



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi
Journal of Health Sciences of Kocaeli University
Ocak, Mayıs ve Eylül aylarında olmak üzere yılda 3 sayı çıkar
Three issues annually: January, May, September
Yayın dili: Türkçe ve İngilizcedir
Publishing Language: Turkish and English

Sahibi (Owner)

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
The Directory of Institute of Health Sciences of Kocaeli University

Yayın yönetmeni (Editor in Chief)

Prof. Dr. Sema Aşkın Keçeli (Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli)

Yayın Yönetmen Yardımcıları (Associate Editors)

Prof. Dr. Mustafa Yıldız, Kocaeli Üniversitesi
Prof. Dr. Deniz Şahin, Kocaeli Üniversitesi
Arş. Gör. Dr. Tuğçe Demirtaş Şahin, Kocaeli Üniversitesi
Arş. Gör. Esra Acar, Kocaeli Üniversitesi
Arş. Gör. Doğanhan Kadir Er, Kocaeli Üniversitesi
Arş. Gör. Fatih Hunç, Kocaeli Üniversitesi

Yazı İşleri Müdürü (Publishing Manager)

Arş. Gör. Doğanhan Kadir Er

Bu Sayının Danışma Kurulu (Advisory Board for This Issue)

Doç. Dr. Alper Şener, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Doç. Dr. Ayten Şentürk Erenel, Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Banu Özen, Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof. Dr. Deniz Şahin, Kocaeli Üniversitesi
Doç. Dr. Dürdane Aksoy, Tokat Gaziosman Paşa Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Erhan Akıncı, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Koruk, Harran Üniversitesi
Prof. Dr. Funda Pınar Çakıroğlu, Ankara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Göklem Tekdemir Yurtdaş, İstanbul Üniversitesi
Prof. Dr. Hale Maral Kır, Kocaeli Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Halil İbrahim Taş, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Kader Mert, Kocaeli Üniversitesi
Doç. Dr. Semil Selcen Göçmez, Kocaeli Üniversitesi
Öğr. Görevlisi Dr. Sena Dilek Aksoy, Kocaeli Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Şule Aktaş, Marmara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Tuba Uçar, İnönü Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Yeşim Alpay, Balıkesir Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Yeşim Kaya Yaşar, Karadeniz Teknik Üniversitesi

Yazışma Adresi (Corresponding Address)

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Tıp Fakültesi 3.Kat, Umuttepe, 41380, Kocaeli
Dergi Yazı Gönderimi Sayfası: <http://dergipark.gov.tr/kusbed>
E-posta: yy.kosbildergi@gmail.com
Tel: 0262 303 73 50

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi
Journal of Health Sciences of Kocaeli University
Ocak, Mayıs ve Eylül aylarında olmak üzere yılda 3 sayı çıkar
Three issues annually: January, May, September
Yayın dili: Türkçe ve İngilizcedir
Publishing Language: Turkish and English

Teşekkür

Kocaeli Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi Grafik Tasarımı Bölümü Öğretim Üyelerinden M. Murat Alpay'a Dergimiz Dış Kapak Tasarımını gerçekleştirdiği için teşekkür ederiz.

Dergi Dizin Bilgisi

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, "Türkiye Atıf Dizini", "Türk Medline", "Google Scholar", "ResearchBib Academic Resource Index", "Scientific Indexing Services", "ASOS Index", "Arastirmax", "CrossRef", "Sobiad" and "Rootindexing" dizinlerinde yer almaktadır.

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi <i>Journal of Health Sciences of Kocaeli University</i>		
KAPAK SAYFASI / COVER PAGE		
İÇİNDEKİLER / TABLE OF CONTENTS		
ÖZGÜN ARAŞTIRMA / ORIGINAL ARTICLES		
Zehra Gölbaşı, Kafiye Eroğlu, Didem Kaya	Doğum Yapan Kadınların Anne Sütü Ve Emzirme Mitlerine İnanma Durumlarının Belirlenmesi <i>Determining The Breast Milk And Breastfeeding Myths Of Postpartum Women</i>	32-43
İbrahim Çetin, Yasemin Özhanlı	Cerrahi Hastalarının Sağlık Bilgisine Ulaşmada İnternet Kullanım Özellikleri <i>The Characteristics Of Internet Usage Of Surgical Patients Accessing Health Information</i>	44-49
Nalan Aslan	Kadınlarda Beden Kitle İndeksi İle İlişkili Psikososyal Faktörlerin Belirlenmesi <i>Determination Of Psychosocial Factors Related To The Body Mass Index In Women</i>	50-56
OLGU SUNUMU / CASE REPORT		
Nermin Gündüz, Celaleddin Turgut	Risperidon Kullanımına Bağlı Ortaya Çıkan Akut Toksik Hepatit: Olgu Sunumu <i>Acute Toxic Hepatitis Due To Risperidone Use: Case Report</i>	57-59
Berrin Öztaş, Yunus Gören, Şebnem Cığerli, Erdiñ Serin, Ertuğrul Altınbilek	EDTA-Dependent Pseudothrombocytopenia: Case Report <i>EDTA'ya Bağlı Psödötrombositopeni: Olgu Sunumu</i>	60-62

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

DOĞUM YAPAN KADINLARIN ANNE SÜTÜ VE EMZİRME MİTLERİNE İNANMA DURUMLARININ BELİRLENMESİ

DETERMINING THE BREAST MILK AND BREASTFEEDING MYTHS OF POSTPARTUM WOMEN

1^{Zehra Gölbaşı}, 2^{Kafiye Eroğlu}, 1^{Didem Kaya}

ÖZ

Amaç: Toplumda anne sütü ve emzirme ile ilgili var olan yaygın inanışlar özellikle yaşamın ilk altı ayında tam emzirmenin önündeki engellerden biridir. Bu çalışma doğum yapan kadınların anne sütü ve emzirme ile ilgili mitlere inanma durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmanın örneklemini bir üniversite hastanesinde doğum yapan 282 kadın oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen "Bireysel Özellikler Formu" ve "Anne Sütü ve Emzirme Mitleri Formu" ile toplanmıştır. Anne Sütü ve Emzirme Mitleri Formu toplumda anne sütü ve emzirme ile ilgili sık karşılaşılan yanlış inanışları ifade eden maddelerden oluşmakta ve her bir madde "katılıyorum", "kararsızım", "katılmıyorum" olmak üzere üçlü likert tipinde yanıtlanmaktadır. Formlar doğum yapan kadınlar taburcu olmadan önce uygulanmıştır. Veriler bilgisayarda SPSS (14.0) programında değerlendirilmiş, istatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma kapsamında yer alan kadınların yaş ortalaması 29,48±6,11 olup, %26,2'si ortaokul mezunudur, %82,3'ü çalışmamakta ve %53,5'i il merkezinde yaşamaktadır. Kadınların %62,1'inin daha önce emzirme deneyimi vardır. Kadınların %67'si bu gebeliklerinde sağlık personelinin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi almışlardır. Kadınların en fazla inandıkları mitler "Yetersiz besin ve sıvı alımı süt miktarını azaltır" (%92,9), "Bebek sürekli ağlıyorsa anne sütü yetmiyordur" (%65,6), "Emzirmenin iki yıldan uzun süre devam etmesi çocukta anneye bağımlılık geliştirir" (%64,2) "Bazı annelerin sütleri bebeklerine yaramaz" (%64,9), "Bebek sık emmek istiyorsa bu anne sütünün yetersiz olduğunu gösterir" (%60,3), dir. Eğitim durumu ilköğretim ve altı olan kadınların 49 mit ifadesinin 28'ine katılma yüzdesinin, ortaöğretim ve üzeri öğrenime sahip kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca emzirme deneyimi olan kadınların 7 mit ifadesine katılma yüzdesinin, emzirme deneyimi olmayan kadınlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınların gebeliklerinde sağlık personelinin anne sütü ve emzirmeye yönelik bilgi alma durumuna göre mitlere katılma yüzdeleri arasında dört madde hariç anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Sonuç: Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar doğum yapan kadınlar arasında anne sütü ve emzirme ile ilgili mitlerin yaygın olduğunu göstermiştir. Düşük eğitim düzeyine sahip ve emzirme deneyimi olan kadınlar arasında bu mitlere inanma oranı daha yüksektir. Sağlık personelinin bilgi alma durumu ise mitlere katılma düzeyini etkilememiştir. Bu nedenle emzirme eğitimi ve danışmanlığında mitler üzerinde durulmalı ve eğitim içerikleri güncel kanıtlar çerçevesinde şekillendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Anne sütü, emzirme, geleneksel inançlar, mitler

Objective: Common beliefs about breast milk and breastfeeding in society are one of the obstacles to exclusive breastfeeding, especially in the first six months of life. This study was conducted to determine the beliefs of women who gave birth about breast milk and breastfeeding myths as a descriptive study.

Methods: The sample of study consisted of 282 postpartum women who gave birth at a university hospital. The data were collected by the "Individual Qualities Form" and "Breast Milk and Breastfeeding Myths Form" developed by these researchers. Breast Milk and Breastfeeding Myths Form is composed of the items that express common beliefs about breast milk and breastfeeding in society and each item is answered in triple likert type as "I agree", "Undecided", "I do not agree". Forms were applied before discharged. The data were evaluated in the SPSS (14.0) program on the computer and chi-square test was used in the statistical analysis.

Results: The average age of the women in the study is 29.48 ± 6.11, 27.7% is secondary school graduate, 82.3% is not working and 53.5% is living in province center. 62.1% of women have previous breastfeeding experience. 67% of the women had information about breast milk and breastfeeding from health personnel during last pregnancy. Myths that women are most convinced about are: "Inadequate intake of nutrients and fluids reduces the amount of milk" (92.9%), "If the baby is constantly crying, breast milk is not enough" (65.6%), "Breastfeeding for longer than two years improves dependence on the mother" (64.9%), "If the baby wants to suck frequently, this shows that the amount of milk is inadequate" (60.3%). It was found that the percentage of women with primary and lower education levels participating in 27 out of 49 myths was found to be significantly higher than women with secondary education and education ($p<0.05$). Moreover, the percentage of women with breastfeeding experience who participated in 7 myth expressions was found to be significantly higher than women without breastfeeding experience ($p<0.05$). It was determined that there was no significant difference between the percentages of participation in myths by information about breastfeeding and breastfeeding from health personnel except for four items ($p>0.05$).

Conclusion: The results showed that breast milk and breastfeeding myths were common among postpartum women. Among women who have a low education level and have breastfeeding experience, these myths are more likely to believe. The availability of information from the health personnel did not affect the level of participation in the myths. For this reason, myths should be emphasized in breastfeeding education and counseling, and educational content should be shaped within current evidence.

Keywords: Breast milk, breastfeeding, traditional values, myths

Giriş

Bilimsel çalışmalar anne sütünün yenidoğan bir bebeğin sağlıklı büyüme ve gelişmesini sağlayacak ideal besin olduğunu kanıtlamıştır^{1,2}. Geçmişten günümüze ulaşan bazı tarihi kalıntılar, sanat eserleri ve mitolojik bilgilere göre de, anne sütü ve bebeğin anne sütü ile beslenmesinin önemi tarihin en eski dönemlerinden beri bilinmektedir³. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); tüm bebeklerin anne sütü ile beslenmesinin, onların kısa ve uzun dönemli sağlıkları üzerinde olumlu etkileri olduğunu belirtmektedir. DSÖ ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF-United Nations International Children's Emergency Fund) 2016 yılı

Dünya Emzirme Haftası'nda "Emzirme: Sürdürülebilir Kalkınma İçin Bir Anahtar" sloganı ile emzirmenin yalnızca çocuk sağlığını geliştirmenin bir yapı taşı değil, aynı zamanda ülkelerin kalkınmasının da temeli olduğunu vurgulamıştır^{1,2}. Buna ek olarak emzirmenin; dünyanın daha sağlıklı, daha verimli, daha eşit ve çevresel olarak sürdürülebilir olmasına katkı verecek bir uygulama olduğunu belirtilmektedir⁴. DSÖ ve UNICEF'in önerdiği emzirme uygulaması; doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmenin başlatılması, bebeklerin ilk altı ay yalnızca anne sütü ile beslenmesi ve altı aydan sonra uygun ek besinlerle

ABSTRACT

1Cumhuriyet Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü,
Sivas, Türkiye
2Koç Üniversitesi,
Hemşirelik Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi
07.03.2018

Kabul Tarihi
11.04.2018

Sorumlu Yazar
Zehra Gölbaşı

Cumhuriyet Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Sivas, Türkiye

E-posta
zehragolbasi@gmail.com

en az iki yıl anne sütüne devam edilmesidir. Buna karşın, dünya genelinde bebeklerin yalnızca %38'i tam emzirilmektedir ve DSÖ'nün hedefi bu oranı 2025 yılına kadar en az %50'ye çıkarmaktır. Emzirme oranlarının hedeflenen seviyeye ulaştırılmasıyla yılda 820 bin (%87'si 6 ay ve daha küçük bebek olmak üzere) 5 yaş altı çocuk ölümünün önüne geçilebileceği (Yıllık tüm 5 yaş altı ölümlerin %13'ü), ayrıca yıllık 20 bin meme kanserinden ölümün önlenilebileceği belirtilmektedir⁵. Türkiye'de ise, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 sonuçlarına göre; tüm çocukların %96'sı belli bir süre emzirilmiştir. Bebeklerin %50'si doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilirken, %26'sı anne sütünden önce başka gıdalarla beslenmeye başlanmıştır. Bebeklerin %58'i yaşamın ilk iki ayında sadece anne sütü ile beslenmiştir. Emzirme davranışı 4-5 aylık bebeklerde %10,6'ya kadar gerilerken ortanca emzirme süresi 16,7 aydır (Erkek çocuklar;18,0 ay, kız çocuklar;16,3 ay). Altı aydan küçük ve emzirilen çocukların %28'inde hazır mama en çok verilen ek gıdadır⁶. Bu sonuçlar, dünyada ve ülkemizde emzirme davranışının istendik düzeyde olmadığını göstermektedir.

Yapılan çalışmalar; kadının çalışma yaşamına dönmesi, emzirme döneminde yaşanan sağlık sorunları, bireysel faktörler, sosyokültürel faktörler, sağlık hizmetleriyle ilgili faktörlerin tam emzirmeme ya da emzirmeyi erken sonlandırmada temel nedenler olduğunu ortaya koymaktadır^{7,8}. Gelişmekte olan ülkelerde ilk altı ayda tam emzirmeyi etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada, sosyokültürel faktörler arasında annenin emzirme ve bebek beslenmesi hakkındaki inançları ve akran baskısının, çevresel faktörler arasında ise destekleyici sosyal alt yapı eksikliğinin yer aldığı bulunmuştur⁷.

Annelerin sütlerinin yetersiz olduğuna dair algıları genellikle yaygın olan mitlerle ilişkili olabilir. Toplumumuzda yaygın olan "Bebek sürekli ağlıyorsa anne sütü yetmiyordur", "Bebek sık sık emmek istiyorsa anne sütü yeterli değildir", "Memeleri küçük olan kadının sütü az olur", "Bazı kadınların sütü bebeğine yaramaz", "Memeler dolgun değilse (yumuşaksa) yeterince süt yoktur" gibi inanışlar birçok kadının emzirmeyi erken sonlandırma ya da tam emzirmemesine neden olabileceği gözlenmektedir. Bu verilerden yola çıkarak bu çalışmada doğum yapan kadınların anne sütü ve emzirmeye yönelik var olan mitlerini belirlemek amaçlanmıştır. Araştırmadan elde edilecek bilgilerin doğum sonu dönemdeki kadınlara yönelik planlanacak anne sütü ve emzirme eğitimi içeriklerinin gereksinimler doğrultusunda yapılandırılmasına ışık tutacağı düşünülmektedir.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma doğum yapan annelerin anne sütü ve emzirme hakkında toplumda yaygın olduğu bilinen mitlere katılma durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Evren ve Örneklem

Araştırma Haziran 2015-Nisan 2016 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin kadın doğum kliniğinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, 2014 yılı verileri temel alındığında bu hastanede bir yıllık süre içinde doğum yapan 1314 kadın (normal doğum=409, sezaryen doğum=905) oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, evrenin belirli olduğu durumda olayın sıklığı incelenerek yapılan formül ($p=0,50$,

$q=0,50$, $d=0,05$, $t=1,96$, $n=1314$) aracılığı ile 297 olarak hesaplanmıştır. Klinikte doğum yapan kadınlara taburcu olmadan önce araştırma ile ilgili bilgi verilmiş ve katılmaya gönüllü olduğuna dair onam veren kadınlar örnekleme alınmıştır. Veri toplama formlarından 15'i eksik bilgi içerdiğinden çıkarılmış ve son örneklem 282 kadından oluşmuştur.

Etik Boyut

Bu çalışma, Helsinki Deklerasyonu prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür. Çalışmada gönüllülük esası dikkate alınmış olup, veri toplama formları dağıtılmadan önce kadınlar çalışma hakkında bilgilendirilmiştir. Araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili kurumdan yazılı (Proje no:2015/2374), kadınlardan yazılı ve sözel onamları alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada veriler Bireysel Özellikler Formu ve Anne Sütü ve Emzirme Mitleri Formu ile toplanmıştır. Bireysel Özellikler Formu sosyoekonomik (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, aile tipi vb) ve obstetrik özellikleri (gebelik, doğum, yaşayan çocuk sayısı, emzirme deneyimi vb) belirlemeye yönelik hazırlanmış 19 sorudan oluşmaktadır. Anne Sütü ve Emzirme Mitleri Formu ise konu ile literatürlerden ve gözlemlerden oluşturulmuş üçlü likert tipinde (Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum) hazırlanmış, 49 maddeden oluşmaktadır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın yapılacağı kurumdan gerekli izinler alındıktan sonra, kadın doğum kliniğinde doğum yapan annelerle görüşülmüş ve araştırma ile ilgili verilmiştir. Araştırmaya katılmaya gönüllü olduğunu ifade eden annelere veri toplama formları taburcu olmadan önce uygulanmıştır. Formların doldurulması yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 14.0 yazılım programında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir. Değerlendirmede, kategorik veriler frekans dağılımı; sürekli veriler ortalama ve standart sapma olarak gösterilmiştir. İstatistiksel analizde ki-kare testi kullanılmış, anlamlılık düzeyi için $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların %27,7'si ilköğretim mezunu, %82,3'ü gelir getiren bir işte çalışmamakta, %73,8'i çekirdek aileye sahip, %56,4'ünün gelir durumu orta düzeyde ve %53,5'i il merkezinde yaşamaktadır. Kadınların yaş ortalaması $29,48\pm 6,11$, gebelik sayısı ortalaması $2,74\pm 1,80$, canlı doğum sayısı ortalaması $2,26\pm 1,33$ ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması $2,24\pm 1,31$ 'dir.

Kadınların %62,1'inin emzirme deneyimi vardır ve %43,6'sı önceki emzirme dönemlerinde destek almışlardır. Kadınların emzirme döneminde destek aldıkları kişilerin başında anne (%56,1) ve kayınvalide (%43,9) gelmektedir. Kadınların %92,2'si daha önce anne sütü ve emzirme konusunda bilgi aldığını ifade etmiş, bilgi alınan kaynaklar arasında sağlık personeli (%89,6), anne/kayınvalide (%55,8) ve internet (%20,8) ilk sıralarda yer almıştır (Çizelge 1).

Çizelge 1. Kadınların Emzirme Özelliklerine Göre Dağılımı (n=282)

Özellikler	n (%)
Emzirme deneyimi	
Var	175 (62,1)
Yok	107 (37,9)
Önceki emzirme döneminde destek alma durumu	
Destek alan	123 (43,6)
Destek almayan	159 (56,4)
Önceki emzirme döneminde destek alınan kaynaklar*	
Anne	69 (56,1)
Kayınvalide	54 (43,9)
Eş	22 (18)
Kardeş	13 (10,6)
Sağlık personeli	12 (9,8)
Emzirme ve anne sütüne yönelik bilgi alma durumu	
Bilgi alan	260 (92,2)
Bilgi almayan	22 (7,8)
Bilgi alınan kaynaklar*	
Sağlık personeli	233 (89,6)
Anne/kayınvalide	145 (55,8)
İnternet	54(20,8)
Arkadaş	24 (9,2)
Televizyon/radyo	18(6,9)
Gazete/dergi	6 (2,3)
Kitap	22 (8,5)

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Kadınların %67,0'ı bu gebeliklerinde anne sütü ve emzirmeye yönelik sağlık personelinin bilgi aldığını ifade etmiş olup, yalnızca %34,8'i bebeğini doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirmiştir. Kadınların bebeklerine sadece anne sütü vermeyi düşündükleri ay ortalaması 5,78±0,85, ek besinlerle birlikte anne sütü verilmeyi düşündükleri ay ortalaması 23,21±5,11'dir (Çizelge 2).

Araştırmaya katılan kadınların tamamına yakını "Bazı gıdalar süt miktarını artırır (soğan, bulgur, dut vb.) (%98,6)", "Stres genellikle anne sütünün miktarını azaltır", "Yetersiz besin ve sıvı alımı genellikle süt miktarını azaltır (%92,9)" mitlerine katıldıklarını ifade ederken yarısından fazlası sırasıyla "Anne her emzirmede mutlaka her iki memesini de kullanmalıdır (%80,5)", "Anne her emzirmeden önce memelerini yıkamalıdır (%78,7)", "Yorgunluk genellikle anne sütünün miktarını azaltır (%67,7)", "Bebek her ağladığında emzirilmelidir (%66,7)", "Bebek sürekli ağlıyorsa anne sütü yetmiyordur (%65,6)", "Bazı kadınların sütü bebeğine yaramaz (%64,9)", "Emzirmenin iki yıldan uzun süre devam etmesi çocukta anneye bağımlılık geliştirir (%64,2)", "Bebek sık sık emmek istiyorsa anne sütü yeterli değildir (%60,3)", mitlerine katıldıklarını ifade etmişlerdir. En az oranda katıldıklarını ifade ettikleri ilk beş mit arasında ise sırasıyla "Mamalar bebek için anne sütünden daha faydalıdır (%0,7)", "Koyu renkli ve koyu kıvamlı ilk süt sarılık yapacağı için bebeğe verilmemeli, sağılıp atılmalıdır (%3,5)", "Sık emzirme bebeğin ileriki yaşamında

şişman olmasına neden olur (%4,6)", "Sık emzirmek emzirmeyi olumsuz etkiler (%5)", "Bir yaşından sonra anne sütünün değeri azalacağından emzirmeye gerek yoktur (%5,7)" mitleri yer almaktadır (Çizelge 3).

Kadınların eğitim düzeylerine göre anne sütü ve emzirme mitlerine katılma durumları incelendiğinde, mitlere yönelik 49 maddenin 28'inde annenin eğitim düzeyine göre, anne sütü ve emzirme mitlerine katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olması dikkati çekmektedir. Ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip kadınların anne sütü ve emzirme mitlerine katılma yüzdesi, lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Çizelge 4).

Kadınların emzirme deneyimlerine göre anne sütü ve emzirme mitlerine katılma durumları incelendiğinde; mitlere yönelik 49 maddenin 11'inde annenin emzirme deneyimine göre, anne sütü ve emzirme mitlerine katılma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Emzirme deneyimi olan kadınların anne sütü ve emzirme mitlerine katılma oranının, olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Çizelge 5).

Kadınların en son gebeliklerinde sağlık personelinin emzirme konusunda bilgi alma durumlarına göre anne sütü ve emzirme mitlerine katılma durumları incelendiğinde; mitlere yönelik 49 maddenin 4'ünde annenin sağlık personelinin emzirme konusunda bilgi alma durumuna göre anne sütü ve emzirme mitlerine katılma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ($p<0,05$) bulunurken; 45 maddede ise annenin bilgi alma durumuna göre anne sütü ve emzirme mitlerine katılma oranları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Çizelge 6).

Çizelge 2. Kadınların en son gebeliklerinde sağlık personelinin anne sütü ve emzirme bilgisi alma ve doğum sonu emzirme davranışlarına yönelik özelliklerinin dağılımı (n=282).

Özellikler	n (%)
Gebeliğinde anne sütü ve emzirme bilgisi	
Alan	189 (67,0)
Almayan	93 (33,0)
Bebegi doğumdan sonra ilk emzirme zamanı	
İlk yarım saat içinde	98 (34,8)
31-60 dakika içinde	29 (10,3)
61 dakika-6 saat içinde	25 (8,9)
6 saatten sonra	14 (5,0)
Emziremeyen (bebek küvözde)	116 (41,1)
İlk emzirmeden önce besin/su/mama verme durumu	
Evet	21 (7,4)
Hayır	261 (92,6)
X±SD	
Bebeğe sadece anne sütü vermeyi düşündüğü süre (ay)	5,78±0,857
Bebeğe ek besinlerle birlikte anne sütü vermeyi düşündüğü süre (ay)	23,21±5,114

Çizelge 3. Kadınların anne sütü ve emzirme mitlerine katılma durumlarının dağılımı (n= 282).

Anne Sütü ve Emzirme Mitleri*	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum
1. Anne sütü alan bebeğe az da olsa su verilmelidir.	136 (48,2)	15 (5,3)	131 (46,5)
2. Bebek sürekli ağlıyorsa anne sütü yetmiyordur.	87 (30,9)	10 (3,5)	185 (65,6)
3. Sık emzirme doğum sonu duygusal sorunlara (bunalım, depresyon vb) neden olabilir.	180 (63,8)	46 (16,3)	56 (19,9)
4. Bazı annelerin sütleri bebeklerine yaramaz.	78 (27,7)	21 (7,4)	183 (64,9)
5. İlk bebeğini emzirmede sorun yaşayan anne ikincide de sorun yaşar.	205 (72,7)	25 (8,9)	52 (18,4)
6. Anne her emzirmeden önce memelerini yıkamalıdır.	54 (19,1)	6 (2,1)	222 (78,7)
7. Herhangi bir ilaç kullanan anne bebeğini emzirmemelidir.	119 (42,2)	30 (10,6)	133 (47,2)
8. Emzirme anneyi uykusuz ve yorgun bırakır.	134 (47,5)	19 (6,7)	129 (45,7)
9. Anne sağlıklı (yeterli ve dengeli) beslenemiyorsa bebeğini mama ile beslemelidir.	151 (53,5)	10 (3,5)	121 (42,9)
10. Bebek sık sık emmek istiyorsa bu annenin sütünün yetmediğini (yeterli olmadığını / az olduğunu) gösterir.	83 (29,4)	29 (10,3)	170 (60,3)
11. Spor yapma anne sütünü azaltır.	176 (62,4)	84 (29,8)	22 (7,8)
12. Memesinde estetik amaçlı silikon bulunan anne bebeğini emziremez.	48 (17,0)	168 (59,6)	66 (23,4)
13. Anne memelerinin dolu olduğunu hissetmiyorsa yeterli süt yok demektir.	89 (31,6)	23 (8,2)	170 (60,3)
14. Mamalar bebek için anne sütünden daha faydalıdır.	279 (98,9)	1 (0,4)	2 (0,7)
15. Annenin tüm hastalıkları sütle bebeğe geçer.	143 (50,7)	51 (18,1)	88 (31,2)
16. Bazı bebeklerin anne sütüne alerjisi vardır.	102 (36,2)	112 (39,7)	68 (24,1)
17. Yorgunluk genellikle anne sütünün miktarını azaltır.	48 (17,0)	43 (15,2)	191 (67,7)
18. Annenin sütünü artırması için süt içmesi gerekir.	148 (52,5)	42 (14,9)	92 (32,6)
19. Anne her emzirmede mutlaka her iki memesini de kullanmalıdır.	50 (17,7)	5 (1,8)	227 (80,5)
20. Bebek kilo almıyorsa bu durum anne sütünün kalitesinin düşük olduğunu gösterir.	78 (27,7)	31 (11,0)	173 (61,3)
21. Süt üretiminin devamı için günde 4-6 kez emzirmek yeterlidir.	177 (62,8)	29 (10,3)	76 (27,0)
22. Stres genellikle anne sütünün miktarını azaltır.	10 (3,5)	10 (3,5)	262 (92,9)
23. Annenin yan yatarak bebeğini emzirmesi bebekte kulak iltihabına (enfeksiyonlarına) neden olur.	36 (12,8)	177 (62,8)	69 (24,5)
24. Bir yaşından sonra anne sütünün değeri azalacağından emzirmeye gerek yoktur.	261 (92,6)	5 (1,8)	16 (5,7)
25. Doğumdan sonra ilk birkaç gün annenin sütü az olduğu için bebeğe mama verilmelidir.	139 (49,3)	10 (3,5)	133 (47,2)
26. İlk altı ayda anne sütü alan bebeğe çok az da olsa yemek suları verilerek ek gıdaya alıştırmalıdır.	140 (49,6)	8 (2,8)	134 (47,5)
27. Yetersiz besin ve sıvı alımı genellikle süt miktarını azaltır.	12 (4,3)	8 (2,8)	262 (92,9)
28. Annenin sütünün rengi bulanık su gibi ise bu süt bebeğe yaramaz.	96 (34,0)	125 (44,3)	61 (21,6)
29. Annenin memesinde uzun süre bekleyen süt bozulacağı için bebeğe verilmemelidir.	138 (48,9)	66 (23,4)	78 (27,7)
30. Uyuyan bebek emzirilmek için uyandırılmamalıdır.	241 (85,5)	7 (2,5)	34 (12,1)
31. Bebekler belirli bir saat aralığına (örn; 2 saatte bir) göre program yapılarak emzirilmelidir.	106 (37,6)	18 (6,4)	158 (56,0)
32. Sık emzirmek emzirmeyi olumsuz etkiler.	239 (84,8)	29 (10,3)	14 (5,0)
33. Mama ile beslenen bebekler anne sütü alan bebeklerden daha iyi uyur.	202 (71,6)	46 (16,3)	34 (12,1)
34. Sık emzirme bebeğin ileriki yaşamında şişman olmasına neden olur.	234 (83)	35 (12,4)	13 (4,6)
35. Koyu renkli ve koyu kıvamlı ilk süt sarılık yapacağı için bebeğe verilmemeli, sağılıp atılmalıdır.	264 (93,6)	8 (2,8)	10 (3,5)
36. Memeleri küçük olan kadınların sütü de az olur.	217 (77,0)	44 (15,6)	21 (7,4)
37. Emzirme memelerin sarkmasına neden olur.	94 (33,3)	28 (9,9)	160 (56,7)
38. Emziren anne gaz yapıcı yiyeceklerden kaçınmalıdır.	6 (2,1)	3 (1,1)	273 (96,8)
39. Memelerin tekrar sütle dolması için anne belirli bir süre (örn. 2 saat) emzirmeye ara vermelidir.	102 (36,2)	34 (12,1)	146 (51,8)
40. Emzirme nedeniyle annenin bebeği sık sık kucağına alması onun şımarmasına neden olur.	163 (57,8)	23 (8,2)	96 (34,0)
41. Bebekler emzirmenin ilk 5-10 dakikasında gereksinim duydukları sütün tamamını alır.	89 (31,6)	73 (25,9)	120 (42,6)
42. Anneler memelerini emzik gibi kullanmamalıdır.	51 (18,1)	25 (8,9)	206 (72,0)
43. Bebek her ağladığında emzirilmelidir.	86 (30,5)	8 (2,8)	188 (66,7)
44. Emzirmenin iki yıldan uzun süre devam etmesi çocukta anneye bağımlılık geliştirir.	52 (18,4)	49 (17,4)	181 (64,2)
45. Süt miktarını artırmak için anne tatlı yemelidir.	121 (42,9)	17 (6,0)	144 (51,1)
46. Bebekte çok fazla gaz sancısı varsa emzirme kesilmelidir.	219 (77,7)	32 (11,3)	31 (11,0)
47. Annenin yediği besinlere göre sütünün tadı değişir.	51 (18,1)	79 (28,0)	152 (53,9)
48. Bazı gıdalar süt miktarını artırır (soğan, bulgur, dut vb).	2 (0,7)	2 (0,7)	278 (98,6)
49. Emzirdikten sonra bebeğe ağzını temizlemek için bir miktar su verilmelidir.	180 (63,8)	54 (19,1)	48 (17,0)

*Veriler sayı (yüzde) olarak verilmiştir.

Çizelge 4. Kadınların eğitim düzeylerine göre anne sütü ve emzirme mitlerine katılma durumlarının dağılımı.

MİTLER	Eğitim Düzeyi (n=282)						x ² / p
	Ortaokul ve altı n (%)			Lise ve üzeri n (%)			
	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	
1. Anne sütü alan bebeğe az da olsa su verilmelidir.	58 (36,3)	9 (5,6)	93 (58,1)	78 (63,9)	6 (4,9)	38 (31,1)	21,910/0,000
2. Bebek sürekli ağlıyorsa anne sütü yetmiyordur.	32 (20,0)	6 (3,8)	122 (76,3)	55 (45,1)	4 (3,3)	63 (51,6)	20,549/0,000
3. Sık emzirme doğum sonu duygusal sorunlara (bunalım, depresyon vb) neden olabilir.	83 (51,9)	36 (22,5)	41 (25,6)	97 (79,5)	10 (8,2)	15 (12,3)	23,156/0,000
4. Bazı annelerin sütleri bebeklerine yaramaz.	27 (16,9)	8 (5,0)	125 (78,1)	51 (41,8)	13(10,7)	58 (47,5)	28,502/0,000
5. İlk bebeğini emzirmede sorun yaşayan anne ikincide de sorun yaşar.	102 (63,8)	18 (11,3)	40 (25,0)	103 (84,4)	7 (5,7)	12 (9,8)	15,075/0,001
6. Anne her emzirmeden önce memelerini yıkamalıdır.	32 (20,0)	1 (0,6)	127 (79,4)	22 (18,0)	5 (4,1)	95 (77,9)	4,085/0,130
7. Herhangi bir ilaç kullanan anne bebeğini emzirmemelidir.	58 (36,3)	18 (11,3)	84 (52,5)	61 (50,0)	12 (9,8)	49 (40,2)	5,465/0,065
8. Emzirme anneyi uykusuz ve yorgun bırakır.	63 (39,4)	11 (6,9)	86 (53,8)	71 (58,2)	8 (6,6)	43 (35,2)	10,352/0,006
9. Anne sağlıklı (yeterli ve dengeli) beslenemiyorsa bebeğini mama ile beslemelidir.	64 (40,0)	7 (4,4)	89 (55,6)	87 (71,3)	3 (2,5)	32 (26,2)	27,330/0,000
10. Bebek sık sık emmek istiyorsa bu annenin sütünün yetmediğini (yeterli olmadığını / az olduğunu) gösterir.	29 (18,1)	16 (10,0)	115 (71,9)	54 (44,3)	13(10,7)	55 (45,1)	24,338/0,000
11. Spor yapma anne sütünü azaltır.	78 (48,8)	65 (40,6)	17 (10,6)	98 (80,3)	19(15,6)	5 (4,1)	29,422/0,000
12. Memesinde estetik amaçlı silikon bulunan anne bebeğini emziremez.	27 (16,9)	94 (58,8)	39 (24,4)	21 (17,2)	74(60,7)	27 (22,1)	0,196/0,907
13. Anne memelerinin dolu olduğunu hissetmiyorsa yeterli süt yok demektir.	38 (23,8)	11 (6,9)	111 (69,4)	51 (41,8)	12 (9,8)	59 (48,4)	12,963/0,002
14. Mamalar bebek için anne sütünden daha faydalıdır.	157 (98,1)	1 (0,6)	2 (1,3)	122 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	2,312/0,315
15. Annenin tüm hastalıkları sütle bebeğe geçer.	57 (35,6)	34 (21,3)	69 (43,1)	86 (70,5)	17(13,9)	19 (15,6)	35,481/0,000
16. Bazı bebeklerin anne sütüne alerjisi vardır.	53 (33,1)	64 (40,0)	43 (26,9)	49 (40,2)	48(39,3)	25 (20,5)	2,125/0,346
17. Yorgunluk genellikle anne sütünün miktarını azaltır.	36 (22,5)	25 (15,6)	99 (61,9)	12 (9,8)	18(14,8)	92 (75,4)	8,429/0,015
18. Annenin sütünü artırması için süt içmesi gerekir.	73 (45,6)	26 (16,3)	61 (38,1)	75 (61,5)	16(13,1)	31 (25,4)	7,201/0,027
19. Anne her emzirmede mutlaka her iki memesini de kullanmalıdır.	20 (12,5)	2 (1,3)	138 (86,3)	30 (24,6)	3 (2,5)	89 (73,0)	7,798/0,020
20. Bebek kilo almıyorsa bu durum anne sütünün kalitesinin düşük olduğunu gösterir.	29 (18,1)	17 (10,6)	114 (71,3)	49 (40,2)	14(11,5)	59 (48,4)	18,112/0,000
21. Süt üretiminin devamı için günde 4-6 kez emzirmek yeterlidir.	91 (56,9)	15 (9,4)	54 (33,8)	86 (70,5)	14(11,5)	22 (18,0)	8,687/0,013
22. Stres genellikle anne sütünün miktarını azaltır.	8 (5,0)	7 (4,4)	145 (90,6)	2 (1,6)	3 (2,5)	117 (95,9)	3,129/0,209
23. Annenin yan yatarak bebeğini emzirmesi bebekte kulak iltihabına (enfeksiyonlarına) neden olur.	19 (11,9)	95 (59,4)	46 (28,8)	17 (13,9)	82(67,2)	23 (18,9)	3,679/0,159
24. Bir yaşından sonra anne sütünün değeri azalacağından emzirmeye gerek yoktur.	144 (90,0)	3 (1,9)	13 (8,1)	117 (95,9)	2 (1,6)	3 (2,5)	4,199/0,123
25. Doğumdan sonra ilk birkaç gün annenin sütü az olduğu için bebeğe mama verilmelidir.	80 (50,0)	8 (5,0)	72 (45,0)	59 (48,4)	2 (1,6)	61 (50,0)	2,609/0,271
26. İlk altı ayda anne sütü alan bebeğe çok az da olsa yemek suları verilerek ek gıdaya alıştırmalıdır.	71 (44,4)	3 (1,9)	86 (53,8)	69 (56,6)	5 (4,1)	48 (39,3)	6,298/0,043

27. Yetersiz besin ve sıvı alımı genellikle süt miktarını azaltır	6 (3,8)	5 (3,1)	149 (93,1)	6 (4,9)	3 (2,5)	113 (92,6)	0,332/0,847
28. Annenin sütünün rengi bulanık su gibi ise bu süt bebeğe yaramaz.	40 (25,0)	71 (44,4)	49 (30,6)	56 (45,9)	54(44,3)	12 (9,8)	22,713/0,000
29. Annenin memesinde uzun süre bekleyen süt bozulacağı için bebeğe verilmemelidir.	59 (36,9)	41 (25,6)	60 (37,5)	79 (64,8)	25(20,5)	18 (14,8)	24,721/0,000
30. Uyuyan bebek emzirilmek için uyandırılmamalıdır.	129 (80,6)	4 (2,5)	27 (16,9)	112 (91,8)	3 (2,5)	7 (5,7)	8,134/0,017
31. Bebekler belirli bir saat aralığına (örn; 2 saatte bir) göre program yapılarak emzirilmelidir.	56 (35,0)	13 (8,1)	91 (56,9)	50 (41,0)	5 (4,1)	67 (54,9)	2,465/0,292
32. Sık emzirmek emzirmeyi olumsuz etkiler.	129 (80,6)	24 (15,0)	7 (4,4)	110 (90,2)	5 (4,1)	7 (5,7)	9,002/0,011
33. Mama ile beslenen bebekler anne sütü alan bebeklerden daha iyi uyur.	109 (68,1)	31 (19,4)	20 (12,5)	93 (76,2)	15(12,3)	14 (11,5)	2,822/0,244
34. Sık emzirme bebeğin ileriki yaşamında şişman olmasına neden olur.	121 (75,6)	28 (17,5)	11 (6,9)	113 (92,6)	7 (5,7)	2 (1,6)	14,242/0,001
35. Koyu renkli ve koyu kıvamlı ilk süt sarılık yapacağı için bebeğe verilmemeli, sağılıp atılmalıdır.	150 (93,8)	4 (2,5)	6 (3,8)	114 (93,4)	4 (3,3)	4 (3,3)	0,192/0,908
36. Memeleri küçük olan kadınların sütü de az olur.	113 (70,6)	31 (19,4)	16 (10,0)	104 (85,2)	13(10,7)	5 (4,1)	8,533/0,014
37. Emzirme memelerin sarkmasına neden olur.	45 (28,1)	13 (8,1)	102 (63,8)	49 (40,2)	15(12,3)	58 (47,5)	7,427/0,024
38. Emziren anne gaz yapıcı yiyeceklerden kaçınmalıdır.	4 (2,5)	2 (1,3)	154 (96,3)	2 (1,6)	1 (0,8)	119(97,5)	0,373/0,830
39. Memelerin tekrar sütle dolması için anne belirli bir süre (örn. 2 saat) emzirmeye ara vermelidir.	62 (38,8)	17 (10,6)	81 (50,6)	40 (32,8)	17(13,9)	65 (53,3)	1,403/0,496
40. Emzirme nedeniyle annenin bebeği sık sık kucağına alması onun şımarmasına neden olur.	67 (41,9)	19 (11,9)	74 (46,3)	96 (78,7)	4 (3,3)	22 (18,0)	38,691/0,000
41. Bebekler emzirmenin ilk 5-10 dakikasında gereksinim duydukları sütü tamamını alır.	54 (33,8)	33 (20,6)	73 (45,6)	35 (28,7)	40(32,8)	47 (38,5)	5,337/0,069
42. Anneler memelerini emzik gibi kullanmamalıdır.	29 (18,1)	12 (7,5)	119 (74,4)	22 (18,0)	13(10,7)	87 (71,3)	0,867/0,648
43. Bebek her ağladığında emzirilmelidir.	34 (21,3)	6 (3,8)	120 (75,0)	52 (42,6)	2 (1,6)	68 (55,7)	15,308/0,000
44. Emzirmenin iki yıldan uzun süre devam etmesi çocukta anneye bağımlılık geliştirir.	31 (19,4)	29 (18,1)	100 (62,5)	21 (17,2)	20(16,4)	81 (66,4)	0,458/0,795
45. Süt miktarını artırmak için anne tatlı yemelidir.	51 (31,9)	8 (5,0)	101 (63,1)	70 (57,4)	9 (7,4)	43 (35,2)	21,676/0,000
46. Bebekte çok fazla gaz sancısı varsa emzirme kesilmelidir.	118 (73,8)	20 (12,5)	22 (13,8)	101 (82,8)	12 (9,8)	9 (7,4)	3,718/0,156
47. Annenin yediği besinlere göre sütünün tadı değişir.	29 (18,1)	46 (28,8)	85 (53,1)	22 (18,0)	33(27,0)	67 (54,9)	0,113/0,945
48. Bazı gıdalar süt miktarını artırır (soğan, bulgur, dut vb).	1 (0,6)	2 (1,3)	157 (98,1)	1 (0,8)	0 (0,0)	121 (99,2)	1,570/0,456
49. Emzirdikten sonra bebeğe ağzını temizlemek için bir miktar su verilmelidir.	89 (55,6)	36 (22,5)	35 (21,9)	91 (74,6)	18(14,8)	13 (10,7)	11,188/0,004

Çizelge 5. Kadınların emzirme deneyimlerine göre anne sütü ve emzirme mitlerine katılma durumlarının dağılımı.

MİTLER	Emzirme Deneyimi (n=282)						x ² / p
	Olan n (%)			Olmayan n (%)			
	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	
1. Anne sütü alan bebeğe az da olsa su verilmelidir.	72 (41,1)	3 (10,7)	100 (57,1)	64 (59,8)	12 (11,2)	31 (29,0)	27,411/0,000
2. Bebek sürekli ağlıyorsa anne sütü yetmiyordur.	46 (26,3)	5 (2,9)	124 (70,9)	41 (38,3)	5 (4,7)	61 (57,0)	5,674/0,059
3. Sık emzirme doğum sonu duygusal sorunlara (bunalım, depresyon vb) neden olabilir.	109 (62,3)	28 (16,0)	38 (21,7)	71 (66,4)	18 (16,8)	18 (16,8)	1,000/0,607
4. Bazı annelerin sütleri bebeklerine yaramaz.	44 (25,1)	14 (8,0)	117 (66,9)	34 (31,8)	7 (6,5)	66 (61,7)	1,520/0,468
5. İlk bebeğini emzirmede sorun yaşayan anne ikincide de sorun yaşar.	126 (72,0)	11 (6,3)	38 (21,7)	79 (73,8)	14 (13,1)	14 (13,1)	6,174/0,046
6. Anne her emzirmeden önce memelerini yıkamalıdır.	38 (21,7)	2 (1,1)	135 (77,1)	16 (15,0)	4 (3,7)	87 (81,3)	3,834/0,147
7. Herhangi bir ilaç kullanan anne bebeğini emzirmemelidir.	71 (40,6)	20 (12,6)	82 (46,9)	48 (44,9)	8 (7,5)	51 (47,7)	1,919/0,383
8. Emzirme anneyi uykusuz ve yorgun bırakır.	79 (45,1)	7 (4,0)	89 (50,9)	55 (51,4)	12 (11,2)	40 (37,4)	8,313/0,016
9. Anne sağlıklı (yeterli ve dengeli) beslenmiyorsa bebeğini mama ile beslemelidir.	94 (53,7)	7 (4,0)	74 (42,3)	57 (53,3)	3 (2,8)	47 (43,9)	0,312/0,856
10. Bebek sık sık emmek istiyorsa bu annenin sütünün yetmediğini (yeterli olmadığını / az olduğunu) gösterir.	49 (28,0)	18 (10,3)	108 (61,7)	34 (31,8)	11 (10,3)	62 (57,9)	0,478/0,787
11. Spor yapma anne sütünü azaltır.	102 (58,3)	59 (33,7)	14 (8,0)	74 (69,2)	25 (23,4)	8 (7,5)	3,669/0,160
12. Memesinde estetik amaçlı silikon bulunan anne bebeğini emziremez.	30 (17,1)	108 (61,7)	37 (21,1)	18 (16,8)	60 (56,1)	29 (27,1)	1,366/0,505
13. Anne memelerinin dolu olduğunu hissetmiyorsa yeterli süt yok demektir	56 (32,0)	7 (4,0)	112 (64,0)	33 (30,8)	16 (15,0)	58 (54,2)	10,852/0,004
14. Mamalar bebek için anne sütünden daha faydalıdır.	172 (98,3)	1 (0,6)	2 (1,1)	107 (100)	0 (0,0)	0 (0,0)	1,854/0,396
15. Annenin tüm hastalıkları sütle bebeğe geçer.	91 (52,0)	33 (18,9)	51 (29,1)	52 (48,6)	18 (16,8)	37 (34,6)	0,932/0,627
16. Bazı bebeklerin anne sütüne alerjisi vardır.	69 (39,4)	61 (34,9)	45 (25,7)	33 (30,8)	51 (47,7)	23 (21,5)	4,586/0,101
17. Yorgunluk genellikle anne sütünün miktarını azaltır.	35 (20,0)	21 (12,0)	119 (68,0)	13 (12,1)	22 (20,6)	72 (67,3)	5,601/0,061
18. Annenin sütünü artırması için süt içmesi gerekir.	88 (50,3)	22 (12,6)	65 (37,1)	60 (56,1)	20 (18,7)	27 (25,2)	4,981/0,083
19. Anne her emzirmede mutlaka her iki memesini de kullanmalıdır.	37 (21,1)	1 (0,6)	137 (78,3)	13 (12,1)	4 (3,7)	90 (84,1)	7,065/0,029
20. Bebek kilo almıyorsa bu durum anne sütünün kalitesinin düşük olduğunu gösterir.	35 (20,0)	21 (12,0)	119 (68,0)	43 (40,2)	10 (9,3)	54 (50,5)	13,536/0,001
21. Süt üretiminin devamı için günde 4-6 kez emzirmek yeterlidir.	116 (66,3)	14 (8,0)	45 (25,7)	61 (57,0)	15 (14,0)	31 (29,0)	3,511/0,173
22. Stres genellikle anne sütünün miktarını azaltır.	8 (4,6)	7 (4,0)	160 (91,4)	2 (1,9)	3 (2,8)	102 (95,3)	1,744/0,418
23. Annenin yan yatarak bebeğini emzirmesi bebekte kulak iltihabına (enfeksiyonlarına) neden olur.	19 (10,9)	103 (58,9)	53 (30,3)	17 (15,9)	74 (69,2)	16 (15,0)	8,819/0,012
24. Bir yaşından sonra anne sütünün değeri azalacağından emzirmeye gerek yoktur.	161 (92,0)	3 (1,7)	11 (6,3)	100 (93,5)	2 (1,9)	5 (4,7)	0,329/0,848
25. Doğumdan sonra ilk birkaç gün annenin sütü az olduğu için bebeğe mama verilmelidir.	93 (53,1)	8 (4,6)	74 (42,3)	46 (43,0)	2 (1,9)	59 (55,1)	5,082/0,079
26. İlk altı ayda anne sütü alan bebeğe çok az da olsa yemek suları verilerek ek gıdaya alıştırmalıdır.	82 (46,9)	2 (1,1)	91 (52,0)	58 (54,2)	6 (5,6)	43 (40,2)	7,338/0,026
27. Yetersiz besin ve sıvı alımı genellikle süt miktarını azaltır.	6 (3,4)	4 (2,3)	165 (94,3)	6 (5,6)	4 (3,7)	97 (90,7)	1,329/0,515

28. Annenin sütünün rengi bulanık su gibi ise bu süt bebeğe yaramaz.	60 (34,3)	72 (41,1)	43 (24,6)	36 (33,6)	53 (49,5)	18 (16,8)	2,906/0,234
29. Annenin memesinde uzun süre bekleyen süt bozulacağı için bebeğe verilmemelidir.	83 (47,4)	37 (21,1)	55 (31,4)	55 (51,4)	29 (27,1)	23 (21,5)	3,591/0,166
30.Uyuyan bebek emzirmek için uyandırılmamalıdır.	150 (85,7)	1 (0,6)	24 (13,7)	91 (85,0)	6 (5,6)	10 (9,3)	7,839/0,020
31. Bebekler belirli bir saat aralığına (örn; 2 saatte bir) göre program yapılarak emzirilmelidir.	77 (44,0)	10 (5,7)	88 (50,3)	29 (27,1)	8 (7,5)	70 (65,4)	8,081/0,018
32. Sık emzirmek emzirmeyi olumsuz etkiler.	152 (86,9)	15 (8,6)	8 (4,6)	87 (81,3)	14 (13,1)	6 (5,6)	1,700/0,427
33. Mama ile beslenen bebekler anne sütü alan bebeklerden daha iyi uyur.	119 (68,0)	31 (17,7)	25 (14,3)	83 (77,6)	15 (14,0)	9 (8,4)	3,306/0,192
34. Sık emzirme bebeğin ileriki yaşamında şişman olmasına neden olur.	146 (83,4)	20 (11,4)	9(5,1)	88 (82,2)	15 (14,0)	4 (3,7)	0,654/0,721
35. Koyu renkli ve koyu kıvamlı ilk süt sarılık yapacağı için bebeğe verilmemeli, sağılıp atılmalıdır.	167 (95,4)	3 (1,7)	5 (2,9)	97 (90,7)	5 (4,7)	5(4,7)	2,828/0,243
36. Memeleri küçük olan kadınların sütü de az olur.	134 (76,6)	28 (16,0)	13 (7,4)	83 (77,6)	16 (15,0)	8 (7,5)	0,055/0,973
37. Emzirme memelerin sarkmasına neden olur.	55 (31,4)	14 (8,0)	106 (60,6)	39 (36,4)	14 (13,1)	54 (50,5)	3,425/0,180
38. Emziren anne gaz yapıcı yiyeceklerden kaçınmalıdır.	5 (2,9)	1(0,6)	169 (96,6)	1 (0,9)	2 (1,9)	104 (97,2)	2,207/0,332
39. Memelerin tekrar sütle dolması için anne belirli bir süre (örn. 2 saat) emzirmeye ara vermelidir.	68 (38,9)	17 (9,7)	90 (51,4)	34 (31,8)	17 (15,9)	56 (52,3)	3,030/0,220
40. Emzirme nedeniyle annenin bebeği sık sık kucağına alması onun şımarmasına neden olur.	94 (53,7)	17 (9,7)	64 (36,6)	69 (64,5)	6 (5,6)	32 (29,9)	3,572/0,168
41. Bebekler emzirmenin ilk 5-10 dakikasında gereksinim duydukları sütün tamamını alır.	61 (34,9)	39 (22,3)	75 (42,9)	28 (26,2)	34 (31,8)	45 (42,1)	3,909/0,142
42. Anneler memelerini emzik gibi kullanmamalıdır.	34 (19,4)	10 (5,7)	131 (74,9)	17 (15,9)	15 (14,0)	75 (70,1)	5,832/0,054
43. Bebek her ağladığında emzirilmelidir.	45 (25,7)	5 (2,9)	125 (71,4)	41 (38,3)	3(2,8)	63 (58,9)	5,028/0,081
44. Emzirmenin iki yıldan uzun süre devam etmesi çocukta anneye bağımlılık geliştirir.	34 (19,4)	27 (15,4)	114 (65,1)	18 (16,8)	22 (20,6)	67 (62,6)	1,317/0,518
45. Süt miktarını artırmak için anne tatlı yemelidir.	76 (43,4)	11 (6,3)	88 (50,3)	45 (42,1)	6 (5,6)	56 (52,3)	0,135/0,935
46. Bebeğe çok fazla gaz sancısı varsa emzirme kesilmelidir.	143 (81,7)	15 (8,6)	17 (9,7)	76 (71,0)	17 (15,9)	14 (13,1)	4,795/0,091
47. Annenin yediği besinlere göre sütünün tadı değişir.	36 (20,6)	44 (25,1)	95 (54,3)	15 (14,0)	35 (32,7)	57 (53,3)	2,947/0,229
48. Bazı gıdalar süt miktarını artırır (soğan, bulgur, dut vb).	2 (1,1)	1(0,6)	172 (98,3)	0 (0,0)	1 (0,9)	106 (99,1)	1,350/0,509
49.Emzirdikten sonra bebeğe ağzını temizlemek için bir miktar su verilmelidir.	116 (66,3)	24 (13,7)	35 (20,0)	64 (59,8)	30 (28,0)	13 (12,1)	9,954/0,007

Çizelge 6. Kadınların en son gebeliklerinden sağlık personelinde bilgi alma durumlarına göre anne sütü ve emzirme mitlerine katılma durumlarının dağılımı.

MİTLER	Sağlık Personelinden Bilgi Alma						α^2/p
	Almayan n (%)			Alan n (%)			
	Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor	Katılmıyor	Kararsız	Katılıyor	
1. Anne sütü alan bebeğe az da olsa su verilmelidir.	41(44,1)	7 (7,5)	45 (48,4)	95 (50,3)	8 (4,2)	86 (45,5)	1,877/0,391
2. Bebek sürekli ağlıyorsa anne sütü yetmiyordur.	24 (25,8)	3 (3,2)	66 (71,0)	63 (33,3)	7 (3,7)	119 (63,0)	1,794/0,408
3. Sık emzirme doğum sonu duygusal sorunlara (bunalım, depresyon vb) neden olabilir.	57 (61,3)	15 (16,1)	21 (22,6)	123 (65,1)	31 (16,4)	35 (18,5)	0,661/0,719
4. Bazı annelerin sütleri bebeklerine yaramaz.	24 (25,8)	8 (8,6)	61 (65,6)	54 (28,6)	13 (6,9)	122 (64,6)	0,431/0,806
5. İlk bebeğini emzirmede sorun yaşayan anne ikincide de sorun yaşar.	64 (68,8)	13 (14,0)	16 (17,2)	141 (74,6)	12 (6,3)	36 (19,0)	4,494/0,106
6. Anne her emzirmeden önce memelerini yıkamalıdır.	18 (19,4)	2 (2,2)	73 (78,5)	36 (19,0)	4 (2,1)	149 (78,8)	0,004/0,998
7. Herhangi bir ilaç kullanan anne bebeğini emzirmemelidir.	36 (38,7)	11 (11,8)	46 (49,5)	83 (43,9)	19 (10,1)	87 (46,0)	0,740/0,691
8. Emzirme anneyi uykusuz ve yorgun bırakır.	46 (49,5)	8 (8,6)	39 (41,9)	88 (46,6)	11 (5,8)	90 (47,6)	1,267/0,531
9. Anne sağlıklı (yeterli ve dengeli) beslenemiyorsa bebeğini mama ile beslemelidir.	48 (51,6)	4 (4,3)	41 (44,1)	103 (54,5)	6 (3,2)	80 (42,3)	0,365/0,833
10. Bebek sık sık emmek istiyorsa bu annenin sütünün yetmediğini (yeterli olmadığını/az olduğunu) gösterir.	22 (23,7)	11 (11,8)	60 (64,5)	61 (32,3)	18 (9,5)	110 (58,2)	2,307/0,315
11. Spor yapma anne sütünü azaltır	50 (53,8)	33 (35,5)	10 (10,8)	126 (66,7)	51 (27,0)	12 (6,3)	4,724/0,094
12. Memesinde estetik amaçlı silikon bulunan anne bebeğini emziremez.	18 (19,4)	59 (63,4)	16 (17,2)	30 (15,9)	109 (57,7)	50 (26,5)	3,071/0,215
13. Anne memelerinin dolu olduğunu hissetmiyorsa yeterli süt yok demektir.	30 (32,3)	5 (5,4)	58 (62,4)	59 (31,2)	18 (9,5)	112 (59,3)	1,436/0,488
14. Mamalar bebek için anne sütünden daha faydalıdır.	92 (98,9)	0 (0,0)	1 (1,1)	187 (98,9)	1 (0,5)	1 (0,5)	0,754/0,686
15. Annenin tüm hastalıkları sütle bebeğe geçer.	35 (37,6)	25 (26,9)	33 (35,5)	108 (57,1)	26 (13,8)	55 (29,1)	11,429/0,003
16. Bazı bebeklerin anne sütüne alerjisi vardır.	35 (37,6)	37 (39,8)	21 (22,6)	67 (35,4)	75 (39,7)	47 (24,9)	0,218/0,897
17. Yorgunluk genellikle anne sütünün miktarını azaltır.	18 (19,4)	17 (18,3)	58 (62,4)	30 (15,9)	26 (13,8)	133 (70,4)	1,870/0,393
18. Annenin sütünü artırması için süt içmesi gerekir.	49 (52,7)	14 (15,1)	30 (32,3)	99 (52,4)	28 (14,8)	62 (32,8)	0,009/0,995
19. Anne her emzirmede mutlaka her iki memesini de kullanmalıdır.	18 (19,4)	4 (4,3)	71 (76,3)	32 (16,9)	1 (0,5)	156 (82,5)	5,505/0,064
20. Bebek kilo almıyorsa bu durum anne sütünün kalitesinin düşük olduğunu gösterir.	29 (31,2)	9 (9,7)	55 (59,1)	49 (25,9)	22 (11,6)	118 (62,4)	0,951/0,621
21. Süt üretiminin devamı için günde 4-6 kez emzirmek yeterlidir.	56 (60,2)	10 (10,8)	27 (29,0)	121 (64,0)	19 (10,1)	49 (25,9)	0,397/0,820
22. Stres genellikle anne sütünün miktarını azaltır.	4 (4,3)	3 (3,2)	86 (92,5)	6 (3,2)	7 (3,7)	176 (93,1)	0,266/0,875
23. Annenin yan yatarak bebeğini emzirmesi bebekte kulak iltihabına (enfeksiyonlarına) neden olur.	13 (14,0)	62 (66,7)	18 (19,4)	23 (12,2)	115 (60,8)	51 (27,0)	1,979/0,372
24. Bir yaşından sonra anne sütünün değeri azalacağından emzirmeye gerek yoktur.	84 (90,3)	2 (2,2)	7 (7,5)	177 (93,7)	3 (1,6)	9 (4,8)	1,026/0,599
25. Doğumdan sonra ilk birkaç gün annenin sütü az olduğu için bebeğe mama verilmelidir.	52 (55,9)	2 (2,2)	39 (41,9)	87 (46,0)	8 (4,2)	94 (49,7)	2,801/0,246
26. İlk altı ayda anne sütü alan bebeğe çok az da olsa yemek suları verilerek ek gıdaya alıştırılmalıdır.	44 (47,3)	4 (4,3)	45 (48,4)	96 (50,8)	4 (2,1)	89 (47,1)	1,223/0,543
27. Yetersiz besin ve sıvı alımı genellikle süt miktarını azaltır.	8 (8,6)	3 (3,2)	82 (88,2)	4 (2,1)	5 (2,6)	180 (95,2)	6,570/0,037

28. Annenin sütünün rengi bulanık su gibi ise bu süt bebeğe yaramaz.	32 (34,4)	41 (44,1)	20 (21,5)	64 (33,9)	84 (44,4)	41 (21,7)	0,008/0,996
29. Annenin memesinde uzun süre bekleyen süt bozulacağı için bebeğe verilmemelidir.	42 (45,2)	24 (25,8)	27 (29,0)	96 (50,8)	42 (22,2)	51 (27,0)	0,841/0,657
30. Uyuyan bebek emzirilmek için uyandırılmamalıdır.	74 (79,6)	3 (3,2)	16 (17,2)	167 (88,4)	4 (2,1)	18 (9,5)	3,922/0,141
31. Bebekler belirli bir saat aralığına (örn; 2 saatte bir) göre program yapılarak emzirilmelidir.	39 (41,9)	7 (7,5)	47 (50,5)	67 (35,4)	11 (5,8)	111 (58,7)	1,729/0,421
32. Sık emzirmek emzirmeyi olumsuz etkiler.	77 (82,8)	9 (9,7)	7(7,5)	162 (85,7)	20 (10,6)	7 (3,7)	1,947/0,378
33. Mama ile beslenen bebekler anne sütü alan bebeklerden daha iyi uyur.	74 (79,6)	12 (12,9)	7(7,5)	128 (67,7)	34 (18,0)	27 (14,3)	4,571/0,102
34. Sık emzirme bebeğin ileriki yaşamında şişman olmasına neden olur.	75 (80,6)	13 (14,0)	5(5,4)	159 (84,1)	22 (11,6)	8 (4,2)	0,542/0,762
35. Koyu renkli ve koyu kıvamlı ilk süt sarılık yapacağı için bebeğe verilmemeli, sağılıp atılmalıdır.	86 (92,5)	4 (4,3)	3(3,2)	178 (94,2)	4 (2,1)	7 (3,7)	1,108/0,575
36. Memeleri küçük olan kadınların sütü de az olur.	69 (74,2)	17 (18,3)	7 (7,5)	148 (78,3)	27 (14,3)	14 (7,4)	0,775/0,679
37. Emzirme memelerin sarkmasına neden olur.	29 (31,2)	8 (8,6)	56 (60,2)	65 (34,4)	20 (10,6)	104 (55,0)	0,734/0,693
38. Emziren anne gaz yapıcı yiyeceklerden kaçınmalıdır.	2 (2,2)	0 (0,0)	91 (97,8)	4 (2,1)	3 (1,6)	182 (96,3)	1,492/0,474
39. Memelerin tekrar sütle dolması için anne belirli bir süre (örn. 2 saat) emzirmeye ara vermelidir.	40 (43,0)	16 (17,2)	37 (39,8)	62 (32,8)	18 (9,5)	109 (57,7)	8,697/0,013
40. Emzirme nedeniyle annenin bebeği sık sık kucağına alması onun şımarmasına neden olur.	51 (54,8)	5 (5,4)	37 (39,8)	112 (59,3)	18 (9,5)	59 (31,2)	2,869/0,238
41. Bebekler emzirmenin ilk 5-10 dakikasında gereksinim duydukları sütün tamamını alır.	27 (29,0)	25 (26,9)	41 (44,1)	62 (32,8)	48 (25,4)	79 (41,8)	0,411/0,814
42. Anneler memelerini emzik gibi kullanmamalıdır.	13 (14,0)	9 (9,7)	71 (76,3)	38 (20,1)	16 (8,5)	135 (71,4)	1,603/0,449
43. Bebek her ağladığında emzirilmelidir.	28 (30,1)	4 (4,3)	61 (65,6)	58 (30,7)	4 (2,1)	127 (67,2)	1,080/0,583
44. Emzirmenin iki yıldan uzun süre devam etmesi çocukta anneye bağımlılık geliştirir.	20 (21,5)	19 (20,4)	54 (58,1)	32 (16,9)	30 (15,9)	127 (67,2)	2,262/0,323
45. Süt miktarını artırmak için anne tatlı yemelidir.	36 (38,7)	9 (9,7)	48 (51,6)	85 (45,0)	8 (4,2)	96 (50,8)	3,643/0,162
46. Bebeğe çok fazla gaz sancısı varsa emzirme kesilmelidir.	73 (78,5)	9(9,7)	11 (11,8)	146 (77,2)	23 (12,2)	20 (10,6)	0,442/0,802
47. Annenin yediği besinlere göre sütünün tadı değişir.	23 (24,7)	23 (24,7)	47 (50,5)	28 (14,8)	56 (29,6)	105 (55,6)	4,214/0,122
48. Bazı gıdalar süt miktarını artırır (soğan, bulgur, dut vb).	0 (0,0)	1 (1,1)	92 (98,9)	2(1,1)	1 (0,5)	186 (98,4)	1,248/0,536
49. Emzirdikten sonra bebeğe ağzını temizlemek için bir miktar su verilmelidir.	45 (48,4)	25 (26,9)	23 (24,7)	135 (71,4)	29 (15,3)	25 (13,2)	14,363/0,001

Tartışma

Anne sütü ve emzirmenin hem bebek hem de anne sağlığı üzerindeki kısa¹ ve uzun dönemli yararları² bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Ayrıca emzirme ucuz bir bebek besleme yöntemi olduğu için toplumsal olarak ta yararlı bir uygulamadır. Buna karşın günümüzde dünya genelinde bebekler istedik düzeyde anne sütü alamamakta, buna bağlı pek çok sağlık problemleri yaşamakta ya da yaşamını yitirebilmektedir. Bu nedenle anne sütü ve emzirme davranışının önündeki engelleri ortaya çıkararak, çözüm önerileri geliştirebilen araştırmalara gereksinim vardır. Bu çalışma ile annelerin emzirme davranışına engel oluşturan mitlere katılım durumları belirlenerek mitlerin bu konudaki gerçekler ile değiştirilmesi üzerine yapılacak eğitim programlarına katkı verilmesi amaçlanmıştır.

Emzirmeyi başlatma, sürdürme ve korumada saptanan beş sınırlılık içinde; her kadının doğum öncesi emzirme uygulamalarına katılarak bilgi, beceri ve öz yeterlilik kazanmalarını, verilen eğitimlerin çoğunun sütün geçişi, süt yapımını uyarma ve meme ucu travmasını önlemeye yönelik

becerileri kapsamaması, süt miktarını artırmadan çok annenin emzirebilme yeterliliği üzerinde durulması ve her sağlık çalışanının müdahaleye başlamadan önce müdahale hakkında eğitilmemesi yer almaktadır⁸. Çalışmamızda kadınların yarısından fazlasının emzirme döneminde başta annesi ve kayınvalidesi olmak üzere destek aldığı, tamamına yakının emzirme ve anne sütüne yönelik bilgi aldığı ve bilgi kaynağının ilk sırasında %89,6 ile sağlık personelinin yer aldığı dikkati çekmektedir. Yine çalışmamızda kadınların yarısından fazlasının son gebeliğinde anne sütü ve emzirme konusunda bilgi aldığı görülmekle birlikte doğumdan sonraki ilk yarım saat içinde emzirme (%34,8) davranışının düşük olduğu dikkati çekmektedir. Bu durum gebelikte verilen eğitimlerin doğumdan sonra erken emzirme davranışı üzerinden etkili olmadığını, ya da erken emzirmeyi etkileyebilecek başka faktörlerin olduğunu düşündürmektedir. Diğer taraftan kadınların altı aya yakın (X=5,7 ay) sadece anne sütü ve iki yıla yakın (X=23,2 ay) ek besinlerle birlikte anne sütünü

vermeyi düşündüklerini ifade etmeleri olumlu ve istendik bir durumdur. Ancak TNSA 2013 sonuçlarına göre ülkemizde ortalama emzirme süresinin 16,7 ay ve yalnızca anne sütü verme süresinin oldukça kısa olduğu göz önüne alındığında, kadınların bu düşüncelerini davranışlarına yansıtılmaları noktasında sorun olduğu söylenebilir. Bu süreçte kadınların erken dönemde ek besin başlama ve emzirmeyi erken sonlandırmalarına neden olan birçok faktöre maruz kaldığı ve bunlardan birinin de emzirme ve anne sütü konusundaki mitler olduğu düşünülebilir. Ayrıca sağlık personelinin alınan bilginin davranış değişikliği yaratmada sınırlı kaldığı söylenebilir. Çalışmamızda bu yorumumuzu destekleyen önemli bir sonuç; sağlık personelinin bilgi alan kadınlar ile bilgi almayan kadınlar arasında anne sütü ve emzirme mitlerine katılımında 45 madde de farkın anlamsız ($p < 0,05$) bulunmasıdır. Bu sonuçlar verilen eğitim ve emzirme deneyiminin emzirmeye yönelik yanlış inanışların kaldırılmasında yetersiz kaldığını, emzirme ve anne sütüne yönelik mitleri de içinde barındıran sosyo-kültürel faktörlerin tam emzirmede önemli bir engel olabileceğini düşündürmüştür. Bu konuda yapılan diğer bazı çalışmalar da sonucumuzu destekler özelliktedir^{7,8}.

Kadının statüsü sağlık durumunu ve doğurganlık davranışını doğrudan etkilemektedir^{6,9,10}. Dolayısıyla anne ve bebeğin sağlığında önemli yeri olan anne sütü ve emzirme davranışında da kadının statüsü önemli bir yer tutmaktadır. Toplumsal statünün en önemli belirleyicilerinden biri olarak eğitim düzeyinin sağlık davranışlarına etkisi gösteren pek çok kanıt bulunmaktadır^{6,9}. Çalışmamızda ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip kadınların çoğunun lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip kadınlara göre daha fazla anne sütü ve emzirme mitlerine katılmaları ($p < 0,05$) eğitimin emzirme konusunda doğru bilgi ve davranışa sahip olmada önemini açıkça göstermektedir. Yapılan bir çalışmada da 0-6 aylık bebeklerin tam emzirme engelleri arasında sosyo-demografik (yaş, iş, eğitim, parite, din), sosyo-kültürel (yakın akraba ya da akran baskısı, kültürel uygulamalar, annenin emzirme ve bebek beslenmesi hakkındaki inancı vb) çevresel (sosyal altyapı ve olanakların eksikliği, emzik kullanma) ve tıbbi-sağlık bakımı ile ilgili faktörler (Çoğul gebelik, sezaryen, yenidoğan mortalitesi, laktasyon problemi, anne sütünün yetersizliği algısı vb) yer almaktadır⁷.

Sağlığın korunması ve hastalıkların tedavisinde kültürlere özgü uygulamaların etkisi tartışılmaz bir gerçektir¹¹. Kültürün bir getirisi olarak kullanılan geleneksel tedavi yöntemleri gelişmiş toplum ve bölgelerden gelişmemiş toplum ve bölgelere doğru gidildikçe artmakta, değiştirilmesi güç bir yapıya dönüşebilmektedir. Dolayısıyla, eğitim ve sağlık hizmetlerinin yeterince ulaşmadığı bölgelerde bazı geleneksel uygulamalar devam etmektedir¹². Toplumda anne sütü ve emzirme ile ilgili var olan yaygın inanışları özellikle yaşamın ilk altı ayında tam emzirmenin önündeki engellerden biri olarak görülmektedir. Literatürde ve çalışmalarda doğum öncesi ve doğum sonu dönemde verilen sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik olarak yetersizliğinin ve bilgisizliğin; bireylerin sağlık sorunlarını önlemek ya da çözümlenmek için geleneksel uygulamalara yönelmesine neden olduğu vurgulanmaktadır¹³⁻²¹. Çalışmamızda kadınların %92,9'u "Yetersiz besin ve sıvı alımı genellikle süt miktarını azaltır" %98,6'sı "Bazı gıdalar süt miktarını artırır (soğan, bulgur, dut vb), %51,1'i "Süt miktarını artırmak için anne tatlı yemelidir", %32,6'sı ise "Annenin sütünü artırması için süt içmesi gerekir" mitlerine katıldıklarını ifade etmişlerdir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda kadınlar üfletlerini artırmada pekmez/helva¹³, su, sebze yeşillik, çorba, komposto, meyve

ve rezene çayı, sütlü tatlı ve bulgur pilav gibi besinlerin yendiğini¹⁴⁻¹⁶ ifade etmişlerdir. Ancak ilgili literatür ve çalışmalarda fazla yeme ya da bazı besinleri tüketmenin süt miktarını artırmadığı²²⁻²⁷, emzirme sıklığının^{28,31} ve annenin emzirme isteğinin olmasının^{29,30} süt miktarını artırmada daha etkili olduğu belirtilmektedir.

Çalışmamızda kadınların %3,5 gibi çok az bir grubu "Koyu renkli ve koyu kıvamlı ilk süt sarılık yapacağı için bebeğe verilmemeli, sağılıp atılmalıdır" mitine katıldıklarını ifade etmişlerdir. Bu sonuç kolostrumun önemi konusunda çalışma grubumuzun farkındalık kazanmış olduklarını düşündürmüştür. Lafçı ve Erdem'in çalışmasında annelerin %30,7 gibi önemli bir grubunun bebeğe ilk sütü (kolostrum) vermediği ifade etmesi çalışmanın yapıldığı bölgedeki kültürel yapı ve sağlık hizmeti ile ilgili olabilir. Ayrıca aynı çalışmada annelerin %16'sının bebeği beslemek için üç ezan beklemesi ve %42'sinin bebeğe ilk besin olarak şekerli su verdiğini ifade etmesi çalışılan bölgede geleneksel uygulamaların yaygın kullanıldığını gösterebilir¹³. Bu sonuçlar anne sütünü artırdığı belirtilen besinlerle ilgili daha çok bilimsel kanıtlara gereksinim olduğunu göstermektedir. Sonuç olarak, doğum yapan kadınlar arasında anne sütü ve emzirme ile ilgili mitlerin yaygın olduğu, kadının eğitim düzeyinin önemli ölçüde mitlere katılımı etkilediği, emzirme deneyiminin kısmen etkilediği, sağlık personelinin bilgi almanın etkilemediği saptanmıştır. Bu nedenle; emzirme eğitimi ve danışmanlığında özellikle emzirme mitleri üzerinde durulmalı ve eğitim içerikleri güncel kanıtlar çerçevesinde şekillendirilmelidir. Emzirme mitlerini önlemede hedef kitle olarak özellikle doğum yapmamış ve emzirme deneyimi olmayan anne adaylarına öncelik verilmesi, ülkemizde verilen emzirme eğitimi kapsamına emzirme mitlerinin alınması önerilir.

Açıklamalar

Bu çalışma I. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (29 Haziran-1 Temmuz 2017, Adnan Menderes Üniversitesi, Atatürk Kültür Merkezi, Aydın).

Kaynaklar

1. Horta BL, Victora CG and World Health Organization. *Short-term effects of breastfeeding: a systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhoea and pneumonia mortality*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013.
2. Horta BL, Victora CG and World Health Organization. *Long-term effects of breastfeeding: a systematic review*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013.
3. Doğru M. Türk halk anlatmalarında süt. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2013.
4. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016; 387:491-504.
5. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and life long effect. *Lancet*. 2016; 387:475-90.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2014.
7. Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM, et al. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Matern Child Nutr*. 2015; 11:433-51.
8. Wood NK, Woods NF, Blackburn ST, et al. Interventions that enhance breastfeeding initiation, duration, and exclusivity: a systematic review. *Mcn Am J Matern Child Nurs*. 2016; 41(5):299-307.
9. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13. Basım. Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2015.
10. Eroğlu K. Kadın ve üreme sağlığına genel bakış. II. Baskı. Coşkun A, editör. Kadın sağlığı ve hastalıkları el kitabı. Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 2016.
11. Bekar M. Kültürler arası (transkültürel) hemşirelik. Toplum ve Hekim. 2001; 6(2):136-141.
12. Karatay G. Kars ili 1. no'lu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan kadınların sağlıkla ilgili bazı acil durumlarda başvurdukları uygulamaların belirlenmesi. *DEUHYO ED*. 2009; 1(1):3-16.
13. Lafçı D, Erdem E. Traditional practices regarding mother and infant care of 15-49 year old married women in the postpartum period. *Gaziantep Med J*. 2014; 20(3):226-36.

14. Diñç A, Dombaz İ, Diñç D. 6-18 ay arası bebeği olan annelerin emzirme ve anne sütününe ilişkin geleneksel uygulamaları. *Balıkesir Sağlık Bil Derg.* 2015; 4(3):125-130.
15. Erkaya R, Görsoy AA, Güler H. Annelerin anne sütününü arttırmaya yönelik aldıkları besinler. *GUSBD.* 2015; 4(3):373-387.
16. Tanrıverdi S, Körođlu ÖA, Kültürsay N, ve diğ. Annelerin anne sütününü arttıran faktörlere ilişkin görüş ve yaklaşımları. *J Pediatr.* 2014; 1(2):84-86.
17. Hizel S, Ceyhun G, Tanzer F, et al. Traditional beliefs as forgotten influencing factors on breastfeeding performance in Turkey. *Saudi Med J.* 2006; 27(4):511-518.
18. Semega-Janneh IJ, Bohler E, Holm H, et al. Promoting breastfeeding in rural Gambia: combining traditional and modern knowledge. *Health Policy Plan.* 2001; 16(2):199-205.
19. Şenses M, Yıldızoğlu İ. Sekiz ayrı ildeki kaynana ve gelinlerin lohusalık ve çocuk bakımında geleneksel uygulamaları. *Çocuk Forumu.* 2002; 5(2):44-48.
20. Dındar D, Ünsar S. Edirne merkezindeki bir sağlık ocağına kayıtlı 0-6 yaş arası çocuğu olan annelerin geleneksel davranışlarının incelenmesi. IV. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Ordu, 2005.
21. Fikree FF, Ali TS, Durocher JM, et al. Newborn care practices in low socioeconomic settlements of Karachi, Pakistan. *Soc Sci Med.* 2005; 60(5):911-921.
22. Ghasemi V, Kheirkhah M, Samani LN, et al. The effect of herbal tea containing fennel seed on breast milk sufficiency signs and growth parameters of iranian infants. *Shiraz E-Med J.* 2014; 15(4):e22262.
23. Ndikom CM, Fawole B, Ilesanmi RE. Extra fluids for breastfeeding mothers for increasing milk production. *CDSR.* 2014; 6:CD008758. doi: 10.1002/14651858.CD008758.pub2
24. UNICEF. Counseling for breastfeeding. Training Course Participant Guide, İstanbul, 2004.
25. Gökçay G. Child health hand care in the first two years of life. 1st edition. Saga Publication, İstanbul, 2008.
26. Sakka AE, Salama M, Salama K. The effect of fenugreek herbal tea and palm dates on breast milk production and infant weight. *Journal of Pediatric Sciences.* 2014; 6:e202.
27. World Health Organization. Infant and young child feeding: Model chapter for text books for medical students and allied health professionals, Geneva, 2009.
28. Katebi V. Examination Of Traditional Practices On Pregnancy, Birth And Postpartum Period Among The Married Women Who Were Aged ≥ 15, Lived In Two Different Countries And Cultures. Master Dissertation, Ege University Health Sciences Institute, İzmir, 2002.
29. İleri M, Ulukol B, Şimşek F, et al. Factors that affect breastfeeding technique 48th national pediatrics congress, 4th National Child Nursing Congress Manual Book. Samsun, 2004.
30. Üstüne F, Bodur S. Monthly monitoring of babies and the correlation between reinforcing training given by nurses to the mothers and breastfeeding only with breast milk for the first six months. *General Medicine.* 2009; 19(1):25-32.
31. Diñç S. Traditional Practices Used By Mothers Who Had Children Aged 0-1 Year And Who Were Registered To FHC Number 4 Located In Sanliurfa City Center. *Nursing Bulletin.* 2005; 2(1):53-63.

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

CERRAHİ HASTALARININ SAĞLIK BİLGİSİNE ULAŞMADA İNTERNET KULLANIM ÖZELLİKLERİ

THE CHARACTERISTICS OF INTERNET USAGE OF SURGICAL PATIENTS ACCESSING HEALTH INFORMATION

¹*İbrahim Çetin, ²Yasemin Özhanlı

ÖZ

Amaç: Cerrahi tedavi önerilen hastalar sağlık durumları ile ilgili bilgi gereksinimlerini artan bir eğilimle İnternet üzerinden karşılamaya çalışmaktadır. Bu çalışmada tedavisi cerrahi kliniklerde devam eden hastaların İnternet üzerinde sağlık bilgisi arama özelliklerini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın örneklem grubunu 9 cerrahi klinikte bulunan 219 hasta oluşturmaktadır. Çalışmanın verileri 39 soruluk bir anket formu ile toplanmıştır.

Bulgular: Hastaların başlıca ve en yararlı gördüğü bilgi kaynağı hekimdir. Hastaların yarısından fazlası hemşirenin klinikte çeşitli düzeylerde bilgilendirme yaptığını ifade ederken %76,9'u içeriğini hemşirelerin hazırladığı web sitelerinden sağlık bilgisi edinmek istediklerini belirtmiştir. Çalışmaya katılan tüm hastaların %46,1'inin, İnternet kullanan hastaların ise %97,1'inin çevrim içi sağlık araştırması yaptığı saptanmıştır.

Sonuç: Hastaların önemli bir bölümü sağlık bilgisi aramada İnternet kullanmaktadır. Az sayıda katılımcıların İnternet üzerinde yer alan sağlık bilgilerinin çarpıtılmış ya da yanlış olabileceğini ifade etmesi kaygı verici bir bulgudur.

Anahtar sözcükler: Cerrahi, sağlık bilgisi, internet, sağlık okuryazarlığı

Objective: Patients who are recommended to undergo surgical treatment try to fulfill their information requirements on health status on the Internet with an increasing tendency. In this study, it was aimed to determine the features of health information search on the Internet by patients who are under treatment at surgical clinics.

Methods: The sample group of this descriptive type research consisted of 219 patients in 9 surgical clinics. The data of the study were collected with a questionnaire of 39 questions.

Results: The main and most useful information source of the patients is the physician. While more than half of the patients stated that the nurse informed them at various levels in the clinic, 76.9% stated that they wanted to obtain health information from the web sites prepared by the nurses. It was determined that 46.1% of all patients participating in the study and 97.1% of patients using the Internet were found to have done an online health search.

Conclusion: A significant proportion of patients use the Internet to search for health information. It is a worrying finding that only a small section of patients expressed that the health information on the Internet may be distorted or incorrect.

Keywords: Surgical, health information, internet, health literacy

Giriş

İnternet, kimi zaman çağımızın kimi zamanda tüm zamanların en büyük teknolojik atılımı olarak nitelenmektedir¹. Kablosuz iletişim teknolojilerinin gelişmesi ve yaygınlaşması ile bilgisayarların sabit bir yerde bulunma zorunluluğu ortadan kalkmış; taşınabilir bilgisayar ve akıllı cep telefonu kullanarak zaman ve hareket özgürlüğü ile İnternet'e erişmek mümkün olmuştur. Bu gelişmeler insanların İnternet'i benimsemelerini sağlamıştır^{2,3}.

Kısa bir sürede tüm dünya ve Türkiye'de hızlı bir şekilde büyüyüp yaygınlaşan ve günlük yaşamın bir parçası haline gelen İnternet'in temel kullanım alanlarından biride sağlık alanında bilgi edinmedir^{4,5}. Ülkemizde 2007 yılında %30,1 olan İnternet kullanımı her yıl artış göstererek 2017 yılında 66,8'e ulaşmıştır. 2017 yılında hane halkının ikinci sırada (%69,6) yer alan İnternet kullanım amacı sağlık alanında bilgi aramaktır⁶. Sağlık bilgisine ulaşmada geniş kitlelerce İnternet kullanımının başlıca nedeni çevrimiçi sağlık bilgilerinin yararlı olacağı beklentisidir⁷. Hastalar, hastalıkları ve tedavi alternatifleri ile ilgili bilgi edinmek, hekim ve hastane seçmek, tedavi ve bakım konularında tavsiyeler almak, tahlil sonuçlarının anlamı ve ilaçların etkilerini öğrenmek, sağlıkla ilgili ürün/hizmet satın almak, benzer durumdaki hastalar ile etkileşim içinde olmak gibi nedenlerle interneti artan oranda kullan-

maktadır^{5,8,9}.

Fizyolojik ve psikolojik birçok nedene bağlı olarak ameliyat olacak hasta çeşitli düzeylerde stres yaşar. Bu stres ameliyat deneyiminin ve iyileşme sürecinin olumsuz bir hal almasına ve komplikasyonların artmasına neden olabilir. Ameliyat olacak hasta için birçok bilinmeyen vardır ve hasta ameliyatın kendisi için yararlı olduğunu kabul etse de yaşayacaklarından kaygı duyar. Bu kaygı bazı hastaların cerrahi tedaviden vazgeçip başka alternatiflere yönelmesine dahi yol açabilir. Tanı, tedavi ve bakım sürecinin hemen her aşaması için hastalar çeşitli bilgilere gereksinim duyar. Hasta bilgi gereksinimini karşıladığında kaygı ve korkuları azalır, iyileşme sürecine olumlu katkı sağlanır^{10,11}. İnternet, cerrahi hastaları için de sağlık bilgisine ulaşmada önemli bir kaynak haline gelmiştir¹².

Cerrahi hastalarının hastalıkları hakkında internette sağlık bilgisi araması konusunda literatür bilgisi sınırlıdır. Bu konuyu tam olarak anlayamadığımız ve yeterli bilgi birikimi oluşturamadığımız sürece hastalar için risk ve zararın azaltılması ile yararın artırılması konusunda kimin hangi role sahip olması gerektiği konusu da belirsizliğini koruyacaktır. Bu saptamadan yola çıkarak yapılan çalışma ile cerrahi kliniklerde tedavi gören yetişkin hastaların sağlık bilgisi edinmede İnternet kullanım özelliklerinin be-

ABSTRACT

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

²İstanbul Üniversitesi,
Florence Nightingale
Hemşirelik Fakültesi,
İstanbul, Türkiye

Geliş Tarihi
27.03.2018

Kabul Tarihi
22.04.2018

Sorumlu Yazar
İbrahim Çetin

Kocaeli Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Kocaeli, Türkiye

E-posta
cetinibrahim@kocaeli.edu.tr

lirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini, tedavi ve bakımı Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde devam eden hastalar, örneklemini ise 9 cerrahi klinikte bulunan toplam 219 gönüllü erişkin oluşturmuştur. Cerrahi yoğun bakım kliniği, kritik durumdaki hastaların varlığı nedeniyle çalışma kapsamına alınmamıştır. Çalışma verileri literatür doğrultusunda oluşturulan 39 soruluk bir anket formu ile kimlik bilgileri alınmadan Mayıs-Eylül 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. 18 yaş ve üstü erişkin bireyler ile yapılan anket çalışması her hasta için 10-15 dakikalık bir süre almış, anketin uygulanması sırasında, yoğun kaygı, ağrı vb. şikayetlerinin olmamasına dikkat edilmiştir. Anket formunda hastaların sosyodemografik bilgilerini içeren 4 soru, hastalık bilgilerini içeren 4 soru, sağlık alanında bilgi arama özelliklerini içeren 15 soru ve çevrimiçi araştırma yapma özelliklerini inceleyen 16 ifade bulunmaktadır. Katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilerek onamları alınmış, ayrıca kurum izni ve etik kurul onayı (KOU KA EK 2014/121) sağlanmıştır. Toplanan verilerle tanımlayıcı istatistiksel analizler yapılmıştır. Araştırma verileri bilimsel amaçlar dışında kullanılmamıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların %45,7'si kadın, %55,3'ü 51 yaş ve üstündedir. Katılımcıların yaş ortalaması 52,09'dur. Hastaların %49,3'ü okur-yazar ya da ilkökul düzeyinde eğitilmiş iken, %68,1'inin geliri giderine denktir (Çizelge 1).

Çizelge 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Sosyodemografik Özellik	n	%
Cinsiyet		
Kadın	100	45,7
Erkek	119	54,3
Toplam	219	100
Yaş		
50 yaş ve altı	98	44,7
51 yaş ve üstü	121	55,3
Toplam	219	100
Eğitim durumu		
Okur/yazar-İlkokul	108	49,3
Ortaokul-Lise	87	39,7
Üniversite	24	11,0
Toplam	219	100
Gelir düzeyi		
Gelir giderden az	59	26,9
Gelir gidere denk	149	68,1
Gelir giderden fazla	11	5,0
Toplam	219	100

Çizelge 2'de çalışmaya katılanların hastalık özellikleri yer almaktadır. Hastaların %35,2'sinin kanser tanısı bulunmakta, aynı oranda hastanın tedavi ve bakımı genel cerrahi kliniğinde sürmektedir. Katılımcıların %55,7'si hastalığı hakkındaki bilgisini yeterli görmekte, %60,7'si hastalığı hakkında başlıca bilgi kaynağını hekim olarak değerlendirmektedir. Hastaların en yararlı gördüğü %79,9 ile yine hekimdir. Katılımcıların

%60,7'si hemşire tarafından bilgilendirme yapıldığını ifade ederken, bu bilgilendirmeyi yeterli bulanların oranı %33,3'tür.

Çizelge 2. Hastaların hastalık özellikleri

	n	%
Hastalık özelliği tıbbi tanısı		
Kanser tanısı	77	35,2
Kanser dışı tanı	105	47,9
Kesin olmayan tanı	37	16,9
Toplam	219	100
Tedavi görülen klinik		
Genel cerrahi	77	35,2
Beyin cerrahisi	40	18,3
Üroloji	33	15,1
K.B.B.	21	9,6
Göğüs cerrahisi	15	6,8
Kalp-damar cerrahisi	13	5,9
Ortopedi ve travma	11	5,0
Plastik cerrahi	9	4,1
Toplam	219	100
Hastalığı hakkındaki bilgisi		
Yeterli	122	55,7
Yetersiz	68	31,1
Fikrim yok	29	13,2
Toplam	219	100
Hastalığı hakkında başlıca bilgi kaynağı		
Hekim	133	60,7
Hemşire	13	5,9
İnternet	16	7,3
Başka hastalar ve yakınları	6	2,7
Diğer kaynaklarla birlikte		
İnternet	51	23,3
Toplam	219	100
En yararlı gördüğü bilgi kaynağı		
Hekim	175	79,9
Hemşire	7	3,2
İnternet	8	3,7
Başka hastalar ve yakınları	5	2,3
Diğer kaynaklarla birlikte		
İnternet	24	11,0
Toplam	219	100
Servis hemşiresi bilgilendirme yaptı mı?		
Evet	133	60,7
Hayır	86	39,3
Toplam	219	100
Hemşirenin yaptığı bilgilendirme yeterli mi?		
Evet	73	33,3
Hayır	11	5,0
Kısmen	49	22,4
Bilgilendirme yapmadı	86	39,3
Toplam	219	100

Çalışmaya katılan hastaların %59,8'inin evlerinde İnternet bağlantısı olan bir bilgisayarlarının bulunduğunu, %47,4'ü de İnternet kullandığını ifade etti. Bugüne kadar herhangi bir sağlık sorunu için İnternet araştırması yaptığını bildirenlerin oranı %46,1 iken, mevcut hastalığı ile ilgili çevrimiçi araştırma yapanların oranı %44,3 olarak saptandı. Çalışmaya dâhil olan tüm katılımcıların %69,4'ü İnternet'in sağlık alanında bilgilendirme amacıyla kullanılabilirliğini ifade etti. İnternet kullanan hastalar içinde "günde 1 saatten fazla" ve "sadece ihtiyaç duyduğunda" kullanım sıklığı bildirenlerin oranının (%39,4) eşit olduğu belirlendi. Çalışmamıza göre

İnternet araştırmasında tercih edilen başlıca yol %94,2 ile arama motoru kullanımı olarak saptandı (Çizelge 3).

Çizelge 3. Hastaların İnternet kullanım özellikleri

İnternet Kullanım Özellikleri	n	%
Evde İnternet bağlantısı olan bir bilgisayarınız var mı?		
Evet	131	59,8
Hayır	88	40,2
Toplam	219	100
İnternet kullanıyor musunuz?		
Evet	104	47,4
Hayır	115	52,6
Toplam	219	100
Bugüne kadar herhangi bir sağlık sorunu için İnternet araştırması yaptınız mı?		
Evet	101	46,1
Hayır	118	53,9
Toplam	219	100
Mevcut hastalığınız ile ilgili İnternet araştırması yaptınız mı?		
Evet	97	44,3
Hayır	122	55,7
Toplam	219	100
İnternet sağlık alanında bilgilenme amacıyla kullanılmalı mı?		
Evet	152	69,4
Hayır	25	11,4
Fikrim yok	42	19,2
Toplam	219	100
*İnternet'i ne sıklıkta kullanırsınız?		
Günde 1 saatten fazla	41	39,4
Günde 1 saatten az	20	19,2
Haftada 1 saatten az	2	1,9
Sadece ihtiyaç duyduğumda	41	39,4
Toplam	104	100
*İnternet araştırmasını nasıl yaparsınız?		
Arama motoru kullanarak	98	94,2
Doğrudan güvendiğim adresler üzerinden	6	5,8
Toplam	104	100

*Yüzdeler, İnternet kullandığını ifade eden hastalar üzerinden hesaplanmıştır (n=104).

Çizelge 4'te yer aldığı gibi, mevcut hastalığı hakkında İnternet üzerinden araştırma yapan kadın ve erkek hastaların oranları birbirine benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Kategorize yaş gruplarına göre İnternet araştırması yapan hastaların oranları arasındaki fark ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). 50 yaş ve altı hastaların mevcut hastalığı ile ilgili çevrimiçi araştırma yapma oranı (%62,2) daha yüksektir. Mevcut tıbbi tanı grubuna göre İnternet'ten araştırma yapma oranları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>0,05$). Eğitim durumu arttıkça çevrimiçi sağlık araştırması yapma oranı da yükselmektedir. Hastaların eğitim düzeyine göre İnternet'ten araştırma yapma oranları ileri düzeyde anlamlı bulunmuştur ($p<0,001$). Gelir düzeyi arttıkça çevrimiçi sağlık araştırması yapma oranı artmaktadır. Gelir düzeyine göre bu artış istatistiksel olarak önemli değildir ($p>0,05$).

Çizelge 5'te internet kullanan hastaların sağlık bilgisi bulma amaçlı çevrimiçi araştırma yapma özelliklerini değerlendirmeye yönelik 16 ifadeye katılım düzeylerinin dağılımı yer almaktadır. Hastaların %76,9'u hemşirelerin sağlık alanında hazırladığı web sayfalarından yararlanmak istediğini, %74'ü İnternet üzerinden bakımları ile ilgili bilgi almak istediğini ve %70,2'si bilgi edinmek için ulaştığı web sayfasında ilgisini çeken diğer konulara da göz attığını belirtmiştir.

Çizelge 4. Hastaların çeşitli kriterlere göre mevcut hastalığı hakkında İnternet araştırması yapma durumu

Kriter	İnternet araştırması yapma durumu				X ² /p	
	Evet		Hayır			
	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet						
Kadın	47	47,0	53	53,0	100	100
Erkek	50	42,0	69	58,0	119	100
Yaş						
50 yaş ve altı	61	62,2	37	37,8	98	100
51 yaş ve üstü	36	29,8	85	70,2	121	100
Tıbbi tanısı						
Kanser tanısı	34	44,2	43	55,8	77	100
Kanser dışı tanı	46	43,8	59	56,2	105	100
Kesin olmayan tanı	17	45,9	20	54,1	37	100
Eğitim durumu						
Okur/yazar						
İlkokul	23	21,3	85	78,7	108	100
Ortaokul- Lise	55	63,2	32	36,8	87	100
Üniversite	19	79,2	5	20,8	24	100
Gelir düzeyi						
Gelir giderden az	21	35,6	38	64,4	59	100
Gelir gidere denk	69	46,3	80	53,7	149	100
Gelir giderden fazla	7	63,6	4	36,4	11	100

Tartışma

Çalışma bulgularımıza göre hastalar başlıca bilgi kaynağı olarak hekimi görmekte, ayrıca tüm bilgi kaynakları içinde en yararlı bilgi kaynağı olarak yine hekimi kabul etmektedir (Çizelge 2). Klinik dışı örneklem grubu olan Socialtouch araştırmasına göre sağlık alanında başvuru öncelikli bilgi kaynağı İnternet'tir¹³. Görkemli'nin kadın hastalıkları ve doğum kliniği hastalarını kapsayan çalışmada İnternet, hekim dışında öncelikli bilgi kaynağı olarak gösterilmiştir⁴. Her iki çalışmada da hekim ve internet ilk iki sırayı paylaşmaktadır. Örneklemde sağlıklı ya da hasta kişilerden oluşması ve hastalığın ciddiyeti algısı hekim ya da İnternet'i ön sıraya sokuyor olabilir. Öte yandan Günler çalışmada İnternet kullanımına bağlı olarak kişilerin hastalıklar hakkında daha fazla bilgiye sahip olmalarının, hekimin tıbbi bilgi konusundaki otoritesinin azalmasına yol açtığını öne sürmüştür¹⁴. Çalışmamıza göre hastaların başlıca ve en yararlı gördüğü bilgi kaynağının açık fark ile hala hekim olması tıbbi bilgi konusunda otoritesinin bir göstergesi olabilir.

Dolgun, hasta ve ailelerini bilgilendirmek için hemşirenin iyi bir konumda olduğu saptamasını yapmaktadır¹⁰. Çalışmamızda hastaların %60,7'si çeşitli düzeylerde hemşireden bilgi aldığını belirtmiştir. Çizelge 2'ye göre hastaların bilgi kaynakları arasında başka hasta ve yakınlarının oranı düşüktür (%2,7). Görkemli çalışmada geleneksel, ağızdan ağza iletişim ile bilgi edinmenin diğer alternatiflere göre yoğun olarak kullanıldığını belirtmiştir⁴. Bizim çalışmamızda bu oranın düşük olmasının nedeni cerrahi tedavi gerektiren durumlarla ilgili olarak hastaların daha tedbirli davranması olabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların %46,1'i herhangi bir sağlık sorunu için İnternet'ten araştırma yaptığını ifade etmiş, %69,4'ü ise sağlık alanında bilgilenme amacıyla İnternet'in kullanılabilceğini belirtmiştir (Çizelge 3). Görkemli'nin çalışmasına göre hastaların %77,7'si, Socialtouch çalışmasına göre ise katılımcıların %78,7'si sağlıkla ilgili başvuru bilgi

Çizelge 5. Hastaların sağlık alanında bilgi edinme amaçlı İnternet kullanım özellikleri

Güvenli kullanım özellikleri	Evet		Kısmen		Hayır		Fikrim yok		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Bilgi edinme amaçlı İnternet'te yaptığım araştırma, sağlıkla ilgili karar ve uygulamalarımı etkiler	33	31,7	32	30,8	35	33,7	4	3,8	104	100
2. Taburculuk sonrası İnternet üzerinden bakımım (yapmam ve kaçınmam gerekenler) ile ilgili bilgi almak isterim	77	74,0	12	11,5	15	14,4	*	*	104	100
3. Arama motoru ile araştırma yaparken karşıma çıkan ilk birkaç sayfadaki arama sonuçları ile ilgilenirim	44	42,3	26	25,0	30	28,8	4	3,8	104	100
4. Bilgi aldığım web sitelerinin kim ya da hangi kurum tarafından hazırlandığını incelerim	51	49,0	18	17,3	32	30,8	3	2,9	104	100
5. İnternet'te yer alan bilgilerin çoğunun çarpıtılmış ya da yanlış olduğunu düşünürüm	20	19,2	38	36,5	39	37,5	7	6,7	104	100
6. İnternet'te bilgi kirliliği olduğunu düşünüyorum	44	42,3	37	35,6	20	19,2	3	2,9	104	100
7. Bilgi edinme amaçlı incelediğim web sayfasındaki sağlık - tedavi - destekleyici ürünler ile ilgili reklamlara bakarım	33	31,7	14	13,5	55	52,9	2	1,9	104	100
8. Bilgi edinmek için bir web sayfasını açtığımda araştırdığım konu dışında ilgimi çeken bir şeyler varsa onlara da bakarım	73	70,2	10	9,6	19	18,3	1	1,0	104	100
9. İnternet'ten ulaşılan bilgileri güvenilir bulurum	34	32,7	59	56,7	8	7,7	3	2,9	104	100
10. İnternet'ten nasıl araştırma yapılacağını biliyorum	62	59,6	34	32,7	6	5,8	2	1,9	104	100
11. İnternet'te aradığım bilgilere ulaşmam epey zamanımı alır	27	26,0	30	28,8	44	42,3	3	2,9	104	100
12. Araştırma yaptığım alanda kaliteli olduğunu düşündüğüm web sayfalarını bulmam kolay olur	50	48,1	23	22,1	25	24,0	6	5,8	104	100
13. İnternet'te araştırma yaptığım konu ile ilgili olarak çok fazla sonuca ulaştığımdan, aralarında seçim yapmakta zorlanırım	43	41,3	28	26,9	28	26,9	5	4,8	104	100
14. İnternet üzerinden aradığım konu ile ilgili yeterli bilgiye genellikle ulaşmıyorum	22	21,2	45	43,3	35	33,7	2	1,9	104	100
15. İnternet'ten araştırma yapma yöntemlerini öğrenmek isterim	61	58,7	12	11,5	27	26,0	4	3,8	104	100
16. Hemşirelerin sağlık alanında hazırladığı web sayfalarından yararlanmak isterim	80	76,9	16	15,4	5	4,8	3	2,9	104	100

*Bu alanda veri bulunmamaktadır.

kaynakları arasında İnternet'i göstermektedir^{4,13}. Hindistan'da yapılan bir araştırmada klinik hastalarının %75'inin İnternet üzerinden sağlık bilgisine eriştiği saptanmıştır¹⁵. Bizim çalışmamızda İnternet'ten sağlık araştırması yapanların oranının daha düşük olmasının bir nedeni çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalamalarının diğer çalışmalarda belirtilen ortalama yaş değerlerinin üzerinde bulunması olabilir. Yaşın artmasıyla İnternet kullanımının azalması paralellik göstermektedir⁶. Görkemli de çalışmasında İnternet kullanımında kuşaklar arası farklılık olduğunu vurgulamıştır⁴. Çalışmamızda İnternet kullanıcıları hastaların %94,2'sinin sağlık araştırmalarını arama motoru kullanarak yaptığı saptanmıştır (Çizelge 3). İnsanların çevrimiçi sağlık araştırması yapmada öncelikli olarak tercih ettikleri yöntem arama motorlarının kullanımındadır^{4,15,16}.

Kadın ve erkek hastaların mevcut hastalıkları hakkında İnternet araştırması yapma oranları benzer bulunmuştur. Hastaların kategorize edilmiş yaş gruplarına göre çevrimiçi araştırma yapma durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Çalışmaya katılan hastalardan yaşı 50 ve altında olanların hastalıkları hakkında İnternet araştırması yapma oranı yaşı 51 ve üstünde olanlardan yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgularına göre eğitim ve gelir düzeyi yükseldikçe hastaların mevcut hastalıkları hakkında İnternet araştırması yapma oranı da artmaktadır (Çizelge 4). Bu bulgular TÜİK hanehalkı bilişim teknolojileri kullanım araştırmasındaki bulgular ile benzerlik göstermektedir⁶.

Araştırmaya katılan tüm kanser tanılı hastalar içinde İnternet'ten sağlık araştırması yapanların oranı %44,2 olarak bulunmuştur (Çizelge 4). Zülfiyar'ın makalesinde, İngiltere de yapılan bir çalışmaya göre İnternet üzerinden elde edilen bilgilerin kanser gibi ağır hastalıklarda tedaviyi yarıda bırakmaya ya da farklı tedavi yöntemlerine başvurarak hastaların ciddi zarar

görmelerine yol açtığı bildirilmiştir⁹. Bu yönü ile cerrahi tedavi gören kanser hastalarının oranının yüksek olması kritik bir öneme sahiptir.

İnternet teknolojileri ile toplumsal yaşama giren yenilikler, bu yeniliklere hazır toplumlarda olumlu etkiler yaparken, hazırlıksız toplumlarda olumsuz sonuçlar doğurmaktadır². İnternet ortamında yer alan sağlık bilgileri hastalar tarafından fikir edinme amacıyla kullanılmalıdır⁸. Buna karşın hastalar tarafından elde edilen bilgiler tedavi ve bakımın şekillenmesine ya da bunlardan vazgeçilmesine yol açabilmektedir.

Çalışmamızda "bilgi edinme amaçlı İnternet'te yaptığım araştırma sağlıkla ilgili karar ve uygulamalarımı etkiler" ifadesine İnternet kullanıcıları olan katılımcıların %31,7'si tamamen, %30,8'ide kısmen katılmıştır. Socialtouch araştırmasına göre katılımcıların %41,67'si İnternet araştırması ile bir ilacı kullanmaktan vazgeçtiğini bildirmiştir¹³. 1828 kişi ile yapılan bir araştırmaya göre katılımcılar, İnternet'ten edindikleri bilgiler doğrultusunda hekimlerinden belirli bir ilacı yazmasını (%16) ya da mevcut reçetelerinin değiştirilmesini (%10) istemiştir. Bu çalışmaya göre İnternet hekim-hasta ilişkisini değiştirmektedir⁵. Araştırmaların benzer bulguları, hastaların ciddi bir kısmının İnternet'ten elde ettikleri bilgileri sağlık alanında verdikleri kararlarda kullandıklarını göstermektedir. İnternet'te dolaşan bilgilerin önemli bir bölümünün güvenilmez ve kontrolsüz olduğu göz önünde bulundurulduğunda söz konusu bulguların hastalar açısından düşündürücü olduğu söylenebilir.

Katılımcıların %42,3'ü arama motorunda karşlarına çıkan ilk birkaç sayfadaki sonuçlardan yararlandığını ifade etmiştir. Gülcü ve Bulut'ta çalışmalarında İnternet kullanıcılarının sağlık bilgisi ararken ilk birkaç sayfayı ziyaret ettiğine ve siteyi oluşturanın kimliği ile pek ilgilenmediğine dikkat çekmektedir¹⁷. Çalışmamızda hastaların yaklaşık 1/3'ünün bilgi aldığı web sitelerinin kaynağını incelemeyeği belirlenmiştir. Arama motorunda yer alan sonuçların sıralanmasında birçok faktör rol oynamaktadır. Bunlar arasında ziyaret edilme sıklığı, reklam verme oranı, reklam linklerine olan ilgi ve çeşitli ticari özellikler yer almaktadır. Bazı özel firmalar web sitelerinin arama motorlarında daha ön sıralarda yer alması için müşterilerine hizmet sunmaktadır. Kısacası, aranan sonuçlar ile ilgili ilk sıralarda yer alma güvenilir olmanın bir ölçütü değildir.

Tipik bir İnternet kullanıcısının ziyaret ettiği ilk sayfalardaki sonuçların bir kısmı güvenilir olmayabilir. Bu soruna bir çözüm olarak Avrupa Birliği'nde İnternet sağlık içeriğine ilişkin kalite ölçütleri uygulaması önerilmiştir¹⁷.

İnternet'te sağlık alanında çoğunlukla yanlış ya da çarpıtılmış bilgi olduğunu düşünen hastaların oranı %19,2 olarak bulunmuştur. Bilgi güvenilirliği ile ilgili bu tehlikeli iyimserlik hastalar için ciddi bir riski göstermektedir. Moretti ve arkadaşlarına göre İnternet üzerinde her tür bilgiye ulaşmak kolay, güvenilir olanı bulmak zordur. Hastalar İnternet'ten edindikleri bilgilerin değerli olduğuna inanmaktadır. Bununla birlikte, sadece çelişkili ve yanlış bilgiler değil, uygun kullanılmayan doğru bilgiler bile hastanın ölüme varan zararlar görmesine yol açabilir⁵.

Çevrimiçi ürün ve hizmet arama davranışı yaygındır. İnternet kullanım amaçları içerisinde 2007 yılında mal ve hizmetler hakkında bilgi bulma %42,2'lik bir orana sahipken 2017 yılında bu oran %65,9'a yükselmiştir⁶. Araştırmamızda İnternet kullanan katılımcıların %31,7'sinin inceledikleri sayfalardaki ürün reklamları ile ilgilendiğini tespit ettik. Can ve diğ.'nin sağlık alanında 475 web sitesini inceledikleri çalışmalarında sayfaların %65,9'unun reklam içerdiğini, %29,1'inin de maddi destek ilişkisinin bulunduğunu belirlemişlerdir. Bu veriler güçlü bir ticari ilişkiye işaret etmektedir¹⁸.

Gülcü ve Bulut çalışmalarında İnternet'in sağlık ürünleri pazarlayanlar ile hastaları bir araya getiren sanal bir ortam olduğu bilgisine yer vermiştir¹⁷. Etik kaygı taşımayan kötü niyetli kişi ve kurumların denetimi son derece güç olan İnternet ortamında cerrahi hastalarının tedavilerini zora sokacak ürün satışı yapmaları olası görünmektedir.

Çizelge 5'te yer alan 8. madde hastaların ürün-hizmet kanallarına yönlendirilme potansiyelini göstermektedir. Hastaların araştırdığı sağlık konusu dışında sayfadaki ilgilerini çeken diğer içeriklerle ilgilenmesi bilindik bir bilgidir ve bu kullanıcı davranışından yaygın olarak e-ticareti arttırmak için faydalanılmaktadır. Örneğin obesite cerrahisi araştırması yapılan sayfada "şimdi tüm toksinlerinizden kolayca kurtulun" linkinin bulunması tesadüfi değildir. İnternet, e-ticaret ile önemli bir ticari potansiyel yaratmıştır. Yerinden alışveriş imkanı ile perakende satışlar içinde e-ticaretin payı artış eğilimindedir. Öte yandan; kullanıcıya ait bilgilerin güvenliği ve gizliliği, alışveriş ile ilgili yasal düzenlemeler ve bunun hukuki boyutu ile tüketicinin korunması İnternet'in önündeki temel sorunlardandır³. Bu konun nereye varabileceğinin çok çarpıcı bir örneğini Cengiz'in makalesinde görüyoruz. Cengiz, İnternet etiğini ele aldığı makalesinde, kumar bağımlılığından kurtulmak için sağlık sitelerinde yardım arayan kişilere kumar sitelerinden reklam iletilerinin gönderildiğini ortaya koyan çalışmalardan bahsetmektedir¹⁹. Benzer bir durum kanser

tanısı ile ameliyatı planlanan ve İnternet üzerinden tedavisine yardımcı olacak bilgiler arayan hastaların başına gelmemesi için hiçbir neden yoktur. Görkemli'nin çalışmasında yer verilen bir araştırma bulgusuna göre İnternet'ten edindikleri bilgiler nedeniyle katılımcıların %3'ü zarar gördüğünü ifade etmiştir⁴.

İnternet kullanan katılımcıların 1/3'ü ulaştıkları bilgileri güvenilir bulunduğunu belirtirken sadece %7,7'lik bir kısmı İnternet'ten edindikleri bilgilere kesinlikle güvenmemektedir. Çalışmamızdaki bu veriler, sağlık bilgisi içeren web sayfalarının %92,8'inin kanıta dayalı bilgileri hiç içermediği saptamasını yapan Can ve diğ.'nin çalışması¹⁸ ve hastaların çevrimiçi sağlık bilgilerinin doğruluğundan şüphe duymadığını bildiren Akerkar ve diğ.'nin çalışması¹⁵ ile birlikte değerlendirildiğinde hastalar için önemli bir risk göz önüne serilmektedir.

Çalışmamızda hastaların yarısına yakını aradıkları kaliteli İnternet bilgisine ulaşabildiğini bildirmiştir. Gülcü ve Bulut çalışmalarında sağlık bilgisi içeren 150 web sitesi incelenmiş ve büyük çoğunlukla sitelerin standart bilgilerden yoksun olduğu tespit edilmiştir¹⁷. Hastalar kolaylıkla ulaştığı sağlık içeriğinin standart bilgiler yönünden yeterli olup olmadığını değerlendirebilecek yeterliliğe sahip olmayabilir. Nitekim Akerkar ve arkadaşları da Hint toplumunda yaptığı araştırmada sağlık bilgisine ulaşmak için İnternet kullanan hastaların tamamının amaçları doğrultusunda bilgi bulabildiklerini, buna karşın sadece %7'sinin bu bilgiler ile ilgili kalite standartları olabileceğini bildiklerini saptamıştır. Bu çalışmaya göre İnternet'te yer alan sağlık bilgilerinin kalite standartları hakkındaki farkındalık çok düşüktür¹⁵.

İnternet kontrol edilemeyen bir yapıya sahiptir. Bu nedenle yanlış, yanıltıcı ve tehlikeli bilgiler barındırır. Bu tür bilgiler insanların kafasını karıştırıp kendi kendilerine yanlış tanı koyup, tedavi uygulamalarına yol açabilir¹⁴. Araştırmamızda hastaların %41,3'ü İnternet'te çok fazla sonuca ulaşması nedeniyle aralarında seçim yapmakta zorlandığını ifade etmiştir. Ayrıca katılımcıların önemli bir bölümü kısmen ya da tamamen aradığı bilgiye ulaşamadığını bildirmiştir. Yukarıdaki veriler dikkate alındığında bu durumun bir nedeni çevrimiçi sağlık bilgisinin anlaşılabilirlik düzeyi olabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde cerrahi hastalarının bilgilendirilmesine yönelik İnternet kaynaklarının incelendiği bir çalışmada web sitelerinin ortalama bir Amerikalının eğitim seviyesi ile anlayabileceği düzeyde olmadığı saptanmıştır. Çalışmada, daha geniş hasta kitlesine ulaşmak için web içeriğinin uygun şekilde oluşturulması önerilmiştir²⁰. Öte yandan web sitelerinin oluşturulmasında hasta görüşlerini önemsemek de sonuç verebilir. Hopmans ve arkadaşlarının yaptıkları çalışma ele alınabilir. Bu çalışmada kanser tedavisinde hastaların bilgilendirilmesi için hazırlanan web sayfalarının geliştirilmesinde hasta ve yakınlarının görüşleri dikkate alınıyor. Sonuçta, daha çok benimsenip, anlaşılabilen ve hastaların katılımını kolaylaştıran bir eğitim kaynağı ortaya çıkıyor²¹. Çalışmamızda hastaların %58,7'sinin İnternet'ten araştırma yöntemlerini daha fazla bilmek istemeleri olumlu olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda hastaların hekimi birincil ve en yararlı bilgi kaynağı olarak nitelediği saptanmıştır. Bununla birlikte hastalar hemşireden çeşitli düzeylerde bilgi edindiğini de bildirmiştir (Çizelge 2). Çalışma verilerine bağlı olarak hastaların, hemşirelerin yaptığı bilgilendirme ile ilgili önyargılı olduğu düşünülmektedir. Çizelge 5'te yer alan 16. madde bu görüşün bir göstergesi olabilir. Hastaların %76,9'u hemşirelerin sağlık alanında hazırladığı web sayfalarından yararlanmak istediklerini ifade etmişlerdir. Bu ifadeye

doğrudan hayır diyen hastaların oranı ise %4,8'dir. Dolgun ve Dönmez'in çalışmasına göre hastaların bilgi aldığı başlıca sağlık personeli hekim olmakla birlikte hekim-hemşire ikilisi en büyük paya (%42) sahiptir. Çalışma hemşirelerin bilgilendirmede daha fazla rol alması gerektiğini vurgulamıştır¹⁰.

İnternet sağlık bilgisine ulaşmada benzersiz avantajlar sunmakla birlikte çeşitli risklerde barındırır. Bu riskler nedeniyle zararın oluşmasında hastalarda sorumluluk sahibidir. İnternet ortamında yer alan her sağlık enformasyonunun her hastaya uyması gerekmez. Bunu bilmek hastanın sorumluluğudur⁸. Bireylerin İnternet'in olumlu ve olumsuz yönlerini, İnternet'ten yararlı bilgilere ulaşma yollarını bilmesi gerekir³. Çalışmamızda İnternet'i sağlık bilgisi edinme amaçlı kullandığı halde araştırma yapma yöntemlerini öğrenmek istemeyen hastaların oranı %26 olarak bulunmuştur. Hastaların çoğunluğu Yılmaz ve Yıldırım'ın önerileri paralelinde sorumluluk üstlenerek, tamamen ya da kısmen bu yöntemleri öğrenmek istemektedir. Öte yandan İnternet ile ilgili etik ihlaller ve bilişim suçlarının tespiti ve takibi oldukça zordur. Bu nedenle ihlal ve suçların önüne geçmek de güçtür³. Bu alanda yapılan yasal düzenlemelerin yanı sıra hasta/sağlıklı bireylerin İnternet üzerinden zarar görmemesi için İnternet/bilgi ve sağlık okur-yazarlık düzeylerinin mutlaka geliştirilmesi gerekir. Çevrimiçi sağlık bilgilerinin doğruluğu ve güvenilirliğini belirlemek hastanın kolayca üstesinden gelebileceği bir zorluk değildir.

Sonuç olarak, İnternet, insanların hastalıklar hakkında bilgi edinmede giderek daha fazla önemsedığı bir iletişim aracıdır. İnternet üzerinde sağlık alanında yer alan bilgi yığını ve kirliliği hızlı bir şekilde artmaya devam etmektedir. Hastaların ulaşabileceği çelişkili ve yanlış içeriğin yarattığı riskler bir yana, yararlı içeriğin yanlış kullanımı da telafisi zor olumsuz sonuçlar doğurabilir. Arama motorlarının yansira ticari uygulamalar ve elektronik sosyal mecralarda gelen denetimsiz bilgiler hastaların yanlış kararlar almasına, tanı ve tedavinin gecikmesine neden olabilir. Tüm bu riskler, toplumun sağlık ve İnternet okuryazarlığını geliştirecek çalışmalar yapılmasını gerektirir.

İnternet kullanımı bir yönü ile hasta ve sağlık profesyoneli arasındaki ilişkiyi zayıflatacak bir etmen olarak düşünülürken diğer yönü ile İnternet'ten edindiği çoğu bilgiye inanıp, bu bilgilere göre sağlık profesyoneli ile tartışan ve kararlarını değiştirebilen bir hasta kitlesinin oluşturduğu riskte başka bir olumsuz etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Sağlık profesyonelleri, kendilerinden hizmet alan hastalar İnternet siteleri için öneri istediklerinde onlara güvenilir, uygun kaynaklara yönlendirebilecek bir portföy oluşturabilir. Bununla birlikte sağlık profesyonellerince önerilen sitelerde yer alan önerilerin hastalar için doğuracağı sonuçlar tartışma konusudur. Öte yandan sağlık profesyonelleri önerse de önermese de hastalar İnternet üzerinden araştırma yapmayı sürdürecekler. Bu durum çözülmesi gereken etik bir ikilem yaratmaktadır.

Cerrahi girişim planlanan hastaların tedavi ve bakımında etkin bir şekilde görev alan hemşirelerin temel görevlerinden biri hasta ve yakınlarının bilgi gereksinimlerini karşılamaktır. Bu bağlamda; cerrahi tedavi planlanan hastalara, hastaneye yatış ile başlayan, taburculuk sonrası evde bakım ile biten sürecin tüm aşamalarında gerekli ve yeterli bilgi; güncellik, anlaşılabilirlik ve materyal çeşitliliği ölçütleri dikkate alınarak, verilmelidir. Hemşire, İnternet teknolojilerinden yararlanarak cerrahi hastası ve yakınlarına bilgi aktaran profesyonel ekibin bir üyesi olmalıdır.

Kaynaklar

1. Alkan M, Güngör M, Evren G. İnternet Sektörü ve Türkiye İncelemeleri Raporu 2002. <http://content.csbs.utah.edu/~ehrbar/erc2002/pdf/P206.pdf> (Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017).
2. Koçak H. Kablosuz İletişim ve İnternet Teknolojilerindeki Yeniliklerin Toplumsal Yaşama Katkıları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2011; 15(3):37-48.
3. Yıldırım A. İnternetin Görünen Yüzü. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 2014; 16: 51-9.
4. Görkemli N. Sağlık İletişiminde İnternet Kullanımı Üzerine Bir Araştırma. *TOJDAC*. 2017; 7(1):122-38.
5. Moretti FA, Oliveira VE, Silva EMK. Access to health information on the internet: a public health issue? *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(6):650-8.
6. TÜİK Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması 2017 http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1028 (Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017).
7. Car J, Lang B, Colledge A, et al. Interventions for Enhancing Consumers' Online Health Literacy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. doi: 10.1002/14651858.CD007092.pub2
8. Yılmaz E. Türkiye'de Hastaların internette tıbbi enformasyon arama davranışlarının doktor-hasta iletişimine etkileri. *İleti-ş-im*. 2013; 3:93-108.
9. Zülfiyar H. Hastaların İnternet Kullanımı ve Elektronik Ortamdaki Sağlık Bilgilerine Erişim Davranışları. *F.N. Hem. Derg.* 2014; 22(1):46-52.
10. Dolgun E, Candan Dönmez Y. Hastaların Ameliyat Öncesi Döneme Ait Bilgi Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *MÜSBED*. 2010; 3(3):10-5.
11. Yıldız T. Cerrahi Hasta Eğitiminde Kullanılan Güncel Yöntemler: Hastalık Merkezli Değil, Hasta Merkezli Eğitim. *MÜSBED*. 2015; 5(2):129-33.
12. Vargas CR, Koolen PGL, Chuang, DJ, et al. Online Patient Resources for Breast Reconstruction: An Analysis of Readability. *Plast Reconstr Surg*. 2014; 134(3):407-13.
13. SOCIALTOUCH Araştırması 2013 http://www.socialtouch.com.tr/-Turkiyede_İnternetin_saglik_amacli_kullanimi_eylul2013.pdf (Erişim tarihi: 10 Ağustos 2017).
14. Eryiğit Günler O. Bilgi toplumunda internetin önemi ve sağlık üzerindeki etkileri. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*. 2015; 17(29): 33-40.
15. Akerkar SM, Kanitkar M, Bichile LS. Use of the internet as a resource of health information by Patients: A clinical-based study in the indian population. *J Postgrad Med*. 2005; 51(2):116-8.
16. Pellise F, Sell P. Patient information and education with modern media: the Spine Society of Europe Patient Line. *Eur Spine J*. 2009; 18(3):395-401.
17. Gülcü N, Bulut S. Bel ağrısı konusuna yönelik internet sitelerinin içerik analizi. *AĞRI*. 2010; 22(2):68-72.
18. Can AB, Sönmez E, Özer F, ve diğ. Sağlık arama davranışı olarak internet kullanımını inceleyen bir araştırma. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. 2014; 36:486-94.
19. Cengiz SA. İnternet Ve Etik: Örnek Uygulama Alanı Olarak Sağlık İletişimi. XII. "Türkiye'de İnternet" Konferansı. 2007; 292-305.
20. Hansberry DR, Agarwal N, Shah R, et al. Analysis of the readability of patient education materials from surgical subspecialties. *Laryngoscope*. 2014; 124:405-12.
21. Hopmans, W, Damman OC, Timmermans D, et al. Communicating cancer treatment information using the web: utilizing the patient's perspective in website development. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2014; 14:116.

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

KADINLARDA BEDEN KİTLE İNDEKSİ İLE İLİŞKİLİ PSİKOSOSYAL FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

DETERMINATION OF PSYCHOSOCIAL FACTORS RELATED TO THE BODY MASS INDEX IN WOMEN

Nalan Aslan

ÖZ

Amaç: Kilo sorunu günümüzde hızla artan halk sağlığı sorunlarından birisidir. Çalışmanın amacı bir grup yetişkin kadında ağırlık üzerinde etkili olduğu düşünülen psikososyal faktörlerin araştırılmasıdır.

Yöntem: Araştırma Kocaeli ilinde yaşayan 150 kadın katılımcıyla yürütülmüş, kesitsel türde bir çalışmadır. Araştırmacı tarafından hazırlanan yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, meslek, çalışma durumu, ekonomik durum, psikiyatrik hastalık öyküsü, kronik hastalıklar, ailede obezite öyküsü gibi bilgilerin sorulduğu kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Kilo düzeyini belirlemek için Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği Beden Kitle İndeksi değerlerinden faydalanılmıştır.

Bulgular: İlkokul ve daha az eğitim düzeyi %54 oranıyla en fazla obez grupta görülürken, üniversite ve üstü eğitim düzeyi en yüksek %72 oranıyla normal kilolu katılımcıların olduğu grupta görülmektedir. BKİ ile toplam kronik hastalık sayısı arasında orta düzeyde pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). Sigara kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($p>0.05$). Gruplara göre psikiyatrik hastalık geçirenlerin büyük bir çoğunluğu %47,9 ile obez katılımcıların olduğu gruptadır. En az psikiyatrik hastalık geçirenler ise %25 oranıyla fazla kilolu grupta yer almaktadır.

Sonuç: Yaş, eğitim düzeyi, meslek, psikiyatrik hastalık öyküsü, sahip olunan çocuk sayısı gibi değişkenler kadınlardaki kilo alımıyla ilişkili faktörler olarak bulunmuştur. Obezite üzerindeki önenebilir faktörlerin belirlenip bunlara yönelik çalışmaların yapılması koruyucu sağlık çalışmalarını açısından önemlidir.

Anahtar sözcükler: Kilo, psikososyal faktörler, kadın, beden kitle indeksi

ABSTRACT

Objective: Weight problem is one of the rapidly growing problems of public health. The purpose of this research is that researching psychosocial factors that is related weight gain in women.

Methods: The study is sectional research that is made up by 150 women who live in Kocaeli. Personal information form that includes age, education level, marital status, having a child, job, working, economical status, psychiatric illness story, chronic illness, obesity in family, was prepared by researcher. Body mass index that is determined by World Health Organization was used in order to determine weight level.

Results: Primary school and lower education level is seen in the group with the highest obesity rate at 54%, university and higher education level is seen in the normal group with the highest 72%. There is a medium level positive linear correlation between body mass index and total chronic illness ($p<0.05$). There is no relation between groups about smoking ($p>0.05$). When, the most psychiatric illness story is found in obesity group with 47.9%, the lowest rate is 25% in overweight group.

Conclusion: Age, education level, job, psychiatric illness story, number of child and other variables are found related factors in weight gain. It is important that determining avoidable factors on weight problem and having solutions for them, in order to make preventive health studies.

Keywords: Weight, psychosocial factors, woman, body mass index

Giriş

Kilo sorunu tarihsel süreçte zamanın koşullarına göre çeşitli anlamlar kazanmıştır. Bazı dönemlerde güç, kudret, hükümdarlık, bolluk, bereket ve hayatın devamlılığı olarak görülmüş, aşırı kilolu kadında yağ dokusunun fazla olması onun kuvvetli doğurganlığının işareti olarak kabul edilmiştir¹. Sanayi devrimi döneminde ise fiziksel olarak daha hızlı kişilerin istenmesi, şişmanlığın yavaşlık, hantallık, hastalık olarak görülmesine yol açmıştır. Günümüzde ise aşırı kilo, yol açtığı sağlık sorunları ve toplumsal sorunlar nedeniyle tıbbi bir hastalık olarak kabul edilmektedir². Obezitenin saptanmasında beden kitle indeksi (BKİ), bel çevresi kalınlığı ve bel kalça oranı ölçümleri kriter olarak kullanılmaktadır. BKİ kişinin kilosunun boyunun karesine bölünmesiyle elde edilen bir değerdir (kg/m^2). BKİ yetişkin bireyleri değerlendirmede her yaşta ve her cinsiyette kullanılabilme rahatlığına sahiptir. Kullanım açısından kolay olduğu için epidemiyolojik araştırmalarda ve çalışmalarda bu yöntem daha sık kullanılmaktadır³.

Kilo sorunu kısaca alınan ve harcanan kalori arasındaki dengenin bozulması sonucu oluşmaktadır³. Bunun yanında hem genetik hem de çevresel faktörlerin oluşturduğu çok yönlü bir hastalıktır⁴. Yetersiz ve dengesiz beslenme⁵, düşük

oranda fiziksel aktivite⁶, bazı ilaçların kullanımı⁶⁻⁹, artan yaş¹⁰⁻¹⁴, evli olmak^{10,11,15,16}, geçirilen gebelik sayısının 3-4 olması^{11,12,17,18} ve düşük eğitim düzeyi^{10,11,14,16,18,19} obezite için risk faktörleridir.

Kilo alımını etkileyen bir diğer faktör ise kişilerin ruhsal durumlarıdır. Bu durumlardan birisi kişinin stres düzeyidir. Stres bireye, yemek yemeği arttırmak ve azaltmak olmak üzere iki şekilde etki etmektedir²⁰. Bir diğer ruhsal faktör ise duygulardır. Duygusal yeme genellikle olumsuz duygular ortaya çıktığında gözlenen aşırı yeme davranışdır ve hem obezite sorunu olan kişiler hem de normal kilolu bireylerde gözlenebilmektedir^{21,22}. Dürtüsellik^{23,24}, psikotik bozukluk²⁵ ve uyku sorunları²⁶ da obeziteyle ilişkisi gösterilen diğer psikolojik faktörler arasındadır. Çalışmanın amacı giderek artmakta olan kilo sorununda etkili olan birtakım psikososyal faktörlerin belirlenmesini sağlamaktır.

Yöntem

Örneklem

Çalışma Derince, Karamürsel, Körfez ve Gebze Toplum Sağlığı Merkezleri Obezite Birimlerine başvuran kadınlarla yürütülmüştür. Bu kadınlar araştırma grubunu oluşturmuş olup 100 kişiden oluş-

Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü,
Derince İlçe Sağlık Müdürlüğü
Sağlıklı Hayat Merkezi,
Kocaeli, Türkiye

Geliş Tarihi

23.11.2017

Kabul Tarihi

20.05.2018

Sorumlu Yazar

Nalan Aslan

Kocaeli İl Sağlık Müdürlüğü,
Derince İlçe Sağlık Müdürlüğü
Sağlıklı Hayat Merkezi,
Kocaeli, Türkiye

E-posta

nalanaslan@hotmail.com.tr

maktadır. Yine bu merkezlere obezite danışmanlık hizmeti dışındaki hizmetler için başvuran 50 normal kilolu kadın ise kontrol grubu için seçilmiştir. Hedef örneklem sayısına ulaşıldığında veri toplama işlemi sonlandırılmıştır. Çalışmada sadece kadın örneklem grubuyla çalışılmıştır. Kadın cinsiyet obezite için bir risk faktörüdür. Çalışma grubu olarak riskli bir grup alınmış olup risk grubuna yönelik araştırma yapmak hedeflenmiştir. Gruplara dahil edilme kriterleri; 18-65 yaş arasında olmak, herhangi bir zihinsel engeli bulunmamak ve BKİ değeri 18,50'ten küçük olmamaktır. Hariç tutulma kriterleri ise; belirlenen yaş aralığı dışında olmak, BKİ değerinin 18,50'den küçük ya da 39,99'dan büyük olması ve hamile olmaktır. Araştırmada Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği BKİ değerlerine göre kadın katılımcılar 3 gruba ayrılmışlardır. BKİ değeri 18,50-24,99 arasında olan kadınlar normal kilolu olan grubu oluşturmuştur. BKİ 25-29,99 arasında olan 2. grup hafif kilolu (pre obez) grubu oluşturmuştur. BKİ 30-39,99 arasında olan obez grubu ise 3. grubu oluşturmuştur³.

Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır ve 18 sorudan oluşmaktadır. Formun giriş sayfasında çalışmanın hangi amaçla yapıldığı, kim tarafından yapıldığı ve gizliliğin korunmasını anlatan bir yazı hazırlanmıştır. Formda boy ve kilo bilgilerine ek olarak yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu, meslek, çalışma durumu ve ekonomik düzeyi içeren sosyodemografik özellikler sorgulanmıştır. Bunlara ek olarak şu anki kilolarını nasıl buldukları, kilo alımlarında etkili olduğunu düşündükleri faktörler, sigara kullanımı, psikiyatrik hastalık öyküleri, kronik hastalıklar, ailede obezite öyküsü, daha önceki kilo verme girişimleri ve günlük yaşamda ne kadar spor yaptıkları konuları sorulmuştur.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 16.0 for Windows programı kullanılarak analiz edilmiştir. Demografik bilgilerin değerlendirilmesinde ortalama, yüzde ve yaygınlık değerleri kullanılmıştır. Tek Değişken ve İki Değişken İçin Ki Kare Analizleri ile verilen cevapların anlamlılığı test edilmiştir. İki bağımsız grubun ortalamaları karşılaştırılırken eğer veriler normal dağılım ölçütlerini karşıyor iseler Bağımsız Değişkenler T Testi, karşılamıyor iseler Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin ilişki analizlerinde Pearson Korelasyon testi kullanılmıştır. İki denli fazla değişkenlerin analizi için ANOVA ve Kruskal Wallis analizleri kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin ileri analizleri için Basit Regresyon Analizlerinden faydalanılmıştır.

Uygulama

Çalışmanın yürütülebilmesi adına öncelikle Kocaeli Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan ve Kocaeli Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Toplum sağlığı merkezleri obezite kliniklerine başvuran kadınlara çalışmanın amacı, izinleri, istemedikleri taktirde çalışmayı bırakabilecekleri konularında bilgilendirme yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır. Kişisel bilgi formlarının ilk sayfasında da ayrıntılı bilgi verilmiştir. Kadınların formları kendilerinin doldurmaları istenmiş; okuma yazma bilmeyenler ve yanında

yakın gözlüğü olmayanlar gibi gruplarda bir personel yardımcı olmuştur. Formlara başlamadan önce merkezlerde bulunan aynı marka tartı ve boy ölçer ile ölçümleri yapılmıştır. Uygulamada bir kişinin formların tamamını doldurması yaklaşık olarak 10-15 dakika sürmüştür. Toplum sağlığı merkezlerine obezite birimi dışındaki hizmetler için başvuran normal kilolu kadınlar ise kontrol grubunu oluşturmuştur. Bu kişiler de formları kendileri doldurmuştur. Ölçeklerdeki olası aktarma etkisini kontrol edebilmek için ölçeklerin sırası değiştirilerek verilmiştir.

Bulgular

Beden kitle indeksine göre ayrılan her grupta 50'şer kişi yer almıştır. Normal kilolu grupta yer alan kadınların yaş ortalaması 31,04±0,96 yıl, fazla kilolu grupta yer alan kadınların yaş ortalaması 39,40±1,32 yıl ve obez grubunda yer alan kadınların yaş ortalaması ise 43,86±1,71 yıldır. BKİ ile yaş arasında pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. Yaş arttıkça BKİ ($r=0,476$ $p<0,01$) anlamlı olarak artmaktadır. Katılımcıların %1,3'ü ($n=2$) okuryazar olmayan, %0,7'si ($n=1$) okuryazar, %29,3'ü ($n=44$) ilkökul mezunu, %10,7'si ($n=16$) ortaokul mezunu, %20,7'si ($n=31$) lise mezunu ve %37,3'ü ($n=56$) üniversite ve üzerinde eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların gelir düzeylerini nasıl algıladıkları incelendiğinde %14'ü ($n=21$) düşük, %75,3'ü ($n=113$) orta düzeyde ve %10'u ($n=15$) iyi düzeyde olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların %15,3'ü ($n=23$) medeni durumunu bekar, %76'sı ($n=114$) evli, %4,7'si ($n=7$) boşanmış ya da eşinden ayrı, %3,3'ü ($n=5$) dul, %0,7 ($n=1$)'si diğer olarak belirtmişlerdir.

Katılımcıların eğitim düzeyi, ekonomik durumları, medeni durumları, sigara kullanımları ve psikiyatrik hastalık öykülerine ilişkin bilgiler analiz edilmiştir. Sonuçlara göre ilkökul ve daha az eğitim düzeyi %54 oranıyla en fazla obez grupta görülürken, üniversite ve üstü eğitim düzeyi en yüksek %72 oranıyla normal kilolu katılımcıların olduğu grupta görülmektedir. Eğitim düzeyi dağılımına ilişkin bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(6)=49,33$ $p<0,05$). Kişilerin ekonomik durumlarını nasıl algıladıklarına ilişkin gruplara göre analiz yapıldığında iyi düzeyde gelire sahip olduğunu belirtenlerin büyük oranı %14 ile normal kilolu katılımcıların olduğu grupta yer alırken, kendisini düşük gelirli olarak belirtenlerin büyük çoğunluğunu ise %28 ile obez grupta yer alan katılımcılar oluşturmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(4)=14,78$ $p<0,05$). Gruplar arasında medeni durum açısından herhangi bir farklılaşma bulunamamıştır ($\chi^2(2)=4,17$ $p>0,05$). Sigara kullanımına ilişkin cevaplar analiz edildiğinde gruplar arasında sigara kullananların sayısı arasında anlamlı bir farklılaşma bulunamamıştır ($\chi^2(2)=4,61$ $p>0,05$). Gruplara göre psikiyatrik hastalık geçirenlerin büyük bir çoğunluğu %47,9 ile obezite hastası katılımcıların olduğu gruptadır. En az psikiyatrik hastalık geçirenler ise %25 oranıyla fazla kilolu grupta yer almaktadırlar. Buna göre obezite hastası gruptaki katılımcıların geçirdikleri psikiyatrik hastalık öyküsü diğer gruptaki katılımcıların geçirdiği hastalık öyküsünden anlamlı olarak daha fazladır ($\chi^2(2)=6,57$ $p<0,05$) (Çizelge 1).

Çizelge 1. Katılımcıların kişisel bilgilerine ait analiz sonuçları

Değişken			F	%	X ²	p			
Eğitim düzeyi	Normal kilolu	İlkokul	3	6,0	49,33	0,000			
		Ortaokul	2	4,0					
		Lise	3	18,0					
		Üniversite	36	72,0					
	Fazla kilolu	İlkokul	17	34,0					
		Ortaokul	8	16,0					
		Lise	10	20,0					
		Üniversite	15	30,0					
	Obez	İlkokul	27	54,0					
		Ortaokul	6	12,0					
		Lise	12	24,0					
		Üniversite	5	10,0					
Medeni Durum	Normal kilolu	Evli	35	70,0	4,167	0,125			
		Evli olmayan	15	30,0					
	Fazla kilolu	Evli	43	86,0					
		Evli olmayan	7	14,0					
	Obez	Evli	36	72,0					
		Evli olmayan	14	28,0					
	Ekonomik Durum	Normal kilolu	Düşük gelirli	1			2,0	14,78	0,005
			Orta düzeyde gelirli	42			84,0		
			Yüksek gelirli	7			14,0		
		Fazla kilolu	Düşük gelirli	6			12,2		
			Orta düzeyde gelirli	39			79,6		
			Yüksek gelirli	4			8,2		
Obez		Düşük gelirli	14	28,0					
		Orta düzeyde gelirli	32	64,0					
		Yüksek gelirli	4	8,0					
Sigara Kullanımı		Normal kilolu	Kullanan	37	75,5	4,613	0,100		
			Kullanmayan	37	75,5				
		Fazla kilolu	Kullanan	20	40,8				
	Kullanmayan		29	59,2					
	Obez	Kullanan	11	22,9					
		Kullanmayan	37	77,1					
	Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Normal Kilolu	Var	13	27,1			6,57	0,037
			Yok	37	36,6				
		Fazla Kilolu	Var	12	25,0				
			Yok	37	36,6				
		Obez	Var	23	47,9				
			Yok	27	26,7				

Ailede obezite öyküsü sonuçlarına göre %45,5 oranı ile en çok obezite olan grubun ailesinde obezite hastası olan kişiler bulunmaktadır. Ailesinde obezite olan kişiler en az ise %18,2 oranıyla normal kilolu katılımcıların olduğu grupta bulunmaktadır. Gruplar arasında gözlenen bu farklılık istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(2)=13,63$ $p<0,05$). Ailede obezitenin BKİ varyansının ne kadarını açıkladığını anlamak amacıyla Basit Regresyon Analizi yapılmıştır. Sonuçlara göre obez grubundaki katılımcılarda eşittir ve fazla kilolu katılımcılardan fazladır. Haftada 1-2 gün spor yaptığını belirtenlerin oranı ise en yüksek %52,3 ile fazla kilolu ailede

obezite BKİ varyansının %11'ini açıklamaktadır ($R^2= 0,114$ $p<0,05$). Spor yapma sıklığı incelendiğinde ise, hiç spor yapmadığını belirtenlerin oranı %35,6 ile normal kilolu ve katılımcılarda görülmektedir. Haftada 4-7 gün spor yapanlar ise en çok %51,6 ile obezite olan grupta görülmektedir. Gruplar arasında gözlenen bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(4)=14,49$ $p<0,05$). Katılımcıların çocuk sahibi olma durumlarına ilişkin analiz sonuçlarına göre, en çok bir çocuk sahibi olan katılımcı grubu %38,7 oranıyla BKİ değeri en düşük olan normal kilolu kadınların oluşturduğu gruptur. En çok iki çocuk sahibi olma ise %68,3 oranıyla ikinci grubu oluşturan fazla kilolu kadınların oluşturduğu grupta görülmektedir. Üç ve üzerinde çocuk sahibi olma oranı ise en yüksek olarak %40,5 oranıyla aşırı kilolu grupta görülmektedir. Bu sonuçlar ise istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(4)=17,54$ $p<0,01$) (Çizelge 2). Sahip olunan çocuk sayısı ile BKİ arasında ise pozitif yönlü bir ilişki mevcuttur. Çocuk sayısı arttıkça BKİ artmaktadır ($r=0,32$ $p<0,05$). Yapılan regresyon analizi sonucuna göre ise çocuk sayısı BKİ'yi yordamakta ve BKİ varyansının %10'unu açıklamaktadır ($R^2=0,104$ $p<0,05$).

Gruplara göre meslek dağılımının farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla İki Değişken İçin Ki Kare Testi yapılmıştır. Sonuçlara göre ev hanımı ve emekli olan grup %50,7 oranıyla en çok obezite grubunda yer alırken, en az %11,6 ile normal kilolu grupta bulunmaktadır. Memurların ise en çok görüldüğü grup %59,6 ile normal kilolu katılımcıların bulunduğu gruptur. Memurların en az görüldüğü grup ise %13,5 ile obez gruptur. İşçi, özel sektörde ücretli çalışan, serbest meslek gibi diğer mesleklerin ise en çok görülme oranı %39,3 ile normal kilolu katılımcıların olduğu gruptadır. Yine en az görülme oranı ise %28,6 ile obez gruptadır. Meslek dağılımına ilişkin gözlenen bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($\chi^2(4)=34,29$ $p<0,05$). Katılımcıların şu anki kilolarını nasıl tanımladıklarına ait sonuçlar incelendiğinde, katılımcılardan 4 kişi (%2,70) kilolarını olması gerekenden az, 33 kişi (%33) ideal, 90 kişi (%60) olması gerekenden fazla, 20 kişi ise (%13,30) olması gerekenden çok fazla olarak tanımlamışlardır. Buna göre katılımcıların büyük bir çoğunluğu kilosunu olmasından gerekenden fazla olarak düşünmektedir. Gruplar arasında gözlenen bu fark anlamlıdır ($\chi^2(3)= 114,36$ $p<0,05$). Gruplara göre şu anki kilonun nasıl tanımlandığına ilişkin analizler yapılmıştır. Sonuçlara göre, şu anki kilosunu olması gerekenden az ve ideal olarak tanımlayan grubun büyük çoğunluğunu %75,7 oranıyla normal kilolu katılımcıların olduğu grup oluşturmaktadır. Şu anki kilosunu olması gerekenden fazla olarak değerlendirenlerin ise büyük çoğunluğunu %43,3 oranıyla fazla kilolu gruptaki katılımcılar oluşturmaktadır. Kilosunu olması gerekenden çok fazla olarak değerlendirenlerin ise çoğunluğunu %70 oranıyla obez gruptaki katılımcılar oluşturmaktadır. Buna göre şu anki kilosunu olması gerekenden çok fazla olarak değerlendirenlerin büyük çoğunluğu obez katılımcıların olduğu grupta, kilosunu ideal olarak değerlendirenlerin büyük çoğunluğu ise normal kilolu katılımcıların olduğu grupta olduğu anlaşılmaktadır. Bulunan bu sonuçlar istatistiksel açıdan anlamlıdır ($\chi^2(4)=48,29$ $p<0,05$) (Çizelge 2).

Aktif çalışıp çalışmama durumu gruplara göre incelendiğinde çalıştığını belirten katılımcıların en çok %46,6 ile normal kilolu grupta, en az %21,9 ile obez grupta yer aldıkları görülmüştür. Çalışmadığını belirten kişilerin çoğunluğu ise %44 oranı ile obez grupta yer aldığı, en az ise %21,3 ile normal kilolu grupta bulunduğu gözlenmiştir. Buna göre aktif olarak bir işte çalışma en çok normal kilolu, en az aşırı kilolu katılımcıların olduğu grupta olduğu anlaşılmaktadır.

Çizelge 2. Obezite ilişkili faktörlere ait bulgular

Değişken			F	%	X ²	p			
Meslek	BKİ<24,99 (Normal Kilolu)	Ev hanımı ve emekli	8	11,6	34,29	0,000			
		Memur	31	59,6					
		Diğer (serbest meslek, işçi, öğrenci vb)	11	39,3					
	BKİ 25-29,99 (Fazla kilolu)	Ev hanımı ve emekli	26	37,7					
		Memur	14	26,9					
		Diğer (serbest meslek, işçi, öğrenci vb)	9	32,1					
	BKİ 30-39,99 (Aşırı Kilolu)	Ev hanımı ve emekli	35	50,7					
		Memur	7	32,1					
		Diğer (serbest meslek, işçi, öğrenci vb)	8	28,6					
Ailede obezite öyküsü	BKİ<24,99 (Normal Kilolu)	Var	12	24,0	13,63	0,001			
		Yok	38	76,0					
	BKİ 25-29,99 (Fazla kilolu)	Var	24	48,0					
		Yok	26	52,0					
	BKİ 30-39,99 (Aşırı Kilolu)	Var	30	60,0					
		Yok	20	40,0					
	Çocuk sayısı	BKİ<24,99 (Normal Kilolu)	Bir	12			38,7	17,54	0,002
			İki	15			48,4		
			Üç ve üstü	4			12,9		
BKİ 25-29,99 (Fazla kilolu)		Bir	3	7,3					
		İki	28	68,3					
		Üç ve üstü	10	24,4					
BKİ 30-39,99 (Aşırı Kilolu)		Bir	6	14,3					
		İki	19	45,2					
		Üç ve üstü	17	40,5					
Spor yapma sıklığı	BKİ<24,99 (Normal Kilolu)	Hiç yapmıyorum	26	35,6	14,49	0,006			
		Haftada 1-2 gün yapıyorum	14	31,8					
		Haftada 4-7 gün yapıyorum	9	35,6					
	BKİ 25-29,99 (Fazla kilolu)	Hiç yapmıyorum	21	28,8					
		Haftada 1-2 gün yapıyorum	23	52,3					
		Haftada 4-7 gün yapıyorum	6	15,9					
	BKİ 30-39,99 (Aşırı Kilolu)	Hiç yapmıyorum	26	35,6					
		Haftada 1-2 gün yapıyorum	7	19,4					
		Haftada 4-7 gün yapıyorum	16	51,6					
Kilolarını nasıl tanımladıkları	BKİ<24,99 (Normal Kilolu)	İdeal ve olması gerekenden az	28	56,0	48,29	0,000			
		Olması gerekenden fazla	21	42,0					
		Olması gerekenden çok fazla	1	2,0					
	BKİ 25-29,99 (Fazla kilolu)	İdeal ve olması gerekenden az	5	10,2					
		Olması gerekenden fazla	39	79,6					
		Olması gerekenden çok fazla	5	10,2					
	BKİ 30-39,99 (Aşırı Kilolu)	İdeal ve olması gerekenden az	4	8,3					
		Olması gerekenden fazla	30	62,5					
		Olması gerekenden çok fazla	14	29,2					

cıların olduğu grupta görülmektedir. Gruplar arasındaki bu farklılıklar istatistiksel açıdan da anlamlıdır ($\chi^2(2)=12,54$ $p<0,01$). Aktif olarak çalışmada yapılan iş türleri arasındaki farklılıkları analiz etmek amacıyla Tek Örneklem Ki Kare Testi yapılmıştır. Sonuçlara göre aktif olarak çalıştı-ğın belirten katılımcıların %34'ü masa başı bir iş yaptıklarını, %10,7'si fiziksel güç gerektiren bir iş yaptıklarını, %8,7'si evlerinden bir iş yaptıklarını belirtmişlerdir. Yapılan iş türleri arasındaki gözlenen bu farklar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($\chi^2(2)=33,47$ $p<0,05$).

Katılımcıların kullandıkları kilo verme yöntemlerine ilişkin verdikleri cevaplar incelendiğinde, 43 kişi (%19) herhangi bir

kilo verme yöntemi denemediğini, 72 kişi (%33) spor ve egzersiz yaptığını, 4 kişi (%2) akupunktur yöntemini kullandığını, 14 kişi (%6) zayıflama ilaçları kullandığını, 86 kişi (%39) diyet yaptığını, 3 kişi (%1) diğer yöntemleri denediğini belirtmişlerdir. Katılımcılardan hiçbirisi bariatrik cerrahiye denememiştir.

Katılımcıların sahip oldukları kronik hastalıklara ilişkin verdikleri cevaplar incelenmiş ve şu sonuçlara ulaşılmıştır.

Hiçbir kronik hastalığım yok diyenlerin sayısı 60 (%29), tiroidi olduğunu söyleyenlerin sayısı 20 (%10), diyabeti olduğunu söyleyenlerin sayısı 15 (%7), akciğer hastalıkları olduğunu söyleyenlerin sayısı 4 (%2), hipertansiyonu olduğunu söyle-

yenlerin sayısı 23 (%11)' tür. Kansızlığı olanların sayısı 29 (%14), kalp damar hastalıkları olanların sayısı 9 (%5), kolesterolü olanların sayısı 23 (%11), diğer hastalıkları olanların sayısı 23 (%11) ve kanser hastası olanların sayısı ise 0'dır.

BKİ ile kişinin sahip olduğu toplam kronik hastalık sayısı arasında orta düzeyde pozitif yönlü doğrusal bir ilişki bulunmaktadır. BKİ arttıkça toplam kronik hastalık sayısı ($r=0,474$ $p<0,01$) anlamlı olarak artmaktadır. Gruplara göre toplam kronik hastalık sayılarının farklılaşıp farklılaşmadığını anlamak amacıyla Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Sonuçlara göre toplam kronik hastalık sayısı BKİ'ye göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($\chi^2(2)=25,99$ $p<0,05$). Farklılaşmanın kaynağını anlamak amacıyla yapılan Mann Whitney U testi sonuçlarına göre, obezite hastası grupta yer alan katılımcıların sahip olduğu kronik hastalık sayısı normal kilolu ($U=580,5$ $p<0,05$) ve fazla kilolu ($U=912,5$ $p<0,05$) gruptaki katılımcılara göre, fazla kilolu katılımcıların sahip olduğu kronik hastalık sayısı normal kilolu ($U=705,5$ $p<0,05$) katılımcıların sahip olduğu kronik hastalık sayısına göre daha yüksektir ve bu farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlıdır. Kruskal Wallis testi sonuçlarına göre toplam kronik hastalık sayısı dağılımı Çizelge 3'te gösterilmiştir.

Çizelge 3. BKİ'ye Göre Kronik Hastalık Sayısı

Toplam Kronik Hastalık Sayısı					
Grup	n	Sıra Ort.	sd	χ^2	p
BKİ<24.99 (Normal Kilolu)	49	51,24	2	25,99	0,000
BKİ 25-29.99 (Fazla kilolu)	47	77,40			
BKİ 30-39.99 (Aşırı Kilolu)	50	91,64			

Kişilerin kendi algılarına göre kilo almalarını etkileyen faktörler sorulmuştur. Kilo almaya yol açabileceği düşünülen faktörlerin sıralaması şu şekildedir; katılımcılardan 99 kişi (%20) kilo almamını beslenme şeklinin etkilediğini belirtmişlerdir. Hareketsizliği kilo alma sebebi olarak gören kişi sayısı ise 66 (%13)'dir. Üçüncü en çok işaretlenen faktör ise genetikdir ve 55 kişi (%11) tarafından işaretlenmiştir. Katılımcılardan 48 kişi (%9) ise gebeliği kilo almalarına yol açan faktör olarak işaretlemişlerdir. Can sıkıntısı kaynaklı sürekli atıştırma faktörü de gebelik ile aynı olarak 48 kişi (%9) tarafından işaretlenmiştir. İlaç kullanımı faktörü 41 kişi (%8) tarafından işaretlenirken, yeme alışkanlığının değişmesi 35 kişi (%7) tarafından işaretlenmiştir. Sahip olunan/ geçirilen hastalıkları kilo almına yol açan bir faktör olarak gören kişi sayısı ise 27 (%5)'dir. Davetleri kilo almına yol açan faktör olarak gören kişi sayısı 20 (%4), televizyon karşısında bir şeyleri atıştırmayı kilo almına yol açan faktör olarak gören kişi sayısı ise 19 (%4)'dur. Evlilik problemleri ve yaşanan olumsuz bir yaşam olayını kilo almına yol açan faktör olarak gören kişi sayısı aynı olup, 18 (%4)'dir. Sigara/ alkol bırakma 7 (%1), diğer nedenler ise 5 kişi (%1) tarafından işaretlenmiştir.

Tartışma

Kilo alımıyla ilişkili olduğu düşünülen psikososyal faktörler incelendiğinde yapılan araştırma sonucunda en düşük eğitim düzeyinin ve en yüksek psikiyatrik hastalık öyküsünün obezite

grubunda olduğu görülmüştür. Ailesinde obezite hastası olanlar, en çok çocuğu olanlar, ev hanımı ve emekli olanlar ve kronik hastalıkları en çok olanlar obezite hastalarının olduğu gruptadır. Kilo almında etkili olduğu düşünülen faktörler en çok beslenme ve hareketsizlik olarak işaretlenmiş olup grubun en çok kullandığı kilo verme yöntemleri spor/egzersiz yapma ve diyet yöntemleridir.

Çalışmada sadece kadın örneklem grubuyla çalışılmıştır. Kadın cinsiyet obezite için bir risk faktörüdür. Çalışma grubu olarak riskli bir grup alınmış olup risk grubuna yönelik çalışma yapmak hedeflenmiştir.

Çalışmanın sonuçlarına göre BKİ arttıkça grupların yaş ortalamaları da artmaktadır. 30 yaşın üzerinde olmak özellikle kadınlarda bir risk faktörü olarak bulunmuştur¹⁸. Yaş ilerledikçe obezite ihtimali artmakta¹⁰, özellikle orta yetişkinlik (40-60 yaş) döneminde görülme sıklığı oldukça yükselmekte, 60 yaş üzerinde ise obezite görülme oranında düşüşler olduğu bildirilmektedir¹¹⁻¹⁴. Mevcut çalışmada da obezite olan grubun yaş ortalamasının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve orta yetişkinlik döneminde yer alanların ağırlıklı olarak bu grubu oluşturduğu gösterilmiştir.

Eğitim düzeyi de obezite ihtimalini arttıran faktörler arasında yer almaktadır. Literatür incelendiğinde eğitim düzeyi ile obezite arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu göze çarpmaktadır. Erkeklerde herhangi bir farklılık yaratmasa da kadınlarda eğitim düzeyi arttıkça obezite oranları azalmaktadır^{10,11,14,16,18,19}. Bu anlamda eğitim düzeyinin yüksekliği kadınlarda obezite riski için koruyucu bir faktör olarak görev yapmaktadır. Eğitim düzeyi dağılımına ilişkin bulunan sonuçlar literatürle benzer olarak bu çalışmada da gösterilmiştir. Obezite olan grupta eğitim düzeyi daha düşük bulunurken, normal kilolu grupta daha yüksek eğitim düzeyi olduğu bulunmuştur.

Obezitenin gelir düzeyiyle olan ilişkisine dair bulgular tartışmalıdır. Kimi çalışmalarda gelir düzeyi arttıkça obezitenin arttığı gösterilirken^{27,28} diğerlerinde gelir düzeyi azaldıkça obezitenin arttığı gösterilmektedir^{8,10,11,29}. Bu araştırmada ise kendini düşük gelirli olarak belirten grubun büyük çoğunluğu obezite olan grupta yer alırken, iyi düzeyde gelire sahip olduğunu belirtenlerin büyük çoğunluğu normal kilolu kadınların olduğu grupta yer almaktadır. Bu anlamda çalışmanın obezitenin gelir düzeyi düşük olan gruplarda fazla olduğunu belirten literatür çalışmaları arasında olduğunu söylemek mümkündür.

Obezitede kadınlarda risk faktörü oluşturan durumlardan birisi de çalışıp çalışmama durumudur. Çalışmama kadınlar için bir risk faktörü olarak bilinmektedir. Bu araştırmada da obezite grubunda yer alan kadınlarla normal kilolu grupta yer alan kadınlar karşılaştırıldıklarında, obezite olan grupta yer alanların büyük oranda çalışmadığı ve ev hanımı olduğu, normal kilolu gruptaki kadınların büyük oranının da çalıştığı ve memurluk içeren mesleklerle sahip olduğu bulunmuştur. Literatürde yer alan çalışmalarda da bu sonuçlar gösterilmiştir^{10,11,18}. Bu verilerle uyumlu olarak yapılan iş türü de sorgulandığında normal kilolu kesimin daha çok masa başı iş yaptıkları, obezite grubunda yer alan çalışan katılımcıların ise daha çok evlerinden iş yaptıkları sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bir çalışmaya göre kadınlarda büro çalışmaları gibi mesleklerle sahip olanların, bu mesleklerden olmayanlara göre daha düşük BKİ düzeyleri vardır. Bu çalışmada da bu veriler desteklenmiş, masa başı iş yapan kadınların diğerlerine göre daha düşük kilolarda oldukları gösterilmiştir³⁰.

Çalışmaya katılan kadınların büyük bir oranı evlidir. Evli olanlarda evli olmayanlara göre daha yüksek obezite oranları olduğu bildirilmiştir^{10,11,15,16}. Ancak bu çalışmada gruplar

arasında medeni durum açısından herhangi bir farklılaşma gösterilememiştir. Bunun bir nedeni olarak çalışmaya katılan grubun büyük bir bölümünün evli olması gösterilebilir.

Kadınların geçirdikleri gebelikler ve lohusalık dönemlerinde aldıkları kilolar da sorunlara yol açabilmektedir. Geçirilen gebelik sayısının 3-4 olması obezite için bir risk faktörü iken, 1-2 olmasının böyle bir etkisinin olmadığı bilinmektedir^{11,12,17,18}. Mevcut çalışmada da örneklem grubunun büyük bir çoğunluğu çocuk sahibidir ve literatür bilgileriyle uyumlu olarak 3 ve üstü sayıda çocuk sahibi olanlar en çok obezite olan gruptaki katılımcılar arasında görülürken, en çok 1 çocuk sahibi olma normal kilolu katılımcılar arasında görülmektedir. Fazla kilolu katılımcılar ise en çok 2 çocuk sahibidir. Çocuk sayısı arttıkça BKİ değerleri de artmaktadır ve çocuk sayısı BKİ varyansının bir bölümünü anlamlı olarak açıklamaktadır. Buna göre kilo düzeyinin, sahip olunan çocuk sayısına göre farklı dağılımına yol açan önemli bir faktör olduğunu söylemek mümkündür.

Kişilerin sahip oldukları kiloyu nasıl değerlendirdiklerine ilişkin öznel algıları pek çok açıdan önemlidir. Çalışmada katılımcıların büyük bir oranı var olan kilolarını olması gerekenden fazla olarak tanımlamışlardır. Normal kilolu kadınlar ise beklenildiği gibi kilolarını ideal olarak değerlendirmişlerdir. Ancak yine de normal kilolu grupta olup da kilosunu olması gerekenden fazla olarak değerlendiren kadınlar da vardır. Bu da çalışılan örneklemin ideal değerlendirme olarak neleri ölçüt aldıklarının bilinmemesi ve bireysel diğer kriterlerin kişilerin şu anki kilolarını nasıl algıladıklarını şekillendiren faktörler olabilmesinden kaynaklanmaktadır. Yapılan bir çalışmada kadınlar tarafından fazla kilonun bedensel güzelliği tehdit eden en önemli faktör olarak algılandığı gösterilmiştir³¹. Bu nedenle normal BKİ değerlerinde bile olsalar kadınların kilolarını tehdit unsuru olarak gördükleri için bir miktar fazla olarak algıladıklarını söylemek mümkündür. Olması gerekenden çok fazla olarak nitelendiren grup beklenildiği gibi obezite hastalarının olduğu gruptur. Ancak obezite olan kadınların olduğu grupta çoğunlukla kilolarını olması gerekenden çok fazla yerine fazla olarak değerlendirmişlerdir. Yapılan bir çalışmaya göre normal kilolu olanların kendilerini daha doğru biçimde algıladıkları, obezite olanlarınsa kendilerini daha normal görmeye eğilimli oldukları, kendilerini obezite hastası olarak algılayanların daha az olduğu ve kadınların kendilerini pozitif yönde görmeye eğilimli oldukları sonuçlarına ulaşılmıştır³².

Kilo alımını etkileyen faktörler çok geniş bir yelpazede yer almaktadır. Beslenme alışkanlıkları³³, fiziksel aktivite azlığı³⁴, yaşanan olumsuz olaylar, sigara/ alkol bırakma, ilaç kullanımları, evlilik problemleri³⁵ ve daha birçok bireysel faktör kilo almada etkilidir. Bu çalışmada yer alan kadınlar da beslenme, hareketsizlik, genetik, gebelikler, can sıkıntısı kaynaklı sürekli atıştırma, ilaç kullanımı başta olmak üzere pek çok faktörün kilo alımlarını etkilediklerini düşünmektedirler. Bu da genel olarak çalışmada yer alan kadınların kilo almına yol açan unsurlar konusunda bilgilerinin iyi düzeyde olduğunun göstergesi olarak yorumlanabilir.

Gruplar arasında sigara tüketimi açısından herhangi bir farklılaşma bulunmadığından sigara kullanmanın ya da kullanmamanın kadınlarda obezitede herhangi bir farklılaşma yaratmadığını söylemek mümkündür.

Psikiyatrik hastalıklar tıbbi hastalıklara eşlik edebileceği gibi, bazı hastalıkların ortaya çıkmasını da kolaylaştırmaktadır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre örneklemin büyük bir çoğunluğu psikiyatrik hastalık öyküsüne sahip değildir. Hastalık öyküsüne sahip olanların çoğunluğu ise obezite grubunda yer almaktadır. Bu da obezite olmayan örnekleme karşılaştırıldığında obezite

olan grupta daha fazla psikiyatrik hastalık öyküsünün olduğu yönündeki literatür bilgisini desteklemektedir³⁶⁻³⁹.

Obezite pek çok kronik hastalığa yol açması nedeniyle mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan hastalıklar arasında yer almaktadır. Başta hipertansiyon⁴⁰ olmak üzere, tiroid⁴¹, diyabet⁴², kolesterol⁴³, kardiyovasküler hastalıklar⁴⁴ gibi pek çok sağlık sorunu obeziteye eşlik etmektedir. Mevcut çalışmada da gruplara göre sahip olunan kronik hastalık sayısının farklılaştığı gösterilmiştir. Kilo arttıkça kronik hastalık sayısı da artmakta, obezite grubunda fazla kilolu ve normal kilolu gruba göre daha fazla kronik hastalık olduğu görülmektedir. Aynı şekilde fazla kilolu grupla normal kilolu grup karşılaştırıldığında bile fazla kilolu gruptaki kadınların daha fazla kronik hastalığa sahip olduğu görülmektedir. Bu da kilo artışının kronik hastalıklara yakalanma riski açısından nedni önemli bir etmen olduğunu bir kez daha göstermektedir. Ailesinde obezite olan kişilerin obeziteye yakalanma riski hem genetik temeller hem de aynı çevreyi paylaşıyor olmanın getirdiği gereklilikler nedeniyle daha yüksektir⁴⁵⁻⁴⁷. Bu araştırmada da obezite grubunda yer alan kadınların normal kilolu grupta yer alan kadınlara göre daha fazla obezite hastası yakını bulunmaktadır. Bu anlamda da obezite olan grubun ailesinde obezitenin görülme oranının daha yüksek bulunmuş olması, ailede obezite öyküsü olan kişilerde obezitenin görülme oranının arttığı yönündeki hipotezi destekler niteliktedir⁴⁸.

Sağlık bakanlığı obezitenin tedavisi için ilk olarak bireye özgü diyet, egzersiz ve davranış değişikliği ile başlanmasını hayati riskler doğuran zamanlarda ilaç ve cerrahi seçeneklerini önermektedir⁴⁹. Bu çalışmada katılımcıların en çok kullandıkları kilo verme yöntemi diyetdir. Diyet yöntemini ise egzersiz takip etmektedir. Cerrahi uygulama ise hiçbir katılımcı tarafından işaretlenmemiştir. Bu durumun olası bir nedeni çalışmaya katılan örneklemin birinci basamak sağlık hizmeti veren bir kuruluşun obezite birimine başvurmuş olmalarından kaynaklanma ihtimalidir. Verilerin toplandığı sağlık merkezleri kişiye özgü diyet ve egzersiz programı belirlemede, ilaç ya da cerrahi işlem gibi bir yöntem için uygun gördükleri hastaları daha ileri sağlık kuruluşlarına sevk etmektedirler. Bu açıdan bakıldığında grup içerisinde en çok kullanılan yöntemin diyet ve egzersiz oluşu, ilaç ya da cerrahi yöntem kullananların olmayışını bu şekilde açıklamak mümkündür.

İnsan sağlığı için fiziksel aktivite çok önemli bir yer tutmaktadır. Obezitenin en önemli nedenlerinden birisi fiziksel aktivitenin yetersiz oluşudur⁵⁰. Sedanter yaşamın obezite için tek başına bir risk faktörü olduğu bilinmektedir⁵¹. Katılımcıların büyük bir oranı hiç spor yapmadığını belirtmiştir. Bu anlamda katılımcıların büyük çoğunluğunun sedanter yaşam tarzına sahip olduklarını söylemek mümkündür. Hiç spor yapmadığını belirtenlerin oranının normal kilolu ve obezite gruplarında aynı olması; sedanter yaşam tarzının hem normal kilolu hem de aşırı kilolu kişilerde fazla olduğunun bir göstergesi olarak yorumlanabilir. Yine çalışmanın ilginç sonuçlarından birisi de en fazla spor yaptığını belirten grubun aşırı kilolu grup olmasıdır. Bunun bir nedeni çalışmanın yapıldığı birinci basamak sağlık hizmeti yerlerinde uygulanan programın bir özelliğidir. Kişilere özel planlanan günlük yürüyüşlerin olması, obezite olan grupta spor yapmanın diğer gruplardan fazla oluşunu açıklayabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında bu sorunun çalışılan gruba yöneltilmesi doğru bir soru olmadığını göstermektedir.

Çalışmada BKİ değeri 40 ve üzeri olan morbid obezite hastası kişilerin olmayışı sonuçların genellebilirliğini sınırlandırmaktadır. Bu kişiler ikinci basamak sağlık kuruluşlarında takip

edildiklerinden buraların da yoğunluğu göz önüne alındığında çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Araştırmanın sadece kadın örnekleme ve Kocaeli ilinde yürütülmüş olması sonuçların genellenabilirliğini sınırlandırmaktadır. Sonuç olarak çalışmada kilo sorunuyla ilişkili psikososyal faktörlerin önemi bir kez daha gösterilmiştir. Bu faktörlerin göz önüne alındığı çalışmaların yapılması koruyucu sağlık açısından önemli olacaktır.

Kaynaklar

1. Uğur MM. Sayı editöründen. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2008; 1(1).
2. İçen S. Obez bireylerde beslenme, fiziksel aktivite ve sosyal özelliklerin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006.
3. WHO, 2015. Erişim: 04 Temmuz 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
4. Furuncuoğlu Y, Yıldız Z. Obeziteden diyetle bilimsel zayıflama. EBSCO Publishing, Hiperlink, 2010. Kocaeli Üniversitesi Kütüphanesi: <http://web.a.ebscohost.com> (Erişim: 12 Temmuz 2015).
5. Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Tıp Dergisi*. 2006; 13(4):138-142.
6. Gedik O. Obezite ve çevresel faktörler. *Türk J Endocrinol Metab*. 2003; 7(ES. 2):1-4.
7. Çelik, B. Şişmanlık ve akupunktur ile tedavi. İstanbul: hiperlink (Firm), 2006. Academic Search Complete E books: <http://web.a.ebscohost.com> (Erişim: 12 Temmuz 2015).
8. Bray GA. Etiology and pathogenesis of obesity. *Clinical Cornerstone*. 1999; 2(3):1-15.
9. Eraslan D, Öztürk Ö, Kayahan B, ve diğ. Şizofreni, atipik antipsikotikler ve obezite. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2006; 7:167-72.
10. Işık E, Kanbay Y, Aslan Ö, ve diğ. Aile hekimliği birimine başvuran bireylerde obezite sıklığı ve ilişkili etmenler: Artvin örneği. *F.N. Hem. Derg*. 2013; 21(2):107-115.
11. 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.
12. Nazlıcan E. Adana ili Solaklı ve Karataş merkez sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 20-64 yaş arası kadınlarda obezite ve ilişkili risk faktörlerinin incelenmesi. Uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2008.
13. Akman M, Budak Ş, Kendir M. Genel dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda obezite sıklığı ve ilişkili sağlık problemleri. *Marmara Medical Journal*. 2004; 17(3):113-120.
14. Doğan N, Toprak D, Demir S. Afyonkarahisar ilinde obezite prevalansı ve ilgili risk faktörleri. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2011; 31(1):122-32.
15. Mata J, Frank R, Hertwig R. Higher body mass index, less exercise, but healthier eating in married adults: Nine representative surveys across Europe. *Soc Sci Med*. 2015; 138:119-127.
16. Tzotzas T, Vlahavas G, Papadopoulou SK, et al. Marital status and educational level associated to obesity in Greek adults: data from the National Epidemiological Survey. *BMC Public Health*. 2010; 10(1):732.
17. Güneş G, Genç M, Pehlivan E. Yeşilyurt sağlık ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda obezite. *J Turgut Ozal Med Cent*. 2000; 7(1):48-53.
18. Koruk İ, Şahin TK. Konya Fazilet Uluşık sağlık ocağı bölgesinde 15-49 yaş grubu ev kadınlarında obezite prevalansı ve risk faktörleri. *Genel Tıp Derg*. 2005; 15(4):147-155.
19. Boing AF, Subramanian SV. The influence of area-level education on body mass index, waist circumference and obesity according to gender. *IJPH*. 2015; 60(6):727-736.
20. Torres SJ, Nowson CA. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*. 2007; 23:887-94.
21. Ganley RM. Emotion and Eating in Obesity: A Review of the Literature. *Int J Eat Disord*. 1989; 8(3):343-61.
22. Sevinçer GM, Konuk N. Emosyonel Yeme. *JMOOD*. 2013; 3(4):171-8.
23. Annagür BB, Orhan FÖ, Özer A, ve diğ. Obezitede Dürtüsellik ve Emosyonel Faktörler: Bir Ön Çalışma. *Arch Neuropsychiatry*. 2012; 49:14-9.
24. Sarısoy G, Atmaca A, Ecemiş G, ve diğ. Obezite hastalarında dürtüsellik ve dürtüsellüğün beden algısı ve benlik saygısı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2013; 14:53-61.
25. Cerit C, Yıldız M, Candan S. Psikotik Bozukluğu Olan ve Antipsikotik İlaç Kullanan Hastalarda Obezite Sıklığı ve Bir Yılın Sonunda Kilo Değişimi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2006; 16:233-8.
26. Orhan FÖ, Tuncel D. Gece yeme bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2009; 1:132-54.
27. Pubudu De Silva A, Padmal De Silva SH, Haniffa R, et al. A cross sectional survey on social, cultural and economic determinants of obesity in a low middle income setting. *Int J Equity Health*. 2015; 14(1):1-9.
28. Sengupta A, Angeli F, Syamala TS, et al. Overweight and obesity prevalence among Indian women by place of residence and socio-economic status: Contrasting patterns from 'underweight states' and 'overweight states' of India. *Soc Sci Med*. 2015; 138:161-9.
29. Chao CY, Shih CC, Wang CJ, et al. Low socioeconomic status may increase the risk of central obesity in incoming university students in Taiwan. *Obes Res Clin Pract*. 2014; 8(3):212-9.
30. Allman F, Chey T, Merom D, et al. Occupational risk of overweight and obesity: an analysis of the Australian Health Survey. *J Occup Med Toxicol*. 2010; 5:14.
31. Fidan FZ. Tesettürlü kadınlarda öz bakım ve estetik yönelimler. *Bilgi*. 2015; 75:103-26.
32. Ata A, Vural A, Keskin F. Beden algısı ve obezite. *Ankara Medical Journal*. 2014; 14(3):74-74.
33. Altunkaynak BZ, Özbek E. Obezite: nedenleri ve tedavi seçenekleri. *Van Med J*. 2006; 13(4):138-142.
34. Arabacı R, Çankaya C. Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Fiziksel Aktivite Düzeylerinin Araştırılması. *Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2007; 20(1):1-15.
35. Gagnon- Girouard MP, Gagnon C, Begin C, et al. Couple dissatisfaction and eating profile: A mediation effect of coping style. *Eating Weight Disord*. 2010; 15:240-6.
36. Cerit C, Yıldız M, Candan S. Psikotik bozukluğu olan ve antipsikotik ilaç kullanan hastalarda obezite sıklığı ve bir yılın sonunda kilo değişimi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 2006; 16:233-8.
37. Deveci A, Demet MM, Özmen B, ve diğ. Obez hastalarda psikopatoloji, alesitimi ve benlik saygısı. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2005; 6:84-91.
38. Eren İ, Erdi Ö. Obez Hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. *Klinik Psikiyatri*. 2003; 6:152-7.
39. Lin HY, Huang CK, Tai CM, et al. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*. 2013; 13:1-8.
40. Kalan I, Yeşil Y. Obezite ile ilişkili kronik hastalıklar. *MİSED*. 2010; 23-24:78-81.
41. Altunoğlu E, Ülgen E, Müderrisoğlu C, ve diğ. Obezite ve tiroid fonksiyonları. *İstanbul Med J*. 2011; 12(2):69-71.
42. Tümer G, Çolak R. Tip 2 diabetes mellitusda tıbbi beslenme tedavisi. *J Exp Clin Med*. 2012; 29:12-5.
43. İslamoğlu Y, Koplay M, Sunay S, ve diğ. Obezite ve metabolik sendrom. *Tıp Araştırmaları Derg*. 2008; 6(3):168-74.
44. Johns DJ, Lindroos AK, Jebb SA, et al. Dietary Patterns, Cardiometabolic Risk Factors, and the Incidence of Cardiovascular Disease in Severe Obesity. *Obesity*. 2015; 23:1063-1070.
45. Baqaı N, Wilding JPH. Pathophysiology and aetiology of obesity. *Medicine*. 2014; 43(2):73-6.
46. Gill, T.P. Introduction: an overview of the key drivers of obesity and their influence on diet. *Managing and Preventing Obesity*. 2015; 1-14. doi: dx.doi.org/10.1533/9781782420996.1
47. Semerci CN. Obezite ve genetik. *Gülhane Tıp Derg*. 2004; 46(4):353-9.
48. Şimşek F, Ulukol B, Berberoğlu M, ve diğ. Ankara'da bir ilköğretim okulu ve lisede obezite sıklığı. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2005; 58:163-6.
49. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2010-2014). Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.
50. Bayrakçı Tunay V. Yetişkinlerde fiziksel aktivite. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 2008.
51. Blümel JE, Chedraui P, Aedo S, et al. Obesity and its relation to depressive symptoms and sedentarylifestyle in middle-aged women. *Maturitas*. 2015; 80:100-5.

OLGU SUNUMU

RİSPERİDON KULLANIMINA BAĞLI ORTAYA ÇIKAN AKUT TOKSİK HEPATİT: OLGU SUNUMU

ACUTE TOXIC HEPATITIS DUE TO RISPERIDONE USE: CASE REPORT

¹Nermin Gündüz, ²Celaleddin Turgut

ÖZ

İlaça bağlı karaciğer hasarı, hafif biyokimyasal değişikliklerden akut karaciğer yetmezliğine kadar uzanan klinik bir durumdur. Hepatik yan etkilerden sorumlu ilaçların %16'sı nöropsikiyatrik ilaçlardır. Risperidon psikotik bozukluk ve duygudurum bozukluklarının tedavisinde sıklıkla kullanılan, serotonin tip 2 (5HT2) ve dopamin tip 2 (D2) almaçları üzerine antagonistik etki gösteren ikinci kuşak antipsikotiktir. Risperidon tedavisi sırasında KC enzimlerindeki yükselme prevalansı %0,1-1 olarak bildirilmiştir. Risperidon tedavisi alan hastalarda görülen hepatik yan etkilerin ciddiyeti ve sıklığı daha az olmasına rağmen risperidona bağlı nadiren karaciğer hasarları bildirilmiştir. Biz bu yazıda Bipolar Bozukluk tanılı genç bir kadın hastada risperidon tedavisi sonrası gelişen akut toksik hepatit vakasını paylaşmayı değer bulduk.

Anahtar sözcükler: Risperidon, toksik hepatit, antipsikotik, hepatit

ABSTRACT

Drug-induced liver damage is a clinical condition ranging from mild biochemical changes to acute liver failure. 16% of drugs responsible for hepatic side effects are neuropsychiatric drugs. Risperidone is a second-generation antipsychotic with antagonistic effect on serotonin type 2 (5HT2) and dopamine type 2 (D2) receptors, which is frequently used in the treatment of psychotic disorders and mood disorders. The prevalence of elevation of liver enzymes during risperidone treatment has been reported to be in the prevalence rates of 0.1-1%. Although hepatic side effects observed in patients treated with risperidone are less severe and less frequent, liver damage due to risperidone is rarely reported. In this case report, we aimed to present acute toxic hepatitis after treatment with risperidone in a young female patient with Bipolar Disorder.

Keywords: Risperidone, toxic hepatitis, antipsychotic, hepatitis

Giriş

İlaça bağlı karaciğer hasarı (İBKH), hafif biyokimyasal değişikliklerden akut karaciğer yetmezliğine kadar uzanan klinik bir durumdur. İBKH, 'Hepatoselüler (baskın olarak alanin aminotransferaz-ALT yükselmesi), kolestatik (baskın olarak alkalen fosfataz-ALP yükselmesi) veya karışık karaciğer hasarı (ALT ve ALP yükselmesi)' olarak 3 çeşit tanımlanmıştır¹. Doğrudan karaciğer hasarı (idiyosenkratik metabolik mekanizma) öngörülebilir, doz bağımlı, kişiden bağımsız ve tedaviden kısa süre sonra ortaya çıkar. İmmunoalerjik idiosenkratik İBKH ise öngörülemeyen, doz bağımsız, kişiye bağımlı, immün aracılı hipersensitivite reaksiyonudur².

Hepatik yan etkilerden sorumlu yaklaşık 1000 ilacın %16'sı nöropsikiyatrik ilaçlardır. Antipsikotik ilaçlarla ilişkili hepatotoksite sıklıkla klorpromazin gibi fenotiyazin grubu antipsikotiklerle ilişkili olmakla birlikte fenotiyazin dışı antipsikotikler de sorumlu tutulmaktadır. Atipik antipsikotik ilaçlar genellikle iyi tolere edilir. Atipik antipsikotik ilaçlara bağlı hepatik yan etki sıklığı düşüktür³.

Risperidon psikotik bozukluk ve duygudurum bozukluklarının tedavisinde sıklıkla kullanılan, serotonin tip 2 (5HT2) ve dopamin tip 2 (D2) almaçları üzerine antagonistik etki gösteren ikinci kuşak antipsikotiktir⁴. Karaciğerde CYP2D6 enzimi aracılığıyla ana aktif metaboliti 9-hidroksirisperidona metabolize olur⁵. Risperidon tedavisi gören hastalarda karaciğer enzimlerindeki yükselme insidansı %0,1-1 olarak bildirilmiştir⁶. Fenotiyazinlere göre risperidon tedavisi alan hastalarda görülen hepatik yan etkilerin ciddiyeti ve sıklığı daha

az olmasına rağmen risperidona bağlı nadiren karaciğer hasarları bildirilmiştir^{7,8}.

Biz bu yazıda genç bir kadın hastada Bipolar Duygudurum Bozukluğu, psikotik nitelikte ilk manik atak tanısının konulması ve 15 gün süreyle risperidon 2 mg/gün tedavisinin kullanılması sonrası gelişen akut toksik hepatit vakasında tedavi yönetimini paylaşmayı değer bulduk.

Olgu Sunumu

Yirmibir yaşında kadın hasta acil serviste değerlendirildi. Hastanın ailesi ve kendisinden alınan anamnezde başvuru şikayetlerinin uyku ihtiyacında azalma, hareketlilik artışı, geceleri evden çıkıp gitme, anlamsız konuşma, gülme ve ara ara küfür etme, aileye yönelik şüphencilik, sinirlilik, zaman zaman etrafa zarar verme ve cinsel istekte artış, cinsel içerikli konuşmalar olduğu öğrenildi. Hastanın tarafımıza başvurudan yaklaşık 15 gün önce benzeri şikayetlerle Ankara'da yatışının olduğu, hastaya Bipolar Bozukluk manik epizod psikotik özellikli tanısının konulduğu, tedavi olarak risperidon 2 mg/gün tedavisinin başlandığı öğrenildi. Hastanın ailesinin Kars'ta oturması nedeni ile yatışının 10. gününde tedavi reddi ile taburculuğunun yapılmış olduğu, hastanın şikayetlerinde anlamlı bir gerileme olmaması nedeni ile kurumumuz acil servisine başvurduğu bilgisi edinildi. Yapılan ilk değerlendirilmede hastanın halsizlik, bitkinlik ve bulantı, kusma, karın ağrısı gibi gastrointestinal yakınmaları mevcuttu. Fizik muayenesinde sarılığı yoktu. Alkol, sigara, yasadışı madde ve bitkisel ürünler kullanma-

¹Dumlupınar Üniversitesi
Tıp Fakültesi, Evliya Çelebi Eğitim
ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri
Kliniği,
Kütahya, Türkiye
²Kahramanmaraş Göksun Devlet
Hastanesi,
Psikiyatri Kliniği,
Kahramanmaraş, Türkiye

Geliş Tarihi
14.12.2017

Kabul Tarihi
02.05.2018

Sorumlu Yazar
Nermin Gündüz

Dumlupınar Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Evliya Çelebi Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Psikiyatri Kliniği,
Kütahya, Türkiye

E-posta
ngunduz2798@hotmail.com

diği ve kan transfüzyonu almadığı bildirildi. Hastanın ayrıca ek herhangi bir ilaç kullanımı yoktu. Genel tıbbi duruma bağlı duygudurum bozukluğunun dışlanması amacı ile Tam Kan Sayımı, Karaciğer Fonksiyon Testleri (KCFT), Böbrek Fonksiyon Testleri, Tiroid Fonksiyon Testleri, beta HCG, vitamin B12 düzeyi istendi. Serum AST düzeyi 137 IU/L (normal<38 IU/L), ALT düzeyi 356 IU/L (normal<41 IU/L), GGT düzeyi 58 U/L (normal<61 U/L), LDH düzeyi 250 U/L (normal<222 U/L), Total Bilirubin 1,71 g/dl (normal<1,4 g/dl), Direkt Bilirubin 0,66 mg/dl (normal<0,5 mg/dl) ve İndirekt Bilirubin düzeyi 1,1 mg/dl (normal<1 mg/dl) idi. İstenen diğer parametreler normal saptandı. Hastadan dahiliye konsültasyonu istendi. Yapılan Tüm Batın Ultrasonografisinde biliyer kanal dilatasyonu, hepatomegali, asit ve splenomegali saptanmadı. Kranial Bilgisayarlı Tomografi görüntülemesi normal olarak değerlendirildi. Hastanın ilaç kullanımı öncesi hemogram ve KCFT değerlerinin normal sınırlarda olduğu görüldü. Hastada ilaca bağlı (risperidon 2 mg/gün) akut toksik hepatit düşünüldü. Hastadaki mevcut hepatik yan etki Naranjo skalasına göre 6 puan (kuvvetle muhtemel) olarak değerlendirildi⁹. Hastanın servisimize yatışı yapılarak risperidon 2 mg/gün tedavisi kesildi. Mevcut şikayetlerine yönelik haloperidol 10 mg amp 1x2 kas içi (Kİ), biperiden 5 mg/ml amp 1x1 Kİ; uyku ihtiyacında azalma şikayetine yönelik ise lorazepam 2,5 mg/gün başlandı. Hastanın yatışı sırasında elektif koşullarda istenen seroloji testleri ile viral hepatit (hepatit B, C, HIV, Epstein Barr Virus, Sitomegalovirus, Herpes Simpleks Virus) dışlandı. Yatışı sırasında KCFT sık aralıklı takibi yapıldı. Yatışının 3. gününde parenteral tedavi kesilip oral amisulpirid 200 mg/gün başlanıp takiplerde 400 mg/gün dozuna çıkıldı. Hastanın mevcut ruhsal şikayetlerinde ve KCFT yüksekliğinde gerileme (AST 55 IU/L, ALT 66 IU/L, Total Bilirubin 0,91g/dl, Direkt Bilirubin 0,76 mg/dl, İndirekt Bilirubin 1,35 mg/dl, GGT 30 U/L) olması üzerine hasta, babası refakatinde taburcu edildi. Hastanın halen ayaktan poliklinik takipleri devam etmektedir.

Tartışma

Biz bu vaka bildiriminde risperidon tedavisinin 15. gününde ortaya çıkan akut toksik hepatit vakasını sunduk. Literatürü incelediğimizde vakamıza benzer şekilde sunulmuş az sayıda vaka olduğunu gördük⁷⁻⁹. İBKH'nın tanısı ise anamnez, şüpheli ilacın karaciğer hasarına neden olma ihtimalinin göz önünde bulundurulması ve diğer hepatik hastalıkların dışlanmasıyla klinik olarak konur¹. Ayrıca hastanın ilaca maruziyeti öncesi değerler, klinik ve laboratuvar bulguları ve ilacın kesilmesi sonrasında gerileme olması gibi faktörlerle belirlenir¹¹. Sunduğumuz vakada risperidon tedavisi öncesi normal KCFT düzeyleri, risperidon tedavisiyle normal sınırların üstünde KCFT düzeyleri, risperidon tedavisinin kesilmesiyle hızlıca normale dönen KCFT düzeyleri olması ve karaciğer hasarına yola açabilecek diğer nedenlerin yokluğu nedeniyle risperidon tedavisi ve karaciğer hasarı arasında bu ilişkiyi kurduk. Vakanın risperidon tedavisi başlanması ve sonlandırılması sonrasındaki KCFT düzeyleri Çizelge 1'de sunuldu.

Çizelge 1. Hastanın izlem sırasındaki KCFT değerleri

Tarih	AST (IU/L)	ALT (IU/L)	Total Bilirubin (g/dl)	Direkt Bilirubin (mg/dl)	İndirekt Bilirubin (mg/dl)	GGT (U/L)
Normal Değer Aralığı	1-38	1-41	0-1,4	0-0,5	0,3-1	5-61
Tedavi Öncesi	30	21	0,28	0,10		50
1. gün	137 ↑	356 ↑	1,71 ↑	0,66 ↑	1,1 ↑	58 ↑
2. gün	80 ↑	245 ↑	1,5 ↑	0,49 (N)	1,01 ↑	47 (N)
7. gün	30 (N)	79 ↑	0,9 (N)	0,36 (N)	0,54 (N)	33 (N)
9. gün	24 (N)	53 ↑	1,39 ↑	0,51 ↑	0,88 (N)	31 (N)
17. gün	55 ↑	66 ↑	0,91 (N)	0,32 (N)	0,59 (N)	26 (N)
25. gün	26 (N)	61 ↑	2,11 ↑	0,76 ↑	1,35 ↑	30 (N)
40. gün	17 (N)	19 (N)	0,9 (N)	0,34 (N)	0,56 (N)	36 (N)

Karaciğer reaksiyonlarının çoğunluğu idiyosenkratik olup çoğunlukla ilaç alındıktan sonra 5-90 gün içinde ortaya çıkmaktadır¹. Bizim sunduğumuz vakada literatüre uyumlu şekilde risperidon 2 mg/gün tedavisinin 15. gününde ortaya çıkmıştır.

Hepatoselüler tipte İBKH'da serum ALP düzeyleri normal ya da minimal artmış olurken serum ALT düzeyi belirgin olarak yükselir¹. Vakamızda serum ALP düzeyi normal iken AST ve ALT düzeylerinde belirgin artış gözlenmiştir. Bu yönüyle hepatoselüler tipte İBKH'nı düşündürmektedir. Fizik muayenesinde ateş, döküntü olmaması ve tam kan sayımında eozinofili gözlenmemesi ise idiyosenkratik metabolik mekanizma ile oluşan karaciğer hasarını düşündürmektedir^{2,10}.

Risperidonun ve metaboliti 9 hidroksirisperidonun CYP2D6 genetik polimorfizmi nedeniyle plazma konsantrasyonları arasında bireyler arası farklılıklar olabilmektedir. Bireyler arası dozlardaki farklılıklar ilaç yan etkisiyle ilişkili olabilir. Ek olarak CYP2D6 genetik polimorfizmi ve plazma risperidon ve hidroksirisperidon düzeylerinin değerlendirilmesi yan etki potansiyelini azaltabilir^{5,12}.

Risperidonun kesilmesiyle vakanın mevcut şikayetlerini yatıştırmaya yönelik parenteral haloperidol tedavisi ve lorazepam tedavisi başlandı. Lorazepam hepatik glukuronidasyon ile biyotransformasyona uğrayan benzodiazepin grubu anksiyolitiklerdir. Glukuronidasyon süreci yaş ve karaciğer hastalıklarından minimal etkilenir¹³. Lorazepamı, karaciğer hastalıklarında kullanılabilmesi nedeniyle hastanın sedatize edilmesi ve uyku döngüsünün düzenlenmesi amacıyla tercih ettik. Hastanın şikayetleri yatıştıktan sonra haloperidol tedavisi kesilerek amisulpirid tedavisine başlandı. Amisulpirid karaciğerden birincil olarak metabolize olmayan tek atipik antipsikotiktir. Bu durum karaciğer fonksiyon bozukluklarında amisulpiridin tercih edilmesini sağlar¹⁴. Ayrıca amisulpiridin akut manide kullanımının faydalı olabileceği de bildirilmiştir¹⁵. Vakamızda amisulpirid tedavisiyle ayaktan takibi yapılan hastanın KCFT düzeyi normale indi. Hastanın psikiyatrik ve gastrointestinal yakınmaları geriledi.

Risperidon sıklıkla kullanılan bir atipik antipsikotiktir. Bu vaka KCFT'nin tedavi öncesinde ve tedaviye başlandıktan sonra belli aralıklarla yapılmasının önemini hatırlatması bakımından değerlidir. Ayrıca İBKH oluşması durumunda hızlı bir şekilde ilacın kesilmesi ve tedavide karaciğer hastalıklarında daha gü-

venli olan ilaç tedavilerinin (lorazepam, amisulpirid) tercihlerini göz önünde bulundurulması açısından faydalı olabilir.

Kaynaklar

- Hussaini SH, Farrington EA. Idiosyncratic drug-induced liver injury: An overview. *Expert Opin Drug Saf.* 2007; 6(6):673–684.
- Andrade RJ, Lucena MI, Fernández MC, et al. Drug-induced liver injury: an analysis of 461 incidences submitted to the Spanish registry over a 10-year period. *Gastroenterology.* 2005; 129(2):512–521.
- Dumortier G, Cabaret W, Stamatidis L, et al. Hepatic tolerance of atypical antipsychotic drugs. *Encephale.* 2002; 28(6 Pt 1):542–551.
- Janssen PA, Niemegeers CJ, Awouters F, et al. Pharmacology of risperidone (R64766), a new antipsychotic with serotonin-2 and dopamine-D2 antagonistic properties. *J Pharmacol Exp Ther.* 1988; 244(2):685–693.
- Fang J, Bourin M, Baker GB. Metabolism of risperidone to 9-hydroxyrisperidone by human cytochromes P450 2D6 and 3A4. *Naunyn Schmiedeberg's Arch Pharmacol.* 1999; 359(2):147–151.
- Mesotten F, Suy E, Pietquin M, et al. Therapeutic effect and safety of increasing doses of risperidone (R 64766) in psychotic patients. *Psychopharmacology (Berl).* 1989; 99(4):445–449.
- Kumra S, Herion D, Jacobsen LK, et al. Case study: risperidone-induced hepatotoxicity in pediatric patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997; 36(5):701–705.
- López-Torres E, Süveges Á, Peñas-Lledó EM, et al. Liver enzyme abnormalities during antipsychotic treatment: a case report of risperidone-associated hepatotoxicity. *Drug Metabol Drug Interact.* 2014; 29(2):123–126.
- Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, et al. A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clin Pharmacol Ther.* 1981; 30(2):239–245.
- Kaplowitz N. Idiosyncratic drug hepatotoxicity. *Nat Rev Drug Discov.* 2005; 4:489–499.
- Dienstag JL, Isselbacher KJ. Acute hepatitis. *Harrison's principles of internal medicine.* Isselbacher KJ, Braunwald E, Wilson JD (Ed), New York. McGraw-Hill, 1994; 1458–1477.
- Berez R, Dorado P, De La Rubia A, et al. The role of cytochrome P450 enzymes in the metabolism of risperidone and its clinical relevance for drug interactions. *Curr Drug Targets.* 2004; 5(6):573–579.
- Peppers MP. Benzodiazepines for alcohol withdrawal in the elderly and in patients with liver disease. *Pharmacotherapy.* 1996; 16(1):49–58.
- Coulouvrat C, Dondey-Nouvel L. Safety of amisulpride (Soliant): a review of 11 clinical studies. *Int Clin Psychopharmacol.* 1999; 14(4):209–218.
- Vieta E, Ros S, Goikolea JM, et al. An open-label study of amisulpride in the treatment of mania. *J Clin Psychiatry.* 2005; 66(5):575–578.

CASE REPORT

EDTA-DEPENDENT PSEUDOTHROMBOCYTOPENIA: CASE REPORT

EDTA'YA BAĞLI PSÖDOTROMBOSİTOPENİ: OLGU SUNUMU

¹Berrin Öztaş, ¹Yunus Gören, ¹Şebnem Çiğerli, ¹Erdinç Serin, ²Ertuğrul Altınbilek

ABSTRACT

EDTA-dependent pseudothrombocytopenia is the mismeasurement of the thrombocyte count in EDTA anticoagulated blood, due to aggregation of these cells. The situation may be mistaken with true thrombocytopenia and may lead to incorrect diagnosis and treatment, and to loss of power and time. The aim of this case report was to draw attention to EDTA-dependent pseudothrombocytopenia, which is one of the possible causes of thrombocytopenia. Case; isolated thrombocytopenia was detected in the EDTA blood sample sent to our laboratory, which had been obtained from a patient hospitalized with the diagnosis of epilepsy in the red area of the emergency medicine unit of our hospital. Another blood sample was collected into Na-citrate, in which the thrombocyte count was observed to be within the normal ranges. Furthermore, thrombocyte aggregations were observed in the peripheral blood smears prepared from the sample with EDTA, whereas no aggregation was observed from the sample with citrate.

Keywords: EDTA, peripheral blood smear, pseudothrombocytopenia, thrombocytopenia

ÖZ

EDTA'ya bağlı psödotrombositopeni; EDTA ile antikoagüle edilmiş kanda trombositlerin kümeleşmesi sonucu, normalden düşük olarak saptanması durumudur. Bu durum gerçek trombositopeni ile karışabilmekte, yanlış tanı ve tedavi uygulanmasına, gereksiz işgücü ve zaman kaybına neden olabilmektedir. Bu olgu trombositopeninin olası nedenlerinden biri olan EDTA'ya bağlı psödotrombositopeniye dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur. Olgu; hastanemiz acil tıp kırmızı alanında epilepsi tanısı ile yatan hastadan alınıp acil gözetimli hizmet laboratuvarımıza gönderilen EDTA'lı kan numunesinde izole trombosit düşüklüğü tesbit edilmiştir. Hastadan yeniden alınan Na-sitratlı numune trombosit sayısının referans değerler arasında olduğu tesbit edilmiştir. Ayrıca hem EDTA'lı hem de Na-sitratlı numuneden yapılan periferik yayma örneklerinde EDTA'lı numune trombosit kümeleri gözlenirken, Sitratlı numune gözlenmemiştir.

Anahtar sözcükler: EDTA, periferik yayma, psödotrombositopeni, trombositopeni

Introduction

Thrombocytopenia is a common condition. Its causes include increased thrombocyte (PLT) destruction (immune thrombocytopenia, hemolytic uremic syndrome, disseminated intravascular coagulation), hemodilution, increased sequestration (hypersplenism), reduced PLT production (leukemia, HIV, and reduced thrombopoietin production) and drug intake (valproic acid, methotrexate, pantoprazole)¹⁻⁴.

Pseudothrombocytopenia (PTP) on the other hand, is a clinically unimportant condition, which is the mismeasured thrombocyte count. PTP arises against anticoagulants such as citrate, or oxalate; however, the most common cause of pseudothrombocytopenia is the ethylenediaminetetraacetic acid-related type (EDTA-PTP)⁵.

It has been asserted that EDTA interacts with the glycoprotein IIb-IIIa molecule located on the thrombocyte membrane during calcium ion binding, and the glycoprotein IIb epitope is released^{6,7}, and thrombocyte aggregation is observed in individuals with autoantibodies against this epitope^{8,9}. Due to aggregated platelets large structures, thrombocytes may be recognized as other cells in automatized counting instruments, and thus, lower levels of these cells may be reported¹⁰.

Laboratory specialists are generally aware of the clinical situations of the patients, and clinicians should contact them in case of thrombocyte counts incompatible with the clinical condition. This case report was presented in order to attract the attention of the clinicians to EDTA-PTP count incompatible with the clinical condition of the patient.

Case Report

A 50-year-old male patient presented the emergency unit of our hospital due to a seizure and previous diagnosis of cerebrovascular event and epilepsy. The history of the patient included right middle cerebral artery infarction two and a half years ago and started to have seizures 6 months later. He had been prescribed acetylsalicylic acid (300mg 2x1), levetiracetam (1000mg 2x1), and sodium valproate (500mg CR 2x1). The patient had a generalized tonic-clonic seizure for approximately ten minutes and it was learned that he had not received his medication in the previous two days. The seizure did not continue. A blood sample of the patient was collected into a K2-EDTA tube and sent to the emergency unit laboratory. The sample was studied in Sysmex XE2100 (Sysmex Corporation, Kobe, Japan) instrument which revealed a platelet count of $33 \times 10^3/\mu\text{L}$, a hemoglobin level of 14.9 gr/dl, and a WBC count of $8.20 \times 10^3/\mu\text{L}$. The remaining biochemical parameters were within normal ranges. In order to evaluate whether that was an actual thrombocytopenia or a PTP, a blood sample was requested to be collected into a tube with Na citrate. In the blood sample collected into the Na citrate tube, the thrombocyte count was found to be $156 \times 10^3/\mu\text{L}$. Additionally, peripheral blood smears were carried out from the blood samples collected both into EDTA and Na citrate tubes. In the peripheral blood smear obtained from the sample with EDTA, thrombocyte aggregations were observed in many areas, which was significant in peripheral areas (Image-1).

¹ Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, Department of Medical Biochemistry, İstanbul, Turkey

² Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, Emergency Medicine, İstanbul, Turkey

Received
25.01.2018

Accepted
19.03.2018

Corresponding Author
Berrin Öztaş

^{1*} Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital, Department of Medical Biochemistry, İstanbul, Turkey

E-mail
berrinoztas@gmail.com

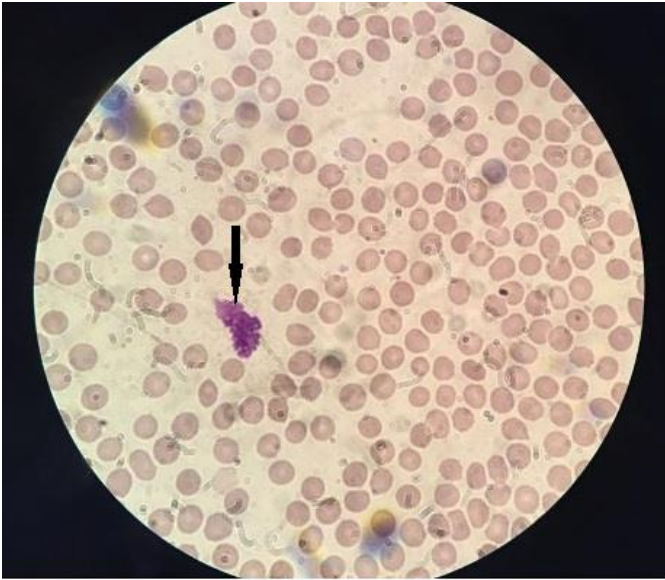


Image 1: Aggregated thrombocytes in EDTA sample, (Count: <100 at x100 magnification, light microscope).

No thrombocyte aggregation was observed in the smear obtained from the sample with Na citrate (Image-2). The situation was concluded to be EDTA-dependent PTP for the patient

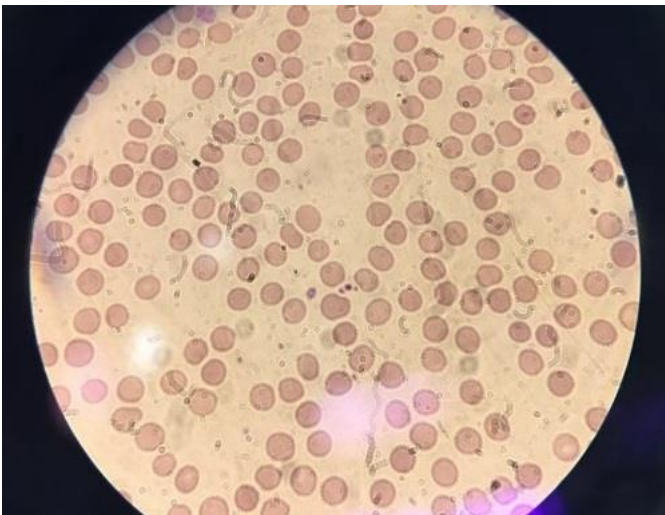


Image 2: Peripheral blood smear of Na-citrated sample, single thrombocyte (Count:<100 at x100 magnification, light microscope).

Discussion

The EDTA-PTP prevalence among hospitalized patients is estimated to be 0.1% or 0.2%¹¹. EDTA-dependent pseudothrombocytopenia is an *in-vitro* phenomenon characterized by the false low count of platelets in EDTA anticoagulated blood measured by automatic analyzers, due to the anti-platelet auto-antibodies that lead to thrombocyte aggregation¹². These anti-platelet auto-antibodies that are formed against glycoprotein IIb epitope localized in thrombocyte membrane, belong to the IgG, IgM or IgA class immunoglobulins. These antibodies are transient or permanent autoantibodies that are formed secondary to drug use or infections. Drug-related PTP cases have been reported in the literature^{13,14}. In 2003, Yoshikawa reported a case of valproic acid-induced EDTA-PTP, who had used valproic acid for treatment of epilepsy¹⁴. In this case, the analysis of the blood

sample collected into the EDTA tube revealed a platelet count of $5 \times 10^3/\mu\text{L}$, which was $7 \times 10^3/\mu\text{L}$, in the subsequent measurement, and the sample anticoagulated with heparin revealed a platelet count of $234 \times 10^3/\mu\text{L}$. Valproic acid may lead to hematopoietic toxicity and frequently affects thrombocytes. Its effect on thrombocytes may be thrombocytopenia, thrombocyte dysfunction or bone marrow suppression. The authors of the same study have reported that autoimmune thrombocytolysis may be due to the molecular configuration of valproic acid that mimics the fatty acids on the thrombocyte membrane and to the presence of anti-platelet antibodies. The pathophysiology of valproic acid-induced EDTA-dependent PTP has not been clearly understood yet; however, it has been related to the structure of valproic acid¹⁴. History of medication with valproic acid is present in the case we presented as well. However, drug interaction is not the only cause of EDTA-PTP. Thus, other possibilities should be considered as well, and further studies should be conducted.

Different methods may detect PTP. These include use of anticoagulants other than EDTA such as Na citrate, heparin or oxalate, and examination of the sample anticoagulated with EDTA brought to 37°C, blood samples with added kanamycin and peripheral blood smears¹⁵. In our study, we used Na citrated samples in order to detect the presence of any EDTA-PTP. Furthermore, we investigated the peripheral blood smears of both EDTA and Sodium citrated samples. Different anticoagulants may be used instead of Na citrate. However, anticoagulants such as citrate, oxalate, acid-citrate dextrose and heparin may lead to PTP as well. The possible mechanism in the method of bringing the EDTA-anticoagulated sample to 37°C has been suggested as the inhibition of thrombocyte aggregation by unbinding of the glycoprotein IIb/IIIa complex at 37°C. However, aggregation may continue in some cases observed by this method as well, with unknown reasons¹⁵.

In conclusion, although EDTA-PTP is not meaningful clinically, the misdiagnosis may lead to further examination requests, unnecessary loss of power and high cost. Therefore, we would like to emphasize that in all situations of incompatible clinical and laboratory findings, clinicians should contact the laboratory specialist, which would be beneficial for the patient, the clinician and the laboratory specialist.

References

- Hillman RS, Ault KA, Rinder HM. Thrombocytopenia In: Hematology in clinical practice. 4th ed. New York: McGraw-Hill, 2005; 339–56.
- Warkentin TE, Kelton JG. Thrombocytopenia. In: Irwin RS, Cerra FB, Rippe JM, eds. Irwin and Rippe's Intensive Care Medicine, 4(2), Philadelphia: Lippincott-Raven, 1999; 1338–49.
- Scaradavou A. HIV-related thrombocytopenia. *Blood Rev.* 2002; 16:73–6.
- Watson TD, Stark JE, Vesta KS. Pantoprazole-induced thrombocytopenia. *Ann Pharmacother.* 2006; 40:758–61.
- Ozcelik F, Arslan E, Serdar MA, et al. A useful method for the detection of ethylenediaminetetraacetic acid and cold agglutinin-dependent pseudothrombocytopenia. *Am J Med Sci.* 2012; 344(5):357–62.
- Said SM, Hahn J, Schleyer E, et al. Glycoprotein IIb/IIIa inhibitor-induced thrombocytopenia: diagnosis and treatment. *Clin Res Cardiol.* 2007; 96(2):61–9.
- Van der Meer W, Allebes W, Simon A, et al. Pseudothrombocytopenia: a report of a new method to count platelets in a patient with EDTA- and temperature-independent antibodies of the IgM type. *Eur J Haematol.* 2002; 69(4):243–7.
- Casonato A, Bertomoro A, Pontara E, et al. EDTA dependent pseudothrombocytopenia caused by antibodies against the cytoadhesive receptor of platelet gpIIb/IIIa. *J Clin Pathol.* 1994; 47(7):625–30.
- Fiorin F, Steffan A, Pradella P, et al. IgG platelet antibodies in EDTA-dependent pseudothrombocytopenia bind to platelet membrane glycoprotein IIb. *Am J Clin Pathol.* 1998; 110(2):178–83.
- Zandecki M, Genevieve F, Gerard J, et al. Spurious counts and spurious results on haematology analysers: a review. Part I: Platelets. *Int J Lab Hematol.* 2007; 29(1):4–20.
- Fang C, Chien Y, Yang L, et al. EDTA dependent pseudothrombocytopenia. *Formos J Surg.* 2015; 48(3):107–109.
- Shreiner DP, Bell WR. Pseudothrombocytopenia: manifestation of a new type of platelet agglutinin. *Blood.* 1973; 42:541–9.

13. Girmann G, Pees H, Shuerlen PG. Pseudothrombocytopenia and mexiletine. *Ann Intern Med.* 1984; 100:767.
14. Yoshikawa H. EDTA-dependent pseudothrombocytopenia induced by valproic acid. *Neurology.* 2003;61(4):579-80.
15. Ozelik F, Oztosun M, Gülsün M, et al. İdiopatik trombositopenik purpura ön tanılı bir olguda EDTA'ya bağlı psödotrombositopeni. *TJB.* 2012; 37(3):336-339.

MAKALE YAZIM KURALLARI

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, sağlık bilimleri alanındaki çalışmalara yer verir ve sadece çevrimiçi (online) olarak Ocak, Mayıs ve Eylül aylarında yılda 3 kez yayınlanır. Derginin yayın dili Türkçe veya İngilizce'dir. Sağlık bilimleri ile ilgili olabilecek özgün araştırma, derleme, olgu sunumu ve editöre mektup dergimizde yayınlanmaktadır.

A. Genel Bilgiler

Dergiye gönderilen makalelerin daha önce başka bir yerde yayınlanmamış ya da yayın için kabul edilmemiş olması, bilimsel ve etik kurallara uygun olması gereklidir. Yazarlar, makalelerin bilimsel ve etik kurallara uygunluğundan sorumludur (<http://www.icmje.org/about-icmje/faqs/conflict-of-interest-disclosure-forms/>).

Dergide çıkan yazıların tüm hakkı dergiye aittir. Yazılar için yazarlara telif hakkı ödenmez. Makaleye ek olarak yukarıdaki şartları kaşif taramalarına dayalı yazılarda Anabilim Dalı (Bilim Dalı) Başkanlığı, Başhekimlik veya Servis Şefliği tarafından arşivde çalışılmasına izin verdiğine dair bir belgenin çalışmaya eklenmesi zorunludur. Prospektif klinik çalışmalar için resmi gazetenin 29.01.1993 tarih ve 21480 sayılı nüshasında yayımlanan yönetmeliğe uygun bir şekilde Etik Kurulu onayı alınmalıdır. Dergide yer alan makalelerin etik sorumluluğu yazarlarına aittir.

Dergiye gönderilen makalelerden hakeme gönderilmesi uygun görülen makaleler konunun uzmanı olan en az iki hakem tarafından değerlendirilir. Hakemlerden birinin olumsuz, diğerinin olumlu görüş bildirmesi durumunda makale üçüncü hakeme gönderilir. Makalenin yayımlanabilmesi için iki hakemin de olumlu görüş bildirmesi gerekmektedir. Değişikliğe gerek görüldüğü takdirde, istenilen değişiklikler yazarlarca **15 gün içerisinde** yapıldıktan sonra yayın tekrar incelemeye alınır, yazım ve dil bilgisi hataları makalenin içeriğine dokunulmaksızın yayın kurulu tarafından düzeltilir.

Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel insan ve hayvanlar üzerindeki çalışmalar için etik kurul onayı alınmış olmalı, bu onay makalede "Etik Kurul Onay Numarası" ile belirtilmelidir ve belgelendirilmelidir.

Derleme yazılarında, tüm yazarların derleme konusu ile ilgili en az bir SCI/SCI-expanded indekse giren yayınının bulunması gerekmektedir.

Makale gönderimi çevrimiçi olarak <http://dergipark.gov.tr/kusbed> adresine Microsoft Word dosyası olarak eklenmelidir. Öz, ana metin ve kaynaklar (çizelgeler dahil) 12 yazı boyutunda Times New Roman ve satır aralığı 1,5 olacak şekilde gönderilmelidir. Makalelerin değerlendirilmeye alınabilmesi için, başvuru esnasında 'Telif Hakkı devir formu' doldurulmalıdır. Bu formu içermeyen yazılar değerlendirmeye alınmaz.

Dergi İntihal İlkesi

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi'nde iThenticate (Akademik intihal engelleme programı) kullanılmaktadır. Dergimize makale göndermeden önce uygun intihal yazılım programlarıyla (iThenticate, Turnitin: Tezler için vb.) makalenizdeki benzerlik durumunu belirlemeniz tavsiye olunur. Bu itibarla, dergimize gönderilen makaleler/derlemeler ön değerlendirme sürecinde; iThenticate yazılımı yardımıyla benzerlik oranları belirlenmekte, bu oranın dergimiz için % 30'un altında olması Editörler Kurulumuz tarafından kabul görmektedir. Belirlenen bu oranının üzerinde olan makaleler/derlemeler yazar(lar)a iade edilir.

B. Yazım Kuralları

Metin içi ve metin sonu kaynak gösterimi için, **AMA (Amerikan Tıp Birliği/American Medical Association)** stili kullanılmalıdır (<http://library.nymc.edu/informatics/amastyle.cfm>).

Dergide **kör hakemlik** uygulaması söz konusu olduğundan makale ana metin üstünde yazarlara ilişkin herhangi bir bilgi bulunmamalıdır.

Tüm makale yazarlarının, ORCID (Open Researcher and Contributor ID) numaraları başlık sayfasına eklenmelidir.

B. 1. Başlık Sayfası

Yazılar başlık sayfasından başlanarak numaralandırılmalı, sayfa numaraları sağ alt köşeye yazılmalıdır.

Başlık sayfasında; yazının başlığı (Türkçe ve İngilizce), başlık altında tüm yazarların ad ve soyadları, kurumları yer almalıdır. Sorumlu yazarın adı ve soyadı, telefon numarası, e-posta ve yazışma adresleri bulunmalıdır.

B. 2. Öz Sayfası

Öz (Abstract), Türkçe ve İngilizce olarak en fazla 300 sözcük olacak şekilde; ‘Amaç (Objective)’, ‘Yöntem (Methods)’, ‘Bulgular (Results)’ ve ‘Sonuç (Conclusion)’ bölümlerinden oluşmalıdır.

Derleme ve olgu sunumunda öz sayfası bölümlere ayrılmadan yazılmalıdır.

Özün altına anahtar sözcükler (en az 3, en fazla 6) verilmelidir. Anahtar sözcükler Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. İngilizce anahtar sözcükler Index Medicus’da “Medical Subjects Headings” listesine uygun olmalıdır (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar sözcükler Türkiye Bilim Terimleri’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).

B. 3. Ana Metin

B. 3. 1. Özgün Araştırma

Sırasıyla ‘Giriş’, ‘Yöntem’, ‘Bulgular’ ve ‘Tartışma’ bölümlerinden oluşmalıdır. Tartışma kısmının son paragrafında çalışmanın sonuçları ifade edilebilir, ek bir başlık açılmasına gerek yoktur.

En çok 15 sayfa (öz, teşekkür ve kaynaklar hariç) olmalıdır.

B. 3. 2. Derleme

En çok 20 sayfa (öz ve kaynaklar hariç) olmalıdır.

B. 3. 3. Olgu Sunumu

En çok 10 sayfa (öz, teşekkür ve kaynaklar hariç) olmalıdır.

-Olgu sunumlarında ise sırasıyla giriş, olgu sunumu ve tartışma bölümlerini içermelidir.

B. 3. 4. Editöre Mektup

En çok 5 sayfa (öz ve kaynaklar hariç) olmalıdır.

Çizim ve çizelge içermez.

Bir makaleye ithaf olarak yazılmış ise sayı ve tarih verilerek belirtilmeli ve metnin sonunda yazarın ismi, kurumu ve adresi bulunmalıdır.

B. 4. Çizim ve Çizelgeler

Metin içerisinde kullanılan fotoğraf, grafik, şekil, resim gibi görsel sunum araçları ‘**Çizim**’ olarak tanımlanır. ‘**Çizelge**’ ise sınıflandırılmış verilerin yer aldığı görsel sunum araçlarıdır.

Çizelgeler kaynaklardan sonra başlıklarıyla birlikte verilmelidir.

Çizelgeler, başlığın alt ve üstünde, ayrıca alt satırın altında yatay kenarlık ve sol sütunun sağ dikey kenarlığı olacak şekilde düzenlenmelidir.

Çizim ve çizelgeler, numaraları ile metin içinde geçtiği yerlerde ilgili cümlelerin sonunda ayraç içinde belirtilmeli; sırayla numaralandırılmalıdır.

Örnek çizelge:

Çizelge 1. Araştırmaya katılanların ilk başvurularını birinci basamakta çalışan hekime yapmama nedenleri.

Başvurmama Nedeni	*n	%
Sadece psikiyatri uzmanı ruh sağlığı hizmeti sunabilir	47	53,4
Birinci basamakta çalışan hekimin bu hizmeti sunduğunu bilmemem	17	19,3
Ebeveyn kararıydı	12	13,6
Birinci basamakta çalışan hekime güveniyorum ancak tercih etmedim	12	13,6

*Toplam hasta sayısı.

Çizimler, metne dahil edilmemeli ve sistem üzerinden “Görseller” başlığı seçilerek yüklenmelidir. Görseller; JPG, GIFF, PNG veya TIFF formatında gönderilmelidir.

Metine ek olarak sisteme yüklenen tüm çizim başlıkları, “Çizim Başlığı” altında, kaynaklardan sonra listelenmelidir.

Kullanılan kısaltmalar çizim ve çizelgelerin altındaki açıklamada 10 yazı boyutunda belirtilmelidir.

Ondalıklı sayıların belirtilmesinde Türkçe metinlerde virgül işareti, İngilizce metinlerde nokta işareti kullanılmalıdır. Yüzde ile belirtilen sayılarda Türkçe metinlerde sayı önünde, İngilizce metinlerde ise sayı arkasında % işareti kullanılmalıdır.

B. 5. Açıklamalar

Çalışmada teşekkür, daha önce sunulduğu kongre, çıkar çatışması olmadığı, maddi destek, bağış ya da teknik yardım gibi konular metnin sonunda belirtilmelidir.

Araştırma desteği (Üniversite Bilimsel Araştırma projeleri , TÜBİTAK projeleri ve benzeri kurumlardan) alınmışsa, proje numarası belirtilmelidir.

C. Kaynak Gösterimi

Dergimiz, kaynak yazımında atıf düzenleme programlarının kullanımını tavsiye etmektedir (EndNote, Mendeley vb.).

C. 1. Metin İçinde;

Kaynaklar, metinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır ve kaynak numaraları üst simge olarak verilmelidir. Örneğin, "... belirtilmektedir⁸". Daha önce kullanılmış kaynak aynı numara ile yazılmalıdır. Birden fazla kaynak var ise aralarına virgül konularak ayrılmalıdır. Örneğin, ... bildirilmektedir^{8,13,18}. Birbirlerini izleyen makalelerde, ilk ve son numara "-" ile ayrılarak gösterilmelidir. Örneğin, ... bildirilmektedir^{3,13-16}.

C. 2. 'Kaynaklar' Başlığı Altında;

Kaynaklar ayrı bir liste olarak metin içindeki sıralamalarına göre numaralandırılarak verilmelidir. Kaynak sayısı özgün araştırmalarda en çok 60, olgu sunumlarında en çok 20, editöre mektuplarda ise en çok 5 olmalıdır.

Kaynaktaki yazar sayısı 3 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli; 3'den fazla ise, Türkçe kaynak gösteriminde sadece ilk 3 isim yazılmalı "ve diğ." şeklinde, İngilizce kaynak gösteriminde ise ilk 3 isim yazılmalı ve "et al." şeklinde gösterilmelidir.

Diabetes mellitus is associated with a high risk of foot ulcers¹⁻³.

Several interventions have been successful at increasing compliance^{11,14-16}.

The data of Smith et al¹⁸ is further evidence of this effect.

As reported previously,^{1,3-6}

The results were as follows⁴:

Kişisel deneyimler ve basılmamış yayınlar kaynak olarak gösterilemez. Çevrim içi yayınlar için DOI (digital object identifier) numarası verilmelidir.

Örnek:

1. Gage BF, Fihn SD, White RH. Management and dosing of warfarin therapy. *The American Journal of Medicine*. 2000;109(6):481-488. doi:10.1016/S0002-9343(00)00545-3.

Kaynak listesindeki bir makale yazar soyadı, yazarın adının ilk harfi, kaynak makalenin adı, dergi adı, yayın yılı, cilt ve sayı numarası ve sayfa numarası yazılmalıdır. Dergi adları Index Medicus kısaltmalarıyla ya da dizinlere girmiyorsa tam adıyla italik olarak yazılmalıdır.

Örnek:

1. Debes-Marun CS, Dewald GW, Bryant S, et al. Chromosome abnormalities clustering and its implications for pathogenesis and prognosis in myeloma. *Leukemia*. 2003; 17:427-436.

2. Ozcelik F, Oztosun M, Gülsün M, ve diğ. İdiopatik trombositopenik purpura ön tanılı bir olguda EDTA'ya bağlı psödötrombositopeni. *Turk J Biochem*. 2012; 37(3):336-339.

Örnek:

1. Keçeli S, Dündar D, Sönmez TG. Anti-candidal activity of clinical *Pseudomonas aeruginosa* strains and *in vitro* inhibition of *Candida* biofilm formation. *Mikrobiyol Bul*. 2012; 46(1):39-46.

Bir derginin ek sayısı (Supplement) kaynak gösterileceği zaman; İngilizce makalelerde (Suppl.) ve Türkçe makalelerde ise (ES) şeklinde gösterilmelidir.

Çevrimiçi makale ise tam yayın tarihi kullanılır. Genellikle cilt ve dergi sayıları, sayfa numaraları yoktur. Makaleye doğrudan ulaşım adresi ve indirilen tarih verilmelidir.

Örnek:

5. Frederickson BL (2000, Mart 7). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. Prevention & Treatment 3, Makale 0001a. 20 Kasım 2000'de <http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre003000-1a.html> adresinden indirildi.

Kitabın kaynak gösterimi ise yazarların adı, kitabın adı, birden çok basımı varsa kaçınıcı basım olduğu, basımevi, basım yeri, basım tarihi belirtilmelidir

Örnek:

2. Strunk W Jr., White EB. The Elements of Style (4. baskı). Longman, New York, 2000.

Kaynak çok yazarlı bir kitabın bölümü ya da bir makalesi ise bölümün ya da makalenin yazarı, bölümün ya da makalenin adı, kitabın adı, kaçınıcı baskı olduğu, cildi, kitabın yayın yönetmenleri, basım yeri, sayfaları, tarih yazılmalıdır.

Örnek:

3. Meltzer HY, Lowy MT. Neuroendocrin function in psychiatric disorders. American Handbook of Psychiatry, 2. Baskı, cilt 8, PA Berger, HKH Brodie (Ed), New York. Basic Books Inc, 1986; s. 110-117.

Çeviri kitaplar aşağıdaki şekilde kaynak olarak gösterilmelidir.

Örnek:

4. Liberman RP. Yetiyitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC. 2008. Çev. Mustafa Yıldız, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011.

Kaynak çevrimiçi (internette yer alıyor) ise erişim tarihi ile birlikte yazılmalıdır.

SÜREÇ YÖNETİMİ

A. Çift-Kör Hakemlik

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (KOU Sag Bil Derg.), yılda 3 kez yayınlanan ve çift-kör hakemlik sürecinden geçen bilimsel makalelerin yayınlandığı ulusal/uluslararası ve hakemli bir akademik dergidir.

Yayınların incelenmesi için çalışmaların içeriğine ve hakemlerin uzmanlık alanlarına göre en az iki hakem, makale alan editörü/leri tarafından atanır. Bu süreçte hakem değerlendirme raporları elektronik ortamda isimsiz olarak gönderilir. Değerlendirmeyi yapan hakemlerin isimleri çift-kör yöntemi gereği raporlarda ve dergide belirtilmemektedir. Talep edilmesi halinde, hakem olarak dergiye katkı sağladığına ilişkin yazılı bir belge hakemlere verilebilir.

Yazarlar, hakemlerle doğrudan iletişime geçemez, değerlendirme ve hakem raporları dergi yönetim sistemi aracılığıyla iletilir. Bu süreçte değerlendirme formları ve hakem raporları editör aracılığıyla sorumlu yazara iletilir.

B. Karar Alma Süreçleri

Yayınlanmak üzere gönderilen tüm çalışmalar, değerlendirme için alanlarında uzman en az iki hakeme gönderilir. İnceleme sürecinin tamamlanmasının ardından editör, söz konusu çalışmanın doğruluğu, araştırmacı ve okuyucular için önemi, hakem raporları, telif hakkı ihlali ve intihal gibi yasal düzenlemeleri de göz önünde bulundurarak hangi çalışmaların yayınlanacağına karar verir. Editör, bu kararı verirken diğer editörlerden veya hakemlerden de tavsiyeler alabilir.

C. İvedilik

Hakem değerlendirmesi yapmak üzere davet alan bir hakem, ilgili çalışma için hakemlik yapmayı yapamayacağını yedi gün içinde editöre bildirmelidir. Kabul edilen hakemlik değerlendirme süreci onbeş, sorumlu yazara bildirilen değişikliklerin tamamlanması için, yazarlara verilen süre ortalama onbeş gündür. Sorumlu yazara son okuma için gönderilen metnin değerlendirme süresi ise üç gündür.

D. Gizlilik

Değerlendirme için hakemlere gönderilen çalışmalar gizli belge olarak tutulmalıdır. Çalışmalar başkalarına gösterilmemeli, içerikleri tartışılmamalıdır. Gerekli durumlarda editörün izni dahilinde hakemler başka meslektaşlarından tavsiye isteyebilirler. Editör, bu izni ancak istisnai bir koşul olması durumunda verebilir. Gizlilik kuralı, hakemlik yapmayı reddeden kişileri de kapsamaktadır.

E. Tarafsızlık İlkesi

Değerlendirme sürecinde yazarlara yönelik kişisel eleştiri yapılmamalıdır. Değerlendirmeler, nesnel ve çalışmaların geliştirilmesine katkı sağlayacak şekilde olmalıdır.

F. Kaynak Belirtme

Hakemler, çalışmada atıf olarak belirtilmeyen alıntılar varsa bunları yazarlara bildirmekle yükümlüdür. Hakemler, alanda atıfta bulunulmayan eserlere ya da benzer eserlerle çakışan alıntılara özellikle dikkat etmelidir. Hakemler, daha önce yayınlanmış herhangi bir çalışma ya da bilgiyle benzerliği olan yayınların farkedilmesi durumunda editörleri bilgilendirmelidir.

G. Bilgilendirme ve Çıkar Çatışması

Hakemler, çalışmasını değerlendirmekle görevlendirildikleri herhangi bir yazar, şirket ya da kurumla işbirliğine dayalı herhangi bir bağlantıları olması durumunda değerlendirme yapmayı kabul etmemeli ve durumdan editörü haberdar etmelidir.

Hakemler, değerlendirme için gönderilmiş, yayınlanmamış eserleri ya da eserlerin bölümlerini yazar(lar)ının yazılı onayı olmadan kendi çalışmalarında kullanamaz. Değerlendirme sırasında elde edilen bilgi ve fikirler hakemler tarafından gizli tutulmalı ve kendi çıkarları için kullanılmamalıdır. Bu kurallar, hakemlik görevini kabul etmeyen kişileri de kapsamaktadır.