduğu sınıf, cinsiyet, yaş, sağlık güvencesi, ekonomik durum, ikamet durumu ve en uzun süre yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı fark ($p < 0.05$) bulunurken; bursluluk durumu ve kronik hastalık durumu arasında fark yoktur ($p > 0.05$).

KAYNAKLAR

- DR Parker, AR Assaf. Community interventions for cardiovascular disease. In: Eaton CB (ed). Primary Care: Clinics In Office Practice 2005. 32(4): 865-881.
- WHO. The top 10 causes of death: global report, 2016. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> 28.05.2018.
- Özvarış ŞB. Sağlık Eğitimi Ve Sağlığı Geliştirme. İçinde: Güler Ç, Akın L (editörler). Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006: 1132-1136.
- Metintas S, Kalyoncu C, Arıkan İ. Two distinct training methods for a doctrine of life with healthy heart in a low socioeconomic society model. International Journal Of Environmental Research And Public Health. 2009, 6(11):97-2883.
- Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2005, 9(2): 26-34.
- Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2011, 8:2.
- Özbaşaran, F, Çakmakçı A ve Güngör N. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu öğrencilerinin sağlık davranışlarının belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004, 7(3):43-55.
- Joanna Briggs Enstitüsü. Nurse-led Interventions to reduce cardiac risk factors in adults. Best Practice. 2009, 13(5):1-4.
- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987, 36: 76-81.
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008, 12:1-13.
- Arıkan I, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. Türk Kardiyoloji Derneği Araştırmaları. 2009;37(1):35-40.
- Hawks RS., Madanat HN., Meril RM., Goud MB., Miyagwa T. A Cross- cultural comparison of health promoting behaviours among college students. The Journal of Health Education. 2002, 5: 84-92.
- Al-Kandari F, Vidal VL. Correlation of the health-promoting lifestyle, enrollment level and academic performance of college of nursing students in Kuwait. Nursing and Health Science, 2007,9(2): 112-119.
- Akgün M. Hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin. Ankara. 2014,13(3):189-196.
- Ertop NG, Yılmaz A, Erdem Y. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimleri. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012, 14(2):1-7.
- Lee RL, Loke AJ. Health-promoting behaviours and psychosocial well-being of university students in Hong Kong. Public Health Nursing. 2005, 22(3): 209-220.
- Ünal D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve özbakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007, 14(2):101- 109.
- Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TSK Korumaya Hekimlik Bülteni. 2008, 7(6): 497-502.
- Kocaakman M, Aksoy G, Eker HH. İstanbul ilindeki hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2010, 17(2):19-24.
- Şimşek Ö, Öztoprak D, İkizöğlü E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012, 26(3): 151-157.
- Cihangiroğlu Z, Deveci S. Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi, 2011, 16(2):78-83.
- Ulaş Karaahmetoğlu G, Soğuksu S, Kaçan Softa H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014,2(2):26-42
- Zaybak A, Fadiloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışı ve bu davranışı etkileyen etmenlerin belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004, 20(1): 77-95.
- Paslı Gürdoğan E, Kurt S, Ünsar S. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinde kardiyovasküler risk faktörleri bilgi düzeyleri. Euras J Fam Med. 2014, 3:79- 84.
- Uysal H, Enç N, Cenal Y, Karaman A, Topuz C. Awareness about preventable cardiovascular risk factors of students attending Faculties of Nursing and Literature. Anadolu Kardiyol Derg 2013, 13:728-731.
- Badır A, Tekkas K, Topcu S. Knowledge of cardiovascular disease in Turkish undergraduate nursing students. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2015, 14:441-449.
- Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz F, Altınbas Akkaş Ö. The effect of cardiovascular risk factors knowledge level on healthy life style behaviors and related factors in nursing students. International Journal of Basic and Clinical Studies (IJBCS). 2015, 4:47-60.
- Uçar A, Arslan S. Bir aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan yetişkin bireylerin kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi. Journal of Cardiovascular Nursing. 2017;8(17):121-130.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımını Algıları ve İlişkili Faktörler

Ayşegül KOÇ¹

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, hastanede yatarak tedavi görenlerin hemşirelik bakımından duydukları umutsuzluk ve memnuniyet düzeyleri ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmanın örnekleme araştırma katılmayı gönüllü olarak kabul eden 228 hasta dahil edilmiştir. Bu çalışma tanımlayıcı-kesitsel bir araştırmadır. Veri toplama aracı olarak araştırmaya katılan hastalara Kişisel Bilgi Formu, Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı ve Beck Umutsuzluk Ölçeği kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde yüzdelik oranlar, One-Way Anova ve Student t testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hastaların %53,5'i kadın, %37,7'si 45-54 yaş aralığında yer alırken, %72,4'ünün daha önce hastaneye yatış deneyimi olduğu ve %52,2'sinin kronik bir hastalık sahibi olduğu belirlenmiştir. Çalışmada, hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ölçeğinden alınan ortalama puan 64.86±11.13; Beck umutsuzluk ölçeğinden alınan ortalama puan ise 11.34±2.65 olarak bulunmuştur. Hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri yeterli, umutsuzluk düzeyleri ise ortalamanın üstünde bulunmuştur. Çalışmada hemşirelik bakımı algılayış ölçeği toplam puanı ile yaş grupları, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, hastanede yatma deneyimi, kronik hastalığı olması durumu; Beck umutsuzluk ölçeği ile cinsiyet, yaş grupları, meslek, kronik hastalık varlığı ve medeni durumla arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.005$).

Sonuç: Hastaların umutsuzluk düzeyi ve hasta algıları hemşirelik bakımı verirken göz önünde bulundurularak, bakımda kaliteyi artırmaya yönelik hizmet vermeleri gerekir. Hemşirelik bakımı verilirken hasta memnuniyeti ve umutsuzluk ölçümleri sürekli yapılarak hasta bakım standartları oluşturulmalıdır. Bu standartların oluşturulabilmesi için yapılan araştırma sonuçlarının hastane yöneticileriyle paylaşılması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelime: Bakım sonrası, hemşirelik, hemşirelik bakımı

Patient Satisfaction of Nursing Care and Hopelessness Level in The Inpatients with Factors Affecting Them

Ayşegül KOÇ¹

ABSTRACT

Aim: This study was conducted as a descriptive in order to determine some factors related to the satisfaction and hopelessness levels of hospitalized patients in terms of nursing.

Method: The sample of the study consisted of 228 patients who agreed to participate in the research. Personal Information Form, Patient's Perception of Nursing Care Scale and beck hopelessness scale were used as data collection tools. Percentage ratios, Student t, One-Way Anova tests were used in statistical analysis.

Results: While 53.5% of the participants in the study were women, 37.7% were in the 45-54 age range, 72.4% had previous hospitalization experience and 52.2% had a chronic disease. In the study, the satisfaction levels of the patients in terms of nursing were found as 64.86±11.13 on the patient's Perception of Nursing Care Scale. In the study, beck hopelessness scale were found as 11.34±2.65 on the patient's Perception of Nursing Care Scale. The satisfaction levels of the patients in terms of nursing were adequate, and the levels of hopelessness were above the average. While there was a statistically significant relationship between the total score of nursing care perception scale and age groups, educational status, marital status, profession, hospitalization experience, and chronic disease ($p < 0.005$); A statistically significant relationship was found between Beck's hopelessness scale and gender, age groups, marital status, occupation and presence of chronic disease ($p < 0.005$).

Conclusion: Nurses should provide services to improve the quality of care in consideration of patient perceptions and hopelessness levels while providing care. While nursing care is provided, patient satisfaction and hopelessness measurements should be made continuously and patient care standards should be established. In addition, it can be suggested that the research results regarding the satisfaction of patients in terms of nursing are shared with the hospital administrators, and that nurses are aware of the aspects that need to be improved in terms of care.

Keywords: After care, nursing, nursing care

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar: Ayşegül KOÇ

E-posta adresi: aysegulkocmeister@gmail.com

ORCID No: 0000-0003-1179-5550

Gönderi Tarihi: 26.07.2020

Kabul Tarihi: 03.12.2020

"Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Hemşirelik Bakımı Algısı ve Umutsuzluk Düzeyi ile İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi" çalışması 14. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 3-7 Ekim 2012, Antalya. poster tebliğ olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Nefes Günümüzde sağlık hizmetlerinde kalite kavramıyla birlikte daha çok gündeme gelen hasta memnuniyeti, hizmet kalitesinin en önemli göstergelerinden biri olmuştur. Kalite değerlendirmelerinden biri olan ‘hasta memnuniyeti’ sağlık hizmetinin sonuçlarını değerlendirmek için kullanılmaktadır (1). İlk olarak Amerika Birleşik Devletleri’nde 1956 yılında hemşirelik alanında değerlendirilen hasta memnuniyeti, sağlık hizmetinin ölçütlerinden biri olarak kabul edilmiştir (2). Amerikan Hemşireler Birliği ve Uluslararası Sağlık Kurumlarının Akreditasyon Komisyonu (Joint Commission International, JCI)’na göre hasta memnuniyeti, hasta sonuçlarının anahtar belirteci olarak düşünülmektedir (3). Bir başka tanıma göre hasta memnuniyeti “aldıkları hizmet sonrası hastaların zorluklarının azalması ile birlikte bekledikleri faydalar, hizmetten beklentisinin hizmet ile benzerliği, sosyokültürel değerlerine göre hizmetin sunulmasına dayalı bir işlev” olarak tanımlanmaktadır (4).

Hasta memnuniyeti, hasta ile ilişkili olarak yaş, cinsiyet, sosyo-ekonomik durum gibi faktörlerden

etkilendiği gibi, sağlık kuruluşu ve personeliyle ilişkili faktörlerden de etkilenmektedir. Bu faktörler içinde profesyonel sağlık hizmeti sunucularının çoğunluğunu hemşireler oluşturmakla birlikte, hastayla birebir en fazla zaman geçirerek hastaya bakım verdikleri için hasta memnuniyetinin belirlenmesinde hemşirelik bakımı oldukça önemli konumdadır (5).

Hasta memnuniyetini görmezden gelerek başarılı bir sonuç almak oldukça imkansız görünmektedir. Hastanelerde hizmet kalitesi ve memnuniyetin ölçümünde önemli bir bileşen hemşirelik bakımının sunumu ve bu bakımın algılanma düzeyidir (6,7). Hemşirelik bakımından hasta memnuniyet düzeyi ve genel olarak hasta memnuniyeti sağlık hizmetlerinin bir kalite göstergesi olması sebebiyle hemşirelerin hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri bilmesi ve hemşirelik bakımını bu noktada geliştirerek uygulaması gerekmektedir (8).

Ülkemizde hasta memnuniyetiyle ilgili yapılan çalışmalar giderek artmaktadır. Hemşirelik bakımı ile ilgili memnuniyet düzeylerinin incelendiği bir araştırmada hastaların memnuniyet düzeyleri ile sosyo-demografik özellikleri arasında

anlamli farklılıklar saptanmıştır (9). Bir başka çalışmada ise, yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri düşük olduğu saptanırken, farklı bir çalışmada hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri yüksek bulunup, hastalara eğitim programlarının verilmesi önerilmiştir (10,11).

Umutsuzluk, duygusal bir durumu içermekle birlikte kişinin arzuladığı eylemleri yapabilmek ya da sorunlarını çözümlenebilmek için gerekli enerjisini açığa çıkartamadığı durum olarak tanımlanabilir (12). Yapılan çalışmalarda umut düzeyi yüksek olan hastaların yaşam kalitelerinin yüksek olduğu ve prognozlarının iyi olduğu saptanmıştır (13,14). Hastaların umut düzeylerinin belirlenmesi ve bu doğrultuda hemşirelerin umudu destekleyen hemşirelik girişimlerini geliştirilmesi oldukça önemli bulunmaktadır. Bakım sürecinde ve tedavi sırasında umudun hastalara güç verdiği, motivasyonunu arttırdığı, komplikasyonları azalttığı, hastalık sürecine ve tedaviye uyumlarını artırarak daha kaliteli bir bakım süreci sağladığı bildirilmektedir (15). Bu nedenle, hemşirelerin hastalarda zamanla oluşan umutsuzluk düzeylerini

tespit edebilmesi hastada oluşabilecek olumsuzlukları önlemek için gereklidir.

Bu çalışma, literatüre katkı sağlamak amacıyla hastanede yatmakta olan hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyet ve umutsuzluk düzeyleriyle ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırma, Orta Anadolu bölgesinde yer alan bir il merkezinde hizmet veren bir Devlet Hastanesinin ortopedi kliniğinde yatan hastalar üzerinde kesitsel olarak yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada; sosyo-demografik özellikleri belirleyen Bilgi Formu, Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı (HHBAÖ) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ) veri toplama aracı olarak kullanılmıştır.

I. Bilgi formu literatür taraması sonrası araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olup hastaların sosyo-demografik (yaş, cinsiyet gb) ve hastane yatışı (daha önce hastanede yatma deneyimi, refakatçi varlığı gb) ile ilgili toplam 18 sorudan oluşmaktadır (4,5,13).

II. Hastanın Hemşirelik Bakımını Algılayışı Ölçeği

(HHBAÖ), 2001 yılında Amerika’da Ann M.Dozier ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, İpek Çoban ve Kaşıkçı (2007) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. HHBA ölçeği hasta memnuniyetini değerlendiren 5’li likert tipi ölçek, hastanın beklediği ihtiyacı yansıtan, kısa süreli bakım sonrası güvenilir ölçüm yapan ayrıca bireysel faktörlerden minimum düzeyde etkilenecek şekilde düzenlenmiş ve 15 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 15 maksimum puan 75’dir. Puan yükseldikçe memnuniyet düzeyi artmaktadır. Çalışmanın cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.92’dir (16). Bizim çalışmamızda ise 0.922 olarak bulunmuştur.

III. Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beck ve arkadaşları geliştirmiş olup Seber ve arkadaşları (1993) geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmıştır. Her maddesi 0-1 arası puanlanan ölçek 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15, 19 maddelerine verilen cevap hayır, 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14,16, 17, 18, 20 maddelerine verilen cevap evet seçeneği ise 1 puan alır. Ölçekten alınabilecek puan değeri minimum 0 maksimum 20 puandır. Ölçekten alınan puanın yüksek olması kişideki umutsuzluğun yüksek olduğu gösterir.

Ölçek umut, motivasyon kaybı ve gelecekle ilgili

duygular ve beklentiler olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır (17).

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri bilgisayar ortamında istatistik paket programı (SPSS 20) ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdelik, One Way Anova, t testi binary lojistik regresyon analizinin forward (FLR) modeli kullanılmıştır. HHBAÖ’den “memnun olmayan ve kararsız” olanlara: 0, “memnun” olanlara:1 kodu verilerek FLR analizine bağımlı değişken olarak alınmıştır. Bağımsız değişkenler olarak ise, cinsiyet, daha önce hastanede bulunma deneyimi, refakatçi varlığı ve kronik hastalık varlığı kategorik olarak, yaş, öğrenim ve ekonomik düzey ile umutsuzluk düzeyi sıralı değişken olarak modele alındı.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Örneklem seçim yöntemine gidilmemiş, en az okur-yazar olan, iletişim problemi olmayan, minimum 4 gündür hastanede olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 229 hasta ile veriler tamamlanmıştır.

Etik

Çalışmanın yürütülmesi için gereken etik izinler hastane yönetiminden alınmış (04.11.2011/10.036), hastalardan verilerin

toplanmasında gönüllülük esas alınmıştır. Formlar uygulanmadan önce gerekli açıklamalar yapılarak kurumdan ve hastalardan yazılı/sözlü onay alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan hastaların %59.4 dahili kliniklerde, %40.6 cerrahi kliniklerde tedavi gördükleri belirlenmiştir. Hastaların %68,9'unun refakatçısının olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Hastaların %73,2'sinin (N=167) hemşirelerin, kendileriyle hemen ilgilendiklerini, %69,3'ü (N=158) hemşirelerin bakım esnasında tüm dikkatlerini kendilerine verdiklerini, %67,5'i (N=154) ihtiyaç hissettiklerinde hemşirelerin yanlarında olacağından emin olduklarını belirtmişlerdir. Hastaların %59'u hemşirelerin uygulamaları kendilerine sorarak yaptıklarını ve yine %52'si hastaneyle ilgili bilmedikleri konular hakkında hemşirelerin kendilerine bilgi verdiklerini ifade etmişlerdir (Tablo 1).

Hastaların %46.5'inin erkek olduğu ve umutsuzluk düzeylerinin daha fazla olduğu görülmektedir (p=0.015). Hastaların yaşı arttıkça hemşirelik bakımı memnuniyeti artış gösterirken (p=0.001); yaş ortalaması arttıkça hastaların umutsuzluk

düzeylerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır (p=0.001). Katılımcıların öğrenim düzeyi arttıkça hemşirelik bakım memnuniyetleri azalırken (p=0.000); umutsuzluk düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (p=0.377). Hastaların %76.3'ü evli olup; evli olan hastalar evli olmayanlara göre hemşirelik bakım memnuniyeti daha yüksek (p=0.032) olmasıyla birlikte umutsuzluk düzeyinin de yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (p=0.003). Ev hanımı olan hastaların hemşirelik bakımı memnuniyetleri diğer mesleklerle göre daha yüksek bulunurken (p=0.029); çiftçi-esnaf olan hastaların umutsuzluk düzeyinin daha fazla olduğu görülmektedir (p=0.017). Daha önce hastaneye yatan hastaların hemşirelik bakım memnuniyetleri daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (p=0.020). Kronik hastalığı olan hastalar kronik hastalığı olmayan hastalara göre hemşirelik bakım memnuniyetleri (p=0.019) ve umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir (p=0.004) (Tablo 1).

HHBAÖ'den ortalama 64.86±11.13 puan (N=228, Min.15-Max.75) alınmıştır. Beck Umutsuzluk Ölçeği'nden alınan ortalama 11.34±2.65 (N=228, Min.0-Max.20) alınmıştır.

Tablo 1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerinin hastanın hemşirelik bakımını algılayışı ve umutsuzluk düzeyine etkisi

Çeşitli özellikler		HBAB Ölçeği	Beck umutsuzluk Düzeyi
Cinsiyet	n (%)	X ± S.D	X ± S.D
Kadın	122 (53.5)	65.57±11.03	10.94±2.53
Erkek	106 (46.5)	64.04±11.24	11.80±2.73
		F=0.555 p=0.300	F=2.670 p=0.015
Yaş grupları			
35 – 44	75 (32,9)	61.68±12.06	10.41±2.04
45 – 54	86 (37,7)	64.67±11.66	11.63±2.76
55 – 64	67 (29,4)	68.64±7.89	12.00±2.88
		F=7.577 p=0.001	F=7.319 p=0.001
Öğrenim durumu			
Okur-yazar	60 (26,3)	67.90±9.03	11.60±2.75
İlkokul	103 (45,2)	66.05±9.96	11.47±2.77
İlköğretim	38 (9,2)	60.55±14.07	10.71±2.19
Lise ve üstü	27 (19,3)	59.59±11.96	11.14±2.55
		F=6.187 p=0.000	F=1.038 p=0.377
Medeni durum			
Evli	174 (76,3)	65.74±10.43	11.63±2.70
Bekar	54 (23,7)	62.02±12.84	10.40±2.29
		F=4.428 p=0.032	F=3.220 p=0.003
Ekonomik durum			
Gelir, giderden az	95 (41,7)	65.45±10.89	11.62±2.88
Gelir-gider denk	119 (52,2)	64.16±11.56	11.13±2.43
Gelir, giderden çok	14 (6,1)	66.71±9.07	11.21±2.91
		F=0.562 p=0.571	F=0.901 p=0.408
Meslek			
Ev hanımı	99 (43,4)	67.01±9.51	11.14±2.59
İşçi-memur	43 (18,9)	61.63±12.87	11.32±3.05
Çiftçi-esnaf	63 (27,6)	64.76±12.16	12.09±2.58
İşsiz	23 (10,1)	61.87±9.63	10.17±1.74
		F=3.074 p=0.029	F=3.461 p=0.017
Refakatçisi			
Var	157 (68,9)	65.18±10.69	11.45±2.69
Yok	71 (31,1)	64.13±12.11	11.09±2.56
		F=1.839 p=0.508	F=0.276 p=0.354
Daha önce hastanede yatma deneyimi			
Evet	165 (72,4)	66.09±9.77	11.36±2.69
Hayır	63 (27,6)	61.62±13.66	11.26±2.59
		F=10.635 p=0.020	F=0.890 p=0.800
Kronik hastalık			
Var	119 (52,2)	66.51±10.21	11.82±2.80
Yok	109 (47,8)	63.05±11.84	10.81±2.39
		F=5.199 p=0.019	F=5.497 p=0.004
Toplam	228 (100,0)	57 (25,0)	219 (19,8)

Öğrenim düzeyi ile hemşirelik bakım algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0.00). Buna göre öğrenim düzeyindeki bir birimlik artış, hemşirelik bakım algısı memnuniyet düzeyini 1.96 kat arttırmaktadır. %95 güven aralığı 1'i içermediğinden ve p değeri istatistiksel olarak anlamlı bulunduğundan, sonucumuz evrene genellenebilir (Tablo 2).

Beck Umutsuzluk Ölçeğinden alınan puanlarla hemşirelik bakım algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır (p=0.004). Beck Umutsuzluk Ölçeğinden alınan puanlarda bir birimlik artış, hemşirelik bakım algısı memnuniyet düzeyini 1.22 kat arttırmaktadır. %95 güven aralığı 1'i içermediğinden ve p değeri istatistiksel olarak anlamlı bulunduğundan, sonucumuz evrene genellenebilir (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelik bakım algısı üzerine etkili olabilecek değişkenlerin lojistik regresyon ile analizi

Değişkenler	β	P	Odds ratio	%95 Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Öğrenim düzeyi	,675	,000	1,963	1,404	2,745
Beck umutsuzluk	,200	,004	1,221	1,066	1,400
Sabit	-8,446	,000	,000		

TARTIŞMA

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmeti sunumunun önemli bir sonuç göstergesidir. Hemşireler hastayla en çok vakit geçiren sağlık personeli olduğundan hastaların memnuniyet düzeylerinin büyük oranda hemşirelik bakımından etkilendiği düşünülmektedir. Aynı zamanda hemşirelik bakımı ve tedavinin olumlu sonuçlar alması için hastaların umut düzeylerinin önemli olduğu

düşünülmektedir. Bu sebeple memnuniyet düzeylerinin belirli aralıklarla ölçülmesi ve hastaların umutsuzluk durumlarının değerlendirilerek gerekli durumlarda desteklenmesi hemşirelik bakımının kalitesini arttırmada fayda sağlayacaktır.

Çalışmamızda Beck umutsuzluk ölçeğinden alınan ortalama puan 11.34±2.65'dir (N=228, Min.0-Max.20) Çalışmamıza benzer olarak Başaran ve

arkadaşları (2016)'nın hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada Beck umutsuzluk ölçeğinden alınan puan ortalamasının 12.76 ± 3.04 olduğu görülmektedir. Bu çalışma ile ortopedi kliniğinde yatan hastaların hemşirelik bakımı memnuniyet düzeyleri yeterli (ortalama 64.86 ± 11.13 puan olarak bulunmuştur) olarak saptanmıştır. Çalışmamızın bulgularına paralel olarak Koç ve arkadaşlarının (2012) travmatoloji ve ortopedi kliniğinde yatmakta olan hastaların bağımsızlık düzeyleri ve depresyon durumlarının hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerine etkisini değerlendirdikleri çalışmada da hastaların memnuniyet puan ortalamaları iyi düzey olarak saptanmıştır (18). Hastaların hemşirelik bakımından duydukları memnuniyetin yüksek olması sevindiricidir.

Çalışmamızın bulgularına göre cinsiyet ile hastanın hemşirelik bakımı memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde bulgularımızı destekleyen çalışmalar bulunurken (19); Aldemir ve ark. (2018) yaptığı çalışmada erkeklere göre kadınların bakımdan daha memnun oldukları görülmektedir (5). Çalışmamızın bulgularına göre hastaların yaşı arttıkça hemşirelik

bakım memnuniyeti arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Yaş grupları ile hemşirelik bakım memnuniyeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmayan çalışmalar mevcutken (5,19,20); çalışmamızın bulgularına paralel çalışma da bulunmaktadır (21). Yaşın ilerlemesiyle birlikte sağlıksal sorunların oluşması/artması hemşirelik bakım ihtiyacını da arttırmaktadır. Bu durumun hastaların daha sık hemşirelik bakımı olarak değerlendirme yapmasına olanak sağladığı düşünülmektedir. Aynı zamanda fiziksel yetersizliklerin yanında psikososyal desteğe ihtiyaç duyan hastaların yanında her zaman hemşirelerin olması ve destek sağlaması sebebi ile hastaların hemşirelik bakım memnuniyetlerini arttırdığı düşünülmektedir. Çalışmamızda öğrenim düzeyi ile hemşirelik bakım algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Çalışmanın sonucuna göre; eğitim düzeyi arttıkça hemşire bakımından memnuniyet düzeyi de azalmaktadır. İçli ve ark arkadaşlarının (2006) Sosyo-demografik değişkenlerin hasta memnuniyetine etkisini incelediği çalışmada; hemşirelerin verdiği hizmetten duyulan memnuniyet düzeyi eğitim durumuna göre, ilköğretim mezunu olanlarla ortaöğretim mezunu olanlar arasında fark

bulunmuştur (22). Wargner ve Bear (2009)'ın çalışmasında yüksek eğitim seviyesine sahip olan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin daha düşük olduğunu saptanmıştır (23). İspanya'da bir üniversite hastanesinde hemşirelik bakımı alan hastaların memnuniyetlerinin incelendiği çalışmada ise; yüksek eğitim düzeyi olan bireylerin hemşirelik bakımından memnuniyet puanlarının düşük olduğunu saptamışlardır (24). Eğitim düzeyi yükseldikçe hasta memnuniyetinin azalması, eğitim düzeyiyle birlikte artan beklentiye bağlanabilir. Buna göre beklenti arttıkça hasta memnuniyeti azalmaktadır.

Çalışmamızda evli olan hastalar bekar olanlara göre umutsuzluk düzeyi daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bulgularımızı destekleyen çalışmalar mevcuttur (25). Bu sonucun, evliliğin getirdiği sorumlulukların fazla olması, hastanede olması sebebi ile rollerinde kayıp yaşadığını düşünmesi ve hastalık süreci ile ilgili endişelerinden dolayı umutsuz olabilecekleri düşünülmektedir. Bulgularımıza göre erkek hastaların umutsuzluk düzeyleri daha yüksektir. Arslantaş ve ark (2010) yaptıkları çalışmada

cinsiyet ile umutsuzluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamaz iken (25), kadınlarda umutsuzluk düzeyinin daha fazla görüldüğü çalışmalar mevcuttur (26). Sonuçların literatürde farklılık göstermektedir. Çalışmamızın bulgularına göre yaş arttıkça umutsuzluk düzeyi artmaktadır. Bulgularımıza paralel olarak Başaran ve arkadaşları'nın (2016) hemodiyaliz hastaları ile yaptıkları çalışmada da yaşın artmasıyla umutsuzluk düzeyinin arttığı görülmektedir (26). Yaşın ilerlemesi ile umutsuzluk düzeylerinin artması sebebinin; ölümü daha çok düşünmeleri, tedavi süreçlerinin zorlukları, yorgunluk yaşamaları, fiziksel yetersizlikleri olması, sosyal desteğe ihtiyaç duymaları ve yaşla birlikte gelişen kronik hastalıkların olumsuz duygularının hastaya yansması olduğu düşünülmektedir.

Koç ve arkadaşlarının (2012) hastaların bağımsızlık düzeyleri ve depresif semptom düzeyleri ile hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerini incelediği çalışmasında; hemşirelik bakımından memnuniyet ile bağımsızlık ve depresif semptom düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (18). Kronik hastalığı olan bireylerin depresyon ve

anksiyete düzeylerinin hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişkisini belirlemeyi amaçlayan çalışmada; bireylerin anksiyete puanları yükseldikçe, bakım algısı puanlarında düşme olduğu saptanmıştır (27).

SONUÇ

Hemşirelerin bakım verirken hasta algılarını göz önünde bulundurarak bakımda kaliteyi artırmaya yönelik hizmet vermeleri gerekir. Hemşirelik bakımı verilirken hasta memnuniyeti ölçümleri sürekli yapılarak hasta bakım standartları oluşturulmalıdır. Hastanede yatan hastaların hastalık ile verdiği mücadele sırasında yaşadığı zorluklar sebebi ile umutsuzluk yaşamaları hemşirelik bakım memnuniyetini etkileyebilir. Bu nedenle, hemşirelerin hastalarda zamanla oluşan umutsuzluk düzeylerini tespit edebilmesi hastada oluşabilecek olumsuzlukları önlemek için gereklidir. Hemşirelerin memnuniyet ve umutsuzluklarını değerlendirerek hastaya destek olması gerekmektedir. Ayrıca hastaların hemşirelik bakımından memnuniyeti ile ilgili araştırma sonuçlarının hastane yöneticileriyle paylaşılarak hemşirelerin bakımının geliştirilmesinin sağlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Aytar G, Yeşildal N. Yatan hasta memnuniyeti. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;3:10-14.
2. Merkouris A, Ifantopoulos B, Lanara V, Lemonidou C. Patient satisfaction: A key concept for evaluation and improving nursing services. Journal of Nursing Management. 1999;7(1):19-28.
3. Lange JW. Testing equivalence of spanish and english versions: the lamonica-oberst (revised) patient satisfaction with nursing care scale. Research in nursing and health. 2002;25:438-51.
4. Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgün A. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2004;57(4):205-14
5. Aldemir K, Gürkan A, Yılmaz F, Karabey G. Cerrahi kliniklerde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyetinin incelenmesi. Journal of Health and Nursing Management. 2018;5(3):155-63
6. Yazan T, Şengül S, Girgin A. Sağlık hizmetleri ve hasta memnuniyeti. Acta Medica Alanya. 2018;2(1):24-29.
7. Şahin TK, Bakıcı H, Bilban S, Dinçer Ş, Yurtçu M, Günel E. Meram Tıp Fakültesi çocuk cerrahisi servisinde yatan hasta yakınlarının memnuniyetinin araştırılması. Genel Tıp Dergisi, 2005;15(4):137-42.
8. Schmidt LA. Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. Journal of Advanced Nursing. 2003;44(4):393-99.
9. Uzun Ö. Patient satisfaction with nursing care at a university hospital in Turkey. Journal of Nursing Care Quality. 2001;16(1):24-33.
10. Arslan Ç, Kelleci M. Bir üniversite hastanesinde yatan hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyleri ve ilişkili bazı faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2011;14:1.
11. Şişe Ş. Hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyeti. Kocatepe Tıp Dergisi. 2013;14(2):69-75.
12. Öz F. editor. Ümit ve ümitsizlik, içinde: Sağlık alanında temel kavramlar. 2 Baskı. Ankara, Mattek matbaacılık. 2010;189.
13. Kelleci M. Kanser hastalarının umudunun geliştirilmesine yönelik hemşirelik girişimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2005;6(1):41.
14. Baljani E, Kazemi M, Amanpour E, Tizfahm T. The relationship between religion, spiritual well-being, hope and quality of life in patients with cancer. Basic & Clinical Cancer Research. 2014; 6(4):28-36.
15. Wakiuchi J, Marchi JA, Norvila LS, Marcon SS, Sales CA. Hope of cancer patients undergoing chemotherapy. Acta Paul Enferm. 2015;28:202-08.
16. Çoban Gİ, Kaşıkçı, M. Hastaların hemşirelik bakımını algılayışları. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 2008;16(63):165-171.
17. Dilbaz N, Seber G. Umutsuzluk kavramı: Depresyon ve intiharda önemi. Kriz Dergisi. 1993;1:134- 8.
18. Koç S, Büker N, Şavkın R, Kıter E. Ortopedi ve travmatoloji hastalarının bağımsızlık ve depresyon düzeylerinin hemşirelik bakımından memnuniyet düzeyi üzerine etkisi. J Kartal TR. 2012;23(3):130-6.
19. Geçgil E. Dündar Ö, Şahin T. Adıyaman il merkezindeki hastaların hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2008;15(2):41-51.
20. Tuğut N, Gölbaşı Z. Bir üniversite hastanesi kadın hastalıkları ve doğum servisinde yatan hastaların hemşirelik hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri ve etkileyen bazı

- faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2013;10(2):38-44.
21. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction of nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand Journal of Caring Sciences*. 2002;16:337-44.
 22. İçli GE, Kuşoğlu S, Aslan FE. Sosyo-demografik değişkenlerin hasta memnuniyetine etkisi' marmara üniversitesi. *İ.İ.B.F Dergisi*. 2006;21(1):383-99.
 23. Wagner D, Bear M. Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of advanced nursing*. 2009;65(3):692-701.
 24. González-Valentín A, Padín-López S, de Ramón-Garrido E. Patient satisfaction with nursing care in a regional university hospital in southern Spain. *Journal of Nursing Care Quality*. 2005;20(1):63-72.
 25. Arslantaş H, Adana F, Kaya F, Turan D. Yatan hastalarda umutsuzluk ve sosyal destek düzeyi ve bunları etkileyen faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2010;18(2):87-97.
 26. Başaran D, Altun ÖŞ, Kaban F, Ecdar T. Hemodiyaliz hastalarının umutsuzluk düzeylerinin değerlendirilmesi. *Nefroloji Hemşireliği Dergisi*. 2016;11(1):9-16.
 27. Buldan Ö, Kuzu Kurban N. Kronik hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *DEUHFED*. 2018;11(4):274-282.

DERLEME

Hemşirelik Perspektifinden COVID-19 Pandemisinin Etkileri ve Yönetim Önerileri*Betül ÇAKMAK¹, Bahar İNKAYA¹***ÖZ**

Tek zincirli RNA virüslerinin büyük bir grubu olan koronavirüsler, 2020 yılı şubat ayı itibarıyla Coronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) olarak isimlendirilerek literatüre geçmiş ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından tüm dünyada pandemi ilan edilmiştir. Hastalığa ilişkin olarak tanımlanmış spesifik bir tedavi protokolü hala rapor edilmemektedir. Bu durum alanda çalışan bütün sağlık profesyonelleri için ciddi bir bilinmezlik oluşturmaktadır. Literatürde hemşirelerin virüsün bulaş riskinin oldukça fazla olması, sürekli olarak duygusal stres faktörleri ile karşı karşıya kalmaları, aşırı iş yükü, yaşadıkları etik ikilemler, hasta bakımının içeriğine yönelik belirsizlikler ve çalışma saatleri boyunca kendi fiziksel ve zihinsel sağlıklarının sürdürülmesi konusunda sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir. COVID-19'a yönelik olarak kullanılan literatürde birçok farmakolojik yaklaşım bulunmaktadır. Hemşirelerin bu yaklaşımlara ilişkin yeterli bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Bu nedenle COVID-19 pandemisinin yönetiminde hemşirelik açısından doğru planlamaların ve yönetim stratejilerinin en kısa zamanda oluşturulması ve uygulanması oldukça önemlidir. Bu derlemenin yazılmasındaki amaç, COVID-19'un hemşirelik perspektifinden etkilerine yönelik literatür bilgilerini sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19; Hemşirelik; Pandemi

Effects of COVID-19 Pandemic from Nursing Perspective and Management Recommendations*Betül ÇAKMAK¹, Bahar İNKAYA¹***ABSTRACT**

Coronaviruses, a large group of single-chain RNA viruses, were named as Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in February 2020 and have been declared pandemics worldwide by the World Health Organization. A specific treatment protocol defined for the disease has still not been reported. This situation creates serious obscurity for all health professionals working in the field. In the literature; It is stated that nurses have a high risk of virus transmission, constant exposure to emotional stress factors, excessive workload, moral dilemmas, uncertainties about the content of patient care, and problems in maintaining their own physical and mental health during working hours. There are various pharmacological approaches in the literature used for COVID-19. Nurses must have sufficient knowledge of these approaches. For this reason, it is very important to establish and implement correct planning and management strategies in the shortest time possible for the management of the COVID-19 pandemic. The purpose of writing this review is to provide literature information on the effects of COVID-19 from the nursing perspective.

Keywords: COVID-19; Nursing; Pandemic

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Sorumlu Yazar: Betül Çakmak

E-posta adresi: betulglchms@gmail.com

Gönderi Tarihi: 18.09.2020

ORCID No: 0000-0002-8122-2101

Kabul Tarihi: 27.11.2020

GİRİŞ

2019 yılı, Aralık ayı itibariyle, Çin'in Hubei Eyaletinden başlayarak tüm dünyada yaşamın sürdürülebilirliğini durma noktasına getiren ve her yaş grubundan insanın ölümüne neden olan yeni bir koronavirüs türü ortaya çıkmıştır. Bu virüs 2020 yılı şubat ayı itibariyle koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) olarak isimlendirilerek literatüre geçmiştir (1). Vaka sayılarının katlanarak artmasıyla birlikte virüsün toplum sağlığı üzerindeki tehdidini kontrol altına alınması amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından pandemi ilan edilmiştir (2). COVID-19'a ilişkin gözlemsel araştırmalarda virüsün inkübasyon süresinin ortalama 5.2 gün (4.1-14 gün) olduğu ve inkübasyon sonrası asemptomatik olabilmekle birlikte vakalarda klinik olarak en sık pnömoniye neden olduğu ve ateş, öksürük ve nefes darlığı şikayetlerin baş gösterdiği, bazı vakalarda ise gastrointestinal yakınmalar (ishal, kusma) bildirilmiştir (3, 4). Hastalığa ilişkin olarak tanımlanmış spesifik bir tedavi protokolü hala rapor edilmemekle birlikte hastalığın tedavisinde temelde enfeksiyonun kontrolü, semptom yönetimi, solunum desteği, aşı geliştirme ve

iyileştirme oranı yüksek farmakolojik yaklaşımlar önerilmektedir (5, 6). Literatüre bakıldığında hastaların 60 yaş üzeri olduğu, %50'den fazlasının en az bir kronik hastalığının bulunduğu ve hastalarda meydana gelen şiddetli solunum yetmezliği sebebiyle yoğun bakım ihtiyacının katlanarak arttığı bildirilmektedir (7, 8).

Dünyada vakaların bildirildiği ülkelerin ve virüse bağlı hayatını kaybeden insanların sayısı hızla artarken ülkemizde, Sağlık Bakanlığı tarafından ilk COVID-19 vakası 11 Mart tarihinde bildirilmiş, virüse bağlı ilk ölüm ise 16 Martta ilan edilmiştir. Bakanlık tarafından son ilan edilen vaka sayılarıyla birlikte ülkemizdeki COVID-19 tanımlı hasta sayısı 500.000'e yaklaşmış durumdadır (9). COVID-19 pandemisinin klinik seyrinin ve özelliklerinin net olarak bilinmemesi ve hastaların klinik prognozlarının sürekli değişmesi, sürecin yönetimini çok daha zorlu bir hale getirmektedir (10). Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında, en kalabalık ve etkin sağlık profesyoneli gruplarından biri olarak görev yapan hemşireler, pandemi sürecinin sağlıklı olarak yürütülmesinde de en önde yer almakta olup; bilgi, tecrübe ve yeteneklerini üst düzeyde kullanarak görev

yapmaktadırlar. Bu zorlu süreçte sağlık profesyonellerinin, yeni tanımlanmış ve prognozu bilinmeyen bir hastalığı yönetmeleri, deneyimledikleri farklı süreçler ve zorlukların olmasının, onlarda hem mesleki hem de psikolojik açıdan farklı etkiler bıraktığı düşünülmektedir. Özellikle de virüsün tüm ülkelerde yoğun bakım ve ventilatör ihtiyacını arttırması, yoğun bakım yataklarının kısa süreli sirkülasyonlarla değişmesi ve bu sürecin şiddetlenerek devam etmesi hemşirelerin yaşadıkları zorluklardan sadece birkaçı olarak ifade edilebilir (8, 11). Bu nedenle hemşirelerin bu süreçte yaşadıkları duyguların tanımlanmasının, tedaviye ilişkin etkili olduğu düşünülen farmakolojik ajanların klinik ortamda kullanımları sürecinde ortaya çıkan etkilere yönelik hemşirelik yaklaşımlarının önemi ve sağlık örgütlerinin COVID-19 pandemisi sürecinin etkin yürütülmesi amacıyla yayınladıkları risk değerlendirmeye yönelik raporların ve virüsten korunmaya ilişkin bilgilendirici yayınların içeriğinin değerlendirilmesinin literatüre kazandırılması amacıyla bu derleme yazılmıştır.

COVID-19 PANDEMİSİNİN HEMŞİRELER ÜZERİNDEKİ ETKİSİ

COVID-19 pandemisinin ortaya çıkışı ile dünyadaki bütün sağlık profesyonelleri, her açıdan çok zor ve emek gerektiren bir sürece adım atmışlardır. Özellikle hemşireler, toplumun yer aldığı bütün organizasyonlarda buldukları için bu süreçten en çok etkilenen gruplardan biri olduğu düşünülebilir. Hastaneler dışında bakım evleri, hapisaneler, yurtlarda kalan çeşitli yaş gruplarındaki hastalara ve kırılğan olan, pek çok kaynağa ulaşım yönünde yetersizliğe sahip yaşlılara sağlığın tüm alanlarında günün 24 saati sağlık bakım hizmeti veren hemşirelerin sorumlulukları, onları diğer mesleki gruplardan çok daha özel kılmaktadır (12). COVID-19 pandemisi ilanı ile birlikte yayınlanan çalışmaların çoğunda hemşirelerin toplum, klinik ve yoğun bakımlardaki sürecin yönetimi konusunda bilgi ve deneyimlerinin etkinliği, cesaretleri, fedakârlıkları, liderlik ve sorumluluk içeren davranışlarının katkısı yer almakta ve hemşirelerin toplumda birer kahraman olarak görüldükleri kayda değer bir biçimde vurgulanmaktadır (8, 12, 13).

COVID-19 pandemisinde etkin görev alan hemşirelerin de dahil edildiği araştırmalara bakıldığında hemşirelerin mesleki

sorumluluklarını sürdürme esnasında virüs bulaş riskinin oldukça fazla olması, sürekli olarak duygusal stres faktörleri ile karşı karşıya kalmaları, aşırı iş yükü, yaşadıkları ahlaki ikilemler, hastalarının ve ailelerinin ihtiyaçlarına yönelik olarak sunulacak sağlık bakımının içeriğine yönelik belirsizlikler ve çalışma saatleri boyunca kendi fiziksel ve zihinsel sağlıklarının sürdürülmesi konusunda yaşadıkları sorunlar nedeniyle hem fiziksel hem de mental sağlık problemleri yaşama riskleri bulunduğu bildirilmektedir (14, 15). Shanafelt, Ripp ve Trockel (14) tarafından yayınlanan nitel bir çalışmada, sağlık profesyonellerinde meydana gelen sorunların ve kaynaklarının öğrenilmesinin, çalışanların kaygı ve korku odaklarının belirlenmesi ve stres kaynaklarının saptanması açısından oldukça önemli olduğu belirtilmiştir. Bu amaçla sağlık profesyonelleriyle gerçekleştirdikleri dinleme oturumları sonucunda 8 temel kaygı odağı saptanmıştır. Bunlar (14);

- Uygun kişisel koruyucu ekipmana erişim,
- COVID-19'a yakalanmak ve ailelerine bulaştırma riski korkusu,

- COVID-19 bulaşma durumunda semptomları erken fark edememe ve çalışma arkadaşlarına yayma korkusu,
- Bulaş durumunda kurumunun kişisel ve aile gereksinimlerini destekleyeceğine dair belirsizliğe bağlı korku,
- Artan çalışma saatleri ve çocuğunun bakımında meydana gelen aksamalara bağlı korku,
- Artan istekler ve çalışma yoğunluğu sebebiyle aile ihtiyaçlarına karşılık verememe,
- Başka bir klinik, ünite ya da bölgede görevlendirilme korkusu,
- COVID-19'a yönelik güncel bilgi ve iletişime erişim eksikliğine yönelik korku olarak bildirilmiştir.

Literatürde hemşirelerin çalışma süresi boyunca yaşadıkları stres ve korku sebebiyle kendilerini baskı altında, pandemi yönetimine yönelik sürekli değişmekte olan kanıtlar ve yöntemler nedeniyle ise bunalmış hissettikleri belirtilmektedir (13, 16). Günümüzde dünyadaki hemen hemen bütün ülkelerin gündeminde olan, klinik ve epidemiyolojik özelliklerinin saptanmasına yönelik araştırmaların hızla devam ettiği COVID-

19'a karşı en riskli gruplardan biri olan hemşirelerin endişe ve korkularını azaltacak yönetim anlayışlarının geliştirilmesi, mesleki memnuniyet ve performanslarının artırılmasına yönelik olarak; online eğitim programlarının düzenlenmesi, finansal destek ve ödüllendirmelerin yapılması, kanıt temelli uygulamalar ile sağlık ekibin desteklenmesi ve güncel gelişmeler konusunda bilgilendirilmelerinin oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında, COVID-19 ve benzeri pandemi ve felaketlerde sürecin doğru yönetimine ilişkin olarak hemşirelere verilen eğitimlerin, hemşirelerin bilgi ve becerilerini geliştirdiğini, korku ve endişelerini ise azalttığı belirtilmektedir (17-19).

COVID-19 TEDAVİSİNE YÖNELİK FARMAKOLOJİK YÖNTEMLER VE TEMEL HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Literatürde COVID-19 tedavisi için kullanılan birçok farmakolojik yaklaşım olduğu ve her geçen gün de bu yaklaşımlara yenilerinin eklendiği bildirilmektedir (20). Hastalığın tedavisinde ilk olarak kullanılan yöntemler daha önceki zaman dilimlerinde de insan sağlığını tehdit eden koronavirüs ailesinin diğer üyeleri olan SARS

(Severe Acute Respiratory Syndrome) ve MERS (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus) enfeksiyonlarında kullanılan farmakolojik ajanlar olmuştur. Hastalığa yönelik etkisi kanıtlanmış ve tavsiye edilen spesifik bir tedavisi olmamakla birlikte kliniklerde semptom şiddetini azaltmak ve hastaların genel sağlık durumlarının korumak için sıklıkla antiviral tedavi, sıvı tedavisi, klorokin, hidroksiklorokin, kortikosteroidler, oksijen tedavisi, anti-sitokin tedavisi, koagülopati ve immunoterapi tedavisi yöntemleri kullanılmaktadır. (20, 21). Antiviral tedavide sıklıkla lopinavir-ritonavir, favipiravir, remdesivir, ribavirin kullanılmaktadır (20, 22). Genel olarak etkileri SARS-CoV-2 virüsüne karşı RNA polimeraz etkinliğini inhibe ederek virüsün genetik materyalinin çoğalmasını engellemektir. Tedavide etkin oldukları düşünülen bu antiviral ajanlara yönelik araştırmalarda, hastalarda gastrointestinal (bulantı, kusma, diyare), aritmiler, nötropeni, hepatotoksisiteler anafilaksi gibi istenmeyen durumların meydana gelebileceği bildirilmektedir (20, 22, 23). COVID-19 tedavisine ilişkin en sık kullanılan bir diğer farmakolojik yaklaşım ise klorokin ve hidroksiklorokindir. Koronavirüslere

karşı etkili olduğu ve tedavisinde kullanılabileceği 2006 yılında gösterilmiş olan hidrosiklorokin türevi bileşikler içeren ilaçlar, viral geçişi inhibe ederek viral klirensi arttırmakta ve hastalığın prognozunda düzelmeler görülmektedir (24, 25). Ancak bu olumlu etkilerinin dışında önerilen dozlar dışında kullanıldığında klorokin ve hidrosiklorokinlerin nadir ama hayatı ciddi düzeyde tehdit edebilecek uzamış QT aralığı, hipoglisemi, nöropsikiyatrik etkiler ve retinopati gibi birçok komplikasyona da sebep olacağı bildirilmektedir (22). Tedavi sürecine katkı sağlamak ve semptomları hafifletmek amacıyla kullanılan diğer yardımcı tedaviler ise kortikosteroidler, anti-sitokinler, immunoglobulinler olarak bildirilmektedir. Özellikle ARDS (Akut Rezidüel Distres Sendromu) olan ve mekanik olarak ventilasyon cihazına bağlı hastalar için önerilen kortikosteroidler diğer hasta grupları için önerilmemektedir. Hepatotoksisite, bakteriyel pnömoni, sepsis ve viral klirensi geciktirme gibi birçok komplikasyonun sebebi olabilmektedirler (22, 26). Tedavi yaklaşımlarının belirlenmesi

amacıyla gerçekleştirilen, çalışmalarda genel olarak kontrol gruplarının olmaması, kullanılan ilaç etkenlerinin klinik etkisinin tam anlamıyla ortaya çıkarılamamasına sebep olmaktadır (22).

Bu nedenle kullanılan farmakolojik yaklaşımların hastalar üzerindeki etkilerinin belirlenmesi, istenmeyen etkilerin kontrol altına alınması ve hastaların bu süreçte etkili semptom yönetimi ve bakım hizmetini alması hemşireler ile mümkün olacaktır. Klinikte ve yoğun bakımlarda COVID-19'a yönelik olarak hastaların durumlarına göre belirlenen tedavi protokolleri konusunda yeterli bilgiye sahip olmak, alanda hemşireler açısından oldukça önemlidir. Hastalara bütüncül bir hemşirelik hizmeti sağlamaya yönelik olarak hastayla ilk karşılaşmadan itibaren kapsamlı bir değerlendirmenin gerçekleştirilmesi, deri ve cilt bütünlüğünün kontrolü, solunum sisteminin sürekliliğini gösteren parametrelerinin takibi, temel yaşam fonksiyonlarının sürdürülmesi, kalp atım hızı, vücut sıcaklığı ve kan basıncının takibi ve ikincil bir enfeksiyon riskine sebep olabilecek faktörlerin kontrol altına alınması, ilaçların yan etkilerine bağlı olarak görülebilecek kardiyolojik,

gastrointestinal ve sekonder risklerin kontrol altına alınması gerekmektedir (27, 28). Özellikle ilerlemiş yaşın ve komorbitenin mortaliteyi arttırdığı düşünüldüğünde tedavi süresince hemşirelerin istenmeyen etki, riskler ve hastanın bakım ihtiyaçlarına yönelik olarak topladığı ve gözlemlendiği verileri sunacağı bakım hizmetinde yer vermesi ve kayıt altına almasının; COVID-19 tedavisi sürecine ve bakımın kalitesine ciddi oranda katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

ULUSLARARASI HEMŞİRELİK KONSEYİNİN COVID-19 PANDEMİSİ YÖNETİMİNE İLİŞKİN ÖNERİLERİ VE ANALİZİ

Ülkemizin de üyeliğinin bulunduğu Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) tarafından 13 Mayıs tarihinde yayımlanan bir raporda, sağlık profesyonellerinin COVID-19 ile mücadeleleri boyunca sürecin yönetimine katkı sağlamak, bilgi durumlarını güncel tutmak, rehberlik etmek, korumak ve olası riskleri kontrol altına almak amacıyla paylaşımlar ve tavsiyeler de bulunmaktadır (29). Bu rapora göre;

Hemşireler ve Diğer Sağlık Çalışanları için Yeterli Miktarda Kaliteli ve Uygun Kişisel Koruyucu Ekipman Sağlanmalıdır.

Kişisel koruyucu ekipmanlar COVID-19 ile mücadele de en önemli ihtiyaçların başında gelmektedir. Yönetici ya da eğitim hemşirelerin koruyucu ekipman kullanımı konusunda yayınlanmış kanıt temelli rehberleri kullanarak kliniklerde, gerekli olmayan durumlarda ekipman kullanımını sınırlamalı, kişisel koruyucu ekipmanların nasıl kullanılacağını belirterek kendi kendine bulaş riskini azaltmalı, ekipmanların doğru şekilde muhafaza edilmesini sağlamalı ve ekipmanların tedarik sürecini yöneterek ortaya çıkan tutarsızlık ve karışıklıkları önlemelidir. Hemşirelerin bu konudaki etkin yönetimi güvensizlik yaratan bilgi kaynaklarının ortadan kalkmasını sağlayacaktır (30-32).

Hemşirelerin ve Diğer Sağlık Çalışanlarının COVID-19'a Yönelik Olarak Düzenlenen Enfeksiyonu Önlemeyi ve Kontrolünü Amaçlayan Tüm Eğitimlere Erişimi Sağlanmalıdır.

Literatürde yer alan son gelişmeler, bilgilendirmeler, rehber ve prosedürlere tüm sağlık profesyonelleri erişim sağlayabilmelidir.

Hemşirelerin kanıta dayalı bilgileri topluma yayma ve klinikte kullanmalarının insan hayatı üzerindeki etkisi oldukça önemlidir. bu bilgi erişimleri sayesinde bütün sağlık profesyonellerinin etkili bir biçimde en güncel bilgiye ulaşımı sağlanabilir (32).

Hemşirelerin ve Diğer Sağlık Çalışanlarının Sağlık Durumunun Sürdürülmesi, Takibi ve Hemşirelerin İyilik Hallerinin Korunması Sağlanmalıdır.

Hemşirelerin üzerindeki fiziksel ve psikolojik sorumlulukların yükünün azaltılmasına yönelik politikaların geliştirilmesi, risk grubunda yer alan hemşirelerin COVID-19'a yönünden daha az riskli bölgelere kaydırılması, tanı almış personel için rehabilitasyon süreçlerinin hemen uygulanmaya başlayarak personel ile temas eden bütün bireylerin COVID-19 testine tabi tutulması oldukça önemlidir. Böylece olası vakaların tespit edilmesi sağlanarak yayılım riski azaltılabilir. Hemşirelerin çalışma saatlerinin yoğunluğu, bulaş riskine karşı yaşadıkları korku, aile üyelerine duydukları özlem, tükenmişlik hissi ilerleyen süreçlerde kriz ortamları yaratabilmektedir. Bu nedenle hemşirelere psikolojik danışmanlık hizmetlerinin ve finansal

destek mekanizmalarının kullanılması, iyilik hallerinin devamına yönelik stratejiler olarak ifade edilebilir (29, 32).

COVID-19 Pandemisinin Yönetimi Sürecinde Yeni İşe Başlayan Hemşirelerin Etkili Olarak Yönetimi ve Uzman Hemşire Yetersizliği Nedeniyle Yapılan Görevlendirmelerde Hemşirelerin Desteklenmesine Yönelik Stratejiler Belirlenmelidir.

Ülkemizde ve diğer ülkelerde de pandeminin sağlıklı yürütülmesi açısından devlet ve birçok kurum yeni mezun olmuş hemşireleri ekibine dâhil etmiştir. Hemşirelerin sayıca artması ve sürecin doğru yönetilmesi mesleğin gelişimi açısından önemli stratejik bir güçtür. Bu nedenle hem yeni işe başlayan hemşirelerin yetkinliklerini arttırarak hemşirelik iş gücüne etkili olarak katılımlarını sağlamak hem de uzman hemşire sıkıntısı çekilen pozisyonlarda yapılan görevlendirmelerde çalışan hemşirelerin gelişimlerini destekleyerek, bakım kalitesini arttırmak amacıyla dijital-sağlık, sanal bakım gibi gelişmelerin paylaşılıp desteklenmesi, mentörlük ve eğitim ihtiyaçlarının karşılanması oldukça önemlidir (29, 32).

Hemşirelerin Değerinin Toplum Düzeyinde Tanınması, Toplum Sağlığının Sürdürülmesinde ve Geliştirilmesinde Hemşirelerin Liderliğinden Faydalanılması ve Aktif Katılımlarının Sağlanmasına Yönelik Planlamalar Yapılmalıdır.

Hemşirelerin pandemi sürecindeki rol ve performanslarının tüm dünya tarafından kabul edilmesi ile, sağlık politikalarının geliştirilmesi ve yönetilmesi konusunda hemşire liderlerin sürece dâhil edilmesinin önemi ortaya çıkmıştır. Bu nedenle devletlerin üst düzey yetkililerinin sağlık politikalarına yönelik girişimler konusunda hemşireler ile iletişimde olmaları, görüş almalarıyla aktif katılımlarını desteklemeleri hem toplum sağlığının sürdürülmesine hem de gelecek pandemi risklerinin holistik hizmet çerçevesinde kontrol altına alınmasını sağlayacaktır (8, 29, 33).

Ülkemizde de hemşirelerin COVID-19 pandemisi süreci boyunca deneyimledikleri zorluklar ve ilettikleri talep ve görüşler doğrultusunda Türk Hemşireler Derneği de 27 Nisan 2020 tarihinde ‘COVID- 19 Mevcut Durum Analizi Raporu’ başlıklı bir rapor yayınlamış ve hemşirelerin bu süreçte desteklenmesi çağrısında bulunmuştur (34).

SONUÇ

COVID-19 pandemisi ile, toplum sağlığını koruma ve hastalık durumlarında ortaya çıkan tedavi protokolleri ve yönetimi, bu süreçte etkin olarak rol alan hemşirelerin de en önemli sorumlulukları arasında yer almaktadır. Tedavilerin klinikte hemşireler tarafından uygulanması, etkilerinin takibi, kayıt altına alınması ve bakım süreci hemşirelerin temel sorumluluklarıdır. Ayrıca tanı alan hastanın taburculuk sonrası izolasyon süreci, uyumu ve ailesinin korunması hususunda hemşirelerin hastanın durumuna ve ihtiyaçlarına yönelik olarak doğru bir taburculuk planı oluşturması toplum sağlığının korunması açısından da oldukça önemlidir. Konu ile ilgili literatürün sürekli olarak değişiklik göstermesi ve hemşirelerin gelişmelere yönelik olarak sürekli bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Bu kapsamda hemşirelik kuruluşları tarafından yayımlanan bildiriler, hizmet içi eğitimler ve yöneticiler tarafından sunulan ödüllendirmeler ile hemşirelerin hem COVID-19 pandemisine yönelik düşüncelerinin iyileştirilmesi hem de sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin arttırılabileceği düşünülmektedir. Konu ile ilgili gerçekleştirilecek diğer çalışmaların ışığında hem sağlık

çalışanlarının uygulanan tedavi protokolleri konusundaki sağlıklı bilgiye ulaşımı sağlanabilirken hem de pandeminin toplumsal alanda daha etkin olarak yönetilebileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. He F, Deng Y, Li W. Coronavirus disease 2019: What we know? *J Med Virol.* 2020; 92(7): 719725.
2. World Health Organization [Internet]. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19, 2020. [cited 11 Mar 2020]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
3. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Health.* 2020; 25(3): 278-80.
4. Landi F, Barillaro C, Bellieni A, Brandi V, Carfi A, D'Angelo M, et al. The New Challenge of Geriatrics: Saving Frail Older People from the SARS-COV-2 Pandemic Infection. *J Nutr Health Aging.* 2020; 24(5): 466-70.
5. Guo Y-R, Cao Q-D, Hong Z-S, Tan Y-Y, Chen S-D, Jin H-J, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak—an update on the status. *Military Medical Research.* 2020; 7(1): 1-10.
6. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun.* 2020; 109: 102433.
7. World Health Organization [Internet]. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: interim guidance. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim guidance; 2020 [cited 13 Mar 2020]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330893>
8. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet.* 2020; 315: 1225-5.
9. Sağlık Bakanlığı [Internet]. Yeni Koronavirüs Hastalığı, 2020 [cited 13 Mar 2020]. Available from: <https://covid19.saglik.gov.tr/>
10. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *Lancet Psychiatry.* 2020; 7(3): e14.
11. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open.* 2020; 3(3): e203976-e.
12. Jackson D, Bradbury-Jones C, Baptiste D, Gelling L, Morin K, Neville S, et al. Life in the pandemic: some reflections on nursing in the context of COVID-19. *Journal of Clinical Nursing.* 2020; 12: 1-3.
13. Houghton C, Meskell P, Delaney H, Smalle M, Glenton C, Booth A, et al. Barriers and facilitators to healthcare workers' adherence with infection prevention and control (IPC) guidelines for respiratory infectious diseases: a rapid qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2020; 4(4):CD013582.
14. Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 pandemic. *JAMA.* 2020; 323(21): 2133-4.
15. Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ.* 2020; 368: m1211.
16. Mo Y, Deng L, Zhang L, Lang Q, Liao C, Wang N, et al. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of nursing management.* 2020; 28(5): 1002-9.
17. Li Z, Cheng J, Zhou T, Wang S, Huang S, Wang H. Evaluating a Nurse Training Program in the Emergency Surgery Department Based on the

- Kirkpatrick's Model and Clinical Demand During the COVID-19 Pandemic. *Telemed J E Health.* 2020; 26(8): 985-91.
18. Labrague LJ, De los Santos J. Fear of Covid-19, psychological distress, work satisfaction and turnover intention among frontline nurses. *Journal of Nursing Management.* 2020; 00: 1-9.
19. Labrague L, Hammad K, Gloe D, McEnroe-Petite D, Fronda D, Obeidat A, et al. Disaster preparedness among nurses: a systematic review of literature. *International nursing review.* 2018; 65(1): 41-53.
20. Sanders JM, Monogue ML, Jodlowski TZ, Cutrell JB. Pharmacologic Treatments for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): A Review. *JAMA.* 2020; 323(18): 1824-36.
21. Cascella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19). *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.*
22. Kalil AC. Treating COVID-19—off-label drug use, compassionate use, and randomized clinical trials during pandemics. *JAMA.* 2020; 323(19): 1897-8.
23. Cao B, Wang Y, Wen D, Liu W, Wang J, Fan G, et al. A trial of lopinavir-ritonavir in adults hospitalized with severe Covid-19. *N Engl J Med.* 2020 7; 382(19): 1787-99.
24. Biot C, Daher W, Chavain N, Fandeur T, Khalife J, Dive D, et al. Design and synthesis of hydroxyferroquine derivatives with antimalarial and antiviral activities. *J Med Chem.* 2006; 49(9): 2845-9.
25. Gao J, Tian Z, yang X. breakthrough: chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. *Biosci Trends.* 2020; 14(1): 72-3.
26. Russell CD, Millar JE, Baillie JK. Clinical evidence does not support corticosteroid treatment for 2019-nCoV lung injury. *The Lancet.* 2020; 395(10223): 473-5.
27. Choi KR, Skrine Jeffers K, Cynthia Logsdon M. Nursing and the novel coronavirus: Risks and responsibilities in a global outbreak. *J Adv Nurs.* 2020 Jul;76(7):1486-7.
28. Baykara ZG, Eyüpoğlu G. COVID-19 Pandemisinde hemşirelik bakımı. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2020; 9-17.
29. International Council of Nurses [Internet]. ICN COVID-19 Top Priorities [cited Apr 2020]. Available from: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN%20briefing_COVID19_Top_priorities_ENG.pdf
30. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages: interim guidance, 6 April 2020. *World Health Organization; 2020.*
31. Lancet T. COVID-19: protecting health-care workers. *Lancet (London, England).* 2020; 395(10228): 922.
32. Schwerdtle PN, Connell CJ, Lee S, Plummer V, Russo PL, Endacott R, et al. Nurse Expertise: A Critical Resource in the COVID-19 Pandemic Response. *Annals of Global Health.* 2020; 86(1): 49.
33. World Health Organization [Internet]. Nurses and midwives critical for infection prevention and control [cited 30 Apr 2020]. Available from: <https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/CCs-and-MinReq.pdf>
34. Türk Hemşireler Derneği [Internet]. COVID-19 Mevcut Durum Analizi Raporu -Türk Hemşireler Derneği [cited 10 Nov 2020]. Available from: <http://www.thder.org.tr/uploads/files/EK-SB-Hemşirelerin-Durum-Analizi-5.Rapor.pdf>

DERLEME

Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanımının Önemi

Rahime ATAKOĞLU¹, Asiye GÜL¹, Sevda TÜREN¹, Meral MADENOĞLU KIVANÇ¹, Cennet KARA ÖZÇALIK¹

ÖZ

Hemşirelik, teorik dersler ve klinik uygulamadan oluşan bir meslektir. Hemşirelik eğitimi, öğrencilerin belirtilen rolleri üstlenmelerini sağlayabilecek düzeyde; bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenim alanlarını kapsayan bir eğitim gerektirir. Öğrencilerin; sınırlı klinik uygulama alanları, hastaların hastanelerde daha kısa süreli kalmaları ve hastane ile ilişkili sorunlar gibi nedenlerle klinikte daha az zaman geçirmeleri sonucu uygun klinik deneyimler kazanmaları her zaman mümkün değildir. Simülasyon, öğrencilere gerçekçi klinik durumları oluşturan ve güvenli bir ortamda pratik yapmalarını ve öğrenmelerini sağlayan aktif bir eğitim stratejisidir. Öğrenci böylece, bu klinik durumun gerçek uygulamada nasıl yönetileceğini güvenli bir ortamda öğrenebilir. Daha fazla uygulamaya ihtiyaç duyulduğunda ise öğrenci, simülatör üzerinde tekrarlayabilir. Simülasyon aynı zamanda öğrencilerin eleştirel düşünme becerilerini geliştirerek uygulamalarına yansıtılmalarını sağlar. Bu makalede, hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımının önemi anlatılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Eğitim; Hemşire; Simülasyon Eğitimi

Importance of Using Simulation in Nursing Training

Rahime ATAKOĞLU¹, Asiye GÜL¹, Sevda TÜREN¹, Meral MADENOĞLU KIVANÇ¹, Cennet KARA ÖZÇALIK¹

ABSTRACT

Nursing is a profession consisting of theoretical content and clinical practice. Nursing education, at the level that can enable students to undertake the mentioned roles; cognitive, affective and psychomotor learning. It is not always possible to gain appropriate clinical experience because of limited clinical practice, shorter hospital stay, and less time in the clinic due to hospital-related problems. Simulation is an active educational strategy that creates realistic clinical situations and enables students to practice and learn in a safe environment. Thus, the student can learn in a safe environment how to manage this clinical situation in actual practice. If more applications are needed, the student can repeat on the simulator. Simulation also allows students to develop their critical thinking skills and reflect on their practice. In this review, the importance of using of simulation in nursing education is explained.

Keywords: Education; Nurse; Simulation Training

¹TC. İstanbul Kültür Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Sorumlu Yazar: Rahime Atakoğlu

E-posta adresi: r.atakoglu@iku.edu.tr

Gönderi Tarihi: 15.06.2020

ORCID No: 0000-0002-5157-1810

Kabul Tarihi: 10.10.2020

GİRİŞ

Bilim ve teknolojideki gelişmelerle birlikte güncellenen bilgi, sağlıkla ilgili tüm disiplinlerde olduğu gibi hemşirelikte de etkisini göstermiştir (1). Hemşireliğin, teorik bilginin pratik beceriye yansıtıldığı uygulamalı bir meslek olması, hemşirelik eğitiminde öğrencilerin belirtilen rolleri üstlenmelerini sağlayabilecek düzeyde; bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenim alanlarını kapsayacak nitelikte olmasını gerektirmiştir (2). Günümüzde klinik alanlarda yoğunluğun artması uygulama alanlarının kullanımını kısıtlamaktadır. Ülkemizde öğretim elamanı kadrosundaki azlık son yıllarda öğrenci sayısının artmasıyla birlikte, öğrencilerin klinikte yeterli değerlendirilememesine, etkin öğrenememesine ve bu da öğrencilerin bilgi/beceri konusunda kendilerini yetersiz hissetmelerine sebep olmuştur (1,3). Buna bağlı olarak hastaya zarar verme korkusu, eğitimin önemli bir bileşeni olan hastaların öğrenci tarafından kendilerine dokunulmasını istememesi, klinikuygulama alanında öğrenci ve diğer disiplinler arasında yaşanan iletişim bozuklukları öğrencilerin anksiyete yaşamasına sebep olmakta, yaşanan

anksiyete öğrencilerin bilgi ve becerilerini hasta bakımında kullanmalarını engellemektedir (1,3). Tüm bu sorunlara rağmen mezun olan hemşirelerden karşılaştığı tüm güçlükler karşısında güvenli ve yetkin bakım istenmektedir. Dolayısıyla müfredatının üçte ikisini beceri eğitimi oluşturan hemşirelik eğitiminde öğrencilerin optimum yeterlilikte bakım verebileceğinden emin olabilmek için en yenilikçi uygulamalarla donatılmış beceri laboratuvarlarının kullanımı oldukça önem kazanmıştır (1,3). Bu uygulama yöntemlerinden biri de öğrenme sürecinde interaktif katılıma olanak sağlayan ve öğrencilerin hasta bakım yönetiminde yeterlilik ve yetkinlik kazanmasını sağlayan simülasyon temelli hemşirelik eğitimidir (4).

Simülasyon, öğrencilere gerçekçi klinik uygulama ortamında yaşanan durumları canlandırma yöntemiyle öğretim olanağı sunar. Dolayısıyla öğrenciler bilişsel, psikomotor ve duyuşsal becerilerini gerçeğine yakın ve güvenli bir ortamda geliştirebilirler (1,4). Simülasyon temelli eğitim, her öğrenciye etkin öğrenme ilkeleri doğrultusunda eşit ve farklı uygulama yöntemleriyle öğrenme

fırsatı sunmaktadır. Son yıllarda da mezuniyet öncesi ve sonrası hemşirelik eğitimlerinde teknik ve teknik olmayan birçok becerinin geliştirilmesinde etkin ve güvenilir bir yöntem haline gelmiştir (1,3).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yayınlamış olduğu profesyonel hemşire ve ebeler için eğitimdeki küresel standartlarda, öğrenme ve öğretme için hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımını önermektedir (5). Amerikan Hemşirelik Kolejlere Derneği (American Association of Colleges of Nursing-AACN), Amerika Birleşik Devleti (ABD) Hemşirelik Eyalet Kurulları Ulusal Konseyi (National Council of State Boards of Nursing-NCSBN) ve ABD Ulusal Hemşirelik Birliği (National League for Nursing-NLN) öğrencilerin yeterli ve yetkin bilgi/beceri kazanmasını sağlamak ve karmaşık olan klinik alana hazırlamak için simülasyon ve diğer bilişim teknolojilerinin kullanılmasının yararlı olduğunu bildirmektedir (2,6,7).

Bu derlemede; sağlık alanında simülasyon kullanımının önemi, kullanılan simülasyon çeşitleri ve hemşirelik eğitimindeki yeri anlatılmıştır.

Simülasyonun Tanımı

Benzetim olarak da isimlendirilmenin yanı sıra gerçek görev, ilişki, ekipman, davranış ya da bazı bilişsel aktivitelerin taklit edilmesi olarak tanımlanan simülasyon, yeterli ve yetkin bir öğrenim sağlamak için öğrencilerin güvenli bir çevrede becerilerini kullanmasına fırsat veren gerçekçi ve yenilikçi bir eğitim tekniği/aracıdır (1,8,9). Başka bir deyişle simülasyon; gerçek yaşam olaylarının gerçeğe yakın koşullarda ve modelde taklit edilme olanağı sağlayan bir yöntemdir (8). Gaba simülasyonu gerçek dünyanın özelliklerini yansıtan bir ortamda tamamen interaktif bir şekilde rehberler eşliğinde gerçek deneyimleri değiştiren ve geliştiren bir teknik olarak tanımlanmaktadır (10). Jeffries'e göre simülasyon; öğrencilerin hastanın klinik durumuna uygun bakımını manken, aktör veya standardize hasta üzerinde gerçekleştirmesidir (11).

Simülasyon Kullanımının Sağlık Alanındaki Tarihsel Gelişimi

Simülasyonun 5000 yıllık bir geçmişi olmasına rağmen eğitimde kullanımı son 40 yılda hız kazanmıştır. Antik Çağ'da hastalıkların etiolojisini ve bireylere etkisini göstermek için kil ve taşa hastaların görselleri çizilmiş, bazı toplumlarda erkek hekimlerin kadın hastaları

muayene etmesi yasak olduğu için çeşitli simülatörler kullanılmıştır. Paris'te 18. yüzyılda bir baba ve oğlu tarafından, ilerleyen zamanlarda doğum uzmanlarının doğum esnasında anne-bebek ölümlerini azaltacak etkin doğum tekniklerini öğrenmelerini kolaylaştıran doğum maketi geliştirilmiştir. Bu maketler geliştirilmesinde insan pelvisinden ve ölen bir bebekten yararlanılmıştır. Orta çağdan modern çağa kadar cerrahi alanda beceri geliştirmede hayvanların kullanıldığı birçok kaynakta yer almaktadır (1).

Hemşirelik alanında gerçek boyutlarda geliştirilen ilk maket (Bayan Chase) 1911 yılında Hartford Hastanesi'nde Martha Jenkins Chase tarafından hemşireleri hastalara pozisyon verme, giydirme ve transport konusunda eğitmek için yaptırılmıştır. 1914 yılında Arabella isimli ileri bir sürüm geliştirilmiş ve enjeksiyon uygulamasında kullanılmıştır. Amerika Birleşik Devletleri ordusu 1940 yıllarında sağlıkçı askerlere hasta bakım tekniklerini öğretebilmek için söz konusu mankenin erkek versiyonunu talep etmiştir (1).

Avusturyalı anestezi uzmanı Peter Savar'ın çalışmalarından etkilenen oyuncak yapımcısı Ausmund Laerdal, 1930'ların başında ağızdan

ağıza suni solunumu öğretmek için gerçekçi bir simülatör tasarlamıştır. Leardal, intihar eden bir kız çocuğu olan Resusci-Anne'nin ismini verdiği mankenin göğüs duvarına Safar'ın tavsiyesi üzerine bir iç yay yerleştirmiş ve böylelikle 20. yüzyılda kullanılan kardiyopulmoner resüsitasyon (Cardio Pulmonary Resuscitation-CPR) mankeni meydana gelmiştir. Amerikalı hekim Michael Gordon tarafından 1968 yılında tanıtılan Harvey isimli kardiyoloji hasta simülatörü kalp fizyolojisine ait birçok parametreyi (kan basıncı, solunum, kalp sesi vb.) taklit etme özelliği nedeniyle zamanla tıp fakülteleri ve acil servislerde eğitim aracı olarak kullanılmıştır. Modern çağın temel tıbbi simülasyonları ünvanını taşıyan bu iki simülatörden sonra teknolojinin gelişmesi ve kullanılmasıyla eğitimde kullanılmak üzere birçok simülatör daha geliştirilmiştir (1).

1964 yılında Howard Barrows öğrencilerin eğitiminde hasta semptomlarını canlandıran aktörler kullanarak hastanın klinik durumunu taklit etmesini sağlayan sağlıklı kişilerin eğitildiği standardize hasta eğitim yönteminin doğmasına sebep olmuştur. Teknolojinin gelişmesine bağlı olarak fizyolojik tepkileri taklit eden ve geri

bildirim sağlayan yazılımlar ve bilgisayarlı sistemler üretilmiş ve ilk kez 1990'lı yıllarda sağlık alanında yüksek gerçeklikli simülasyonlar kullanılmaya başlanmıştır (1).

Simülasyon Tipleri

1. Düşük ve orta düzey teknolojik özelliklere sahip manken veya maketler (kısmi görev simülasyonları/part task trainers) ile simülasyon

Düşük teknolojik özelliklere sahip mankenler veya maketler insan anatomisinin bazı bölgelerini temsil eder ve temel psikomotor becerilerin öğrenilmesinde kullanılır. İntravenöz katater takmayı öğretmek için kullanılan kol maketi, intramusküler enjeksiyon yapmayı öğretmek için kullanılan gluteus maksimus ve gluteus medius kaslarını içeren kalça maketi bunlara örnektir ve maliyeti diğerlerine göre düşüktür (1,8,12). Orta düzey teknolojik özelliklere sahip manken ya da maketler ise bazı fizyolojik tepkilerin (örneğin; kalp sesi gibi) tespit edilmesinde katılımcının becerilerini geliştirmeye yönelik araçlardır ve bilgisayara entegre edilerek kullanılabilirler (1).

2. Bilgisayar ve internet tabanlı simülasyonlar

İnsan fizyolojisini, belirli görevleri veya ortamları çeşitli yönleriyle modellemek için tasarlanan bu

tarz simülasyonlar, öğrenenin klinik karar verebilmesine, uygulama boyunca ve sonrasında geri bildirim alabilmesine olanak sunmaktadır. Bilgisayar destekli öğretim programları ve web temelli programlar bunlara örnektir ve gerçekliği yüksek simülasyonlara göre daha ucuzdur. Bireysel ya da gruplar halinde kullanılabilen bu simülasyonlar öğrenene istediği yer ve zamanda ulaşabilmesi ve sınırsız tekrar yapabilme imkânı sunmaktadır. Ayrıca kullanımının basit olması, öğrenene ve eğitime daha az stres yaratması, öğrenene kendi hızında çalışma ve güven ortamında, zarar vermeden, öğrenme deneyimi sunması nedenleriyle tercih edilmektedir (1,3,8). Kardiyak yaşam desteği, kalp ya da akciğerlerin fizik muayenesi gibi beceriler bu programların kullanıldığı alanlara örnek verilebilmektedir (13).

3. Sanal gerçeklik ve haptik sistemler

Kompleks fonksiyonların öğrenilmesinde kullanılan bu simülasyonlar video oyun teknolojilerinden esinlenerek geliştirilmiştir. Sanal ortamda yapılan girişimlerin simülasyon programı tarafından dokunmaya (haptic) yanıt olarak mekanik etkiyi ve fizyolojik tepkiyi canlandıran elektronik sistemlerdir. Haptik sistemler öğrencinin karmaşık ve çoklu vaka senaryolarının

uygulanmasını sağlayan bilgisayar temelli eğitim teknolojilerinin en yüksek seviyesidir. Bu yöntem öğrenci becerilerinin objektif değerlendirilmesini olanak sağlamanın yanı sıra eğiticinin gözlemleyemediği durumlarda etkin öğrenme fırsatı oluşturur. Örneğin pelvik muayene yapan öğrencinin doğru ya da yanlış yaptığının eğitici tarafından saptanmasında yaşanan güçlük, haptik sistem teknolojisinde pelvik modelin içine yerleştirilen sensör ile ortadan kaldırılmıştır. Öğrencinin pelvik muayene yaparken oluşturduğu dokunma basıncı sensör ile alınarak bu beceri hakkında geri bildirim sağlamaktadır. Laparoskopi gibi cerrahi teknikler, intravenöz katater yerleştirme, santral venöz katater yerleştirme ve bronkoskopi gibi beceriler de sanal gerçeklik ve haptik sistemlerle yapılan becerilere örnek olarak verilmektedir. Bu tekniğin tekrar kullanılabilir olması avantajı, diğerlerine göre pahalı olması da dezavantajdır (1,12,14).

4. Standardize/simüle hasta

Vaka senaryolarında yer alan hasta rolünün gerçekçi bir şekilde canlandırılmasının/taklit edilmesinin sağlıklı gönüllülere ya da aktörlere öğretilmesi ile yapılan yöntemdir. Öğrencilerden

standardize /simüle hasta ve yakını ile etkileşime geçerken hasta (sağlık hikayesi alma, fiziksel değerlendirme gibi), süreç (ekip çalışması, iletişim gibi) ve ortam merkezli (liderlik gibi) becerilerini sergilemeleri beklenmektedir. Bazı literatürlerde simüle hasta ve standardize hasta eş anlamlı gibi kullanılsa da kavramsal olarak bazı farklılıklar mevcuttur. Standardize hasta belirli bir hastalık hikayesini gerçekçi bir şekilde canlandırmak ve öğrenci performansını değerlendirmek üzere eğitim almış bir kişidir. Standardize hasta daha kapsamlı olup eğitim alan kişi simüle hasta, sağlıklı bir birey ya da gerçek bir hasta olabilmektedir. Simüle hasta ise belirli bir senaryo ve eğitim hedeflerine göre eğitim almış aktörlerdir. Standardize hasta öğrencilere klinik öncesi güvenli ve kontrollü bir ortamda kişisel iletişim becerilerini geliştirme imkanı sağlar. Bunun yanı sıra öğrencinin bilgi, beceri ve eleştirel düşünmesinin etkin bir şekilde değerlendirilmesini sağlamaktadır. Yüksek maliyetli olması ve süreç yürütülürken yaşanan zorluklar yöntemin dezavantajı olarak gösterilmektedir (1,3,13-17).

5. Yüksek gerçeklikli simülasyon

Öğrenenin girişimlerine gerçekçi fizyolojik tepkiler vermek üzere programlanmış bilgisayar destekli tam vücut manken kullanılan simülasyon türüdür. Kalp, akciğer ve bağırsak sesleri, yaşam bulguları, terleme ve elektrokardiyogram bu yöntemle değerlendirilebilen fizyolojik parametrelerdir. Sesli ve görsel kayıt imkanıyla öğrencinin teknik beceriler, ekip çalışması, önceliklendirme, iletişim ve eleştirel düşünme olmak üzere birçok becerisinde yetkinliğini değerlenmeyi sağlamaktadır. Yüksek düzeyde gerçekliği yansıtan simülatörler problemin zorluğunu arttırma, sınırsız tekrarlama, hızlı geri bildirim avantajlarını sağlamasına karşın pahalı olmaları da bir dezavantajdır (1,13-16).

Hemşirelik Eğitiminde Simülasyon Kullanım

Durumu

Hemşirelik, teorik bilginin klinik beceri ile entegrasyonunu gerektiren uygulamalı bir meslektir. Dolayısıyla hemşirelik eğitim süreci bilişsel, duyuşsal ve psikomotor öğrenme alanlarını içine alan bir eğitim sistemi gerektirir (1,2). Bu doğrultuda simülasyon uygulamaları hemşirelik eğitiminde klinik becerilerin geliştirilmesi, teori ile pratiğin entegrasyonu ve öğrencilerin olumsuz deneyimlerden kaçınması için önemli bir eğitim

stratejisi olarak kullanılmaktadır (18). Literatürde simülasyon temelli uygulamaların kullanımına ait birçok yarardan söz edilmektedir. Simülasyon temelli eğitimin öğrencilerin bilişsel ve eleştirel düşünme becerilerinin, öz yeterliliklerinin, klinik karar verme, klinik beceri geliştirilmesi, hasta güvenliği ve yönetim becerilerini geliştirmede etkili olduğu görülmektedir (9,19-24). Bu yöntem önceleri sadece bilişsel beceri eğitiminde kullanılırken günümüzde kültürlerarası bakım, yaşam sonu bakım, etik karar verme gibi duyuşsal beceri geliştirmede de kullanılmaktadır. Simülasyon klinik eğitim faaliyeti kapsamında değerlendirildiğinde öğrencilerin teorik bilgi ve becerisini güvenli ve kontrollü bir ortamda sunmasını sağlamaktadır (1).

2003 yılından bu yana, Amerika'da Ulusal Hemşireler Birliği (NLN) tarafından hem öğrencilerin karmaşık klinik çevreye hazırlandığı hem de eleştirel düşünmeye dayalı gerçek durumların deneyimlendiği öğretim ortamı oluşturulması adına simülasyon kullanımı önerilmektedir (12,25). Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nursing-ICN) hasta güvenliğinin hemşirelik bakımı uygulamalarının her aşamasında yer alarak,

bakımın kalitesinde temel oluşturduğunu belirtmektedir. ICN, hasta güvenliğinin artırılmasının, sağlık çalışanlarının eğitimi, performans geliştirme, çevre güvenliği, risk yönetimi, enfeksiyon kontrolü, ilaçların güvenli kullanımı, ekipman güvenliği, güvenli klinik uygulama, güvenli bakım ortamı gibi birçok eylemi içerdiğine inanmaktadır (26). Ülkemizde ise 2010 yılından bu yana, hemşirelik eğitiminde simülasyonun etkili bir öğrenme ve öğretim yöntemi olarak kullanımı yaygınlaşmaya devam etmektedir. Ulusal ve uluslararası bilimsel platformlarda hemşirelik alanında simülasyon kullanımına dair çalışmaların paylaşımı giderek artmaktadır. Ulusal deneyimlerimiz uluslararası yayınlarla paralellik göstermektedir (1).

Ülkemizde hemşirelik eğitiminde kullanılan simülasyon uygulamalarının, öğrencilerin bilgi ve becerilerine etkisini değerlendirmek amacıyla birçok çalışma yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalar incelendiğinde, çalışma sonuçlarının öğrencilerin bilgi ve performansları üzerine etkisinin olumlu yönde olduğu tespit edilmiştir (4,27-29).

Simülasyonun Kullanımında Yaşanan Zorluklar

Simülasyon eğitimin pek çok olumlu yanı olmasına rağmen; yüksek maliyetli bir yöntem olması, eğitimcinin yeterli eğitim ve deneyiminin olmaması, etkin simülasyon modelinin kullanılmaması gibi olumsuzluklar yaşanmaktadır (1,30). Simülasyon temelli eğitimin tamamen klinik uygulamaların yerini almaması ve sadece kliniği destekleyici olması gerektiği hakkında ortak görüşler bulunmaktadır (31,32). Vakaların gerçek olmaması, bu nedenle insan etkileşiminin tam olarak gerçeği yansıtmaması, fizyolojik bulguların yetersizliği ve öğrencilerin ciddiye almaması simülasyonu klinik deneyime göre yetersiz kılan başlıca sorunlardır (1).

Simülasyon eğitiminden yüksek oranda fayda sağlayabilmek için gerçeğe en yakın senaryolar oluşturularak eğitim verilmelidir. Bu senaryoların oluşturulması ciddi bir zaman ve mesai gerektirdiği için eğitimci açısından problem olabilmektedir (1).

SONUÇ

Sağlık bakım sisteminin önemli bir parçası olan hemşirelerin, kendilerinden beklenen kaliteli bakımı sunabilmesi için hemşirelik eğitim sürecinde mesleki bilgi ve beceri açısından yeterliğinin sağlanması önemlidir. Hemşirelik

eğitiminde öğrencilerin yetkinlik kazanabilmesi için teorik bilgilerin klinik uygulamalar ile birleştirilmesi önem taşımaktadır. Klasik eğitim sisteminde standart bir uygulama ile belirlenen öğrenme hedeflerini öğrencilerin karşılaması mümkün olmamaktadır. Simülasyona dayalı hemşirelik eğitimleri ise güvenli bir ortamda bütün öğrencilere, yetişkin öğrenme ilkelerinin etkili bir şekilde kullanıldığı, yapılandırılmış bir klinik deneyim kazanma fırsatı sunmaktadır. Hasta bakım güvenliğinin sürdürülebilir ve ulaşılabilir olması, tekrara elverişli eğitim ile klinik öncesi hazırlığa olanak sağladığı için hemşirelik eğitiminde simülasyonun önemi büyüktür. Öğrenci sayısının eğitici sayısına oranındaki artış, klinik alanların yetersizliği gibi nedenler de simülasyonun ülkemizdeki önemini arttırmaktadır.

KAYNAKLAR:

1. Karabacak Ü, Uğur E. Sağlık bilimlerinde simülasyon kavramdan uygulamaya. Nobel Tıp Kitabevleri: İstanbul, 2019. ISBN: 978-605-335-461-1.
2. Şendir M, Doğan P. Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı: Sistematik inceleme. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2015;23(1):49-56.
3. Sezer H, Orgun F. Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı ve simülasyon modeli. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2017;33(2):140-152.
4. Tüzer H, Dinç L, Elçin M. Hemşirelikte lisans eğitimi simülasyon uygulamalarında çözümleme sürecinin önemi. Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs- Sipecial Topics, 2017;3(1):23-27.
5. World Health Organization (WHO). Nursing & Midwifery human resources for health, Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. World Health Organization, Department of human resources for health, Switzerland, 2009. Erişim: 24.01.2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44100/WHO_HRH_HPN_08.6_eng.pdf?sequence=1
6. American Association of Colleges of Nursing (AACN). Faculty shortages in baccalaureate and graduate nursing programs: scope of the problem and strategies for expanding the supply. 2005. Erişim: 24.01.2020. <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/News/White-Papers/facultyshortage-2005.pdf>
7. National Council of State Boards of Nursing (NCSBN). Clinical instruction in prelicensure nursing programs. 2005. Erişim: 24.01.2020. https://www.ncsbn.org/Final_Clinical_Instr_Pre_Nsg_programs.pdf.
8. Edeer DA, Sarıkaya A. Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı ve simülasyon tipleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2015;12(2):121-125.
9. Karadağ M, Çalışkan N, İşeri Ö. Simüle hasta kullanımına ilişkin öğrenci görüşleri. Çağdaş Tıp Dergisi, 2015;5(1):36-44.
10. Gaba D.M. The future vision of simulation in healthcare. Simulation in Healthcare 2007;2,126-135.
11. Jeffries PR, Rogers KJ. Simulation in Nursing Education. In: Jeffries, P.R (ed). Simulation in nursing education: From conceptualization to evaluation. National League for Nursing, Second Edition, New York, 2012.
12. Durham CF, Alden KR. Enhancing patient safety in nursing education through patient simulation. In: Hughes RG. (editör) Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, 2007.
13. Mıdık Ö, Kartal M. Simülasyona dayalı tıp eğitimi. Marmara Medikal Journal, 2010;23(3):389-399.
14. Ziva A, Wolpe PR, Small SD, Glick, S. Simulation-Based Medical Education: An Ethical Imperative, Simulation in Healthcare 2006; 1(4):252-256.
15. Basavanthappa BT. Nursing education. Second edition, Jaypee Brothers Medical Publishers, 2009;499-503.
16. L'Her E, Geeraerts T, Desclefs JP, et al. Simulation-based teaching in critical care, anaesthesia and emergency medicine. Anaesthesia Critical Care&Pain Medicine, 2020;39(2):311-326.
17. Uslu Y, Yavuz van Giersberge M. (). Hemşirelik eğitiminde standardize hasta kullanımı. Kastamonu Education Journal, 2019;27(1): 271-280.
18. Gündoğdu H, Dikmen Y. Hemşirelik eğitiminde simülasyon: Sanal gerçeklik ve haptik sistemler. J hum Rhythm. December 2017; 3(4): 172-176.
19. Bornais AK, Janet E, Ryan E, El-Masri MM. Evaluating undergraduate nursing students' learning using standardized patients. Journal of Professional Nursing, 2012; 28(5): 291-296.
20. Butter J, McGaghie WC, Cohen ER, Kaye M, Wayne DB. Simulation-based mastery learning improves cardiac auscultation skills in medical students. Journal of General Internal Medicine, 2010; 25(8): 780-785.
21. Gürol A, Balcı Akpınar R, Ejder Apay S. Simülasyon uygulamalarının öğrencilerin beceri düzeylerine etkisi. Kocatepe Tıp Dergisi, Temmuz 2016; 17: 99-104.
22. Oh PJ, Jeon KD, Koh MS. "The effects of simulation-based learning using standardized patients in nursing students: A meta-analysis," Nurse Educ Today. 2015; 35(5): e6-e15.
23. Terzioğlu F, Kapucu S, Özdemir L, Boztope H, Duygulu S, Tuna Z, et al. Simülasyon yöntemine ilişkin hemşirelik öğrencilerinin görüşleri Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2012; 16-23.
24. Uslusoy CE. Hemşirelik eğitiminde simülasyon kullanımı: öğrencilerin görüşleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2018;9(2).
25. Sanford PG. Simulation in nursing education: A review of the research. The Qualitative Report, 2010;15(4):1006-1011.
26. International Council of Nurses (ICN). Patient safety. Erişim: 02.05.2020. <https://www.icn.ch/nursing-policy/icn-strategic-priorities/patient-safety>
27. Sarmasoglu S, Dinc L, Elcin M. The effects of using standardized patients on students' psychomotor skills development in nursing education. Nurse Educ. 2016; 41(2): 1-5.
28. Unver V, Başak T, İyigün E, Taştan S, Demiralp M, Yıldız D, Ayhan, H, et al. An evaluation of a course on the rational use of medication in nursing from the perspective of the students. Nurse Educ Today. 2013; 33(11): 1362-1368.
29. Akalın A, Şahin S. Hemşirelik Eğitiminde Simülasyonun Kullanılması: Türkiye'de Lisansüstü Tezler Üzerine Bir İnceleme. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi, 2020;17(2):139-47
30. Şahiner NC, Türkmen AS, Kuşuoğlu S. Ülkemizde çocuk hemşireliği eğitiminde simülasyon nerede? Türkiye Klinikleri J Pediatr Nurs-Special Topics 2017;3(1):39-43.
31. Bland AJ, Topping A, Wood BA. Concept analysis of simulation as a learning strategy in the education of undergraduate nursing students. Nurse Education Today, 2011;31:664-670.
32. Bultas MW. Enhancing the pediatric undergraduate nursing curriculum through simulation. Journal of Pediatric Nursing, 2011;26:224-229.

DERLEME

Yetersiz ve Dengesiz Beslenmeyle İlişkili Sağlık Sorunları, Gıda Endüstrisindeki Teknolojik Uygulamalar ve Öneriler

Filiz YANGILAR¹, Mihrican KAÇAR¹

ÖZ

Sağlıklı beslenme, yeterli ve dengeli beslenme olup hücrelerimizin düzenli çalışması için besin öğelerinin ihtiyacımız ölçüsünde alınmasıdır. İklim değişiklikleri ve mevsim koşullarına bağlı olarak azalan tarımsal üretim, yüksek ve istikrarsız fiyatlar dengeli beslenmeyi etkilemektedir. Ayrıca sanayide yaşanan büyüme, çalışan birey sayısının artışı, toplu yemek üretilen ve tüketilen alanların çoğalması ve buna bağlı olarak kontrol noktasındaki yetersizlikler de beslenme problemlerinin ortaya çıkmasında etkili olan diğer faktörlerdir. Hızla artan dünya nüfusu ile insanlığın gıda ihtiyacına yanıt vermek gittikçe zorlaşmaktadır. Bunun sonucu olarak da açlık bireysel boyutta çeşitli sağlık sorunlarına neden olurken, toplumsal boyutta ülkesel huzursuzluklara ve savaşlara neden olabilmektedir. Hızla gelişen teknolojik şartlar, gıda üretiminin daha güvenilir bir şekilde yapılmasını ve ürün kalitesinin artırılmasını sağlamak amacıyla bu alanda daha fazla araştırma yapılmasını zorunlu hale getirmektedir. Bu derlemede insanların güvenli gıdaya erişimini engelleyen nedenlerin tespiti, alınması gereken önlemler ve bu sorunun çözümü için özellikle gıda endüstrisinde meydana gelen gelişmelerin uygulanabilirliğinin önemi incelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Beslenme; Gıda endüstrisi; Sağlık

Health Problems Related to Inadequate and Unbalanced Nutrition, Technological Applications and Suggestions in the Food Industry

Filiz YANGILAR¹, Mihrican KAÇAR¹

ABSTRACT

Healthy nutrition is eating a variety of foods to maintain health and to work regularly cells which constitute the body. The balanced and adequate nutrition can be affected by the fluctuations in agricultural production depending on changes in climate and seasons, high and inconsistent prices. Furthermore, the other factors which is effective in the emergence of nutritional problems, such as increasing day by day the progress in the industry, to grow and competition in catering sector, increase in food employee population of the places where meal are consumed and the deficiencies in the control point. In addition, it is getting more and more difficult to meet nutrient need of consistently increasing world population. As a result of this hunger can cause some health problems and poverty may result in internal turmoil and social defects across countries. Rapidly developing technological conditions make it necessary to carry out continuous studies in order to ensure to increase the quality and daily amount of food production. The purpose of this review is to determine the reasons preventing the access to safe food, the precautions to be taken and the examination of following the developments in the food industry.

Keywords: Food industry; Health; Nutrition

¹Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Erzincan, Türkiye

Sorumlu Yazar: Filiz YANGILAR

E-posta adresi: f_yangilar@hotmail.com

Gönderi Tarihi: 21.06.2020

ORCID No: 0000-0001-6447-2419

Kabul Tarihi: 11.11.2020

GİRİŞ

Beslenme; sağlığın korunması, iyileştirilmesi, devamlılığının sağlanması, yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi için elzemdir (1). Vücudumuzdaki metabolik faaliyetlerin yaşam boyu devam etmesi için ihtiyaç duyulan enerjinin karşılanması beslenme konusu içerisinde yer almaktadır (2-4). Hızlı büyüme ve gelişme süreci içinde bulunan bebek ve çocuklardan ülke gelişmesinde aktif rol oluşturan insan modeline kadar yeterli ve dengeli beslenme herkesi kapsamaktadır (5,6). Bununla birlikte anne karnından başlayıp yoğun bakımda yatan hastalar ve yaşlılık da dahil olmak üzere insan yaşamının her döneminde beslenmenin önemi tartışılmazdır (6,7). Beslenme içerisinde de besin ögesi alımı ve besin gereksinimi arasında farklılık söz konusudur. Besin ögesi alımı bireyin besin tüketimini kapsarken, besin gereksinimi ise; iyilik halinin sürdürülmesi, büyüme, gelişme, gebelik, emzicilik, stres, enfeksiyonlar, kronik veya akut hastalıklar ve ateş gibi faktörlere göre tespit edilen tanıma karşılık gelmektedir (8).

Günümüzde sağlık sorunlarının çeşitlilik göstermesi, beraberinde sağlık giderlerindeki artış, gıdaların bu sorunların çözümünde hangi

boyutlarda etkili olduğu, insanoğlunun daha uzun ömür beklentileri ve bunu gerçekleştirmek için gıda ve bileşenlerine olan ilgilerini göz önüne alarak değerlendirmelerimizi yapmamız gerekir (9). Gıdaya yeterli oranda erişim ve vücudun ihtiyaç duyduğu sağlıklı ve güvenli besin kaynaklarının alımı olmak üzere iki önemli beslenme sorunu yaşanmakla birlikte bunu biraz daha geliştirdiğimizde; tarımsal üretim olarak yeterli gıda mevcudiyetinin söz konusu olduğunun fakat dağılımına bakıldığında üretimin bölgeler arasında farklılık göstermesinden dolayı hem beslenme yetersizliklerinin hem de gıda güvencesizliği sorununun ortaya çıktığı görülmektedir (10,11). Yüksek nüfuslu az gelişmiş ülkeler başta olmak üzere yüksek gelirli gelişmiş ve/veya gelişmekte olan ülkelerde de sağlıksız beslenme önemli refah ve sağlık problemi olarak karşımıza çıkmaktadır (12). Sosyal eşitsizlikleri beslenme açısından değerlendirdiğimizde; doğum öncesi dönemden başlayarak kadınların gebelik öncesi ve süresince beyin gelişimini etkileyen besin öğelerini yeterince alamamaları, çocuğun zihinsel gelişimini tamamlayamaması ve bu yetersizlik halinin etkilerinin yaşamları süresince devam etmesi şeklinde karşımıza çıktığını

görmekteyiz (11,13). Bu durumu etkileyen faktörlerden birisi olan gelirlerine göre gruplar arasındaki temel besinlerin tüketim düzeyleri Tablo 1’de verilmiştir (14).

Ülkeler arasındaki etkileşimin yanı sıra gıda sanayindeki inovasyonlar tüketicilerin gıda ile ilgili beklentilerinin yüksek olmasına neden olmuştur (9). Geçmişe baktığımızda tahıla dayalı gıda arzı şimdilerde yerini hem üretim hem de tüketim açısından daha çok meyve ve sebze bırakmıştır. Ayrıca beslenmede sürekli ortaya çıkan yeni

modeller (organik beslenme vb.) ve hazır yemek sektörü de bir trend haline gelmiştir (15). Hızla gelişen dünya standartlarına yetişebilmek için kadınların aktif iş hayatına dâhil olmaları ve sosyo-ekonomik faktörlerin etkisi biz tüketicileri hazır gıdaya yönelmeye zorlamıştır (16-20). Özellikle büyük şehirlerde, soğuk ve sıcak hazır yemek üreten birçok işletme faaliyete açılmış ve günümüzde hazır yemek sektörü genel gıda sektörü içerisinde önemli bir alt sektör olarak yerini almıştır (20-24).

Tablo 1: Gelir düzeylerine göre gruplar arasında temel besinlerin tüketim düzeyi (g/birey/gün)

Besinler	Yüksek Gelirli Gruplar	Düşük Gelirli Gruplar
Ekmek	383-396	542-607
Süt-Yoğurt	110-165	16-80
Peynir	38-42	15-27
Et, tavuk, balık	107-129	17-34
Yumurta	23-27	5-12
Sebzeler	340-443	436-410
Meyveler	234-245	336-410
Sıvı yağ	5-34	31-36
Katı yağ	20-25	30-32
Şeker-tatlı	45-54	50-55

Yaşam koşulları yeterli ve dengeli beslenmenin gelişigüzel olarak değil daha bilinçli ve bilimsel temellere dayalı olarak yapılmasını zorunlu kılmakta ve gelişen teknolojiyi üretimde daha iyi, ucuz ve kaliteli bir biçimde tüketicilere sunabilecek şekilde uygulamayı gerektirmektedir.

Yetersiz ve Dengesiz Beslenme Sonucu Gelişen Bazı Sağlık Sorunları

Hızlı büyüme döneminde olan çocuklar, yaşlılar, doğurganlık çağındaki kadınlar, düşük ücretle ağır işte çalışan işçiler, işsizler ve çoğunlukla yüksek sosyoekonomik düzeyde yer alan kesimde görülen aşırı ve hatalı beslenme kaynaklı şişmanlık ve ilintili kronik hastalığa sahip bireyler dâhil olmak üzere yetersiz ve dengesiz beslenme toplumumuzun geniş bir kitlesini etkilemektedir (14).

Sağlıklı ve üretken olarak uzun süre yaşamak besin öğelerinin her birinden günlük olarak belirlenen limitleri almak ile mümkündür. Bu öğelerin herhangi biri alınmadığında, gereğinden az ya da çok alındığında, hatalı beslenme alışkanlıkları devam ettiğinde, besinlere yanlış hazırlama ve pişirme yöntemleri uygulandığında, büyüme ve gelişme engellenir, beraberinde gelişebilecek kanser, obezite, anoreksiya nevroza ve bulimia,

diyabet ve yüksek kan kolesterolü gibi hastalıkların ortaya çıkması da kaçınılmaz olur (25). Beslenme ve etkili olduğu bu hastalıklar arasındaki ilişkiyi teker teker ele aldığımızda;

Kanser

Ülkemizde maalesef en fazla görülen hastalıklardan birisi kanser olup birçok nedeni olan bu hastalığın beslenmeyle ilişkisinin çevre koşulları dikkate alınmadığında %35, alınması halinde de %75'e varan oranlarda olduğu görüşü bildirilmektedir (26,27). Batı ülkelerinde ise kanserin %30'unun diyet ile ilişkili olduğu, örneğin meyve ve sebze tüketiminin artırılmasının üst solunum yolu ve sindirim sistemi kanserlerinin azalması ile orantılı olduğu, süt ürünlerinin kolorektal kanser üzerinde koruyucu bir etkiye sahip olduğu ve yüksek tuz tüketiminin de mide kanserinin sıklığı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (28-30). Besinlerin kanserden koruyucu özellikleri olanlardan kansere yol açanlara kadar oldukça geniş bir spektruma sahip olduğu paylaşılmış olmakla birlikte tüm kanser vakalarının yaklaşık 1/3'ü yenilen besinlerden kaynaklanmaktadır ve tüm kanser ölümlerinin 1/3'ü yine beslenme ile ilişkilidir (31,32). Ayrıca özetlemek gerekirse; sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, alkol

kullanımın engellenmesi/sınırlı tüketimi ve sigara kullanmamak kanserden korunmak için önemli kriterlerdir (33,34).

Obezite

Obezitenin son yıllardaki yükselme trendi epidemik boyutlara ulaşan, prevalansı giderek artan, önlenabilir bir sorun olmaktan çıkıp, küresel ölçekte önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (35-44). Obezitenin aynı zamanda tip II diyabet ve kardiyovasküler hastalıkların oluşumu gibi kronik sistemik enflamasyon ve metabolik değişiklikler ile ilişkili olduğu bilinmektedir (37,45-48). Büyüme hormonları üzerine vücut yağının etkisi düşünüldüğünde özellikle kanser hastalarında obezite ve fazla vücut ağırlığı risk faktörleri arasında yer almaktadır (33).

Obeziteye etki eden faktörler hem genetik hem de yaş, fizyolojik şartlar, beslenme ve yaşam tarzı gibi genetik olmayan faktörleri kapsamaktadır (49-51). Gelişmiş ülkelerde obezite sıklığının artmasında enerji içeriği zengin gıdaların özellikle yüksek yağlı ve yüksek fruktozlu yiyeceklerin tüketimi (52,53) ve fiziksel aktivitenin azalması gibi çevresel faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir (54-

56). Obeziteyi engellemek için lif, vitamin ve mineral alınımını artırıp doymamış yağ tüketimini azaltmak ve kaliteli bir diyet programı uygulamak gerekir (57).

Anoreksiya Nervosa ve Bulimia

Anoreksiya nervosa ve bulimia; sınırlı yeme, aşırı boyutlarda zayıflama ve rahatsız edici vücut şekli ile karakterize olan yeme bozukluklarıdır (58-60). Normal ağırlıktaki kadınlar arasında anoreksiya nervosa ve daha yakın tarihli tanınan bulimia gibi hastalıklar kamu sektörü ve çeşitli sağlık disiplinlerinde de ilgi odağı olmuş ve özellikle gençlik dönemlerinde fazla görülmeye başlanılmıştır (61). Normal ağırlıklı kadınlarda anoreksiya nervozanın neden olduğu hastalık ve ölüm ile ilgili önemli veriler tespit edilirken bulimia ile ilgili yeterli veriye rastlanılmamıştır (61-63). Anoreksiya nervosa semptomları arasında iştahsızlık ve ağırlık kaybı görülmekle birlikte genel tıpta çok sık görülen şikâyetler ile seyreden bir tablo gelişmektedir. Ayrıca mortalite riski nedeniyle önemli ve zaman zaman medyaya da konu olan dramatik bir psikiyatrik bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır (64). Anoreksik hastalar, bu süreçte şişmanlıktan korktuğu için yeme

ataklarından sonra kendini kusturma, laksatif ve diüretik kullanmayı tercih ederek uzun yıllar boyunca kalori alımını sınırlandırmaya çalışmıştır (64-66). Ancak çoğu anoreksik hasta zorlu bir diyet uygulayarak kaybettikleri vücut ağırlığını kolay bir şekilde geri almaktadır (67). Bulimia nervoza ise yaşam boyu görülme sıklığı nüfusun yaklaşık %1'lik bölümünü oluşturan ciddi bir psikiyatrik hastalıktır (68-71). Genellikle kadınlarda erkeklerden daha çok görülür (68,71,72). Bu hastalığın nedeni; isteği ile kusma, laksatif ilaçların yanlış kullanımı ve diüretik kullanımı ile oluşan hormonal bozukluk, aşırı hareketlilik ve uyarıcı alımı ile troid hormonlarının zarar görmesidir (70).

Yeme bozuklukları vücut şekil ve ağırlığındaki olumsuz etkileri ile tanımlanmaktayken sıklıkla sosyal bilişin farklı yönleri de eşlik etmektedir (69,73,74). Anoreksiya nervoza hastaları toplum içerisinde problem oluşturmakta ve bu problemler diğer insanların yüz ifadelerinden hastalara yansımaktadır (73,75). Bunun önüne geçebilmek için toplumun bu konuda daha fazla bilinçlendirilmesi yetkililer tarafından sağlanmalı ayrıca bu tür hastaların gerekirse ailelerinin desteği

ile psikolojik danışmanlık almaları ve sonraki beslenme süreçlerini de uzman bir diyetisyen kontrolünde beslenme alışkanlığına dönüştürmeleri gerekir.

Diyabet

Diyabet genellikle antioksidan savunma mekanizmaları ve serbest radikal dengelerinin değişmesiyle, hücrel organeller ve enzimlerin zarar görmesi, lipid peroksidasyonu ve insülin direncinin artması sonucu gelişen bir hastalıktır (76). Türkiye'de 1998'de yapılan TURDEP-I'e (Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması) göre diyabet prevalansı %7.91 iken TURDEP-II çalışmasında Türkiye'de 12 yılda diyabet sıklığının %90 arttığı ve diyabet yaşının 5 yaş daha erken başladığı bildirilmiştir (53,77). Diyabet Tip I ve Tip II olmak üzere ikiye ayrılır ve Tip I diyabet hastalığı diyabet hastalıklarının sadece %5-10'luk kısmını oluşturmakta ancak dünyada oranı artmaya devam etmektedir (78). Tip I diyabet, pankreas tarafından salgılanan insülin hormonunun yetersizliği ile açıklanan bir hastalıktır (79). Tip II diyabet daha yaygın olup (yaklaşık diyabetlilerin %90'ından fazlası) özellikle bu hastalarda göz, sinir sistemi ve

böbrekler üzerinde komplikasyonlar oluşmaktadır. Bu hastaların beklenen sonucu kalp-damar hastalıkları olup yaşam sürelerinde 7 yıllık bir kaybın olduğu paylaşılmaktadır (80).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, Avrupa'daki yetişkinlerde Tip II diyabet vakalarının %80'inden, iskemi kalp hastalıklarının %35'inden ve hipertansiyonun %55'inden aşırı kiloluluk ve obezite sorumlu olup yılda 1 milyondan fazla ölüme neden olduğu rapor edilmektedir (81,82). Hazır gıda (fast food) tüketiminin yaygın bir hale gelmesi sonucunda yüksek yağlı ve fruktozlu gıda alınımının artması göz önüne alınırsa bu beslenme tarzının sinsi bir şekilde diyabete zemin hazırladığı görülür (53).

Diyabetin tipi ne olursa olsun, hastanın eğitimi, beslenme ve fiziksel aktivite tedavinin değişmez öğelerini oluşturarak bireyselleştirilmeli ve yaşam boyunca sürekliliği sağlanmalıdır (83,84).

Kolesterol

Kolesterol sinir liflerinin korunmasının, hücre duvarı bütünlüğünün, D vitamini sentezinin, çeşitli hormonların ve sindirim salgılarının yapılabilmesi için vücutta sentezlenen yağ benzeri bir maddedir (85,86). Kolesterolünün yüksek olması (LDL) veya

düşük olması (HDL) kalp krizi, felç, damar tıkanması, böbrek yetmezliği gibi hastalıklara yakalanma riskini artırmaktadır (87). Yaşlılıkta bütün vücudun kolesterol metabolizmasında meydana gelebilecek bozukluklar yaşlanma süreci ile ilgili olsa da (88,89) diyetle vücuda alınan kolesterolün kan kolesterol düzeyi üzerine direkt etkisi olduğu bilinmektedir (86). Yüksek kan kolesterolünü düşürebilmek için tüketilen gıdaların yağca fakir ve lifçe zengin olması, uygun ölçülerde alınacak gıdaların çoklu veya tekli doymamış yağ asitlerini ve düşük oranda doymuş yağ asitlerini içermeleri gerekir (90). Bununla birlikte yumurta, sakatat ve tereyağı gibi kolesterol içeriği yüksek olan gıdaların tüketiminin kontrol altında tutulması sağlanılmalıdır (91).

Yeterli ve Dengeli Beslenme İçin Gıda Endüstrisinde Yapılan Gelişmeler

Nüfus artışı, ekonomik istikrarsızlık, gelişmişlik düzeyi ve refah seviyesi, gıda kaynaklarının tükenme korkusu fonksiyonel gıdalar gibi yeni arayışları beraberinde getirmiştir. Özellikle güncel gıda piyasasının hızlı gelişmesinden kaynaklanan gıda ile sağlık arasındaki ilişki bilimsel gelişmeler ışığında fonksiyonel gıda pazarının ortaya

çıkmasına neden olmuştur (92-94). Besinlerin tedavi amaçlı kullanımı yeni değildir. Yaklaşık 2500 yıl öncesinde Hipokrat tarafından “besinler ilacımız, ilacımız besininiz olsun” dediği bilinmektedir (95,96). Araştırmacılar tarafından uzun yıllar boyunca araştırma konusu olan ve ortaya çıkış noktası uzak doğu ülkeleri olan fonksiyonel besin kavramı oldukça önemlidir (96,97). Beslenme rehberini ilke edinen gıda bilimi ve teknolojisi bugün yeni bir temel alan oluşturma çabasıdadır. Bu alan; gıda fizikokimyası, depolama ve koruma yöntemleri, gıda hazırlama tekniklerindeki değişiklikleri, formüle edilen gıdaları ve fonksiyonel gıdaları kapsamaktadır (98). Fonksiyonel gıdaların ilk uygulanma şekli kalsiyum ve bazı vitamin benzeri bileşiklerin gıdalara ilavesi şeklindedir. Sonraki süreçte probiyotiklerin ve diyet liflerinin bağırsak ve florası üzerindeki müspet etkilerinden dolayı gıdalara ilavesi ile karşımıza çıkmıştır (99-102). Probiyotik dediğimiz canlı mikroorganizmaların bağırsak mikrobiyal dengesini sağlayarak sağlığımızı koruduğu bilinmektedir (103,104). Etki mekanizmaları pH'nın düşürülerek sağlığımıza zararlı mikroorganizmaların bağırsak

kolonizasyonunun engellenmesi ve sonuç olarak immün sistem aktivitesinin sürdürülmesinin sağlanması şeklindedir (105-113). Ayrıca, inovasyon ile günümüzde kapsül ya da tablet haline getirilen probiyotik bakteriler hepatik hastalıklar, konstipasyon ve diyare gibi gastrointestinal düzensizliklerin tedavisinde de başarılı bir şekilde uygulanmaktadır (103,114-117). Diyet lifleri ise araştırılma tarihi oldukça eskiye uzanan, ince bağırsakta sindirilemeyen fakat kalın bağırsakta fermente olabilen, gıda maddesi olmayıp ancak bütün fizyolojik problemlere deva olan maddeleri karşılamaktadır (118-123). Diyet liflerine olan ilgi son yıllarda daha da önem kazanmıştır. Özellikle Burkitt ve Trowell'in “medeniyet hastalıkları” (konstipasyon, hemoroit, kolon kanseri, obezite) şeklinde belirttiği hastalıklar bu konuya daha fazla ilgi gösterilmesine neden olmuştur. Diyet lifinin kolesterolü azaltabilme etkisi sayesinde fonksiyonel gıda olarak pozitif etki gösterdiği (119,124-130) ve obezite tedavisinde, diyabet ve koroner kalp rahatsızlıklarını önlemede (94, 131-151) kullanıldığı bilinmektedir (152-154). Besin değeri olmadığı vurgulanan ve posa olarak bilinen diyet lifin sağlık üzerine olumlu etkilerinin

belirlenmesi ile gıdalarda arzu edilen özelliklerinin geliştirilmesi amacıyla kullanılmasının hem sağlığın korunması hem de ürün geliştirme açısından önemli bir ilerleme olarak yerini aldığını düşünmekteyiz. Ayrıca, ürün geliştirme yöntemi ile diyabet hastaları için geliştirilen ürünlere örnek olarak aspartam, stevia, sükraloz gibi tatlandırıcılar ve bunlarla yapılan reçel, kola, çikolata, helva, glisemik indeksi azaltılmış unlar gösterilebilir. Son yıllarda gıda endüstrisinde üzüm çekirdeği ekstraktlı instant kahve ve makarna gibi bazı ürünlerin resveratrol ile zenginleştirildiği görülmektedir. Resveratrol özellikle üzüm, yer fıstığı ve şarap gibi gıdalarda bulunup antioksidan bir etki göstererek koroner kalp hastalıkları, kanser ve kemik hastalıklarına karşı koruyucu role sahip polifenol bir bileşiktir (155).

Günümüzde sağlık üzerine yararlarından dolayı probiyotik/prebiyotiklerle bazı gıdaların üretildiği bilinmektedir. Bu ürünler arasında probiyotik ve prebiyotik ilaveli yoğurt, enteral/parenteral ürünler, margarin, kahve, kahvaltılık gevrekler ya da probiyotik/prebiyotik kapsül ve saşeler örnek olarak verilebilir. Son yıllarda mikrobiyota konusu üzerinde birçok çalışmanın olmasının nedenleri

arasında özellikle probiyotik mikroorganizmaların antidepresan özellikte etki gösterebileceğine dair çalışmaların yer alması gösterilmektedir (156).

Gıda endüstrisi içerisinde besin zenginleştirme tekniği ayrı bir öneme sahiptir. Zenginleştirme kavramı; işlenmiş paketli ürünlere karşı insanların hızlı yaşam tempoları nedeniyle yoğun talep göstermeleri sonucunda gıdalarda bulunan biyoaktif bileşenlerin yeterli karşılanamaması ile ortaya çıkan hastalıkları önlemek adına desteklenen genel halk sağlığı sorunlarının giderilmesinde uygulanan bir yöntem olarak tanımlanmaktadır (157). Yetersiz ve dengesiz beslenmenin halk sağlığı sorunlarında ciddi bir etki oranına sahip olması, bu yaklaşımı önemli kılmaktadır. Ulusal veya uluslararası platformlarda bu konuya yaklaşım farklılık göstermekle birlikte ülkemizdeki önlemler içerisinde beslenme eğitimi programları ve gıda zenginleştirme işlemleri yer almaktadır (158). Gıda zenginleştirme işlemini biraz daha açıklamak gerekirse bir veya daha fazla esansiyel role sahip besin öğelerinin toplum veya özel risk grubundaki bireylerin beslenme sorunlarının giderilmesi amacıyla izin verilen oranlarda diyetlerine ilave edilmesidir (159).

Dünyadaki insanların gıdaya erişimleri noktasında eşit haklara sahip olmadığı düşünüldüğünde gıda zenginleştirme kavramının önemi daha da artmaktadır (160). Zenginleştirme yöntemi ile gıdaların hazırlanmasına; ekmeğin, kahvaltılık tahıl ürünlerinin, bisküvilerin, balık etiyle hamurun, yine balık etiyle tarhananın, çeşitli yağ asitleri ile fındık yağının, omega-3 yağ asitleri ile tavuk etinin, eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosahekzaenoik asit (DHA) ile süt ürünlerinin zenginleştirilmeleri verilebilir (161-168). Ayrıca mikro besin ögesi yetersizliğinin önlenmesi için de zenginleştirilen gıdalara örnek olarak; kalsiyum/demir ilaveli sütler (devam sütleri), iyotlu tuz, vitaminli şeker, margarin ve sürülebilir yağlar, fonksiyonel yoğurt, mikrobeyin öğeleri (demir, çinko, folik asit vb.) ilaveli ekme, un vb. zenginleştirilmiş/kuvvetlendirilmiş gıdalar örnek olarak gösterilebilir (158). Zenginleştirilmiş gıdalar fonksiyonel gıda grubunda yer almaktadır ve sağlıklı yaşam tarzı ile beslenme alışkanlıklarının istenmeyen etkilerini azalttığı bildirilmektedir (169). Gıda zenginleştirme yönteminin en önemli faydaları arasında ülke ekonomisine sağladığı katkı da yer almaktadır.

Copenhagen Consensus 2008 raporunda, gıda zenginleştirme prosesi için ayrılan her 1 dolarlık harcama ülke ekonomisine 9 dolar olacak şekilde katkı sağlayarak geri döndüğü bildirilmektedir (170).

SONUÇ

Vücudun büyüme ve gelişmesi, çevresel faktörlere direnç kazanabilmesi, iyilik halinin devamlılığı, iş gücü ve üretimin fazlasıyla karşılanarak ülke geleceğinin korunması ve istikrarlılığı için son derece önemli olan yeterli ve dengeli beslenme kavramının sadece söylemde kalmadan bütün bireyler tarafından bilinçli olarak yerine getirilmesi gerekir. Ancak bu şekilde bireylerin yaşam kalitesi korunarak toplumun huzuru ve refahı sağlanabilir. Son on yılı değerlendirdiğimizde fonksiyonel gıdaların “günümüz ile geleceğimiz gıdası” sloganı olarak yerini aldığı görülmektedir. Özellikle kronik hastalıkların prevalansındaki artış ve insanların bu hastalıklara yakalanmadan daha sağlıklı bir hayat tarzı oluşturma istekleri fonksiyonel gıda tüketiminin artmasını sağlamaktadır. Fakat fonksiyonel gıdaların mucizevi bir etki gösterip bu hastalıkları tedavi edici özelliğe sahip olarak görülmemeleri gerekir. Bu kadar etkili özelliklere

sahip olmalarına ilaveten toksisite, etkileşimler ve hastalıkların belirtilerinin gizlenmesi açısından besin destek ürünlerinde olduğu gibi fonksiyonel ürünlerin değerlendirilmesinin de yetkili merciler tarafından kontrol altına alınması sağlanmalıdır.

KAYNAKÇA

- Mansoor S. Nutrition education curriculum for training physicians in medical colleges of Pakistan. *Pak Armed Forces Med J.* 2015; 65(3).
- Dirican R, Bilgel N. Gençlerin Sağlık Sorunları (Bölüm XIX), Halk Sağlığı Toplum Hekimliği. 2. Baskı, Uludağ Üniversitesi Bursa, 1993; s 419-421.
- Akşit S, Egemen A, Kitapçıoğlu G, Kusin N, Kurugöl Z, Öztürk M (Ed.). Üniversite Öğrencilerinin Fast Food ile Beslenme Alışkanlıkları. V. Halk Sağlığı Günleri-Beslenme Sorunları ve Yasal Durum Bildiri Özet, Isparta 8-10 Eylül 1997; 29.
- Orak S, Akgün S, Orhan H. Süleyman Demirel Üniversitesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının araştırılması. *S.D.Ü. Tıp Fak. Dergisi.* 2006; 13(2): 5-11.
- Baykan S. Ankara'nın Farklı Sosyo-Ekonomik Düzeylerinde 0-6 Yaş Çocuklarının Gelişim Durumlarının İncelenmesi. Ankara: Milli Eğitim Basımevi. 1999; 135s.
- Arsılan R, Akça RP. Çocukların Eğitiminde Rol Model Oluşturacak Olan Eğitimci ve Usta Öğretici Adaylarının Beslenme Alışkanlıkları. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2012; 4(8): 101-119.
- Akça, RP. Çocuk gelişimi ve eğitimi "Oyunlarla besleniyorum" Mungan Kavram. İzmir 2010; 172 s.
- Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Şubat-2008 Ankara, 2008; 50 s.
- Dölekoğlu CÖ, Şahin A, Giray FH. Kadınlarda Fonksiyonel Gıda Tüketimini Etkileyen Faktörler: Akdeniz. *Tarım Bilimleri Dergisi.* 2015; 21(4): 572-584.
- Dölekoğlu Özçipek C. Tüketicilerin İşlenmiş Gıda Ürünlerinde Kalite Tercihleri, Sağlık Riskine Karşı Tutumları ve Besin Bileşimi Konusunda Bilgi Düzeyleri (Adana Örneği). TEAE, 2003, Yayın No:105, Ankara.
- Gürlük S, Turan Ö. World food crisis: Reasons and impacts. *Journal of Agricultural Faculty of Uludağ University (Turkey).* 2008.
- Dölekoğlu C, Yurdakul O. Adana İlinde Hane Halkının Beslenme Düzeyleri ve Etkili Faktörlerin Logit Analizi ile Belirlenmesi. *Akdeniz İİBF Dergisi.* 2004; 8: 62-86.
- Tubiello FN, Fischer G. Reducing climate change impacts on agriculture: Global and regional effects of mitigation, 2000-2080. *Technological Forecasting and Social Change.* 2007; 74: 1030-56.
- Baysal, A. Sosyal Eşitsizliklerin Beslenmeye Etkisi. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25 (4): Özel Eki, s 66-72.
- Kumar P, Mruthyunjaya P, Birthal S. Changing composition pattern in South Asia. In *Agricultural diversification and smallholders in South Asia*, ed. P.K. Joshi, A. Gulati, 74 R. Cummings Jr. New Delhi: Aca 2007.
- Fang TJ, Wei Q, Liao C, Hung M, Wang T. Microbiological quality of 18°C ready-to-eat food products sold in taiwan, *International Journal of Food Microbiology.* 2003; 80: 241-250.
- Çaklı Ş, Taşkaya L, Kışla D, Çelik U, Ataman CA, Cadun A, Kılınç B, Maleki RM. Production and quality of fish fingers from different fish species, *European Food Research Technology.* 2005; 220: 526-530.
- Lawson JM, Hunt C, Glew G. Nutrition in catering. *Nutrition Bulletin.* 2007; 2: 93-104.
- Üçok Alakavuk, D. İstanbul Piyasasında Hazır Yemek Olarak Satılmakta Olan Su Ürünlerinde Riskli Mikroorganizmaların Belirlenmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi. Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2009.
- Oğuzhan P, Yangılar, F. Su ürünlerinin hazır yemek teknolojisindeki yeri ve önemi. *Erzincan Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2014; 7(1): 65-76.
- Aksu H. İstanbul'da tüketime sunulan bazı hazır yemeklerin mikrobiyolojik kalitesi üzerine araştırmalar. V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, İstanbul 1996.
- Ildız F, Çiftçiöğlü G. Toplu tüketim amacıyla üretilen gıdaların patojen mikroorganizmalar yönünden incelenmesi, *İ.Ü. Veteriner Fak Dergisi.* 1997; 23 (2): 405-412.
- Çolak H, Ulusoy B, Bingöl B, Hampikyan H, Muratoğlu K. Tüketime sunulan bazı hazır yemeklerin mikrobiyolojik kalitelerinin incelenmesi, *Türk Mikrobiyoloji Cem Dergisi.* 2007; 37 (4): 225-233.
- Özkan M. Tüketime Sunulan Günlük Hazır Yemekler ve Salataların Mikrobiyolojik Kalitesinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi. Fen Bilimleri Enstitüsü, Tekirdağ 2009.
- Anonim. Yeterli ve dengeli beslenmenin önemi. <http://www.idealsaglikliyasam.org/index>. (Erişim Tarihi: 03.05.2016) 2015a.
- WHO. World Health Statistic, WHO, Geneva, 2006.
- Anonim. Beslenme ve Kanser, <http://www.saglik.org.tr/upload/dosyalar/beslenme-ve-kanser.pdf> (Erişim tarihi: 03.05.2016) 2015b.
- York WS, O'Neill MA. Biochemical control of xylan biosynthesis- which end is up? *Current Opinion Plant Biology.* 2008; 11: 258-265.
- Bromley JR, Busse-Wicher M, Tryfona T, Mortimer JC, Zhang Z, Brown DM, Dupree P. GUX1 and GUX2 glucuronyltransferases decorate distinct domains of glucuronoxylan with different substitution patterns. *Plant Journal.* 2013; 74: 423-434.
- Rennie EA, Scheller HV. Xylan biosynthesis. *Curr Opin Biotechnol.* 2014; 26: 100-107.
- Özkan Ç, Çelik İ. "Beslenme ve kanser". <http://www.akadgeriatri.org/> 08.03.2016.
- Çevik BA, Pirinççi E. Beslenme ve Kanser. *Fırat Tıp Dergisi.* 2017; 22(1).
- Özcan Y, Demir G. Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme Sempozyum Dizisi. 2004; 41(2), 45-57.
- Arı M, Ögüt S, Döğer FK. Kanserlin önlenmesinde antioksidanların rolü. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2017; 1(2), 67-74.
- Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2000. *Jama.* 2002; 288 (14): 1723-27.
- Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, McDowell MA, Tabak CJ, Flegal KM. Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *Jama.* 2006; 295 (13): 1549-55.
- Pollock NK. Childhood obesity, bone development, and cardiometabolic risk factors. *Molecular and Cellular Endocrinology.* 2015; 410: 52-63.
- James PT, Leach R, Kalamara E, Shayeghi M. The worldwide obesity epidemic. *Obes Research.* 2001; 9: 228-233.
- Hajian-Tilaki KO, Heidari B. Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20-70 years, in the North of Iran: A population-based study and regression approach. *Obes Rev.* 2007; 8: 3-10.
- Insel P, Turner E, Ross DS. Energy Balance, Body Composition and Weight Management. *Nutrition, Third Edition.* 2007; 329-379.
- Bakhshi E, Eshraghian MR, Mohammad K, Foroushani AR, Zeraati H, Fotouhi A et al. Sociodemographic and smoking associated with obesity in adult women in Iran: Results from the National Health Survey. *Journal of Public Health.* 2008; 30: 429-435.
- Deepa M, Farooq S, Deepa R, Manjula D, Mohan V. Prevalence and significance of generalized and central body obesity in an urban Asian Indian population in Chennai, India (CURES: 47). *European Journal of Clinical Nutrition.* 2009; 63:259-267.
- Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.* 2011; 64 (1): 13-19.
- Yang RM, Liu F, He ZD, Ji M, Chu XX, Kang ZY, Gao NN. Anti-obesity effect of total phenylpropanoid glycosides from *Ligustrum robustum* Blume in fatty diet-fed mice via up-regulating leptin. *J Ethnopharmacol.* 2015; 169: 459-465.
- Kopelman PG, Albon L. Obesity, non-insulin-dependent diabetes mellitus and the metabolic syndrome. *Brit Med Bull.* 1997; 53 (2): 322-340.

46. Van Gaal LF, Mertens IL, Christophe E. Mechanisms linking obesity with cardiovascular disease. *Nature*. 2006; 444 (7121): 875-880.
47. McCrindle BW. Cardiovascular consequences of childhood obesity. *Can J Cardiol*. 2015; 31 (2): 124-130.
48. Yamaguchi M, Matsui M, Higa R, Yamazaki Y, Ikari A, Miyake M, Shimizu T. A platelet-activating factor (PAF) receptor deficiency exacerbates diet-induced obesity but PAF/PAF receptor signaling does not contribute to the development of obesity-induced chronic inflammation. *Biochem Pharmacol*. 2015; 93 (4): 482-495.
49. Tchernof A, Despres JP. Pathophysiology of human visceral obesity: an update. *Physiol Rev*. 2013; 93: 359-404.
50. Bluher M. Adipose tissue dysfunction contributes to obesity related metabolic diseases. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013; 27: 163-177.
51. Lai CS, Wu JC, Pan MH. Molecular mechanism on functional food bioactives for anti-obesity. *Curr Opin Food Sci*. 2015; 2: 9-13.
52. Yang ZH, Miyahara H, Takeo J, Katayama M. Diet high in fat and sucrose induces rapid onset of obesity-related metabolic syndrome partly through rapid response of genes involved in lipogenesis, insulin signalling and inflammation in mice. *Diabetol Metab Syndr*. 2012; 4 (1):32.
53. Sefil NK, Sefil F. Diyet ve Diyabet. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*. 2013; 4 (15).
54. Schrauwen P, Wagenmaker AJM, Marken Lichtenbelt WDV, Saris WHM & Westerterp KR. The increase in fat oxidation on a high-fat diet is accompanied by an increase in triglyceride-derived fatty acid oxidation. *Diabetes*. 2000; 49: 640-6.
55. Wright SM, Aronne LJ. Causes of obesity. *Abdominal Imaging*. 2012; 37 (5): 730-2.
56. Reynés B, García-Ruiz E, Díaz-Rúa R, Palou A, Oliver P. Reversion to a control balanced diet is able to restore body weight and to recover altered metabolic parameters in adult rats long-term fed on a cafeteria diet. *Food Res Int*. 2014; 64: 839-848.
57. Gerbaix M, Metz L, Mac-Way F, Lavet C, Guillet C, Walrand S, Courteix D. A well-balanced diet combined or not with exercise induces fat mass loss without any decrease of bone mass despite bone micro-architecture alterations in obese rat. *Bone*. 2013; 53 (2): 382-390.
58. American Psychiatric Association. "APA (2000)." *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4 (2003).
59. Burton, RM, Obel, B, Håkansson, DD. *Organizational design: A step-by-step approach*. Cambridge University Press 2015.
60. Johnson MH, De Haan M. *Developmental cognitive neuroscience: An introduction*. John Wiley & Sons 2015.
61. Nagl M, Jacobi C, Paul M, Beesdo-Baum K, Höfler M, Lieb, R, Wittchen HU. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psych*. 2016; 1-16.
62. Garner DM, Olmsted MP, Polivy J. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int J Eat Disord*. 1983; 2: 15-34.
63. Herzog M, Douglas CR, Kissileff HR, Brunstrom JM, Halmi KA. Elasticity in portion selection is predicted by severity of anorexia and food type in adolescents. *Appetite*. 2016; 103: 87-94.
64. Kaya N, Çilli AS. Anoreksiya nervosa. *Genel Tıp Dergisi*. 1997; 7 (2): 107-10.
65. Kasset JA, Gwirtsman HE, Kaye WH, Brandt HA, Jimerson DC. Pattern of onset of bulimic symptoms in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry*. 1988; 145 (10): 1287-1295.
66. Haller E. Eating disorders. A review and update. *Western Journal of Medicine*. 1992; 157 (6): 658.
67. Wierenga CE, Bischoff-Grethe A, Melrose AJ, Irvine Z, Torres L, Bailer UF, Kaye WH. Hunger does not motivate reward in women remitted from anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*. 2015; 77 (7): 642-652.
68. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol. Psychiatry*. 2007; 61 (3): 348-358.
69. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) (Fifth ed.)* American Psychiatric Association, Washington DC. 2013.
70. Sachs K, Mehler PS. Medical complications of bulimia nervosa and their treatments. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2015; 1-6.
71. Peschel SK, Feeling NR, Vögele C, Kaess M, Thayer JF, Koenig J. A systematic review on heart rate variability in *Bulimia Nervosa*. *Neurosci Biobehav Rev*. 2016; 63: 78-97.
72. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr. Psychiatry Rep*. 2012; 14 (4): 406-414.
73. Dapelo MM, Bodas S, Morris R, Tchanturia K. Deliberately generated and imitated facial expressions of emotions in people with eating disorders. *J Affec Disord*. 2016; 191: 1-7.
74. Caglar-Nazali HP, Corfield F, Cardi V, Ambwani S, Leppanen J, Olabintan O, Deriziotis S, Hadjimichalis A, Scognamiglio P, Eshkevari E, Micali N, Treasure J. A systematic review and meta-analysis of 'systems for social processes' in eating disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 2014; 42: 55-92.
75. Tchanturia K, Davies H, Harrison A, Fox JR, Treasure J, Schmidt U. Altered social hedonic processing in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*. 2012; 45 (8): 962-9.
76. Demirel C, Gözen H. Diyabet ve melatonin. *Endokrinolojide Diyalog Dergisi*. 2013; 10 (1): 24-31
77. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *European journal of epidemiology*. 2013; 28 (2):169-180.
78. Daneman, D. Type 1 diabetes. *The Lancet*. 2006; 367 (9513): 847-858.
79. Rother KI, Brown RJ, Morales MM, Wright E, Duan Z, Campbell C, Hardin DS, Popovic J, Mcevoy RC, Harlan DM, Orlander PR, Brod SA. Effect of ingested interferon- α on β -cell function in children with new-onset type 1 diabetes. *Diabetes Care*. 2009; 32 (7): 1250-55.
80. National Collaborating Centre for Chronic Conditions UK. *Type 2 diabetes 2008*.
81. World Health Organization. *Obesity and Overweight Fact Sheet No:311*, Geneva, WHO. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/print.html>. 2007.
82. Tam AA, Çakır B. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. *Ankara Medical Journal*. 2012; 12 (1).
83. Evran M, Özcan S. Diyabet ve Beslenme. *Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2015; 6 (1): 63-67.
84. Çubuk G, İnce S. Oral Antidiyabetik İlaçlar. 2015.
85. Zeidler G. Shell eggs and their nutritional value, in *Egg Processing In: Commercial Chicken Meat and Egg Production*, pp.1109-1128, Eds. Bell, D.D. and Weaver, W.D., Kluwer Academic Publishers, Massachusetts. 2002.
86. Yüceer M. Kolesterolü azaltılmış yumurta sarısı üretimi ve düşük kolesterollü mayonez üretiminde kullanımı. *İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü*. 6 Kasım 2007, 2007; 60s.
87. Kamal S, Güner A. Kolesterol Molekülünün Biyoyoumlu Baskılanmasında Çözünürlük Parametrelerinin Algoritmik Hesaplanması. IV. Ulusal Polimer Bilim ve Teknoloji Kongresi, 5-8 Eylül 2012 Çanakkale. 2012.
88. Mc Auley MT, Mooney KM. Computational systems biology for aging research. In *Aging and Health-A Systems Biology Perspective*. Karger Publishers. 2014; 40 (35-48).
89. Morgan AE, Mooney KM, Wilkinson SJ, Pickles NA, Mc Auley MT. Cholesterol metabolism: A review of how ageing disrupts the biological mechanisms responsible for its regulation. *Age Res Rev*. 2016; 27: 108-124.
90. Anonim. http://diyabet.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/hastaliklar_da_beslenme/c3.pdf Yrd. Doç. Dr. Gülhan Samur, 2008. *Kalp Damar Hastalıklarında Beslenme*. Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Erişim tarihi 28.04.2016).
91. Demirci M. *Beslenme*. Trakya Üniversitesi Tekirdağ Ziraat Fakültesi Gıda Mühendisliği Bölümü, Rebel Yayıncılık, Tekirdağ 2003.
92. Siró I, Kápolna E, Lugasi A. Functional food. Product development, marketing and consumer acceptance-a review. *Appetite*. 2008; 51 (3): 456-67.
93. Viuda-Martos M, Ruiz-Navajas Y, Fernández-López J, Pérez-Álvarez JA. Effect of orange dietary fibre, oregano essential oil and packaging conditions on shelf-life of bologna sausages. *Food Cont*. 2010; 21 (4): 436-443.
94. Yangilar F. The Application of Dietary Fibre in Food Industry: Structural Features, Effects on Health and Definition, Obtaining and Analysis of Dietary Fibre: A Review. *J Food Nutr Res*. 2013; 1 (3): 13-23.

95. Hasler CM. Functional foods: benefits, concerns and challenges – a position paper from the American Council on Science and Health. *J Nutr.* 2002; 132 (12): 3772- 81.
96. Coşkun T. Fonksiyonel besinlerin sağlığımız üzerine etkileri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi.* 2005; 48: 69-84.
97. Kwak No-S, Jukes DJ. Functional foods. Part 1: the development of a regulatory concept. *Food Cont.* 2001; 12: 99-107.
98. El SN. Ürün geliştirmede optimum beslenme yaklaşımı. Ege Üniversitesi, Mühendislik Fakültesi, Gıda Mühendisliği Bölümü, Beslenme Bilim Dalı, İzmir Revize Ders Notu 2013, 45 s.
99. Sanders ME. Overview of functional foods: Emphasis on probiotic bacteria. *Int Dairy J.* 1998; 8: 341.
100. Ziemer CJ, Gibson GR. An overview of probiotics, prebiotics and synbiotics in the functional foods concept: Perspectives and future strategies. *Int Dairy J.* 1998; 8: 473.
101. Gürsoy O, Kınık Ö. Fonksiyonel gıda ingrediyenti olarak probiyotikler ve yasal düzenlemeler için Japonya Modeli. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi.* 2004; 34, 200-9.
102. Tonguç Başyigit İE. Probiyotik Ayrın Üretimi Üzerine Bir Araştırma, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Süt Teknolojisi Anabilim Dalı, 2006; 133s.
103. Quwehand AC, Kirjavainen PV, Grönlund M, Isolauri E, Salminen SJ. Adhesion of probiotic microorganisms to intestinal mucus. *Int Dairy J.* 1999; 9: 623-630.
104. Yangılar F. Farklı probiyotik kültürler kullanılarak üretilen beyaz peynirin olgunlaşma periyodu boyunca bazı kalite kriterlerinin araştırılması. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Erzurum 2010.
105. Yeşilova Y, Sula B, Yavuz E, Uçmak D. Probiyotikler, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi. 2010; 21 (1): 49-56 s.
106. Fedorak RN, Madsen KL. Probiotics and the management of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis.* 2004;10 (3): 286-299. 11.
107. Kotzampassi K, Giamarellos-Bourboulis EJ, Voudouris A, Kazamias P, Eleftheriadis E. Benefits of a synbiotic formula (Synbiotic 2000 Forte) in critically ill trauma patients: early results of a randomized controlled trial. *World J Surgery.* 2006; 30: 1848-55.
108. SC Ng, AL Hart AL, Kamm MA, Stagg AJ, Knight SC. Mechanisms of action of probiotics: Recent advances. *Inflamm Bowel Dis.* 2009; 15: 300-10.
109. Coşkun T. Probiyotikler, Genel Özellikleri ve Etki Mekanizmaları. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci.* 2012, 8 (3):1-11.
110. Uzuner AE. Probiyotik Yoğurt Üretiminde Pirinç Sütü Kullanımı, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, 2012; 75s.
111. Açu, M. Fonksiyonel özellikleri geliştirilmiş dondurma üretimi, Doktora Tezi, Ege Üniversitesi; 2014, 123 s.
112. Başoğlu MT. Probiyotikler. *İzmir Üniversitesi Tıp Dergisi.* 2014; 3: 37-40.
113. Nakayama Y, Moriya T, Sakai F, Ikeda N, Shiozaki T, Hosoya T et al. Oral administration of *Lactobacillus gasseri* SBT2055 is effective for preventing influenza in mice. *Sci Rep.* 2014; 10 (4): 4638.
114. Rolfé RD. The role of probiotic cultures in the control of gastrointestinal health. *J Nutr.* 2000; 130: 396-402.
115. Çakır İ, Çakmakçı ML. Probiyotik teknolojisi ve Türkiye'deki durumu. pp. 179- 187. *Türkiye 7. Gıda Kongresi kitabı*, Ankara Üniversitesi, Ankara 2002; 182 s.
116. Yücecan S. Probiyotikler ve Sağlık üzerine etkileri. *Türkiye Diyetisyenler Derneği Bülteni*, 2002; (2), 1-13.
117. Yangılar F. Probiyotik Mikroorganizmaların Biyokoruyucu Özelliği. *Uludağ Üniversitesi Mühendislik Fakültesi Dergisi.* 2015; 20 (1): 119-130.
118. Asp NG. Definition and analysis of dietary fibre in the context of food carbohydrates. In J. M. van der Kamp, N. G. Asp, J. Miller, G. Schaafsma (Eds.), *Dietary fibre: Bioactive carbohydrates for food and feed* The Netherlands: Wageningen Academic Publishers. 2004; 21-26.
119. Thebaudin J, Lefebvre AC. Dietary fibre: Natural and technological interest. *Trends Food Sci Technol.* 1997; 8: 41-48.
120. Vasanthan T, Gaosong J, Yeung J, Li J. Dietary fiber profile of barley flour as affected by extrusion cooking. *Food Chem.* 2002; 77 (1): 35-40.
121. Guillon F, Champ M. Structural and physical properties of dietary fibres, and consequences of processing on human physiology. *Food Res Int.* 2000; 33 (3): 233-245.
122. Dahl WJ, Stewart ML. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Health Implications of Dietary Fiber. *J Acad Nutr Diet.* 2015; 115 (11): 1861-70.
123. Rodríguez RAJ, Fernández-Bolaños J, Guillén R, Heredia A. Dietary Fibre from Vegetable Products as a Source of Functional Ingredients. *Trends Food Sci Technol.* 2006; 17: 3-15.
124. Andreassen MF, Landbo AK, Christensen LP, Hansen A, Meyer AS. Antioxidant effects of phenolic rye (*Secale cereale L.*) extracts, monomeric hydroxycinnamates, and ferulic acid dehydromers on human low-density lipoproteins. *J Agric Food Chem.* 2001; 49: 4090-96.
125. Tunglund BC, Meyer D. Non digestible oligo and polysaccharides (dietaryfibre): Their physiology and role in human health and food. *Compr Rev Food Sci Food Saf.* 2002; 1: 73-92.
126. Marlett JA, McBurney MI, Slavin JL. Position of the American Dietetic Association: Health implications of dietary fiber. *J Am Diet Assoc.* 2002; 102: 993-1000.
127. Anderson JW, Baird P, Davis RH, Jr Ferreri S, Knudtson M, Koraym A, Waters V, Williams CL. Health benefits of fibre. *Nutr Rev.* 2009; 67: 188-205.
128. Estruch R, Martínez-Gonzalez MA, Corella D, Basora-Gallisa J, Ruiz-Gutierrez V, Covas MI, Fiol M, Gómez-Gracia E, Lopez-Sabater MC, Escoda R, Pena MA, Diez-Espino J, Lahoz C, Lapetra J, Saez G, Ros E. Effects of dietary fibre intake on risk factors for cardiovascular disease in subjects at high risk. *J Epidemiol Community Health.* 2009; 63: 582-8.
129. Cui SW, Nie S, Roberts KT. Functional properties of dietary fibre. *Biotechnol.* 2011; 4: 517-525.
130. Ajila CM, Prasada Rao UJS. Mango peel dietary fibre: Composition and associated bound Phenolics. *J Func Foods.* 2013; 5: 444-450.
131. Mendelof AI. Dietary fiber and gastrointestinal disease. *Am J Clin Nutr.* 1987; 45: 1267-70.
132. Schweizer TF, WuÈrsch P. The physiological and nutritional importance of dietary fibre. *Experientia.* 1991; 47: 181-6.
133. Topping DL. Soluble fiber polysaccharides: Effects of plasma cholesterol and colonic fermentation. *Nutr Rev.* 1991; 49: 195-203.
134. Tinker LF, Schneeman BO, Davis PA, Gallaher DD, Waggoner CR. Consumption of prunes as a source of dietary fiber in men with mild hypercholesterolemia. *Am J Clin Nutr.* 1991; 53: 1259-65.
135. Anderson JW, Smith BM, Guftanson NJ. Health benefits and practical aspects of high-fiber diets. *Am J Clin Nutr.* 1994; 59 (Suppl.): S1242-S1247.
136. Cassidy A, Bingham SA, Cummings JH. Starch intake and colorectal cancer risk: an international comparison. *Br J Cancer.* 1994; 69: 937-942.
137. Viertanen SM, Aro A. Dietary factors in the etiology of diabetes. *Ann Med.* 1994; 26: 469-478.
138. Ascherio A, Willet W. New directions in dietary studies of coronary heart disease. *J Nutr.* 1995; 125: 647S-655S.
139. Kimm S. The role of dietary fiber in the development and treatment of childhood obesity. *Pediatric.* 1995; 96: 1010-14.
140. Davidson MH, McDonald A. Fiber: Forms and function. *Nutr Res.* 1998; 18: 617-624.
141. Schneeman BO. Dietary fibre and gastrointestinal functions. *Nutr Res.* 1998; 18: 625-632.
142. Grigelmo-Miguel M, Gorinstein S, Martin- Belloso O. Characterization of peach dietary fibre concentrate as a food ingredient. *Food Chem.* 1999; 65: 175-181.
143. Kim YI. AGA technical review: impact of dietary fiber on colon cancer occurrence. *Gastroenterol.* 2000; 118: 1235-57.
144. Terry P. et al. Fruit, vegetables dietary fiber, and risk of colorectal cancer. *J National Cancer Institute.* 2001; 93: 525-533.
145. Wang J, Rosell CM, Barber CB. Effect of the addition of different fibres on wheat dough performance and bread quality. *Food Chem.* 2002; 79: 221-6.
146. Ferguson LR, Harris PJ. The dietary fibre debate: more food for thought. *The Lancet.* 2003; 361: 1487-88.
147. Peters U. et al. Dietary fibre and colorectal adenoma in a colorectal cancer early detection programme. *The Lancet.* 2003; 361: 1491-95.
148. Bingham SA. et al. Dietary fiber in food and protection against colorectal cancer in the european prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC): an observational study. *The Lancet.* 2003, 361: 1496-99.
149. Nawirska A, Kwasniewska M. Dietary fiber fractions from fruit and vegetable processing waste. *Food Chem.* 2005; 91: 221-5.

150. Mann JI, Cummings JH. Possible implications for health of the different definitions of dietary fibre. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2009; 19: 226-9.
151. Elleuch M, Bedigian D, Roiseux O, Besbes S, Blecker C, Attia H. Dietary fibre and fibre-rich by-products of food processing: Characterisation, technological functionality and commercial applications: A review. *Food Chem.* 2011; 124: 411-442.
152. Jimenez-Florez R, Klipfel NJ, Tobias J. Ice cream and frozen desserts. In: Hui YH (ed) *Dairy science and technology handbook: product, manufacturing, VCH, New York* 1993; 2: 57-157.
153. Chau CF, Huang YL. Comparison of the chemical composition and physicochemical properties of different fibers prepared from the peel of *Citrus sinensis* L. Cv. Liucheng. *J Agric Food Chem.* 2003; 51 (9): 2615-18.
154. Dülger D, Şahan Y. Dietary fiber properties and effects on health. *Uludağ Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi.* 2011; 25 (2):147-157.
155. Evren M, Koca İ. Resveratrol ve Sağlık Üzerine Etkisi. *Türkiye 10. Gıda Kongresi; 21-23 Mayıs 2008, Erzurum.* 1099-1101.
156. Evrensel A, Ceylan, ME (2015). Bağırsak beyin eksenini: Psikiyatrik bozukluklarda bağırsak mikrobiyotasının rolü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4):461-472.
157. Kabakuş M. Mikro Besin Ögesi Malnütrisyonda Besin Desteği Mi? Yoksa Zenginleştirme Mi? *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2017, 6(2):77-82.
158. Aslan D, Köksel H. 2003. Gıda zenginleştirilmesi ve bazı yaklaşımlar. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi.* 12 (11): 418-420.
159. Özer EA, Güven A. 2008. Gıdaların zenginleştirilmesi. *Türkiye 10. Gıda Kongresi; 21-23, Erzurum.*
160. Karagözlü C, Akbulut N, Ömeroğlu, S. 2000. Zenginleştirilmiş süt ve süt ürünleri. VI. Süt ve Süt Ürünleri Sempozyumu, Süt ve Ürünleri Mikrobiyolojisi ve Katkı Maddeleri Tekirdağ, Tebliğler Kitabı, Rebel Yayınevi, 173-185 s. İstanbul.
161. Arslan Burnaz N, Hendek Ertop M, Karataş ŞM. 2018. Tıbbi ve aromatik bitkilerin kullanımı ile ekmeğın fenolik madde içeriğinin zenginleştirilmesi. *Gıda* 43 (2): 240-9.
162. Aksoylu, Z., Çağındı, Ö. ve Köse E. 2012. Bisküvinin fonksiyonel bileşenlerce zenginleştirilmesi. *Akademik Gıda.* 10 (3) (2012) 70-78.
163. Dursun S, Yapar A, Çelik İ. 2010. Kadife balığı (*Tinca tinca* L., 1758) etiyile zenginleştirilmenin hamurun reolojik özellikleri ve ekmeğın duyuusal özellikleri üzerine etkisi. *Teknolojik Araştırmalar: GTED* (3) 44-58.
164. Erdem E. 2008. Tarhana üretiminde balık etinin kullanımı. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi. Denizli.
165. Bakır N. 2005. Fındık yağının enzimatik olarak konjuge linoleik asit ile zenginleştirilmesi ve fonksiyonel (yapılandırılmış) yağ eldesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Teknik Üniversitesi. İstanbul.
166. Sarıca Ş. Omega-3 yağ asitlerinin insan sağlığı üzerine etkileri ve tavuk etinin omega-3 yağ asitlerince zenginleştirilmesi- hayvansal üretim. *Dergipark Dergisi.* 2003; 44(2): 1-9.
167. Çelebi Ş, Karaca H. Yumurthanın besin değeri, kolesterol içeriği ve yumurtayı n-3 yağ asitleri bakımından zenginleştirmeye yönelik çalışmalar. *Atatürk Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi.* 2005; 37 (2), 257-265.
168. Canbulat Z, Özcan T. 2008. Süt ürünlerinin eikosapentaenoik asit (EPA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA) ile zenginleştirilmesi. *Türkiye 10. Gıda Kongresi, 21-23 Mayıs 2008, Erzurum.*
169. Yerlikaya O, Meriç Ş, Gücer L, Akan E ve Kınık Ö. 2016. Fonksiyonel gıdaların insan sağlığı açısından değerlendirilmesinde yeni bir bakış: Fonksiyonel gıda bileşenlerinin oluşturabileceği riskler. *Türkiye 12. Gıda Kongresi, 5-7 Ekim 2016, Edirne.*
170. Karadağ MG ve Tekinay T. 2013. Besin zenginleştirme, Beypazarı kurusu örneği. Web sitesi. <http://www.saglikvebeslenmeibnali.com/pdfler/sunumlar/turgay-tekina-y-makbule-karadag.pdf>.

DERLEME

Çocuklarda Oral Fonksiyon Bozuklukları ve Maloklüzyon

Şeyma ÖZTÜRK¹, Elif BALLIKAYA¹

ÖZ

Bireyin baş ve boyun bölgesinde gerçekleşen kassal, yapısal işlev ve fonksiyonların sorunsuz bir şekilde meydana getirilebilmesi; yaşamsal, estetik ve psikolojik açıdan son derece önemlidir. Solunum, yutma, çiğneme gibi fonksiyonlardaki normalden sapmaların; maloklüzyona, edinilmiş kraniyofasiyal bozukluğa ve çeşitli hastalıklara neden olabileceği birçok çalışmada bildirilmiştir. Anormal alışkanlıkların etkileri zamanla birikerek iç ve dış kas kuvvetleri arasında bir dengesizlik oluşturabilir ve stomatognatik sistemin normal gelişimini değiştirebilir. Kritik dönemlerde müdahale eksikliği dişlerin pozisyonlarını, çeneler arasındaki ilişkiyi ve şeklini değiştirebilir. Ne yazık ki, duruş ve fonksiyon bozukluklarını ölçmek ve değerlendirmek zordur ve bu durum konunun algılanan önemini azaltmıştır. Temel ortodontik muayeneler genellikle yedi yaşından itibaren önerilir. Bununla birlikte, maloklüzyon ile sonuçlanan dismorfik değişiklikler genellikle daha önceki yıllarda belirginleşir. Fonksiyon bozuklukları giderilmediğinde, ortodontik tedaviyi takiben tekrar maloklüzyon oluşabilir. Oluşabilecek maloklüzyonların ve ortodontik tedavi sonrası relapsın engellenmesi için fonksiyon bozukluklarının teşhisi ve tedavi edilmesi kritik öneme sahiptir. Bu derlemenin amacı, oklüzal (dişlerin kapanış ilişkileri) ve yüz gelişiminde etkili olan oral fonksiyonlar hakkında güncel literatür bilgilerini paylaşarak erken tanı ve tedavi için aileler, diş hekimi, ortodontist ve diğer sağlık çalışanları için farkındalık oluşturmaktır. Emzirme, hava yolu tıkanıklığı, anormal frenulum, ağız solunumu, oral alışkanlıklar, yutma, çiğneme başlıkları altında konu açıklığa kavuşturulacaktır.

Anahtar Kelimeler: Alışkanlıklar; Çene bozuklukları; Çocuklar; Maloklüzyon

Oral Function Disorders and Malocclusion in Children

Şeyma ÖZTÜRK¹, Elif BALLIKAYA¹

ABSTRACT

Ability to perform muscular activity and structural functions in the head and neck region of the individual without any problem is extremely critical in terms of vital, aesthetics and psychology. It has been reported in many studies that aberration of functions such as breathing, swallowing, chewing may cause malocclusion, acquired craniofacial disorder and various diseases. The cumulative effects of abnormal habits could result in an imbalance between the internal, external muscle forces and eventually may alter the normal development of the stomatognathic system. Unfortunately, the perceived importance of the issue is not enough due to difficulties in measuring and evaluating postural changes and dysfunctions. Basic orthodontic examinations are usually suggested onwards seven years of age. However, dysmorphic changes that result in malocclusion are often apparent years earlier. The diagnosis, treatment of dysfunctions are critical to prevent possible malocclusions and relapse after orthodontic treatment. This review aims to raise awareness for families, dentists, orthodontists, and other healthcare professionals for early diagnosis and treatment about oral functions that are effective in facial development and occlusal relationships in the light of current literature. The subject will be clarified under the topics of breastfeeding, airway obstruction, abnormal frenulum, mouth breathing, oral habits, swallowing, chewing.

Keywords: Children; Habits; Malocclusion; Jaw Abnormalities

¹Hacettepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Çocuk Diş Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Sorumlu Yazar: Şeyma ÖZTÜRK

E-posta adresi: dtseymaozturk@gmail.com

ORCID No: 0000-0001-9796-4348

Gönderi Tarihi: 06.08.2020

Kabul Tarihi: 29.09.2020

GİRİŞ

Nefes alma, çiğneme, yutma gibi hayati önemi olan eylemler ve konuşma, jest ve mimikler gibi sosyal etkileşimin temeli olarak kabul edilen hareketler önemli orofasiyal fonksiyonlar arasındadır. Orofasiyal fonksiyonlar, merkezi sinir sistemi ve nöromüsküler sistemin birlikte uyum içinde çalışmalarının bir sonucu olarak gerçekleşmektedir (1). Orofasiyal myofonksiyonel bozukluk; diğer oral yapıların normal büyümesini, gelişmesini veya işlevini engelleyen dudak, çene, dil ve/veya orofarinks fonksiyon bozukluğu olarak tanımlanır. Herhangi bir sebepten dolayı bebeklik ve/veya çocukluk dönemlerinde görülen oral işlev bozuklukları tedavi edilmediğinde, orofasiyal myofonksiyonel bozukluk (OMB) ortaya çıkabilir. Bu durumun sonucu olarak fasiyal dismorfoloji (yüz yapılarında bozukluk) daha erken dönemlerde kendini belli ederken, dental (dişsel) problemler yedi yaş civarında belirginleşir (2). Çok sayıda çocukta anormal çene ilişkisi, dik mandibular açı, ön açık kapanış, derin dar damak, arka çapraz kapanış ve suboptimal yüz gelişimi OMB' nin muhtemel sonuçları olarak gösterilmektedir (2, 3). OMB'li çocuklarda uzun dönem öngörülebilen

sonuçlar ise ortodontik relaps (ortodontik tedavinin tekrar eski haline dönmesi), obstrüktif uyku apnesi (OUA) ve temporomandibuler eklem bölgesinde meydana gelebilecek problemlerdir (4-6). Yumuşak dokular, diş konumlarını etkilemeleri nedeniyle ortodontik tedavi kapsamında değerlendirilmelidir. Kas kuvvetleri dengeli olmadığında, okluzyon olumsuz etkilenir ve dişler doğru aksiyal formlarını kaybeder.

Germa ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılan 422 çocukta doğumdan itibaren 3 yıl takipli çalışmada, düşük ağırlıklı doğumun dolaylı olarak posterior çapraz kapanış için bir risk faktörü olabileceği bildirilmiştir. Erken doğum ve düşük ağırlıklı doğumun nöromotor disfonksiyonuna yol açarak dil fonksiyonlarını etkileyebileceği ve dolayısıyla maloklüzyona yatkınlığı artırabileceğini öne sürülmüştür (7).

1. Emzirmenin Oral Fonksiyonlara Etkileri

Emme, bebeğin çenesinin periyodik hareketlerini, dilin dalgalanmasını ve süt çıkarma reflekslerinin uyumlu çalışmasını gerektiren dinamik bir eylemdir. Meme ucu çocuk tarafından kavranarak, dudaklar arasına sıkıştırılır ve dilin ön bölgesi alt çenenin döngüsel hareketine sert bir gövde gibi

davranırken, dilin arka kısmı ilerleyen peristaltik hareketlerle dalgalanarak sütü faringeal bölgeye aktarır (8). Anne sütü emme süresince, bebeğin nefes alma kesintileri olmaksızın sürekli beslenmesini sağlayan, emme, yutma ve nefes alma işlevlerini merkezi sinir sistemi düzenlenmektedir. Emmenin sağlıklı olması, diğer oromotor hareketlerin sağlıklı gelişmesinde önemli role sahiptir (9). Ritmik oromotor hareketlerin temelinde emmenin olduğu, emmedeki bir sorunun diğer oromotor hareketlerin gelişiminde de soruna yol açabileceği düşünülmektedir.

Emzik ve parmak emme gibi besleyici olmayan emme alışkanlıkları, süt dişlerinde ön açık kapanışa sebep olabilir. Bu maloklüzyonların erken teşhisi ve etiyojisinin ortadan kaldırılarak ileride oluşabilecek problemlerin engellenmesi için emme alışkanlıklarının kesilmesi konusunda süt dişlenme döneminde profesyonel yardım almak gerekmektedir (10, 11). Anne sütü almayan çocuklarda, besleyici olmayan emme alışkanlığı bulunmasa bile, 12 aydan uzun süre anne sütü alan çocuklara göre, anlamlı derecede daha fazla anterior açık kapanış gözlemlendiği bildirilmiştir (11). Sadece biberonla beslenen çocukların daha ileri

yaşamlarında anne sütüyle beslenen çocuklara kıyasla anterior açık kapanış, posterior çapraz kapanış, overjet miktarında artış ve diğer maloklüzyonların görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir (12). Sum ve arkadaşları 2015 yılında Hong Kong'da 2-5 yaşları arasındaki 851 Asyalı çocuk ile 2015 yılında yaptıkları kesitsel bir çalışma sonucunda, 6 aydan fazla süreyle emzirmenin, ön sagittal dental segment ve yatay dental ark gelişimini destekleyerek olumlu yönde etkilediğini bildirmişlerdir (13). Uzun süre emzirmenin, bebeklik dönemindeki diğer hastalıklara karşı koruyucu bir faktör olmasının yanı sıra, besleyici olmayan emme alışkanlıklarının kazanılmasını önleme, uygun oral gelişim ve diş kapanışını doğrudan uyarma gibi çok olumlu etkiler gösterdiği belirtilmektedir (11, 14).

2. Hava Yolu Tıkanıklığının Etkileri

Normalde görülen solunum şekli burun solunumudur. Ağız solunumu, burun ve/veya farinkste çeşitli nedenlere bağlı olarak meydana gelen obstrüksiyonlar neticesinde gelişmektedir. Solunum şeklindeki değişiklikler, baş, çene ve dilin duruşunu etkileyerek, çene ve dişler üzerine gelen

basıncı değiştirir. Sonuç olarak kraniyofasiyal büyüme olumsuz etkileyebilir (15).

Nava ve arkadaşlarının 2006 yılında 1160 çocuğu doğum sonrası 4. aydan 4-5 yaşlarına kadar takip ettikleri, prospektif çalışmada; allerjik rinitin tek başına veya besleyici olmayan emme alışkanlıkları ile birlikte ön açık kapanış ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, allerjik rinit ile birlikte besleyici olmayan emme alışkanlıklarının varlığı, 5 yaşın altındaki çocuklarda posterior açık kapanış gelişimi için en önemli risk faktörü olarak belirtilmiştir (16).

Adenoid hipertrofisi nazofarengeal açıklığı kısıtlayarak; yüz, iskelet ve kas sisteminin büyümesinde ve fonksiyonlarında değişikliklere yol açmaktadır. Yüz iskeletinin yapısındaki değişiklikler; alt ön yüz yüksekliğinin ve mandibular köşe eğim açısının artması nedeniyle olur. Bu yüz ifadesi genel olarak “adenoid yüz” olarak adlandırılır (17). Hasta rahat nefes alabilmek için ağızını kullanır ve sonuç olarak maksiller dental ark daralır, bu durum da diş çapraşıklıklarına yol açar (18). Uyku sırasında burun ve ağızdaki hava akımının aralıklı olarak durması uyku apnesi (UA) olarak tanımlanır. Nefes alıştaki art arda azalmalar (hipopne) veya solunum durması (apne), solunum

bozukluğunu göstermektedir. Bu semptomlara üst havayolu obstrüksiyonu sebep olursa ‘obstrüktif uyku apnesi’ (OUA), beyin sapından kaynaklı ise ‘santral uyku apnesi’ (SUA) denir. OUA’da hava yolu tıkanır ve hasta obstrüksiyonu yenmek için fazla efor harcar. Yetişkinlerin aksine, pediatrik obstrüktif uyku apne sendromu (OUA)'nun en sık nedeni adenotonsiller hipertrofidir (19). 2013 yılında Carlos Flores-Mir ve arkadaşlarının yayımladığı bir sistematik derleme ve meta-analizde; retruziv çene, dik mandibular açı, dikey büyüme yönü ve Sınıf II maloklüzyon eğilimi ile uyumlu kraniyofasiyal morfolojisi olan pediatrik hastalarda, hastalarının tıbbi geçmişlerinin daha fazla sorgulanması ve kraniyofasiyal morfolojiye horlama öyküsü, burundan nefes alamama, allerji, astım veya obezite eşlik ettiğinde, diş hekiminin hastayı bir kulak burun boğaz uzmanına yönlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (20). Adenoid ile birlikte görülen iskeletsel problemlerle oluşan maloklüzyon durumunda, adenoidektomi mümkün olduğunca erken yapılmalıdır. Adenoidektominin orafasiyal yapılara olumlu etkisi ameliyattan sonraki 36-41 ay içerisinde gözlenmektedir (21).

3. Frenulumun Etkileri

Dil bağı veya ankiloglossi, anormal derecede kısa, kalın bir lingual frenulum ile karakterize ve sınırlı dil hareketine neden olan gelişimsel bir anomalidir. Ankiloglossi; beslenme, konuşma ve ağız hijyeni uygulamalarını olumsuz yönde etkileyerek sosyal problemlere yol açabilir (22, 23). Dil bağının tanısı klinik değerlendirmeye dayanır (23). Dil bağı şiddeti arttıkça (kısa, kalın frenulumlar) dilin yükselmesini engelleyerek, maksiller daralma, anterior açık kapanış, alt anterior dişler arasında boşluk ve sınıf III maloklüzyona yatkınlığı arttırdığı ve atipik yutmaya yol açabileceği bildirilmiştir (24). Yeterli dil hareketliliği stomatognatik sistemin büyüme ve gelişimi için önemlidir. Dil, çeneler arasında kemik büyümesini de uyararak damağın şekillenmesini sağlamaktadır (2). Bu nedenle cerrahi teknikler, rehabilitasyon egzersizleri ve hasta işbirliği ile, hastanın dil hareketliliği geliştirilmelidir (2).

Üst labial frenulumun üst orta hat diastema etiolojisindeki etkisi ve ortodontik tedavi sonrasında frenulumun tedavi edilmemesi durumunda diastemanın nüks ettiği iyi bilinmektedir. Bir dişin serbest diş eti kenarına çok

yakın bir şekilde bulunan frenulum, dişeti çekilmesine ve sonuçta kemik kaybına neden olabilir (2). Ayrıca belirgin bukkal frenulum, vestibül sulkusta yiyeceklerin birikmesine neden olarak ağız hijyen gereksinimini artırır (2).

Üst dudak kaldırıldığında frenulum diş etine kuvvet uygulayarak papilde beyazlaşmaya yol açıyorsa veya iki milimetreden daha geniş bir diastemaya neden olursa frenulumun cerrahi tedavisi önerilmektedir. Pedodontist ve ortodontistler arasındaki görüş birliği, daimi kanin sürmeden önce frenektomi yapılmaması ve cerrahi operasyonun diastemanın ortodontik tedavi ile kapatılmasını takiben yapılması yönündedir (2).

4. Ağız Solunumunun Etkileri

Ağız solunumu, tamamen burun solunumunun yerini alan veya kısmen burun solunumu ile birlikte görülen klinik bir durumdur. Bu durum genetik faktörler, sağlıksız oral alışkanlıklar, değişen derecelerde şiddet ve süre ile burun tıkanıklıkları ve pediatrik alerji ile ilişkilendirilmiştir. Ağız solunumu olan çocukların baş ve servikal omurga duruşunda, vücut postüründe değişiklikler gözlemlendiği bildirilmiştir (2, 25).

Burundan sağlıklı bir şekilde nefes alma sırasında, dil ucu damağa yaslanır ve dudaklar hafifçe kapalı durumda bulunur. Bu pozisyon ve paranasal sinüslerin havalanması ile oluşan basınç kraniyofasiyal büyüme ve gelişmeyi desteklemektedir. Adenoid ve tonsil hipertrofisi gibi hava yollarındaki tıkanma, burun solunumunun ağız solunumu ile desteklenmesine ya da tamamen ağız solunumuna geçilmesine neden olur. Ağız solunumu sırasında dil genellikle geride ve aşağıda konumlanır ve sert damağa yaslanmadığı için damak gelişimine katılmaz. Bu durum derin damak oluşmasına neden olur. Açık dudak duruşu üst kesici dişin ileri yönde açılmasını teşvik edebilir (2, 26). Nefes almayı kolaylaştırmak için kafa ileride konumlandırılır ve dolayısıyla vücut postürü değişir. Burun solunumu ve damakta karşı dil basıncının olmaması maksiller sinüs hipoplazisine, burun boşluklarının ve üst çene diş arkının daralmasına, mandibula gelişiminin azalmasına, maloklüzyon ve ağız kuruluğu gibi sorunlara yol açar (27).

Rinit, burun zarının iltihaplanması olarak tanımlanır. Alerjik rinitin tipik semptomları arasında burun akıntısı, hapşırma, burun tıkanıklığı ve kaşıntı bulunur. Bu semptomlar genellikle

alerjene maruz kaldıktan sonra ve ilerleyen günlerde bir saatten daha fazla süre ile görülür. 6 yaşına kadar çocukların %40'ından fazlasında alerjik rinit ortaya çıkabilir. Okul öncesi çocuklarda alerjik rinit ve astım tanısı zordur, semptomlar sıklıkla enfeksiyöz rinit ile karıştırılır. Alerjik rinitin tanı ve tedavisinde gecikme; kronik ağız solunumuna neden olmasının yanı sıra konuşma bozukluğu, kronik sinüzit, brüksizm, uyku bozuklukları, işitme problemleri, otitis media ve astım ataklarına neden olabilir. Bu nedenle 2 haftadan daha uzun süre devam eden semptomlar varlığında, enfeksiyon dışında bir neden düşünülmelidir (28, 29).

Uzun bir yüz, burun belirginliği ve genişliğinde azalma ve retrognatik mandibula, uykuda solunum bozuklukları açısından uzmanlara sevk edilmesini gerektirebilecek tanısal yüz özellikleri olabilir (30). Klinik semptomların şiddeti, ağız solunumu süresine bağlı olarak çeşitlilik gösterir. Ağız solunumuna neden olan etken tedavi edilmediğinde gelişimsel bozukluklar ve vücuttaki yapısal değişikliklerin şiddeti artar.

5. Oral Alışkanlıkların Etkileri

Besleyici olmayan emme alışkanlıklarına ek olarak, dil itme ve atipik yutma, dudak emme,

kendi kendini yaralama, ağız solunumu ve bruksizm gibi uzun süreli alışkanlıklar büyüme ve gelişim dönemindeki çocuklarda ortodontik problemlere yol açabilir. Oral dokuları kendi kendine yaralama ve bruksizm, yumuşak doku travması ve enfeksiyon gibi önemli sorunlara yol açabilir. Doğru anamnez alma ve detaylı muayene, bu alışkanlıkların teşhisi ve tedavi planının oluşturulmasında temel adımlardır. Uygun tedavi yöntemi hasta uyumu ve alışkanlığın şiddetine göre belirlenir (31). 3-6 yaş arası, potansiyel oral alışkanlıkların takibi için bir geçiş dönemidir. Dental değişikliklere neden olan bir alışkanlık, daimi kesici dişler çıkmadan kendiliğinden kesilmezse, daimi dişler de etkilenecektir ancak geri döndürülemez değişiklikler değildir. Alışkanlık, karma dişlenme döneminde durdurulursa, olumsuz dental değişiklikler doğal olarak tersine dönmeye başlayacaktır. Alışkanlık kesildiğinde dişler genellikle uygun konuma doğru hareket edecektir ancak ağız içi aperey tedavisi gerekebilir. Herhangi bir müdahaleye karar vermeden değerlendirilmesi gereken en önemli nokta, çocuğun tedavinin başarılı olması için alışkanlığı bırakmak istemesidir (25).

Aktif parmak emme alışkanlığının en sık dental sonuçları, posterior çapraz kapanış, ön açık kapanış, aşırı overjet olarak bildirilmiştir (32, 33). Posterior çapraz kapanış genellikle başparmak veya emzik emme alışkanlığının yan etkisidir, çünkü dil aşağı doğru yer değiştirir ve orbicularis oris ve buccinator kaslar üst dişlere içeri doğru bir kuvvet uygular. Dilde karşı dengeleme kuvveti olmadığında, üst dişlerde çapraz kapanış meydana gelir. Alışkanlığa bağlı uygulanan kuvvetin muhtemel diş hareketine neden olması için gerekli minimum süre 4 ila 6 saat olarak belirtilmiştir. Anterior açık kapanış, aktif başparmak emme alışkanlığının doğrudan bir sonucudur. Başparmak ön dişlerin sürmesini engellediğinde, arka dişler pasif olarak sürer ve açık bir kapanış ortaya çıkar. Çoğu başparmak emme alışkanlığında, başparmak üst kesici dişlerin lingual yüzeyine ve mandibular kesici dişlerin bukkal yüzeyine baskı uygular. Bu, maksiller kesici dişlerin bukkale ve mandibular kesici dişlerin linguale devrilmesine ve sonuç olarak artmış overjete neden olur (32). Dudak yalama, dental etkileri açısından değerlendirildiğinde nispeten iyi huylu bir alışkanlıktır. Kırmızı, iltihaplı ve çatlamış dudaklar

ve perioral dokular dudak yalama ile ilişkili en belirgin belirtilerdir. Kış mevsiminde durum sıklıkla şiddetlenir ve dudak yalama dermatiti olarak da adlandırılır. Tedavi genellikle hafifletici ve dudakları nemlendirmekle sınırlıdır, ancak bazı klinisyenler alışkanlıkları kesmek için apareyler kullanmıştır. Dudakları içeren yaygın diğer bir alışkanlık da alt dudağı maksiller kesici dişlerin arkasında konumlandırmaktır. Alt dudak, maksiller kesici dişlere öne doğru ve mandibular kesici dişlere lingual yönde kuvvet uygular, bu durum artmış overjet ile sonuçlanır. Ek olarak, alt dudak ve diğer perioral dokular ıslanma ve ısırma sonucu çatlayarak iltihaplanabilir (25).

Tırnak ısırma (onikofaji), dudak ısırma gibi vücut odaklı tekrarlayan davranışlar, genel nüfusun %20-%30'unda görülmektedir. 4 yaşından küçük bireylerde nadir görülen bir alışkanlıktır. 4-6 yaş grubunda insidans artar ve ergenlik dönemine kadar devam eder. Erkekler ve kadınlarda 10 yaşına kadar nispeten eşit seviyede olduğu, ancak daha sonra erkeklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir. Alışkanlığın artan stresin bir yansıması olduğu öne sürülmektedir. Alışkanlık yönetiminde, psikolog ve/veya davranış terapisi uzmanına başvurmak gerekli olabilir. Tırnak

ısırmanın kesici diş maloklüzyonu ile ilişkili olabileceğine dair görüşler olmakla birlikte bakteriyel enfeksiyonlar, diş eti iltihabı, minör mine kırıkları ile daha sık ilişkili olduğu bildirilmektedir (34).

Tekrarlayan çene hareketleri ile dişlerin sıkılması veya gıcırdatılması bruksizm olarak adlandırılır (35). Gün boyunca ortaya çıkabilmesine rağmen, genellikle çocuklarda uyku sırasında meydana geldiği bildirilmektedir. Çiğneme kaslarında ağrı veya temporomandibular eklem ağrısına yol açabilir. Bruksizmin kesin nedeni bilinmemektedir (36). Merkezi sinir sistemi aktivitesi, genetik ve psikososyal faktörler konu ile ilgili olarak araştırılmaktadır. Lokal, sistemik ve psikolojik faktörler nedeniyle oluşabileceği düşünülerek bruksizmin oluşma nedeni ile ilgili teoriler ortaya atılmıştır. Bölgesel teori; erken oklüzal temas, yüksek restorasyon veya bazı diş rahatsızlıklarına karşı bruksizmin bir tepki olarak ortaya çıktığını öne sürmektedir. Bruksizm nedeni olabilecek sistemik faktörler arasında bağırsak parazitleri, subklinik beslenme yetersizlikleri, alerjiler ve endokrin bozukluklar gösterilebilir. Psikolojik teori ise bruksizmi stres ve kişilik bozukluğunun tezahürü veya artması olarak tanımlar. Ayrıca, bu

teoriler sadece 6 yaşından büyük çocuklarda ilişkilendirilebilmiştir. 5 yaşından küçük çocuklarda psikososyal faktörlerin bruksizm görülmesinde etken olduğuna dair kanıt yoktur (37, 38).

Oral alışkanlıkların ortaya çıkmasını önlemek için biyolojik bir ihtiyaç olan emzirmenin en iyi yöntem olduğu düşünülmektedir. Emzirme süresi ile oral alışkanlıkların ortaya çıkması arasında ters ilişki olduğu bildirilmiştir (39).

6. Yutmanın Etkileri

Yetişkin bir bireyde, yutma sırasında karşıt çenelerdeki dişler temas halindedir ve dil damağın arka üst kısmında dinlenme konumunu alacak şekilde yükseltilir. Dolayısıyla bu aşamada dil hareketi üst çeneye bir basınç uygulayarak enine büyümesine katkıda bulunur. Atipik yutma şekli, gelişimin erken döneminde normal kabul edilir. Birinci süt azı dişleri sürdükçe (12.-15. ay) infantil yutmadan yetişkin tipi yutmaya geçiş gerçekleşir ve dil damakta konumlanmaya başlar.

İnfantil yutmadan yetişkin yutmasına geçiş sağlanamazsa, atipik yutma olarak tanımlanan patolojik bir durum ortaya çıkar (40).

Atipik yutmaya neden olabilecek durumlar şu şekildedir (41):

- Çocukluk döneminde uzun süreli biberonla besleme veya anne sütü ile beslenme, katı kıvamlı gıda tüketmeme
- Parmak veya emzik emme, tırnak ısırma/yeme
- Ağzdan solunum, adenoid hipertrofisi, tonsil hipertrofisi, rinit, bronşiyal astım gibi solunum problemleri
- Konjenital oral anomaliler (kısa lingual frenulum veya ankiloglossi)

Atipik yutma aşağıdaki durumlarla ilişkili bulunan durumlar şu şekildedir (42):

- Dental maloklüzyonlar: premaksillanın önde olması, artmış overjet, openbite, dişler arasında diestema
- İskeletsel maloklüzyonlar: Dar ve ileri pozisyonlu (protrüze) üst çene, geride konumlanmış mandibula gibi sagittal ve transversal uyumsuzluklar.

Posterior çapraz kapanışı olan çocuklarda yutma sırasında dil ile damağın arka kısmında sağlanan stabilizasyon, normal kapanışa sahip olanlara göre daha zayıftır (43). Atipik yutma ile birlikte maloklüzyonların yüksek oranda görülmesi, bu

konuyu bilimsel araştırmalar için ilgi ve merak konusu haline getirmektedir. Tek başına ortodontik tedavinin atipik yutma olan hastalarda sorunu çözmek için yeterli olmadığı, uygun ve uzun süreli sonuçlar elde etmek için, ortodontik & myofonksiyonel tedavi ve multidisipliner bir tedavi yaklaşımı gerektiği literatürde bildirilmiştir (41).

7. Çiğnemenin Etkileri

Çiğneme, yiyecek partiküllerinin boyutunun küçültüldüğü ve kolayca yutulabilen bir bolus haline getirilmek üzere tükürük ile nemlendirildiği fizyolojik bir işlemdir. Çiğneme kuvvetini üreten çiğneme kaslarıdır. Dil, yanaklar ve dudaklar da yiyecekleri diş yüzeyleri ile temas halinde kalmasını sağlayarak ve yönlendirerek çiğnemede önemli rol oynar (44). Ayrıca sağlıklı diş kökleri etrafındaki periyodontal mekanoreseptörler ağız içi motor fonksiyonları düzenlenmesinde ve motor kontrol için esas olan reflekslerin sağlanmasında önemlidir (45).

Sağlıklı bireylerde; cinsiyet, yaş, vücut kitle indeksi, diş sağlığı durumu, çeneler arası diş ilişkileri, oklüzal temas alanı, arka fonksiyonel çiğneme ünitesi sayısı, nörolojik durum ve ağız içi hassasiyetin çiğneme performansını etkilediği bildirilmiştir (46). Normal oklüzyona sahip olan

kişiler daha basit ve daha düzenli çiğneme döngüsü modeli gösterirken, maloklüzyonlu bireyler ters, kontralateral ve düzensiz çiğneme modeli göstermektedir (44). Ayrıca mevcut çiğneme performansının dentofasiyal büyümeyi etkilediği bilinmektedir (47).

Son birkaç bin yılda gıda hazırlama teknolojisindeki değişikliklerin (özellikle pişirme, yumuşatma ve öğütme), yumuşak, işlenmiş gıdaları daha az çiğnemeye ve buna bağlı olarak, daha az büyüme ve insanlarda daha küçük yüz boyutu oluşumuna katkıda bulunduğu varsayılmaktadır (48). Araştırmalar, gıda işleme tekniklerinin günümüz insan toplumlarında mandibular ve maksiller diş arklarında ve yüz büyümesinde azalmaya yol açtığı hipotezini desteklemektedir (49-51).

Erken çocukluk dönemindeki besleyici ve besleyici olmayan çiğneme alışkanlıkları; sınıf II molar kapanış, artmış overjet ve posterior çapraz kapanış gibi maloklüzyonların gelişmesi için bir risk faktörü olabilir. Tüm bu nedenlerle, anormal alışkanlıkların erken teşhisi ve sağlıklı çiğneme fonksiyonunun desteklenmesi ile maloklüzyonun önlenmesine yardımcı olabilir (14).

SONUÇ

Maloklüzyonun çoğunlukla kalıtsal olduğu belirtilmekle birlikte, özellikle oral yumuşak dokuların aktivitesi ve duruşunun etkileri bu makalede açıklanmıştır. Duruş ve parafonksiyonel alışkanlıkların ne kadar kalıtsal olabileceği bilinmemektedir ancak yüz ve diş yapılarının zamanla yumuşak dokulardan etkilendiği ve bazı maloklüzyonların temelinde orofasiyal myofonksiyonel bozuklukların olduğu ortadadır. Uzun vadeli sonuçlar, kötü yüz estetiğinin yanı sıra kişinin yaşam kalitesini tehdit eden sağlık sorunları olarak görülebilir. Sonuç olarak açıklanan bu bilimsel kanıtlar ışığında, olası problemleri önlemek için tüm tıp ve diş hekimliği alanında çalışan sağlık personelinin, çocuklarda OMB'nin belirti ve semptomlarını tarama sorumluluğuna sahip olduğu bilinmelidir.

KAYNAKLAR

1. Bakke M, Bergendal B, McAllister A, Sjogreen L, Asten P. Development and evaluation of a comprehensive screening for orofacial dysfunction. *J Swedish dental journal*. 2007;31(2):75-84.
2. D'Onofrio L. Oral dysfunction as a cause of malocclusion. *Orthodontics & craniofacial research*. 2019;22 Suppl 1:43-8.
3. Garretto AL. Orofacial myofunctional disorders related to malocclusion. *The International journal of orofacial myology : official publication of the International Association of Orofacial Myology*. 2001;27:44-54.
4. Dehlink E, Tan H-L. Update on paediatric obstructive sleep apnoea. *J Journal of thoracic disease*. 2016;8(2):224.
5. Harari D, Redlich M, Miri S, Hamud T, Gross M. The effect of mouth breathing versus nasal breathing on dentofacial and craniofacial development in orthodontic patients. *J The Laryngoscope*. 2010;120(10):2089-93.
6. Cortese SG, Biondi AM. Relationship between dysfunctions and parafunctional oral habits, and temporomandibular disorders in children and teenagers. *J Archivos argentinos de pediatria*. 2009;107(2):134-8.
7. Germa A, Clément C, Weissenbach M, Heude B, Forhan A, Martin-Marchand L, et al. Early risk factors for posterior crossbite and anterior open bite in the primary dentition. *J The Angle Orthodontist*. 2016;86(5):832-8.
8. Elad D, Kozlovsky P, Blum O, Laine AF, Po MJ, Botzer E, et al. Biomechanics of milk extraction during breast-feeding. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2014;111(14):5230-5.
9. Barlow SM, Radder JPL, Radder ME, Radder AK. Central pattern generators for orofacial movements and speech. *Handbook of behavioral neuroscience*. 19: Elsevier; 2010. p. 351-69.
10. Peres KG, DE OLIVEIRA LATORRE MDRD, Sheiham A, Peres MA, Victora CG, Barros FC. Social and biological early life influences on the prevalence of open bite in Brazilian 6-year-olds. *J International journal of paediatric dentistry*. 2007;17(1):41-9.
11. Romero CC, Scavone-Junior H, Garib DG, Cotrim-Ferreira FA, Ferreira RI. Breastfeeding and non-nutritive sucking patterns related to the prevalence of anterior open bite in primary dentition. *J Journal of Applied Oral Science*. 2011;19(2):161-8.
12. Limeira AB, Aguiar CM, de Lima B, Siqueira N, Câmara AC. Association between breast-feeding duration and posterior crossbites. *Journal of Dentistry for Children*. 2014;81(3):122-7.
13. Sum FHKMH, Zhang L, Ling HTB, Yeung CPW, Li KY, Wong HM, et al. Association of breastfeeding and three-dimensional dental arch relationships in primary dentition. *BMC Oral Health*. 2015;15(1):30.
14. Luz CL, Garib DG, Arouca R. Association between breastfeeding duration and mandibular retrusion: a cross-sectional study of children in the mixed dentition. *J American Journal of Orthodontics dentofacial orthopedics*. 2006;130(4):531-4.
15. Kajan ZD, Khademi J, Nemati S, Niksolat E. The effects of septal deviation, Concha bullosa, and their combination on the depth of posterior palatal arch in cone-beam computed tomography. *J Journal of Dentistry*. 2016;17(1):26.
16. Vázquez-Nava F, Quezada-Castillo J, Oviedo-Trevino S, Saldivar-González A, Sánchez-Nuncio H, Beltrán-Guzmán F, et al. Association between allergic rhinitis, bottle feeding, non-nutritive sucking habits, and malocclusion in the primary dentition. *J Archives of disease in childhood*. 2006;91(10):836-40.
17. Krasny M, Wysocki J, Zadurska M, Skarżyński PH. Relative nasopharyngeal patency index as possible objective indication for adenoidectomy in children with orthodontic problems. *J International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2011;75(2):250-5.
18. Valera FC, Travitzki LV, Mattar SE, Matsumoto MrA, Elias AM, Anselmo-Lima WT. Muscular, functional and orthodontic changes in pre school children with enlarged adenoids and tonsils. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2003;67(7):761-70.
19. Guillemineault C, Stoohs R. Obstructive sleep apnea syndrome in children. *J Pediatrician*. 1990;17(1):46-51.
20. Flores-Mir C, Korayem M, Heo G, Witmans M, Major MP, Major PW. Craniofacial morphological characteristics in children with obstructive sleep apnea syndrome: a systematic

- review and meta-analysis. *J The Journal of the American Dental Association*. 2013;144(3):269-77.
21. Wysocki J, Krasny M, Skarżyński PH. Patency of nasopharynx and a cephalometric image in the children with orthodontic problems. *J International journal of pediatric otorhinolaryngology*. 2009;73(12):1803-9.
 22. Messner AH, Lalakea ML. The effect of ankyloglossia on speech in children. *Otolaryngology-Head Neck Surgery*. 2002;127(6):539-45.
 23. Belmehdi A, Harti KE, Wady WE. Ankyloglossia as an oral functional problem and its surgical management. *Dent Med Probl*. 2018;55(2):213-6.
 24. Vaz AC, Bai PM. Lingual frenulum and malocclusion: An overlooked tissue or a minor issue. *Indian J Dent Res*. 2015;26(5):488-92.
 25. Law CS. *Oral Habits*. Pediatric Dentistry. 6ed ed: Elsevier; 2019. p. 386-93.
 26. SUBTELNY JD. Oral respiration: facial maldevelopment and corrective dentofacial orthopedics. *The Angle Orthodontist*. 1980;50(3):147-64.
 27. Bresolin D, Shapiro PA, Shapiro GG, Chapko MK, Dassel S. Mouth breathing in allergic children: its relationship to dentofacial development. *J American journal of orthodontics*. 1983;83(4):334-40.
 28. Ferro MA, Boyle MH. Self-concept among youth with a chronic illness: A meta-analytic review. *Health psychology*. 2013;32(8):839.
 29. Mir E, Panjabi C, Shah A. Impact of allergic rhinitis in school going children. *Asia Pacific Allergy*. 2012;2(2):93-100.
 30. Al Ali A, Richmond S, Popat H, Playle R, Pickles T, Zhurov AI, et al. The influence of snoring, mouth breathing and apnoea on facial morphology in late childhood: a three-dimensional study. *BMJ open*. 2015;5(9):e009027.
 31. Silva M, Manton D. Oral habits--part 2: beyond nutritive and non-nutritive sucking. *Dent Child (Chic)*. 2014;81(3):140-6.
 32. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. *Contemporary orthodontics-e-book*: Elsevier Health Sciences; 2014.
 33. Oyamada Y, Ikeuchi T, Arakaki M, Hino R, Ono M, Kobayashi M, et al. Finger sucking callus as useful indicator for malocclusion in young children. *Pediatric dental journal*. 2016;26(3):103-8.
 34. Tanaka OM, Vitral RWF, Tanaka GY, Guerrero AP, Camargo ES. Nailbiting, or onychophagia: a special habit. *J American Journal of Orthodontics Dentofacial Orthopedics*. 2008;134(2):305-8.
 35. Thie N, Lavigne GJ. Bruxism and orofacial movements during sleep. *Dental, clinics of north america*. 2001;45(4):657.
 36. Vieira-Andrade RG, Drumond CL, Martins-Junior PA, Corrêa-Faria P, Gonzaga GC, Marques LS, et al. Prevalence of sleep bruxism and associated factors in preschool children. *Pediatric dentistry*. 2014;36(1):46-50.
 37. Kuch EV, Till MJ, Messer LB. Bruxing and non-bruxing children: a comparison of their personality traits. *J Pediatr Dent*. 1979;1(3):182-7.
 38. Machado E, Dal-Fabbro C, Cunali PA, Kaizer OB. Prevalence of sleep bruxism in children: a systematic review. *J Dental press journal of orthodontics*. 2014;19(6):54-61.
 39. Agarwal SS, Sharma M, Nehra K, Jayan B, Poonia A, Bhattal H. Validation of association between breastfeeding duration, facial profile, occlusion, and spacing: a cross-sectional study. *J International journal of clinical pediatric dentistry*. 2016;9(2):162.
 40. Giuca MR, Pasini M, Pagano A, Mummolo S, Vanni A. Longitudinal study on a rehabilitative model for correction of atypical swallowing. *J Eur J Paediatr Dent*. 2008;9(4):170-4.
 41. Pietro F. Froggy mouth: a new myofunctional approach to atypical swallowing. *J European Journal of Paediatric Dentistry*. 2019;20:33.
 42. Tecco S, Mummolo S, Marchetti E, Tetè S, Campanella V, Gatto R, et al. sEMG activity of masticatory, neck, and trunk muscles during the treatment of scoliosis with functional braces. A longitudinal controlled study. *J Journal of electromyography kinesiology*. 2011;21(6):885-92.
 43. Kurabeishi H, Tatsuo R, Makoto N, Kazunori F. Relationship between tongue pressure and maxillofacial morphology in Japanese children based on skeletal classification. *J Journal of oral rehabilitation*. 2018;45(9):684-91.
 44. Gopalakrishnan U, Abdullah F, Nafi F, Mahendra L, Madasamy R. Influence of malocclusion on masticatory sounds: A In vivo study. *Journal of Indian Orthodontic Society*. 2018;52(6):151-.
 45. KAYABEKİR M, TUNCER M, TÜRKER KS. ÇİĞNEMENİN NÖROFİZYOLOJİSİ VE GENEL MOTOR KONTROL İLE ETKİLEŞİMİ. *Atatürk Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 25(1).
 46. Kaya M, Güçlü B, Schimmel M, Akyüz S. Two-colour chewing gum mixing ability test for evaluating masticatory performance in children with mixed dentition: validity and reliability study. *J Journal of oral rehabilitation*. 2017;44(11):827-34.
 47. ÖZ UDAZ, CİĞER S. Çiğneme fonksiyonları ve maloklüzyon. *J Atatürk Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 23(3):436-40.
 48. Corruccini R, Beecher R. Occlusofacial morphological integration lowered in baboons raised on soft diet. *Journal of Craniofacial Genetics Developmental Biology*. 1984;4(2):135-42.
 49. Lieberman DE, Krovit GE, Yates FW, Devlin M, Claire MS. Effects of food processing on masticatory strain and craniofacial growth in a retrognathic face. *J Journal of human evolution*. 2004;46(6):655-77.
 50. Sugumra T, Inada J, Sawa S, Kakudo Y. Dynamic responses of the skull caused by loss of occlusal force. *Journal of Osaka Dental University*. 1984;18(1):29-42.
 51. Carlson DS, Van Gerven DP. Masticatory function and post-Pleistocene evolution in Nubia. *American Journal of Physical Anthropology*. 1977;46(3):495-506.

DERLEME**Akran Zorbalığı Önleme ve Müdahale Programlarında Güncel Yaklaşımlar ve Hemşirelik Rollerini***Kadriye DEMİR¹, Sibel KÜÇÜK¹***ÖZ**

Akran zorbalığı öğrenciler açısından yıkıcı ve kalıcı etkileri olan önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Dünyada ve ülkemizde son yıllarda akran zorbalığına işaret eden bilimsel çalışmalar artmıştır. Fakat çocuklara yönelik akran zorbalığını önlemek ve müdahale etmek için özel tasarlanmış programların etkinliğini test eden az sayıda randomize kontrollü çalışma bulunmaktadır. Literatürde akran zorbalığı ile ilgili tanımlayıcı ve müdahale araştırmalarına ihtiyaç olduğunu vurgulanmaktadır. Çocuk hemşireleri, akran zorbalığına ilişkin modele dayalı önleme ve müdahale programları geliştirerek ve bu programları uygulayarak akran zorbalığı oranlarının düşmesine ve çocuk sağlığının geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Bu çalışma, akran zorbalığını önlemeye yönelik etkinliği test edilmiş programları ve güncel yaklaşımları derlemek ve çocuklarla ilgili alanda çalışan profesyonellere ışık tutmak amacı ile yazılmıştır.

Ahtar Kelimeler: Okul sağlığı, Önleme, Hemşirelik

Current Approaches and Nursing Roles in Peer Bullying Prevention and Intervention Programs*Kadriye DEMİR¹, Sibel KÜÇÜK¹***Abstract**

Peer bullying is an important public health problem with destructive and permanent effects for students. Scientific studies pointing to peer bullying have increased in the world and in our country in recent years. However, there are few randomized controlled studies that test the effectiveness of specially designed programs to prevent and respond to peer bullying for children. The literature emphasizes the need for descriptive and intervention studies on peer bullying. Child nurses will contribute to the reduction of peer bullying rates and the improvement of child health by developing and implementing prevention and intervention programs based on models of peer bullying. This study was written to compile effective-tested programs and current approaches to prevent peer bullying and to shed light on professionals working in the field of children.

Key Words: School health, Prevention, Nursing

¹Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sorumlu Yazar: Kadriye DEMİR

E-posta adresi: kadriyebartik@gmail.com

ORCID No: 0000-0002-7064-5432

Gönderi Tarihi: 29.09.2020

Kabul Tarihi: 05.12.2020

GİRİŞ

Akran zorbalığının kalıcı ve yıkıcı etkilerinin olması konuya yönelik ilginin artmasına neden olmuştur (1). Literatürde, akran zorbalığının kuramsal yaklaşımlara göre açıklanması, akran zorbalığını önleme ve müdahale çalışmaları, akran zorbalığı ve sosyodemografik özelliklerin ilişkisi, akran zorbalığının yaygınlığı ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (2-8). Akran zorbalığı konusunda ağırlıklı olarak tüm okula yönelik müdahale ve koruma programları oluşturulmuş ve etkinliği denenmiştir (9-14). Akran zorbalığını önlemek ve durdurmak için geliştirilen okula yönelik müdahale programları daha çok öğrenciler, okul çalışanları ve aileler üzerinde odaklanmaktadır (15). Buna karşın yaş gruplarına özel ve hedef gruba (sadece zorbalılar veya sadece kurbanlar) yönelik yapılan müdahale ve önleme çalışmaları oldukça sınırlı sayıdadır (16). Akran zorbalığı ile ilgili derleme ve meta analiz araştırmalarında, sosyal, bilişsel ve ahlaki faktörleri hedef alan ve bireysel düzeyde uygulanan müdahale programlarının potansiyel gücüne vurgu yapılmıştır. Konu ile ilgili literatür, okula yönelik tüm müdahale programlarının etkinliğini kabul etmekle birlikte bu müdahalenin

bireysel uygulamaları da kapsayacak şekilde genişletilmesi gerektiğini savunmaktadır. Bu nedenle kurbanlar ve zorbalılar ile yapılacak bireysel uygulamalara yön verecek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır (2,17). Bu anlamda, okul sağlığı hemşirelerine önemli roller düşmektedir. Okul sağlığı hemşiresi; bakım verici, eğitici, danışmanlık gibi rollerini kullanarak etkinlikler planlayıp akran zorbalığı ile mücadele ederken (6,18), aynı zamanda okulda ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile ilgili akran zorbalığına yönelik önleme ve müdahale programlarının uygulaması ve değerlendirilmesi ile ilgili önemli çabalara öncülük etmelidir (19).

AKRAN ZORBALIĞI

Okul, çocukların yetişkin hayatında alacağı görevler için hazırlandığı bir kurumdur. Bu kurumda çocukların akranları ile kurduğu ilişkiler daha sonraki hayatlarını etkilemektedir (20). Okul yaşantısında çocuklar akranları ile bazı problemler yaşayabilmektedir. Bunlardan bazıları akran zorbalığı kavramı ile açıklanmaktadır (16). Akran zorbalığı kendini savunmakta güçlük yaşayan birine karşı bir veya daha fazla akranı tarafından yapılan kasıtlı, tekrarlayıcı, rahatsız edici, zarar

verici olumsuz davranışlar olarak tanımlanmaktadır (5,21,22). Zorbanın amacı kurbanı kontrol altına almak, korkuya neden olmak ve/veya kurbanı zarar vermektir (21). Bir davranışa zorbalık denilebilmesi için üç esas ölçüte sahip olması gerekmektedir. Bu ölçütler; kasten zarar verme maksatlı saldırgan davranışlar olması, eylemin sürekli olması, zorbalık uygulayan ile zorbalığa maruz kalan arasında fiziki ya da psikolojik bakımdan güç dengesizliğinin olması şeklinde açıklanmaktadır (22,23). Zorbalık, hem çevresel sistemlerin hem de bireysel düzeydeki faktörlerin karmaşık bir etkileşiminden kaynaklanmaktadır (2).

Akran Zorbalığı Yaygınlığı

Akran zorbalığının yaygınlığı ile ilgili çalışma sonuçları büyük farklılıklar içermektedir. Özellikle çalışmalarda kullanılan ankette yer alan soruların özellikleri sonuçları değiştirebilmektedir. Örneğin; soru anketlerindeki zaman aralığı (geçen ay, geçen dönem vb.), sıklık (bir kez, iki kez vb.) ve zorbalık türleri (bazı anketlerde siber zorbalık dahil olmayabiliyor) birbirinden farklı olabilmektedir. Bu nedenle, çalışmalar arasında karşılaştırma yapmak ve yaygınlık oranlarını net bir şekilde

belirtmek zorlaşmaktadır (24-26). Siber zorbalık ve diğer zorbalık türleri için ölçüm yaklaşımlarında daha fazla fikir birliğine ihtiyaç olduğunu vurgulanmaktadır (27).

Okul yılları akranlar arasında zorbalık şiddetinin en yaygın görüldüğü dönemlerdir (26). Yüksek gelirli ülkelerde akran zorbalığı yaygınlığını inceleyen kapsamlı araştırmalar mevcut iken, orta ve düşük gelirli ülkelerde dar ölçekli ve az sayıda araştırmalar yapılmıştır (28). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)'nin, 'Okullarda Zorbalık Ne Kadar Problem' raporuna göre Türkiye'de 15 yaş düzeyindeki öğrencilerin %19'u ayda en az birkaç kez akranları tarafından fiziksel ya da sözel şiddete maruz kalmaktadır. Türkiye verileri OECD verileri ile benzerlik gösterirken Hong Kong, Letonya, Dominik Cumhuriyeti, Malezya, Rusya, Birleşik Arap Emirlikleri, Tunus ve Tayland gibi birçok ülkede bu oran % 25'in üzerine çıkmaktadır. En düşük şiddet oranları Tayvan, Güney Kore, Hollanda, İrlanda ve Portekiz'e aittir (29). Bir derleme çalışmasında, çocukların yaklaşık % 20-25'inin zorbalık ile doğrudan ilişkili olduğu (zorba, kurban, zorba/kurban) bildirilmiştir. Batı ülkelerinde

yapılan büyük çaplı çalışmalar, çocukların % 4-9'unun zorbalık yaptığını ve okul çağındaki çocukların % 9-25'inin zorbalığa maruz kaldığını göstermektedir (30). Tunus'ta ortaokulda akran zorbalığı yaygınlığını araştıran bir çalışmada, katılımcıların % 11,7'si mağdur, % 7,8'i zorba, % 3,2'si zorba/mağdur ve %75,5'i seyirci olarak sınıflandırılmıştır (31). Türkiye'de ortaokullarda akran zorbalığının yaygınlığının incelendiği yakın tarihli bir araştırmada, öğrencilerin yaklaşık % 7'sinin zorbalık yaptığı ve yaklaşık % 12'sinin mağdur olduğu bildirilmiştir. Toplamda öğrencilerin % 39'unun akran zorbalığından etkilendiği ve akran zorbalığının ortaokul öğrencileri için yaygın bir sorun olduğu vurgulanmıştır (32). Dünyada ve ülkemizde akran zorbalığı olayları yaygın olarak görülmekte ve artarak devam etmektedir.

Akran zorbalığının belirlenmesinde genel olarak öz bildirim dayalı ölçekler kullanılmıştır. Ölçeklerde, öğrenciler kendini koruma içgüdüleri ile gerçekçi yanıtlar vermeyebilmekte ve bu nedenle zorbalık oranlarının gerçeğinden az ya da yüksek çıkması söz konusu olabilmektedir (33). Akran zorbalığı yaygınlığı ülkeler ve bölgeler arasında değişiklik göstermektedir. Zorbalığı kimin yaptığı

(aynı sınıftaki arkadaşları veya başka sınıftaki öğrenciler), zorbalığın gerçekleştiği yer (sınıf, oyun alanı) ve zorbalık türleri (sosyal, fiziksel, siber) açısından doğu ve batı ülkeleri arasında önemli kültürel, dilsel ve dinsel farklılıklar bildirilmiştir (28). Zorbalık türlerine göre görülme oranları değişebilmektedir. Yapılan bir araştırmada, en sık maruz kalınan ve yapılan zorbalık şekli sözel zorbalık, ikinci sırada ise fiziksel zorbalık olarak belirtilmiştir (34).

Akran Zorbalığı Döngüsündeki Roller ve İlişkili Özellikler

Çocuklar zorbalığa farklı rollerde dahil olabilmektedir (35). Akran zorbalığında zorba ve kurbanın dışında seyirci ve zorba/kurbanlar olabilmektedir (36). Literatürde zorba veya kurban olma olasılığı genellikle yaş, fiziksel görünüm, cinsiyet, güç dengesizliği, sosyal statü, popüler olma, psikolojik üstünlük ve anne-baba eğitimi gibi belirli kişisel ve sosyodemografik özelliklerle ilişkilendirilmektedir. Örneğin; obez olan öğrencilerin, fazla kilolu olmayan akranlarına göre kurban veya zorba olma olasılığı daha yüksektir (2,15,21,37). Fiziksel olarak daha az gelişmiş, görünümünden mutsuz, kaygılı, öz güvenleri düşük veya sosyal olarak izole edilmiş çocukların

zorbalığa maruz kalma ihtimalinin yüksek olduğu bildirilmektedir (5,38,39). Akran zorbalığı yapan çocukların genel özellikleri ise zayıf empati becerisi, zayıf öfke yönetimi, kendi problemlerini dışsallaştırma, düşük okul başarısı, aile içinde saldırgan bir rol modelin varlığı, fiziksel güç, dürtüsel kişilik olarak sıralanabilir (2,5,22,40,41). Zorbalık yapan çocuklar genellikle karşı tarafın kasıtlı olarak kendilerini kışkırttığına inanmakta ve bu durum onların reaktif saldırganlık sergilemesine ve empati yapamamalarına sebep olmaktadır (41). Akran zorbalığı olayına dahil olan çocuklar yaş grupları ve cinsiyet açısından farklılık göstermektedir. Akran zorbalığı yapma ve zorbalığa maruz kalma sıklığı özellikle çocukluktan ergenliğe geçiş döneminde artmaktadır (29,40). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 'Okul Çağındaki Çocuklarda Sağlık Davranışları Raporu'nda zorbalığa maruz kalma sıklığı yaşla birlikte azalmakta iken zorbalık yapma sıklığı özellikle erkekler arasında yaşla birlikte arttığı bildirilmektedir. Zorbalık yapma, tüm ülkelerde ve bölgelerde erkek çocuklar arasında daha yaygın görülmektedir (40).

Zorbalık olayına dahil olma oranları sınıf düzeyinde de değişiklik göstermektedir. Beşinci sınıflar öğrencilerinde izleyici grubunda yer alma oranını, sekizinci sınıf öğrencilerinde ise zorba/kurban grubunda yer alma oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (42). Bu durum, beş ve altıncı sınıfta kurban olan öğrencinin sekizinci sınıfta zorba/kurban statüsüne geçtiğini göstermektedir. Türkiye'de 'Çocukların Gözünden Okulda Yaşam Raporu'nda dördüncü sınıftan beşinci sınıfa geçişte akran zorbalığına uğradığını belirten çocukların sayısının arttığı bildirilmiştir (43). Özkan ve Çiftçi (2010) beşinci sınıf öğrencileri arasında zorbalığın oldukça ciddi ve yaygın bir sorun olduğu vurgulamaktadır (44). Bu araştırma sonuçlarına dayanarak ortaokula geçiş döneminin akran zorbalığı açısından riskli bir dönem olduğu söylenebilir. Ayrıca bu çocukların ergenlik dönemi ve eğitim öğretimde ikinci kademeye geçiş döneminde olması, okul, arkadaş, öğretmen değişimi yaşaması kurban/zorbalığa açık hale gelmesine neden olabilmektedir. (45).

Akran Zorbalığının Çocuklar Üzerine Etkisi

Akran zorbalığı çocukları birçok yönden olumsuz etkilemektedir. Zorbalığın hem zorba, hem kurban

hem de zorbalık olayını izleyen çocuklar üzerine ciddi olumsuz sonuçları olmaktadır (42). Zorbalıkla ilgili herhangi bir deneyim travma olarak görülebilmekte, bu durum stresin fizyolojik ve psikosomatik tepkilerini tetikleyebilmektedir (46).

Akran zorbalığına maruz kalan öğrencilerde diğer öğrencilere göre daha fazla sağlık sorunları görülmektedir (46). Zorba ve kurban olan çocuklarda depresyon ve anksiyete belirtileri, düşük benlik saygısı, yalnız hissetme, yeme ve uyku alışkanlıklarını değiştirme ve etkinliklere ilgi duymama gözlenebilmektedir (39,40,47,48). Hem kurban hem de zorbanın yaşadığı duygusal ve davranışsal problemler yetişkinlik döneminde de devam edebilir ve uzun vadeli olumsuz sonuçlara yol açabilme potansiyeline sahiptir (49). Zorbalığa uğrayanların uğramayanlara göre, zorbalık yapanların yapmayanlara göre ve bir şekilde zorbalık döngüsüne girenlerin girmeyenlere göre depresif belirtileri daha fazla, benlik saygıları daha düşük, özkıyım düşünceleri daha fazla olmaktadır. Zorbalığa uğramak özkıyım düşüncesi riskini %45 artırırken, zorbalık yapma riskini % 66,3 oranında artırmaktadır (48). Bu oranlar akran zorbalığı yapan ve zorbalığa maruz kalan çocuklarında

gelecekte ruh sağlığı açısından risk altında olduğunu göstermektedir (2). Ayrıca, zorbalığa tanık olan çocuklar zorbaya karşı çıkmadıkları ve/veya kurbanı desteklemedikleri için suçluluk veya çaresizlik duyguları yaşayabilmektedirler (50).

Akran zorbalığı çocukların okul memnuniyetlerini, başarıya motivasyonlarını ve gelecekte beklenenleri ve akademik performanslarını da olumsuz etkilemektedir. Zorba ve kurban öğrencilerin devamsızlık yapma durumları 3-4 kat artmaktadır (29). Ayrıca, akran zorbalığı öğretmenlerin stres yaşamasına sebep olarak diğer öğrencilerinde öğrenme fırsatlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Okul iklimini bozan ve okulda öğrencilerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen akran zorbalığı çocuk haklarının ihlaline de sebep olmaktadır (51). Sağlıklı bir çocuk gelişimi için okul iklimini olumsuz etkileyen zorbalıktan kaynaklanan eşitsizliği azaltmak ve okullarda güvenli ortamların oluşturulmasına ihtiyaç duyulmaktadır (40).

Akran Zorbalığını Önleme ve Müdahale Çalışmaları

Son yıllarda farklı akran gruplarında okul temelli zorbalıkla mücadele programları oluşturulmuş ve

değerlendirilmiştir (45). Okullarda akran zorbalığını önleme çalışmalarının amacı; zorbalığı önleme, var olan zorbalık davranışlarına müdahalede bulunma ve zorbalık döngüsünde yer alan çocuklara okul ortamında destek verilmesidir (52). Bu anlamda okul genelinde bütün öğrencileri kapsayan genel önleme/müdahale programları ve hedef gruba yönelik uygulanan amaçlı programlar geliştirilmiştir (19).

1. Genel Önleme Programları

Zorbalığa ilişkin en sık çalışılan ve kullanılan önleme yaklaşımları okul genelinde ve sınıf düzeyinde olumlu davranış geliştirme ve sosyal-duygusal beceriler öğretmeye yöneliktir. Özellikle zorbalık davranışına odaklanan müdahale yaklaşımları da bulunmaktadır (19). Amerika, Avrupa ve İskandinav ülkelerinin çoğunda ücretsiz destek hatları da akran zorbalığına yönelik hizmet vermektedir (52).

Tüm okul programları genellikle karmaşıktır, farklı etki düzeylerine (öğrenciler, ebeveynler, sınıflar, tüm okullar) yönelik çeşitli bileşenlerden oluşur ve çeşitli yöntemler içerir. Farklı bileşenler tipik olarak ayrı ayrı değil kombinasyon halinde değerlendirilir. Sonuç olarak, her bir bileşenin

belirli bir programın genel etkilerine katkısı bilinmemektedir (26).

Olumlu Davranışsal Müdahale ve Destek Programları

Akran zorbalığını önlemek için geliştirilen olumlu davranışsal müdahale ve destek programları hem personeli hem de öğrencileri kapsayan okul çapında uygulanan bir modeldir. Uygun sosyal davranış geliştirmeye yardımcı stratejiler ile yaşam kalitesini iyileştirmeye odaklanır. Okuldaki bütün öğrencileri kapsar. Özellikle dezavantajlı kişilere nasıl bir davranış sergilemesi gerektiği konusunda küçük grup etkinlikleri yapılmaktadır. Bu uygulamalarda amaç, cezalandırıcı yöntemlerin uygulanmasından ziyade öğrencilere davranışsal sorunların giderilmesinde destekleyici, düzeltici ve yardımcı olabilmektir (53). Olumlu davranışsal müdahalelerin ortaokullarda uygulanması okul ortamı ve öğrenci-öğretmen ilişkilerinin iyileştirilmesine katkı sağlarken disiplin başvuruları, sözlü ve fiziksel saldırganlığın azalmasını sağlamıştır (19,53).

Sosyal-Duygusal Destek Programları

Akran zorbalığını önlemeye yönelik geliştirilen sosyal-duygusal destek programları, öğretme ve

öğrenmenin güçlü, sosyal, duygusal ve akademik bileşenleri olduğu gerçeğine dayanmaktadır. Öğrenciler genellikle öğretmenlerinin yardımı ve ailelerinin desteği ile akranlarının yanında öğrenirler. Duygular, çocukların akademik katılımını, çalışma ahlakını, bağlılığını ve okul başarısını kolaylaştırabilir veya engelleyebilir. Ne yazık ki, birçok öğrenci sosyal-duygusal yeterliliklerden yoksundur ve ilkokuldan orta öğretime ilerledikçe okula daha az bağlanırlar ve bu bağlantı eksikliği çocukların akademik performanslarını, davranışlarını ve sağlıklarını olumsuz etkilemektedir (19).

Sosyal duygusal beceriler duyguları tanımak ve yönetmek, olumlu hedefler koymak ve başarmak, başkalarının bakış açılarını takdir etmek, olumlu ilişkiler kurmak ve sürdürmek, sorumlu kılmak için temel yetkinlikler edinme süreci olarak tanımlanmaktadır (54). Bu yaklaşım ile akran zorbalığındaki kişilerarası süreçler yapıcı bir şekilde ele alınmaktadır. Böylece, öğrenciler sınıflarına, okullarına ve topluluklarına katkıda bulunma ve memnuniyet, aidiyet duygusu ve gelişmiş motivasyonu yaşama fırsatı bulmaktadır. Ayrıca akran ve aile girişimlerini, gelişmiş sınıf yönetimi ve öğretim uygulamalarını ve okul

topluluk oluşturma faaliyetlerini içeren güvenli, özenli öğrenme ortamları oluşturarak öğrencilerin sosyal-duygusal gelişimlerini teşvik etmekte, öğrenciler kendilerini değerli hissederken, daha büyük içsel motivasyon deneyimleri yaşamakta ve daha iyi akademik performans, sağlığı geliştirici davranış ve vatandaşlığa aracılık eden geniş çapta uygulanabilir bir sosyal-duygusal yeterlilik sergileyebilmektedir (19,54). Espelage ve arkadaşlarının yaptığı bir dizi çalışma sonucunda sosyal-duygusal öğrenme ile zorbalık türlerinde azalma olduğu belirtilmiştir (55-57).

Olweus Zorbalık Önleme Programı

Zorbalık önleme programlarından bir diğeri ve en bilindik olanı Olweus Zorbalık Önleme Programı'dır. Zorbalığa bağlı birkaç intiharı takiben Norveç'te büyük çapta uygulanan en kapsamlı ve sistematik olarak değerlendirilen zorbalığı önleme programıdır (19,52). Program, mevcut zorbalığı azaltmayı, yeni zorbalık problemlerinin gelişmesini önlemeyi ve okullarda akran ilişkilerini geliştirmeyi amaçlamaktadır (45). Tüm sınıf seviyelerinde kullanım için Dan Olweus tarafından tasarlanan program dört bileşenden oluşmaktadır. Okul düzeyindeki bileşenler, zorbalıklara karşı okul kurallarının getirilmesinin

yanı sıra komite toplantıları, personel eğitimi ve tartışma grupları oluşturmaya odaklanmaktadır. Sınıf düzeyinde bileşenler, zorbalıklara karşı okul kurallarının uygulanmasına ve grup içi ilişkileri tartışmak için düzenli sınıf toplantılarına odaklanmaktadır. Bireysel düzey bileşenler, zorbalık meydana geldiğinde yerinde zorbalık ve personel müdahalelerine katılan öğrencileri denetlemeyi amaçlamaktadır. Topluluk düzeyinde bileşenler, okul programını desteklemek için toplum katılımını ve ortaklığını kapsamaktadır (45,58). Olweus Programı'nın sistematik değerlendirmeleri, öğrencilerin zorbalık ve diğer antisosyal davranış raporlarında (kavga, okuldan kaçma vb.) önemli düşüşler ve ilkökul ve ortaokullarda okul ikliminde iyileştirmeler olduğunu ortaya koymuştur (59). Olweus sekiz yıllık bir aradan sonra programın değerlendirilmesini tekrarlamış ve okulların zorbalığı ele alma ve önlemede farkındalıklarının arttığını, hazırlıklı olma ve yeterlilik açısından "okul kültürlerini" daha iyi değiştirdiğini belirtmiştir (60). Olweus öncelikli olarak zorbalık, kurbanlar ve zorba kurbanları arasındaki etkileşimlere odaklanmıştır. Akran zorbalığı ile

mücadele çabaları okul geneline yönelik genel önleme ve müdahale yaklaşımlarını içermektedir (61).

KiVA

KiVa "belirtilen eylemler" ve "evrensel eylemler" olarak iki genel kategoride birçok tamamlayıcı bileşenden oluşmaktadır. Belirtilen eylemler, tanımlanan zorbalık vakalarını ele almak için tasarlanmıştır. Zorbalığı önlemek için evrensel eylemler tüm okul topluluğuna yöneliktir. Bu eylemlerin temel mesajı, kabul edilmeyen akran zorbalığı davranışlarının netleştirilmesi ve bu davranışlara maruz kalan öğrencilerin arkadaşları tarafından nasıl destekleneceğinin belirlenmesidir (45). Finlandiya merkezli KiVA programı, sınıf materyalleri ve öğrenciler ve öğretmenler arasındaki tartışmaları, öğrencilerin zorbalık önleme becerilerini uygulayabilecekleri bilgisayar oyunlarını, disiplin stratejilerini ve ebeveynlerin zorbalığa karşı mücadele bilgilerini içermektedir. Ayrıca seyirciler arasında öz-yeterliliği artırarak kurbanlar için "müttefikler" oluşturmaya odaklanma söz konusudur (62). KiVa, 1-9. sınıf öğrencilerde akran zorbalığı mağduriyetinin azaltmakta etkili bir müdahale programıdır

(62,63,64). KiVa programı yeni geliştirildiği için henüz meta-analiz çalışmalarına dahil edilmemiştir (19).

2. Hedef Gruba Yönelik Özel Önleme Programları

Bu programlar zorbalık döngüsüne dahil olan gruplara yönelik belirli hedefler dahilinde yapılandırılmıştır. Literatürde hedef gruba yönelik özel önleme programlarının kanıt düzeylerinin belirlenebilmesi açısından yeterli araştırma bulunmamaktadır (19). Kurbanlara yönelik akran zorbalığı ile nasıl baş edilmesi gerektiğini gösteren çalışmalar daha yaygınken, zorbalık yapan öğrencilere nasıl yardım edileceğine yönelik çalışmalar daha azdır. Zorbalık yapan çocuğa ailesinin, okul çalışanlarının ve sağlık personellerinin olumsuz bir tavır sergilediği, empatik yaklaşmadığı ve onları eleştirdikleri belirtilmiştir. Bu çocukların ruh sağlığı ihtiyaçları ve kırılganlıkları göz ardı edilmemelidir. İleride sağlıklı ilişkiler kurabilmeleri için zorbalık yapan çocukların okul yaşantısında olumlu arkadaşlık ilişkileri kurması önemlidir (41). Hedef gruplara yönelik geliştirilen programlar aşağıda açıklanmaktadır.

Zorbalık davranışı ile mücadele etmek özellikle bu davranışları sergileyen öğrencilere yönelik belirli uygulamaları gerektirmektedir. Bu öğrencilere yönelik amaçlı görüşmeler yapılması ve temel ayrıcalıkların kaybı gibi disiplin cezalarının uygulanması söz konusu olabilmektedir (65). Bu yaklaşım, öğrencilerin okuldan soğumalarına ve akademik olarak olumsuz etkilenmelerine sebep olmaktadır. Hatta bu öğrencilerde okulu terk etme, akademik zorluklar ve devamsızlık gibi sorunlar yaşanabilmektedir (66). Etkili disiplin uygulamalarının zorbalık davranışı için sadece uygun ve orantılı sonuçları değil aynı zamanda büyüme, beceri geliştirme ve uygun sosyal davranışların öğretilmesi için fırsatları da içermesi gerekmektedir (67). Zorbalık yapan öğrencilere gerekli sosyal-duygusal öğrenme uygulamaları yaparken yargılamayan ve en önemlisi suçlamayan bir yaklaşım sergilenmelidir (19). Ortaokul öğrencilerinde zorbalara yönelik doğrudan yaptırımların kısa vadede mağduriyeti önlediği belirtilmektedir (63). Zorbalara özel program ve öfke davranışlarına yönelik girişimlerinde etkinliğinin değerlendirilmesi önerilmektedir (19).

Mağdurlara Yönelik Önleme Programları

Faillere Yönelik Önleme Programı

Zorbalık mağdurlarına yönelik çeşitli önleme programları uygulanmaktadır. Zorbalık davranışına maruz kalan öğrencilere sosyal beceri geliştirmeye yönelik grup eğitim programları düzenlenmiştir. Bu eğitimlerin, çocukların öz değerinin artmasına ve sosyal kaygılarının azalmasına katkı sağladığı fakat zorbalığa karşı anlamlı bir etki yaratmadığı bildirilmiştir. Akran yardımcılarının kullanımı yoluyla akran desteğini artırmak için de çeşitli müdahaleler tasarlanmıştır. Akran yardım müdahalelerinin sorumluluk duygusunu, katılımını ve iletişimini artırdığı ve genel okul iklimini iyileştirdiği bildirilirken zorbalığı azaltmadığı ifade edilmiştir (19). Başka bir çalışmada, üniversite öğrencileri tarafından haftada iki kez mentörlük alan öğrencilerde akran zorbalığı mağduriyetinin azaldığı bildirilmiştir (55). Healy ve Sanders (2014), akran zorbalığında mağdur olan çocuklar için kolaylaştırıcı ebeveynlik ile sosyal ve duygusal beceri eğitimini birleştiren müdahale geliştirmişlerdir. Uygulama sonrasında kolaylaştırıcı ebeveynliğin zorbalık mağduriyetini ve mağduru yaşadığı stresi azaltabileceği, okulda zorbalığa karşı alınacak önlemleri güçlendirebileceği belirtilmiştir (68).

Akran Zorbalığı Önleme Programlarının Geliştirilmesinde Önemli Noktalar

1. Gelişim, zorbalık önleme programlarının etkinliğinde önemli rol oynamaktadır (10). Akran zorbalığı ile ilgili müdahale ve koruma programları oluşturulurken çocukların gelişim dönem özelliklerine dikkat edilmesi gerekmektedir (10,19,65).
2. Akran zorbalığının azaltılmasına yönelik programlar özellikle 10-15 yaş arasındaki ortaokul çocuklarında daha etkili olmaktadır (65). Benzer şekilde, sekizinci sınıftan önce uygulanan akran zorbalığı müdahale programları sekizinci sınıftan sonra uygulanan programlara göre daha etkilidir (10).
3. Okul çalışanları, tüm okullarda akran zorbalığının olabileceğini fakat akran zorbalığının büyüme ve gelişmenin bir parçası olmadığını ve akran zorbalığına maruz kalınarak çocuğun güçlenemeyeceğini bilmelidir. Akran zorbalığı çocuğun yaşamı gereken bir süreç değildir. Akran zorbalığı sadece kişisel değil aynı zamanda eğitsel bir sorun olduğu unutulmamalıdır (52).

4. Geliştirilecek önleme ve müdahale çalışmaları 4 kriter açısından netleştirilmelidir. 'Programda hangi etkinlik modeli deneniyor', 'bu program hangi yaş grubu çocuklarda kullanılacak', 'program zorbalığa hangi rolde dahil olan öğrenciler için geliştirildi' ve 'program öğrencide neyi değiştirmeyi hedefliyor' açıkça belirlenmelidir (12).
5. Zorbalık ve mağduriyet profilleri birden çok risk/koruyucu faktörle ilişkilidir. Zorbalık ve mağduriyeti karakterize etmek için kişi merkezli yaklaşımların kullanılması önerilmektedir. Böylece, çeşitli risk ve koruyucu faktörlerin oynadığı rol göz ardı edilmemiş olur. Akran zorbalığını ve mağduriyeti azaltmak için özel olarak tasarlanmış önleme ve müdahale stratejilerinin kullanılması önerilmektedir (69).

Akran Zorbalığını Önleme Ve Hemşirelik

Okul sağlığı hizmetlerinin temel amaçları; iyi zihinsel ve fiziksel sağlığı teşvik etmek, iyi sosyal ve çevresel koşulları kolaylaştırmak, hastalık ve yaralanmaları önlemektir (70). Okul sağlığı ekibi; hekim, hemşire, psikolog, psikolojik danışmanlık ve rehberlik uzmanı, sosyal hizmet uzmanı, öğretmen, odyolog, okul yöneticileri ve velilerden

oluşmaktadır (71). Okul sağlığı hemşireleri okul sağlığı hizmetlerinin önemli bir uygulayıcısıdır. Okulda gerçekleşen zorbalık durumunda, okul hemşiresi, okul idaresi ve rehber öğretmenler birlikte çalışmalıdır. Akran zorbalığı tespit edildiğinde okul hemşiresi ile iletişim kurulmalıdır (1).

Çocuklara sağlık profesyonelleri tarafından akran ilişkileri hakkında neredeyse hiç soru sorulmamaktadır. Bunun nedeni, sağlık profesyonellerinin zorbalık konusunda yetersiz eğitim alması ve konuyu gündeme getirmeyi veya onunla başa çıkmayı zor bulması olabilmektedir. Fakat çocuğun kendine yönelik uyguladığı şiddeti (örneğin kendine zarar verme) önlemek ve zihinsel ve bedensel sağlık sorunlarını azaltmak için sağlık profesyonellerinin zorbalığı ele alması zorunludur (72).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)'nin, 'Okullarda zorbalık ne kadar problem' raporunda, öğrencilerin zorbalık ile ilgili kaygılarını azaltmak için ilk olarak bu öğrencilerin tespit edilmesi ve zorbalığa karşı nasıl baş edeceğinin öğretilmesi üstünde durulmaktadır (29). Okullarda akran zorbalığı uygulayanların tespit edilmesi ve gerekli müdahalelerin uygulanması

ekip çalışması gerektirmektedir (6). Okul sağlığı hemşiresi eğitici, danışman, savunucu, değişim ajanı olma gibi rollerini akran zorbalığı ile müdahalede aktif olarak kullanmalıdır. Okul sağlığı hemşiresi, okul ortamında sık karşılaşılan akran zorbalığına hemşirelik kuramları rehberliğinde sistematik olarak yaklaşmalı (6) ve çocuklara başa çıkma becerileri kazandırmalıdır (46).

Okul hemşirelerinin okullarda zorbalığı tanımlamak ve bunlara yanıt vermek için kilit oyuncular olması gerekir. (73). Okul hemşiresi, okul ortamında tarafsız bir destek kaynağı olarak konumlandırılmıştır. Okulda diğer çalışanlara göre okul hemşireleri ile öğrenciler arasında daha yakın bir ilişki bulunmaktadır (18,71). Öğrenciler, kendilerini güvende hissettikleri ve günlük olarak okul hemşiresiyle yüzleşmek zorunda olmadıkları için okul hemşiresine gelip “sırlarını” emanet edebilmektedir. Bu nedenle, okul hemşiresinin zorbalık meydana geldiğinde müdahale etmeye hazır olması zorunludur (74). Yapılan bir çalışmada, öğrenciler zorbalığa maruz kaldıklarını başkalarına anlatmanın zor olduğunu, zorbalığa uğrayınca ve tanık olunca çok az şey yaptıklarını

veya hiçbir şey yapmadıklarını bildirmişlerdir. Öğrenciler zorbalık konusunda yardım almak için okul hemşiresine öğretmenleri ve ailelerine nazaran daha fazla güvendiklerini ve zorbalık ile ilgili bilgileri okul hemşiresi ile paylaşmanın daha kolay olduğu ifade etmişlerdir (70).

Norveç’te okul hemşireleri zorbalık davranışlarının azaltılması amacıyla öğrencilere bireysel danışmanlık yapmaktadır. Burada amaç; öğrencilerin okul hayatlarında sağlıklı seçimler yapmalarını teşvik etmek, okulda yaşanan akran zorbalığı davranışlarını değerlendirmek, akran zorbalığı sorununa yönelik öğrencilere doğru bakış açısı kazandırmak ve ihtiyaçlara yönelik eğitim, bakım vb. uygulamalarda bulunmaktır (70). Tablo 1.’de akran zorbalığı ile ilgili hemşirelik girişimleri birincil, ikincil ve üçüncül koruma kapsamında sıralanmıştır.

Tablo.1. Akran Zorbalığında Birincil, İkincil ve Üçüncül Düzey Hemşirelik Roller*

Koruma Düzeyi	Amaç	Etkinlik
Birincil Koruma	Okulda akran zorbalığı davranışının ortaya çıkmasını engellemek	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Akran zorbalığı ile ilgili bilimsel araştırma yapma, kendini geliştirme ➤ Akran zorbalığının zorba, kurban, zorba-kurban ve seyirci öğrenciler üzerindeki etkilerini bilme, öğrencileri ilgili semptomlar açısından değerlendirme ve gözlemleme ➤ Risk grubunda bulunan (kilolu, kısa ve zayıf, gözlüklü, konuşma problemi olan vb.) öğrencileri akran zorbalığı açısından değerlendirme ve ekibi bilgilendirme ➤ Akran zorbalığı yapan ve zorbalığa uğrayan öğrencileri belirlemek için okul genelinde taramalar yapma ➤ Tekrarlayan fiziksel semptomları (karın ve baş ağrısı, uyku ve yeme sorunları vb.) olan öğrenciler ile sık sık devamsızlık yapan, okula gitmek istemeyen, akademik başarısı düşen, kayıp eşyası olan, vücudunda açıklayamadığı morluklar olan öğrencileri akran zorbalığı açısından değerlendirme ➤ Öğrencilere zorbalık hakkında konuşabilecekleri güvenli ve rahat bir ortam sağlama ve kayıt tutma ➤ Okul yönetimi ile zorbalığı önleme üzerine politikalar ve protokoller oluşturarak proaktif stratejiler geliştirme ➤ Öğrencilere okul ortamında sosyal becerilerini, problem çözme ve başetme becerilerini geliştirecek, çatışma çözüm tekniklerini öğrenmelerini, pozitif kendilik algısı geliştirmelerini (insan olarak değerli olduğu, önemli olduğu duygusunu ortaya çıkarma) destekleyecek sağlık eğitimleri verme ➤ Okul personeline ve öğrencilere akran zorbalığı ile ilgili eğitimler yapma ve olumlu arkadaşlık ilişkilerini teşvik etme ➤ Okulda akran zorbalığı konusunda edebiyat, drama, tartışmalar ve eğitsel görsel-işitsel materyaller gibi farklı etkinlikler düzenleme
İkincil Koruma	Akran zorbalığının ortaya çıkardığı rahatsızlıkları veya uzun süreli etkilerini azaltmak, Erken müdahalede bulunmak, Zorbalığı durdurmak	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Olayı zorbalık yapan ve mağdur olan öğrenci ile yargılama yapmadan tartışma ve “suçlayıcı olmayan” bir yaklaşım kullanma ➤ Olay ile ilgili gerekli bilgileri toplama (ne oldu, nerede, neden ve nasıl oldu, kim dahil oldu, nasıl tepki verildi vb.) ve kayıt altına alma ➤ Zorbalık yapan ve mağdur olan öğrenciye güven verme ve yardım etmek için orada olduğunu bildirme ➤ Öğrenciler için gerekli ihtiyaçları belirleme ve uygun müdahalede bulunma ➤ Sorunun çözümüne yönelik okul idaresi ve akran zorbalığı olayına şahit olan öğrenci grubu ile işbirliği sağlama ➤ Yaralanma varsa bakımını yapma ➤ Zorbalık yapan ve mağdur olan öğrencilerin duygularını aileleri ile paylaşmalarını, sorunlarını ifade etmelerini destekleme ➤ Okulda zorbalık davranışlarının azaltılması için okul idaresi ile güvenli bir ortam oluşturulması yönünde çalışmalar yürütme ➤ Hedefe yönelik bireysel ve okul genelinde toplu olan tüm uygulamaları koordine etme ➤ İleri düzeyde yardıma ihtiyacı olan öğrenciyi sağlık kuruluşuna yönlendirme ➤ Yapılan uygulamaların etkinliğini değerlendirme
Üçüncül Koruma	Akran zorbalığı yapan ve mağdur olan öğrencileri iyileştirmek ve rehabilitasyon sağlamak	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Öğrenci ve ailelere danışmanlık yapma ➤ Öğrencilerin şiddet kullanmadan kendini ifade etmesini ve problem çözme becerilerini kullanmasını destekleme ➤ Okulda zorbalığı hoş görmeyen bir anlayışın oluşturulmasını sağlama ➤ Her öğrencinin akran zorbalığı davranışının sergilenmemesi yönünde sorumluluk alması ve çaba göstermesini teşvik etme ➤ Akranlar arasındaki sağlıklı ilişki kurmak için öğrencileri destekleme

*Tablo araştırmacılar tarafından ilgili kaynaklar kullanılarak oluşturulmuştur (6,18,72-76).

KAYNAKLAR

1. Stephens MM, Cook-Fasona HT, Sibbaluca K. Childhood bullying: implications for physicians. *am fam physician*. 2018 Feb; 97(3):187-192.
2. Thomas HJ, Connor JP, Baguley CM, Scott AG. Two sides to the story: Adolescent and parent views on harmful intention in defining school bullying. *Aggressive Behavior*. 2016 July/Ağust; 43(4):352-363.
3. Waasdorp TE, Bradshaw CP, Leaf PJ. The impact of schoolwide positive behavioral interventions and supports on bullying and peer rejection: a randomized controlled effectiveness trial. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012; 166(2):149-156.
4. Hong IK, Wang W, Pepler DJ, Craig WM. Peer victimization through a trauma lens: Identifying who is at risk for negative outcomes. *Scand J Psychol*. 2020; 61(1):6-16.
5. Gürhan N. Her yönü ile akran zorbalığı. *Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topics*. 2017; 3(2):175-81.
6. Avşar F, Ayaz SA. Akran Zorbalığının Önlenmesinde Okul Sağlığı Hemşiresinin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018; 5(1):78-84.
7. Polat F, Sohbet R. Ortaöğretim öğrencilerinde akran zorbalığı. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2020; 15(2):41-51.
8. Arslan H, Akın A. Çözüm odaklı kısa süreli grupla psikolojik danışmanın lise öğrencilerinin akran zorbalığına etkisi. *Sakarya University Journal of Education*. 2016 April; 6(1):72-84.
9. Polanin JR., Espelage DL, Pigott TD. A meta-analysis of school-based bullying prevention programs' effects on bystander intervention behavior. *School Psychology Review*. 2012; 41(1):47-65.
10. Yeager DS, Fong CJ, Lee HY, Espelage DL. Declines in efficacy of anti-bullying programs among older adolescents: Theory and a three-level meta-analysis. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2015; 37:36-51.
11. Nocentini A, Menesini E. "KiVa Anti-Bullying Program in Italy: Evidence of effectiveness in a randomized control trial", *Prevention Science*. 2016; 17(8):1012-23.
12. Bradshaw CP. Translating research to practice in bullying prevention. *American Psychologist*. 2015; 70:322-32.
13. Jimenez-Barbero JA, Ruiz-Hernandez JA, Llor-Zaragoza L, Perez-Garcia M, Llor-Esteban B. Effectiveness of anti-bullying school programs: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*. 2016; 61:165-175.
14. Jimerson SR, Swearer SM, Espelage DL editors. *Handbook of Bullying in Schools: An International Perspective*. 1th ed. New York: Routledge; 2009, 469-479.
15. Karatoprak S, Özcan Ö. Akran zorbalığı. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 2017; 3(3):195-203.
16. Gökkaya, F. Peer bullying in schools: a cognitive behavioral intervention program. *Child and Adolescent Mental Health*. 2017 May; Doi:10.5772/6671.
17. Georgiou SN, Ioannou M, Stavrinides P. Cultural values as mediators between parenting styles and bullying behavior at school. *Social Psychology of Education*. 2017; 21(1):27-50.
18. Cooper GD, Clememnts PT, Holt KE. Examining childhood bullying and adolescent suicide: implications for scholl nurses. *The Journal of School Nursing*. 2012; 28(4):275-83.
19. Nickerson A. Preventing and intervening with bullying in schools: a framework for evidence-based practice. *School Mental Health*. 2017 August; Doi: 10.1007/s12310-017-9221-8.
20. MEB, Okul Sağlığı Hizmetleri; Kasım 2017, [Erişim Tarihi: 24 Haziran 2020]. Erişim Adresi: <https://okulsagligi.meb.gov.tr/www/okul-sagligi-hizmetleri/icerik/29>
21. Kaya İ, Alyanak B. Akran Zorbalığı. Alyanak B, editör. *Çocuk ve Ergenlerde Travma ve Travmatik Durumların Etkileri ve Çözümleyici Yaklaşımlar*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018, 34-41.
22. Köksal AA, Bilbay A. Ergenlerin akran zorbalığı yapmaları, zorbalığa maruz kalmaları ve empatik eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of History Culture and Art Research*. 2018; 7(2):667-75.
23. Pişkin M, Ayas T. Akran zorbalığı ölçeği çocuk formu. *Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler E-Dergisi*. 2011; 23:1-12.
24. Smith PK. School bullying. *Sociologiz Problemas E Práticas*. 2013; 71:81-98.
25. Rettew DC, Pawlowski S. Bullying. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2016; 25(2):235-42.
26. Menesini E, Salmivalli C. Bullying in schools: The state of knowledge and effective interventions. *Psychol Health Med*. 2017; 22(1):240-54.
27. Modecki K, Minchin J, Harbaugh AG, Guerra NG, Runions KC. Bullying prevalence across contexts: a meta-analysis measuring cyber and traditional bullying. *J Adolesc Health*. 2014 Nov; 55(5):602-11.
28. Zych I, Ortega R, Del Rey R. Scientific research on bullying and cyberbullying: Where have we been and where are we going. *Aggression and Violent Behavior*. 2015 September-October; 24:188-98.
29. OECD. *Bullying in PISA 2015 Results (Volume III): Students' Well-Being*. Paris: OECD Publishing; 2017. DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264273856-12-en>
30. Juvonen J, Graham S. Bullying in schools: The power of bullies and the plight of victims. *Annual Review of Psychology*. 2014; 65:159-85.
31. Sahli J, Mellouli M, Ghardallou ME, Limam M, Gallas M, Ammar A, et al. Bullying among tunisian middle school students: the prevalence, psychosocial associated factors and perceived involvement of parents, Teachers and Classmates. *J Res Health Sci*. 2018 May; 5;18(2):e00414.
32. Karaca K. Ortaokullarda akran zorbalığının yaygınlığının ve zorba-mağdurların depresyon ve anksiyete düzeylerinin incelenmesi. *Ekev Akademi Dergisi*. 2019; 23(78):315-30.
33. Koşir K, Klasinc L, Špes T. Predictors of self-reported and peer-reported victimization and bullying behavior in early adolescents: the role of school, classroom, and individual factors. *Eur J Psychol Educ*. 2020; 35:381-402.
34. Hesapçıoğlu ST, Yeşilova H. Lise öğrencilerinin zorbalığa ve zorbalara ilişkin duyguları, düşünceleri ve tutumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2015; 16(4):284-93.
35. Swearer SM, Hymel S. Understanding the psychology of bullying: Moving toward a social-ecological diathesis-stress model. *The American Psychologist*. 2015; 70(4):344-53.
36. Cook C, Williams KR, Guerra NG, Kim T, Sadek S. Predictors of bullying and victimization in childhood and adolescence: A meta-analytic investigation. *School Psychology Quarterly*. 2010; 25:65-83.
37. Bilgili N, Kocoğlu D, Akın B. Peer bullying among high school students and related factors. *Yeni Symposium Dergisi*. 2016; 54(3):10-7.
38. Faris R, Felmler D. Casualties of social combat school networks of peer victimization and their consequences. *American Sociological Review*. 2014; 79(2):228-57.
39. Kochel KP, Ladd GW, Rudolph KD. Longitudinal associations among youths' depressive symptoms, peer victimization, and low peer acceptance: An interpersonal process perspective. *Child Development*. 2012; 83(2):637-50.
40. WHO. *Bullying And Physical Fights Among Adolescents, 2013/2014 Health Behaviour in School-aged Children*; 2016 [cited 2020 April 26]. Available from:

- http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/303485/HBSC-No.7_factsheet_Bullying.pdf
41. Cowie H, Colliety P. Who cares about the bullies? *Pastoral Care in Education*. 2016 Jun; 34(1):24–33.
 42. Gökkaya F, Sütcü ST. Ortaokul öğrencilerinin zorbalık eğilimi ile empati düzeyleri arasındaki ilişkide aleksitimnin aracı rolü. *Gençlik Araştırmaları Dergisi*. 2018; 6(15):43-70.
 43. Sarıışık Y, Düşkün Y, Altay Ç, Gündüz G, Tabbikha Y. Çocukların gözünden okulda yaşam araştırma raporu; İstanbul: Baskı İmat Ofset; 2016, 45-50.
 44. Özkan Y, Çiftçi EG. Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki ilköğretim okullarında akran zorbalığı. *İlköğretim Online*. 2010; 9(2):576-586.
 45. Wójcik M, Helka AM. Meeting the needs of young adolescents: abll anti-bullying program during middle school transition. *Psychological Reports*. 2019 Jun; 122(3):1043-67.
 46. Wang CC, Lin HC, Chen MH, Ko NY, Chang YP, Lin IM, Yen CF. Effects of traditional and cyber homophobic bullying in childhood on depression, anxiety, and physical pain in emerging adulthood and the moderating effects of social support among gay and bisexual men in Taiwan. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018 May; 22(14):1309-17.
 47. Çetinkaya S, Nur N, Ayvaz A, Özdemir D, Kavakcı Ö. Sosyoekonomik durumu farklı üç ilköğretim okulu öğrencilerinde akran zorbalığının depresyon ve benlik saygısı düzeyiyle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2009; 10:151-8.
 48. Hesapçioğlu ST, Meraler HY, Ercan F. Okullardaki akran zorbalığının ergenlerde depresif belirtiler, benlik saygısı ve özkıyım düşüncesi ile ilişkisi, *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2018; 19(2):210-6.
 49. Drydakis N. Bullying at school and labour market outcomes. *International Journal of Manpower*. 2014; 35(8):1185-211.
 50. Huitsing G, Veenstra R. Bullying in classrooms: participant roles from a social network perspective. *Aggressive Behavior*. 2012; 38(6):494-509.
 51. Kyriakides L, Creemers BPM, Papastylianou D, Papadatou-Pastou M. Improving the school learning environment to reduce bullying: an experimental study. *Scandinavian Journal of Educational Research*. 2013; 58(4):453–78.
 52. Erk AB. Akran zorbalığı, okullarda akran zorbalığını önleme çalışmaları ve zorbalık döngüsündeki çocuklar için uygulamalar. 1. Baskı. Kıbrıs: Ekinoks Yayınevi; 2019, 13-21.
 53. Caldarella P, Shatzer RH, Gray KM, Young RK, Young EL. The effects of School-wide Positive Behavior Support on middle school climate and student outcomes. *Research in Middle Level Education Online*. 2011 Jan; 35(4):1–14.
 54. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*. 2011 Jan-Feb; 82(1):405–32.
 55. Espelage DL, Low S, Polanin J, Brown E. The impact of a middle-school program to reduce aggression, victimization, and sexual violence. *Journal of Adolescent Health*. 2013; 53:180–6.
 56. Espelage DL, Low S, Van Ryzin MJ, Polanin JR. Clinical trial of Second Step middle school program: Impact on bullying, cyberbullying, homophobic teasing, and sexual harassment perpetration. *School Psychology Review*. 2015a; 44:464–79.
 57. Espelage DL, Rose CA, Polanin JR. Socioemotional learning program to reduce bullying, fighting, and victimization among middle school students with disabilities. *Remedial and Special Education*. 2015b March; 36:299–311.
 58. Hodgins S. Editör. *Mental disorder and crime, Olweus D. Bully/victim problems among schoolchildren: Long-term consequences and an effective intervention program*. 1th ed. London England: SAGE; 1993, 317–349.
 59. Limber SP. Development, evaluation, and future directions of the Olweus Bullying Prevention Program. *Journal of School Violence*. 2011 Jan; 10:71–87.
 60. Olweus D, Solberg ME, Breivik K. Long-term school-level effects of the Olweus Bullying Prevention Program (OBPP). *Scandinavian Journal of Psychology*. 2018 2 oct; 61(1):108-16.
 61. Thornberg R, Hunter S, Hong JS, Ronnberg J. Bullying among children and adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2020 Jan; 61:1–5.
 62. Williford A, Boulton A, Noland B, Little TD, Kärnä A, Salmivalli C. Effects of the KiVa anti-bullying program on adolescents' depression, anxiety, and perception of peers. *J Abnorm Child Psychol*. 2012 Feb; 40(2):289-300.
 63. Garandeanu CF, Poskiparta E, Salmivalli C. Tackling acute cases of school bullying in the KiVa anti-bullying program: A comparison of two approaches. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2014; 42:981-91.
 64. Haataja A, Voeten M, Boulton AJ, Ahtola A, Poskiparta E, Salmivalli C. The KiVa antibullying curriculum and outcome: Does fidelity matter? *Journal of School Psychology*. 2014; 52(5):479-93.
 65. Tfofi MM, Farrington DP, Lo'sel F, Loebel R. Do the victims of school bullies tend to become depressed later in life? A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Aggression Conflict and Peace Research*. 2011; 3:63–73.
 66. Gregory A, Skiba RJ, Noguera PA. The achievement gap and the discipline gap: Two sides of the same coin? *Educational Researcher*. 2010; 39:59-68.
 67. Chin JK, Dowdy E, Jimerson SR, Rime WJ. Alternatives to suspensions: Rationale and recommendations. *Journal of School Violence*. 2012; 11:156–73.
 68. Healy K, Sanders MR. Randomized controlled trial of a family intervention for children bullied by peers. *Behav Ther*. 2014 Nov; 45(6):760-77.
 69. Ding Y, Li D, Li X, Xiao J, Zhang H, Wang Y. Profiles of adolescent traditional and cyber bullying and victimization: The role of demographic, individual, family, school, and peer factors. *Computers in Human Behavior*. 2020 Oct; 111:106439.
 70. Kvarme LG, Misvær N, Valla L, Myhre MC. Bullying in school: importance of and challenges involved in talking to the school nurse. *The Journal of School Nursing Ther*. 2019 May; 1-7.
 71. Coşkun S, Bebiş H. Şiddetin okul sağlığına etkisi ve hemşirelik. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2014; 3(1):15-23.
 72. Wolke D, Lereya ST. Long-terms effects of bullying. *Arch Dis Child*. 2015 Sep; 100(9):879-85.
 73. Hutson E. integrative review of qualitative research on the emotional experience of bullying victimization in youth. *The Journal of School Nursing*. 2018; 34(1):51-59.
 74. Raskauskas J, Stoltz AD. Identifying and intervening in relational aggression, *The Journal of School Nursing*. 2004; 20(4):209-15.
 75. Lee JH. Victimization by bullying and physican symptoms among south korean schoolchildren. *The Journal of School Nursing*. 2017; 34(2):149-55.
 76. Pigozi PL, Bartoli AJ. Scholl nerses' experiences in dealing with bullying situations among students. *The Journal of School Nursing*. 2016; 32(3):177-85.