



Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

Original Research

Awareness of Pregnants About the Harms of Smoking to
Baby- Multi-centered Primary Care Research

Marital Satisfaction of Couples with Behcet and
Familial Mediterranean Fever

What Women Think About Their Spouses' Participation
to The Arrangement of Fertility?

The Effect of Autonomic Neural Control on the Cardiovascular
System in Patients with Depression

Examination of the Relationship Among Depressive Symptom,
Loneliness and Eating Attitudes in University Students
with Sociodemographic Characteristics

Prevalence and risk factors for voice problems in imams

A tobacco use survey among university students focusing on waterpipe
use and relationship between first-tried tobacco product and becoming
an established smoker

Evaluation of The Group Visits Method Used in Obesity Management

Global Tobacco Epidemic and Tobacco Control

Review

"Tactics" of the Food Industry and Preventive Approach in
Public Health Perspective

Electronic Nicotine Delivery Systems-Electronic Cigarettes:
A New Challenge for Public Health

Case Report

Four Patients With Different Characteristics in Smoking
and Cessation-Case Series

TJFM&PC
Volume 12
No 4
December
2018

The Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) is published online 4 times a year; March, June, September and December. The peer-reviewed journal's chief objective is to provide high-quality continuing medical education for family physicians and other primary care professionals.

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) dergisi yılda 4 kez(Mart, Haziran, Eylül ve Aralık) sadece online olarak 2007 yılından bu yana yayınlanmaktadır. Hakemli derginin ana amacı aile hekimleri ve diğer birinci basamakta görev alan meslek grupları için iyi kalitede sürekli mesleki gelişimi sağlamaktır.

Electronic Journal (e-ISSN: 1307-2048)

Contact us:

Nafiz Bozdemir
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
01330, Balcalı- Sarıçam- Adana
Türkiye

E mail:

tjfmpe@gmail.com
tjfmpe@cu.edu.tr

Tel: 90-322-3386060-3087

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care

Editor in Chief

Nafiz Bozdemir, Çukurova University, Turkey

Associate Editors in Chief

Sevgi Özcan (Çukurova University, Turkey)
Hatice Kurdak (Çukurova University, Turkey)

Editors

Dilek Güldal (Dokuz Eylül University, Turkey)
M. Mümtaz Mazıcıoğlu (Erciyes University, Turkey)
Erkan Melih Şahin (Onsekizmart University, Turkey)
Recep Erol Sezer (Yeditepe University, Turkey)
Ümit Aydoğan (Sağlık Bilimleri University, Turkey)
Rıza Çıtlı (Gaziosmanpaşa University, Turkey)
Nil Tekin (Narlıdere Huzur Evi, Turkey)
Tamer Edirne (Pamukkale University, Turkey)
Derya İren Akbıyık (Sağlık Bilimleri University, Turkey)

International Editors

Lewis D. Ritchie (Aberdeen University, UK)
Michael Weingarten (Bar-Ilan University, ISR)
Donald B. Middleton (University of Pittsburgh, USA)
Valius Leonas (Kaunas University, Lithuania)
Mehmet Urgan (WONCA Europe, President elect)
Radost Assenova (University of Plovdiv, Bulgaria)
Shlomo Vinker (Tel Aviv University, ISR)

Statistics Editors

Refik Burgut (Maltepe University, Turkey)
Cahit Özer (Mustafa Kemal University, Turkey)
İlker Ünal (Çukurova University, Turkey)
Yaşar Sertdemir (Çukurova University, Turkey)

Language Editors

English Language:

Hatice Çubukcu (Çukurova University, Turkey)
Tolga Günvar (Dokuz Eylül University, Turkey)
Özden Gökdemir (İzmir Ekonomi University, Turkey)

Turkish Language:

Hatice Kurdak (Çukurova University, Turkey)
Yusuf Ziya Halefoğlu (Çukurova University, Turkey)
Berrin Telatar (İstanbul Bilim University, Turkey)
Çiğdem Gereklioğlu (Başkent University, Turkey)
Gülçilem Güneş (Çukurova University, Turkey)

Typesetting Editors

Sevgi Özcan (Çukurova University, Turkey)
Aslı Korur (Başkent University, Turkey)
İsmail Ekiz (Ministry of Health, Giresun, Turkey)
Ömer Günnar (Ministry of Health, Ardahan, Turkey)
Zeliha Yelda Özer (Ministry of Health, Adana, Turkey)

Web Editors

Web Application:

Yücel Uysal (Mersin University, Turkey)
Bora Gönen (DNA Arge Engineering, Turkey)
Onur Sürmegözlüer (Ministry of Health, Niğde, Turkey)
Umutcan Yıldırım (Çukurova University, Turkey)

Graphic Design:

Mustafa Çelik (Ministry of Health, Ankara, Turkey)
Ömer Tuğrul Çelik (TOBB Eco. And Tech. University, Turkey)

Editorial Board

Ahmet Barış Güzel

Ahmet Muhtar Şengül

Ali Batuş

Ali Deniz

Ali Rıza Şişman

Aliye Mavili

Altan Eşşizoğlu

Anıl Tombak

Arzu Uzuner

Aydan Gülsüm Genç

Ayfer Gemalmaz

Aysun Ardiç

Ayşe Semra Demir Akca

Ayşegül Yolga Tahiroğlu

Bektaş Murat Yalçın

Berrin Telatar

Bilgin Yüksel

Birol Güvenç

Cahit Özer

Cem Doğan

Cevriye Cansız Ersöz

Cihangir Özcan

Deniz Tanyer

Deniz Tuncel

Deniz Koçoğlu

Derya İren Akbıyık

Dilek Çingil

Dilek Toprak

Ediz Yeşilkaya

Elif Gökçearsan

Emre Benlidayı

Ercüment Erbay

Erkan Melih Şahin

Ertan Mert

Esat Veli Karakoç

Esra Çalık Var

Fatma Göksin Cihan

Fevziye Çetinkaya

Fevziye Toros

Figen Turan

Fikret Bademkiran

Fusun Ersoy

Gamze Özçürümez Bilgili

Gonca Karataş Karakuş

Gonca Polat

Gökhan Tümgör

Gülay Yılmazel

Gülbin Gökçay

Gülcan Arusoğlu

Güzel Dişçigil

Hacer Bozdemir

Hacer Yapıcıoğlu

Hakan Kaleağası

Hakan Özdoğu

Hasan Basri Üstünbaş

Hatice Kurdak

Hikmet Pekcan

Hülya Akan

Hülya Çakmur
Hüseyin Avni Şahin
Hüseyin Per
İbrahim Başhan
İbrahim Öztur
İlhami Ünlüoğlu
İlker Ünal
İrfan Yurdabakan
İshak Aydemir
Kadir Özdel
Kürşad Akadlı Özşahin
M. Mümtaz Mazıcıoğlu
Mehmet Karakaş
Mehmet Sargın
Mehmet Uğurlu
Mehmet Ungan
Mehtap Evran
Mehtap Kartal
Melahat Demirbilek
Mete Korkut Gülmen
Mikail Özdemir
Mustafa Çelik
Mustafa Erol
Mustafa Fevzi Dikici
Nafiz Bozdemir
Naim Nur
Nazan Bilgel
Nazan Karaoğlu
Neşe Akın
Nezih Dağdeviren
Nihal Zekiye Erdem
Nil Tekin

Nilgün Özçakar
Nurcan Yabancı
Nurettin Oğuz
Nurşen Düzgün
Nurver Turfaner Sipahioğlu
Oğuz Tekin
Okay Başak
Orçun Yalav
Orhan Murat Koçak
Özge Tuncer
Özüm Erkin
Pemra C. Ünal
Ramazan Akçan
Recep Erol Sezer
Refik Burgut
Rengin Güzel
Rıza Çıtlı
Ruhuşen Kutlu
Rukuye Aylaz
Seçil Günher Arıca
Sedat Kuleci
Sedef Kuran
Selahattin Gelbal
Selçuk Mıstık
Selim Kadioğlu
Selma Çivi
Semra Saruç
Serap Daşbaş
Serdar Gürel
Serdar Öztora
Serkan Kumbasar
Serpil Aydın Demirağ

Seval Akgün
Sevgi Özcan
Seza Ayşe İnal
Süheyl Asma
Süleyman Görpelioğlu
Süleyman Özdemir
Şebnem Bıçakçı
Şule Gökyıldız
Tacettin İnandı
Tamer Edirne
Tamer Tetiker
Taşkiner Ketenci
Tolga Günvar
Tunay Sarpel
Tunç Ozan
Turan Set
Ümit Aydoğan
Veli Duyan
Vildan Mevsim
Volkan İzol
Yasemin Çayır
Yasemin Korkut
Yavuz Selim Yıldırım
Yeltekin Demirel
Yener Aydın
Yeşim Uncu
Yiğit Akın
Yusuf Karataş
Yüksel Ersoy
Yüksel Ufuktepe
Zeynep Tuzcular Vural
Zuhal Sağlam

International Editorial Board

Afshin Peyrovani, Iran
Alireza Abdollah Shamshirsaz, USA
Arthanari Ganesan, India
Boonchu Pattama, Tayland
Deepak Chopra, India
Ebiringa Blaise Anyanwu, Nigeria
Han Xu, China
Inam Danish Khan, India
Mahsa Gilanipoor, Iran
Micheal Weingarten, Israel
Murlean Mills, Australia
Muhammad Salman, UK
Ndifreke Udonwa, Nigeria
Olabode Alli- Nigeria
Olanrewaju Jerry-Ijishakin, UK

P.Pandiyan, Pachimuthu, India
Pratik Kalsaria, USA
Radost Assenova, Bulgaria
Sanjay Yadav, India
Shlomo Vinker, İsrail
Suhel Ashraff, UK
Suneel Pratap Bhatnagar, India
Supriya Bhat, India
Tamanna S Sinha, India
Waris Qidwai, Pakistan
Wendy Barber, Canada

Author Guidelines

Ethical issues: In cases where approval of the ethical board is needed, a document showing the approval of the board should also be sent by e-mail. When researching on human or animal subjects, compliance with international and national ethical guidelines, and approval of ethical boards are essential. That the research complies with the above mentioned ethical requirements is under the responsibility of the author.

Research on human subjects: The journal accepts the compatibility principle, for research articles involving human components, to the conditions articulated in "Helsinki Declaration", "Guidelines For Good Clinical Practices", "Guidelines For Good Laboratory Practices", and to the Regulations of the Turkish Ministry of Health. When research is conducted on human subjects, a letter of permission from the Ethical Board For Clinical Research must be obtained and submitted to the journal. The author must also mention in "Methods and tools" section of the article that a letter of approval from the Ethical Board and "informed consent" signed by subjects participating the research have been obtained. The article shall not be published unless a copy of the approval from the ethical board is submitted to the journal.

In case reports, "informed consent" from the patient or in case of need, from his/her legal representative, must be taken disregarding the disclosure of patient's identity, and this should be noted in the article under the title of "case report". The document showing the informed consent of the patient or his/her legal representative must be sent to the journal. In case of research on animals, it is mandatory that the approval from the Ethical Board For Laboratory Animals be obtained and a copy of the document be sent to the journal. It should be mentioned in the tools and method section of the article that all the animals were treated in humane way in compliance with the *Guide for the Care and Use of Laboratory Animals*, (www.nap.edu/catalog/5140.html) and that also the approval report from the Ethical Board For Laboratory Animals has been obtained. Precautions and measures that have been taken to avoid any kind of pain and discomfort during experiments should be clearly explained. The article shall not be published unless an approval report from the Ethical Board has been submitted to the journal.

Conflict of interest:

If there is any conflict of interest related to the article, it must be declared by the author(s). In case of any kind of direct or indirect commercial ties (employment, direct payment, having stocks, company consulting, setting patent licences, service payment etc.) or if there is a sponsoring institution, authors should declare that they have no relationship with the products or medicine that are being used; or if any relationship exists, this should be explained in the report page to the editör, and also be mentioned in the article in the "Conflict of interest" section that takes place before references.

Contributions of authorship

In multi-authored articles, contributions of co-author(s) to the research (idea generation, study design, experimental applications, statistics, writing the article, etc.) should be explained under signature and sent to the editor (within the scope of the copyright transfer form). Contribution information must be declared before the references section of the article.

Financial support

If there is any financial support, grant, editorial (statistical analysis, English-Turkish evaluation) and/or technical assistance received for the research they should be clearly noted before the references.

Authors must also declare the roles of the sponsors (if any), in the following areas: (1) study design, (2) data collection, analysis and interpretation of results, (3) writing process of the report, (4) decision process for submission.

Copyright

Following the acceptance of the manuscript for publication by the journal, its final version is sent to the corresponding author(s) for approval. If the final version is approved by the author(s) a signed copyright transfer form will be sent electronically. Manuscripts must be submitted by clicking the "Submit your manuscript" link at www.tjfmpe.gen.tr/

Text Format

- 1) Manuscripts should be written in Microsoft Word (MS Word) document format, in Times New Roman, 10 font, single-spaced, and each line must be assigned numbers.
- 2) Prepared within the framework of the features mentioned above, (item 1), it is recommended that the number of pages do not exceed 6 for research articles, 10 for review articles, 2 for letters to the editor, 3 for short reports, 4 for case reports.
- 3) Turkish Dictionary by Turkish Language Association (TDK) or <http://tdkterim.gov.tr/bts/> link must be used as points of reference for manuscripts in Turkish.

All abbreviations/ acronyms should be provided in brackets right after the first occurrence of the related word, and abbreviated forms should be used throughout the text. For internationally recognized abbreviations/acronyms the following resource may be used: *Scientific Style and Format: The CBE Manual for Authors, Editors, and Publishers*, 6th ed. New York: Cambridge University Press, 1994.

Manuscripts should include the following sections:

1. Abstracts in Turkish and English, not exceeding 300 words and having Introduction, Method, Findings and Results sections in research articles. No such structuring is required for other types.

2. Key words between 2-5, should be provided both in Turkish and English. *Türkçe Bilimsel Terimler* (TBT) link at www.bilimterimleri.com should be addressed for keywords in Turkish.

For key words in English *Medical Subject Headings* (MeSH) link must be referred to at www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html.

Sub Headings

Research papers should be structured in the form of Introduction, Method, Results/Findings, Discussion, Conclusions, Acknowledgements, References and Figures, Pictures and Tables.

Case reports should be structured in the following way: Introduction, Case , Discussion, Conclusions , References, Figures, Pictures and Tables.

Review articles, short reports and letters to the editor may contain titles and subtitles, designated by author (s) and followed by References, Figures, and Tables sections.

It is recommended that the number of charts, pictures, tables and graphs do not exceed 5 for research and review articles, and 2 for others. Charts, pictures, tables and graphs in the article should be numbered according to the order processing . Abbreviations used in figures, tables and graphs should be defined underneath each . Written permission must be obtained for previously published figures, pictures, tables and graphs, and this permission should be stated during the description of figures, pictures, tables and graphs. All charts, pictures, tables and graphs must be placed at appropriate areas in the manuscript submitted. They should be also provided in separate pages following References section. Additionally, pictures / photos should be submitted to the system in separate jpg or .gif files (500x400 pixel size of about 8 cm. width, and scanning resolution being 300) .

References

Total number of references are recommended not to exceed 25 in research articles, 50 in review articles , 10 in letters to the editor, brief reports and case reports. References should be written in the order of appearance in the text , and symbols for references, should be placed at the end of the sentence immediately after punctuation marks in the form of superscript. if the number of authors in the article is 6 or less, they should all be listed; if 7 or more, the first six names should be written and " et al ", should be added in English article or "vd "for Turkish. DOI is the only acceptable on-line reference in on-line publications;

Examples for References (please note the punctuation marks) :

1.Articles:

References must include respectively, last name of the author(s), first letter of their first names, title of the article (only the first letter of the first word is capitalized), name of the journal, (use the shorter form if it appears in Index Medicus, otherwise full name), year, month (if applicable), volume, number and pages .

Gold D, Bowden R, Sixbey J, Riggs R, Katon WJ, Ashley R, et al. Chronic fatigue. A prospective clinical and virologic study. JAMA 1990;264:48-53.

Özcan S, Bozhüyük A. Sağlığın geliştirilmesi ve aile hekimlerinin rolü. Turkish Journal of Family Medicine &Primary Care 2013 Sep;7(3):46-51.DOI:10.5455/tjfm.42859

Glaser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology 2002;58(12 Suppl 7):6-12.

2.Books:

Last name(s) of the author(s), first letters of their first names, title of the section, name(s) of the editor(s), title of the book, edition number, place of publication, publisher's name, year of publication and page numbers.

Books published in a foreign language

Curren W. Youth and health. In: Neinstein LS, editor. Adolescent Health Care a Practical Guide. 4th ed. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins; 2002. p.1417-31.

Books in Turkish:

Akturan U, Eren A. Fenomenoloji. Şahinoğlu AH, Türker B, Akturan U, editörler. Nitel Araştırma Yöntemleri. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2008. p.83-98.

When author and editor are the same person: Last name of the author(s)/editor(s), first letter of their first names, title of the section, title of the book, edition number, place of publication, publisher's name, year of publication and the page numbers.

Helmann GC. Cultural aspect of stress and suffering. In: Culture, Health and Illness. 5th ed. Florida: CRC Press Taylor &Francis Group; 2007. p.288-99.

Translated books:

Carr RJ. İdrar inkontinansı. Kut A, Eminsoy MG, çev.editörleri.(trans. Eds.) Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. 3. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2014.p.461-71.

3.Publications in conference proceedings

Kurdak H. Bedenimiz, neredeyiz, neler yapabiliriz? Mungan NÖ, editör. Kadında periyodik sağlık muayeneleri. I. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Sempozyumu Kitabı; 10 Mayıs 2013; Adana, Türkiye. Adana: Ergin Yayınevi; 2013. p. 52-5.

4.Dissertations

Yılmaz EE. Adana il merkezindeki lise öğrencilerinin beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2013.

Yazarlara Bilgi

Yayın Politikası

Sağlık ve birinci basamağın gelişmesine ve anlaşılmasına katkı veren yeni bilgiler içeren yazılara dergimiz açıktır. Bu yazılar orijinal makale, olgu sunumu, derleme, editöre mektup, kısa rapor vb. olabilir.

Başvuru için ilk şart yazının başka yerde değerlendirilmediği, başka yerde basılmamış olmasıdır. Yazının başka bir yerde yayınlanmadığı ya da yayınlanmak üzere değerlendirilmediği, herhangi bir çıkar çatışması içinde olup olmadığı ile ilgili bilgileri içeren başvuru mektubu değerlendirilmesi istenen yazı ile birlikte elektronik olarak gönderilmelidir.

Etik konular: Etik kurul onayı gereken yazılar gönderilirken ilgili onay belgesi de elektronik olarak gönderilmelidir. İnsanlarda veya hayvanlarda gerçekleştirilen araştırmalarda ulusal ve uluslararası etik kılavuzlara uyum ve ilgili etik kurullardan izin esastır. Makalelerin etik kurullara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalar: Dergi, "İnsan" ögesinin içinde bulunduğu tüm çalışmalarda "Helsinki Bildirgesi", "İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu" ve "İyi Laboratuvar Uygulamaları Kılavuzu"nda belirtilen esaslara ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yönetmeliklerine uygunluk ilkesini kabul eder. İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalarda, "Klinik Araştırmalar Etik Kurul"undan izin alınması ve ilgili belgenin dergiye gönderilmesi zorunludur. Yazarlar, makalenin YÖNTEM bölümünde ilgili etik kuruldaki çalışmaya katılmış insanlardan imzalı "Bilgilendirilmiş gönüllü olur" (informed consent) belgesini aldıklarını belirtmek zorundadır. **Etik Kurul onayının bir kopyasının dergiye gönderilmemesi durumunda yazı yayınlanmayacaktır.**

Olgu sunumlarında hastanın kimliğinin ortaya çıkmasına bakılmaksızın hastalardan veya gereği durumunda yasal temsilcisinden "Bilgilendirilmiş gönüllü olur" (informed consent) belgesi alınmalı ve makalenin olgu sunumu başlığı altında yazılı olarak ifade edilmelidir. Hastadan veya yasal temsilcisinden alınan "**Bilgilendirilmiş gönüllü olur**" belgesi dergiye yollanmalıdır.

Hayvanlar üzerinde yapılan araştırmalarda, "Deney Hayvanları Etik Kurul"undan izin alınması ve ilgili belgenin bir kopyasının dergiye gönderilmesi zorunludur. Araştırmanın YÖNTEM bölümünde, deneysel çalışmalarda tüm hayvanların "Laboratuvar Hayvanlarının Bakım ve Kullanımı Kılavuzu"na (Guide for the Care and Use of Laboratory Animals, www.nap.edu/catalog/5140.html) uygun olarak insancıl bir muameleye tabi tutulduğu ve Deney Hayvanları Etik Kurul onay raporu alındığı belirtilmelidir. Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda ağrı, acı ve rahatsızlık verilmemesi için neler yapıldığı açık bir şekilde belirtilmelidir. **Etik Kurul onayının bir kopyasının dergiye gönderilmemesi durumunda yazı yayınlanmayacaktır.**

Çıkar çatışmaları: Yazarlar, makaleleriyle ilgili çıkar çatışmalarını (varsa) bildirmelidirler. Eğer makalede dolaylı veya dolaysız ticari bağlantı (istihdam edilme, doğrudan ödemeler, hisse senedine sahip olma, firma danışmanlığı, patent lisans ayarlamaları, veya hizmet bedeli gibi) veya çalışma için maddi destek veren kurum mevcut ise yazarlar; kullanılan ticari ürün, ilaç, firma v.b ile ticari hiçbir ilişkisinin olmadığını ve varsa nasıl bir ilişkisinin olduğunu, editöre başvuru mektubunda ve ayrıca makalede kaynaklar bölümünden önce "Çıkar çatışması" başlığı altında bildirmek zorundadır.

Maddi destek: Araştırma için alınmış finansal destek ve bağış varsa açıkça makalenin kaynaklar bölümünden önce bildirilmek zorundadır. Ayrıca yazarlar aşağıda belirtilen alanlarda, varsa çalışmaya sponsorluk edenlerin rollerini beyan etmelidirler: (1) Çalışmanın tasarımı, (2) Veri toplanması, analizi ve sonuçların yorumlanması, (3) Raporun yazılması, (4) Yayın için gönderilmesine karar verilmesi.

Yayın hakkı: Yazı yayına kabul edildikten sonra son haline onay verilmesi için iletişim yazarına gönderilir. Kabulü halinde yazarlarca imzalanan yayın hakkı devir formu elektronik olarak gönderilir. Çok yazarlı makalelerde yazarların araştırmaya katkıları (fikir oluşturma, çalışma tasarımı, deneysel uygulamalar, istatistik, makalenin yazımı, v.b) açıklanmalı ve imzalı olarak editöre (yayın hakkı devir formu kapsamı içinde) sunulmalıdır. Yayın hakkı devir formu tjfmpe@gmail.com e mail adresine gönderilmelidir.

Yazılar, www.tjfmpe.gen.tr/ adresindeki, "Submit your manuscript" linki tıklanarak gönderilmelidir.

Yazı hazırlama kuralları:

- 1) Yazılar, Microsoft Word programı ile hazırlanmalı, metin "Times New Roman" karakteri ile 10 puntoda ve tek satır aralıklı olarak yazılmalıdır. Satır numarası verilmelidir.
- 2) Hazırlanan yazıların bir üst paragrafa belirtilen özellikler çerçevesinde, araştırma makaleleri için 6, derleme yazıları için 10, editöre mektup için 2, kısa raporlar için 3, olgu sunumları için 4 sayfayı geçmemesi önerilir.
- 3) Türkçe yazılarda, Türk Dil Kurumu'nun Türkçe sözlüğü veya <http://tdkterim.gov.tr/bts/> adresi esas alınmalıdır.
- 4) Metin içinde geçen kısaltmalar, kelimenin ilk geçtiği yerde parantez içinde verilmeli ve tüm metin boyunca o kısaltma kullanılmalıdır. Uluslararası kullanılan kısaltmalar için "Bilimsel Yazım Kuralları" (Scientific Style and Format: The CBE Manuel for Authors, Editors, and Publishers, 6th ed. New York: Cambridge University Press, 1994) kaynağına başvurulabilir.

Bir yazı şu bölümlerden oluşmalıdır:

- 1) Başlık; 12 kelimeyi aşmamalıdır
- 2) Türkçe ve İngilizce özet; araştırma yazıları için giriş, yöntem, bulgular, sonuç şeklinde yapılandırılmış, diğer yazılar için bölümsüz olmalı, 300 kelimeyi aşmamalıdır.
- 3) Anahtar kelimeler 2-5 arası, Türkçe ve İngilizce olmalıdır. Türkçe anahtar kelimeler Türkiye Bilim Terimleri (TBT)'ne (Kaynak için www.bilimterimleri.com adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings"e (Kaynak için www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html adresine başvurulmalıdır.) uygun olarak verilmelidir.
- 4) Konu ile ilgili başlıklar
 - a) Araştırma yazıları: Giriş, yöntem, bulgular, tartışma, sonuç, teşekkür, kaynaklar, şekil, resim ve tablolar şeklinde yapılandırılmalıdır.
 - b) Olgu sunumları: Giriş, olgu, tartışma, sonuç, kaynaklar, şekil ve tablolar şeklinde yapılandırılmalıdır.
 - c) Derleme, kısa rapor, editöre mektup: Yazar(lar) tarafından belirlenen başlık ve alt başlıklar içerebilir. Kaynaklar, şekil ve tablolar sıralaması ile tamamlanır.
 - d) Şekil, resim ve tabloların araştırma ve derleme yazıları için 5, diğerleri için 2'yi geçmemesi önerilir. Şekil, resim ve tablolara makalede işleniş sırasına uygun olarak numara verilmelidir. Kullanılan kısaltmalar şekil, tablo ve

grafik altında açıklanmalıdır. Daha önce basılmış şekil, resim, tablo ve grafik kullanılmış ise, yazılı izin alınmalıdır ve bu izin açıklama olarak, şekil, resim ve tablo açıklamasında belirtilmelidir. Tüm şekil, resim ve tablolar, metin içinde geçiş sırasına göre, ilgili yerlere yerleştirilmiş olarak metinle birlikte gönderilmelidir. Resim/fotoğraflar ayrıca, ayrı birer .jpg veya .gif dosyası olarak (pixel boyutu yaklaşık 500x400, 8 cm. eninde ve 300 çözünürlükte taranarak) sisteme eklenmelidir.

- e) Kaynakların araştırma makaleleri için 25, derleme yazıları için 50, editöre mektup, kısa rapor, olgu sunumları için 10'dan fazla olmaması önerilir. Kaynaklar, makalede geliş sırasına göre yazılmalı ve metinde cümle sonunda noktalama işaretlerinden hemen sonra "Üst Simge" olarak belirtilmelidir. Kaynak olarak gösterilen makalede bulunan yazar sayısı 6 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli, 7 veya daha fazla ise ilk 6 isim yazılıp "ve ark", İngilizce makalelerde "et al" eklenmelidir. Sadece on-line yayınlar için; DOI tek kabul edilebilir on-line referanstır.

Kaynakların yazımı için örnekler (Noktalama işaretlerine lütfen dikkat ediniz):

1. **Makale:** Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, makale ismi (sadece ilk harf büyük diğerleri küçük), dergi ismi Index Medicus'ta varsa kısaltılarak yoksa tam adı ile, yıl varsa ayı ile birlikte, cilt, sayı, sayfa no'su belirtilmelidir.

Gold D, Bowden R, Sixbey J, Riggs R, Katon WJ, Ashley R, et al. Chronic fatigue. A prospective clinical and virologic study. JAMA 1990;264:48-53.

Özcan S, Bozhüyük A. Sağlığın geliştirilmesi ve aile hekimlerinin rolü. Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2013 Sep;7(3):46-51. doi:10.5455/tjfm.42859

Glaser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. Neurology 2002;58(12 Suppl 7):6-12.

2. **Kitap:** Yazar(lar)ın soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, editörün(lerin) ismi, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Yabancı dilde yayımlanan kitap:

Curren W. Youth and health. In: Neinstein LS, editor. Adolescent Health Care a Practical Guide. 4th ed. Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins; 2002. p.1417-31.

Türkçe kitap:

Akturan U, Eren A. Fenomenoloji. Şahinoğlu AH, Türker B, Akturan U, editörler. Nitel Araştırma Yöntemleri. 1. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2008. p.83-98.

Yazar ve editörün aynı olduğu kitap: Yazar(lar)ın/editörün soyad(lar)ı ve isim(ler)inin başharf(ler)i, bölüm başlığı, kitap ismi, kaçınıcı baskı olduğu, şehir, yayınevi, yıl ve sayfalar belirtilmelidir.

Helmann GC. Cultural aspect of stress and suffering. In: Culture, Health and Illness. 5th ed. Florida: CRC Press Taylor & Francis Group; 2007. p.288-99.

Çeviri kitap:

Carr RJ. İdrar inkontinansı. Kut A, Eminsoy MG, çev.editörleri. Current Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. 3. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri; 2014.p.461-71.

Table of Contents

Original Research

Awareness of Pregnants About the Harms of Smoking to Baby- Multi-centered Primary Care Research
Gebelerin Sigaranın Bebeğe Zararları Hakkındaki Farkındalıkları - Çok Merkezli Birinci Basamak Araştırması
Onur Öztürk, Mustafa Ünal, Gülşah Öztürk, İzzet Fidancı, Özlem Kızıltaş
TJFMPC, 2018;12 (4):233-238
DOI: 10.21763/tjfmpe.462912

Marital Satisfaction of Couples with Behcet and Familial Mediterranean Fever
Behçet ve Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalığı Olan Çiftlerde Evlilik Doyumu
Merve Deniz Pak, Veli Duyan
TJFMPC, 2018;12(4): 239-249
DOI: 10.21763/tjfmpe.465765

What Women Think About Their Spouses' Participation to The Arrangement of Fertility?
Kadınlar Eşlerinin Doğurganlığın Düzenlenmesine Katılımı Konusunda Ne Düşünüyor?
Dilek Bilgiç, Gübahtiyar Demirel, Gülseren Dağlar
TJFMPC, 2018;12(4): 250-257
DOI: 10.21763/tjfmpe.462898

The Effect of Autonomic Neural Control on the Cardiovascular System in Patients with Depression
Depresyonlu Hastalarda Otonom Nöral Kontrolün Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkisi
İbrahim Başhan, Abdullah Tekin, Hatice Göknuur Tekin
TJFMPC, 2018;12(4): 258-263
DOI: 10.21763/tjfmpe.462909

Examination of the Relationship Among Depressive Symptom, Loneliness and Eating Attitudes in University Students with Sociodemographic Characteristics
Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirti, Yalnızlık ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişkinin Sosyodemografik Özelliklerle Birlikte İncelenmesi
Arzu Yıldırım, Rabia Hacıhasanoğlu Aşilar, Papatya Karakurt, Cantürk Çapık, Necla Kasımoğlu
TJFMPC, 2018;12(4):264-274
DOI: 10.21763/tjfmpe.462906

Prevalence and risk factors for voice problems in imams
İmamlarda Ses Rahatsızlığı Prevelansı ve Risk Faktörleri
Selman Sarıca
TJFMPC, 2018;12(4): 275-280
DOI: 10.21763/tjfmpe.462896

A tobacco use survey among university students focusing on waterpipe use and relationship between first-ried tobacco product and becoming an established smoker
Üniversite öğrencilerinde nargile odaklı tütün ürünleri kullanımı ve ilk denenen tütün ürünü ile tütün ürünü kullanıcısına dönüşme arasındaki ilişki
Recep Erol Sezer, Özlem Tanrıöver, Güliz Dirimen Arıkan, Mehtap Kacar
TJFMPC, 2018;12 (4):281-287
DOI: 10.21763/tjfmpe.465766

Evaluation of The Group Visits Method Used in Obesity Management
Obezite Yönetiminde Kullanılan Grup Görüşmeleri Yönteminin Değerlendirilmesi
Z. Yelda Özer, Hatice Kurdak, Sevgi Özcan
TJFMPC, 2018;12(4): 288-300
DOI: 10.21763/tjfmpe.465916

Review

Global Tobacco Epidemic and Tobacco Control
Küresel Tütün Kullanımı Salgını ve Kontrolü
Toker Ergüder
TJFMPC, 2018;12(4): 301-306
DOI: 10.21763/tjfmpe.465777

“Tactics” of the Food Industry and Preventive Approach in Public Health Perspective
Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Gıda Endüstrisi “Taktikleri” ve Önleme Yaklaşımları
Zeynep Devran, Dilek Aslan
TJFMPC, 2018;12(4): 307-317
DOI: 10.21763/tjfmpe.465769

Electronic Nicotine Delivery Systems-Electronic Cigarettes: A New Challenge for Public Health
Elektronik Nikotin İletim Sistemleri-Elektronik Sigaralar: Hayatımıza Giren Yeni Bir Halk Sağlığı Tehlikesi
Özlem Tanrıöver
TJFMPC, 2018;12 (4): 318-321
DOI: 10.21763/tjfmpe.465770

Case Report

Four Patients With Different Characteristics in Smoking and Cessation-Case Series
Sigarayı İçme ve Bırakma Konusunda Farklı Özellikte Dört Hasta- Olgu Serisi
Mustafa Ünal, Onur Öztürk, Mustafa Yasin Selçuk, Bektaş Murat Yalçın
TJFMPC, 2018;12(4) 322-328
DOI: 10.21763/tjfmpe.465776



Original Research / Özgün Araştırma

Awareness of Pregnants About the Harms of Smoking to Baby- Multi-centered Primary Care Research

Gebelerin Sigaranın Bebeğe Zararları Hakkındaki Farkındalıkları - Çok Merkezli Birinci Basamak Araştırması

Onur Öztürk^{*1}, Mustafa Ünal², Gülşah Öztürk³, İzzet Fidancı⁴, Özlem Kızıltaş⁵

ABSTRACT

Objective: Smoking habits of the pregnant woman do not only affect her, but also raise the health risks of the baby. Smoking is a preventable risk factor for pregnancy-related mortality and morbidity. In this study, pregnant women's awareness about the level of health problems that can be caused by smoking on the infants are questioned. **Methods:** This study was a descriptive, cross-sectional type field study and 4 family health centers from different regions were participated. The questionnaire was formed based on literature to elaborate women knowledge about risks to babies and included 13 questions (6 were personal and 7 were on smoking). **Results:** The mean age of participants (n = 124) was 27,4 ± 5,8. Majority of current pregnancies were voluntary (84,7%). Although only 2,4% of the pregnant smoked, 48,4% of them exposed to smoke by the spouse or someone close. When asked how many cigarettes daily could harm a baby, 87,1% of them thought that even 1 a day would suffice. The highest awareness rate among the problems was death / preterm delivery (59%). As the education level increased, the level of knowledge is increased, but the rate of smoking did not change. The level of knowledge was much higher in voluntary pregnancies. **Conclusion:** We found that our pregnant women had a very low level of cigarette smoking but did not have enough information about the negative effects of cigarette on the baby. Health personnel working in family health centers should educate the pregnant women about the consequences of active or passive exposure to cigarette smoke.

Key words: Pregnant, smoking, harm, awareness, baby

ÖZET

Amaç: Gebenin, sigara alışkanlığı yalnızca kendisini etkilemekle kalmaz, doğacak bebeğin de sağlığını riske sokar. Gebelikte sigara içimi, gebelik ile ilişkili mortalite ve morbidite için önlenilebilir bir risk faktörüdür. Bu çalışmada, gebelerin sigaranın bebeklerde yol açabileceği sağlık problemlerini, ne düzeyde bildiği sorgulanmıştır. **Yöntem:** Bu çalışma, tanımlayıcı, kesitsel tipte saha çalışması olup, farklı il ve ilçelerden toplam dört aile sağlığı merkezi dahil edilmiştir. Literatür derlemesi ile oluşturulan, 6'sı kişisel veriyi, 7'si de sigara içimini sorgulayan, toplam 13 soruluk bir anketle gebeler sorgulanmış, sigaranın bebeklerde yol açabileceği sağlık problemlerini ne düzeyde bildikleri ölçülmüştür. **Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen katılımcıların (n=124) yaş ortalaması 27,4±5,8 idi. Mevcut gebeliklerin %84,7'i istemli oluşmuştur. Gebelerin, %2,4'ü sigara içiyordu ve %48,4'ünün eşi veya yakınındakilerin kendilerinin yanında sigara içtiği görüldü. Günlük kaç sigaranın bebeğe zarar verebileceği sorulduğunda, %87,1'inin günde 1 tane içmelerinin bile yeterli olacağını düşündüğü gözlemlendi. Sigaranın yol açacağı problemlerden bilinirlik oranı en yüksek olanı, ölü/erken doğum idi (%59). Eğitim düzeyi arttıkça, gelişebilecek problemler konusunda bilgili olma düzeyi artmaktaydı, fakat sigara içicisi olma oranı değişmemekteydi. İsteyerek gebe kalanlarda bilgili olma düzeyi çok daha yüksekti. **Sonuç:** Gebelerimizin sigara içiciliğinin çok düşük düzeyde olduğu, fakat sigaranın bebek üzerindeki olumsuz etkileri konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları görüldü. Özellikle aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık personelinin, gebeleri aktif ya da pasif sigara maruziyetinin sonuçları konusunda bilgilendirmeleri gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Gebe, sigara, zarar, farkındalık, bebek

Received Date / Geliş Tarihi: 04.02.2018 **Accepted Date / Kabul Tarihi:** 24.04.2018

¹ Asarcık Meydan Aile Sağlığı Merkezi, SAMSUN

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, SAMSUN

³ Asarcık Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, SAMSUN

⁴ Mamak Kıbrıs Aile Sağlığı Merkezi, ANKARA

⁵ Haliliye Bağlarbaşı Aile Sağlığı Merkezi, ŞANLIURFA

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Onur Öztürk, Asarcık Meydan Aile Sağlığı Merkezi, SAMSUN

E-mail: dr.onurozturk@yahoo.com

Öztürk O, Ünal M, Öztürk G, Fidancı İ, Kızıltaş Ö. Gebelerin Sigaranın Bebeğe Zararları Hakkındaki Farkındalıkları -Çok Merkezli Birinci Basamak Araştırması. TJF&PC, 2018;12 (4):233-238. DOI: 10.21763/tjfm.462912

GİRİŞ

Gebelik, fizyolojik ve önemli bir deneyimdir. Gebenin sigara alışkanlığı, yalnızca kendisini etkilemekle kalmaz, doğacak bebeğin de sağlığını riske sokar.¹ Günümüzde, önlenebilir hastalıkların ana nedeni sigara olmasına karşın, bu bilgi halen yeteri kadar bilinmemekte ve önemsenmemektedir. Öyle ki, her yıl beş milyondan fazla kişinin ölümüne neden olan bu alışkanlıktan ötürü 2030 yılında sekiz milyon insanın öleceği ön görülmektedir. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012 sonuçlarına göre, Türkiye’de sigara içme sıklığı erkeklerde %41,4, kadınlarda %13,1 olarak tespit edilmiştir.²

Kadın popülasyonda sigara tüketiminin yüksek olması, sigaradan kaynaklanan gebelik ile ilgili risklerin de artmasına neden olmaktadır.³ Amerika Birleşik Devletleri’nde, kadınların en azından %11’i gebeliklerinde sigara içmektedirler⁴ ve bütün gebe kadınların sigarayı bırakması durumunda, ölü doğumlarda %11 ve yeni doğan ölümlerinde %5 azalma olacağı tahmin edilmektedir.⁵ Sigara içiminin, anne ve bebek sağlığı üzerine etkilerine dair birçok çalışma yapılmıştır. Gebelikte sigara içimi, gebelik ile ilişkili mortalite ve morbidite için önlenebilir bir risk faktörüdür. Sigaraya maruz kalan bebeğin gelişimi, uterus ile plasenta arasındaki damarların daralması ve tıkanması sonucunda bozulmaktadır.⁶ Ayrıca, nikotinin ve karbon monoksitin farklı mekanizmalarla gebelik süreçlerini olumsuz etkilediği bilinmektedir.^{7,8} Bu çalışmada, gebelerin sigaranın bebeklerde yol açabileceği sağlık problemlerini ne düzeyde bildiği sorgulanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma, tanımlayıcı, kesitsel tipte saha çalışması olup Kasım-Aralık 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Ankara/Mamak ilçesi, Ordu/Ünye ilçesi, Samsun/Asarcık ilçesi ve Şanlıurfa/Haliliye ilçesinden birer tane olmak üzere, toplam 4 aile sağlığı merkezi (ASM) dahil edilmiştir. Araştırmanın evrenini, ilgili aile hekimliği birimlerinin nüfuslarına kayıtlı 218 adet gebe oluşturmaktadır. Gebelerin hepsine ulaşıp, ilgili anketler ve çalışmanın maksadı anlatıldıktan sonra, gönüllü olan 159 gebeden, anketleri eksiksiz dolduran 124’ü çalışmaya alınmıştır. Literatür derlemesi ile oluşturulan, 6’sı kişisel veriyi, 7’si de sigara içimini sorgulayan, toplam 13 soruluk bir anketle gebeler sorgulanmış, sigaranın bebeklerde yol açabileceği sağlık problemlerini ne düzeyde bildikleri ölçülmüştür. Aylık toplam geliri sorgulayan demografik soruda, Türkiye için o dönemin şartlarında belirlenen açlık sınırı yaklaşık 1500 TL, yoksulluk sınırı ise yaklaşık 5000 TL olarak baz alınmıştır.

Çalışmadan elde edilen verilerin özetlenmesinde, tanımlayıcı istatistikler, sürekli değişkenler için ortalama \pm standart sapma olarak tablo halinde verilmiştir. Kategorik değişkenler, sayı ve yüzde olarak özetlenmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki farklılık karşılaştırmalarında, Fisher Freeman Halton Testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler, R 3.3.2v (açık kaynak) programı ile yapılmış ve istatistik analizlerde anlamlılık düzeyi 0.05 (p-value) olarak dikkate alınmıştır. Etik kurul onayı, Samsun 19 Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca Kasım 2017’de çakartılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların (n=124) yaş ortalaması 27,4 \pm 5,8 idi. Kadınların gebelik haftalarına bakıldığında, %21’inin birinci, %43,5’inin ikinci ve %35,5’inin üçüncü trimester döneminde olduğu görüldü. Mevcut gebeliklerin %84,7’si istemli, %15,3’ü ise istemsiz oluşmuştur. Gebelerin, %32,3’sünün ilk gebeliği, %28,2’sinin ikinci gebeliği idi. Ortaöğretim mezunu olanlar (%42,7) ağırlıkta idi. Yaşadıkları evin toplam gelirin bakıldığında, %44,5’inin açlık sınırı, %46’sinin yoksulluk sınırında olduğu görüldü. Tablo 1’de, çalışmaya dahil edilen gebelerin demografik özelliklerine ait bilgiler verilmiştir.

Soru	Ortalama (n(%))
Yaş	27,4 \pm 5,8
Kaçıncı gebelik haftasındasınız?	
1.Trimester	26(21,0)
2.Trimester	54(43,5)
3.Trimester	44(35,5)
Kaçıncı gebeliğiniz?	
İlk Gebelik	40(32,3)
İkinci Gebelik	35(28,2)
Üçüncü Gebelik	17(13,7)
Dördüncü Gebelik	23(18,6)
Beş ve üzeri	9(7,3)
Bu gebeliği istiyor muydunuz?	
Evet	105(84,7)
Hayır	19(15,3)
Eğitim düzeyiniz nedir?	
Okur-yazar değilim	12(9,7)
İlköğretim	49(39,5)
Ortaöğretim	53(42,7)
Yükseköğretim	10(8,0)
Yaşadığınız evde aylık toplam gelir ne kadardır?	
0-1500 TL (açlık sınırı)	55(44,4)
1500-5000 TL (yoksulluk sınırı)	57(45,9)
> 5000 TL	12(9,7)

Yaş ortalaması \pm standart sapma, diğer değişkenler sayı(%) şeklinde belirtilmiştir.

Gebelerin %2,4'ü sigara içiyorken, %12,9'unun gebelikte bıraktığı, %84,7'sinin ise sigara kullanmadığı saptandı. Katılımcıların, %48,4'unun eşlerinin veya yakınındakilerin kendilerinin yanında sigara içtiği görüldü. Günlük kaç sigaranın bebeğe zarar verebileceği sorulduğunda, %87,1'inin günde 1 tane içmelerinin bile yeterli olacağını düşündüğü gözlemlendi. Sigaranın, bebeklerine verebileceği zararların, gebeleri ne kadar endişelendirdiği araştırıldığında, %64,5'inin çok fazla endişelendiği, %2,4'ünün ise endişelenmediği sonucuna varıldı. Sigara içen bir gebenin, bebeğine vereceği zararın gebenin kendisine kıyasla ne kadar olduğu araştırıldığında ise, %75,8'inin anneden daha fazla zarar verdiğini düşündüğü görüldü. Gebelerin yanında içilen sigaranın, bebeklerine vereceği zararın, gebeye kıyasla ne kadar olacağına bakıldığında ise, %74,2'sinin anneden daha fazla zarar verdiğini düşüncesinde olduğu görüldü. Gebelerin sigara içmesi veya yanlarında sigara içilmesinin bebek açısından hangi sorun veya sorunlara yol açacağı araştırıldığında, %53,2'sinin düşük doğum ağırlıklı lığına, %59,7'sinin ölü veya erken doğuma, %11,3'unun doğumsal vücut anomalilerine, %37,1'inin akciğer fonksiyonlarında eksikliklere, %20,2'sinin beyin fonksiyonlarında eksikliklere, %17'sinin düşük tehdidine, %3,2'sinin hipertansiyona ve %9,7'sinin çocukluk kanserlerine yol açabileceğini belirttikleri görüldü. Çalışmaya dâhil edilen kadınların, sigara içme, maruz kalma ve bilgi seviyesi ile ilgili oranlar Tablo 2'de verilmiştir.

Gebelerin, kaçınıcı trimesterde olduğu ile sigara içme durumları arasında ilişki görülmedi. "Sigara içen gebenin, bebeğine vereceği zarar, gebenin kendisine kıyasla ne kadardır?" sorusunda, anneden daha fazla zarar vereceğini düşünen 1.trimester dönemindeki kadınların oranı, 2.trimester döneminde olan kadınlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek ($p=0,007$) çıktığı sonucuna varıldı. Gebelerin, kaçınıcı gebeliğinde olduğunun sigara içip içmeme, bebeği için endişelenme, sigaranın bebek üzerindeki zararının, anneye zararıyla kıyaslanması arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

"Sigara içen gebenin, bebeğine vereceği zarar, gebenin kendisine kıyasla ne kadardır?" sorusuna anneden daha fazla zarar vereceğini düşünen, isteyerek gebe kalan kadınların oranının (%79,1), istemeden gebe kalanlara göre (%57,9) daha fazla ($p=0,03$) olduğu görüldü. Gebelerin, sigara içip içmemesi ile eşlerinin veya yakınındakilerin sigara içip içmemesi arasında, anlamlı bir ilişki tespit edilemedi. Keza, gebelerin sigara içip içmemesi ile "günlük kaç sigaranın bebeğe zararlı olabileceği" sorusuna verilen cevaplar ve bebeğin göreceği zararlara karşı endişe duyma seviyesi arasında da anlamlı bir ilişki tespit edilemedi.

Tablo 2. Gebelerin sigara ile ilgili durumlarına ait tanımlayıcı istatistikler (n=124)

Sigara içiyor musunuz?	
Evet	3(2,42)
Gebelikte bıraktım	16(12,9)
Hayır	105(84,7)
Eşiniz veya yakınızdakiler sizin yanınızda sigara içiyor mu?	
Evet	60(48,4)
Hayır	64(51,6)
Sizce günlük kaç sigara bebeğe zararlı olabilir?	
Günde 1 tane bile yeterli	108(87,1)
Günde 5-10 adet	10(8,1)
Günde 11 ve üzeri	6(4,8)
Sigaranın bebeğinize verebileceği zararlar sizi ne kadar endişelendiriyor?	
Çok fazla	80(64,5)
Fazla	22(17,7)
Bir fikrim yok	13(10,5)
Biraz	6(4,8)
Endişelenmiyorum	3(2,4)
Sigara içen gebenin, bebeğine vereceği zarar, gebenin kendisine kıyasla ne kadardır?	
Anneden daha fazla zarar verir	94(75,8)
Anne kadar zarar verir	24(19,4)
Anneden daha az zarar verir	5(4,0)
Zarar vermez	1(0,8)
Yanınızda içilen sigaranın bebeğinize vereceği zarar, size kıyasla ne kadardır?	
Anneden daha fazla zarar verir	92(74,2)
Anne kadar zarar verir	24(19,4)
Anneden daha az zarar verir	7(5,7)
Zarar vermez	1(0,8)
Sigara içmeniz veya yanınızda sigara içilmesi, bebek açısından hangi soruna veya sorunlara yol açabilir?	
Düşük doğum ağırlıklı olma	
Hayır	58(46,8)
Evet	66(53,2)
Ölü veya erken doğum	
Hayır	50(40,3)
Evet	74(59,7)
Doğumsal vücut anomalileri	
Hayır	110(88,7)
Evet	14(11,3)
Akciğer fonksiyonlarında eksiklikler	
Hayır	78(62,9)
Evet	46(37,1)
Beyin fonksiyonlarında eksiklikler	
Hayır	99(79,8)
Evet	25(20,2)
Düşük tehdidi	
Hayır	103(83,1)
Evet	21(16,9)
Hipertansiyon	
Hayır	120(96,8)
Evet	4(3,2)
Çocukluk kanserleri	
Hayır	112(90,3)
Evet	12(9,7)
Hiçbiri	
Hayır	118(95,2)
Evet	6(4,8)

Değişkenler sayısı(%) şeklinde belirtilmiştir.

Maddi durumu iyi olan gebelerin, iyi olmayanlara göre daha çok ($p=0,009$) sigara içtiği söylenebilir.

Ayrıca, aylık gelirleri yoksulluk sınırında olan gebelerin eşleri veya yakınındakilerin, yanlarında sigara içme oranı maddi durumu iyi olanlara göre, anlamlı düzeyde daha yüksek ($p=0,042$) olduğu tespit edilmiştir. Gelir düzeyi açlık sınırında olan gebelerden, sigara içmelerinin veya yanlarında sigara içilmesinin, bebeğin beyin fonksiyonlarında probleme yol açabileceğini düşünenlerin oranı, yoksulluk sınırında olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek ($p=0,026$) çıkmıştır.

İsteyerek gebe kalan kadınlar arasında, sigara kaynaklı düşük doğum ağırlıklı olma ve ölü/erken doğum gibi sorunların olabileceğini düşünenlerin oranı, istemeden gebe kalanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksekti (sırayla $p=0,04$, $p=0,027$).

Eğitim durumuna göre, sigara içicisi olma durumu değişmezken, eğitim düzeyi arttıkça, kadınların sigara içmelerinin veya yanlarında sigara içilmesinin, bebek açısından düşük doğum ağırlıklı olma sorununa yol açabileceğini düşünenlerin oranı artmıştır ($p=0,037$).

Bulgularımıza göre, eşleri veya yakınındakileri sigara içmeyen gebeler, sigaranın bebeğe verebileceği zararlar konusunda daha endişelidir ($p<0,001$). Sigaranın, bebeğe verebileceği zarar konusunda endişelenme seviyesi arttıkça aktif veya pasif sigara tüketiminin bebeğe anneden daha fazla ($p<0,001$) zarar vereceği düşünülmekteydi. Yine, endişelenme seviyesi arttıkça, bebeğin karşılaşılabileceği sorunlardan düşük doğum ağırlığı ve ölü/erken doğum riski daha çok biliniyordu (sırayla $p=0,005$, $p=0,013$).

Günde bir sigaranın bile, bebeğe zararlı olabileceğini düşünen gebeler, sigaranın bebeğe verebileceği zararlar konusunda daha endişelidir ($p=0,003$). Günde, ancak 11 ve üzeri sigaranın bebeğe zararlı olabileceğini düşünen gebeler, aktif veya pasif sigara tüketiminin bebeğe anneden daha az zarar vereceğini düşünmekteydiler (sırayla $p=0,001$, $p=0,003$). Günde, kaç sigaranın bebeğe zarar verebileceği sorusu ile, sigara içilmesinin bebeğe yol açabileceği sorunlara ait oranlar karşılaştırıldığında, anlamlı farklılık bulunmamıştır. Aktif ve pasif içiciliğinin, bebekte anneden daha fazla sorun yaratacağını düşünenlerde, bebeğin karşılaşılabileceği sorunlardan ölü/erken doğum riski daha çok biliniyordu (sırayla $p=0,001$, $p=0,005$).

Yakınları yanlarında sigara içen kadınlarda, yanında sigara içilmeyenlere göre, bebekte düşük doğum ağırlıklı olma ve ölü veya erken doğum riskinin bilinme oranı daha düşüktü (sırayla $p=0,012$, $p=0,013$).

TARTIŞMA

Gebelerde sigara içiciliği oranı %6,8-%28 arasında değişen ülkemizde, ortalama değer %12 civarındadır.⁹⁻¹¹ Ananth ve ark., 61667 gebe kadını

içeren prospektif çalışmalarında, sigara içme oranını %33 olarak bulmuştur.¹² Gomez ve ark. İse, Fransa'da gebe popülasyonundaki sigara içim oranını %25,1 olarak bulmuştur.¹³ Bizim çalışmamızda bu oran %2,4 olarak bulunmuştur ve en düşük oranlı çalışmalardan biridir. Okuma, yazma, anlama yetersizliğinden soruları tam anlayamayan veya eksik dolduran gebeler de çalışmaya dahil edilse idi, sigara içme oranı azalabilir veya artabilirdi.

Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, gebelerin %21,3'ü gebelik öncesinde sigara kullanmakta iken, %12,8'i gebelik sırasında sigara kullanmıştır.¹ Başka bir çalışmada ise, anne adaylarının %34,7'sinin gebelikten önce sigara içtiği, %14'ünün gebeliği sırasında sigara içtiği görülmüştür.¹⁴ Bu da, gebelik psikolojisinin başlı başına sigarayı bırakma/azaltma metodu olduğunu göstermektedir. Öyle ki, kendi gebelerimizin de %12,9'u sigarayı gebeliklerinde bırakmıştır.

Altıparmak'ın çalışmasında, gebelerin yaş ortalaması 26,7 idi ve katılımcılar ağırlıklı olarak ilkökul mezunuydu.¹ Marakoğlu ve Erdem'in çalışmasında ise, yaş ortalaması 28,4 bulunmuştur.¹⁵ Mutlu'nun çalışmasında, yaş ortalaması 26,8 olup, katılımcılar ağırlıklı olarak ilkökul mezunu ve ev hanımıydı.¹⁶ Kısacık'ın çalışmasında, gebe kadınların yaş ortalaması 25,9 ve ortalama toplam gebelik sayısı 2,4 olup, mevcut gebeliklerin %78,3'ü istenerek oluşmuştu.¹⁷ Durualp, katılımcılarındaki mevcut gebeliği isteyerek planlama oranını %81,5 olarak saptamıştır, aynı çalışmadaki gebeliklerin %33,8'i ilk gebeliktir.¹⁸ Çalışmamızdaki yaş ortalaması 27,4'tür, katılımcılarımızın çoğu ortaöğretim mezunudur ve ağırlıklı olarak ilk 2 gebelik süreçlerindedir. Ayrıca, mevcut gebeliğin istemli olma oranı da, diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Orta ve yüksek sosyoekonomik düzeye sahip kadınlarda, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanlara göre, sigara içme oranlarının daha yüksek düzeyde olduğu bilinmektedir.¹⁹ Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın sonuçlarına göre; kentsel alanlar ve İstanbul'da yaşayan kadınlarda sigara içme oranı daha yüksek olduğu, eğitim düzeyi arttıkça sigara içmenin de arttığı gösterilmiştir.⁹ Kendi verilerimize göre de, maddi durumu iyi olan gebelerde sigara içiciliğine daha sık rastlanıyordu. Çalışma bölgelerimizin kırsal ağırlıklı olması ise, düşük sigara içiciliği oranını açıklayabilir.

Literatüre göre, eşleri sigara içen gebelerin sigara içme oranı, eşi sigara içmeyenlerden anlamlı düzeyde yüksektir. Eşin sigara içmesi, gebenin sigaraya başlamasını kolaylaştırabilir, bırakmasını da zorlaştırabilir.²⁰ Marakoğlu ve Sezer, çalışma

kapsamındaki kadınların eşlerinin sigara içme oranını %68 olarak saptamıştır.¹¹ Karaaltincaba'nın çalışmasında, gebelerin % 69,2'sinin pasif içici olduğu belirlenmiştir.¹⁴ Nakamura ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, gebelikte pasif içicilik oranı %35,9 olarak saptanmıştır.²¹ Bizim çalışmamızda, eş/yakınların %48'i sigara içmekteydi, bu durum ile gebenin sigara içicisi olması arasında ilişki saptanmadı. Maddi durumu kötü olan gebelerin, eş/yakınlarında sigara içiciliğine daha sık rastlandı.

Sigaraya maruz kalan bebekte, erken membran rüptürüne, prematüre doğum ağırları ve doğuma, plasental anomalilere, fetal toksisiteye, ani bebek ölüm sendromuna, down sendromu gelişimine, düşük doğum ağırlığına, hiperviskositeye, major doğumsal defektlere (yarık damak, vs), azalmış kemik dansitesine, çocukluk çağı hipertansiyonuna, büyümede gecikmeye, nörotoksisiteye, davranışsal psikiyatrik ve bilişsel yan etkilere, mental retardasyona, çocukluk kanserlerine, respiratuar hastalıklara daha sık rastlanmaktadır.^{7,22} Günde 1 paketin altında sigara içenlerde, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski %50 artarken, 1 paketin üzerinde sigara içenlerde bu risk %130 artış göstermektedir. Eğer anne 16. gebelik haftasından itibaren sigara içmeyi bırakırsa, bebekteki riskin hiç sigara içmeyenler ile neredeyse aynı olduğu görülmüştür.²⁵

Marakoğlu ve Sezer'in çalışmasında, gebelerin %95'i sigaranın "bebeğe çok zararlı" olduğunu düşünüyordu.¹¹ Durualp'in çalışmasına katılan gebelerin ise, %90'ı sigara içiminin zararlı olacağını, %90,8'i sigara kullanımının bebekte gelişme geriliğine, %73,9'u ölü doğumlara, %75,4'ü erken doğumlara neden olacağını, %82,3'ü düşük riskini, %63,9'u yüksek tansiyon riskini arttırabileceğini, %73,1'i bebekte zeka geriliğine, %89,2'si akciğer hastalıklarına, %55,4'ü plasenta ile ilgili bozukluklara neden olacağını düşünüyordu.¹⁸ Kendi gebelerimizde, sigaranın yol açacağı problemlerden, bilinirlik oranı en yüksek olanı ölü/erken doğum idi (%59). Bunun dışında hemen, hemen bütün patolojilerin bilinirliği %50'nin altındaydı. İsteyerek gebe kalanlarda, bilgili olma düzeyi çok daha yüksekti. Eğitim düzeyi arttıkça, gelişebilecek problemler konusunda bilgili olma düzeyi artmaktaydı, fakat sigara içicisi olma oranı değişmemekteydi. Nijerya ve Pakistan gibi düşük eğitim düzeyli bölgelerde yapılan çalışmalarda, bebeğin yaşayabileceği problemlerin bilinme yüzdesi daha düşük, sigara içiciliği daha yüksekti.²⁶ Grange ve ark., gebelerin sigara içiciliğinde birinci trimesterde azalma, üçüncü trimesterde ise artma gözlemlenmiş, doğum sonrası ilk 6 ayda, sigara içmeye tekrar başlama eğiliminde olduklarını saptamıştır.²⁶ Birinci trimesterdeki gebelerimizde, sigaranın zararları konusundaki bilgi düzeyi ilerleyen dönemlere göre daha yüksekti.

Özellikle, birinci trimesterde gebeler bilgiye ulaşma konusunda daha istekli, sağlık problemleri konusunda daha kaygılı olmaktadır.

SONUÇ

Bu çalışmada, katılımcılarımızın sigara içiciliğinin çok düşük düzeyde olduğu, fakat sigaranın bebek üzerindeki olumsuz etkileri konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları görüldü. Özellikle, ASM'lerde görev yapan sağlık personelinin gebeleri sigara kullanımının sonuçları konusunda bilgilendirmeleri gerekmektedir. Sigara paketlerinin üzerinde gebe ve bebek ölümleri, sağlık problemleri ile ilgili görseller konulmalıdır. Gebeler, sigarayı bırakmaya teşvik edilmeli, gerekli durumlarda farmakoterapi denenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Altıparmak S, Altıparmak O, Demirci Avcı H. Manisa'da gebelikte sigara kullanımı; yarı kentsel alan örneği. *Tur Toraks Der* 2009;10:20-5.
2. Turkey Statistical Institute, 2012. Global adult tobacco survey. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?i d=13142>. Erişim: 15.11. 2017.
3. Doğu S, Ergin A. Gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2008;1(1):26-38.
4. Martin JA, et al. Births: final data for 2002, *National Vital Statistics Reports*, 2003; 52.
5. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction. A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 1988. DHHS Publication No. (CDC) 88-8406.
6. Kesim MD. Sigara ve gebelik. *ŞEH tıp bülteni* 2004, 38(2), 7-14.
7. Çınar N, Topal S, Altınkaynak S. Gebelikte sigara kullanımı ve pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerine etkileri. *J hum rhythm* - June 2015;1(2):52-57.
8. David J, Nea B, Robledo C, Saffer E, Beebe L, Wild R. Intrauterine tobacco exposure may alter auditory brainstem responses in newborns. *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2010; 89: 592-596.
9. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, sayfa 58. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi Yayın No: NEE.HÜ.09.01;2009.

10. Tarhan P, Yılmaz T. Gebelikte Sigara Kullanımı ve Etkileyen Faktörler. HSP 2016;3(3):140-147.
11. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003;25:157-64.
12. Ananth CV, Savitz DA, Luther ER. Maternal cigarette smoking as a risk factor for placental abruption, placenta previa, and uterine bleeding in pregnancy. Am J Epidemiol 1996;144:881-9.
13. Gomez C, Berlin I, Marquis P, et al. Expired air carbon monoxide concentration in mothers and their spouses above 5 ppm is associated with decreased fetal growth. Preventive Medicine 2004;40:10-5.
14. Karcaaltincaba D, Kandemir Ö, Yalvac S, Güvendağ Güven ES, Yildirim BA, Haberal A. Cigarette smoking and pregnancy: results of a survey at a Turkish women's hospital in 1,020 patients. J Obstet Gynaecol 2009; 29(6): 480-486.
15. Marakoğlu K, Erdem D. Konya'da gebe kadınların sigara içme konusundaki tutum ve davranışları. Erciyes Medical Journal 2007;29(1):047-055
16. Mutlu LC, Varol Saraçoğlu G. Prevalence of smoking and factors affecting smoking behaviour during pregnancy: A sample from Tekirdağ. Turk J Public Health 2014;12(1), 1-12.
17. Kısacık G, Gölbaşı Z. Gebe kadınların sigara içme davranışları ve gebelikte sigaranın etkilerine yönelik bilgileri. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2009;19(4):197-205.
18. Durualp E, Bektaş G, Ergin D, Karaca E, Topçu E. Annelerin sigara kullanımı ile yenidoğanın doğum kilosunu, boyunu ve baş çevresi arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2011, 64 (3), 119-26.
19. Caleyachetty R, Tait CA, Kengne AP, Corvalan C, Uauy R, o-Tcheugui JBE. Tobacco use in pregnant women: analysis of data from demographic and health surveys from 54 low-income and middle-income countries. Lancet Glob Health 2014; 2: 513–520.
20. Nides MA, Rakos RF, Gonzales D, Murray RP, Tashkin DP, Bjornson-Benson WM, Lindgren P, Connett JE. Predictors of initial smoking cessation and relapse through the first 2 years of the Lung Health Study. J Consult Clin Psychol 1995 Feb;63(1):60-9.
21. Nakamura MU, Alexandre SM, Kuhn dos Santos JF, de Souza E, Sass N, Auritscher Beck AP, Trayna E, Andrade CM, Barroso T, Kulay Júnior L. Obstetric and perinatal effects of active and/or passive smoking during pregnancy. Sao Paulo Med J 2004; 122(3):94-8.
22. Salması G, Grady R, Jones J, McDonald SD. Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses. Acta Obstetrica et Gynecologica 2010; 89: 423–441.
23. Şahin M, Yurdakul M. Gebelik öncesi danışmanlık. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2012; 20(1): 80-85.
24. CC Obiora, CC Dim, BSC Uzochukwu, FO Ezugwu. Cigarette smoking and perception of its advertisement among antenatal clinic attendees in referral health facilities in Enugu, Nigeria. Niger J Clin Pract. 2015 Jan-Feb;18(1):80-5.
25. Seema Bhanji, Marie Andrades, Fawad Taj, Ali K Khuwaja. Factors related to knowledge and perception of women about smoking: a cross sectional study from a developing country. BMC Womens Health. 2011 May 24;11:16.
26. Grangé G, vays sière C, Borg ne A, Ouazana A, L'Huillier JP, valensi P, et al. Characteristics of tobacco with drawal in pregnant women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006; 125(1):38-43.



Original Research / Özgün Araştırma

Marital Satisfaction of Couples with Behcet and Familial Mediterranean Fever

Behçet ve Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalığı Olan Çiftlerde Evlilik Doyumu

Merve Deniz Pak¹, Veli Duyan^{*2}

ABSTRACT

Aim/Background: Marital satisfaction can be defined as the attitude an individual has toward his or her own marital relationship. Crises may affect marital satisfaction and one of the factors causing the crisis is diseases. The aim of the study is to examine the marital satisfaction of couples with Behcet and Familial Mediterranean Fever. **Method:** The research is a cross-sectional field study in the screening model. Participants consisted of 68 couples diagnosed with Behcet and Family Mediterranean Fever Disease. Golombok-Rust Marriage Status Inventory was used with the questionnaire to collect data. In the first part of the questionnaire, the sociodemographic characteristics and the information about the disease were asked. In the second part, there are 13 questions that can be answered in a triple Likert type to determine the changes in family and social relationships after the diagnosis. Data were obtained between February 1, 2017 and June 1, 2017 and analyzed via SPSS 22. **Results:** All of the participants were married with official marriage, 69.1% (n=94) were willingly married and 89.7% (n=61) had children. 33.1% of the participants have Family Mediterranean Fever and 16.9% have Behcet Disease. With the diseases; 13.2% of the participants (n=18) were less likely to share important issues with family members, 12.5% (n=17) who reported degrading behavior to family members, 17.6% reported that family members were less likely to support each other, 18.4% (n=25) stated that the displeasure among the family members increased. 13.2% said that they share less important issues with their family members, 12.5% have a negative attitude towards family members, and 17.6% said that family members have less support, 18.4% of the family members increased their frustration and 59.6% of them had a lower frequency of sexual intercourse. Participants in the inventory scores, 4.4% were undefined, 14% were very good and 11% were good; 6.6% were above average, 20.6% were mediocre and 8.1% were in weak point range. **Conclusion:** Behcet and Family Mediterranean Fever diseases affect marital satisfaction and it is recommended that families with these diseases may have family counseling, psychoeducation and sexual counseling services.

Key words: Family counseling, marriage satisfaction, Behcet Disease, Family Mediterranean Fever

ÖZET

Giriş: Evlilik doyumu, bireyin evlilik ilişkisindeki gereksinimlerini, taleplerini karşılama derecesine yönelik algısıdır. Evlilik ilişkisinde yaşanan krizler doyumu etkilemektedir. Kriz yaratabilen faktörlerden biri de hastalıklardır. Bu doğrultuda çalışmanın amacı, Behçet ile Ailevi Akdeniz Ateşi hastası olan çiftlerin evlilik doyumunun irdelenmesidir. **Yöntem:** Araştırma, tarama modelinde kesitsel bir saha çalışmasıdır. Araştırmanın çalışma grubunu, Behçet ve Ailevi Akdeniz Ateşi hastalığı tanısı alan 68 çift oluşturmuştur. Veri toplamak amacıyla soru kâğıdı ile Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri kullanılmıştır. Soru kâğıdının birinci bölümünde, sosyo-demografik özelliklere ve hastalığa dair bilgiler sorulmuştur. İkinci bölümdeyse, hastalık sonrası aile ilişkileri ve sosyal çevreyle ilişkilerin değişimini belirlemek için üçlü Likert tipinde yanıtlanabilecek 13 soru bulunmaktadır. Çalışmada veriler, 1 Şubat 2017- 1 Haziran 2017 tarihleri arasında elde edilmiş ve SPSS programında analiz edilmiştir. **Bulgular:** Araştırma bulgularına göre, katılımcıların tümü resmi nikâhla evli olup, %69,1'inin isteyerek evlendiği ve %89,7'sinin çocuğunun olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %33,1'i Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalığı, %16,9'u Behçet Hastasıdır. %13,2'si hastalık sonrası aile üyeleriyle önemli konuları paylaşmanın azaldığını, %12,5'i aile üyelerine küçük düşürücü söz söyleme davranışlarının arttığını, %17,6'sı aile üyelerinin birbirlerine desteğinin azaldığını, %18,4'ü aile üyeleri arasında kırgınlığın arttığını ve %59,6'sı cinsel ilişki sıklığının azaldığını ifade etmiştir. Ölçek puanlamasında, katılımcıların %4,4'ü tanımsız, % 14'ü çok iyi ve %11'i iyi, %6,6'sı vasat üstü, %20,6'sı vasat ve %8,1'i zayıf puan aralığında yer almıştır. **Sonuç:** Sonuç olarak, Behçet ve Ailevi Akdeniz Ateşi hastalığı evlilik doyumunu üzerinde etki yaratmaktadır ve bu hastalığı olan çiftlere aile danışmanlığı, psiko eğitim ve cinsel danışmanlık hizmetlerinden faydalanmaları önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Aile danışmanlığı, evlilik doyumu, Behçet Hastalığı, Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalığı

Received Date / Geliş tarihi: 29.03.2018, **Accepted Date / Kabul tarihi:** 28.05.2018

¹ Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara, TÜRKİYE.

² Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara, TÜRKİYE.

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Veli Duyan, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Ankara, TÜRKİYE.

E-mail: vduyan@health.ankara.edu.tr

Pak MD, Duyan V. Behçet ve Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalığı Olan Çiftlerde Evlilik Doyumu. TJFMPC, 2018;12(4): 239-249.

DOI: 10.21763/tjfm.465765

GİRİŞ

Evlilik, insanlığın var oluşundan beri çeşitli ihtiyaçların karşılanmasına yönelik kurulmuş bir bağıdır. Fiziksel yönden cinsel güdüyü doyurmak; sosyal olarak ait olma, güven duyma, koruma ve korunma, dayanışma; duygusal olarak sevme-sevilme; ekonomik olarak geçim zorluğuna beraber katlanma gibi evliliğin pek çok güçlüğün üstesinden gelmede işlevinin olduğu görülmektedir.¹ Evlilik ilişkisi içerisinde gereksinimlerin karşılanması, gündeme “evlilik doyumunu” konusunu getirmektedir. Evlilik doyumunu, en basit ifadeyle “bireyin kendi evlilik ilişkisindeki gereksinimlerini karşılama derecesine ilişkin algısı” olarak tanımlanabilir.² Evlilik doyumunu, içsel ve dışsal pek çok faktörden etkilenen bir evlilik ilişkisinde, kriz yaratabilen ve evlilik doyumunu etkileyen bu faktörlerden en önemlilerinden biri hastalıklardır. Hastalıklar, ailenin yaşam döngüsünde krize neden olarak evlilik doyumunu etkileme potansiyeline sahiptir. Hastalık halinde, aile bireylerinin enerjilerini hastalığa ve tedaviye yöneltmesi ilişkilerdeki dengeyi bozma riskini beraberinde getirir. Özellikle tedavisi mümkün olmayan, tamamen iyileşmeyen veya ataklarla seyreden kronik hastalıklarda bu risk artmaktadır. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde, depresyon, diyabet, kanser, yeme bozuklukları ve romatoid artrit gibi hastalıkların evlilik doyumunda olumsuz etki yarattığı görülmektedir.^{3,4,5} Dünya çapında, en sık Türkiye’de rastlanan kronik hastalıklardan Behçet ve Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalığı (FMF) da, genellikle bireylerin üreme fonksiyonlarının üst düzeyde olduğu yetişkinlik döneminde görülür. Bu hastalıklar, romatolojik tipte, nadir görülen ve kalıcı tedavileri bulunmayan hastalıklardır. Bu yönleriyle, bu hastalıkların evlilik ilişkisini olumsuz etkileme potansiyeline sahip olduğu düşünülmektedir.

Yasal, toplumsal ve ekonomik bir kurum olan aile; biyolojik, psikolojik ve sosyal ilişkilerle bağlı olan ve duygusal etkileşimlerin olduğu açık bir sistemdir. Bu sisteme, Behçet ve FMF hastalıkları gibi kronik ve tedavisi mümkün olmayan hastalıkların girişi, ilişkilerde işlevselliği sağlıklı devam ettiremeye yönelik yeni bir yapı oluşturulup denge halinin yeniden sağlanmasını gerektirmektedir. Fakat literatüre bakıldığında, bu hastalıkları evlilik ilişkisi çerçevesinde ele alan çalışmaların olmadığı; Behçet ve FMF hastalarının evlilik doyum düzeylerinin bilinmediği ve buna yönelik gereksinimlerin ortaya konulmadığı görülmektedir. Buradan

hareketle bu çalışmanın amacı, Behçet ve FMF hastalarının evlilik doyum düzeylerinin belirlenmesi ve sonucunda gereksinimlerinin ortaya konulmasıdır.

Evlilik Doyumu Kavramına Genel Bakış

Evlilik bağının kurulmasıyla beraber aile yaşam döngüsü başlar. Aile yaşam döngüsünün, sağlıklı olarak ilerlemesinde evlilik ilişkisinden sağlanan doyum çok önemlidir. “Çünkü evlilik, mutlulukları, güçlükleri, sevinçleri, zorlukları ve yararları ile insan yaşamını pek çok yönü ile etkileyen, bireylerin genel sağlık durumunu iyileştiren ve yaşamdan doyum almalarını destekleyen sosyal bir kurum” niteliğindedir.⁶ Evlilik doyumunu, evlilik ilişkisinin, bireyin ihtiyaç ve beklentilerini ne ölçüde karşıladığını göstermektedir. Başka bir deyişle, “bireyin kendi evlilik ilişkisindeki gereksinimlerini, taleplerini karşılama derecesine yönelik algısı” olarak tanımlanmaktadır.² Evlilik ilişkisinin işlevselliğinde, bireyin sevme, sevilme, ait olma, önemli ve değerli bulunma, cinsellik ve sadakat gibi temel ihtiyaçlarını karşılayıp karşılamadığını ifade etmek için de bu kavram kullanılmaktadır.^{7,8} Evlilik doyumunu ele alan teorilere bakıldığında, sevginin evrimi, problem çözme, sosyal mübadele ve yükleme kuramlarının literatürde yer aldığı görülmektedir. Sevginin evrimi kuramı; evlilik doyumunu cinsellik ve üreme ile açıklamakta ve cinsel dürtünün en önemli amacının çoğalma olduğunu ifade etmektedir. Buna göre, erkekte tek eşlilik önemli değildir; çünkü erkek fazla sayıda çocuk sahibi olmak ister. Kadının ise önceliği, çocuklarına iyi babalık yapacak bir erkek seçmektir. Fakat evlilik yaşamı içerisinde bu ihtiyaçlar cinsellikten sevgiye evrilir.⁹ Problem çözme kuramında, evlilik ilişkisinde probleme neden olan cinsel sorunlar, iletişim sorunları, çocuk sahibi olamama, ruhsal hastalıklar, ekonomik güçlükler, kök aile ile çatışmalı ilişkiler gibi sorunlar çözüldüğünde eşlerin evlilikten doyum sağlayacağı ifade edilir.⁸ Sosyal mübadele kuramı, birey içinde bulunduğu ilişkiden doyum almasa bile bağımlılık düzeyinin yüksek olması nedeniyle bu ilişkiyi sürdürmek isteyip istememesini araştırır.¹⁰ Buna göre, eşlerin ilişkilerinde karşılıklı olarak çeşitli faydalar sağlamaları sonucu doyum oluşacağı ifade edilmektedir. Bireylerin, ilişkilerinde elde bedelden daha çok fayda sağlaması da ilişkilerini doyum sağlayıcı olarak değerlendirmesini sağlamaktadır.¹¹ Yüklem kuramında ise, insanların “neden”

sorusuna verdiği yanıtlar önemlidir. Evlilik doyumunun da neden sorusunun yanıtı bağlamında; uzlaşma, uyma, problem çözme ve hedef belirleme gibi bilişsel süreçlerle açıklanabileceğini savunmaktadır.¹

Hastalıkların Evlilik Doyumuna Etkisi

Kronik hastalıklar, tüm dünya ülkelerinde demografik ve epidemiyolojik dönüşümün ve farklılaşmanın sonucu olarak hızla artmakta ve küresel bir halk sağlığı sorunu haline almaktadır. Bu durum, hem kronik hastalıkların çeşitlenmesini, hem de kronik hastalığa sahip olan bireylerin sayısının artışı beraberinde getirmiştir. Kronik hastalıkların varlığı, yalnızca tıbbi açıdan değil aynı zamanda hastalık tanısı alan bireyin ve etkileşim içerisinde olduğu çevredeki insanlar açısından da fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden pek çok güçlük yaratmaktadır.¹²

Güçlük yaratan noktalardan biri olan evlilik doyumu da, bireylerin sağlık durumuyla yakından ilişkilidir. Kronik hastalıkların varlığı, eş ilişkisinde biyopsikososyal ve ekonomik sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlayabilir. Kronik hastalık karşısında ailenin tepkileri, hastalığın ciddiyetine veya sonrasında ortaya çıkan kayıplara göre farklılaşabilir. Bu yönüyle, aile içi etkileşimde değişimlerin olması kaçınılmazdır. Aile üyelerinde meydana gelen bu değişim, eşlerin gelişim dönemi açısından bireyin ve ailenin gelişimsel dönemine özgü yaşam deneyimlerinin ve kök aile ile sosyal yaşam tarafından öngörülen karmaşık ve uzun vadeli olarak hastalığa yüklenen anlamın bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Hastalık teşhisiyle beraber kriz yaşayan kimi aileler, yeterince hazırlanmadıkları yaşamın yeni bir boyutuna taşınarak ve kaynak bulma, destek sağlama, problem çözme ve baş etme becerileri yönünden güçsüz duruma gelebilir.¹³

Kronik hastalıklarda yaşanan psikososyal süreçler, sağlık ve tam iyilik halinin sağlanmasında temel rol oynar. Bu süreçler, bireyin sağlık ve hastalığa yönelik inançları, beden algısı, kendilik algısı ve yaşam beklentisinden etkilenir.¹⁴ Kronik hastalıklar, psikolojik ve sosyal yönden hem hasta olan bireyi hem de aileyi etkilemektedir. Hastalık tanısı almış olan birey ve aile üyelerinde hastalığa karşı verilen tepkiler farklı şekillerde, sürelerde ve düzeylerde olabilmekle beraber sıklıkla inkâr etme, şok, öfke duyma, pazarlık etme, depresyon ve son olarak kabul etme ve bakıma entegre olma aşamaları

yaşanmaktadır.¹⁵ Bu süreçte, kronik hastalığa sahip bireylerin evliliklerinde kriz oluşturabilir. Çiftler, bu deneyime dair bilişsel şemalar ve bununla beraber duygu üretimine yönelebilir; “teste tabi tutuldukları” algısına kapılabilirler. Öte yandan sosyal desteğin güçlü olduğu ailelerde, hastalıkla baş etmede aile üyeleri kendilerini daha güçlü hissedebilir. Örneğin, aile üyelerinin onları çok sevdiğini, böylece hastalıkla ilgili sorunlar veya talepler ne olursa olsun onlara her zaman bakacaklarını, yaşanacak güçlükler karşısında birbirlerini asla terk etmeyeceklerini, yeterli finansman mevcutsa ve çaba gösterilirse, tıbbi kaynakların erişilebilir olduğunu ve hastalığın iyileştirilebileceğini düşünebilir.

Kronik hastalık, hem hastalık tanısı alan birey, hem de diğer aile bireyleri için uzun süreli stres kaynağıdır. Bu kronik stresin niteliği ve yoğunluğu üç önemli belirleyiciye sahiptir. İlki; hasta ve aile bireylerinin günlük aktivitelerinde gereken değişikliklerin büyüklüğüdür. Hastalık karşısında, hastanın sağlığını ve iyilik halini optimize etmek için gereken değişiklikler, her hastalığın özelliğinin farklı olmasından dolayı farklı sorunları gündeme getirebilir. Hastalıktan kaynaklanan stres düzeyinin ikinci belirleyicisi, hastanın ailesinin yaşam koşulları ve bu koşullar içindeki değişim yapabilme kapasitesidir. Bu noktada anne babalar, eşler ve diğer aile üyeleri birincil destek kaynağı olarak kabul edilir. Fakat hane halkı üyeleri, beklenenden daha az yardım sağlayabilir veya kendileri de bu süreçte yardıma ihtiyaç duyabilir. Bu durum da, bakım veren yükü olarak ifade edilen farklı bir sorunu meydana getirir. Son olarak, kronik hastalığı olan bireyin desteklenmesi için tıbbi yardım ve gereksinim duyulan kaynaklara (ilaç, tıbbi malzeme, ambulans hizmetleri, evde bakım hizmetleri gibi) erişim, hastalığın stresini hafifletebilir veya şiddetlendirebilir.¹³ Tüm bu süreçte yaşanan psikososyal, ekonomik değişimler ve güçlükler, evlilik doyumunu azaltıcı etkiye sahip olmaktadır. Fakat, karşılaşılan güçlüklerle baş etmek için destek mekanizmalarının işlevsel olması, evlilik doyumunu arttırmada önemli bir faktördür.¹⁶ Aksi halde doyumun azalmasıyla beraber, evlilik yemininde yer alan “hastalıkta ve sağlıkta” sözü işlevini yitirerek ailenin parçalanmasına sebep olabilir.

Ailede, kronik hastalıklar karşısında yaşanan değişim sürecine, sağlıklı uyum sağlamanın anahtarı çoğunlukla bireysel ve kolektif olarak aile üyelerinin dayanıklı ve sorunların çözümünde etkili olabilmeleriyle yani direnç göstermeyle ilişkidir. Aile direnci; ailenin

değişim karşısında bozulmaya ve kriz durumlarına karşı esnek ve uyarlanabilir olmalarına yardımcı olan boyutları ve özellikleri olarak tanımlanabilir. Başka bir deyişle, aile direnci, bir ailenin şimdi veya gelecekte stres karşısında uyum sağlama, başa çıkma ve sorun çözme yolunu ifade etmektedir. Direnci yüksek olan dayanıklı aileler, gelişim düzeyi, risk ve koruyucu faktörlerin etkileşimine bağlı olarak stresli yaşam olayları karşısında olumlu yanıt verir.¹³ Fakat pek çok aile, hasta bir üyenin varlığından kaynaklanan güçlüklerle başa çıkarken savunmasızdır. Ailede yeterli sosyal destek sisteminin olmaması, aile içi çatışmalar, aile üyelerinin deneyimlediği çeşitli olumsuz yaşam olayları (işsizlik, göç, bağımlılık ve iflas gibi) bir hastalığın yarattığı krizle birleştiğinde, eşler arasındaki ilişki bozulmakta ve evlilik doyumunu azalmaktadır. Bu risk faktörlerine karşılık, birçok ailede hasta olan bireyle kolayca bağlantı kurabilme ve ihtiyaçların karşılanmasında destekleme ve ilgi gösterme davranışlarının olduğu görülür. Eşler arasında, birbirleriyle doğrudan iletişim kurma, beraber serbest zaman aktiviteleri yapabilmek için zaman ayırma, sağlık profesyonelleriyle güvenilir ilişki kurma ve etkili problem çözme becerisi evlilik doyumunun artmasını sağlayabilir.

Kronik hastalıklarda, evlilik doyumunu etkileyen faktörlere bakıldığında evliliğe ve hastalığa ilişkin özelliklerin belirleyici olduğu görülmektedir. Bu bağlamda aile öyküsü, eşler arası iletişim ve etkileşim, hangi eşin hasta olduğu, hastalığın yapısı ve türü ile başa çıkma becerisi ele alınabilir:

- **Aile Öyküsü:** Hastalık bakış açısıyla aile öyküsü, aile üyelerinin biyopsikososyal sağlığını ve ailenin hastalıklar açısından yaşadığı önceki krizlerden nasıl etkilendiğini içerir. Olumsuz deneyimler yaşayan ve hastalıklar karşısında fonksiyonel olmayan ailelerde hastalık bir kriz durumu yaratarak dengeyi bozabilir.¹⁸
- **Eşler Arasındaki İletişim ve Etkileşim:** Eşler arasında besleyici, iyi yapılandırılmış, açık ve net, eleştiri alma ve verme korkusu olmadan duyguları ifade etme özgürlüğünü barındıran iletişim ve etkileşim yapısı hastalığın neden olduğu sorunlarla başa çıkabilme potansiyelini beraberinde getirir. Buna karşın, aile üyelerinin çatışmalı, çelişkili, suçlayıcı ve yıkıcı bir iletişim kalıbına sahip olmaları sosyal desteğin

sağlanmasında zorluklar yaramakta ve evlilik doyumunu azaltmaktadır.¹⁹

- **Hangi Eşin Hasta Olduğu:** Heteroseksüel evliliklerde, kadının veya erkeğin hastalık tanısı alması, başka bir deyişle hangi eşin hasta olduğu, farklı ailede, farklı durumların yaşanmasına sebep olabilir. Örneğin, bir koca ve baba rolündeki erkeğin istihdam statüsünde radikal bir değişime uğrayan ciddi bir hastalık tanısı alması, aile yaşamı üzerinde kalıcı bir etkiye sahip olabilir.²⁰ Aynı zamanda, birbirine bağlı olma ve ayrılma korkusu yaşama, umutlar, hayaller ve beklentiler, eşlerden birinde meydana gelen ani bir değişikliğin ortaya çıkardığı kayıpları çevreleyen konulardır.
- **Hastalığın Yapısı ve Türü:** Hastalığın karakteristik yapısı, tedavi şekli, süresi ve birey üzerinde yarattığı etki gibi pek çok etken evlilik doyumunu da etkileme potansiyeline sahiptir.
- **Başa Çıkma Becerisi:** Başa çıkma, bireyin kişisel kaynakları ötesinde görülen stres yaratan koşulları yönetme ve yönlendirme sürecidir. Aile perspektifinde başa çıkma davranışları ise, aile üyelerinin hastalığın yol açtığı beklenmedik durumun aile hayatındaki değişime nasıl tepki verdiğinin bir ifadesini temsil eder. Hastalığa sahip olan bireylerin, stres etkenleri karşısında başa çıkma stratejileri, sorun çözme becerileri ve uyum kapasiteleri yetersiz olduğunda ortaya çıkan stresin olumsuz etkileri, bağışıklık sistemindeki mekanizmalara olumsuz şekilde yansımakta ve böylece hastalığa bağlı ataklar ortaya çıkmaktadır.¹⁷

Behçet Hastalığı ve Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalığı

Behçet hastalığı, “Ataklarla seyreden, tekrarlayan oral aft ve genital ülserler ile göz bulgularının yanı sıra kas-iskelet, nörolojik, solunum ve gastrointestinal sistem tutulumları gösteren, geniş dağılımlı bir vaskülitir”. Ataklar şeklinde yatışma (remisyon) ve alevlenmeler (relaps) ile meydana gelmekte olup, bulaşıcı değildir. Spesifik bir laboratuvar bulgusu olmadığından dolayı, teşhis hastadaki semptomlara bakılarak konulmakta ve bu nedenle hastalığın fark edilmesi güçleşmektedir. Hastalık sonucu en yaygın görülen morbidite nedeni, göz tutulumlarına bağlı körlüğün gelişmesi ve organ kayıplarıdır. Özellikle, nörolojik sistem ile sindirim

sisteminde oluşan tutulumlar ise en sık görülen ölüm nedenidir. Behçet hastalığı dünya çapında görülebilmektedir. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, hastalığın en sık İpek Yolu üzerinde bulunan ülkelerde yaşayan insanlarda görülmesi nedeniyle hastalık, “İpek Yolu Hastalığı” olarak da isimlendirilir. Dünya çapında hastalığın dağılımına bakıldığında ise, en sık Türkiye’de görüldüğü belirlenmiştir. Hastalık, genellikle 20’li ve 30’lu yaşlarda başlamakta beraber kadın ve erkeklerde görülme sıklığı eşittir.^{21,22}

Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF) ise “ataklarla seyreden karın, göğüs veya eklem ağrılarının eşlik ettiği ateş nöbetleri ile karakterize olan” kronik bir bağışıklık sistemi hastalığıdır. Hastalık, genetik mutasyonlara bağlı olarak gelişmekte olup soybağı ile aktarılmaktadır. FMF, Türkiye’nin de içinde bulunduğu Doğu Akdeniz Ülkelerinde yaşayan bireylerde daha sık görülür. Çocuklarda ortalama hastalık başlangıç yaşı dörttür. Yakınmalar, hastaların %65’inde hayatın ilk on yılında, %90’ında ise ilk 20 yılında ortaya çıkar. Erkeklerde, kadınlara oranla üç kat daha sık görülür. FMF hastalığında iyileşme süreci hızlıdır, fakat atak sıklığı haftada birden yılda bire kadar farklı aralıklarda olabilir. Atakları başlatan net bir etken yoktur ancak atakların menstrüasyon, duygusal stres veya ağır fiziksel aktivite dönemlerine rastladığı görülmüştür. Ataklar, çoğunlukla herhangi bir ön bulgu vermeden aniden ortaya çıkar ve kendiliğinden kaybolur. Ataklar arasında ise, hastalarda hiçbir fiziksel belirti görülmez.^{23,24}

Kronik hastalıklar, sisteme girerek kriz yaratan, ilişkileri etkileyen, dengenin yeniden kurulmasını gerektiren bir olgudur. Bu durumda, çiftler arasındaki evlilik ilişkisinden sağlanan doyum da etkilenmektedir. Bu doğrultuda çalışmanın amacı, Behçet Hastalığı ile Ailevi Akdeniz Ateşi Hastalığı (FMF) tanısı almış olan çiftlerin evlilik doyumunun irdelenmesidir.

YÖNTEM

Genel tarama modelinde tasarlanan bu çalışmada, Behçet ve Ailevi Akdeniz Ateşi Hastaları Derneği’ne kayıtlı olan en az biri Behçet hastalığı ve FMF tanısı alan 68 evli çift ile çalışılmıştır. Veriler 20 Şubat 2017- 1 Haziran 2017 tarihleri arasında elde edilmiş olup, araştırma kesitsel bir çalışmadır. Araştırmada, veriler dernekte düzenlenen Uzman-Hasta Buluşmalarında Konya ve

Ankara’da toplanmıştır. Veri toplamak amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan soru kâğıdı ile Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri kullanılmıştır.

Soru Kâğıdı: Araştırmacılar tarafından, literatür taramasına dayanılarak hazırlanan form 2 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hastaların ve eşlerin sosyo-demografik özellikleri ve hastalığa dair bilgileri belirlemek amacıyla, katılımcılara yöneltilen 43 soru mevcuttur. İkinci bölümde ise, hastalık sonrasında aile ilişkileri ve sosyal çevre ile olan ilişkilerin nasıl değiştiğini belirlemek üzere 3’lü Likert tipinde yanıtlanabilecek 13 soru bulunmaktadır.

Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri (GREDE): Evli veya beraber yaşayan çiftler arasındaki ilişkinin kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılan GREDE; Rust, Bennun, Crowe ve Golombok (1990) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe’ye geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 2014 yılında Duyan ve Çamur Duyan tarafından yapılmıştır. 28 maddeden oluşan GREDE, eşler arasındaki cinsel ilişkiyi içermeyen, evlilik durumunu değerlendiren tek boyutlu bir ölçme aracı niteliğinde olup, daha önceden yayınlanmış olan Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri’nin (GRISS) yardımcıdır. GREDE’deki maddeler, ilişkiden tatmin olma, iletişim, ortak ilgiler, güven ve saygı alanlarını içermekte olup tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınan düşük puanlar, evlilik doyumunun yüksek; yüksek puanlar ise evlilik doyumunun düşük ve ilişkideki sorunların ciddi olduğu anlamına gelmektedir (Duyan ve Çamur Duyan, 2014). Buna göre 16 puan ve daha düşük ise tanımsız, 17-21 puan “çok iyi”, 22-25 puan arasında “iyi”, 26-29 arasında “vasatın üstünde”, 30-33 arasında “vasat”, 34-37 arasında “zayıf”, 38-41 arasında “kötü”, 42-46 arasında “ciddi sorunlar” ve 47 ve üstünde puanlar “çok ciddi sorunları” işaret etmektedir.

Araştırma kapsamında elde edilen veriler, SPSS 22.0 paket programına girilmiş ve uygun tanımlayıcı istatistikî teknikler kullanılarak analiz edilmiştir.

BULGULAR

Araştırma bulguları, sosyodemografik ve evliliğe dair özellikler ile evlilik doyumunu ele alan iki kısımda aktarılacaktır. Katılımcıların sosyoekonomik özelliklerine ilişkin bulgular tablo 1’de yer almaktadır.

Tablo 1. Sosyodemografik özellikler		
	Sayı	Yüzde
Yaş grubu		
25-30 yaş	23	16,9
31-35 yaş	33	24,3
36-40 yaş	28	20,6
41-45 yaş	15	11
46-50 yaş	19	14
51 Yaş ve Üstü	18	13,2
Eğitim		
İlkokul	8	5,9
Ortaokul	17	12,5
Lise	45	33,1
Önlisans ve Lisans	58	42,6
Lisansüstü	8	5,9
Gelir dağılımı		
0-1000 tl arası	34	25
1001 tl-1999 tl arası	21	15,4
2000 tl-2499 tl arası	27	19,9
2500 tl-2999 tl arası	18	13,2
3000 TL ve Üstü	36	26,5
Yaşama yeri		
Konya	89	65,4
Ankara	47	34,6
Hastalıklar		
FMF hastalığı	45	33,1
Behçet hastalığı	23	16,9
Diğer	16	11,8
Yok	52	38,2
Hastalığı deneyimleme süresi		
1 yıldan az	4	5
1-5 yıl	22	26
6-10 yıl	15	18
11-15 yıl	8	10
15 Yıl ve Üstü	35	42

Buna göre katılımcıların %16,9'u (n=23) 25-30 yaş, %24,3'ü (n=33) 31-35 yaş, %20,6'sı (n=28) 36-40 yaş, %11'i (n=15) 41-45 yaş, %14'ü (n=19) 46-50 yaş ve %13,2'si (n=18) ise 51 yaş ve üstü gruptadır. Katılımcıların %5,9'u (n=8) ilkokul, %12,5'i (n=17) ortaokul, %33,1'i (n=45) lise, %42,6'sı (n=58) önlisans veya lisans ve %5,9'u (n=8) lisansüstü mezundur. Katılımcıların istihdam alanları değerlendirildiğinde, %46,3'ü (n=63) kamu, %27,9'u (n=38) özel sektörde çalışmaktadır. %22,7'si (n=31) ise ev hanımı olup %2,9'u (n=4) ise işsizdir. Gelir durumlarına göre dağılımda ise, katılımcıların %25'i (n=34) 0-1000 TL, %15,4'ü (n=21) 1001 TL-1999 TL, %19,9'u (n=27) 2000 TL-2499 TL, %13,2'si (n=18) 2500 TL-2999 TL ve %26,5'i (n=36) 3000 TL ve üstü gelir grubunda yer almaktadır. %97,1'si (n=132) gelirlerinin, giderlerini karşıladığını belirtmiştir. Katılımcıların %65,4'ü (n=89) Konya ve

%34,6'sı (n=47) Ankara'da yaşamaktadır. Katılımcıların hastalık tanılarına bakıldığında %38,2'sinin (n=52) hastalığı yokken; %33,1'i (n=45) FMF, %16,9'u (n=23) Behçet Hastalığı ve %11,8'i (n=16) tansiyon, diyabet, guatr gibi diğer hastalık tanılarına sahiptir. Bununla beraber, katılımcıların %15,4'ünün (n=21) ruhsal hastalığa sahip olduğu ve %6,6'sının (n=9) engelli olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %64,7'sinin (n=88), aile üyelerinde hastalık tanısı alan bireylerin olduğu belirtilmiştir. Hastalık tanısı alan 84 katılımcının %5'i (n=4) 1 yıldan az, %26'sı (n=22) 1-5 yıl, %18'si (n=15) 6-10 yıl, %10'u (n=8) 11-15 yıl ve %42'si (n=35) 15 yıl ve daha fazla süredir hastalığı deneyimlemektedir. Hastalık tanısı alan katılımcıların %43'ü (n=36) hastaneye yatmadıklarını; %23'ü (n=19) bir kez ve %35'i (n=29) iki ve daha fazla kez hastaneye yattıklarını belirtmiştir.

Tablo 2. Evliliğe ilişkin bilgiler		
Evlenme şekli	Sayı	Yüzde
İsteyerek	94	69,1
Görücü usulü	42	30,9
Evlilik süresi		
1-5 yıl	28	20,6
6-10 yıl	24	17,6
11-15 yıl	24	17,6
16 ve üstü	60	44,1
Çocuk sahibi olma		
Var	61	89,7
Yok	7	10,3
Kaçıncı evlilik		
Birinci	130	95,6
İkinci	6	4,4

Tablo 3. Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanterinden (GREDE) alınan puanların dağılımı		
	Sayı	Yüzde
Tanımsız	6	4,4
Çok iyi	19	14,0
İyi	15	11,0
Vasat üstü	9	6,6
Vasat	28	20,6
Zayıf	11	8,1
Kötü	22	16,2
Ciddi sorunlar	12	8,8
Çok ciddi sorunlar	14	10,3
Toplam	136	100,0

Katılımcıların, evliliklerine ilişkin bulgular tablo 2’de gösterilmektedir. Buna göre katılımcıların tamamı resmi nikâhla evli olup, çiftlerin evlenme şekli incelendiğinde %69,1’inin (n=94) isteyerek ve %30,9’unun (n=42) ise görücü usulü ile evlendikleri Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanterinden (GREDE) alınan puanların dağılımı tablo 3’te yer almaktadır. Buna göre, katılımcıların %4,4’ü (n=6) tanımsız, %14’ü (n=19) çok iyi ve %11’i (n=15) iyi olarak tanımlanan puanlar almıştır. Diğer yandan, katılımcıların %6,6’sı (n=9) vasat üstü, %20,6’sı (n=28) vasat ve %8,1’i (n=1) zayıf puan aralığında yer almıştır. Katılımcıların %16,2’si ise (n=22) kötü, %8,8’i (n=12) ciddi sorunlar ve %10,3’ü (n=14) çok ciddi sorunları işaret eden puanlar elde etmişlerdir.

Behçet ve FMF Hastalığı tanısı alan çiftlerin, aile ve sosyal çevreyle ilişkilerine ilişkin bulgular tablo 4’te gösterilmiştir. Buna göre hastalık sonrasında aile içi ilişkiler açısından, katılımcıların %52,2’si (n=71) ilişkilerin değişmediğini; %33,1’i (n=45) bozulduğunu ifade etmiştir. Aile düzeni açısından bakıldığında %55,9’u (n=76) değişmediğini, %23,5’i (n=32) güçlendiğini ve %20,6’sının (n=28) bozulduğunu ifade etmiştir. Komşuluk ilişkilerine odaklanıldığında, katılımcıların

görülmektedir. Çiftlerin %20,6’sının (n=28) evlilik süresi 1-5 yıl, %17,6’sının (n=24) 6-10 yıl ve 11-15 yıl (n=24) ve %44,1’inin (n=60) 16 yıl ve üstü olarak belirlenmiştir. Çiftlerin %89,7’sinin (n=61) çocuğu vardır ve %95,6’sı (n=130) birinci evliliklerini yapmıştır.

%66,2’sinin (n=90) hastalık sonrasında komşularıyla ilişkilerinin değişmediğini, %18,4’ünün (n=25) bozulduğunu ve %15,4’ünün (n=21) güçlendiğini belirtmiştir. Arkadaşlık ilişkileri değerlendirildiğinde ise, katılımcıların %49,3’ünün (n=67) arkadaşlarıyla ilişkilerinin değişmediğini, %31,6’sının (n=43) bozulduğunu ve %19,1’inin (n=26) güçlendiğini düşündüğü görülmektedir. Behçet ve FMF hastalığı tanısı alan çiftlerin, aile içi ilişkilerine ilişkin bulgulara bakıldığında ise hastalık sonrası katılımcıların %24,3’ü (n=33) aile üyeleriyle birlikte gezmeye gitmenin azaldığını; %12,5’i (n=1) aile üyeleriyle sohbet etmenin azaldığını, %13,2’si (n=18) aile üyeleriyle önemli konuları paylaşmanın azaldığını ve %8,1’i (n=11) arttığını; %30,1’i (n=41) aile üyelerine küçük düşürücü söz söyleme davranışlarının azaldığını ve %12,5’inin (n=17) arttığını; %28,7’sinin (n=39) aile üyelerinin birbirine destek olmasında arttığını; %29,4’ünün (n=40) aile üyeleri arasında kırgınlığın azaldığını ve

Tablo 4. Behçet ve FMF Hastalığı tanısı alan çiftlerin hastalık sonrasında aile üyeleriyle ilişkilerine ilişkin bulgular		
Aile üyeleriyle birlikte gezmeye gitme	Sayı	Yüzde
Azaldı	33	24,3
Değişmedi	98	72,1
Arttı	5	3,7
Aile üyeleriyle sohbet etme		
Azaldı	17	12,5
Değişmedi	115	84,6
Arttı	4	2,9
Aile üyeleriyle önemli konuları paylaşma		
Azaldı	18	13,2
Değişmedi	107	78,7
Arttı	11	8,1
Aile üyelerine küçük düşürücü söz söyleme		
Azaldı	41	30,1
Değişmedi	78	57,4
Arttı	17	12,5
Aile üyelerinin birbirine destek olması		
Azaldı	24	17,6
Değişmedi	73	53,7
Arttı	39	28,7
Aile üyeleri arasında kırgınlık		
Azaldı	40	29,4
Değişmedi	71	52,2
Arttı	25	18,4
Aile üyelerine karşı şiddet uygulama		
Ailede şiddet yoktur	130	95,6
Azaldı	3	2,2
Değişmedi	3	2,2
Eşle cinsel ilişki sıklığı		
Azaldı	81	59,6
Değişmedi	51	37,5
Arttı	4	2,9

%18,4'ünün (n=25) arttığını ve eşle cinsel ilişkiler boyutunda katılımcıların %59,6'sı (n=81) cinsel ilişki sıklığının azaldığını ifade etmiştir.

TARTIŞMA

Kronik hastalıklar hem aile ilişkilerinde, hem de sosyal çevre ile olan ilişkilerde sorunların oluşmasına neden olabilir. Örneğin, hastalığın neden olduğu kısıtlamalar ve tedavinin gereklilikleri ailedeki rolleri ve günlük rutinleri değiştirebilir. Aile üyeleri, suçluluk, öfke, hüznün, korku, kaygı ve çökkünlük gibi olumsuz duygular yaşayabilir. Bu açıdan bakıldığında ailenin yaşam kalitesi ve evlilik doyumu etkilenebilir. Golics ve arkadaşlarının çeşitli kronik hastalıklara sahip olan 133 aile ile

yaptığı çalışmada,²⁵ özellikle bakım veren aile üyeleri arasında, günlük aktivitelerde çalışma yaşamı olumsuz olarak etkilendiği için, ekonomik ve sosyal ilişkiler ciddi şekilde olumsuz etkilenmekte ve ailenin yaşam kalitesi azalmaktadır. Lahat ve arkadaşlarının²⁶ ise, Behçet ve FMF hastalığı gibi otoimmün hastalıklar grubunda yer alan Chron hastası olan 134 kişiyle yaptıkları çalışmada, katılımcıların %70'i tedavi sürecine aile üyelerinin desteğinin hastalıkla daha iyi başa çıkmalarına yardımcı olabileceğini ifade etse de, bu süreçte aile içi ilişkilerin olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Kronik hastalıkların, aileyi böylesine derinden etkilemesine karşın, literatürde Behçet ve FMF hastalarının aile ilişkilerini odak alan çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir.

Örneğin, Behçet hastalarının aileleriyle olan ilişkisini ele alan Okyayuz'un²⁷ 34 kanser ve 37 Behçet Hastasının ailelerini incelediği çalışmada, Behçet Hastalarının aile işlevlerinde belirgin bozulmaların olduğu ifade edilmektedir. Aile üyeleri arasında, şiddet ve kırgınlık, sağlıksız işlev gösteren aileleri işaret eden en önemli unsurlardandır. Bu aileler, aralarındaki çatışmaları çözmekte güçlük çeker. Fakat özellikle hastalık gibi hem hastalık tanısı alan bireyde hem de diğer aile üyelerinde strese ve krize neden olabilmeye potansiyeli olduğunda bu çatışmaların çözümleri beklenir. Hastalık sonrasında ise, aile üyeleri arasındaki ilişkilere bakıldığında kırgınlık ve şiddetin arttığına dair sonuçlara ulaşılmıştır. Bu araştırma kapsamında, hastalık sonrasında aile ve sosyal çevre ile ilişkiler; genel olarak aile içi ilişkiler, aile düzeni, komşuluk ilişkileri ve arkadaşlık ilişkileri bağlamında geniş açıdan irdelenmiştir. İlk olarak, hastalık sonrasında aile içi ilişkiler ele alındığında, katılımcıların önemli bir bölümü aile içi ilişkilerin ve aile düzeninin bozulduğunu ifade etmiştir. Elde edilen bu bilgiyle, hastalık tanısı almanın aile işlevlerini olumsuz etkileme potansiyelinin olduğu söylenebilir. Buradan hareketle, araştırma sonucunda elde edilen bu bulguların Okyayuz'un²⁷ çalışmasıyla benzerlik gösterdiği; dahası, bu hastalıkların aile işlevlerinde bozulmalara yol açarak, evlilik doyumunu olumsuz yönde etkilediği ifade edilebilir.

Aile ilişkilerinin yanı sıra, sosyal çevrede yer alan geniş aile üyeleri, akrabalar, arkadaşlar ve komşularla ilişkiler de hastalık durumundan etkilenir. Literatürde, Behçet ve FMF hastalıklarına benzer özellikler taşıyan hastalıklara sahip bireylerle yapılan çalışmalarda da sosyal çevre ile ilişkilerin nasıl değiştiğine dair kesin yordayıcıların bulunmadığı görülmektedir.²⁸ Örneğin Troy'un²⁹ çalışmasında, Crohn ve ülseratif kolit gibi hastalığa sahip olan bireylerin yakın ilişkiler kurmakta zorlandıkları ve sosyal yaşamda izole oldukları ifade edilmektedir. Bu çalışmada ise, komşuluk ilişkileri açısından konu ele alındığında katılımcıların hastalık sonrasında komşularıyla olan ilişkilerinin değişmediğine, bozulduğuna ve güçlendiğine dair görüşlerinin olduğu görülmektedir. Hastalık sonrasında arkadaşlık ilişkileri değerlendirildiğinde ise komşuluk ilişkilerine benzer biçimde yanıt verdikleri belirlenmiştir. Elde edilen bu bilgi de, tıpkı literatürdeki çalışmalar gibi hastalıkların sosyal çevreyle olan ilişkilere farklı etkilerinin olabileceğini göstermektedir.

Cinsellik insanların fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamının önemli bir parçasıdır. Fakat cinsel işlevlerde meydana gelen bozukluklar, bireyin yakın ilişkiler kurmasını veya bu ilişkilerdeki süreçleri olumsuz olarak etkileyebilme potansiyeline sahiptir. Kronik hastalıkların, cinsel işlevler üzerinde negatif etkilerinin olduğunu ve bu durumun evlilik doyumunu olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar literatürde yer almaktadır.¹⁷ Bu noktada, evlilik doyumunda oldukça önemli olan eşle cinsel ilişkiler boyutunda, katılımcıların büyük çoğunluğu cinsel ilişki sıklığının azaldığını ifade etmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bu bulgu, literatürde ortaya konulan çalışmaları desteklemektedir. Örneğin Koçak ve arkadaşlarının, 71 Behçet hastası kadınla yaptıkları çalışmada, cinsel ilişki sıklığında azalma ve cinsel uyarılmada düşüş olduğu belirlenmiştir.³⁰ Benzer biçimde, Hiz ve arkadaşlarının, Behçet hastası olan 42 erkekle yaptığı çalışmada, hastalıktan kaynaklanan oral ve genital aftların cinsel işlevi olumsuz yönde etkilediği ortaya konulmuştur.³¹ Bu çalışmalar ışığında, Behçet ve FMF hastalıkları ortaya çıktığı dönem açısından, cinselliğin ve doğurganlığın en üst düzeyde olduğu dönemde görüldüğü söylenebilir. Bu doğrultuda, bu çalışmada cinsellik ile hastalık tanısı sonrasında eşler arasındaki ilişki bu çalışmada irdelenmiş ve bu hastalıkların evlilik doyumunu azaltıcı etkisi olduğu görülmüştür.

Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanterinden (GREDE) aldığı puanlara bakıldığında, katılımcıların yarısının evlilik doyumlarının düşük olduğunu işaret eden puan aralığında yer aldığı görülmektedir. Evlilik doyumunu ve cinsiyet değişkeni arasındaki ilişkiye dair, literatürdeki araştırmalara bakıldığında farklı sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür. Bu çalışmada kötü, ciddi sorunlar ve çok ciddi sorunlar puan aralığında kadın eşlerin daha sık yer aldığı görülmektedir. Bu bulguya göre, kadınların evlilik doyumunun daha düşük olduğu ifade edilebilir.

SONUÇ

Bu çalışmada, bireyin evlilik ilişkisindeki gereksinimlerini ve taleplerini karşılama derecesine yönelik algısı olarak tanımlanabilen evlilik doyumunu, Behçet ve FMF hastalığı olan çiftlerin evliliği odak alınarak incelenmiştir. Aile ve sosyal çevreyle ilişkiler açısından, hastalık sonrası aile üyeleriyle birlikte gezmeye gitmenin, sohbet etmenin, aile üyeleriyle önemli konuları paylaşmanın, aile üyelerine

karşı şiddet uygulamanın, aile üyelerinin birbirine desteğinin ve cinsel ilişkinin azaldığı; aile üyeleri arasında kırgınlığın, aile üyelerine küçük düşürücü söz söylemenin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Aynı zamanda aile içi ilişkilerle beraber, komşuluk ve arkadaşlık ilişkilerinin de bozulduğu belirlenmiştir. Buradan hareketle, hastalık sonrası meydana gelen değişimler açısından Behçet ve FMF hastalığının aile ve sosyal çevre ile kurulan ilişkiyi olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılabilir. Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanterinden (GREDE) alınan puanlara bakıldığında, Behçet ve FMF hastalığı tanısı alan bireylerin evlilik doyumunun düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Cinsiyet açısından evlilik doyumunda ise, kadınların evlilik doyumunun daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu veriler ışığında, Behçet ve FMF hasta olan çiftlere aile danışmanlığı, psikoeğitim ve cinsel danışmanlık hizmetlerinden faydalanmaları önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Cihan Güngör H. Evlilik doyumunu açıklamaya yönelik bir model geliştirme. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, 2007; 1-2.
2. Tezer E. Evlilik ilişkisinden sağlanan doyum: evlilik yaşamı ölçeği. Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 1996; 7 (2): 1-7.
3. Unger DG, Jacobs SB, Cannon C. Social support and marital satisfaction among couples coping with chronic constructive airway disease. *Journal of Social and Personal Relationships* 1996; 13(1): 123-142.
4. Hagedoorn M, Kuijer RG, Buunk BP, Dejong GM, Wobbles T, Sanderman R. Marital satisfaction in patients with cancer: does support from intimate partners benefit those who need it most?. *Health Psychology* 2000; 19(3): 274.
5. Romero C, Lindsay JE, Dalton WT, Nelson DV. Husbands' perceptions of wives' adjustment to breast cancer: the impact on wives' mood. *Psychooncology* 2008; 17: 237-43
6. Duyan V, Çamur Duyan G. Golombok-Rust evlilik durumu envanterinin Türkçe sürümünün bir grup evli çift üzerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2014; 8(3): 100-107.
7. Erden AD. Kendini izleme tarzı, yakın ilişkilerde yaşanan kaygı ve algılanan eş davranışlarının evlilik doyumuna etkisinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, 2016; 5-8.
8. Kaplan K. Evli bireylerde toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumların, evlilik doyumuna ve psikolojik iyi oluş durumuna etkisinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bilim Dalı, 2016; 15.
9. Buss DM. *The evolution of desire*. 1st ed. USA: Basic Books; 2005. p.50.
10. Uçak D. Evli çiftlerin kişilik özelliklerinin evlilik doyumuna etkisinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Bilim Dalı, 2015; 7-8.
11. Yalçın Koçkan S. Evli çiftlerde otomatik düşüncelerin ve bilişsel çarpıtmaların evlilik doyumuna etkisinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı, 2015; 11-12.
12. Lynch J, Smith, GD. A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annual Review of Public Health* 2005: 1-38.
13. Power PW, Orto AE. Perspectives on illness and disability. In Power PW, Orto AE, editor. *Families living with chronic illness and disability: interventions, challenges, and opportunities*. 1st ed. New York: Springer Publishing; 2004. p. 5-27.
14. Ogden J. Sağlık psikolojisi. Dirlik G. çev.editörleri. 1.baskı. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2016.p. 132-150.
15. Kübler-Ross E, Kessler D. *On grief and grieving: finding the meaning of grief through the five stages of loss*. 1st ed. New York: Simon and Schuster; 2014. p. 65-85.
16. Paterson BL. *Meta-study of qualitative health research: A practical guide to meta-analysis and meta-synthesis*. 3rd ed. USA: Sage; 2001. p. 72-80.
17. Karlıdağ R, Ünal S, Evereklioglu C, Sipahi B, Er H, Yoloğlu S. Stressful life events, anxiety, depression and coping mechanisms in patients with Behçet's disease. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2003; 17(6): 670-675.
18. Berg CA, Upchurch R. A developmental-contextual model of couples coping with

- chronic illness across the adult life span. *Psychological Bulletin* 2007; 133(6): 920.
19. Rosland AM, Heisler M, Piette JD. The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review. *Journal Of Behavioral Medicine* 2012; 35(2), 221-239.
 20. Stanton AL, Revenson TA, Tennen H. Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. *Annu. Rev. Psychol* 2007; 58: 565-592.
 21. Behçet H. Über rezidivierende, aphthöse, durch ein virus verursachte geschwüre am munde, am auge und an den genitalien. *Dermatologische Wochenschr* 1937; 36: 1152-1157.
 22. Demirhindi O, Yazıcı H, Binyıldız P, Dayıoğlu T, Tüzün Y, Altaç M. Silivri ve Fener köyü ve yöresinde Behçet hastalığı sıklığı ve bu hastalığın toplum içinde taranmasında kullanılabilecek bir yöntem. *Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dergisi* 1981; 12: 509-504.
 23. Özaltın F, Özen S. Ailevi Akdeniz Ateşi. *Türkiye Tıp Dergisi* 2003; 10(2): 93-97.
 24. Padeh S, Berkun Y. Familial Mediterranean fever. *Current Opinion In Rheumatology* 2016; 28(5): 523-529.
 25. Golics CJ, Basra MKA, Salek MS, Finlay AY. The impact of patients' chronic disease on family quality of life: an experience from 26 specialties. *International Journal of General Medicine* 2013; 6: 787.
 26. Lahat A, Neuman S, Eliakim R, Ben-Horin S. Partners of patients with inflammatory bowel disease: how important is their support?. *Clinical and Experimental Gastroenterology* 2014; 7: 255.
 27. Okyayuz ÜH. Kanser ve Behçet hastalarının ailelerinin duygudurum ve aile işlevleri açısından incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi* 2004; 19(53): 87-99.
 28. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science* 1988; 241(4865): 540-545.
 29. Troy, ML. The Impact IBD Can Have on Friends and Family. *Health Union* 2016;1: 1-10.
 30. Koçak M, Başar MM, Vahapoğlu G, Mert HÇ, Güngör Ş. The effect of Behçet's disease on sexual function and psychiatric status of premenopausal women. *The Journal of Sexual Medicine* 2009; 6(5): 1341-1348.
 31. Hiz O, Ediz L, Gülcü E, Tekeoğlu İ. Effects of Behçet's disease on sexual function and psychological status of male patients. *The Journal of Sexual Medicine* 2011; 8(5): 1426-1433.



Original Research / Özgün Araştırma

What Women Think About Their Spouses' Participation to The Arrangement of Fertility?

Kadınlar Eşlerinin Doğurganlığın Düzenlenmesine Katılımı Konusunda Ne Düşünüyor?

Dilek Bilgiç^{*1}, Gübahtiyar Demirel², Gülseren Dağlar²

ABSTRACT

Objective: The study was conducted to determine the thoughts of the women about the participation of their spouses' into the matter of the arrangement of fertility. **Methods:** Study is a questionnaire –based descriptive and cross-sectional study. The sample hereby consists of 247 women patient who applied to family planning department and gynecology polyclinic of a State Hospital between June-November 2014 and who accepted to attend the research. Women took the survey, designed by researchers via reviewing the literature. **Results:** The rate of using method for arrangement fertility in the study of women was 58.3%. Of these women, 65.3% think that their husbands should also use relevant birth control method. Most of the participants believe that the women take responsibility for the arrangement of the fertility; in which 48.2% believe that this is due to unwillingness of males for using birth control method. 83.3% of the women thought that men should participate in arrangement of the fertility. **Conclusion:** Women believe that men should also take role in arrangement of fertility and their spouses do not take adequate responsibility in this issue. Despite the advantaged positions of men in the subject of arrangement of fertility in Turkey, their roles in family planning remains largely unutilised. Fertility programs should target participation of males.

Key words: Arrangement of fertility, male involvement, women's opinions, family planning.

ÖZET

Amaç: Araştırma doğurganlığın düzenlenmesine eşlerinin katılımı konusunda kadınların düşüncelerini belirlemek amacıyla yapıldı. **Yöntem:** Çalışma, ankete dayalı, tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Çalışmanın örneklemini Haziran-Kasım 2014 tarihleri arasında bir Devlet Hastanesinin aile planlaması bölümüne ve kadın doğum polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 247 evli kadın oluşturmuştur. Kadınlara araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan anket formu uygulanmıştır. **Bulgular:** Araştırmada doğurganlığın düzenlenmesi için kadınların yöntem kullanım oranı %58.3 olarak saptanmıştır. Bu kadınların %65,3'ü eşlerinin de yöntem kullanması gerektiğini düşünmektedir. Kadınların çoğu fertilitenin düzenlenmesinde kendilerinin sorumluluk aldığını, bunun sebebi olarak da %48.2 oranında kadın, erkeklerin yöntem kullanmak istememesinden kaynaklandığını düşünmektedir. Kadınların %83.3'ü erkeklerin doğurganlık düzenleme konusuna katılmaları gerektiğini düşünmektedir. **Sonuç:** Çalışmada kadınlar erkeklerinde doğurganlığın düzenlenmesine katılmaları gerektiğini ve doğurganlığın düzenlenmesinde eşlerinin yeterince sorumluluk almadıklarını düşünmektedirler. Türkiye'de fertilitenin düzenlenmesi konularında erkeklerin avantajlı konumlarına rağmen, aile planlamasındaki rolü büyük oranda kullanılmamaktadır. Fertilitite programlarına erkeklerin de katılmaları hedeflenmelidir. **Anahtar kelimeler:** Fertilitenin düzenlenmesi, erkek katılımı, kadınların görüşleri, aile planlaması

Received Date / Geliş tarihi: 24.04.2018, Accepted Date / Kabul tarihi: 04.06.2018

¹ Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye

² Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Sivas, Türkiye

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Dilek Bilgiç, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD, İzmir, Türkiye

E-mail: dilekbilgic44@gmail.com

Bilgiç D, Demirel G, Dağlar G. What Women Think About Their Spouses' Participation to The Arrangement of Fertility? TJFMPC, 2018;12(4): 250-257.

DOI: 10.21763/tjfmpe.462898

INTRODUCTION

The concept of reproduction includes both the female and male. Today, instead of “Family Planning” (FP) the concept of “arrangement of fertility” is preferred. “Arrangement of fertility” is defined as “woman’s and man’s capability of having authority on fertility as they have been informed on the matter, and to arrange their fertility through effective, secure and payable, acceptable contraceptive methods which may be selected by themselves”.¹ Nevertheless, FP programs are women- oriented and in various developing countries the main factor that limits utilization of services and acceptability of the methods is non-awareness regarding FP services.²

Participation of men into the arrangement of fertility is sine qua non of the women reproductive health. The recent trend in this field is to target increasing men’s participation into the arrangement of the fertility and the reproductive health as well as developing their visions thereof, aiming that the women should support their spouses to participate in reproductive health issues and to meet their own reproductive health requirements.³

In developing countries, men generally accept that the arrangement of fertility is under the couples’ sharing, however they believe the contraception methods should be used by women. For this reason, information regarding using of FP methods by the men is considerably weak. Despite regional and national variations regarding the use of FP methods, contraceptive method use by men worldwide is steadily low with a rate of one fourth, within last 20 years.⁴ In Turkey, male contraceptive method utilization is not common yet today. Contraception is rather being considered as a responsibility of the woman. At the same time, due to its authoritarian and paternalistic structure, the law of domestic relations entails the man’s consent for the use of FP method, in just the same way as in any other issue.⁵ Therefore, instead of woman’s making a joint decision with his husband for the selection of a contraceptive method or for reproductive health decisions, the spouse’s decision seems to be effective. As a matter of fact, Turkish Population and Health Research (2013) results reveal an increase in the rate of use of contraceptive methods by women in case of their husbands’ consent for FP usage.⁶ Men generally do not have tendency to discuss family planning issues with their wives. When men display an affirmative approach on the arrangement of fertility and support their wives

in this regard and when they show a participatory approach instead of determinative one, this will assist couples to access and use methods, thus service availability and permanency will be enabled. It is considered that; determination of women’s thoughts on the matter may both change men’s approach towards the arrangement of fertility and may increase their susceptibility on their participation into the issue of the arrangement of fertility.

The purpose of the study is to determine the spouses’ thoughts on the participation of the men into the arrangement of fertility.

SUBJECT AND METHODS

This research was designed as a descriptive and cross-sectional study. On specified dates, were interviewed with 505 randomly selected women. The inclusion criteria were as follows: currently not being pregnant, being sexually active, living with her spouses, not having an infertility problem, not being in menopausal period, and having a spouse / partner currently using family planning method or who used it previously, being able to communicate in Turkish and agreeing to participate in the study. The sample of the research is comprised of 247 women who applied to the family planning department and gynecology department of a hospital between 30 June - 30 December 2014.

Ethical considerations

The study conformed to scientific and ethical principles outlined in the Declaration of Helsinki. The study was approved by Local ethics committee. Informed consent was obtained from all the women before data collection. All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Declaration of Helsinki and its later amendments or comparable ethical standards.

Data collection

Data was collected via questionnaire, composed of socio-demographic variables and questions on the participation of their spouses into the issue of arrangement of fertility. Questions are prepared on the basis of relevant literature search. Questionnaire was applied face to face by the researcher.

Statistical analysis

Data was analyzed with SPSS (14.0) statistical software. Mean, standard deviation, percentage and “chi- square test” were done for the assessment and comparison of the distribution of the data. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

RESULTS

The mean age of the participants was 29.80 ± 7.01 (ranging from 17 to 51). 46.6% of the

participants were between the ages of 26 and 35, 53.4% of them are primary school graduate, 24.3% of them are currently employed, 70.0% of them were married between the ages of 18 and 25, 40.5% of the women are married for 6 to 15 years. When it comes to the spouses of the women who took the survey; 54.7% of them are between the ages of 26 and 35, 63.2% are high school graduate or have license degree and %89.5 are currently employed. Table 1 shows socio-demographic characteristics of women.

	n	%
Age		
25 years and under	76	30.8
26-35 years	115	46.6
36-45 years	52	21.1
46-50 years	4	1.6
Education		
None	7	2.8
Primary education	132	53.4
High school and over	108	43.7
Employment status		
Employed	60	24.3
Unemployed	187	75.7
Age group of the spouse		
25 years and under	29	11.7
26-35 years	135	54.7
36-45 years	65	26.3
46 years and over	18	7.3
Education of the spouse		
None	2	0.8
Primary education	89	36.0
High school and over	156	63.2
Working status of the spouse		
Working	221	89.5
Not working	26	10.5
Marriage age group		
17 years and under	50	20.2
18-25 years	173	70.0
26-33 years	21	8.5
34 years and over	3	1.2
Marriage year		
5 years and under	98	39.7
6-15 years	100	40.5
16-25 years	42	17.0
26 years and over	7	2.8
Total	247	100

From obstetric point of view; 81.8% of the women stated that they are happy for being a mom, 43.7 % of them have 3 or more pregnancies and 76.1% of them have elementary families. It was determined that 52.6% of the women wish to have 3 children or over. The rate of use of any contraceptive method for the arrangement of fertility was determined as 72.5%, with the most commonly used methods of "Intrauterin device (IUD)", male condom and withdrawal. More than half of the participants were using a contraceptive method which is used by women (58.3%,

n=144). Only 30% of the women stated that they went to family planning center with their spouses. When the thoughts of the women on the participation of their spouses into the arrangement of fertile is examined, most of the women (80.6%) stated that they wish to go to family planning center with their spouses. Data about fertility arrangement of women is shown in Table 2. Almost whole of the women who are using contraceptive methods are happy with the methods they are using (Table 2), however 65.3% of them believe that their spouses should also apply relevant methods.

Table 2. Data about fertility arrangement of women (n= 247)		
	n	%
Number of children wanted		
1	10	4.0
2	107	43.4
3 and over	130	52.6
Ever use of contraceptive		
Yes	179	72.5
No	68	27.5
Currently used contraceptive		
Method in respect of the women	144	58.3
Method in respect of the men	103	41.7
Willingness of women for contraceptive use		
Yes	133	92.1
No	11	7.9
Person who accompany women when they go to the family planning center		
Relatives	43	17.4
Spouse	74	30.0
Alone	99	40.1
Does not go to family planning center	31	12.6
Wish for her spouse would come with her to family planning center (n=216)		
Yes	174	80.6
No	42	19.4
The reason why she does not want her spouse to come to the family planning center with her (n=42)		
Not need	28	66.7
He does not want himself, he is beware	14	33.3

Table 3 shows the thoughts of women about their spouses' participation into the arrangement of fertility. When the reasons behind this opinion are queried, most frequent replies were as follows: "the use of method by men is easier" (46.2%), "the methods used by the men have less side effects" (20.9%), and "men should also take responsibility" (19.6%). It is particularly remarkable that the rate of women who stated that their husbands could use condom is 58.8% (Table 3). Most of the women (88.3%) believe that women should rather take responsibility for the arrangement of fertility

and this is because of that men generally do not want to apply relevant methods (48.2%). 83.8% of the women think that men should attend the arrangement of fertility and 77.3% stated that their spouses would not wish to apply vasectomy when they have desired number of children.

The average number of miscarriage of the women is 1.27 ± 0.61 , the average number of curettage is 1.19 ± 0.56 and the average number of living children is 2.68 ± 1.03 . 43.7% of women had three or more pregnancies.

It was found that; the age of the woman and her husband, the marriage period, number of maternity and miscarriage and the education level of the spouse affect, with a significance level of $p < .05$, the contraception positions of the women, the selection of contraception method, their pleasure of the method applied, voluntary contraception and selection of method which the spouse wishes to use.

DISCUSSION

In 1994, in International Conference on Population and Development (ICPD), it was expressed that women and men should have authority on reproduction as they have been informed and are entitled to arrange their fertility as well as the participation of men into FP services should be increased.² Men's preference on fertility and their knowledge and attitude on various issues such as ideal family size and use of contraceptive methods are major

determinants for the perception of the importance of the family planning and the necessity of reproductive health services. Furthermore, it takes a determinative role on their spouses' behaviors of maternity. In our study, half of the participants stated that they wish to have 3 or more children as an ideal family size. As indicated above, it can be said that the thoughts of the husbands may have been effective in this decision.

At the same time, requested total fertility rate is 1.9 whereas the observed fertility rate is 2.9 in Turkey Demographic and Health Survey 2013 data⁶. In our study, half of the women stated that ideal number of children should be 3 or over, which made us think about that the social policies which are being applied in Turkey currently would be effective for the determination of the family size.

	n	%
<i>The approach of the women who use contraceptive methods by themselves about the issue of use of methods by their spouses (n=144)</i>		
Prefers	94	65.3
Do not prefer	50	34.7
<i>The reason for preferring the use of methods by their spouses (n=144)</i>		
The use of method by men is easier	67	46.2
Less side effects	30	20.9
Men should take responsibility as well	28	19.6
Safer	19	13.3
<i>The methods of contraception applicable by the men according to the preference of women who use contraceptive methods by themselves (n:144)</i>		
Condom	85	58.8
Withdrawal	50	34.8
Vasectomy	9	6.4
<i>Thoughts about who are taking the responsibility of using FP method</i>		
Male	29	11.7
Female	218	88.3
<i>Considerations about the reasons why the responsibility of using FP method is undertaken by women</i>		
Men do not want to apply method	119	48.2
There are more methods for women's convenience	56	22.7
Contraception is responsibility of the female	38	15.4
Men have no knowledge on the matter	19	7.7
Men have religious prejudices	10	4.0
Men do not believe the necessity of contraception	5	2.0
<i>Women's thoughts about the men's involvement with FP Services</i>		
Should attend	207	83.8
Not necessarily	40	16.2
<i>Women's thoughts about their spouse's considerations on preference of vasectomy</i>		
My husband approves this method	18	7.3
My husband does not approve this method	191	77.3
Can't rightly say	38	15.4

In our study, rate of use of any family planning method was determined as 72.5%. In Turkey

Demographic and Health Survey 2013 data, 74 percent of married women seems to be using

contraceptive methods.⁶ It seems that there is no important change in this rate within the four years' period and similar results were obtained.

In our study, IUD and condom were determined as the most preferred methods used. In terms of the frequency of the method being used, our finding is similar with various studies in the literature.⁷⁻¹⁰ The preference of condom by the couples among applicable methods may be considered as a positive situation in terms of men's sharing the responsibility of using contraceptive method with their wives. On the other hand, this is also important as it reveals the fact that men should utilize from reproductive health and family planning services more. Nevertheless, in our study, when the currently used method is queried, it is seen that more than half of the women participants are applying contraceptive methods by themselves. This result is supported by the women's statements indicating that the men still have not reached the desired level for using relevant methods and do not share the responsibility at all.

Recently, it was comprehended that men's participation and support is a basic factor for any reproductive health initiative. In order provide their participation and support; knowledge, education and communication organizations should be formed.¹¹⁻¹³ However, men's role in family planning has been considerably ignored and women always have been targeted for reproduction health services, including Turkey.^{4,7,9,10} Thus, men's participation into family planning is not at satisfactory level in our country. As a matter of fact, in our study, only one third of the participant women stated that they applied to family planning services with their spouses but their husbands did not accompany them actively during the service. In our study, most of the women wished that they should have applied for the service along with their spouses and wished their spouses accompany them during the service, which is indeed an indication that women want their spouses' supports for the arrangement of fertility and for their decisions on reproductive health. For the accomplishment of reproductive health services, it is important that the men should also take place within the target group. Thus, men's affirmative approach on the arrangement of fertility and their support for their spouses will facilitate the women's access into family planning services and make women to use these services easier. Accordingly, the availability and permanency of the services will be provided.¹⁴⁻¹⁶

Starting from men's decision making process on using a contraceptive method; selection of the method, use of the method by the men, and men's companion during the follow up process, their support for their spouses to use relevant methods and more frequently giving preference to use men-specific methods such as condom and vasectomy, comprise the most important part of the men's participation into family planning procedure. As a matter of fact, in our study, more than half of the women were using women-specific contraceptive methods. 65.3% of the women stated that their husbands should also apply relevant methods. This finding hereby reveals that the spouses' participation level into family planning and arrangement of fertility still seems to be low. Results obtained from similar studies conducted in the literature are consistent with our findings as well.^{7,9,10,16}

Kaida et al (2005), in their study investigate men's participation into family planning in 2005, revealed that; men have inadequate information about family planning and services, family planning services are not capable of replying men's needs satisfactorily and there exists insufficient communication between the couples on FP issue.¹⁷ Yet, in order to enable a satisfactory level of family planning services; men should also take responsibility in family planning issue, they should be involved with the services and responsibility should be shared by the couples. These are the factors which would increase the satisfaction and success in FP services.^{11,18}

In our study, most of the participants indicate that women are taking responsibility for the arrangement of fertility and men should take responsibility as well, and added; methods used by men are easier to be used and have less side effects, thus their spouses may use these methods. In the similar studies made so far, women also expressed generally that responsibility of selection of FP method should be shared between the couples.^{7-10,16,19} In our study, despite the women's consideration about the necessity of sharing of the responsibility of using relevant methods between the couples, it is assessed as a positive finding which would affect the use of effective method. In our study it is a striking finding that women emphasized the withdrawal method (34.8%) as a secondary preference which can be used by their spouses whereas the use of condom is the primary preference (58.8%), which we believe that the reasons of this opinion should be researched.

CONCLUSION

In our study, most of the women desire to apply to family planning methods together with their spouses. They believe that women feel and take more responsibility for the arrangement of fertility, and men should also attend the arrangement of fertility and should take more responsibility in this issue. The most preferred method of contraception is the condom, whereas preference of withdrawal method seems to have a considerable rate. In this sense, it is obvious that there exists lack of knowledge. In order to extend the use of modern methods for the application of FP, it is considered that introduction of modern methods should be focused particularly and the communication between the health personnel and target group should be revised, furthermore FP services should be planned and informed in such a manner to promote men's participation in this respect. Support towards the use of modern methods by the men is an effective step for the sharing of responsibilities. Moreover, reasons for preferring withdrawal method should be investigated as well. Similar studies are also set forth to be applied on male participants.

REFERENCES

1. Coskun AM. Women's Health and Disease Nursing Handbook. İstanbul: University of Koc Publications; 2016. p.349-50.
2. Boender C, Santana D, Santillán D, Hardee K, Greene ME, Schuler S. The 'so what?' report: A look at whether integrating a gender focus into programs makes a difference to outcomes. Washington: Interagency Gender Working Group; 2005. p.1-28.
3. Interagency Gender Working Group (IGWG), USAID Cooperative Agreement. Engaging men for gender equality and improved reproductive health. Washington: IGWG; 2009. p.1-6.
4. Ross J, Hardee K. Use of male methods of contraception worldwide. *J Biosoc Sci* 2017; 49:648–63. DOI:10.1017/S0021932016000560
5. Turkistanli EC, Mermer G, Yildiz F. Contraceptive use of women 15-49 years of age in Evka-4 Health Centers and factors affecting this situation. *Health and Society* 2003; 13(1):81-5.
6. Turkey Demographic and Health Survey 2013. Hacettepe University Institute of Population Studies 2014. p.76-87 (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013>, accessed 15 June 2017).
7. Pekince GD, Yılmaz M. Women's opinion about the men's contraception who apply for contraception. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012;15(2):69-74.
8. Altay B, Gonener D. Recognize and utilization of the family planning method among married males and the factors that affect the utilization of these services. *Fırat Medical Journal* 2009;14(1):56-64.
9. Nte AR, Odu N, Enyindah CE. Male involvement in family planning: women's perception. *Nigerian Journal of Clinical Practice* 2009;12 (3):306-10.
10. Aktoprak M. Evli kadınlar ve eşlerinin aile planlamasına yönelik tutumları ve ilişkili faktörler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Konya: Selcuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2012.
11. Bongaarts J, Cleland J, Townsend JW, Bertrand JT, Gupta MD. Family planning programs for the 21st century. *Rationale and Design*; 2012.p.1-106. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2012_FPfor21stCentury.pdf (Erişim tarihi 1.10.2017).
12. From family planning to fatherhood: Analysis of fecent male involvement initiatives and scale-up potential. Washington: Institute for Reproductive Health, Georgetown University; 2013.p.1-39.
13. Kraft JM, Wilkins KG, Morales GJ, Widyono M. An evidence review of gender-integrated interventions in reproductive and maternal-child health. *J Health Commun* 2014;19 Suppl 1:122–41. DOI: 10.1080/10810730.2014.918216
14. Gocgeldi E. Increase male participation in reproductive health: Turkish Armed Forces Reproductive Health Program. 6. National Reproductive Health and Family Planning Congress Book: Ankara. 2009. p.56-9.
15. Gunay T, Kiliç B, Kartal M, Sahin A. A step towards increasing man involvement in family planning: family planning education for conscripts. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2007;17:283-91.
16. Hardee K, Croce-Galis M, Gay J. Are men well served by family planning programs? *Reproductive Health*, 2017; 14 (1):14. doi.org/10.1186/s12978-017-0278-5
17. Kaida A, Kipp W, Hessel P, Konde-Lule J. Male participation in family planning: results from a qualitative study in Mpigi District, Uganda. *J. Biosoc. Sci.* 2005;37: 269–86. doi.org/10.1017/S0021932004007035
18. Ozcebe H, Akın A. Male-male inequality and men's participation in reproductive

- health.3. International Reproductive Health and Family Planning Congress Book: Ankara. 2003, 85-9.
19. Tezel A, Gonenc İM, Akgun S, Karatas DO, Yildiz TA. Attitudes towards family planning of women and affecting factors. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.2015;18(3):181-8.



The Effect of Autonomic Neural Control on the Cardiovascular System in Patients with Depression

Depresyonlu Hastalarda Otonom Nöral Kontrolün Kardiyovasküler Sistem Üzerine Etkisi

İbrahim Başhan*¹, Abdullah Tekin², Hatice Gökür Tekin²

ABSTRACT

Purpose: In this study, we aimed to examine hearth rate recovery, systolic blood pressure response to exercise and heart rate variability to reveal the effect of autonomic neural control on the cardiovascular system in depressed individuals. **Methods:** A total of 151 patients; (49 out of 75 healthy controls and 54 out of 76 patients with depression were females) were associated to age, sex and physical activity. We examined the difference between heart rate at peak exercise and heart rate recovery at related minute. Systolic blood pressure at 2nd and 3rd min of recovery was divided into the systolic blood pressure at peak exercise in order to determine blood pressure recovery indices. **Results:** Heart rate recovery at first minute was significantly lower in the depression group compared to the control group ($p < 0.0001$). The resting systolic blood pressure was similar in both groups ($p = 0.762$). Systolic blood pressure during peak exercise was significantly higher in the depression group compared to the control group ($p < 0.0001$). In the depressive patient group, the systolic blood pressure recovery index was significantly higher at 2nd and 3rd minutes than the control group ($p < 0.0001$, $p = 0.015$). Time domain and frequency domain parameters significantly decreased compared to the controls. **Conclusion:** This study demonstrates that depression is characterized with decreased heart rate recovery, exaggerated systolic blood pressure response to exercise and attenuated heart rate variability. These results may also propose alterations in autonomic neuronal control of the cardiovascular system in depression.

Key words: Depression, hearth rate recovery

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, depresyonlu bireylerde otonomik nöral kontrolün kardiyovasküler sistem üzerindeki etkisini ortaya çıkarmak için, kalp atım hızı düzelmesini, egzersize verilen sistolik kan basıncı cevabını ve kalp hızı değişkenliğini incelemeyi amaçladık. **Yöntem:** Toplam 151 hasta (75 sağlıklı kontrolün 49'u ve depresyonlu 76 hastanın 54'ü kadın) yaş, cinsiyet ve fiziksel aktivite ile ilişkilendirildi. Pik egzersizde kalp atış hızı ile ilgili dakikada gerçekleşen kalp hızı toparlanması arasındaki farkı inceledik. Toparlanmanın 2. ve 3. dakikasındaki sistolik kan basıncı, pik egzersizdeki sistolik kan basıncına bölünerek kan basıncı toparlanma endeksleri belirlendi. **Bulgular:** Depresyon grubunda birinci dakikadaki kalp hızı toparlanması kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük bulundu ($p < 0.0001$). İstirahat sistolik kan basıncı her iki grupta da benzerdi ($p = 0.762$). Pik egzersiz sırasında sistolik kan basıncı depresyon grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksekti ($p < 0.0001$). Depresif hasta grubunda sistolik kan basıncının toparlanma indeksi kontrol grubuna göre 2. ve 3. dakikalarda daha yüksekti ($p < 0.0001$, $p = 0.015$). Zaman etki alanı ve frekans alanı parametreleri, kontrollere kıyasla önemli ölçüde azaldı. **Sonuç:** Bu çalışma, depresyonun azalmış kalp hızı toparlanması, egzersize abartılı sistolik kan basıncı cevabı ve azalmış kalp hızı değişkenliği ile karakterize olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar depresyonda kardiyovasküler sistemin otonomik nöral kontrolünde değişiklikler olabileceğini ön görmektedir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, kalp hızı toparlanması

Received / Geliş tarihi: 26.02.2018, Accepted / Kabul tarihi: 05.07.2018

¹ Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

² Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kardiyoloji Anabilim Dalı

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: İbrahim Başhan, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Mersin-TÜRKİYE, E-mail: ibashan@yahoo.com

Başhan İ, Tekin A, Tekin HG. The Effect of Autonomic Neural Control on the Cardiovascular System in Patients with Depression. TJFMPC, 2018;12(4):

258-263. DOI: 10.21763/tjfm.462909

INTRODUCTION

Cardiovascular diseases and depression are the most common causes of morbidity worldwide. It is usually observed in major depressive disorder with the development of cardiovascular disease.¹ In addition, it has been shown that the mortality increases in coronary artery disease, after myocardial infarction² and coronary artery bypass graft surgery.³ On the other hand, mechanism of this action is still unknown.

Although there are several hypotheses to explain the possible correlation between depression and cardiac disorders, most emphasized ones for patients with post-cardiac depression include their having more cardiac risk factors such as diabetes, hypertension and smoking,⁴ being less compatible in medical treatment,⁵ having increased inflammatory processes and autonomic nervous system disorders.⁶

It has been shown that the association between cardiovascular mortality and the autonomic nervous system is significant.⁷ The heart rate recovery (HRR) after exercise indicates parasympathetic activity⁸ and the decay of parasympathetic activity is related to increased long-term mortality.⁹ Studies have shown that delayed recovery of systolic blood pressure (SBP) after peak exercise is a diagnostic finding and is related to excessive sympathetic activity.¹⁰ Also, the balance between sympathetic and parasympathetic nerve activities in heart has been shown through analyzing heart rate variations.¹¹ Hence, in this study we aimed to determine the autonomic neural activity by HRR, SBP after peak exercise and heart rate variability (HRV) in patients with depression.

METHODS

Study Population

This study was conducted in outpatient clinic of our University Hospital. A total of 151 patients were enrolled. Of these patients, 76 patients met the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders criteria for the diagnosis of depression. Seventy-five healthy subjects were enrolled as the control group. The Beck Depression Index-II was used to measure depressive symptoms. The diagnosis was made by the psychiatrist in charge. The groups were similar with regard to baseline age, body mass index and physical activity. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) was used to match the physical activities of the groups. The patients with myocardial infarction or unstable angina or known coronary heart disease; hypertension or diabetes mellitus; heart failure or other known cardiomyopathies are excluded from the study. Patients with persistent laboratory

abnormalities like kidney dysfunction, liver dysfunction or other significant non-cardiac diseases have not been included. Concomitant use of any antidepressant medications, reserpine, guanethidine, clonidine, methyl dopa, anticonvulsants, neuroleptics, beta-blockers, calcium channel blockers ACE inhibitors or statins was another exclusion criteria. Psychiatric exclusion criteria included alcohol or substance abuse during the recent six months, psychotic symptoms, bipolar disorder, dementia, organic brain syndrome, risk of suicide, or psychotherapy support during the recent three months. Informed consent form was obtained from all participants and ethics committee approval was obtained from the Regional Ethics Committee prior to the study.

Heart Rate and Blood Pressure Recovery

The symptom-limited exercise tolerance test was performed in accordance with the modified Bruce protocol (using Quinton® treadmill system (Bothell, WA, USA)). SBP, heart rate and cardiac rhythm were examined during the each exercise phase and every minute after recovery for three minutes. After peak exercise, a 2-minute cool-down period at 1.5 mph at a 2.5% grade was tested. The gap between peak exercise heart rate and heart rate at the related minute of recovery was calculated and HRR obtained. In one example, 1st minute heart rate recovery (HRR1) was also calculated (at peak exercise HRR cool-down period 1 min). Metabolic parameters were calculated in accordance with Standard Normograma.¹²

For measuring blood pressure, we used mercury column of sphygmomanometer. SBP recovery indices were determined as the ratios of the SBP recovery 1st, 2nd and 3rd minutes of the peak exercise SBP.

Heart Rate Variability Analysis

The researcher was blinded to information about subjects obtained the HRV parameters from a 24-h electrocardiogram recordings and analyzed. The time domain indices were gathered as;

- SDNN: the standard deviation (SD) of R-R intervals.
 - SDANN: the SD of the averages of R-R intervals at every 5-min in 24-h day
 - pNN50: % R-R intervals more than 50 ms vary from each other
 - RMSSD: the root mean square of successive differences
 - SDNN index: mean of the SD of all R-R intervals at every 5-min parts of the 24-h recording
- The frequency domain indices were obtained as;
- VLF: very low frequency (the power ≤ 0.04 Hz)

- LF: low frequency (the power between 0.04 to 0.15 Hz)
- HF: high frequency power (the power between 0.15 and 0.40 Hz)
- Total spectral power: the power between the 0.0 and 0.40 Hz.

The measurements of power components were shown in definite values of power (ms²).

Physical Activity

The physical activity of the subjects was standardized by using the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). The short version of IPAQ includes seven questions to determine the frequency and duration of subjects in potent, moderate-intensity, walking activity and the sitting time during a day. Scores are calculated in minutes per week and the sum of these scores has given an indicator of total physical activity. Additionally, as an energy expense indicator the metabolic cost (MET)- minutes per week was calculated. We multiplied the minutes per week for moderate and walking activity by average metabolic costs (MET) for these activities. (the IPAQ executive committee suggests 4 and 3.3, respectively).¹³

Statistical Analysis

We used SPSS (version 9.0) a commercially available statistical software package (Chicago, Illinois, US) for data analysis. For continuous data, the results are presented as mean value \pm standard deviations (SDs) and for categorical data as proportions. The Kolmogorov-Smirnov test was applied to verify whether the continuous variables showed a normal distribution. Unpaired t test was used for continuous variables with normal distribution and Mann-Whitney test was used for continuous variables with non-normal distribution. The power spectral measurements were converted to natural logarithms to actualize normal distribution in analysis when necessary. Chi-square or Fischer's exact test whichever appropriate were applied to analyze categorical parameters. Two-sided level of significance was set at p values <0.05.

RESULTS

Table 1 shows the baseline clinical characteristics of the depressed patient group and the control group. Both groups had similar characteristics in terms of age, body mass index and physical activity. Furthermore, when compared with respect to biochemical parameters, the depressed patient group and control subjects had comparable parameters.

Variable	Patients with Depression (n=76)	Controls (n=75)	p value
Age (yrs)	37 \pm 5	36 \pm 5	0.877
Females (n)	54	49	0.773
Body mass index (kg/m ²)	26.2 \pm 4.1	25.3 \pm 4.4	0.267
Total cholesterol (mg/dl)	190.4 \pm 22.3	180.7 \pm 34.1	0.094
HDL cholesterol (mg/dl)	46.4 \pm 13.0	52.1 \pm 9.0	0.125
LDL cholesterol (mg/dl)	96.4 \pm 33.2	85.9 \pm 32.1	0.082
Triglyceride (mg/dl)	155.6 \pm 27.2	145.3 \pm 44	0.097
Blood glucose (mg/dl)	71.5 \pm 10	67.6 \pm 9.7	0.213
Physical Activity			
Total physical activity (MET-min/week)	1216 \pm 1029	1342 \pm 1070	0.620
Vigorous-intensity activity (MET-min/week)	NA	NA	
Moderate-intensity activity (MET-min/week)	200 \pm 305	220 \pm 420	0.650
Walking (MET-min/week)	962 \pm 450	915 \pm 418	0.753

HDL, high density lipoprotein; LDL, low density lipoprotein; MET, metabolic equivalent. NA, not applicable

The data given in Table 2 contains the exercise test findings of the study groups. The exercise test was negative for the diagnosis of ischemia for all subjects. When the heart rate at peak exercise was compared with the resting heart rate, both groups were similar (p = 0.855 and 0.333). The HRR1

values in the depressed patient group were significantly lower than the control group (p <0.001). This result was largely based on high heart rate in the first minutes of recovery of depressed patients. The SBP values of both groups were similar at rest, but peak exercise SBP values in the

depressed patient group were remained significantly increased ($p < 0.001$). In addition, the SBP values measured at the first, second and third minutes of recovery were higher in the depressed patient group when compared to controls. ($p < 0.001$ first, second and third separately). Furthermore, the systolic blood pressure recovery index (SBPRI) assessed at 2nd and 3rd minutes was significantly higher in the depressed patient group than the control group ($p < 0.01$ and 0.019). This finding indicates a delayed improvement in SBP at peak exercise in depressive patients.

Table 3 represents the HRV measurements of the study groups. The time domain and frequency domain parameters of the depressed patients were significantly lower than the control group.

DISCUSSION

As a result of this study, it was observed that depressed patients had decreased HRR1, extreme SBP responded with delayed recovery and attenuated HRV.

Variable	Patients with Depression (n=76)	Controls (n=75)	p value
Resting heart rate (BPM)	85 ± 13	82 ± 17	0.333
Peak heart rate (BPM)	180 ± 9	180 ± 11	0.855
Heart rate at 1.min of recovery (BPM)	157 ± 9	148 ± 12	0.012
Heart rate at 2.min of recovery (BPM)	139 ± 10	134 ± 15	0.295
Heart rate at 3.min of recovery (BPM)	126 ± 9	120 ± 10	0.085
Heart rate recovery at 1 min (BPM)	23 ± 5	32 ± 6	<0.0001
Heart rate recovery at 2 min (BPM)	40 ± 9	47 ± 8	0.059
Heart rate recovery at 3 min (BPM)	53 ± 6	59 ± 12	0.044
Resting systolic blood pressure (mmHg)	115 ± 8	114 ± 10	0.762
Peak systolic blood pressure (mmHg)	175 ± 15	155 ± 12	<0.0001
Systolic blood pressure at 1.min of recovery (mmHg)	170 ± 11	146 ± 11	<0.0001
Systolic blood pressure at 2.min of recovery (mmHg)	164 ± 13	132 ± 15	<0.0001
Systolic blood pressure at 3. min of recovery (mmHg)	150 ± 15	125 ± 10	<0.0001
Blood pressure recovery index at 1 minute	0.96 ± 0.05	0.94 ± 0.05	0.882
Blood pressure recovery index at 2 minute	0.92 ± 0.03	0.85 ± 0.05	<0.0001
Blood pressure recovery index at 3 minute	0.86 ± 0.06	0.80 ± 0.10	0.015
METs	10.2 ± 1.2	11.8 ± 1.7	0.178

BPM, beat per minute; METs, metabolic equivalents.

Variable	Patients with Depression (n=76)	Controls (n=75)	p value
SDNN (msec)	120.5 ± 24.3	149.3 ± 30.5	0.003
SDANN (msec)	110.1 ± 23.2	135.6 ± 30.3	0.004
pNN50 (msec)	10.2 ± 8.0	18.0 ± 9.6	<0.001
RMSSD (msec)	30.3 ± 8.3	39.5 ± 12.3	0.003
SDNN index (msec)	50.3 ± 12.4	64.5 ± 10.1	< 0.001
HF power (msec ²)	300.2 ± 155.5	470.3 ± 225.	0.005
LF power (msec ²)	670.1 ± 232.1	800.9 ± 256.3	0.022
VLF power (msec ²)	1510 ± 722	2276 ± 936	< 0.001
LF/HF	2.2 ± 0.8	1.7 ± 0.6	0.042
Total spectral power (msec ²)	2336.7 ± 1213.1	3513.7 ± 1084.3	< 0.001

SDNN, the standard deviation (SD) of all R-R intervals; SDANN, the SD of the averages of R-R intervals during all 5-min periods that constitute the 24-h day; pNN50, percent of R-R intervals differing more than 50 ms from each other; RMSSD, the root mean square of

successive differences; SDNN index, mean of the standard deviations of all R-R intervals for all 5-min segments of the 24-h recording; HF, high frequency; LF, low frequency; VLF, very low frequency.

The increased heart rate during exercise develops partly due to decreased parasympathetic tonus. Heart rate recovery at the first minute during exercise is explained by the reactivation of vagal tone.⁸ Therefore, HRR1 after treadmill exercise was accepted as a marker of parasympathetic activity; decreased HRR has been associated with increased mortality.⁹ Markedly attenuated HRR1 in the depressed patients indicates reduced vagal activity in these patients.

The parameters affecting blood pressure; are left ventricular systolic function, heart rate and peripheral vascular resistance. Thus, the change in SBP during exercise is effected by the parasympathetic and sympathetic system and results in a cardiovascular response.¹⁴ The first response to the exercise is an increase in heart rate due to a decrease in parasympathetic tone. Subsequently, metabolic products and local mediators of exercise increase sympathetic stimulation and effect arterial tone. The observation of an extreme SBP response in depressive patients may result from the changes in this inexplicable mechanism. On the other hand, this finding may be a predictor of hypertension.¹⁵

Termination of exercise causes a decrease in heart rate and systolic blood pressure. This was different in our patients with depression. The heart rate at 2nd and 3rd minutes was similar between depression and control groups. However, blood pressure recovery indices were significantly higher in depressive patients at this time. This may be in consequence of the continuation of the increased sympathetic stimulation that increases peripheral resistance. Also, the finding that delayed post-exercise blood pressure response is related to sympathetic hyperactivity was supported by others.¹⁰ Long-term activation of the sympathetic nervous system has been suggested as a possible mechanism revealing the relation of depression with cardiovascular diseases.¹⁶

Decreased HRV is an indicative of sudden cardiac events and death, with an important determinant of many cardiac events such as coronary artery disease, stable angina pectoris, heart failure after myocardial infarction, and death.¹⁷ HRV is also used to describe the differences in autonomic functions. Decreased HRV finding is an indicative of a change in autonomic function in depressed patients.¹⁸ The reduced SDNN observed in this study was suggested to be an indicative of decreased parasympathetic and increased sympathetic activity in the sinus node.¹⁹ In addition, the RMSSD and pNN50 indices are defined as a sensitive and specific predictor of

parasympathetic activity, with reduced RMSSD and pNN50 in depressed patients, a decrease in vagal activity compared to controls.²⁰ In addition, a meta-analysis showed that high-frequency HRV was significantly lower in patients with major depressive disorder.²¹ Because high-frequency HRV is a marker of vagal activity, these findings support that depression is associated with reduced vagal inhibition.

This is the first study that examined HRR in unmedicated depression patients and healthy controls who were crosschecked according to physical activity. To date, a few studies have examined relations between depression and heart rate recovery with mixed populations. Hughes et al showed that the relationship between depression and HRR remained significant even after adjustments for resting HR, peak HR and total test time.²² Von Kanel et al suggested that HRR1 was not associated with depressed mood in chronic heart failure.²³ It was found that BDI-II scores were not predictive of recovery even though there was a significant effect of major depression on 1-minute HRR.²⁴ Our results indicate that the association between depression and delayed HRR cannot completely be attributed to lower fitness. The autonomic disorder in depression is probably characterized by sympathetic hyperactivity and vagal hypo activity; previously recommended by Thayer et al.²⁵

The main limitation of this study is small sample size that limits the generalizability of the results. Also, methods used to determine autonomic nervous system activity until now cannot be considered as a 'gold standard' for assessment of adrenergic function. This study has some strengths like including patients who were not taking medications which could influence HRR and HRV.

In this study, we used a standard treadmill exercise test and heart rate variability analysis in patients with depression and healthy controls. These results may indicate the alterations in autonomic nervous system control of the cardiovascular system in depression patients.

REFERENCES

1. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H. Depression as an aetiological and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J* 2006;27:2763–2774.
2. Carney RM, Freedland KE, Miller GE, Jaffe AS. Depression as a risk factor for cardiac

- mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. *J Psychosom Res* 2002;53:897 - 902.
3. Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS, Bagiella E, Sloan RP. Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study. *Lancet* 2001;358:1766 - 71.
 4. Carney RM, Freedland KE, Rich MW, Jaffe AS. Depression as a risk factor for cardiac events in established coronary heart disease: a review of possible mechanisms. *Ann Behav Med* 1995;17:142 -9.
 5. Carney RM, Freedland KE, Eisen SA, Rich MW, Jaffe AS. Major depression and medication adherence in elderly patients with coronary artery disease. *Health Psychol* 1995;14:88 - 90.
 6. Writing Committee for the ENRICHD Investigators. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. *JAMA* 2003;289:3106 –16.
 7. Lown B, Verrier RL. Neural activity and ventricular fibrillation. *N Engl J Med* 1976;294:1165-1170.
 8. Imai K, Sato H, Hori M, Kusuoka H, Ozaki H, Yokoyama H et al. Vagally mediated heart rate recovery after exercise is accelerated in athletes but blunted in patients with chronic heart failure. *J Am Coll Cardiol* 1994;24:1529-35
 9. Cole CR, Foody JM, Blackstone EH, Lauer MS. Heart rate recovery after submaximal exercise testing as a predictor of mortality in a cardiovascularly healthy cohort. *Ann Intern Med* 2000;132:552-5
 10. Kitaoka H, Takata J, Furuno T, Yamasaki F, Chikamori T, Doi YL. Delayed recovery of postexercise blood pressure in patients with chronic heart failure. *Am J Cardiol* 1997;79:1701-4
 11. Heart rate variability. Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use. Task Force of the European Society of Cardiology and the North American Society of Pacing and Electrophysiology. *Eur Heart J* 1996;17:354-81
 12. American College of Sports Medicine. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Williams & Wilkins 1995. p.153-240
 13. International Physical Activity Questionnaires (IPAQ): Short Last 7 Days Self-Administered Format For Use With Young And Middle-Aged Adults. The final version of IPAQ from the 2000/01 Reliability and Validity Study. Completed May 2001. Available from: http://www.sdp.univ.fvg.it/sites/default/files/IPAQ_English_self-admin_short.pdf.
 14. Ellis K, Pothier CE, Blackstone EH, Lauer MS. Is systolic blood pressure recovery after exercise a predictor of mortality? *Am Heart J* 2004;147:287-92.
 15. Dlin RA, Hanne N, Silverberg DS, Bar-Or O. Follow-up of normotensive men with exaggerated blood pressure response to exercise. *Am Heart J* 1983;106:316-20.
 16. Brosschot JF, Gerin W, Thayer JF. The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation and health. *J Psychosom Res.* 2006;60(2):113-24.
 17. Forslund L, Bjorkander I, Ericson M, Held C, Kahan T, Rehnqvist N et al. Prognostic implications of autonomic function assessed by analyses of catecholamines and heart rate variability in stable angina pectoris. *Heart* 2002;87:415-22.
 18. Sandercock GR, Bromley PD, Brodie DA. The reliability of short-term measurements of heart rate variability. *Int J Cardiol* 2005;103:238-47.
 19. Lombardi F. Clinical implications of present physiological understanding of HRV components. *Card Electrophysiol Rev* 2002;6:245-9.
 20. Stein PK. Assessing heart rate variability from real-world Holter reports. *Card Electrophysiol Rev* 2002;6:239-44.
 21. Kemp AH, Quintana DS, Gray MA, Felmingham KL, Brown K, Gatt JM. Impact of depression and antidepressant treatment on heart rate variability: A review and meta-analysis. *Biol Psychiatry* 2010;67: 1067–1074.
 22. Hughes JW, York KM, Li Q, Freedland KE, Carney RM, Sheps DS. Depressive symptoms predict heart rate recovery after exercise treadmill testing in patients with coronary artery disease: Results from the Psychophysiological Investigation of Myocardial Ischemia study. *Psychosom Med* 2008;70:456–460.
 23. Von Kanel R, Saner H, Kohls S, Barth J, Znoj H, Saner G, Schmid J. Relation of heart rate recovery to psychological distress and quality of life in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2009;16:645–650.
 24. Gordon JL, Ditto B, Lavoie KL, Pelletier R, Campbell TS, Arsenaault A, et al. The effect of major depression on post-exercise cardiovascular recovery. *Psychophysiology* 2011;48:1604–1609
 25. Thayer JF. Vagal tone and the inflammatory reflex. *Cleve Clin J Med* 2009;76(2):23-26.



Original Article / Özgün Araştırma

Examination of the Relationship Among Depressive Symptom, Loneliness and Eating Attitudes in University Students with Sociodemographic Characteristics

Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirti, Yalnızlık ve Yeme Tutumu Arasındaki İlişkinin Sosyodemografik Özelliklerle Birlikte İncelenmesi

Arzu Yıldırım^{*1}, Rabia Hacıhasanoğlu Aşlar², Papatya Karakurt³, Cantürk Çapık⁴, Necla Kasımoğlu⁵

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to examine the relationship among depressive symptoms, loneliness and eating attitudes in university students together with sociodemographic characteristics. **Method:** This cross-sectional study was conducted with 2600 students from Erzincan University. Data were collected by a descriptive form, Beck Depression Inventory, The UCLA Loneliness Scale and Eating Attitudes Test-40. For data analysis, Pearson's Correlation Analysis, Student t-test, Mann Whitney-U Test, Kruskal Wallis variance test and one way ANOVA were used besides percentages, minimum and maximum values, mean, standard deviations.

Results: The mean UCLA Loneliness Scale score of all students was 39.3±9.5. The prevalence was 32.8% for the depressive symptoms and 8.5% for the possible eating disorder. There was a very weak-positive relationship between the Beck Depression Inventory and UCLA Loneliness Scale, also there was a weak positive relationship between the Beck Depression Inventory and Eating Attitudes Test-40, average score (p<0.05). On the other hand there was not a relationship between UCLA Loneliness Scale and Eating Attitudes Test-40 (p>0.05). Gender was detected not to be effective on the risk of depressive symptoms and possible eating disorder scores. Males were more alone, females were underweight and normal weight, while males were overweight and obese. **Conclusion:** The present study has revealed that students experienced loneliness on a moderate level, the depressive symptom and possible eating disorder were widespread. It was also found that loneliness perception is a risk factor for depressive symptom and depressive symptom is a determinant factor for possible eating disorder. Health professionals should provide mental care to the students for depression, loneliness and eating disorders through, mental education, psychological counseling, and evidence-based guidance, and also they should develop effective strategies for good mental health literacy, for protection and improvement of mental health.

Key words: University students, depressive symptom, loneliness, eating attitude, health professionals

ÖZET

Amaç: Bu çalışma üniversite öğrencilerinde depresif belirti, yalnızlık ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin sosyodemografik özelliklerle birlikte incelenmesi amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Kesitsel türde olan bu çalışma Erzincan Üniversitesi'nde öğrenim gören 2600 öğrenci ile Nisan-Mayıs 2010 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler tanımlayıcı soru formu, Beck Depresyon Envanteri, UCLA Yalnızlık Ölçeği ve Yeme Tutumu Testi-40 ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra; Spearman korelasyon analizi, bağımsız gruplarda t-testi, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis varyans ve tek yönlü varyans analizleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Öğrencilerin UCLA Yalnızlık Ölçeği puan ortalaması 39,3±9,5, depresif belirti yaygınlığı %32,8, olası yeme bozukluğu yaygınlığı ise %8,5 olarak belirlenmiştir. Beck Depresyon Envanteri ile UCLA-Yalnızlık Ölçeği arasında çok zayıf, Yeme Tutumu Testi-40 arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki belirlenmiştir (p<0,05). UCLA-Yalnızlık Ölçeği ile Yeme Tutumu Testi-40 arasında ise bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Ayrıca cinsiyetin depresif belirti riskini etkilemediği, istatistiksel olarak erkeklerin daha yalnız ve kızların olası yeme bozukluğu puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur. **Sonuç:** Bu çalışmada öğrencilerin orta düzeyde yalnızlık algıladığı, depresif belirti ve olası yeme bozukluğunun yaygın görüldüğü belirlenmiştir. Ayrıca yalnızlık algısının depresif belirtide, depresif belirtinin ise olası yeme bozukluğunda belirleyici olduğu görülmüştür. Sağlık profesyonelleri ruhsal eğitim, psikolojik danışmanlık ve kanıta dayalı rehberlik yolu ile öğrencilerde depresyon, yalnızlık ve yeme bozukluğu gibi sorunlara yönelik ruhsal bakım sağlamalı, iyi ruhsal sağlık okuryazarlığını ve ruhsal sağlığın korunması ve iyileştirilmesinde etkili stratejileri geliştirmelidir.

Anahtar kelimeler: Üniversite öğrencileri, depresif belirti, yalnızlık, yeme tutumu, sağlık profesyonelleri

Received Date / Geliş tarihi: 24.04.2018, **Accepted Date / Kabul tarihi:** 11.07.2018

¹ Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD, Erzincan, TÜRKİYE

² Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Erzincan, TÜRKİYE

³ Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Esasları ABD, Erzincan, TÜRKİYE

⁴ Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD, Erzurum, TÜRKİYE

⁵ Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Erzincan, TÜRKİYE

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Arzu Yıldırım, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği ABD, Erzincan, TÜRKİYE. **E-mail:** yildirimarzu25@hotmail.com
Yıldırım A, Aşlar RH, Karakurt P, Çapık C, Kasımoğlu N. Üniversite Öğrencilerinde Depresyon, Yalnızlık, Yeme Bozukluğu Yaygınlığı ve İlişkili Etkenlerin Belirlenmesi. TJFMPC, 2018;12(4):264-274. **DOI: 10.21763/tjfm.462906**

GİRİŞ

Bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden birçok değişimin iç içe yaşandığı, birey ve çevresi için çalkantılı ve sıkıntılı, erişkin yaşama geçiş dönemi olan ergenlikte¹ ve genç bireylerde sağlığın korunması ve geliştirilmesi öncelikli ve önemlidir. Üniversite öğrencilerinin büyük çoğunluğu ilk defa kendi başlarına yaşamaya başlamakta² ve aileden ayrılma, yeni çevre ve arkadaş edinme, yalnız kalma korkusu, arkadaş ilişkilerindeki ve okul başarısındaki yetersizlikler, ekonomik güçlükler, yurt hayatına alışma, gelecekteki mesleği ve çalışma hayatı ile ilgili anksiyete gibi birçok sorunla karşı karşıya kalabilmektedir. Karşılaşılabilen bu toplumsal, kültürel, ekonomik zorlanma etkenleri ve yaşam tarzı değişiklikleri nedeni ile gençler depresyon, anksiyete, yalnızlık ve yeme bozukluğu gibi ruhsal sorunlar yaşayabilmektedir.³

Erken başlangıçlı depresyon yaygın, yinelemeleri olan ve özkıyım riski taşıyan bir bozukluktur. Ergenlerde depresyonun en ağır sonucu özkıyımdır. Depresyonda nokta yaygınlık ergenlerde %3-8 ve ergenliğin sonunda yaşam boyu yaygınlık %20 olarak bildirilmektedir.⁴ Gençlerde depresyon ruhsal, toplumsal ve akademik işlevlerde ciddi düzeyde bozulmalara yol açmakta ve gelişimsel sorunların aşılmasını engellemektedir.^{5,6} Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada⁷ üniversite öğrencilerinin %21,9'unda depresyon, %9,9'unda major depresyon belirtileri ve %1,1'inde özkıyım düşüncesi; İran'da tıp öğrencileri ile yapılan diğer bir çalışmada öğrencilerin %50'sinde depresif belirti olduğu tespit edilmiştir.⁸ Ülkemizde yapılan bir çalışmada⁹ da öğrencilerin %35,2'sinde depresif belirti görüldüğü, 6386 öğrenci ile Genel Sağlık Anketi (GSA-12) kullanılarak yapılan başka bir çalışmada ise öğrencilerin %20,4'ünde fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulma olduğu bildirilmiştir.¹⁰

Yalnızlık hızlı sosyal değişimin ve karmaşanın yaşandığı dönemlerde artış göstermektedir. Yaşam boyunca bireylerin kendilerini en fazla yalnız hissettikleri dönemler ergenlik ve genç erişkinliktir. Bu dönemlerde kimlik kazanma ve kendini gerçekleştirme çabaları yoğun olduğundan genç, yalnız kalmaktan kaçınır. Peplau'ya göre yalnızlık, bireyin sosyal çevresiyle iletişiminin hem niteliksel hem de niceliksel bozulması durumunda yaşanan hoş olmayan bir duygudur. Bu duygu bireyin fizyolojik, ruhsal, toplumsal ve kültürel yapısı ile ilgilidir.¹¹

Türkiye'de bir üniversite psikolojik danışma merkezine başvuran 550 öğrenci ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin orta düzeyde yalnızlık yaşadığı, %56,2'sinin ciddi düzeyde depresif belirti gösterdiği ve yalnızlık ile depresif belirti arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu¹², yurt dışında yapılan bir çalışmada ise arkadaş ve akrabasının olmadığını belirten öğrencilerin depresyon düzeyinin önemli olarak yüksek olduğu belirlenmiştir.⁸

Yeme bozuklukları yüksek düzeyde yaygınlığı ve olası ciddi fiziksel ve ruhsal sonuçlarından dolayı ergenlerde görülen önemli bir toplum sağlığı sorunudur.¹³ Beden ağırlığı ile aşırı uğraş ve yeme davranışlarındaki değişikliklerle giden anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tikanırcasına yeme bozukluğu gibi bozuklukları içerir. Amerika'da yapılan toplum temelli bir çalışmada yaşam boyu yaygınlığı kadınlarda %0,9-%3,5, erkeklerde ise %0,3-%2 olarak bulunmuştur.⁴ Ülkemizde 2907 ergen ile yapılan bir çalışmada ise yeme bozukluğu nokta yaygınlığı %2,3, kızlarda %4,3 olarak bildirilmiştir.¹⁴ Yeme bozukluklarının DSM-5 (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013)¹⁵ tanı ölçütlerinde yapılan değişiklikler ile bu yaygınlık oranları yükselmektedir.⁴ Yeme bozukluğu bireyin yalnızca iyilik haline değil, aynı zamanda fiziksel sağlığına da zarar vermekte ve ölümcül sonuçlara yol açabilmektedir.^{4,16}

Yalnızlıkla etkin şekilde başa çıkılmadığında düşük benlik saygısı, depresyon, aşırı yeme gibi durumlar görülebilmektedir.¹¹ Literatürde üniversite öğrencilerinde depresyon, yalnızlık ve yeme bozukluğunu birlikte ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bilgiler doğrultusunda bu çalışma üniversite öğrencilerinde depresif belirti, yalnızlık ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin sosyodemografik özelliklerle birlikte incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Örneklem

Kesitsel türde olan bu çalışmanın evrenini 2009-2010 eğitim-öğretim yılı bahar yarıyılında Erzincan Üniversitesi'nde il merkezinde bulunan Eğitim Fakültesi (s=2848, %40), Fen-Edebiyat Fakültesi (s=563, %68), Hukuk Fakültesi (s=435, %35,6), İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (s=298, %22,2), Sağlık Yüksekokulu (s=242, %86,4), Meslek

Yüksekokulu (s=2167, %21,6), Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu (s=147, %78,2) ve Turizm ve Otelcilik Meslek Yüksekokulu'nda (s=157, %40,8) öğrenim gören toplam 6857 öğrenci oluşturmuştur. Çalışmada herhangi bir örneklem seçimine gidilmemiş olup, Nisan-Mayıs 2010 tarihlerinde fakülte/yüksekokul/meslek yüksekokulunda öğrenim gören bütün öğrencilere ulaşılmış hedeflenmiştir. Ancak belirtilen tarihlerde devamsızlık ve çalışmaya katılmaya onay vermeme nedeniyle 2600 öğrenciye ulaşılmış (evrenin %37,9'u) ve 143 öğrenci anket formlarını eksik doldurduğu için çalışma dışı bırakılmıştır.

Kullanılan Araçlar

Tanımlayıcı Soru Formu: Öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, fakülte/yüksekokul/meslek yüksekokulu, sınıfı, Beden Kitle İndeksi (BKİ) ve sigara içme durumunu belirleyen altı sorudan oluşmaktadır.

Tanımlayıcı soru formunda öğrencilere boy ve kiloları sorulmuş ve BKİ buna göre belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) standartları esas alınarak BKİ, vücut ağırlığı (kg) / boy uzunluğu (m)² olarak hesaplanmıştır. Buna göre BKİ<18,5 zayıf, 18,5-24,9 arası normal, 25-29,9 fazla kilolu, 30-39,9 arası obez ve ≥40 morbid obez olarak sınıflandırılmıştır.¹⁷

Beck Depresyon Envanteri (BDE): Depresyon yönünden riski belirlemekte ve depresif belirtilerin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmektedir. Özgün formu Beck¹⁸ (1961) tarafından geliştirilmiş ve Hisli (1989) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır.¹⁹ Toplam 21 kendini değerlendirme cümlesi içermekte ve dörtlü likert tipi ölçüm sağlamaktadır. Her madde 0-3 arasında puan almakta ve toplam puan 0-63 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek oluşu depresyon düzeyi ya da şiddetinin yüksek oluşunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında kesme puanı 17, iç tutarlılık katsayısı 0,80 olarak belirlenmiş olup,^{19,20} bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak hesaplanmıştır.

UCLA Yalnızlık Ölçeği (UCLA-YÖ): Birey tarafından algılanan yalnızlığın derecesini belirlemek amacıyla Russell ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir.²¹ Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Demir²² tarafından (1989) yapılmış olan ölçek, 20 maddeyi içermektedir. İfadelerin 10'u düz, 10'u ters olarak kodlanmakta ve dörtlü likert

tipi derecelendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek puan aralığı 20-80 olup, puan arttıkça yalnızlık düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,96 olarak bulunmuş olup²², bu çalışmada 0,94 olarak belirlenmiştir.

Yeme Tutumu Testi (YTT-40): Anorektik hastaların yemek yemekle ilgili davranış ve tutumlarını, normal bireylerde ise var olan yeme davranışlarındaki olası bozuklukları ölçmektedir. Garner ve Garfinkel²³ (1979) tarafından geliştirilmiş, Erol ve Savaşır²⁴ (1989) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Likert tipi altı basamaklı olup, 40 maddeden oluşmaktadır. Maddelerden 1, 18, 19, 23, 27 ve 39 için "bazen" 1 puan, "nadiren" 2 puan, "hiçbir zaman" 3 puan ve "diğer seçenekler" 0 puan olarak değerlendirilir. Ölçeğin diğer maddeleri için "daima" 3 puan, "çok sık" 2 puan, "sık sık" 1 puan ve "diğer seçenekler" 0 puan olarak değerlendirilir. Alınan puanlar toplanarak toplam puan elde edilir. Ölçeğin yeme bozukluğu açısından klinik değerlendirmeyi gerektirecek kesme puanı 30 olarak belirlenmiştir. Yapılan güvenilirlik analizi sonucu Cronbach alfa katsayısı 0,70 olarak hesaplanmış^{20,25}, bu çalışmada ise 0,72 olarak tespit edilmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan formlar belirtilen tarihlerde araştırmacılar tarafından ders saatinde dağıtılmış ve toplanmıştır. Öğrenciler tarafından formların doldurulması ortalama 20-25 dakikada tamamlanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 17 paket programı kullanılmış ve p<0.05 anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdellikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra; ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek için, veriler normal dağılıma uygunluk göstermediğinden Spearman korelasyon analizi, çalışma değişkenlerine göre BDE, UCLA-YÖ ve YTT-40 puanları arasında anlamlı farklılık olup olmadığını belirlemek için bağımsız gruplarda t-testi, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis varyans ve tek yönlü varyans analizleri kullanılmıştır. Tek yönlü varyans analizi sonucunda farkın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için varyansların homojen olduğu gruplarda Scheffe, homojen olmadığı gruplarda Dunnet'C testleri kullanılmıştır. Varyansların

homojenlik durumları ise Levene testi ile belirlenmiştir.

Etik İlkeler

Araştırmanın yapılabilmesi için Erzincan Üniversitesi Rektörlüğü'nden yazılı izin (24/03/2010 tarih ve 1684 sayılı) alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilere araştırmanın amacı, planı ve yararları açıklanıp, araştırmadan istedikleri zaman ayrılabilirler ifade edilmiş ve sözlü izinleri alınarak gönüllü olanlar çalışmaya dahil edilmiştir.

BULGULAR

Öğrencilerin %53,6'sının kız olduğu, %43,8'inin eğitim fakültesinde, %45,3'ünün 1.sınıfta öğrenim gördüğü, %78,4'ünün sigara içmediği ve %77'sinin normal kiloda olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Öğrencilerin yaşları 17-39 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 20,9±2,0 yıl, BKİ ortalaması ise 21,7±2,9 olarak bulunmuştur.

Çalışmada BDE puan ortalaması 13,6±9,7, UCLA-YÖ 39,3±9,5 ve YTT-40 puan ortalaması 16,9±9,4 olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Depresif belirti yaygınlığı (BDE ≥17) %32,8 (s=853), olası yeme bozukluğu yaygınlığı (YTT-40≥30) ise %8,5 (s=220) olarak saptanmıştır.

	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kız	1393	53,6
Erkek	1207	46,4
Fakülte/Yüksekokul/Meslek Yüksekokulu		
Eğitim Fakültesi	1140	43,8
Fen Edebiyat Fakültesi	383	14,7
Hukuk Fakültesi	155	6,0
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	66	2,5
Sağlık Yüksekokulu	209	8,0
Meslek Yüksekokulu	468	18,0
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu	115	4,4
Turizm ve Otelcilik Meslek Yüksekokulu	64	2,6
Sınıf		
1.	1177	45,3
2.	561	21,6
3.	441	17,0
4.	421	16,1
Sigara içme durumu		
İçiyor	451	17,3
İçmiyor	2037	78,4
Bırakmış	112	4,3
BKİ*		
Zayıf (<18,5)	281	10,8
Normal (18,5-24,9)	2002	77,0
Fazla kilolu (25-29,9)	286	11,0
Obez (30-39,9)	31	1,2

* Beden kitle indeksi. Morbid obez öğrenci bulunmamaktadır.

Ölçekler	Ort ± SS	Alınabilecek puan aralığı	Alınan puan aralığı
BDE	13,6±9,7	0-63	0-62
UCLA-YÖ	39,3±9,5	20-80	20-73
YTT-40	16,9±9,3	0-120	1-105

BDE: Beck Depresyon Envanteri, UCLA-YÖ: UCLA Yalnızlık Ölçeği, YTT-40 Yeme Tutumu Testi-40, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 3. Öğrencilerin sosyodemografik özelliklerine göre BDE, UCLA-YÖ ve YTT-40 puan ortalamalarının karşılaştırılması (s=2600)

Tanımlayıcı özellikler	BDE		UCLA-YÖ		YTT-40	
	Ort±SS	Test ve önemlilik	Ort±SS	Test ve önemlilik	Ort±SS	Test ve önemlilik
Cinsiyet						
Kız	13,5±9,7	t=-0,983	38,4±9,2	t=-5,426	17,3±9,6	U=784292,00
Erkek	13,8±9,7	p=0,429	40,4±9,6	p<0,01	16,5±9,1	p=0,003
Fakülte/Yüksekokul/Meslek Yüksekokulu						
Meslek Yüksekokulu	14,9±10,0		40,2±9,5		16,8±9,8	
Eğitim Fakültesi	13,4±9,6		39,3±9,4		16,7±8,8	
Sağlık Hizmetleri MYO	12,8±8,9		37,4±9,3		18,7±9,2	
Sağlık Yüksekokulu	13,6±9,6	F=2,653	36,6±8,9	F=8,136	16,7±8,9	KW=8,949
Fen Edebiyat Fakültesi	12,9±8,9	p=0,010	38,9±9,0	p=0,001	16,9±8,6	p=0,256
Hukuk Fakültesi	12,9±10,4		39,4±9,6		17,6±10,9	
Turizm ve Otelcilik MYO	16,6±10,9		45,4±9,2		15,9±7,7	
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi	14,1±10,9		41,3±11,0		20,0±15,8	
Sınıf						
1.	14,4±9,7		39,6±9,7		17,2±9,8	
2.	12,9±9,7	F=5,938	38,8±9,4	F=1,135	15,9±7,6	KW=3,441
3.	13,9±10,2	p=0,001	39,4±9,4	p=0,33	17,3±9,5	p=0,329
4.	12,4±8,9		38,9±9,0		17,2±9,9	
Sigara içme						
İçiyor	13,7±9,6		40,0±9,7		16,8±10,1	
İçmiyor	13,6±9,7	F=0,072	38,9±9,4	F=6,873	16,9±9,2	KW=1,263
Bırakmış	13,3±9,8	p=0,931	41,9±9,7	p=0,01	16,7±8,3	p=0,532
BKİ						
Zayıf	13,5±13,5		38,7±9,8		16,5±7,9	
Normal	13,7±9,7	F=3,565	39,3±9,4	F=3,565	16,9±9,5	KW=1,237
Fazla kilolu	13,2±10,3	p=0,848	39,6±9,4	p=0,014	17,2±9,6	p=0,744
Obez	12,9±8,4	r=, 018	44,4±12,5	r=, 027	15,7±9,3	r=, 024
Yaş		p=0,361		p=0,168		p=0,222

BDE: Beck Depresyon Envanteri, UCLA-YÖ: UCLA Yalnızlık Ölçeği, YTT-40 Yeme Tutumu Testi-40, Ort.: Ortalama, SS: Standart sapma; t: Bağımsız gruplarda t-testi; U: Mann Whitney-U testi; KW: Kruskal Wallis varyans analizi; F: Tek yönlü varyans analizi

Tablo 4. Öğrencilerin BDE, UCLA-YÖ ve YTT-40 puan ortalamaları arasındaki ilişki

Ölçekler	UCLA-YÖ r*	BDE r*	YTT-40 r*
UCLA-YÖ	1,00	0,071**	-0,004
BDE	0,071**	1,00	0,205*
YTT-40	-0,004	0,205*	1,00

Spearman korelasyon analizi*, **p<0.05, BDE: Beck Depresyon Envanteri, UCLA-YÖ: UCLA Yalnızlık Ölçeği, YTT-40: Yeme Tutumu Testi.

Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyeti ile BDE puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0,05). Erkek öğrencilerin UCLA-YÖ puan ortalamasının kızlara göre, kızların YTT-40 puan ortalamasının ise erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur (p<0,01).

Öğrencilerin öğrenim gördükleri fakülte/yüksekokul/meslek yüksekokula göre BDE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmasına

rağmen (p<0,01), yapılan ileri analizde (Tukey ileri analizi) farkın anlamlı olmadığı, tüm bölümlerin benzer puan ortalamalarına sahip oldukları belirlenmiştir. Öğrencilerin fakülte/yüksekokul/meslek yüksekokula göre UCLA-YÖ puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,01). Yapılan ileri analizde Turizm ve Otelcilik Yüksekokulu ile İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencilerinin yalnızlık puanının diğer bölümlerden daha fazla olduğu, Sağlık Yük-

sekokulu öğrencilerinin yalnızlık puanının ise Meslek Yüksekokulu, Eğitim Fakültesi ve Turizm ve Otelcilik Meslek Yüksekokulundan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Fakülte/yüksekokul ile YTT-40 puan ortalaması arasında ise anlamlı düzeyde fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Öğrencilerin sınıf düzeyi ile BDE puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür ($p<0,01$). Birinci sınıf öğrencilerinin en yüksek BDE puan ortalamasına sahip olduğu ve yapılan ileri analizde 1. sınıfların hem 2. sınıflar, hem de 4. sınıflar ile fark oluşturduğu belirlenmiştir. Sınıf düzeyi ile UCLA-YÖ ve YTT-40 puan ortalaması arasında ise anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Sigara içme durumu ile BDE ve YTT-40 puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Sigara içen öğrencilerin UCLA-YÖ puan ortalamasının sigara içmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Araştırmada öğrencilerin BKİ düzeyine göre BDE ve YTT-40 puan farklarının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0,05$), UCLA-YÖ puan ortalaması farkının ise anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde obezlerin UCLA-YÖ puan ortalamasının zayıf, normal ve fazla kilolulardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Öğrencilerin yaşı ile BDE, UCLA-YÖ ve YTT-40 puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$) (Tablo 3).

Yapılan Spearman korelasyon analizine göre BDE ile UCLA-YÖ arasında çok zayıf, YTT-40 arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,05$). Aynı analizde UCLA-YÖ ile YTT-40 arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4)

TARTIŞMA

Üniversite öğrencilerinin ruhsal sağlığının korunması ve geliştirilmesi öğrencilerin akademik başarısını artırır ve gelişimlerini destekler. Bu nedenle öğrencilerde yaygın görülebilen depresyon, yalnızlık ve yeme bozukluğu gibi ruhsal sorunların erken dönemde tespiti ve tedavisi büyük önem arz etmektedir. Üniversite öğrencilerinde depresif belirti, yalnızlık ve yeme tutumu arasındaki

ilişkinin sosyodemografik özelliklerle birlikte incelenmesi amacıyla yapılan bu araştırmada bulgular literatür ışığında tartışılmıştır.

Bu araştırmada öğrencilerin BDE puan ortalamasının ($13,6\pm9,7$) ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlara göre düşük düzeyde olduğu bulunmuş ve depresif belirti yaygınlığının ise %32,8 olduğu belirlenmiştir. Suudi Arabistan'da Hasta Sağlık Soru Formu (PHQ) kullanılarak 1696 lisans öğrencisi ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %21,9'unda depresyon, %9,9'unda major depresyon⁷; Batı Nijerya'da Epidemiyolojik Çalışma Merkezleri Depresyon Ölçeği (CES-D)'ne göre öğrencilerin %7'sinde ciddi, %25,2'sinde orta-ciddi düzeyde depresyon²⁶; Hindistan'da BDE kullanılarak yapılan çalışmada²⁷ tıp öğrencilerinin %51,3'ünde ve Malezya'da tıp fakültesi kız öğrencilerinin %65,5'inde depresyon riski olduğu bildirilmektedir.¹⁶ Ülkemizde 1971 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada⁹ da depresif belirti yaygınlığının %35,2 olduğu, diğer çalışmalarda ise sırası ile %18,3 ve %25 olduğu rapor edilmektedir.^{28,29} Ayrıca bir çalışmada BDE puan ortalamasının bu çalışma sonucuna göre düşük⁹, bir çalışmada benzer²⁸ ve diğer bir çalışmada ise yüksek olduğu belirlenmiştir.¹²

Öğrencilerin UCLA-YÖ puan ortalamasının $39,3\pm9,5$ olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar dikkate alındığında, öğrencilerin orta düzeyde yalnızlık algıladığı söylenebilir. Ülkemizde üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda UCLA-YÖ puan ortalamasının bu çalışma sonucu ile karşılaştırıldığında düşük^{12,30,31} veya yüksek olduğu görülmüştür.^{32,33} Norveçte 18-34 yaş aralığında 12000 üniversite öğrencisi ile Toplumsal ve Duygusal Yalnızlık Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin %8,4'i toplumsal, %9,1'i duygusal yalnızlık yaşadığını belirtmiştir.³⁴

Üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun % 8-17 arasında değişen bir yaygınlığa sahip olduğu gösterilmekte¹⁵ ve batı ülkelerinde Asya ülkelerinden daha yaygın görüldüğü bildirilmektedir.³⁵ Bu çalışmada YTT-40 puan ortalamasının ($16,9\pm9,4$) ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar göz önünde bulundurulduğunda düşük düzeyde olduğu saptanmış ve olası yeme bozukluğu yaygınlığının ise % 8,5 olduğu bulunmuştur. Fransa'da 3457 öğrenci ile yapılan bir çalışmada¹³ yeme bozukluğu yaygınlığı %20,5, Malezya'da¹⁶ ve Türkiye'de³⁶ kız öğrencilerle yapılan çalışmalarda %6,3 olarak rapor edilmektedir.

Ülkemizde 2907 ergen ile yapılan başka bir çalışmada¹⁴ yeme bozukluğu nokta yaygınlığı %2,3, kadınlarda %4,3; ayrıca ülkemizde YTT-40 kullanılarak 18-44 yaş aralığında 1122 bireyle yapılan bir çalışmada olası yeme bozukluğu yaygınlığı %5,3, DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (SCID-I) ile belirlenen nokta yaygınlığı ise %1,5 olarak belirlenmiştir.³⁷ Üniversite öğrencileri ile yapılan diğer çalışmalarda ise sırası ile %4,2, %6,8, %8,8, %14 olarak bildirilmiştir.³⁸⁻⁴¹ Bu çalışma ve bildirilen çalışmaların farklı sonuçlarında depresyon yalnızlık ve yeme bozukluğu yaygınlığının bireysel, coğrafik, toplumsal, kültürel, ekonomik ve zaman gibi faktörlerin etkili olabileceği söylenebilir.

Bu araştırmada öğrencilerin cinsiyeti ile BDE puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı, erkek öğrencilerin UCLA-YÖ puan ortalamasının kızlara göre, kızların YTT-40 puan ortalamasının ise erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde, bir çalışmada da cinsiyetin depresyonda anlamlı bir fark oluşturmadığı,²⁶ diğer çalışmalarda kız öğrencilerin depresyon düzeyinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.^{7,29} Son yıllarda yapılan araştırmaların verilerine göre depresyon görülme riskinde kadın erkek arasındaki farkın giderek azaldığı ve bu durumun gelişmiş toplumlarda kadının sosyoekonomik konumundaki değişmeye bağlı olabileceği gösterilmektedir.⁴ Bazı çalışmalarda^{12,30-32,42} erkeklerin, bazı çalışmalarda^{33,43} ise kızların daha yalnız olduğu ve diğer bazı çalışmalarda ise cinsiyetin yalnızlığı etkilemediği saptanmıştır.^{44,45} Kadınların daha yalnız olduğu, ancak yalnızlık durumunda erkeklerin kadınlara göre daha kırılgan oldukları da belirtilmektedir.⁴⁶ Bu çalışmada erkek öğrencilerin kendilerini daha yalnız algılaması, öğrencilerin sosyal ilişkilerinin yeterli olmadığı ve iyi arkadaşlık ilişkileri geliştiremediği ile açıklanabilir. Mevcut çalışmanın sonucu ile benzer olarak yeme bozukluğu yaygınlığını değerlendiren çalışmalarda da yeme bozukluğunun kızlarda daha yüksek olduğu bulunmuştur.^{13,38,41,47} Yeme bozukluklarının kadınlarda görülme oranı erkeklerin on katı olup, olguların çoğunluğu 22 yaşından önce başlamaktadır.⁴ Bireyin kendi fiziksel görünüşünü algılaması olan beden imgesi kadınlar için anlamlı bir ruhsal olgudur. Beden memnuniyetsizliği ya da beden imajını kabul edememe bütün kilo sınıflandırmalarında kadınlarda daha fazla bildirilmiş ve beden memnuniyetsizliğinin yeme bozukluklarının gelişimini

tetikleyebileceği ileri sürülmüştür.¹⁶ Mevcut çalışmanın sonucu literatüre uyumlu olup, kızlarda olası yeme bozukluğunun daha fazla olması, kızlarda beden ağırlığını yanlış algılama ve beden imgesi memnuniyetsizliği ile açıklanabilir.

Öğrencilerin öğrenim gördükleri fakülte/yüksekokul/meslek yüksekokula göre BDE puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmasına rağmen ($p<0,01$), yapılan ileri analizde farkın anlamlı olmadığı, tüm bölümlerin benzer puan ortalamalarına sahip oldukları belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada ise tıp ve fen bilimleri alanında öğrenim gören öğrencilerde depresyonun anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.⁷

Öğrencilerin fakülte/yüksekokul/meslek yüksekokula göre UCLA-YÖ puan ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Turizm ve Otelcilik Meslek Yüksekokulu ile İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi öğrencilerinin yalnızlık puanının diğer fakülte/yüksekokul/meslek yüksekokula göre daha fazla, Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin yalnızlık puanının ise diğer bütün fakülte/yüksekokul/meslek yüksekokula göre daha düşük olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda ise UCLA-YÖ puan ortalamasının bölümlere göre farklılaşmadığı bildirilmiştir.^{30,45} Temel hemşirelik eğitiminde öğrencilerin profesyonel kimlik gelişimi için mesleğin belirli özellikleri ve standartlarını özümsemesi yanı sıra, kendini tanıma ve iletişim becerileri, problem çözme, stresle başetme, duygusal zeka, eleştirel düşünme gibi becerilerle sahip olması ve uygulamalarına yansıtması hedeflenmektedir. Mevcut çalışma sonucunda Sağlık Yüksekokulu (hemşirelik bölümü) öğrencilerinin yalnızlık puan ortalamasının düşük olması, belirtilen konuların müfredat içeriğinde yer alması ile birlikte bireysel, coğrafik, kültürel, toplumsal ve ekonomik yapı, ayrıca eğitim fakültesi ile diğer fakülte/yüksekokul öğrenci sayıları arasındaki farktan kaynaklanabileceği ile açıklanabilir. Öğrenim görülen fakülte/yüksekokul/meslek yüksekokul ile YTT-40 puan ortalaması arasında ise anlamlı düzeyde fark olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda da öğrenim görülen bölümlere göre yeme bozukluğu yaygınlığının fark oluşturmadığı belirtilmiştir.^{13,40}

Öğrencilerin sınıf düzeyi ile BDE puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup, 1. sınıf öğrencilerinin BDE puan

ortalamasının en yüksek olduğu ve yapılan ileri analizde 1. sınıfların hem 2. sınıflar, hem de 4. sınıflar ile fark oluşturduğu saptanmıştır. Sınıf düzeyi ile UCLA-YÖ ve YTT-40 puan ortalaması arasında ise anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada 4. sınıf öğrencilerinin 1. sınıf öğrencilerine göre BDE puan ortalamasının²⁹, Hindistan'da tıp öğrencileri ile yapılan çalışmada 7. ve 9. dönem öğrencilerinin depresyon düzeyinin 2., 4. ve 5. dönem öğrencilerine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir.²⁷ Diğer çalışmalarda^{31,32,40,45} da UCLA-YÖ puan ortalamasının sınıf düzeyine göre farklılaşmadığı, bir diğer çalışmada ise 1. sınıf öğrencilerinin UCLA-YÖ puan ortalamasının diğer sınıflara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir.¹² Bu çalışma sonucunda 1. sınıf öğrencilerinin üniversite eğitimine ve yeni bir çevreye uyum sürecinde daha fazla zorlanma yaşadıkları ve bu durumun depresyon belirtileri göstermelerine yol açtığı, ayrıca bireysel, toplumsal, kültürel ve ekonomik etkenlerin rolü olabileceği düşünülebilir.

Öğrencilerin sigara içme durumu ile BDE ve YTT-40 puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Sigara içen öğrencilerin UCLA-YÖ puan ortalamasının ise sigara içmeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Hindistan'da yapılan bir çalışmada sigara içmeyen öğrencilerin depresyon düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğu²⁷, başka bir çalışmada³⁰ öğrencilerin sigara içme durumunun UCLA-YÖ, diğer bir çalışmada YTT-40 puan ortalamasını etkilemediği⁴¹, diğer bir çalışmada ise yeme bozukluğu ile pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir.¹³ Bu çalışma sonucu yalnızlıkla başa çıkmak için öğrencilerin sigara içme gibi etkisiz davranışsal başa çıkma yöntemi kullandığı, sigara içmeyen öğrenci sayısının fazla olduğu (%78,4), yanı sıra bireysel, toplumsal ve kültürel faktörlerin etkisi ile açıklanabilir.

Araştırmada öğrencilerin BKİ ile BDE ve YTT-40 puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı; BKİ ile UCLA-YÖ puan ortalaması arasında ise anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Yapılan ileri analizde obezlerin UCLA-YÖ puan ortalamasının zayıf, normal ve fazla kilolulardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Amerika'da 4687 birinci sınıf tıp öğrencisi ile yapılan bir çalışmada da zayıf/normal kilolu olanlara göre fazla kilolu/obez öğrencilerin anlamlı düzeyde genel iyilik durumlarının ve beden algılarının daha kötü ve daha yalnız olduğu bildirilmektedir.

Ayrıca algılanan ve içselleştirilmiş kilo damgalanmasının fazla kilolu/obez öğrencilerde iyi oluşu kötüleştirilebileceği rapor edilmektedir.⁴⁸ Yurt dışında yapılan başka bir çalışmada BKİ ve beden memnuniyetsizliğinin kilo kontrolü ve gıda tüketimi ile ilişkili kaygıda artışa neden olduğu da belirtilmektedir.⁴⁹ Bir çalışmada BKİ'si yüksek öğrencilerin³⁶ diğer bir çalışmada zayıf ve şişman olan öğrencilerin yeme bozuklukları açısından risk altında oldukları bulunmuştur.⁴⁰ Bir çalışmada ise normal kilolu öğrencilerin olası yeme bozukluğunun anlamlı düzeyde yüksek olduğu bildirilmiştir.⁴¹ Başka bir çalışmada da aşırı kilolu/obez olan, beden ağırlığından memnun olmayan, diyet yapan ve stres durumunda beslenmesinin etkileneceğini belirten öğrencilerin yeme bozuklukları açısından riskli bulunduğu gösterilmektedir.⁴⁷ Mevcut çalışma sonucunda normal kiloda olan öğrencilerin çoğunlukta (%77) olmasının yanı sıra bireysel, coğrafik, kültürel, toplumsal ve ekonomik yapının etkili olabileceği söylenebilir.

Bu çalışmada öğrencilerin yaşı ile BDE, UCLA-YÖ ve YTT-40 puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda da yaşın yalnızlık durumunu^{43,45} ve yeme bozukluğunu^{40,41} etkilemediği, başka bir çalışmada ise yaşı büyük öğrencilerin yeme bozukluğu yaygınlığının (%17,6) daha yüksek olduğu bulunmuştur.⁴⁷ Diğer çalışmalarda yaşı büyük olan öğrencilerin daha yalnız^{31,33} ve yaşı küçük olan öğrencilerin yaşı daha büyük olanlara göre depresyon düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğu bildirilmiştir.^{27,29} Mevcut çalışmanın sonucuna göre bireysel, ruhsal, toplumsal ve kültürel etkenlerin öngörücü olabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada BDE ile UCLA-YÖ arasında çok zayıf, YTT-40 arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiş, UCLA-YÖ ile YTT-40 arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yalnızlık bireyin arzu edilen ve mevcut olan toplumsal ve duygusal ilişkilerinin nitelik ve niceliği arasındaki uyumsuzluk durumunda ortaya çıkan karmaşık ruhsal toplumsal bir yapıdır. Kuramsal olarak toplumsal yapıdaki öznel eksiklik toplumsal yalnızlık, yalnız olmanın öznel deneyimi ise duygusal yalnızlık olarak incelenmekte ve sosyal ve duygusal yalnızlığın fiziksel ve ruhsal sağlığı olumsuz etkilediği bildirilmektedir.³⁴ Yeme bozukluğunda depresyon başta olmak üzere eş tanımlar yaygın görülmekte olup³⁷ depresyon ve yeme bozukluğu arasındaki ilişki karşılıklı ve iki

yönlüdür. Depresyon yeme bozukluğu patolojisinin ilerlemesine yol açmakta, doğru olmayan diyet ve beslenme ise depresyon gelişmesinde anlamlı rol oynayan kimyasal dengesizliğe neden olabilmektedir.¹⁶ Yurt dışında^{13,16} ve ülkemizde^{14,37} üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da BDE ile YTT-40 puanları arasında pozitif yönlü anlamlı düzeyde bir ilişki belirlenmiştir. Bir çalışmada da yeme bozukluklarında en sık konulan eş tanının majör depresif bozukluk olduğu belirlenmiştir.³⁷ Ayrıca yurt dışında ergenlerle yapılan bir çalışmada etkisizlik ve etkileşimsel farkındalık gibi ruhsal özelliklerin gelişimini ortaya çıkaran depresyon, obsesiflik ve benlik saygısının, yeme bozukluğu risk sürecinde belirleyici etkenler olduğu bildirilmektedir.⁴⁹ Diğer çalışmalarda da yalnızlık ve depresyon arasında pozitif yönlü bir ilişki^{12,34,50} ve başka bir çalışmada yalnızlık ve ruhsal bozukluk düzeyi yüksek öğrencilerin stresle etkili başa çıkma yöntemleri kullanmadığı belirlenmiştir.¹⁰ Mevcut çalışmanın sonucu literatüre uyumlu olup, depresyonun yalnızlık ve yeme bozukluğu ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Yeme bozukluğunda bireysel, ruhsal, toplumsal ve kültürel etkenlerin öngördürücü olduğu¹⁶, duygusal yeme davranışlarının, olumsuz duygular ya da zorlanmadan kurtulmak için baş etme yöntemi olarak kullanıldığı bildirilmektedir.⁵¹ Birleşik Arap Emirlikleri'nde gençlerle yapılan bir çalışmada da tıkanırcasına yeme bozukluğunun yalnızlık ve sıkıntı gibi olumsuz duyguları hafifleterek uygunsuz başa çıkma stratejisi olarak işlev görebileceği belirtilmektedir.⁵² Bu çalışmada yalnızlık ile yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olmaması, öğrencilerin yalnızlıkla başa çıkmada bozulmuş yeme davranışı gibi etkisiz bir başa çıkma yöntemi kullanmadığını ve çalışma sonucunda başka faktörlerin etkili olabileceğini düşündürmektedir.

SONUÇ

Bu çalışmada öğrencilerin orta düzeyde yalnızlık yaşadığı, %32,8'inin depresif bozukluk yönünden risk altında olduğu, %8,5'inin olası yeme bozukluğu gösterdiği ve yalnızlık algısının depresyon riskinde, depresyonun ise olası yeme bozukluğunda belirleyici olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca cinsiyetin depresif belirti riskini etkilemediği, erkeklerin daha yalnız ve kızların olası yeme bozukluğu puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu nedenle bu çalışmanın sonuçları öğrencilerde ruhsal girişim programlarının gerekliliğini göstermektedir. Üniversitelerin psikolojik danışma ve rehberlik

merkezlerinde sistematik bir şekilde kolay ve hızlı tarama testleri ile depresyon, yalnızlık ve yeme bozukluğu gibi ruhsal bozuklukların erken tanı ve tedavisine yönelik çeşitli psikoterapi yaklaşımları ve ruhsal eğitim programları ile bu bozuklukların doğası, olası sonuçları, kendini tanıma, etkili iletişim, problem çözme ve stresle başa çıkma becerileri, atılgan davranış özellikleri ve yaşam amaçları belirleme konularında rehberlik ve danışmanlık yapılmalıdır. Ulaşılabilir, karşılanabilir ve kabul edilebilir hizmetler ile gençlerin, kendi sağlıklarını koruma bilincine erişmesi ve kendi yaşamlarını etkileyecek her türlü çalışmanın planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi aşamalarına aktif olarak katılmaları sağlanmalıdır.

Çalışmanın Sınırlılığı ve Genellenabilirliği

Bu çalışmanın sınırlılığı, kesitsel nitelikte bir çalışma olmasından dolayı neden-sonuç çıkarımında sağlıklı sonuçların elde edilememesidir. Çalışmanın sonuçları Erzincan il merkezinde öğrenim gören öğrencileri temsil edebilir nitelikte olmasına rağmen, farklı şehirlerdeki üniversite öğrencilerine ve öğrenci olmayan gençlere genellenemez.

KAYNAKLAR

1. Pekcan H. Adölesan Sağlığı. Güler Ç, Akın L. Editörler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1. 3. Baskı. Hacettepe Üniversitesi Yayınları Tıpkı Basım 2015. s. 486-538.
2. Blotnick KA, Mann LL, Joy PR. An assessment of university students' healthy eating behaviors with the expectancy theory. ASBBS eJournal 2015;11: 31.
3. Musiat P, Conrod P, Treasure J, Tylee A, Williams C, Schmidt U. Targeted prevention of common mental health disorders in university students: randomised controlled trial of a transdiagnostic trait-focused web-based intervention. PLoS One 2014; 9: e93621.
4. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 14. Baskı. Miki Matbaacılık, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara 2016. s: 273, 465-474.
5. Şenol S, İşeri E, Şener Ş. Ruhsal Hastalıklar. Yüksel N. Editör. 3. Baskı. MN Medikal & Nobel Basım Yayın Ticaret ve Sanayi Ltd. Şti. Ankara 2006. s. 531-537.
6. Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili olduğu etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2008;19:382-389.

7. Amr M, Amin TT, Saddichha S, Malki SA, Samail MA, Qahtani NA, et al. Depression and anxiety among Saudi University students: prevalence and correlates. *The Arab Journal of Psychiatry* 2013; 24:1-7.
8. Lotfi MH, Aminian AH, Ghomizadea A, Zarea S. Prevalence of depression amongst students of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2010;2:51-55.
9. Çelikel FÇ, Erkorkmaz Ü. Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve umutsuzluk düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Arch Neuropsychiatry* 2008;45:122-129.
10. Demirüstü C, Binboğa D, Öner S, Özdamar K. The relationship between the ways of coping with Stress Inventory and the General Health Questionnaire-12 scores among university students. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009;29:70-6.
11. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar. Yenilenmiş 2. Baskı. Mattek Matbaacılık Bas. Yay. Tic. Ltd. Şti. Ankara 2010. s. 151-161.
12. Ceyhan E, Ceyhan AA. Üniversite psikolojik danışma merkezine başvuran öğrencilerin yalnızlık ve depresyon düzeyleri. *Eğitim ve Bilim* 2011;36: 65-80.
13. Tavolacci MP, Grigioni S, Richard L, Meyrignac G, Dechelotte P, Ladner J. Eating disorders and associated health risks among university students. *J Nutr Educ Behav* 2015;47:412-420.
14. Vardar E, Erzen M. Ergenlerde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve psikiyatrik eş tanıları iki aşamalı toplum merkezli bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22:205-12.
15. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014. s: 171-179.
16. Manaf NA, Saravanan C, Zuhrah B. The prevalence and inter-relationship of negative body image perception, depression and susceptibility to eating disorders among female medical undergraduate students. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2016;10: 01-04.
17. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. *World Health Organ Tech Rep Ser*, Geneva. 2000;894:1-253.
18. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:561-571.
19. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:3-13.
20. Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2007. s:121, 325.
21. Russell D, Peplau LA, Cutrona C E. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol* 1980; 39: 472-480.
22. Demir A. UCLA Yalnızlık Ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7:14-18.
23. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979; 9:273-279.
24. Erol N, Savaşır I. Yeme tutum testi: anoreksiya nervosa belirtiler indeksi. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7:19-25.
25. Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler. 3. Baskı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul 1997. s: 596.
26. Peltzer K, Pengpid S, Olowu S, Olasupo M. Depression and associated factors among university students in Western Nigeria. *Journal of Psychology in Africa* 2013;23:459-466.
27. [Iqbal S, Gupta S, Venkatarao E.](#) Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students & their socio-demographic correlates. *Indian J Med Res* 2015; 141: 354-357.
28. Deveci SE, Ulutaşdemir N, Açık Y. Bir sağlık yüksekokulunda öğrencilerde depresyon belirtilerinin görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Fırat Tıp Derg* 2013;18: 98-102.
29. Softa HK, Kaya S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin depresyon düzeylerini etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013; 2: 214-229.
30. Karaoğlu N, Avşaroğlu S, Deniz ME. Yalnız mısın? Selçuk Üniversitesi öğrencilerinde yalnızlık düzeyi ile ilgili bir çalışma. *Marmara Medical Journal* 2009;22:19-26.
31. Kaya N, Kaya H, Atar NY, Turan N, Eskimez Z, Palloş A, ve ark. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin öfke ve yalnızlık özellikleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012;9:18-26.
32. Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F. Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Genel Tıp Derg* 2008;18:71-79.
33. Seçim ÖY, Alpar Ö, Algür S. Üniversite öğrencilerinde yalnızlık: Akdeniz

- Üniversitesinde yapılan ampirik bir araştırma. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi* 2014;13:200-215.
34. [Hayley AC](#), [Downey LA](#), [Stough C](#), [Sivertsen B](#), [Knapstad M](#), [Overland S](#). Social and emotional loneliness and self-reported difficulty initiating and maintaining sleep (DIMS) in a sample of Norwegian university students. *Scand J Psychol* 2017;58:91-99.
35. Qian J, Hu Q, Wan Y, Li T, Wu M, Ren Z, et al. Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review. *Shanghai Archives of Psychiatry* 2013; 25:213-222.
36. Çelik S, Yoldaşcan EB, Okyay RA, Özenli Y. Kadın üniversite öğrencilerinde yeme bozukluğunun yaygınlığı ve etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2016; 17:42-50.
37. Semiz M, Kavakcı Ö, Yağız A, Yontar G, Kugu N. Sivas il merkezinde yeme bozukluklarının yaygınlığı ve eşlik eden psikiyatrik tanılar. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2013; 24:149-57.
38. Ulaş B, Uncu F, Üner S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde olası yeme bozukluğu sıklığı ve etkileyen faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;2:15-22.
39. Tozun M, Ünsal A, Ayrancı U, Arslan G. Prevalence of disordered eating and its impact on quality of life among a group of college students in a province of west Turkey. *Salud Publica Mex* 2010; 52:190-198.
40. Yılmaz D, Ayaz A, Demirel ZB. Kız üniversite öğrencilerinde yeme tutumunun kişisel beden imajı algısı ile ilişkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2013;41:227-233.
41. Ünalın D, Öztıp DB, Elmalı F, Öztürk A, Konak D, Pırlak B, ve ark. Bir grup sağlık yüksekokulu öğrencisinin yeme tutumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2009;16:75-81.
42. Serin NB, Aydınöđlu N, Aysan F. Examining the predictors of loneliness levels of university students. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 2010;2:704-708.
43. Bek H. An Analysis on loneliness level of Afghani university students in Turkey in respect of some variables. *Mevlana International Journal of Education* 2014;2:132-138.
44. İlhan T. Üniversite öğrencilerinde yalnızlık: cinsiyet rolleri ve bağlanma stillerinin yalnızlığı yordama güçleri. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri* 2012;12:2377-2396.
45. Öztürk H, Sevindik FN, Yaman SÇ. Öğrencilerde yalnızlık ve sosyal destek ile bunlara etki eden faktörlerin incelenmesi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2006;16: 383-394.
46. Yaşar RM. Yalnızlık. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2007;17:237-260.
47. Kadioğlu M, Ergün A. Üniversite öğrencilerinin yeme tutumu, öz-etkililik ve etkileyen faktörler. *MÜSBED* 2015;5:96-104.
48. Phelan SM, Burgess DJ, Puhl R, Dyrbye LN, Dovidio JF, Yeazel M, et al. The adverse effect of weight stigma on the well-being of medical students with overweight or obesity: findings from a national survey. *J Gen Intern Med* 2015;30:1251-8.
49. [De Caro EF](#), [Di Blas L](#). A prospective study on the reciprocal influence between personality and attitudes, behaviors, and psychological characteristics salient in eating disorders in a sample of non-clinical adolescents. *Eat Disord* 2016;24:453-68.
50. Daniel K. Loneliness and depression among university students in Kenya. *Global Journal of Human Social Science Arts & Humanities* 2013;4:11-18.
51. Sevinçer GM, Konuk N. Emosyonel yeme. *Journal of Mood Disorders* 2013;3:171-8.
52. Schulte SJ. Predictors of binge eating in male and female youths in the United Arab Emirates. *Appetite* 2016;105:312-9.



Original Research / Özgün Araştırma

Prevalence and risk factors for voice problems in imams

İmamlarda Ses Rahatsızlığı Prevelansı ve Risk Faktörleri

Selman Sarıca*¹

ABSTRACT

Introduction: Voice problems are widespread in professions where the voice is actively used. Imams are a group where the voice is used professionally, The aim was to investigate the prevalence of voice problems in imams and to determine the potential risk factors. **Methods:** A questionnaire was developed in our clinic to obtain information about the voice load, prevalence of voice problems, habits and diseases affecting voice quality in 1500 imams randomly selected from mosques in the Kahramanmaraş region of Turkey. The completed forms of 514 imams (34% response rate) were included in the study. **Results:** It was determined that 36.6% of the imams included in the study had experienced voice problems in their occupation, and the most common reasons were seen to be reflux and upper respiratory tract infections. Lack of knowledge of correct breathing exercises and frequent clearing of the throat were significant risk factors. The imams who used a microphone did not smoke and had regular eating and drinking habits were determined to experience voice problems less frequently. **Conclusion:** As imams do not receive training on correct use of the voice, vocal hygiene and breathing during their religious education, voice disorders are frequently seen. To reduce the complaints of voice problems, training on correct use of the voice and points to which attention must be paid should be given in addition to religious training.

Key words: Imam, voice disorder, vocal hygiene, gastric reflux, questionnaire

ÖZET

Giriş: Ses problemi aktif olarak sesin kullanıldığı mesleklerde yaygındır. İmamlar profesyonel ses kullanıcılar grubunda olup ses bozuklukları gelişiminde risk altındadır. Bu çalışmanın amacı imamlarda ses sorunlarının yaygınlığını araştırmak ve muhtemel risk faktörlerini belirlemektir. **Yöntem:** Kahramanmaraş bölgesinde rastgele seçilen 1500 cami imamında ses yükü, ses bozukluklarının yaygınlığı, alışkanlıkları ve ses kalitesini etkileyen hastalıklar hakkında bilgi edinebilmek için kliniğimizce oluşturulan anket düzenlendi. Anketleri teslim eden 514 imamın bilgileri değerlendirildi. **Bulgular:** Çalışmamızda imamların % 36,6'sında görevleri sırasında ses sorunları yaşadığı görüldü. Reflü ve solunum yolu enfeksiyonları ses problemlerinin en yaygın sebebi idi. Doğru nefes egzersizini bilmeme, sık sık boğaz temizleme de önemli risk faktörleri arasında idi. Mikrofon kullanan, sigara içmeyen ve yeme içme alışkanlıkları düzgün olan imamlarda ses sorunlarının daha nadir olarak görüldüğü tespit edildi. **Sonuç:** İmamlarda dini eğitim sırasında doğru ses kullanımı, vokal hijyen ve nefes eğitimi almama nedeni ile ses bozukluğu şikayeti sık olarak görülmektedir. Ses şikayetlerinin azalması için dini eğitimin yanında sesin doğru kullanımı ve dikkat edilmesi gereken hususların eğitimi de verilmelidir.

Anahtar kelimeler: İmamlar, ses bozukluğu, ses hijyeni, eğitim, reflü, anket

Received Date / Geliş Tarihi: 10.06.2018, Accepted Date / Kabul Tarihi: 26.07.2018

¹ Selman Sarıca, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kahramanmaraş, TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Selman Sarıca, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kahramanmaraş, TÜRKİYE.

Sarıca S. İmamlarda Ses Rahatsızlığı Prevelansı ve Risk Faktörleri. TJFMPC, 2018;12(4): 275-280.

DOI: 10.21763/tjfm.462896

INTRODUCTION

The prevalence of voice problems in the general population is 6%-15%, and this rate increases in occupational groups where intense voice use is required.¹ Although the etiology is multifactorial, occupation is a significant factor in the prevalence of voice disorders. Lengthy periods of talking and environmental factors such as high levels of background noise, poor acoustics, and air pollution, increase this prevalence.² Koufman and Isaacson classified voice users according to the importance of voice quality in their professions. Accordingly, an elite group was formed of professional singers and actors and a professional class of clerics, teachers, teaching assistants and lawyers, and for all of these, voice problems could have a negative effect on their career.^{2,3}

It has been reported that voice problems limit the work of 38% of teachers and cause financial loss for 1 in 3 teachers.⁴⁻⁶ In another study, it was reported that the risk of changing work was 12.5-fold greater for teachers with voice problems compared to those without these problems. Although imams are professional voice users, it is a profession that generally requires a moderate degree of good voice quality. In Turkey, imams manage religious services in mosques 7 days a week. At weddings, funerals, and meetings, they also undertake functions of reading the Koran, chanting and giving sermons to large congregations. During the summer in the school holidays, they also give religious education lessons in mosques, although their teaching hours are not as long as those of regular teachers. Permanent voice impairment can negatively affect the professional performance of imams and this may sometimes result in leaving their duties or being transferred to an administrative position.⁷

To the best of our knowledge, there has been no previous study related to voice problems in imams. The aim of this study was to determine the prevalence of voice problems in imams and to identify the risk factors for voice problems.

METHOD

Approval for this prospective study was granted by the Ethics Committee of Kahramanmaraş Sutçu Imam University (decision no. N 11 2015/10, protocol no: 132, dated 27.07.2015). Informed consent was obtained from all the study participants. The study was applied in accordance with the ethical standards of the Declaration of Helsinki. Subjects were

excluded from the study if they had the history of laryngeal, thyroid and neck surgery.

On the first Tuesday of every month, approximately 1500 imams meet for training. A questionnaire was distributed at these meetings for completion to obtain information about demographic features, the time in the profession using the voice, the time per day of voice use, microphone use, the frequency of upper respiratory tract infections, allergies, smoking status, the frequency of tea and coffee consumption, night-time eating habits, laryngopharyngeal reflux and family history of voice disorders, and the frequency of symptoms related to voice problems such as voice restriction, clearing the throat, voice fatigue and forced use of the voice. To evaluate the effect of the duration of work on the voice, the subjects were separated into 2 groups as those >10 years and <10 years in the profession.

Statistical analyses of the study data were made using SPSS 15.0 software (SPSS Corporation, USA). Descriptive statistics were used to define the demographic information (age, years of experience, daily use of voice etc). Pearson's correlation test was used because the parameter data after the descriptive statistics showed normal distribution. The Chi-square test, Fisher's Exact test, the t-test and the Mann Whitney U-test were applied in the analyses. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant.

RESULTS

Of the 1500 questionnaires distributed, 734 were returned. Due to incomplete information, the forms of 220 imams (14.7%) were excluded from the study. The completed forms of 514 imams (34% response rate) were included in the study. The mean age of the imams was 37.1 ± 12.4 years (range, 19-64 years). The duration of the imams in the profession was mean 15.6 ± 11.8 years (range, 2-45 years Table 1).

	mean±SD	range
Age (years)	37.1±12,4	19-64
Number of years in occupation	15.6±11,8	2-45
Daily voice use (hours)	4.5±2,9	2.8

SD: Standard deviation

Voice problems were reported by the participants as generally by 190 (36.8 %) and sometimes by 113 respondents. The others

responded as occasionally or never. In response to the question of the frequency of forced use of the voice, 200 (39.3%) responded as generally, 71 as sometimes and 129 as rarely or never. Voice restriction was reported as generally by 52 and sometimes by 141 (37.5%) (Table 2).

	Often n (%)	Rarely n (%)
Voice problems	190 (36.8)	324 (63)
Forced voice use	200 (39.3)	314 (61.08)
Voice restriction	193 (37.5)	321 (62.5)

Of the 514 imams in the study, 62 (12%) reported that they had knowledge of correct voice use and only 12 (2.3%) reported that they had received voice use training. Of those who had received training, 5 reported that they had been informed by physicians when they presented at the Ear, Nose and Throat Clinic because of voice complaints.

Occasional cigarette smoking was reported by 37 (7.2 %) imams and no relationship was observed with voice disorders ($p>0.05$). The voice disorder risk factors of allergies, upper respiratory tract infections, reflux, throat clearing, cigarette smoking, family history of voice disorders, tea and coffee consumption and microphone use are shown in Table 3.

	Often [n: (%)]	Rarely/never [n: (%)]
Cigarette smoking (477-no)	0	37 (7.2)
Allergies	159 (30.9)	355 (69.1)
Upper respiratory tract infection	190 (37)	324(63)
Throat clearing	271 (52.7)	243 (47.3)
Reflux	197 (38.2)	317 (61.7)
Family history of voice problems	0	24 (4.7)
Tea and coffee consumption	374 (72.8)	140 (27.2)
Night-time eating	141 (27.4)	373 (72.8)
Microphone use	209 (40.7)	305(59.3)

In the imams with frequent voice problems, complaints of allergies, upper respiratory tract infections, throat clearing, and reflux were determined to be frequent ($p<0.001$) (Table 4).

Voice problems in a first-degree relative were reported by 24 (4.7%) of this group of imams. The voice complaints in those with familial disorders were not found to be significant ($p>0.05$).

The time in the profession was >10 years in 202 imams and <10 years in 312. The effect of the time in the profession on voice problems was found to be statistically significant in those working for longer than 10 years ($p<0.05$). While 336 (65.4%) imams stated that they used their voice for <6 hours per day, 178 (34.7%) stated voice use of 6 hours or longer per day. A statistically significant increase in vocal symptoms was observed in those who used their voice for 6 hours or more per day ($p<0.05$). Voice problems were reported to increase due to summer courses during the school holidays by 457 (88.9%) imams. A statistically significant increase was observed in voice problems during the summer because of working for more than 6 hours per day, dealing with young age groups in a noisy environment and needing to raise the voice more ($p<0.001$). A microphone was used by 305 imams and not by 209. There was observed to be an inverse correlation between microphone use and voice problems ($p<0.05$).

DISCUSSION

According to the results of this study, although the vast majority of imams experience voice problems at certain times in their professional life, this problem is continuously experienced in general by 36.6%. Upper respiratory tract infection was seen to be the most common cause leading to voice problems. Other risk factors were reflux, frequent throat clearing, not using a microphone, allergies, not having any voice-breathing training and vocal hygiene. That the prevalence of voice problems was high in the current study could be due to the 514 volunteers who completed both questionnaires from the total 1500 imams being those who suspected that they had voice problems.

The daily voice use of the imams is in the prayers 5 times a day in the routine daily worship and giving lessons in the summer over a period of 2-3 months.

Table 4. Distribution of lifestyle and health-related factors in imams with voice problems

	Voice fatigue		Voice restriction		Forced voice use	
	R	p	R	P	R	p
Duration in occupation (>10 years)	0.204	0.001	0.175	0.000	0.235	0.001
Daily voice use (>4 hours)	0.056	0.211	0.104	0.019	0.162	0.001
Family history of voice problems	0.079	0.075	0.046	0.119	0.012	0.141
Microphone use	-0.222	0.001	-0.199	0.001	-0.204	0.001
Upper respiratory tract infections	0.374	0.001	0.246	0.001	0.396	0.001
Allergies	0.327	0.001	0.275	0.001	0.073	0.001
Smoking	0.020	0.654	0.029	0.753	0.068	0.125
Frequent throat clearing	0.475	0.001	0.424	0.001	0.448	0.001
Reflux	0.272	0.001	0.315	0.001	0.289	0.001
Night-time eating	0.166	0.001	0.138	0.001	0.182	0.001
Drinking>3 cups of coffee per day	0.090	0.044	0.131	0.003	0.091	0.04

*p<0.05 **p<0.001 (pearson correlation test)

Although imams constitute an elite professional section in respect of voice use, as the working hours are not as long as those of teachers, they are not in a comparably noisy environment, and they can use a microphone for prayers and sermons, the most important reason for voice problems is not voice load. Furthermore, voice problems were seen at a higher rate in the imams who did not use a microphone compared to those who did. Thus, it can be considered that microphone use could decrease voice problems as there is no need to raise the voice.

The significant risk factors causing voice problems in the imams of this study were seen to be upper respiratory tract infection, allergies, reflux, and frequent throat clearing. Frequent throat clearing because of reflux, retronasal discharge or allergy causes mechanical trauma in the larynx with burning and dryness in the throat resulting in repeated throat clearing and talking loudly to compensate for the voice quality and thus a vicious circle is established. Previous studies have reported that upper respiratory tract infections, reflux, insufficient water intake, talking loudly and frequent throat clearing are factors that have a negative effect on voice quality.⁸⁻¹³ As throat clearing causes strong aperiodic adduction of the vocal folds, it

is thought to be one of the most common forms of vocal trauma.¹⁴

Regular eating habits, plentiful fluid intake and precautions against reflux will probably reduce the extent of voice problem complaints. In a survey study of Jewish cantors (leading the religious music) Hapner and Gilman¹² reported that 65% had voice problems and the risk factors for these were a long working week, reflux and allergies. A study in Brazil of 56 priests reported voice problems with symptoms of throat clearing(78.5%), restricted voice(57.1%) and laryngeal irritation(51.8%).¹⁵ In another study conducted on Lutheran priests, 21% were determined with voice problems. The most commonly reported symptoms were frequent throat clearing, cough, and a tight and restricted voice.² Irema Hocevar-Boltezar¹³ investigated the prevalence of voice problems in Catholic priests using a questionnaire in which it was reported that 85.6% of the priests experienced voice problems for a certain period in their profession and the most significant factors were reflux, asthma allergy, and cigarette smoking. In the current study, similar causes were found in the etiology of the voice problems of the imams.

There are also additional duties of reading the Koran, delivering sermons and chanting at weddings and funerals.⁷ As many imams do not like or trust their voice, they do not chant. Those who do the chant and have not had voice training have an increased rate of voice complaints because of overload. The provision of education and training related to vocal hygiene, breathing exercises, and correct voice use could be effective in reducing these problems for imams.

There is known to be a need for voice use training for those who actively use the voice professionally.¹⁶ Individuals experiencing voice problems are seen more often during training.⁹⁻¹² In studies conducted on teachers, a history of voice problems during training has been identified as a risk factor for later voice complaints.^{4,6,10,11} Knowledge of vocal hygiene, breathing exercises and using correct vocal techniques reduce voice fatigue and increase self-confidence when talking.¹⁷ The results of the current study showed that the lack of knowledge and training of the imams in voice use was a significant risk factor for voice problems, whereas those who were knowledgeable, had received training and applied it in practice reported fewer voice complaints.

Training for teachers provides a positive effect on voice quality.¹⁵ Before imams start their duties as an imam, necessary processes such as voice training, diction training, and ENT examination are not applied. This leads to problems such as complaints of not liking the sound of the voice after having started the work. In the current study, that the few imams who had received voice training had no voice complaints show the necessity for the provision of training in breathing exercises related to voice use, vocal hygiene, and correct voice use before the imams take up positions. Limitation of study is the lack of Otolaryngologic physical examination, especially laryngoscopic examination and voice analysis of imams.

CONCLUSION

Voice problems are commonly seen in imams. Reflux, frequent throat clearing, lack of attention to vocal hygiene and lack of voice training are risk factors for voice problems. During training for professions that require the use of the voice, the provision of training related to voice use and hygiene would decrease the prevalence of voice problems.

Ethical considerations

Ethical issues (including plagiarism, informed consent, misconduct, data fabrication and/or falsification, double publication and/or submission, redundancy, etc.) have been completely observed by the authors.

Ethics

Ethics Committee Approval: Prospective study. Approval for the study was granted by the Clinical Research Ethics Committee Kahramanmaraş Sütçü Imam University (decision no. N 11 2015/10, protocol no: 132, dated 27.07.2015)

Informed Consent: It was taken.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the author.

Financial Disclosure: The author declared that this study received no financial support.

Sponsor: none

REFERENCES

1. Smith E, Gray M, Dove S. Frequency and effects of teachers voice problems. *J Voice* 1997;11(1): 81-7.
2. Hagelberg AM, Simberg S. Prevalence of voice problems in priest and some risk factors contributing to them. *J Voice* 2015;29(3): 11-8.
3. Koufman JA, Isaacson G. The spectrum of vocal dysfunction. *Otolaryngol Clin North Am* 1991;24(5): 985-8.
4. Smith E, Kirchner HL, Taylor M, Hoffman H, Lemke JH. Voice problems among teachers: differences in gender and teaching characteristics. *J Voice* 1998;12(3): 328-34.
5. Angelillo M, DiMaio G, Costa G, Angelillo N, Barillari U. Prevalence of occupational voice disorders in teachers. *J Prev Med Hy* 2009; 50(1): 26-32.
6. Chen SH, Chiang SC, Chung YM, Hsiao LC, Hsiao TY. Risk factors and effects of voice problems for teachers. *J Voice* 2010;24(2): 183-92.
7. Kaya M, Küçük N. The professional proficiencies of imams: A case study on imams in Safranbolu. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2015;1(1):1-8
8. Soklic T, Boltezar IH. Voice disorders among teachers in Slovenia: Prevalence

- and some risk factors. *Slovenian Medical Journal* 2004;73(6):493-7.
9. Roy N, Merrill RM, Thibeault S, Parsa RA, Gray SD, Smith EM. Prevalence of voice disorders in teachers and the general population. *J Speech Lang Hear Res* 2004;47(2): 281-93.
 10. Thomas G, Kooijman PGC, Cremers CWRJ, de Jong FICRS. A comparative study of voice complaints and risk factors for voice complaints in female students and practicing teachers early in their career. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2006;263(4): 370-80.
 11. Kooijman PGC, de Jong FICRS, Thomas G, Huinck W, Donders R, Graamans K, et al. Risk factors for voice disorders in teachers. *Folia Phoniatr Logop* 2006;58(3): 159-74.
 12. Hapner E, Gilman M. The vocal load of reform Jewish cantors in the USA. *J Voice* 2012;26(2):201-4.
 13. Hocevar-Boltezar I. Prevalence and risk factors for voice problems in priests. *Wiener Klinische Wochenschrift* 2009;121(7-8): 276-81.
 14. Devadas U, Jose N, Gunjawate D. Prevalence and influencing risk factors of voice problems in Priest in Kerala. *J Voice* 2016;30(6): 27-32.
 15. Neto FXP, da Silva IPC, Madeira AV, Menezes CDRT, Rodrigues LG, Navarro LM. Analysis of the vocal health of the preachers of the seventh day Adventist churches. *Int Arch Otorhinolaryngol* 2009;13(4): 407-12.
 16. Murry T, Rosen CA. Vocal education for the professional voice user and singer. *Otolaryngol Clin North Am* 2000;33(5): 967-81,
 17. Bovo R, Galceran M, Petruccelli J, Hatzopoulos S. Vocal problems among teachers: Evaluation of a preventive voice program. *J Voice* 2007;21(6):705-22.



A tobacco use survey among university students focusing on waterpipe use and relationship between first-ried tobacco product and becoming an established smoker Üniversite öğrencilerinde nargile odaklı tütün ürünleri kullanımı ve ilk denenen tütün ürünü ile tütün ürünü kullanıcıya dönüşme arasındaki ilişki

Recep Erol Sezer^{*1}, Özlem Tanrıöver¹, Güliz Dirimen Arıkan², Mehtap Kacar¹

ABSTRACT

Objective: We aimed to describe tobacco use and tobacco related attitudes and perceptions among the Yeditepe University students with a special focus on waterpipe use, and to investigate the relationship between first-ried tobacco product and established smoking. **Method:** An anonymous questionnaire survey (a cross-sectional study) was conducted in the spring term of the 2014-15 academic year. Study subjects included all four year students (n=354) of the faculties of medicine, pharmacy, dentistry, and health sciences of the Yeditepe University (Istanbul/Turkey). The response rate was 97.5%. **Results:** The prevalence of current smoking was 53.5% in males, 29.7% in females. Of the male students 58.6%, among female students 32.1% smoked any tobacco product at least once in the last 30 days. While the proportion of those who have ever tried, even one puff, any tobacco product was 80.8% in males, 71.5% in females (p=0.075). The first-ried tobacco product was a cigarette among half of them, and a waterpipe product in the other half. The most tried tobacco product among females was a waterpipe product. While there was no relationship between the first-ried tobacco product and established smoking, of those who ever tried a tobacco product 74%, and 45% became established smokers in males and females respectively (p<0.001). Of the 100 current daily smokers 100%, and of the 26 non-daily current smokers 73% were cigarette smokers. Of those who were current smokers, 69% had become an established smoker during their university years in females, and 55.5% in males. A significant relationship was found between frequency of going to a café and current smoking. Mostly stated factors attracting students to use waterpipe were "taste, smell or aroma of the waterpipe smoke", and "social ambiance with friends". **Conclusion:** The state of the tobacco use epidemic among the students was found alarming. For the university students their university years seem to be the most important period regarding starting smoking. As a first-ried tobacco product, waterpipe appeared to be as important as cigarettes. Whether the first-ried tobacco product is cigarette or waterpipe, those who have ever tried them once, have a similar chance to become an established smoker. In the end, almost all of the smokers smoked cigarettes suggesting that waterpipe products feed cigarettes.

Key words: Tobacco use, cigarette smoking, waterpipe, first-ried tobacco product, university students

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, Yeditepe Üniversitesi öğrencilerinin, nargile odaklı olarak, tütün ürünlerini kullanma durumları ile bu konudaki algı ve tutumlarının tanımlanması amaçlanmıştır, ayrıca ilk denemeyi sigara veya nargileyle yapma ile kullanıcıya dönüşme arasındaki ilişki incelenmiştir. **Yöntem:** Bu çalışma, isimsiz bir anket formunun Yeditepe Üniversitesi Tıp, Eczacılık, Diş ve Sağlık Bilimleri fakülteleri dördüncü sınıf öğrencileri tarafından doldurulmasına dayalı kesitsel bir çalışmadır. Bu fakültelerin 4. Sınıf öğrencilerinin tümü (n=354) çalışmaya dahil edilmeye çalışılmış, cevaplama oranı %97,5 (n=345) olarak gerçekleşmiştir. Anket uygulaması, 2014-2015 Akademik Yılı Bahar Dönemi'nde yapılmıştır. **Bulgular:** Tütün ürünü halen kullanım oranı erkek öğrencilerde %53,5, kız öğrencilerde %29,7, son otuz günde en az bir kez herhangi bir tütün ürün kullanma oranı erkek ve kız öğrencilerde sırasıyla %58,6 ve %32,1 olarak bulunmuştur. Herhangi bir tütün ürünü yaşam boyu en az bir kez denemiş olma oranı erkeklerde %80,8, kızlarda %71,5 (p=0,075) olarak saptanmıştır. İlk denemelerin yarısı sigara ile diğer yarısı nargile ile olmuştur. Kızlarda en çok denenen ürün nargiledir. İlk denenen ürünün sigara veya nargile olması ile kullanıcıya dönüşme arasında bir ilişki bulunamamıştır. Hangi ürün ile ilk denemesini yapmış olursa olsunlar bir kez denemiş olanların önemli bir bölümü (erkeklerde %74, kızlarda %45, p<0,001) kullanıcı olarak saptanmıştır. Halen her gün kullanan 100 öğrencinin %100'ü, ara sıra kullanan 26 öğrencinin %73'ü sigara kullanıcıydı. Halen tütün ürünü kullanan kızların en azından %69'unda, erkeklerin %55,5'inde kullanıcıya dönüşme (başlama) üniversitedeyken gerçekleşmiştir. Öğrencilerin kafeye gitme sıklığı ile tütün ürünü kullanıcıya olmaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Nargile içmeyi çekici kılan nedenler olarak en çok, "tadı, kokusu, aroması" ve "kafede sosyal atmosfer, arkadaşlarla birliktelik" ifade edilmiştir. **Sonuç:** Öğrencilerde tütün salgını endişe verici düzeyde olup, üniversite yılları, başlamada önemli bir dönem olarak ortaya çıkmıştır. Nargile, ilk denemelere sigara kadar aracılık etmektedir. Bu ürünleri bir kez denemiş olanlar, ilk denemeyi hangi ürünle yapmış olurlarsa olsunlar aynı düzeyde kullanıcıya dönüşmekte ve sonunda sigara kullanıcıları olmaktadır.

Anahtar kelimeler: Tütün kullanımı, sigara, nargile, ilk denenen ürün, üniversite öğrencileri

Received Date / Geliş Tarihi: 04.02.2018 **Accepted Date / Kabul Tarihi:** 24.04.2018

¹ Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, ² Yeditepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Recep Erol Sezer, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul-TÜRKİYE E-mail: recep.erol.sezer@gmail.com

Sezer RE, Tanrıöver Ö, Arıkan GD, Kacar M. Üniversite öğrencilerinde nargile odaklı tütün ürünleri kullanımı ve ilk denenen tütün ürünü ile tütün ürünü kullanıcıya dönüşme arasındaki ilişki. TJFMPC, 2018;12 (4):281-287.

DOI: 10.21763/tjfm.465766

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre Dünya'da halen yaklaşık 1,1 milyar kişi sigara veya diğer tütün ürünlerini kullanmakta ve her yıl bu nedenle 7,2 milyon kişi vakitsiz ölmektedir.¹ Türkiye, tütün kontrolü alanında önemli ve dikkati çeken ilerlemeler sağlamayı başarmış, 2004 yılı sonrasında Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini en iyi hayata geçiren ülkeler arasında sayılmıştır.² Buna rağmen, Türkiye'nin 15 yaş ve üzeri sigara kullanım oranlarında kararlı bir düşme eğilimi henüz ortaya çıkmamıştır. Türkiye İstatistik Kurumu Sağlık Araştırması, 15 yaş ve üzeri için tütün ürünleri kullanım oranlarını 2014 yılında %32,5, 2016 yılında % 30,6 olarak tahmin etmiştir.³ Bu değer, Türkiye Küresel Yetişkin Tütün Araştırmalarında 2008'de % 31,3, 2012'de % 27,1 olarak bildirilmiştir.^{4,5}

Geçtiğimiz on yılda yaşanan değişikliklerle üniversitelerde bina içi kapalı alanlar önemli ölçüde dumansızlaştırılmış, fakat bina kapıları önleri yaygın olarak sigara içme yerlerine dönüşmüştür. Üniversite kampüslerinin çevresi, önlerinde ve içinde sigara ve nargile içilen, açılır kapanır bölmeleri olan kafeler ve nargile kafelerle dolmuş, üniversite gençlerini hedef alan bir aromatik nargile salgını oluşturulmuştur.⁶ Çalışmalarda sigara içmeyen veya içmemiş bazı kişilerin veya öğrencilerin nargileye başladıkları bildirilmiştir.^{7,8}

Üniversite öğrencileri, yaşları ve aralarındaki yoğun etkileşim nedenleriyle sigaraya başlama yönünden önemli bir risk grubu olup endüstrinin hedefindedirler. Bu nedenle üniversite gençlerinin tütün ürünlerinden korunması özel bir çabayı gerektirir. Kendini koruyabilen üniversite mezunu gençler toplumun bu konuda şekillenmesine de anlamlı katkı sağlayabilir. Bu konuda ABD'de başlayan ve üniversite kampüslerinin önemli bölümünde hayata geçirilen, açık ve kapalı alanlarıyla kampüslerin tümüyle dumansızlaştırılması politikası önemli bir gelişmedir. ABD'de Nisan 2018 itibarıyla 2164 üniversite kampüsü %100 dumansızlaştırılmıştır.⁹ Fakat ülkemizde bu konuda henüz önemli adımlar atılamamıştır.

Bu çalışmada, Yeditepe Üniversitesi öğrencilerinin, nargile odaklı olarak, tütün ürünlerini kullanma durumlarının, bazı algı ve tutumlarının tanımlanması amaçlanmaktadır. Kullanma durumu, tütün ürünlerinin her biri için denemeyi, deneme yaşını, ilk denenen tütün ürünü, kullanıcıya dönüşme durumunu, halen kullanım durumunu ve halen kullanılan tütün ürünlerini ve bunlar arasındaki ilişkileri kapsamaktadır. Bu bağlamda, "İlk denemenin sigara veya nargile olması ile kullanıcıya dönüşme arasında bir ilişki var mıdır?" sorusuna da cevap aranmıştır. Bu soru, yeterince

incelenmemiş bir soru olup üzerinde çalışılmaya devam edilmektedir.^{10,11}

Tutumlardan üzerine odaklanılan konular, öğrencilerin algılarıyla nargilenin bağımlık yapıcı ve zararlı etkisinin sigarayla karşılaştırılması, öğrencilerin kahve veya kafeye gitme alışkanlıkları, ve kafelerdeki tütün dumanı konusundaki tehlike algıları ve nargile içimine çeken nedenler olmuştur.

YÖNTEM

Bu çalışma, isimsiz bir anket formunun Yeditepe Üniversitesi Tıp, Eczacılık, Diş ve Sağlık Bilimleri fakülteleri dördüncü sınıf öğrencileri tarafından doldurulmasına dayalı kesitsel bir çalışmadır. Bu fakültelerin 4. Sınıf öğrencilerinin tümü (n=354) çalışmaya dahil edilmeye çalışılmış, cevaplama oranı %97,5 (n=345) olarak gerçekleşmiştir. Etik Kurul onayı ve Rektörlük izni alınmıştır. Anket uygulaması, 2014-2015 Akademik Yılı Bahar döneminde yapılmıştır.

Denenen tütün ürünleri, "Aşağıdaki ürünleri içmeyi bir çekim bile olsa denediniz mi?" sorusu ile anlaşılmaya çalışılmıştır. Bu sorunun cevap seçenekleri, sigara, nargile, pipo, soru ve diğer bir tütün ürünü (belirtiniz:) olmuştur. Denenen her ürün için deneme yaşı sorulduğu gibi, ilk denenen ürünün hangisi olduğu da sorgulanmıştır. Her ürün için son otuz günde en az bir kez kullanma durumu, halen tütün ürünü kullanma durumu, günde veya haftada ortalama kullanma miktarı sorgulandığı gibi "Şimdiye kadar içtiğiniz toplam tütün ürünü sayısı 100 sigara veya eş değeri olmuş mudur?" sorusu da sorulmuştur. Bu sorulara ve ilgili literatüre dayalı olarak halen kullanım durumu; "halen kullananlar (current smokers), bırakmış olanlar (former smokers) ve kullanmamış olanlar (never smokers) kategorilerini içermiştir. Halen kullananlar veya bırakmış olanlar kategorilerine girebilmek için yaşam boyu içilen toplam tütün ürünü sayısının en az 100 sigara veya eşdeğeri tütün ürünü düzeyine ulaşması gerekmektedir.^{12,13} Bu iki kategori birlikte "Herhangi bir dönemde tütün ürünü kullanmış olanlar (ever smokers)" şeklinde tanımlanmıştır. Halen kullananlar, kullanma özelliklerine göre, her gün kullananlar (daily smokers) ve her gün kullanmayanlar (non-daily smokers) alt gruplarına ayrılmışlardır. Halen kullananlar kategorisine geçme yani en az 100 sigara veya eşdeğeri tütün ürünü kullanımına ulaşma yaşı, başlama yaşı olarak kabul edilmiştir.¹¹ Bunu saptamak üzere, bu düzeye ulaşmış olanlara ek olarak şu soru sorulmuştur: " Bu kullanım düzeyine ulaştığımızda kaç yaşındaydınız?"

"Nargile içenler cevaplayacak: Sizi nargile içimine çeken nedenleri özetle ifade eder misiniz?" açık uçlu sorusuyla bu konudaki görüşler anlaşılmaya çalışılmıştır. İçenlerin bırakma

düşüncesi ve istekliliği yönünden tasnifi Prochaska'nın önerdiği sorular ve tasnif ölçütleriyle yapılmıştır.¹⁴ Katılımcılardan nargile ve sigaranın sağlık zararları ve bağımlılık yapıcı etkileri konularındaki düşüncelerini 0 ile 10 arasında bir notla ifade etmeleri istenmiştir. Bıraktıktan sonra geçen süre ve kafeye gitme sıklığı, sorgulanan diğer değişkenler olmuştur.

Anket formlarındaki veri kodlanarak SPSS tablosuna dönüştürülmüş, tasnif ve istatistik analiz SPSS yazılım programıyla yapılmıştır. Çapraz tablolara dayalı önemlilik değerlendirmeleri, ilgili tabloda özel bir açıklama yoksa ki-kare testi ile yapılmıştır.

BULGULAR

Ankete katılan 345 dördüncü sınıf öğrencisinin %71,3'ü kızdır. Ortalama yaş: 23,3 ± 1,75 (minimum:20, maksimum 29) olup cinsiyetle anlamlı düzeyde değişmemektedir.

Öğrencilerin halen tütün ürünü kullanma durumları Tablo 1'de sunulmuştur. Halen tütün ürünü kullanmakta olanların oranı: erkeklerde %53,5, kızlarda % 29,7, toplamda %36,5; bırakmış olanların oranı: erkeklerde %5,1, kızlarda %2,4, toplamda %3,2; kullanmamış (içmemiş) olanların oranı ise: erkeklerde %41,4, kızlarda %67,9, toplamda %60,3 olarak saptanmıştır. Halen kullanan 126 öğrencinin %79,4'ü (n=100) her gün, %20,6'sı (n=26) bazı günler kullanmaktadır. Tütün ürünü kullanmakta olan 126 öğrencinin %45,2'i (n=57) hem sigara hem nargile kullanmakta, %44,4'ü (n=56) sadece sigara, %4'ü (n=5) sadece nargile, %1,6'sı (n=2) sadece diğer tütün ürünleri, %4,8'i (n=6) ise içinde sigaranın olduğu farklı bir kombinasyonla birden fazla tütün ürünü kullanmaktadır. Halen her gün kullanan 100 öğrencinin tamamı (%100'ü) sigara içmekte olup, bunların %49'u sigaraya ek olarak nargile, %2'si ise sigaraya ek olarak diğer tütün ürünlerini kullanmaktadır. Ara sıra tütün ürünü kullanan 26 öğrencinin %73'ü (n=19) sigara kullanmaktadır. Kullanılan tütün ürünleri arasında elektronik sigara (e-sigara) hiç belirtilmemiştir.

Son otuz günde en az bir kez tütün ürünü kullanma yüzde oranları, cinsiyete göre Tablo 2'de görülmektedir. Son otuz günde herhangi bir tütün ürünü kullananların oranı, erkek öğrencilerde %58,6, kız öğrencilerde %32,1 olarak bulunmuştur. Anketi cevaplayanların bir çekim bile olsa tütün ürünü denemiş olma yüzde oranları cinsiyete göre Tablo 3'de yer almaktadır. Herhangi bir tütün ürünü en az bir kere denemiş olma oranı, erkek öğrencilerde %80,8, kız öğrencilerde %71,5 olarak saptanmıştır (p=0.075). En çok denemiş ürün, erkek öğrencilerde %78,8'lik deneme oranı ile sigaradır, erkek öğrencilerin %74,7'ü nargile içmeyi

de denemiştir. En çok denenen ürün kız öğrencilerde %65,4 oranı ile nargiledir, kız öğrencilerin % 61,4'ü sigara içmeyi de denemiştir. Puro ve piponun deneme oranları, erkeklerde sırayla %59,6 ve %36,4 iken kızlarda aynı sırayla %36,4 ve %11,4 olarak bulunmuştur.

Herhangi bir tütün ürünü denemiş olan 256 öğrencinin 246'sı ilk denenen ürün ile ilgili soruyu cevaplamıştır. Cevaplayanların 124'ü (%50) ilk denediği ürünün sigara olduğunu, 122'si (%50) nargile olduğunu belirtmiştir. İlk denemeyi sigara ile yapmış öğrencilerin %78'i daha sonra nargileyi de denemiştir. İlk denemeyi nargileyle yapmış öğrencilerin de %84'ü daha sonra sigarayı denemiştir. İlk deneme yaşı ortanca değeri 17 (çeyreklikler arası açıklık 3) olarak bulunmuştur.

Herhangi bir tütün ürünü denemiş olanların, ilk denenen ürünün nargile veya sigara olmasına, cinsiyete ve kullanıcıya dönüşme (en az 100 sigara eş değeri tütün ürünü kullanmış olma/başlama) durumlarına göre dağılımları Tablo 4'de görülmektedir. Erkeklerde, ilk denemesi sigara olan 43 öğrencinin 31'i (%72'si), ilk denemesi nargile olan 34 öğrencinin 26'sı (%76), toplamda hangi ürün olursa olsun bir kez denemiş olanların %74'ü tütün ürünü kullanıcıya dönüşmüştür (p=0,664). Kızlarda ise ilk denemesi sigara olan 81

öğrencinin 38'i (%47'si), ilk denemesi nargile olan 88 öğrencinin 38'i (%43'ü), toplamda hangi ürün olursa olsun bir kez denemiş olanların %45'i tütün ürünü kullanıcıya dönüşmüştür (p=0,626). Bir kez denemiş olanların kullanıcıya dönüşme (başlama) oranları, cinsiyete göre ise önemli düzeyde farklılaşmıştır (Kızlarda %45, erkeklerde %74, p<0,001).

Halen her gün kullananların tamamı (100 öğrenci), ara sıra kullanan 26 öğrencinin yedisi hariç tamamı sigara kullanıcıdır. Halen tütün ürünü kullananlar arasında ilk denemesi sigara ile olan 63 öğrencinin %84,1'i, ilk denemesi nargile ile 59 öğrencinin %74,6'sı her gün sigara kullanmaktadır (p =0,192).

İlk denemede ve kullanıcıya dönüşmede (başlamada) üniversite döneminin yeri: İçilen tütün ürünü sayısının 100 adet sigara veya eşdeğeri tütün ürününe ulaştığı yaş, kullanıcı kategorisine geçiş (başlama) yaşı olarak düşünüldüğünde; sigara içmeye başlamış kızların %69'unda, erkeklerin %55,5'inde tütün ürünü kullanıcıya dönüşme (başlama) yaşı, üniversiteye başlama yaşından en az bir yıl daha büyüktür. Yani bu öğrenciler üniversitedeyken sigaraya başlamışlardır.

	Halen kullananlar	Bırakmış olanlar	İçmemiş olanlar	Toplam
Erkek	53 (%53,5)	5 (%5,1)	41 (%41,4)	99
Kız	73 (%29,7)	6 (%2,4)	167 (%67,9)	246
Toplam	126 (%36,5)	11(%3,2)	208 (%60,3)	345

Pearson Chi-Square: 20,7, s.d.:2, p<0,001

	Erkek (n=99)	Kız (n=246)	Toplam (n=345)	p-değeri
Herhangi bir tütün ürünü	58,6	32,1	39,7	p<0,001
Sigara	55,6	29,7	36,8	p<0,001
Nargile	23,2	6,9	11,6	p<0,001
Diğer tütün ürünleri* (puro veya pipo, sarma tütün)	4,0	0,8	1,7	p=0,059 (Fisher'in exact testi ile)

E-sigara kullandığını ifade eden kimse çıkmamıştır. Pearson Chi-square testi ile hesaplanmıştır.

	Erkek (n=99)	Kız (n=246)	Toplam (n=345)	p-değeri
Herhangi bir tütün ürünü	80,8	71,5	74,2	0,075
Sigara	78,8	61,4	66,4	0,002
Nargile	74,7	65,4	68,1	0,094
Pipo	36,4	11,4	18,6	<0,001
Puro	59,6	26,8	36,2	<0,001

E-sigara kullandığını ifade eden kimse çıkmamıştır. Bir öğrenci sarmal tütün denediğini belirtmiştir. P değerleri, Pearson Chi-square testi ile hesaplanmıştır.

Kız öğrenciler			
İlk denenen ürün	Kullanıcıya dönüşmüş olanlar	Kullanıcıya dönüşmemiş olanlar	Toplam
Sigara	38 (%47)	43 (%53)	81
Nargile	38 (%43)	50 (%57)	88
Toplam	76 (%45)	93 (%55)	169
p = 0,626			
Erkek öğrenciler			
Sigara	31 (%72)	12 (%28)	43
Nargile	26 (%76)	8 (%24)	34
Total	57 (%74)	20 (%26)	77
p=0,664			

Kullanıcıya (established smoker) dönüşmüş olma: Tütün ürünü kullanma toplam miktarı 100 sigara eşdeğerine ulaşmış olma.

Üniversiteye giriş yaşı ile başlama yaşını aynı yaş olarak ifade eden öğrencilerin oranı, erkeklerde %11,1, kızlarda %14,7'dir. Bu öğrencilerin bir kısmının da üniversitedeyken başladıkları düşünülebilir.

Gidiş sıklığı	Halen kullananlar	Bırakmış olanlar	Kullanmamış olanlar	Toplam
Hiç	1 (%8,3)	0	11	12
Ara sıra	75 (%32,2)	7	151	233
Her gün	50 (%51)	4	44	98
Toplam	126 (%36,7)	11	216	343

Yüzdeler satır yüzdeleridir. Bırakmış olanlar ve kullanmamış olanlar sütunları birleştirildikten sonra Pearson Chi-square:14,84, s.d:2, p=0,001

Tütün ürünü denemiş olan kız öğrencilerin %21,3'ünde ilk deneme yaşı, üniversiteye giriş yaşından en az bir yıl daha büyüktür, %15'inde ise üniversiteye giriş yaşı ile aynıdır. Tütün ürünü denemiş erkek öğrencilerde bu oranlar sırayla %15,8 ve %11,1'dir.

Öğrencilerin %3,5'i kafeye gitmemekte, %67,9'u ara sıra, %28,6'sı hemen hemen her gün gitmektedir. Kafeye gidiş sıklığının, kızlardaki ve erkeklerdeki dağılımı birbirine çok benzer bulunmuştur. Tablo 5, kafeye gidiş sıklığı ve tütün ürünü kullanımı arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Bu tablodan görülebileceği gibi halen tütün ürünü kullanmakta olanların oranı, kafeye hiç gitmeyenlerde %8,3, ara sıra gidenlerde %32,2, her gün gidenlerde %51'dir, p=0,001.

“Sizi nargile içimine çeken nedenleri ifade eder misiniz?” sorusuna verilen açık uçlu yanıtlar tasnif edilmiş ve belirtilen sayılarıyla şu başlıklarda toplanmıştır: Tadı, kokusu, aroması: 38; Kafede sosyal atmosfer, arkadaşlarla birliktelik:11; Yenilik, farklı bir şey: 8; Keyif: 6; Merak:5; Sigaradan daha az zararlı olması:2. Sigara ve nargileye öğrencilerin verdiği zararlı olma düzeyi notu (0 zararsız - 10 en zararlı) ortalamaları, sırayla 8,6 ve 8,76 olarak hesaplanmıştır. (Eşleştirilmiş t değeri:1,365, s.d:293, p=0,17). Öğrencilerin sigara ve nargileye verdikleri bağımlılık yapma düzeyi notu (0 bağımlılık yapmaz – 10 bağımlılık yapıcı etkisi en yüksek) ortalaması, sigara için 8,6, nargile için 5,8 olarak hesaplanmıştır (Eşleştirilmiş t değeri:15,2, s.d:271, p=0,001). “Evinizde nargile var mı” sorusuna 12 (%3,7) öğrenci evet cevabı vermiştir.

Halen içenlerin Prochaska'nın bırakma yönündeki değişim aşamalarına göre dağılımı: Halen içen ve ilgili soruları tam olarak yanıtlayan 121 öğrencinin 53'ü (%43,8'i) bırakmayı düşünmeme, 48'i (%39,7) bırakmayı düşünme ve 20'si (%16,5) bırakma hazırlığı aşamasındadır.

“Gittiğiniz kafelerin kapalı alanlarında tütün içilmesine tepkiniz aşağıdakilerden hangisidir?” sorusuna cevap veren 336 öğrencinin 138'i (%41,1) “Zarar göreceğim için çok endişe ediyorum, 131'i (%39) “Duman artığında zarar

görebileceğimi düşünüyorum”, 67’si (%19,9) “Bir endişem olmuyor” seçeneklerini işaretlemişlerdir.

TARTIŞMA

Öğrencilerin saptanan tütün ürünlerini halen kullanım oranları (erkeklerde %53,5, kızlarda %29,7), Türkiye Sağlık Araştırması’nın 15-24 ve 25-34 yaş grupları için bulduğu oranlardan daha yüksektir. Türkiye Sağlık Araştırması 2014, diğer yıllardan (2010, 2012, 2016) daha yüksek tütün ürünleri kullanımı prevalans değerleri bildirmiştir: erkeklerde 15-24 yaş grubunda %31,4, 25-34 yaş grubunda %51,2, kızlarda 15-24 yaş grubunda %5,7, 25-34 yaş grubunda %18,8.³ Yeditepe Üniversitesi öğrencilerinde saptadığımız değerler, her iki cinsiyet için de, hekim, eczacı, diş hekimi ve diğer sağlık profesyoneli olacak bu öğrenciler için aldıkları eğitimle uyumlu olmayan bir yüksekliği yansıtmaktadır. Yeditepe Üniversitesinde yapılan başka bir sigara kullanımı prevalans çalışması, 2010 yılında, aynı grup fakülte öğrencileri için sigara içme oranını %28,7, diğer fakülte ve yüksekokul öğrencileri için %44 olarak bildirmişti.¹⁵ Bu karşılaştırma üniversitede tütün ürünü kullanım salgınının bir düzelme olmaksızın sürdüğünü göstermektedir. Son otuz günde herhangi bir tütün ürünü kullanım oranları, halen kullanım oranlarından belirli ölçüde daha yüksek çıkmıştır. Halen kullanım oranı, erkek öğrencilerde %53,5, kız öğrencilerde %29,7 iken, son otuz günde en az bir kez herhangi bir tütün ürün kullanma oranı erkek ve kız öğrencilerde sırasıyla %58,6 ve %32,1 bulunmuştur. Bu bulgu, tütün ürünü kullanım prevalans değerlerinin karşılaştırılmasında, prevalansın nasıl ölçüldüğünün önemini göstermektedir.

Son otuz günde en az bir kez nargile kullanmış olma oranı, çalışmamızda erkeklerde %23,2, kızlarda %6,9 bulunmuş olup, nargile salgınının durumu hakkında bir fikir vermiştir. Türkiye’deki tıp fakültelerinin üçüncü sınıflarını temsil eden bir örnekleme gerçekleştirilen bir çalışmada son bir ayda nargile kullanmış olanların oranı, kızlarda %13,1 [%95 Güven aralığı (GA): %10,9-%15,3]; erkeklerde %21,4 (%95 GA: %18,6 - %24,2) olarak bildirilmiştir.¹⁶ Dokuz üniversitenin dördüncü sınıf öğrencileri üzerinde yapılan bir nargile prevalans araştırmasında, nargile prevalans oranları erkekler için %33,1, kızlar için %16,9 olarak bildirilmiştir.¹⁷ İstanbul’da 2012 yılında yapılan ve İstanbul’un 10.sınıf öğrencilerini temsil eden bir çalışmada son otuz günde en az bir kez nargile kullanmış olma oranı erkeklerde %24,8, kızlarda %12,5 olarak bildirilmiştir.¹⁸ Bizim çalışmamızda bulduğumuz oran, bildirilen bu değerlerden düşüktür.

Tablo 3’de görüldüğü gibi erkeklerde sigara %78,8, kızlarda nargile %65,4 oranlarıyla en

çok denenen ürünler olmuşlardır. İlk denenen tütün ürünü öğrencilerin yarısında sigara, yarısında nargile olarak saptanmıştır. Hem erkeklerdeki hem de kızlardaki yüksek nargile deneme oranları, nargile pazarlama çalışmalarının amacına ulaştığını düşündürmektedir. Benzer bir gelişme ABD’deki üniversite öğrencileri için de bildirilmiştir.^{10,19} Bu durum nargile kafelerin gençlere ulaşmada nasıl etkili iş gördüğünü düşündürmektedir, zira nargile istisnalar dışında sadece kafelerde içilmektedir. Evinde nargilesi olduğunu söyleyen öğrenci sayısı sadece 12’dir. Öğrencilerin kafeye gitme sıklıkları cinsiyete göre değişmemekte olup %67,9’u ara sıra, %28,6’sı neredeyse her gün kafeye gitmektedir. Bu bulgu, kafelerin, üniversite öğrencileri için önemli bir yaşam alanı olduğunu düşündürmektedir.

Bu çalışmada ilk denenen ürünün sigara veya nargile olmasının kullanıcıya dönüşme oranını etkilemediği bulgusu ortaya çıkmıştır. Her iki cinsiyette de bir kez denemiş olanların önemli bir bölümü (erkeklerde %74’ü, kızlarda %45’i) kullanıcıya dönüşmektedir. Bu durum, kullanıcıya giden yolda, sigara ve nargilenin aynı etkiyi sağlayan birbirinin yerini tutan ürünler olduğunu, kadın cinsiyetin ise erkek cinsiyete kıyasla koruyucu bir faktör gibi iş gördüğünü akla getirmektedir. Kadın cinsiyetle ilgili bu koruyuculuk, toplumsal değer yargıları ve kültürel özelliklerle bağlantılı olabilir. İlk denemesini sigara ile yapmış olanların %78’inin daha sonra nargileyi de denemiş olması; benzer biçimde ilk denemesini nargileyle yapmış olanların %84’ünün daha sonra sigarayı da denemiş olması, bir kez denemiş olmanın başlamadaki önemini düşündürdüğü gibi diğer ürünü denemeyi de kolaylaştırdığını düşündürmektedir. Bu anlamda sigara ve nargilenin etkileri benzer gibi görünmektedir. Sigarayı hiç denememiş öğrencilerin izlenmesine dayalı bir izleme çalışması, çalışma başında nargile kullananların (son otuz günde en az bir kez nargile içenlerin), kullanmayanlara göre izleme döneminde sigaraya daha fazla başladığını bildirmiştir.⁷ Başka bir çalışma, henüz tütün kullanıcılarına dönüşmemiş 18-24 yaş grubundaki gençler arasında izleyen bir yıl içinde sigara içebileceğini ifade etme oranını, nadiren nargile içenlerde, nargile denememişlere göre anlamlı düzeyde yüksek bulmuştur.¹⁹ Nargileyi daha sık kullananlarda bu oran daha da yüksektir. Birbirinin denemesini kolaylaştırma ve kullanıcıya dönüşmeye etkileri yönünden nargile – sigara karşılaştırılması izleme tipi çalışmalarla netleştirilmelidir.

Çalışmamızın bulguları, kullanıcıya dönüşmüş öğrenciler için kullanılan ana ürünün de sigaraya dönüştüğünü düşündürmektedir. Şöyle ki: hangi ürünle ilk denemelerini yapmış olurlarsa olsunlar, her gün kullananlar düzeyine ulaşmış 100 öğrencinin tamamı sigara kullanmakta olup, bunların yarısı sadece sigara içmektedir. Ara sıra

kullanan 26 öğrencinin %73'ü (n=19) de sigara kullanmaktadır. Sutfin ve arkadaşları da sigara dışı diğer ürünlerin sigara kullanımını artırdığı düşüncesine ulaşmışlardır.¹¹ Kafeye gitme sıklığı ve tütün ürünü kullanıcısı olma arasında çalışmamızda saptanan ilişki, ilk denemelerin yarısının nargile ile olması bulgusuyla uyumlu olup, nargile kafelerin bu salgının gençlerdeki yayılımına önemli düzeyde katkı sağladığını akla getirmektedir. Kayseri'de yapılan bir nargile çalışmasında, nargile içenlerin büyük çoğunluğu nargileyi bir kafede, arkadaşlarıyla birlikteyken ve keyif için içtiklerini ifade etmişlerdir.⁷ Aynı çalışmada bağımlılık yapıcılık yönünden nargilenin sigaraya göre daha zayıf olduğu ifadesi, aynı konudaki diğer ifadelerden daha yaygın kabul görmüştür. Poyrazoğlu ve arkadaşlarının bu bulgusu, bizim çalışmamızın bağımlılık yönünden sigara ile nargileyi karşılaştıran bulgusuyla paraleldir. Bizim çalışmamız, nargilenin hastalık yapıcı etkisinin öğrenciler tarafından sigaranın hastalık yapıcı etkisine denk olarak algılandığını düşündürmektedir. Benzer karşılaştırmayı yapan bazı çalışmalara göre, nargilenin hastalık yapıcı etkisi sigaraya göre daha zayıf olarak, bazılarında göre de daha güçlü olarak algılanmaktadır.^{7,8, 21-23} Çalışmamızın kafelerde duman altı olmanın endişe vericiliği konusundaki bulgusu kafeye gidenlerin yaklaşık %60'ının tütün dumanının zararlı etkisini kanıksadığını veya ona aldırmadığını düşündürmektedir. Öğrencilerin duman altı olmayı kanıksamaları, nargile algıları (tat, koku, aroma, keyif, kafedeki sosyal atmosfer, arkadaşlarla birliktelik aracı, yeni ve farklı bir şey, merak, sigaradan daha az zararlı olması), ve kafelerle ilgili gözlenebilir bazı özellikler (kafelerde yarı açık yarı kapalı sigara içilebilir alanlar yaratılması, üniversite etrafının nargile kafelerle dolması) üniversite gençlerini hedef alan ve tütün salgınına destekleyici etki yapan yeni bir nargile işinin ve kültürünün oluşturulduğunu düşündürmektedir.

Sonuç: Üniversite öğrencilerinde tütün salgını endişe verici düzeyde olup, üniversite yılları, başlamada önemli bir dönem olarak ortaya çıkmıştır. Bu çalışmanın bulgularına göre nargile, ilk denemelere sigara kadar aracılık etmektedir. Bu ürünleri bir kez denemiş olanlar, ilk denemeyi hangi ürünle yapmış olurlarsa olsunlar aynı düzeyde kullanıcıya dönüşmekte ve sonunda sigara kullanıcısı olmaktadırlar. Kafeler, yarattıkları kafe kültürüyle bu salgının önemli bir bileşeni gibi görünmektedir. Tütün kontrolü çalışmalarında üniversiteler ve çevrelerindeki kafelerle ilgili iyileştirmeler ivedilikle sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Chan M. Ten Years in Public Health, 2007–2017. World Health Organization 2017. p.98

2. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2014. Printed with corrections, January 2014. p.819-20
3. TUIK. Türkiye Sağlık Araştırması (Turkey Health Interview Survey) 2014, 2016. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 (Erişim tarihi: 12.07.2018)
4. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye Raporu. 2010. p.11.
5. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı. Türkiye Küresel Yetişkin Araştırması Türkiye 2012. Ankara 2014. p.35
6. Sezer RE, Pıçak YK. Tütün mücadelesi için yeni bir tehdit: Aromatik nargile. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2011;33:133-43.
7. Poyrazoğlu S, Sarlı S, Gencer Z, Günay O. Waterpipe (narghile) smoking among medical and non-medical university students in Turkey. Ups J Med Sci 2010; 115: 210-6.
8. Erbaydar NP, Bilir N, Yildiz AN. Knowledge, behaviors and health hazard perception among Turkish narghile (waterpipe)-smokers related to narghile smoking. Pak J Med Sci 2010; 26: 195-200.
9. American Nonsmokers' Rights Foundation. Smokefree and Tobacco-Free U.S. and Tribal Colleges and Universities: April 1, 2018. Erişim tarihi: 14.06.2018. <https://no-smoke.org/wp-content/uploads/pdf/smokefreecollegesuniversities.pdf>
10. Meier EM et al. Which nicotine products are gateways to regular use. American Journal of Preventive Medicine. Am J Prev Med 2015;48(1S1):S86–S93
11. Sutfin EL et al. First tobacco product tried:Associations with smoking status and demographics among college students. Addictive Behaviors. 51(2015)152-157
12. U.S. Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: Office on Smoking and Health,

Centers for Disease Control 1990. 628 p. (DHSS publication no. (CDC) 90-8416).

13. Mowery PD et al.. Progression to Established Smoking Among US Youths. *Am J Public Health*. 2004;94:331–337).
14. Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation. Implications for clinicians. *Clin Chest Med* 1991; 12: 727-35.
15. Akan H, Hayran O, Özcan M, Acar U. Üniversite öğrencileri arasında sigara içme sıklığı: Kesitsel bir çalışma. *Türk Aile Hek Derg* 2010; 14(2): 71-76.
16. İnandı T et al. Global health professional – medical- student survey 2010. MKU, WHO, CDC. October 2010.
17. Ozcebe H et al. Smoking Water Pipe Habits of University Students and Related Sociodemographic Characteristics. *TAF Prev Med Bull* 2014;13(1):19-28
18. Evren C, Evren B, Bozkurt M. Tobacco use among 10th grade students in İstanbul and related variables. *Asian Journal of Psychiatry*. 2014;8:69-75.
19. Salloum RG, Haider RH, Barnett TE, Guo Y, Getz KR, Thrasher JF, Maziak W. Waterpipe tobacco smoking and susceptibility to cigarette smoking among young adults in the United States, 2012–2013. *Prev Chronic Dis* 2016;13:150505.DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd13.150505>
20. Soneji S, Sargent JD, Tanski SE, Primack BA. *JAMA Pediatr*. 2015 February ; 169(2): 129–136. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.2697.
21. Smith-Simone S, Maziak W, Ward KD, Eissenberg T. Waterpipe tobacco smoking: knowledge, attitudes, beliefs, and behavior in two U.S. samples. *Nicotine Tob Res* 2008; 10: 393-8.
22. Maziak W, Eissenberg T, Rastam S, Hammal F, Asfar T, Bachir ME, Fouad MF, Ward KD. Beliefs and attitudes related to narghile (waterpipe) smoking among university students in Syria. *Ann Epidemiol* 2004; 14: 646-54.
23. Varsano S, Ganz I, Eldor N, Garenkin M. Water-pipe tobacco smoking among school children in Israel: frequencies, habits, and attitudes. *Harefuah* 2003; 142: 736-41.



Original Research / Özgün Araştırma

Evaluation of The Group Visits Method Used in Obesity Management

Obezite Yönetiminde Kullanılan Grup Görüşmeleri Yönteminin Değerlendirilmesi

Z. Yelda Özer*¹, Hatice Kurdak², Sevgi Özcan²

ABSTRACT

Introduction: Obesity is defined as abnormal or excessive fat accumulation, which poses a risk to health by the World Health Organization and many other areas of expertise. There are many complex mechanisms in the etiology of obesity. Obesity, like its etiology, causes diverse biopsychosocial cultural and existential disorders. Because of this complexity in both the etiology and the outcomes, the treatment of obesity should be customized. However, this is not possible due to the high number of daily patient log in the primary care. The aim of this study was to investigate the group visits (GV) used for obesity management in primary care. **Method:** The study was planned as a combination of quantitative and qualitative research methods. In the quantitative part of the study, an 11-item evaluation form was used. The five-point Likert scores were calculated as mean and standard deviation. Following the evaluation of quantitative data, semi-structured in-depth interviews were conducted in order to examine the GV in more detail and to find answers to the why and how questions. COREQ-Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research was used in the structuring and reporting phase of the qualitative study. **Results:** The mean age of the study was 37.6 ± 10.3 years. Among these responses, items with the highest score (good / very good) were the participants' responses to understanding the importance of nutrition and exercise. In the qualitative part; 1) positive effects 2) negative effects 3) sustained healthy lifestyle changes 4) motivations 5) suggestions for GV, five themes were reached. **Conclusion:** GV can be applied in the management of obesity in line with the principles of family medicine discipline and can be made more effective with the improvements determined in this study.

Key words: Obesity, group visits, quantitative and qualitative study

ÖZET

Giriş: Obezite, Dünya Sağlık Örgütü ve diğer bir çok uzmanlık alanı tarafından “sağlık için risk oluşturacak şekilde anormal ya da aşırı yağ birikimi” olarak tanımlanmaktadır. Obezitenin etiyolojisinde birçok kompleks mekanizma yer almaktadır. Obezite, etiyolojisine benzer biçimde biyopsikososyal kültürel ve varoluşsal çok çeşitli rahatsızlıklara yol açmaktadır. Hem etiyolojisinde hem de sonuçlarındaki bu karmaşık yapı nedeniyle obezitenin tedavisi bireye özgü olmalıdır. Ancak birinci basamaktaki günlük hasta başvurularındaki yoğunluk nedeniyle bu pek mümkün olamamaktadır. Bu çalışmada, birinci basamakta obezite yönetimi için kullanılmış olan grup görüşmeleri (GG) yönteminin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışma niceliksel ve niteliksel araştırma yöntemlerinin bir arada kullanıldığı bir çalışma olarak planlandı. Araştırmanın nicel bölümünde araştırmacılar tarafından oluşturulan 11 soruluk değerlendirme formu kullanıldı. Beşli Likert puanları ortalama ve standart sapma olarak hesaplandı. Nicel verilerin değerlendirilmesinin ardından GG'leri daha detaylı incelemek ve ortaya çıkan neden-nasıl sorularına yanıt aramak amacıyla yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmeler yapıldı. Nitel çalışmanın yapılandırılması ve raporlanması aşamasında ise Niteliksel Araştırmayı Raporlamak için Konsolide Kriterler Kılavuzu (COREQ-Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmanın nicel kısmında yaş ortalaması 37,6±10,3 bulundu. Bu yanıtlar arasında en yüksek puanı (iyi/çok iyi derece) alan maddeler, katılımcıların beslenme ve egzersizin önemini kavramaya yönelik yanıtlarına aitti. Nitel kısmında; 1) olumlu etkiler 2) olumsuz etkiler 3) sürdürülebilir sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri 4) motivasyonları 5) GG ile ilgili önerileri, olmak üzere beş temaya ulaşıldı. **Sonuç:** GG, obezitenin yönetiminde, aile hekimliği disiplinin ilkeleri doğrultusunda uygulanabilir ve bu çalışmada belirlenen iyileştirmelerle daha etkili hale getirilebilir.

Anahtar kelimeler: Obezite, grup görüşmeleri, nicel ve nitel çalışma

Received Date / Geliş tarihi:04.06.2018, Accepted Date / Kabul tarihi: 30.06.2018

¹ T.C. Sağlık Bakanlığı İmamoğlu Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği, Adana, TÜRKİYE.

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana, TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Z.Yelda Özer. T.C. Sağlık Bakanlığı İmamoğlu Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği, Adana, TÜRKİYE.

E-mail: z.yeldaozer@gmail.com

Özer ZY, Kurdak H, Özcan S. Obezite Yönetiminde Kullanılan Grup Görüşmeleri Yönteminin Değerlendirilmesi. TJFMPC, 2018;12(4): 288-300.

DOI: 10.21763/tjfm.465916

GİRİŞ

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü ve diğer birçok uzmanlık alanı tarafından “sağlık için risk oluşturacak şekilde anormal ya da aşırı yağ birikimi” olarak tanımlansa da, Devlin ve arkadaşlarının “*tanısı en kolay, tedavisi en zor durum*” ifadeleri sorunun ağırlığına en etkili göndermeyi yapan tanımdır. ¹⁻² Obezitenin etiolojisinde oldukça kompleks paradigmlar üzerinde durulmaktadır. Obezite, etiyojisine benzer biçimde biyopsikososyal kültürel ve varoluşsal çok sayıda hastalık ve rahatsızlıklara yol açmaktadır.³ Hem etiyojisinde hem de sonuçlarındaki bu karmaşık yapı nedeniyle obezitenin tedavisi bireye özgü olmalıdır.

Aile hekimleri disiplinin çekirdek yeterlikleri gereği kilo sorununa birey merkezli yaklaşım sunabilirler.⁴ Ancak, bu yaklaşımı karşılamak, günümüzde birinci basamağın günlük hasta yoğunluğu başta olmak üzere çeşitli nedenlerle son derece zor bir hedef halindedir.⁵ Bire bir görüşmenin eksikliklerini tamamlayabilmek adına grup görüşmelerine literatürde artan bir ilgi vardır. Noffsinger, 1996 yılında grup görüşmesi (GG) modelini kronik hastalıkların yönetim zorluklarını çözmek için yenilikçi bir yol olarak geliştirmiştir.⁶ GG, benzer hastalıkları ve bu hastalıklarla ilgili tıbbi bilgilendirilmeye gereksinimi olan bireyleri bir araya getirir. Alternatif olarak “grup tıbbi ziyaretleri” veya “paylaşılan tıbbi randevular” olarak da adlandırılan GG’ler, düzenli bir ofis ziyaretinin bileşenlerini içerir, ancak hastaların birbirlerinden öğrenmelerine ve doktorla daha fazla zaman geçirebilmelerine de olanak tanır. GG’ler, hastalara yüksek kaliteli tıbbi bakım ve bir grup ortamının desteğini sağlar. Karmaşık kronik hastalıklarda hastaların güçlendirilmesi için grup üyelerinin birbirlerine sağladıkları motivasyon ve destek, kendi kendine bakımı öğrenmede, hastalıkla başa çıkma sürecinde grup görüşmelerini tercih edilen bir uygulama haline getirmiştir. ^{7,8}

Tüm bu bilgiler ışığında, bölümümüzde 2015 yılında kilolu ve obez kadınlarda yaşam tarzı değişikliği için aile hekimleri tarafından GG ile bir fizibilite çalışması yapıldı. ⁹ Yöntem ve sonuçların detayları başka bir makalede sunulan bu çalışmada standart GG formatı kullanıldı. ^{7,9} GG’de katılımcıların; gıdaların bileşenleri, gıda alışverişi sırasında dikkat edilmesi gerekenler, glisemik indeks, katkı maddeleri, yüksek kalorili içecekler, gıda paketleri üzerindeki etiketlerinin okunması, pişirme teknikleri, porsiyon büyüklükleri,

dengeli-düzenli-yeterli beslenme, sorun çözme becerisi eğitimi, duygu-düşünce-davranış ilişkisi, farkında olarak yeme ve doğru egzersiz hakkında bilgi ve beceri kazanmaları hedeflenmişti. Ayrıca gereksinime göre belirlenen bire bir görüşmeler de yapılmıştır. Altı ay boyunca sekiz grup görüşmesiyle sağlıklı yaşam tarzı değişikliği (SYTD) oluşturulmaya çalışılmış ve bir yılın sonunda koruma durumları incelenmişti. Başarılı kilo kaybı ve daha az oranda koruma oranları sağlanan çalışmadaki katılımcılar arasındaki farklılıkların ve ortaya çıkan farklı sonuçların nedenleri ise bir başka niteliksel çalışmayla incelendi.¹⁰ Kadınların kilo verme yolculuklarına derinlemesine, zengin ve bireysel bir bakış sağlayan bu detaylı çalışmadaki veri yoğunluğu, GG modeline ait değerlendirmelerin sunulmasına olanak vermedi. Bu çalışmanın amacı yukarıda bahsedilen çalışmada obezite yönetimi için uygulanan “GG bakım modelinin” niceliksel ve niteliksel araştırma yöntemleriyle değerlendirilmesidir. Sonuçların, GG modelinin ülkemiz şartlarında daha etkin uygulanabilmesi açısından aile hekimlerine ışık tutması beklenmektedir.

METOD

Çalışma niceliksel ve niteliksel yöntemlerin bir arada kullanıldığı bir çalışma olarak planlandı. Araştırmanın nicel bölümünde araştırmacılar tarafından oluşturulan 11 soruluk değerlendirme formu kullanıldı. Beşli Likert puanları ortalama ve standart sapma olarak hesaplandı (Tablo-1). Nicel verilerin değerlendirilmesinin ardından GG’leri daha detaylı incelemek ve ortaya çıkan neden-nasıl sorularına yanıt aramak amacıyla yukarıda adı geçen niteliksel çalışmadaki yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşmenin (DG) sorularına GG değerlendirme soruları eklendi (Tablo-2). Nitel çalışmanın yapılandırılması ve raporlanması aşamasında ise Niteliksel Araştırmayı Raporlamak için Konsolide Kriterler Kılavuzu (COREQ-Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) kullanıldı. ¹¹

Araştırma Ekibi ve Refleksivite

Araştırmacı ekibin tümü kadın olup aile hekimliği anabilim dalında çalışmaktaydı. HK, GG’de ve gereksinimi olanlarla bireysel görüşmelerde görev almıştı. SÖ, GG’ye yalnızca sorun çözme becerisi eğitimi vermek için bir kez katılmıştı. ZYÖ, araştırma görevlisi olarak çalışmaktaydı ve GG’de bulunmamıştı. Çukurova Üniversitesi Tıp

Tablo1. GG değerlendirme anket soruları ve katılımcıların beşli Likert ölçeği üzerinden puanları	
Anket soruları	M (SD)
Sağlıklı beslenme hakkında bilgi sahibi oldum	4,6 (0,5)
Sağlıklı egzersiz hakkında bilgi sahibi oldum	4,5 (0,6)
Diğer katılımcılardan yeni bilgiler öğrendim	3,4 (1,0)
Sağlıklı beslenmenin önemini kavradım	4,8 (0,4)
Sağlıklı egzersizin önemini kavradım	4,8 (0,5)
Öğrendiğim yeni bilgileri günlük yaşamımda uygulayabiliyorum	3,2 (0,9)
Eskisine göre daha sağlıklı beslendiğimi düşünüyorum	3,8 (1,0)
Eskisine göre daha hareketli olduğumu düşünüyorum	3,7 (1,0)
Diğer katılımcılar yaşam tarzımı değiştirmemi kolaylaştırdı	2,9 (1,1)
Grup görüşmeleri yaşam tarzımı değiştirmemi sağladı	3,5 (1,3)

Tablo 2. Derinlemesine görüşme soruları
1) Grup görüşmeleri sizi nasıl etkiledi? Kısaca bahsedebilir misiniz?
2) Sizce grup görüşmeleri ile hayatınızda neler değişti? Sizin için en önemlisi nedir?
3) Sizce grup görüşmelerinin olumsuz yanları nelerdir?
4) Grup görüşmelerinden edindiğiniz alışkanlıkları sürdürebiliyor musunuz? Neleri? (Devam ettiremedim derse, neden böyle olduğunu düşünüyorsunuz?)
5) Devamı sağlayan en büyük etken neydi?
6) Eklemek istediğiniz herhangi bir şey var mı?

Tablo 3. Katılımcıların özellikleri				
Kod	Yaş	Eğitim / Meslek*	Medeni Durum	Çocuk Sayısı
A1	36	Master / Çalışıyor	Evli	Yok
A2	48	Lise / Ev kadını	Evli	2
NV3	40	Lise / Ev kadını	Evli	2
NV4	21	Üniversite / Öğrenci	Bekar	Yok
K5	42	Üniversite / Çalışıyor	Evli	2
A6	36	Üniversite / Çalışıyor	Birlikte	Yok
A7	49	Master / Çalışıyor	Evli	2
K8	40	Master / Çalışıyor	Evli	2
K9	50	Lise / Çalışıyor	Evli	2
K10	35	Master / Çalışıyor	Evli	1
A11	41	Üniversite / Çalışıyor	Evli	2
A12	22	Üniversite / Öğrenci	Bekar	Yok
K13	41	Master / Çalışıyor	Evli	1
K14	42	İlkokul / Ev kadını	Evli	4
K15	54	İlkokul / Ev kadını	Dul	2
K16	46	Üniversite / Çalışıyor	Evli	2
A17	43	Üniversite / Çalışıyor	Evli	2
K18	40	Master / Çalışıyor	Evli	2
A19	23	Üniversite / Öğrenci	Bekar	Yok
K20	21	Üniversite / Öğrenci	Bekar	Yok

*Eğitim, meslek ve ilişki durumları etik ve gizlilik açısından genel ifadelerle verilmiştir.
A: Yeniden kilo alan, K: Koruyan, NV:Negatif Vaka

Fakültesi Etik Kurulundan 06.03.2015 tarihinde onay alındı ve çalışmanın başlangıcında katılımcılardan bilgilendirilmiş yazılı onam alındı. Veri güvenliği, kayıtlar ve transkriptlerin gizliliği, ZYÖ'nün sorumluluğundaki şifre ile korunan tek bilgisayar kullanılarak sağlandı. Üç araştırmacı triangülasyon için birlikte çalıştı.

Örneklem Seçimi

Nicel veriler, GG'lerin tümüne katılarak çalışmayı tamamlayanlardan takip çalışması için ulaşılabilen 25 katılımcıdan toplandı (%83,3). Nitel veriler için ise katılımcılar amaçlı ve tesadüfi olmayan örneklem yöntemiyle belirlendi. SYTD için yapılan GG'ye düzenli olarak katılan 30 kadın çalışmaya telefonla davet edildi. İki katılımcıya GSM numaraları kapanmış olduğu için ulaşılamadı. Ulaşılan 28 kişiden biri gebe olduğu için, biri iş yerinden izin alamadığı için, bir diğeri de il dışında olması nedeni ile çalışmaya katılamayacağını bildirdi. Çalışmanın başında çalışmaya katılmayı kabul eden beş katılımcıdan biri sağlık sorunları, biri iş yerinden izin alamama, ikisi şehir değişikliği, bir diğeri de çocuklarının sınavı olması gerekçesiyle derinlemesine görüşme için randevu verilmek üzere telefonla arandıklarında çalışmaya katılamayacaklarını belirttiler. Sonuç olarak, GG'nin ilk aylarında kilo vermelerine rağmen çalışmayı kilo alarak tamamlayan iki negatif vaka dahil olmak üzere beden ağırlıklarının %5'i veya daha az kilo verenlerin 5/8'i, %10-5 arası verenlerden 6/8'si, %10'u ve daha fazlasını kilo verenlerin 9/14'u olmak üzere toplam 20'si DG'ye alındı.

Derinlemesine Görüşme ve Transkript Aşaması

Çalışmanın tasarımı aşamasında görüşme yeri, yöntemi ve sorularının belirlenmesi için bir pilot görüşme kaydedildi ve sonrasında DG sorularına son şekli verildi (Tablo 2). Sorularla ilgili hazırlıklar tamamlandıktan sonra katılımcılar aranarak randevu verildi. Katılımcıları uzun süredir takip ediyor olması göz önünde bulundurularak GG'yi gerçekleştiren, katılımcıları gözlemlemiş, onlarla gerektiğinde bireysel görüşmeler yapmış HK'nin DG'leri yapmasına karar verildi. DG, katılımcıların daha önce bireysel gereksinimleri için HK ile görüştikleri ve aşına oldukları ofiste yapıldı. Derinlemesine

görüşmeye başlamadan önce katılımcılara, kısaca, derinlemesine görüşme, çalışmanın amacı, tahmini görüşme süresi hakkında bilgi verildi. Derinlemesine görüşme için bilgilendirilmiş onam alındı. Görüşmelere katılımcılardan izin alınarak, transkriptleri de yazacak olan diğer araştırmacı ZYÖ de katıldı. Yarı-yapılandırılmış altı açık uçlu soru, yönlendirme yapılmadan, gerektiğinde sokratik sorgulama yöntemi kullanılarak soruldu. Görüşme, katılımcıların konuyla ilgili eklemek istedikleri olup olmadığı sorularak bitirildi.

Veri İşlenmesi ve Analizi

Transkriptler kelimesi kelimesine yazıldı. DG sırasında kaydedilen tüm konuşmalar, kod kullanılarak, soru ve cevapların sırasına göre, 12 punto ve bir satır aralığı ile kelimesi kelimesine yazıldı. Okuma sürecinde metnin yanına içerik, kullanılan dil, metaforlar, semboller, tekrarlar, duraklamalar, görsel ipuçlarını da ekleyerek, bağlamla ilgili açıklayıcı notlar alındı ve bu notlarla birlikte metni okuyan diğer araştırmacılarla tartışıldı. Analiz için klasik kağıt kalem yöntemi kullanıldı. Metne yazılan notlar listelendi. Daha sonra üç araştırmacının katıldığı toplantılarda, sorulara verilen cevapların listelenmiş haliyle yeniden okunup genel tema ve alt tema başlıkları konusunda ortak karara varıncaya kadar tartışıldı.¹² Analiz araştırmacılar arasında tartışılırken gerektiğinde orijinal metne dönülerek refleksiyon yapıldı.¹³

BULGULAR ve TARTIŞMA

Yaş ortalaması 37,6±10,3 olarak bulunan katılımcıların meslek, eğitim durumu, medeni durumları ve çocuk sayıları tablo 3'de verildi. GG'yi değerlendirmek için yapılan anket sorularına verdikleri yanıtların beşli Likert ölçek puanları ise tablo 1'te sunuldu. Bu yanıtlar arasında en yüksek puanı (iyi/çok iyi derece) alan maddeler, katılımcıların beslenme ve egzersizin önemini kavramaya yönelik yanıtlarına aitti. Bunu takip eden benzer şekildeki yüksek puanlı iki madde ise aynı konularda bilgi sahibi olmalarına yönelikti. Puan sıralamasında önem artışı ve bilgi sahibi olmayı takip eden ve orta/iyi derecede puan alan maddeler, katılımcıların eskisine göre daha sağlıklı beslendiklerini ve daha hareketli olduklarını düşündüklerini göstermekteydi.

“Orta derecede” tanımlamasına karşılık gelen ve anketin en düşük puanlarına sahip maddelerden ikisi GG yöntemini direkt ilgilendiren iki maddeydi. Diğer katılımcılardan yeni bilgiler öğrenme ve katılımcıların diğerlerinin yaşam tarzını değiştirmesini kolaylaştırması aslında GG yönteminin temel aldığı ve önemsendiği etkileşimlerdir. Katılımcıların birbirlerini motive ettikleri ve öz bakımlarında destekleyici oldukları görüşü kabul edilmektedir. Kirsh ve ark. yakın zamanda yaptıkları bir derlemeyle GG’lerin etki mekanizmasını açıklayan dokuz ana konfigürasyonu teorileştirdiler.¹⁴ Bu bağlam-mekanizma-sonuç konfigürasyonların katılımcı etkileşimi bölümü; “GG’ye katılmanın sağlayacağı sosyal temasla izolasyonun ortadan kalkabileceği; bazı yanlış bilgi/algıların düzeltilebileceği; diğer katılımcıların hastalıklarından kendi durumları hakkında başka bir bakış açısı kazanarak dolaylı öğrenilebileceği; başarılı akranları gözlemlemenin o başarıyı taklit etmeye yönlendirebileceği ve sonuç olarak tüm bunların katkısıyla öz-yeterliliğin artabileceği” şeklinde özetlenebilir. Literatürde tüm bu açıklamaları destekleyen çalışmalara karşın bizim çalışmamızdaki katılımcıların orta düzeyde puan vermeleri dikkat çekiciydi. Son olarak “öğrendiğim yeni bilgileri günlük yaşamımda uygulayabiliyorum” maddesinin de 3,2 ile orta puan alması incelenmesi gereken bir başka durumdur.

Tüm bu sorulara yanıt aramak için yapılan niteliksel araştırmadan elde edilen bulgular; “obezite gibi kronik hastalıkların yönetiminde GG nasıl daha etkili bir hale getirilebilir?” bağlamında tartışılacaktır. Katılımcıların GG ile ilgili deneyimleri transkriptlerinin analizi sonucunda, beş alt tema ve bu temaların kategorilerine ulaşıldı. Temalar; 1) olumlu etkiler 2) olumsuz etkiler 3) sürdürülebilir sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri 4) motivasyonları 5) grup görüşmeleri ile ilgili önerileri. Transkriptlerden elde edilen alıntılar açıklamalar ile birlikte aşağıda sunuldu.

1) Olumlu Etkiler

Katılımcılara GG’nin onları nasıl etkilediği sorulduğunda, katılımcılardan 17’si olumlu etkilerden bahsederken, sadece bir katılımcı (K13) GG’nin kendisi için etkisiz olduğunu ifade etti. Bu katılımcının GG’ye katılma kararı alırken, GG’yi psikiyatri kliniklerinde

uygulanan “grup terapisi” zannettiği ve bu sebeple beklentisinin karşılanmadığı anlaşıldı.

Olumlu etkilerde; 1) beslenme değişimi 2) egzersiz artışı 3) alışveriş değişimi 4) bilgi eksikliğinin giderilmesi 5) motivasyon artışı 6) varoluşsal iyilik hali yaşanması, olmak üzere altı kategori bulundu.

Beslenme değişimi kategorisi ile ilgili alıntı:

“Mesela yedi demiştiniz karbonhidrat miktarını bana... Halen aklımdan hesaplıyorum...Gün içerisinde o sayıyı geçmiyorum (Dinlenim metabolizma ölçümleri sonrasında hesaplanan günlük tüketilmesi önerilen porsiyonlardan bahsediyor) O artık alışkanlık yaptı bende... ister istemez... Otomatik olarak yani bir yere yazmıyorum ama o beynimde hesaplanıyor yani... Proteini de aynı şekilde önceden almıyordum. Yani sayı olarak dikkat etmiyordum daha doğrusu öyle söyleyim... Şimdi diyorum ki o beş proteini almam lazım diyorum. Sabah bir tane aldım, geriye dört kaldı diyorum. O bir köşede yazılı kalıyor yani beynimde” (A7)

Egzersiz artışı ve bilgi eksikliğinin giderilmesi (egzersiz ve beslenme konusundaki) kategorileri ile ilgili alıntı:

“Bir kere yürüyüşü öğrendim ben GG’de... yani yürüyüş derken eskiden spor amaçlı yürüyüşe çıktığımda öyle tempolu harala gürele yürürdüm ama bir nabız aralığında yürümem gerektiğini öğrendim. Yani çok fazla kilo kaybı olmuyordu. Yoruluyorsun, ikinci üçüncü gün çıkmak istemiyorsun yürüyüşe ama bana yapılan ölçüme göre verilen nabız aralığı... Hani saat koluma taktığımda parkta gezer gibi bir gezintiydi hatta ben normal bazı günlerde diyelim ki akşam misafirim var çıkamayacağım yürüyüşe okuldan belli bir yere okul kıyafetimle bile hani şöyle vitrinlere baka baka... Saatim (nabız ölçer) yanımda olmasa da tahmini şekilde yürüyüşümü yaptığım günler oldu. Porsiyonlar vermişsiniz çok benzer besleniyorum... Glisemik indeks yüksek besinler mümkün olduğunca almamaya çalışıyorum. Şu an evimde makarna yok” (A1)

Alışveriş değişimi kategorisi ile ilgili alıntı:

“Alışveriş yaparken her şeye bakıyorum içindeki özellikle şu “E”li olanlar. Koruyucu maddelere. Mesela eve ne mayonez alıyorum ne ketçap alıyorum. Meyve suyu almıyorum kola almıyorum....” (K5)

Bilgi eksikliğinin giderilmesi ile ilgili üçüncü katılımcının transkriptinden yapılan alıntı:

“Pişirme şeklim değişti. İşte kızartma değil de ızgara... Mesela, kızım da patates kızartması çok seviyor ve abim de patates ektiği için çuvalla geliyor patatesler eve... Mesela artık bir kaşık zeytinyağı koyup, baharatlı yağlı kağıtta fırında elma dilimi patates yapıyorum.” (NV3)

Altı katılımcının GG'nin olumlu etkilerini anlatırken “hayata bakış açımız değişti” şeklinde ifadeler kullanmaları dikkat çekici bulunmuştur.

Motivasyon artışı ve varoluşsal iyilik hali kategorileriyle ilgili alıntılar:

“Aslında bence bütün kilolu insanlar üç aşağı beş yukarı neyi yiyip neyi yememesi gerektiğini biliyorlar. Motive olamadıkları için yapamıyor bunu. Sizinle konuşmak, grup görüşmelerindeki kişilerin hikayelerini dinlemek, doğru bildiğimiz yanlışları öğrenmek beni çok motive ediyordu.” (A1)

Bu katılımcının ifadesinde, diğer katılımcılardan dolayı öğrenme ve başarılı akranları gözlemlemeyle o başarıyı taklit etmeye yönelme olduğu görülmektedir.

“Valla GG'den sonra, o aldığımız derslerde sizin anlattığınız konulardan sonra bakış açımın değiştiğini fark ettim... Ya o anda bunu çok hissetmiyorsunuz, farkında olmadan bilinç altına bir şeyler yerleşiyor... Fark etmeden ve daha ılımlı daha olumlu baktığımı fark ettim... Eksiklerimi daha rahat görebildiğimi fark ettim... Eee yani arkadaşlık ilişkilerimde, ailemle olan ilişkilerimde, (sorun) çözüm modelleri göstermiştiniz onları uygulamakta... Benim için çok etkili oldu ve fark ettim ki bazı sorunları artık eskisi gibi büyütmiyorum. Dağ yapmıyorum sorunları veya bir sorunu, kendimi kişiliğimle ilgili ona yansıtıyorum. O bana yapılmış bir davranış olarak düşünmüyorum. Bunlar da benim daha rahat olmamı sağladı yaşam olarak.” (A11)

Bu katılımcının ifadeleri, kilo sorununun kompleks bir yapı taşıdığı ve bu sorunun çözümünün de aynı şekilde bütüncül yaklaşımla yapılması gerektiğini desteklemektedir. Aslında SYTD için karşılaşılan sorunların çözümüne odaklanarak verilen sorun çözme becerileri hastanın sosyal

ve aile yaşamındaki sorunlarını da çözme becerisini geliştirdiğini göstermekteydi.

“Valla benim hayatımda her şey değişti... Ben yeniden doğdum... Hangisini anlatıyım? Benim ilk başta psikolojim çok düzeldi... Bende büyük bir değişiklik oldu... Hani mutluym... Ben hiçbir şeyden mutlu olmuyordum... Şimdi elime geçen her fırsatı değerlendiriyorum. Eskiden hep kaçıyordum. Yok tiyatro var gidiyorum. Konser var gidiyorum. Her yere gidiyorum. İu fark çok var çok. Mesela bazı şeylerden üzülüyorsun, sıkılıyorsun, kalbin kırılıyor... Şimdi kırılmıyor... Kırılmıyorum sanki gitmişim sakinleştirici serum yemişim her olay karşısında.” (K15)

Bu katılımcının da kilo kaybıyla birlikte yaşam sevincinde ve pozitif duygulanımda bir artış olduğu görülmekteydi.

On dördüncü katılımcı ile araştırmacı arasında geçen diyalogda, katılımcı, tırnak yeme davranışının değişmesi, daha pozitif olma durumunu belirtti. Bu katılımcının ifadelerindeki iyilik halindeki artış yanı sıra yine diğer katılımcılardan olumlu etkilenme vurgusu dikkat çekiciydi. Aslında anket yapılırken belki ilk izlenim olarak grupta kendilerini rahat hissedememiş olmalarını ifade ederken derinlemesine görüşmedeki sokratik sorgulamayla diğer katılımcılardan olumlu etkilendiklerinin farkına varmış olabilirler. Konuyla ilgili alıntı:

“Ben tırnak yiyordum... Şu anda oje sürebiliyorum... GG'de evdeki huzursuzluğum geçti... Yani, eee, ne vardı? Biraz ben, ben biraz asabi gibi görünen aslında değil... İu biraz asabiyim çocuklara yani orda bile değiştim. Onlar değil ben değiştim. Mesela çocuklara ve eşime biraz daha asabiydim... Gerçekten değişti. Onlarla daha iyiyiz şimdi... Çünkü sizin konuşmalarınız bana iyi geldi. Terapi gibi geldi aslında... Sorun çözme (becerileri) deee... Belki de grup toplantılarında başkasından aldığım şeyleri de belki kafama aldım... Çünkü benim iletişimim daha güzel oluyor... Daha iyi bakmaya başladım.” (K14)

Katılımcılara GG ile ilgili deneyimleri sorulduğunda daha önce de belirtildiği gibi 17'si olumlu etkilendiklerini belirtirken, ikisi olumlu ya da olumsuz görüş bildirmemiştir. Bir katılımcı GG'nin etkisiz olduğunu belirtmiş, yapılan derinlemesine görüşme sırasında katılımcının beklentisinin psikiyatri kliniklerinde uygulanan “psikoanalitik grup terapisi” olduğu bu yüzden beklentisinin

karşılanmadığı anlaşılmıştır. Ayrıca bu katılımcının altı aylık GG sonrasında kilosunun %7'sini vermiş olması da dikkat çekicidir. Konuyla ilgili alıntı:

“Valla ben çok fazla etkilenmedim...O grup dinamiği oluşmadı bence ben daha farklı bekliyordum bu çalışmayı... Hani grup dinamiği oluşsaydı insanlar daha yakın birazcık duygusal bağ kurabilseydi... Grup olabilseydi daha önemlisi... Daha etkili olabilirdi diye düşünüyorum... Psikolojik boyutu da olduğu için bir süre terapistle gidebilirdi diye düşünüyorum.” (K13)

Bu bulgu bize, katılımcılara, GG'ye başlamadan önce verilen bilgilendirmenin anlaşıldığından emin olunması gerektirdiğini düşündürmüştür. GG özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde, sağlık hizmetlerinde birebir görüşmelere alternatif olarak yaygın olarak uygulanmaktadır. Ancak ülkemizde GG'nin yaygın olarak uygulanmaması nedeni ile katılımcıların bilgi eksikliğinin olabileceği ve farklı beklentilerin bu nedenle gelişebileceği GG'yi düzenleyenler tarafından akılda tutulmalıdır.

Grup görüşmelerinde davranış değişikliği çalışmaları da yapılmıştır. Davranış değişikliği çalışmalarında transteorik model sıkça başvurulan bir yöntemdir. Transteorik modelde bireylerin davranış değişikliğini uygulamada farklı aşamalarda olabilecekleri belirtilmiştir. Prochaska ve Diclementin tarafından geliştirilen “Değişimin aşamaları modeli” sırasıyla; düşünce öncesi, düşünce, hazırlık, eylem, sürdürme ve nüksütme aşamalarını içermektedir. Albert Bandura, davranış değişikliğinin; kişinin istenen davranışı sürdürme becerisi konusunda kendisine güveninin düzeyi ve bu değişimle ortaya çıkacak sonuçlarla ilgili beklentilerinin bir fonksiyonu olduğunu öne sürmüştür.¹⁵ Grup görüşmelerine başvuru sırasında katılımcıların, değişimin aşamaları modelinde, düşünce ya da hazırlık aşamasında oldukları GG ile eylem aşamasına geçtikleri GG'yi düzenleyenlerce bilinmelidir. Katılımcılar değişimin aşamaları modelinin farklı aşamalarında olabilirler.

Katılımcılar beslenmeyle ilgili olumlu değişikliklerden bahsederken özellikle bilgi eksikliklerinin farkına vardıklarını, “doğru olduğunu düşündükleri yanlışlar” giderildikten sonra obeziteyle mücadele davranışlarında olumlu değişiklikler meydana geldiğini ifade ettiler. Katılımcılar, GG sırasında özellikle dengeli beslenme, öğün atlamama, besinlerin karbonhidrat, protein, yağ içerikleri, glisemik

indeks porsiyon hesabı, sağlıklı pişirme biçimleri konusunda bilgi eksiklikleri olduğunu fark ettiklerini ifade ettiler. Genel kanaatleri bu konular hakkında bilgi sahibi oldukları yönünde olmasına rağmen GG'de beslenme ile ilgili çok fazla bilgi kirliliği olduğunu fark etmeleri önemlidir. GG'yi düzenleyenler tarafından, basit, herkesin bildiği, genel geçer olduğu düşünülen bilgiler konusunda eksiklikler olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Üstelik bu tarz bilgi eksiklikleri ya da bilgi kirlilikleri bireylerin obezite konusundaki davranış değişiklikleri girişimlerinin başarısız olmasına neden olmaktadır. Davranışlarını değiştirmedeki başarısız girişimlere rağmen insanlar kendilerini değiştirebilmek için sık sık girişimde bulunmaktadırlar. Bu girişimler sonrasında meydana gelen, bireylerin kilolarındaki inişleri ve çıkışları kendini suçlama dönemleri takip eder. Polivy ve Herman 2002 yılında bu periyodları “boş umut sendromu” yani kendini değiştirme girişimlerinin sonuçlarından, hızlı, aşırı, kolay, gerçekçi olmayan beklentiler olması şeklinde tanımladılar.¹⁶ Bilgi eksiklikleri ya da kirlilikleri, obeziteyle mücadele eden bireylerde “boş umut sendromuna” neden olabilir.

Aynı durum katılımcıların egzersiz konusundaki bilgileri için de geçerlidir. Derinlemesine görüşmeler sırasında katılımcıların hepsi, doğru nabız aralığında egzersiz yapmanın kilo kontrolü konusundaki etkisini bilmediklerini söylediler. Egzersiz konusundaki yaygın inanış ancak çok ağır egzersizlerle etkili kilo kontrolü sağlanabileceği yönündedir. Bu durum obez bireylerin ağır egzersiz yapmaya çalışmalarına, başaramadıklarında umutsuzluk, beceriksizlik duygularına kapılmalarına ve hatta bazen sakatlanmalara neden olabilmektedir.

Çalışmamızda, GG sırasında meydana gelen en önemli değişikliklerden birinin gıda alışverişi konusunda olduğu bulundu. Katılımcılar GG'den sonra alışverişleri sırasında gıda etiketlerini okuma, katkı maddeli gıdaları evlerinde buldurumama ve yüksek kalorili içecekleri satın almama şeklinde davranışlarında değişiklikler olduğunu ifade ettiler. Ayrıca öğün atlamamaya dikkat etme ve iş yerinde gıdaya ulaşma konusundaki güçlükleri aşmak için hazırlık yapma davranış değişiklikleri de gözlemlendi. Öğünlerini yanlarında götürdüklerini ifade etmeleri de önemli bulgudur.

Peyrot ve Rubin'in 2007 yılında davranış değişikliği için yapılandıkları kavramsal çerçevede sorun çözme becerisi için proaktif ve reaktif olma kavramları açıklanmaktadır.¹⁷ Hastaların, istenen değişiklikleri yapmak için neler yapabilecekleri ve alternatifleri sorularak, düşünmesi, engelleri aşmak için proaktif (engelleri ortadan kaldırmak için önceden çalışma) ve reaktif (engeller beklenmedik bir şekilde karşısına çıkarsa neler yapılacağını belirleme) olma stratejilerini içerir. Katılımcıların öğün atlamamak için proaktif ve reaktif olmaları GG'de davranış değişikliğinin oluşturulduğunu gösteren bir bulgudur.

Katılımcılar, GG sırasında verilen sorun çözme becerileri eğitiminin de davranışlarını olumlu etkilediklerini ifade ettiler. Bir sorunun çözümlenebilmesinde sorun çözme becerilerinin yüksek olması kadar bireyin karşılaştığı sorunu kendi sorumluluk alanı içerisinde görmesi de önemlidir. Bireyin karşılaştığı sorunların kaynağını nelere ve kimlere attığı nasıl baş edeceğine karar vermesinde etkilidir. Sosyal sorun çözme beceri eğitimlerinde, danışanların işlevsel olmayan algılama ve sorun çözme tarzlarının (soruna olumsuz yönelme ve dikkatsiz/dürtüsel tarz ve kaçınan tarz) yerine işlevsel bakış açısı ve sorun çözme becerileri kazanabilmelerine yönelik uygulamalar yapılmaktadır.¹⁸⁻¹⁹ Öfke kontrolü ve dürtü kontrolünün anlatılmasının, katılımcıların SYTD'yi uygulamasını kolaylaştırdığı görülmektedir.

Çalışmamızın bulgularından, biri de GG'nin olumlu etkilerinden biri olan "varoluşsal iyilik halidir". Varoluşsal iyilik; anlam ve amaç, güvenli ve dengeli kimlik ve ait olma duygusunu içerir.²⁰ GG sırasında hekim ve katılımcılar arasında, varoluşsal sorunları anlayan "iyileştirici" bir hekim-hasta ilişkisi kurulduğu görülmektedir. Hasta-hekim iyileştirici ilişki modelinde, Buber'in "Sen-Ben İlişkisi" diye isimlendirdiği özel bir form bulunmaktadır ki diyalog ve karşılıklık durumunu içerir. İyileştirici ilişki modeli, hastayla hekim arasında bu tür bir ilişkinin geliştirilip sürdürülebilmesi için üç yöntemin gerekliliğini belirler; değer vermek, takdir etmenin gücü ve süreklilik. Bu üç yöntemde üç ilişkisel sonuca yol açar; güven, umut ve kabul edilen olma.²¹

2) Olumsuz Etkiler

Olumsuz etkilerde; 1) GG'nin sıklığının az olması 2) kişisel sorun (detay) paylaşılması ya da paylaşılabilmesi 3) katılımcıların kendi aralarında kıyaslama ve ayrımcılık yaşamaları 4)

coğrafi nedenlerle gg'ye erişimin güç olması 5) araştırma ile birlikte sonlanması, olmak üzere beş kategori bulundu.

GG'nin sıklığının az olması kategorisi ile ilgili, birinci katılımcının transkriptinden yapılan alıntı:

"Bir buçuk ay geçince şu psikolojide oluyorsunuz. Ya Hocam bunları söyledi ama daha bir ay var görüşmeye psikoloji bu oluyor. "Bir gün kaçırırsam ne olur ki" düşüncesi illa ki oluyor. Yani o dış kontrol bence çok etkili. Devamı için, daha sık aralıklarla olsa... Sürekliliği için daha iyi olur." (A1)

Çalışmamızda olumsuz bulgularda, katılımcılar GG'nin sıklığının az olmasını özellikle vurgulamışlardır. Ülkemizde yapılan sekiz haftalık benzer bir çalışmada GG haftada bir oturum şeklinde düzenlenmiş ve başarılı olmuştur. Yapılan çalışmalarda GG'nin sıklığının ihtiyaca göre belirlenebileceği belirtilmiştir. Baş ağrısı klinikleri gibi yüksek riskli gruplarda haftada bir, kronik bakım veren kliniklerde üç ayda bir düzenlenebilmektedir. Programlar bir dönem ya da birkaç yıl sürebilmektedir.²²

Kişisel sorun (detay) paylaşılması ya da paylaşılabilmesi ile ilgili alıntı:

"Hani bazı arkadaşlar belki ben bile yapmışımdır farkında olmadan hani çok kişiselliğe iniyordu. O dönem o anlarda sıkılıyorduk hani hatta siz de toparlamaya çalışıyordunuz yani hani bunu ayrıca sizinle görüşelim dediğiniz anlar oluyordu hatırlıyorsanız. Kişi sabah kalkıyor akşam yatana kadar ne yaptığını... Yani şöyle ben şunu yaptım, hatta öyle bir kaç arkadaşımız vardı hatırlarsanız. Şunu yaptım şöyle yedim olur mu hocam şeklinde hani o anlar biraz beni sıkıyordu ya hadi diyordum zaman geçiyor." (A1)

GG'de fazla detay paylaşımı ve fazla konuşkan katılımcılardan rahatsızlık duyulduğu görüşmeler sırasında anlaşıldı. GG'yi düzenleyen eğiticilerin, farklı özelliklerdeki katılımcılarla nasıl baş edecekleri konusunda donanımlı olmaları ve dengeyi kurmaya çalışmaları bu sorunun daha az yaşanmasını sağlayabilir. Raja ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılan bir çalışmada da GG'de "gizlilik" ile ilgili, katılımcıların tıbbi verilerinin kendi istemleri dışında, grupta paylaşılabilmesi konusunda temkinli davranılması gerektiği vurgulanmaktadır.²³

Katılımcıların kendi aralarında kıyaslama ve ayrımcılık yaşamaları kategorisi ile ilgili alıntılar:

“Hocam benim için en kötü şey sonlanmıyordu. Hani bitti herkes kilo vermişti, ben ve iki arkadaş böyle üzgün üzgün baktık... Bu benim için stres kaynağıydı.” (NV4)

“Sanki birbirine yakın insanlar geldiği zaman bir gruplaşma yani grup içinde gruplaşma oluyordu... O birazcık belki rahatsız etti beni... Hani bazen... Bazen hani onların yan yana oturmaları... Onlar dışarda görüştükleri için... Yoksa onun dışında o da çok fazla değil ama... Yalnız gibi (kaldım)... Ondan başka rahatsız edici durum olmadı.” (A7)

“Olumsuz yanları neydi? Olumsuz yanları şöyle... Bir grup ama ben o grubu şöyle eğitim seviyesine göre parçalayarak ya da yaş aralığına parçalayarak olsa daha bir şeyle olurdu diye düşündüm... Eğitim düzeyi de hani etkili... Bi de yaş aralığına göre de olabilirdi dedim hani şey olarak... Veya böyle hani çalışanların... Kategorisi ayrı, öğrenciler ayrı... Çünkü onların sorunları ve şey farklı oluyor... Ev hanımlarının sorunları farklı oluyor... Engelleri farklı oluyordu. Hani dinliyorduk, renk katıyordu... Şey değildi ama daha da ayrı olsaydı belki zaman açısından daha faydalı olabilirdi yani.” (K16)

“Şey kötüydü... Bazı arkadaşlar kilo veriyor, bazıları veremiyor... O şeyler kötü... Hani karşılaştırmalar kıyaslamalar hoş değil... İuu bence... Biz yapmıyorduk... Ama insan düşüncesi... Kendi... Nasıl desem kendi kendilerine... Mesela siz asla öyle bir kıyaslama karşılaştırma yapmadınız... Aynen, arkadaşlar açısından... Mesela ben bazen kendimi suçlu hissediyordum. Aa evet, mesela yandaki arkadaşım, çok sevdiğim arkadaşım ile aynı şeyleri yapıyoruz o veremiyor bu sefer kendimi suçlu hissediyordum.” (K18)

“İnsanların birbiriyle kıyaslaması... Hoş olmadı diye düşünüyorum. Belki bazen hani iyi şeyler yapabilirler hani...İyi etkileyebilir de bazen de şey çok, ben nasıl olsa beceremiyorum çünkü şöyleydi... Eee ben çok empati yaparım... Hep karşımdaki insanı kendim gibi düşünürüm... Ne düşünebilir? Acaba niye veremiyorum? Ha ben beceremedim, yapamadım... O duygulara kapılmış olabilirler diye düşünüyorum... Ya da ben yapamıyorum nasıl olsa deyip bırakmış da olabilirler... Yani o kötü aslında...” (K18)

DG sırasında, GG düzenleyicileri tarafından katılımcılardan özellikle tartılmamaları istenmesine rağmen katılımcıların GG'nin düzenleyicilerinin bilgisi dışında tartıldıkları ve bunu birbirleri ile paylaştıkları ve kıyaslama yaptıkları bilgisine ulaşıldı. İlgi çekici bulgulardan biri de katılımcıların eğitim ve sosyoekonomik düzeyleri düşük olanlarla aynı grupta olmaktan memnuniyetsiz olmalarıydı. Bir katılımcının gruptaki diğer katılımcılara göre daha fazla kilolu olan bireyden önce rahatsız olduğunu söyleyip daha sonra aslında bahsettiği bireyden çok şey öğrendiğini fark ettiğini söylemesi dikkat çekici bir bulgudur. Diğer katılımcılardan eğitim ve sosyoekonomik seviyesi düşük olan katılımcıların GG'de öğretilenleri hayatlarına geçirebilmeleri ve SYTD'yi başarıyla uygulayabilmeleri grup için itici güç olmuştur. Tüm bunlar “grup dinamiği” kavramıyla açıklanabilir. Grup dinamiği “grubun herhangi bir kısmında ortaya çıkan değişmelerin grup üyeleri üzerinde ve grubun yapısında meydana getirdiği etki ve tepkileri” ifade etmektedir.²⁴ Grup dinamikleri konusunda Kurt Lewin'in araştırmaları mevcuttur. Lewin, “grupların bireyleri ve toplumu etkileme gücüne sahip, dinamik ve güçlü varlıklar” olduklarına inanmıştır.²⁵ GG düzenleyenler tarafından grup dinamiği kavramının göz önünde bulundurulması faydalı olacaktır.

Coğrafi nedenlerle GG'ye erişimin güç olması kategorisi ile ilgili alıntı:

“Kırk dakika yol desiniz işte... Bir saatte görüşme, bir daha yol... İki saat buraya ayırmak, zor... Bir saat yolu gözden çıkarmamız gerekiyor.” (K8)

GG'nin düzenleneceği mekana ulaşımın kolay olması gerektiği de çalışmaların bulgularındandır ve bu ancak ülkemizde bu tarz merkezlerin yaygınlaştırılması ile mümkün olabilir.

3) Sürdürülebilir Sağlıklı Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Sürdürebildikleri SYTD'de; 1) sorun çözme becerileri 2) doğru beslenme ve egzersiz ile ilgili bilgi 3) dengeli beslenme, 4) gıda alışverişi 5) egzersiz, olmak üzere beş kategori bulundu.

Sürdürebildikleri SYTD'de genellikle egzersiz alışkanlıklarının bulunması dikkat çekiciydi. Bu bilgi GG sırasında egzersiz

eğitimine verilen önemin arttırılmasını ve egzersiz konusundaki pekiştirenlerin daha fazla olmasını sağlayabilir. Konuyla ilgili alıntılar:

"İu yani sporu bıraktım diyorum ama atıyorum işte haftada bir yürüyüşümü yapıyorum. Yani çok az da olsa...Hani hiçbir şey yapmıyor değilim... Kırk beş, elli dakika yürüyorum yani ama belki haftada bir. Belki haftada iki de olabiliyor, bilmiyorum. Yani o, o yürüyüşüm oluyor. Yürüyüş yapmazsam eğer evde hareketimi arttırıyorum." (A2)

"Kahvaltı benim için bir öğün haline geldi. Ben eskiden kahvaltıya şey yapmazdım. Şimdi sandviçte olsa kendime hazırlayıp iş yerine götürüyorum. Poğaçaydı, simitti o tür şeyleri canım çok isterse sabah yiyorum mesela ama haftanın mesela beş günü gidiyorsam üç günü ya da dört günü mutlaka kendime sandviç hazırlıyorum, götürüyorum." (A6)

"...Dikkat etmeye çalışıyorum... İuu örneğın hani şey önceden şeye çok dikkat etmezdim... O gün, gün boyunca işte et olan bir öğünümüz olmadı... Buna dikkat etmezdim ama şimdi, mutlaka öğünlerden birinde et olmasına özen gösteriyorum veya sebze olmasına ya da salata olmasına...İşte gün içinde mutlaka meyve yenmesine dikkat ediyorum... Yani sağlıklı beslenmeye dikkat ediyorum." (K13)

"Evet, sürdürmeye çalışıyorum... O zamandan şimdiye kadar... Sadece bir iki şeyi yazmıyorum... Ama edindiğim şunu yap, böyle yap... Yani, mesela porsiyonlarımı... Tahıla çok dikkat etmeye çalışıyorum. Yürüyüşlerimi kesinlikle aksatmamaya çalışıyorum... Yürüyemediğim zaman çarşıya asla araç kullanmıyorum. Sadece merdiven çok çıkamıyorum ayaklarımdaki rahatsızlığımdan dolayı... Ama yani güzel benim için. (K14)

4) Motivasyonları

Motivasyonlarında; 1) sağlık 2) estetik 3) yasaklanmama 4) önerileri uygulamak 5) gg' ye katılmak 6) önem artışı 7) eş/anne desteğı 8) çocuklarına rol model olma 9) kayıt tutma 10) sonucun değeri 11) GG sırasında önerilenlerin mantıklı olması, olmak üzere 11 kategori bulundu.

Sağlık ve rol model olma kategorileri ile ilgili alıntı:

"Hocam, şey yani sağlıklı yaşam. Kendimi iyi hissediyorum. Şey nasıl desem size. Çocuklar için de sağlıklı olduğunu"

düşünüyorum. Bana da faydalı olduğunu düşünüyorum." (K5)

Eş desteğı ve önerileri uygulamak, kayıt tutma kategorileri ile ilgili alıntı:

"Eşim çok destekledi. Yani her gün beni buraya arabayla götürdü geri aldı. Beni şey gidiş gelişimi kolaylaştırdı biraz mesafe olduğu için gelme açısından zorluk olacaktı. Onun da çok büyük etkisi oldu yani. (A7)

"O defter işi ilk etapta çok etkili bence. Orda deftere kaydettiğinizde görüyorsunuz. Neydi.... Belki hani bazıları için olumsuz olabilirdi defter olması da ama ben bile öğrenme açısından ilk etapta onu olumlu buluyorum. Sonra tabii alışılıyorsunuz. Artık defter olmadan devam ediyorsunuz şunu yedim bunu içtim. İşte bu kadar almam lazım." (A7)

GG sırasında önerilenlerin mantıklı olması kategorisi ile ilgili alıntı:

"En büyük etken mesela burdakileri uygulamam oldu. Bu çalışmanın mantıklı olması." (K10)

Estetik, sonucun değeri kategorileri ile alıntılar:

"Olumlu yani arkadaşlarım, çocuğım, özellikle kız çocuklarım var benim onlar yönlendiriyorlar anne lütfen zayıfla diye... Onlar... Yani aileden olumlu tepkiler alıyorsun veya kendi giyim tarzından daha mutlu hissediyorsun... Onlar da seni motive ediyor... Onlar işte, kilo verdiğin zaman daha güzel olacak, işte elbise giyeceksin diye onlar motive ediyordu. Yani bir şey bizde abur cubur çok fazladır, sen yeme anne bak kilo alırsın... Onlar şey yapıyorlar... Dizginliyorlar bir şekilde." (A11)

"Kararlılık diye düşünüyorum. Bir de mutluluk diye düşünüyorum. Bir de emeklerimin boşa gitmemesi diye düşünüyorum. Bence emek de çok önemli... İuu şey bence insanlar biraz da tercihlerini kendileri yaparlar... Bana öyle geliyor... Yani ben, nasıl deyim? Sağlıklı bir vücuda sahip olmak daha çok hoşuma gidiyor." (K18)

GG'ye katılmak kategorisi ile ilgili alıntılar:
"Çünkü ben gerçekten daha kilo almak istemiyorum... Evet, demek, bilmiyorum...Ama ben gerçekten sizin tavsiyeniz kulağıma geliyor... Yani duymak istiyorum... Anlatabiliyor muyum? Yani uu... H... Hoca (HK, araştırmacıdan bahsediyor) olsa beni"

böyle yönlendirirdi diye duymak istiyorum arada gerçekten... Hatta hatırlıyorsanız bu şey bittikten sonra görüşebilir miyiz diye ısrarla sormuştum.... Yani o sıralar... İsrarla sordum... Çünkü burdan koparsam ben yine kilo alırım.” (K14)

“En büyük etken işte buraya gelmek... Sizin...Takip ediliyor olmak tabii ki...Birde o altı ay içinde o alışkanlık oldu bunlar bizim için... Biz böyle yaşıycaz daha sağlıklı bizim için... Daha sağlıklı oluruz biz böyle yaşarsak... Bunu kabul ettik... Ben bunu kabul ediyorum ömür boyu artık... Böyle yaşamayı, inşallah hep böyle kalırım... Bu beslenme şekliyle... Bozمام...” (K15)

Katılımcıların sağlık, estetik ve rol model olma ile ilgili kaygılarının motivasyonlarını arttırdığı bulgular arasında yer almaktadır. Ayrıca daha önce başvurdukları diyetisyenlerin sundukları standart reçeteler ve yasaklamaların GG’de olmamasının motive edici olduğu belirtilmiştir. Çevre, eş ve çocuklarının desteklerinin önemi vurgulanmıştır. İki katılımcı GG’ye başlarken motivasyonlarının yüksek olduğunu ve bu yüzden GG sırasında motivasyonlarının daha da arttığını ifade etmişlerdir. GG düzenleyiciler tarafından katılımcıların başlangıçtaki motivasyonlarının farklı düzeylerde olabileceğinin bilinmesi önemlidir. Farklı motivasyondaki bireyler grup dinamiğini ve dolayısıyla grubun başarısını değiştirebilir. Bu nedenle GG’nin başlangıcında katılımcılardan motivasyon düzeylerini puanlamaları istenmiş ancak katılımcılar motivasyon düzeylerine göre gruplandırılmamışlardır. Yapılan başka çalışmalarda sonuçlar da bizim çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Russell ve arkadaşları tarafından 2013 yılında yapılan bir çalışmada, özellikle kronik hastalıklarla mücadelede önemli bir yeri olan davranış değişikliğinde engeller ve kolaylaştırıcı faktörler araştırılmıştır. Araştırmanın sonunda, “aile desteği”, “rol model olma”, “sağlık”, “grup desteği” gibi faktörlerin ön plana çıktığı gözlenmiştir.²⁶ Chang ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılan bir başka çalışmada da kilolu ve obez annelerdeki motive edici ve engelleyici faktörler araştırılmıştır. Bizim çalışmamızda katılımcıların on dördü de annedir. Bu çalışmanın sonuçlarında da motive eden faktörlerde estetik, rol model olma ve sağlıklı ilgili kaygıları benzer olarak yer almaktadır.²⁷

5) Önerileri

Önerilerinde; 1) süreklilik 2) ulaşılabilirlik 3) GG’ne katılacak olanların benzer özelliklere sahip olması 4) GG’nin daha sık aralıklarla düzenlenmesi 5) GG ekibinde bir psikolog bulunması 6) GG’yi düzenleyenlerin rol model olması 7) GG’ye katılanlarla düzenli spor yapılması, olmak üzere yedi kategori bulundu.

Ulaşılabilirlik kategorisi ile ilgili alıntı:

“Keşke işte hani sadece bu konuyla ilgilenen bir merkez olsa... yaygın değil de böyle hani her bölgede mesela Çukurova’da üç tane, Seyhan’da üç tane olsa daha güzel olur... Böyle bir sertifikasyon her halde falan olsa daha güvenilir olur... Tabii o konuda uzman olan bir kişi çalışsa.” (K8)

GG’ne katılacak olanların benzer özelliklere sahip olması kategorisi ile ilgili alıntı:

“Belki eğitim seviyelerini ayırabilirdiniz gibi geliyor... Bazen çünkü... Çalışmayan, ev hanımı veya işte benzer kilolu olanlar... Çok uç kilolu olanlar... Gerçi X...’ in bana faydası oldu diyorum ya... (GG’de kendisinden daha fazla kilolu olan bir katılımcıdan bahsediyor) (K10)

GG ekibinde bir psikolog bulunması ve GG’nin daha sık aralıklarla düzenlenmesi kategorileri ile ilgili alıntılar:

“Mutlaka psikolojik destek boyutu işin içinde olmalı bence... Mutlaka olmalı... Çünkü insan zaman zaman eee pes edebiliyor... Veya yok ya olmuycaz ben başaramayacağım dediği anlar oluyor... Yılgınlığa düştüğü anlar oluyor. O zaman onu böyle destekleyecek ona yardımcı el olacak birine ihtiyaç duyuyor...” (K13)

“Evet daha da iyi olurdu belki ama dediğim şekilde işte daha sık olsaydı ve belki hani psikolog desteğiyle olsaydı daha iyi olabilirdi.” (K13)

GG’ye katılanlarla düzenli spor yapılması kategorisi ile ilgili alıntılar:

“Mesela bu sarkmaları hala gideremedim... O bir kere bir stadyumda çalışmamız olmuştu... Yani bu konuda hala eksikim olduğunu düşünüyorum...” (K16)
“Küçük bir spor alanı da ayrılrsa... Böyle daha sakın ve şey yapılan spor istiyorum ben.” (K16)

GG'yi düzenleyenlerin rol model olması kategorisi ile alıntı:

“Aslında sizin yanınızda da bunu söylemek isterim... Eeee ben bu GG'ye geldiğimde siz yürüyüşü önermişsiniz... Çok iyi hatırlıyorum arkadaşım Y'le öğle arası yürüyelim diye karar vermiştik ve X Hanım'ı (Araştırmacı HK'den bahsediyor) gördüm. Bazı insanlar hani doktorlar der ya işte sigara içmeyin, şöyledir, böyledir ama molalarda gidip sigara içerler... Ama nasıl desem ne kadar etkisi olur? Ama ben sizi gördüğüm o an işte o an... Yürürken karşılaşmıştık. Evet o an karar verdim. İu hani sizi de orda görmek, demek ki her şeyin bir bedeli varmış diye düşündüm... Hayır, belki doğuştan bazı insanlar kalıtsal olarak şanslı. Ama hani genetik böyleyim diye böyle bırakmamışsınız... Gene sağlığınız için çaba gösteriyorsunuz... Yani hani sadece söyledikleriniz değil, davranışlarınız da... Hani çocuklar için derler ya anneler siz çocuğunuza yapma, yapma demeyin... Siz kendiniz yapın o görsün... Siz bize onu yaptınız aslında... O da bana çok güven verdi.” (K18)

Obezite kronik bir hastalıktır ve tüm kronik hastalıklar gibi takibi süreklilik gerektirir. Katılımcılar da önerilerinde sürekliliği vurgulamışlardır. GG'nin düzenlendiği Çukurova Üniversitesi bazı katılımcılar için ulaşılması zor bir yerdedir. Katılımcılar aile sağlığı merkezleri gibi bireylerin daha rahat ulaşabilecekleri mekanlarda GG'nin düzenlenebileceği önerisinde bulunmuşlardır. Katılımcılar GG'ne katılacak bireylerin benzer özelliklere sahip olmasının daha iyi olacağı önerisinde bulunmuşlardır ama transkriptlerin analizi sırasında araştırmacılar tarafından fark edildiği üzere bu farklılıklar aslında grup içinde hedefe ulaşmada itici güç oluşturmuştur. Diğer taraftan, katılımcıların kendileri de obeziteyle mücadele konusunda birbirlerinin tecrübelerinden çok farklı bilgiler edindiklerini ifade etmişlerdir. Grubun homojen yapıda olmaması belki de grup dinamiğinin gelişmesine katkıda bulunmuş olabilir. Daha önce de tartışıldığı gibi katılımcılar “GG'nin daha sık aralıklarla düzenlenmesi” konusunda da öneride bulunmuşlardır. Bu başlık olumsuz etkilerde de tartışılmıştır. GG'nin sıklığı ihtiyaca göre haftalık, aylık ya da iki üç ayda bir şeklinde belirlenebilir. Son olarak, katılımcılar, “GG ekibinde bir psikolog bulunması”, “GG'yi düzenleyenlerin rol model olması”, “GG'ye katılanlarla düzenli spor yapılması” önerilerinde bulunmuşlardır. GG ekibinde davranış terapistinin bulunması tıbbi literatürde de önerilmektedir. GG'ye katılanlarla düzenli egzersiz yapılması bizim

çalışmamızda geliştirilmesi gerekenler olarak değerlendirilmiştir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Obezite gibi multifaktöryel etiyojijye sahip kronik hastalıkların değerlendirilmesinde sadece nicel verilerin değil “neden, nasıl” sorularına yanıt arayan nitel verilerin de göz önünde bulundurulması bu çalışmada olduğu gibi daha zengin bakış açısı sunabilir. Çalışmamızın sonuçlarına göre GG'nin sadece beden ağırlığında değil, beslenme, egzersiz, alışveriş alışkanlıklarında değişim, bilgi eksikliğinin giderilmesi, motivasyon artışı ve varoluşsal iyilik hali gibi yaşamın daha geniş alanlarında iyileşme sağlayabildiği belirlenmiştir. Aşağıda sunulan önerilerle geliştirilecek GG'lerin, alışlagelmiş birebir hasta hekim görüşmesi modeline destek olarak birinci basamak uygulamalarında kullanılması düşünülebilir. GG'nin ülkemiz şartları ve kültürüne göre iyileştirilmesine yönelik önerilerimiz şunlardır:

1. Diğer kronik hastalıkların yönetiminde olduğu gibi obezitede de SYTD desteğinin uzun süreli ve daha sık aralıklarla yapılması,
2. Hastalarının yaşadıkları yerlere daha yakın ve ulaşılabilir yer seçilmesi,
3. GG'yi yönetirken grup dinamiğinin göz önüne alınarak dengenin kurulması,
4. Gruptaki sosyodemografik veya kültürel farklılıkların katılımcılar arasında bir ayrışma ya da gruplaşma oluşturma olasılığının göz önünde bulundurulması,
5. GG'yi düzenleyenlerin SYTD için rol model olması,
6. GG'ye katılanların davranış değişikliği modelinin farklı evrelerinde olabilecekleri de akılda tutulması,
7. Bireysel görüşmeye gereksinim duyan hastaların belirlenerek erken dönemde belirlenerek yönlendirilmesi.

KAYNAKLAR

1. Devlin MJ. Is there a place for obesity in DSM-V? *International Journal of Eating Disorders*. 2007;40(7 SUPPL.). doi:10.1002/eat.20430.
2. WHO. Obesity and overweight: fact sheet N° 311 (updated January 2015). *janeiro 2015*. 2015:1-5. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en>.
3. Karasu SR. The obesities: an overview of convergent and divergent paradigms. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2016;10(2):84-

96. doi:10.1177/1559827614537773.
4. WONCA. The European Definition of General Practice / Family Medicine WONCA EUROPE 2011 Edition 1. 2011:1-33. <http://www.woncaeurope.org/>.
 5. Kringos DS, Boerma WGW, Spaan E, Pellny M. A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey. *BMC health services research*. 2011;11:90. doi:10.1186/1472-6963-11-90.
 6. Noffsinger EB, Scott JC. Understanding Today's group visit models. *The Permanente Journal*. 2000;4(2):99-112.
 7. Noffsinger EB. Introduction to Group Visits. In: *Running Group Visits in Your Practice*. Newton, MA: Springer US; 2009:3-19. doi:10.1007/b106441_1.
 8. Scott JC, Conner DA, Venohr I, et al. Effectiveness of a group outpatient visit model for chronically ill older health maintenance organization members: A 2-year randomized trial of the Cooperative Health Care Clinic. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2004;52(9):1463-1470. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52408.x.
 9. Tunay M, Kurdak H, Özcan S, Özdemir Ç, Özer ZY. Family physician-led group visits for lifestyle modification in women with weight problems: a pilot intervention and follow-up study. *Obesity Facts*. 2018;11(1):1-14. doi:10.1159/000486133.
 10. Özer ZY. Kilo Sorunları için Grup Görüşmelerine Katılan Kilolu ve Obez Kadınların Derinlemesine İncelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi, Aile Hekimliği AD. 2016.
 11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-357. doi:10.1093/intqhc/mzm042.
 12. Roberts P. Reliability and validity in research. *Nursing Standard*. 2006;20(22):41-45. doi:10.7748/ns2006.07.20.44.41.c6560.
 13. Maton K. Pierre Bourdieu and the epistemic conditions of social scientific knowledge. *Space and Culture*. 2003;6(1):52-65. doi:10.1177/1206331202238962.
 14. Kirsh SR, Aron DC, Johnson KD, et al. A realist review of shared medical appointments: How, for whom, and under what circumstances do they work? *BMC Health Services Research*. 2017;17(1). doi:10.1186/s12913-017-2064-z.
 15. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior Journal* 2004;31(2):143-64.
 16. Polivy J, Herman CP. If at first you don't succeed. False hopes of self-change. *American Psychologist*, 2002;57(9):677-89.
 17. Peyrot M, Rubin RR. Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes A Conceptual Review. *Diabetes Care*. 2007;30(10):2433-40.
 18. Eskin M. Sorun Çözme Terapisi, 3. Baskı, Ankara: HYB Yayıncılık. 2009.
 19. Başer S. Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Sosyal Sorun Çözme Becerilerinin Yaşam Kalitesi ve Klinik Sonuçlara Etkisi, Uzmanlık tezi, 2016.
 20. Kurdak H. Sağlığın varoluşsal boyutu ve yaşam kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2014;5(3):23-8.
 21. Scott et al. Healing relationships and the existential philosophy of Martin Buber; *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* 2009; 4:11.
 22. Sertöz ÖÖ, Elbi MH. Obezite Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisinin Kilo Verme, Yaşam Kalitesi ve Psikopatolojiye Etkileri: Sekiz Haftalık İzlem Çalışması; *Klinik Psikofarmakoloji Bülten* 2005;15(3):119-26.
 23. Raja et al., Group visits for chronic illness care: models, benefits and challenges. *Family Practice Management*. www.aafp.org/fpm. January 2006.
 24. Dereli B, Cengiz D. İnsan Kaynakları Yönetiminde Grup, Grup Dinamiği Kavramları ve Grup Dinamiğinin Ölçülmesi Üzerine Uygulama Örneği; *Öneri Dergisi* 2011; 35-41.
 25. O'Connell T.S., Cuthbertson B. Group Dynamics in Recreation and Leisure. *Illinois: Human Kinetics*. 2009.
 26. Russell et al. 'You need a support. When you don't have that...chocolate looks real good'. Barriers to and facilitators of behavioural changes among participants of a Healty Living Program; *Family Practice* 2013; 30: 452-58.
 27. Chang et al. Motivators and barriers to healthful eating and physical activity among low-income overweight and obese mothers; *Journal of the American Dietetic Association* 2008;108:1023-1028.



Review Article / Derleme

Global Tobacco Epidemic and Tobacco Control

Küresel Tütün Kullanımı Salgını ve Kontrolü

Toker Ergüder*¹

ABSTRACT

The tobacco epidemic is one of the biggest public health threats the world has ever faced, killing more than 7 million people a year. While more than 6 million of those deaths results from direct tobacco use, around 890 000 result from second-hand smoke in non-smokers. Around 80% of the 1.1 billion smokers worldwide live in low- and middle-income countries. The WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) entered into force in February 2005 and has today 181 parties covering more than 90% of the world's population. The WHO FCTC is a milestone in the promotion of public health and an evidence-based treaty that reaffirms the right of people to the highest standard of health, provides legal dimensions for international health cooperation and sets high standards for compliance. In 2008, WHO introduced a practical, cost-effective way to scale up implementation of the main demand reduction provisions of the WHO FCTC on the ground: MPOWER. Each MPOWER measure corresponds to at least 1 provision of the WHO Framework Convention on Tobacco Control. The 6 MPOWER measures include monitoring tobacco use and prevention policies, protecting people from tobacco use, offering help to quit tobacco use, warning about the dangers of tobacco, enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship and raising taxes on tobacco. Only 1 in 3 countries, representing 39% of the world's population, monitors tobacco use by repeating nationally representative youth and adult surveys at least once every 5 years. National comprehensive cessation services with full or partial cost-coverage are available to assist tobacco users to quit in only 26 countries, representing 33% of the world's population. 78 countries, representing 47% of the world's population, meet the best practice for pictorial warnings. Around 44% of the world's population live in the 43 countries that have aired at least 1 strong anti-tobacco mass media campaign within the last 2 years. Only 37 countries, representing 15% of the world's population, have completely banned all forms of tobacco advertising, promotion and sponsorship. Only 32 countries, with 10% of the world's population, have introduced taxes on tobacco products so that more than 75% of the retail price is tax.

Key words: Tobacco epidemic, Tobacco control, FCTC, MPOWER

ÖZET

Tütün salgını, dünyanın şimdiye kadar karşılaştığı en büyük halk sağlığı tehditlerinden biridir ve yılda 7 milyondan fazla insanın ölümüne yol açmaktadır. Bu ölümlerin 6 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımının bir sonucu iken, yaklaşık 890.000'i sigara içmeyenlerin pasif olarak sigara dumanına maruz kalmasının sonucudur. Dünya genelinde 1,1 milyar kişi tütün ve tütün ürünü kullanmaktadır ve sigara içenlerin yaklaşık % 80'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (DSÖ TKÇS) Şubat 2005'te yürürlüğe girmiştir ve dünya nüfusunun % 90'ından fazlasını kapsayan 181 ülke tarafından kabul edilmiştir. DSÖ TKÇS kişilerin en yüksek sağlık standardına sahip olma haklarını teyit eder, uluslararası sağlık işbirliği için yasal boyutlar sağlar ve uyum için yüksek standartlar belirler. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2008 yılında DSÖ TKÇS'nin temel talep azaltma hükümlerinin uygulanmasını ölçeklendirmek için pratik, maliyet-etkin bir yol haritası sunmuştur: MPOWER. Her bir MPOWER politika önerisi, DSÖ TKÇS'nin en az bir hükmüne karşılık gelir. Altı MPOWER politika önerisi şunlardır: Tütün kullanımı ve koruyucu politikaları izlemek, insanları pasif sigara dumanı etkileniminden korumak, sigarayı bırakmak için uygun yardım önermek, tütünün zararları konusunda uyararak, tütün ürünlerinin reklam, tanıtım ve sponsorluğunu kısıtlama konusunda var olan mevzuatı güçlendirmek ve tütün üzerindeki vergiyi artırmak. Dünya nüfusunun % 39'unu temsil eden dünya genelindeki ülkelerin üçte ikisinde, ulusal düzeyde genç ve yetişkin sigara kullanım anketlerini en az 5 yılda bir tekrar ederek tütün kullanımını izlemektedir. Dünya nüfusunun % 33'ünü temsil eden sadece 26 ülkede sigara bırakmaya yardımcı olmak için tam veya kısmi maliyet kapsamına sahip ulusal ve kapsamlı sigara bırakma hizmetleri mevcuttur. Dünya nüfusunun % 47'sini temsil eden 78 ülke, sigara paketleri üzerinde resimli sağlık uyarılar için en iyi uygulamayı yapmaktadır. Dünya nüfusunun yaklaşık % 44'ü, son 2 yılda en az bir tane güçlü tütün kullanımı karşıtı kitle iletişim kampanyası düzenleyen 43 ülkede yaşamaktadır. Dünya nüfusunun % 15'ini temsil eden sadece 37 ülke, her türlü tütün reklamı, tanıtım ve sponsorluğunu tamamen yasaklamıştır. Dünya nüfusunun % 10'unu oluşturan sadece 32 ülke, tütün ürünlerine vergiler getirmiş, böylece sigara perakende satış fiyatının % 75'inden fazlasını vergiler oluşturmuştur.

Anahtar kelimeler: Tütün salgını, Tütün kontrolü, TKÇS, MPOWER

Received Date / Geliş tarihi: 15.05.2018, Accepted Date / Kabul tarihi: 18.05.2018

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ANKARA

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Toker Ergüder, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, ANKARA

E-mail: ergudert@who.int

Ergüder T. Küresel Tütün Kullanımı Salgını ve Kontrolü. TJFMPC, 2018;12(4)301-306:

DOI: 10.21763/tjfm.465777

GİRİŞ

Günümüzde tütün kullanımı iskemik kalp hastalığı, kanser, inme ve solunum yolu hastalıkları dahil olmak üzere pek çok hastalıktan ölme riskini artırmaktadır ve dünyanın tek başına en önemli önlenebilir ölüm nedeni ve halk sağlığı sorunudur.¹ Tütün kullanımı dünya genelinde her yıl yaklaşık 7,1 milyon kişinin (5,1 milyon erkek ve 2 milyon kadın) ölümüne neden olmaktadır. Bu ölümlerin büyük bir kısmı sigara içimine bağlı olarak (6,3 milyon) ve 884 bini pasif olarak sigara dumanına bağlı olarak meydana gelmektedir.² 2030 yılına gelindiğinde bu sayı 8 milyonu aşacak ve acil önlemler alınmadığı takdirde bu yüzyıl boyunca tütün kullanımı 1 milyar kişinin ölümüne neden olacaktır. Tütün, tüketicisine zarar veren yegane yasal üründür; bilindiği üzere kullanıcılarının yarısını öldürmektedir. Bununla birlikte tütün kullanımı bütün dünyada oldukça yaygın bir davranıştır.¹ Dünya genelinde 942 milyonu erkek ve 175 milyonu kadın olmak üzere yaklaşık 1,1 milyar kişi sigara içmektedir (15 yaş ve üzeri).² Sigara fiyatlarının ucuz oluşu, yaygın ve saldırgan pazarlama teknikleri, tütün kullanımının tehlikeleri hakkındaki bilgi yetersizliği ve tütün kullanımına karşı etkili politikaların olmayışı bunda rol oynamaktadır.

Tütün kullanımının sağlığa verdiği zararlar uzun yıllar bilinmemiştir. Bunun sonucu olarak tütün kullanımı salgın şeklinde artmaya başlamış ve buna bağlı ölümler de artmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi (DSÖ TKÇS)

Dünya Sağlık Örgütü 1999 yılında, tütün salgınının yayılmasının halk sağlığı için ciddi sonuçları olduğunu kabul ederek, salgının önlenmesine ve mümkün olan en etkin, uygun ve kapsamlı uluslararası tepkinin verilmesine imkan sağlayacak uluslararası bir Çerçeve Sözleşmesi hazırlıklarına başlamıştır.³ 2003 yılında Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi⁴ tütün salgınının mümkün olan en geniş uluslararası işbirliğini ve tüm ülkelerin katılımını gerektiren küresel bir sorun olduğunu kabul ederek ve uluslararası toplumun, tütün tüketiminin ve tütün dumanına maruz kalmanın, dünya çapında tahrip edici sağlık, sosyal, ekonomik ve çevresel sonuçları ile ilgili kaygılarını yansıtarak DSÖ'ne üye ülkeler tarafından kabul edilmiştir. Sözleşme, tütün kontrolü ile ilgili olarak birçok devlet tarafından yürütülen değerli çalışmaların ve tütün kontrolü alanında önlemlerin geliştirilmesinde Dünya Sağlık Örgütü'nün liderliğini ve Birleşmiş Milletler sisteminin diğer kuruluş ve organları ile diğer uluslararası ve hükümetler arası bölgesel örgütlerin çabalarını göz önüne alarak ve sivil toplum

örgütlerinin ve profesyonel sağlık kurumları, kadınlar, gençler, çevre ve tüketici grupları, akademik kuruluşlar ve sağlık kuruluşları gibi tütün endüstrisi ile bağlantısı olmayan diğer sivil toplum üyelerinin tütün kontrolünde ulusal ve uluslararası alandaki özel katkılarını ve bu faaliyetlere katılımlarının hayati önemini vurgulayan ilk halk sağlığı sözleşmesidir. Sözleşme tüm üye devletleri tütün endüstrisinin, tütün kontrolündeki çabaları bozma ve yıpratma girişimlerine karşı tetikte olunması gerektiği ve tütün endüstrisinin tütün kontrolü çabalarında olumsuz etkilere neden olabilecek faaliyetlerinden haberdar olunması gerektiği hususunda uyarmaktadır.

Türkiye söz konusu sözleşmeyi 28 Nisan 2004 tarihinde imzalamış ve 25/11/2004 tarihli ve 5261 sayılı Kanunla onaylamıştır.⁴

Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi tütün arzını ve talebini azaltma amacıyla ülkelere aşağıdaki hedefleri koymaktadır.⁵

- 1) Tütüne talebi azaltmaya yönelik önlemler
 - a. Tütüne talebin azaltılması için fiyat ve vergi önlemleri (Madde 6)
 - b. Tütüne talebi azaltmada fiyat dışı önlemler
 - i. Tütün dumanından korunma (Madde 8)
 - ii. Tütün ürünlerinin içerikleri ile ilgili düzenleme (Madde 9)
 - iii. Tütün ürünlerinin ifşası ile ilgili düzenleme (Madde 10)
 - iv. Tütün ürünlerinin paketlenmesi ve etiketlenmesi (Madde 11)
 - v. Öğretim, iletişim, eğitim ve toplumsal bilinç (Madde 12)
 - vi. Tütün reklamı, promosyonu ve sponsorluğu (Madde 13)
 - vii. Tütün bağımlılığı ve tütünün bırakılması ile ilgili talep azaltıcı önlemler (Madde 14)
- 2) Tütün arzının azaltılmasına yönelik önlemler
 - a. Tütün ürünlerinin yasa dışı ticareti (Madde 15)
 - b. Çocuklara ve çocuklar aracılığıyla satış yapılması (Madde 16)
 - c. Ekonomik açıdan uygun alternatif faaliyetler için destek sağlanması (Madde 17)

Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi'nin 5.3. maddesine göre, uluslararası sözleşmeyi imzalayan ve taraf olan tüm üye devletler, tütün kontrolü ile ilgili halk sağlığı politikaları geliştirilmesinde ve uygulanmasında, ulusal kanunlar doğrultusunda, bu politikaları tütün endüstrisinin ticari ve diğer çıkar çevrelerinden koruyacakları konusunda taahhütte bulunmuşlardır.⁵

Dünya Sağlık Örgütü'ne üye 194 ülkeden 181'i sözleşmeyi imzalayarak 27 Şubat 2005 tarihinde yürürlüğe giren antlaşmaya taraf olmuşlardır.⁶

Dünya Sağlık Örgütü MPOWER Politika Paketi

DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi 181 taraf ülkenin ortak antlaşmasıdır ve tütün salgınına karşı savaşta çok önemli bir adımdır. Bu antlaşma tütün arzını ve talebini azaltma yolunda ülkelere ayrıntılı bilgiler vermektedir. DSÖ Çerçeve Sözleşmesi uluslararası bir yasa niteliğindedir ve hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme bakımından hayati öneme sahiptir. DSÖ Çerçeve Sözleşmesine taraf olan ülkeler tütün salgınına karşı mücadeleye katılarak ülkelerindeki halkın sağlığını koruma konusunda söz vermişlerdir. Ülkeler bu yönde yardım etmek amacı ile DSÖ 2007 yılında MPOWER paketini hazırlamıştır.¹ Bu pakette tütün kontrol politikası olarak en etkili 6 politika ele alınmaktadır:

- 1) Vergileri ve fiyatı artırmak,
- 2) Reklam, tanıtım ve sponsorluğu yasaklamak,
- 3) Toplumları pasif sigara dumanı etkileniminden korumak,
- 4) Herkesi sigaranın tehlikeleri konusunda uyarmak,
- 5) Sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek,
- 6) Salgını ve koruyucu uygulamaları titizlikle izlemek.

Bu politikaların tütün kullanımını azalttığı kanıtlanmıştır. MPOWER'ı desteklemek üzere DSÖ ve küresel ortakları, tütün kullanımına bağlı hastalık ve ölümlerle ekonomik hasarları durdurma çabalarında ülkelere yardımcı olabilmek için yeni kaynaklar yaratmaktadır. Bu altı politika paket olarak uygulandığı ve zorlandığı takdirde gençlerin sigaraya başlaması önlenmekte, sigara içenlere bırakmaları için destek sağlanmakta, sigara içmeyenler pasif sigara dumanı etkileniminden korunmakta ve toplumlar sigaranın zararlarından korunmuş olmaktadır.

2017 yılı itibariyle DSÖ'ne üye devletlerin yaklaşık üçte ikisi (121/194) - bu oran dünya nüfusunun % 63'ünü (4,7 milyar kişi) oluşturmaktadır - üstte belirtilen MPOWER politikalarının birini en iyi şekilde uygulamıştır. Bu politikaların 2 veya daha fazlasını uygulayan ülke sayısı 71 olup toplamda 3,2 milyar kişiyi tütün salgınından korumaktadır. Sekiz ülke (Brezilya, İran, İrlanda, Madagaskar, Malta, Panama, Türkiye, İngiltere ve Kuzey İrlanda) 4 veya daha fazla MPOWER politikasını uygulamaya koymuştur. Türkiye 2012 yılından bu yana bu politika paketinin tümünü birden uygulayan dünya genelindeki ilk ve tek ülkedir.⁷

Tütün kullanımı ve koruyucu politikaların izlenmesi

Tütün kullanımı ve buna bağlı etkiler konusundaki değerlendirmeler güçlendirilmelidir. Halen ülkelerin yarısında (gelişmekte olan ülkelerin üçte ikisinde) gençlerin ve yetişkinlerin sigara kullanımı konusunda asgari bilgileri bile yoktur. Tütüne bağlı hastalıklar ve ölümler gibi salgının diğer boyutları konusunda da bilgi yetersizdir. İyi bir izleme ile ülkede salgının boyutları konusunda bilgi edinilebilir ve ülkenin gereksinmesine özel politikalar geliştirilebilir. Tütün salgınına iyi anlamak ve tersine çevirmek için küresel düzeyde ve ülkeler bazında bilgiye gereksinim vardır. 2016 yılı itibariyle dünya genelinde tütün kullanımını ve koruyucu politikaları ulusal düzeyde araştırmalarla izleyen ülke sayısı 76'dır ve dünya nüfusunun %39'unu (2,9 milyon kişi) oluşturmaktadır.^{7,8}

İnsanları pasif sigara dumanı etkileniminden korumak

Temiz hava solumak herkes için temel bir hak. Sigarasız, dumansız ortamlar hem sigara içmeyenleri koruyan, hem de sigara içenleri bırakmaları konusunda destekleyen bir yaklaşımdır. Gelir düzeyinden bağımsız olarak bütün ülkeler sigarasız ortam ile ilgili yasaları etkili şekilde uygulayabilirler. Bununla birlikte dünya nüfusunun ancak %5'i kapsamlı sigarasızlık yasası ile korunmaktadır. Çoğu ülkede sigarasızlık yasaları bazı kapalı alanları kapsamaktadır, güçlü değildir ve uygulama da tam değildir. Aslında bu konuda bir yasa çıkarıldıktan ve uygulamaya girdikten sonra çok popüler olmakta ve sigara içenler tarafından da desteklenmektedir. Yalnızca tam sigarasız alanlar uygulaması insanları sigara dumanından etkili şekilde korur ve sigara içenlere de bırakmaları konusunda yardımcı olur. Kapsamlı yasalarla kapalı tüm alanlarda sigara içmeyi yasaklayan ülke sayısı 2016 yılı itibariyle 55'dir ve dünya nüfusunun %20'sini (1,5 milyar kişi) oluşturmaktadır.^{7,8}

Sigarayı bırakmak için uygun yardım önermek

Dünyada sigara içen bir milyarın üzerindeki kişinin (yetişkin nüfusun dörtte biri) çoğu bağımlıdır. Pek çoğu sigarayı bırakmak ister, ancak pek azı gereksinim duyduğunda bu konuda yardım alabilir. Tütün bağımlılığı tedavisi için kapsamlı hizmet 2016 yılı itibariyle 26 ülkede vardır, bu da sigara içenlerin %5'i kadardır. Ülkeler, sigara kullanan ve bırakmak isteyenlere yönelik olarak etkili ve ucuz müdahale programları oluşturmalarıdır.^{7,8}

Tütünün zararları konusunda uyararak

Bu konudaki ikna edici kanıtlara karşın sigara içenlerin pek azı sigara kullanımına bağlı sağlık sorunlarını bütün boyutları ile bilmektedir. Tütün kullanımının tehlikeleri konusunda kapsamlı uyarılar adolesan ve genç yetişkinler arasında sigaranın imajını değiştirebilir. Dünyada, 78 ülkede sigara paketleri üzerinde (paketin ana yüzünün %50'sini kaplayacak şekilde) resimli uyarı yasal zorunluluktur. 2012 yılında Avustralya sigara paketlerinde tek tip (düz paket) paket uygulamasına geçmiştir. 31 Aralık 2017 tarihi itibarıyla Avustralya, Fransa, Macaristan, İrlanda, Norveç ve İngiltere düz paket uygulamasına geçmişlerdir.^{9,10} Dünya nüfusunun %40'ının yaşamakta olduğu ülkelerde "hafif (light)", "düşük katranlı (low-tar)" gibi yanıltıcı ve aldatıcı ifadelerle karşı koruma yoktur. Bu uygulamanın sağlık riskini azaltıcı herhangi bir etkisinin olmadığı tütün endüstrisi tarafından da uzun zamandan beri bilmektedir.^{7,8}

Tütün ürünlerinin reklam, tanıtım ve sponsorluğunu kısıtlama konusunda var olan mevzuatı güçlendirmek

Tütün endüstrisi her yıl sigara reklamı, tanıtımı ve sponsorluğu için on milyarlarca dolar harcamaktadır. Reklam, tanıtım ve sponsorluk konusunda kısmi yasak işe yaramamaktadır; zira endüstri, kaynaklarını hemen yasak olmayan diğer kanallara yöneltmektedir. Yalnızca tam olarak yasaklama insanları, özellikle de gençleri tütün endüstrisi taktiklerinden koruma konusunda başarılı olmakta ve sigara kullanımında azalma sağlamaktadır. Halen dünya nüfusunun ancak %15'i (37 ülke) tütün reklam, tanıtım ve sponsorluğu konusunda kapsamlı yasakların olduğu ülkelerde yaşamaktadır. Dünyadaki çocukların yaklaşık yarısı tütün ürünlerinin ücretsiz olarak dağıtılmasının yasak olmadığı ülkelerde yaşamaktadır.^{7,8}

Tütün üzerindeki vergiyi artırmak

Vergilerin, dolayısı ile sigara fiyatının artırılması sigara kullanımını azaltmada en etkili yoldur. Sigara fiyatının artırılması özellikle gençlerin sigaradan uzak kalmasını sağlamaktadır. Bu uygulama ayrıca sigara içenlerin de sigarayı bırakmasına yardımcıdır. Dünyada, sadece 32 ülkede sigara satış fiyatının %75'i kadar vergi uygulanmaktadır.^{7,8} Sigara fiyatında %70'lik artış, dünyada tütüne bağlı ölümlerde %25'lik azalma sağlayabilir. Sigara fiyatının %10 artırılması yüksek gelirli ülkelerde sigara kullanımında %4, orta ve düşük gelirli ülkelerde de %8 oranında azalmaya yol açabilir. Bu durumda sigara kullanımını azaltmakla birlikte sigara satışından sağlanan vergi gelirlerinde azalma olmaz. Vergilerin artırılması

yoluyla tütün kontrolü amacı ile kullanılmak üzere maddi kaynak sağlanabilir, bu kaynak halk sağlığı ile ilgili diğer alanlarda ve sosyal programlarda da kullanılabilir. Bu konuda bilgi toplayan ülkelerde tütün satışından sağlanan vergi gelirlerinin, tütün kontrolü için kullanılan miktarın 500 katı olduğu görülmektedir. Orta ve düşük gelirli ülkelere edinilen bilgilere göre 3,8 milyar dolarlık vergi gelirine karşılık, tütün kontrolü amacı ile kullanılan miktar yılda sadece 14 milyon dolar olmuştur. Öte yandan bazı ülkelerde vergi gelirleri 66,5 milyar dolara kadar çıkmaktadır. Bir başka ifade ile her 5000 dolarlık vergi gelirine karşılık tütün kontrolü için sadece 1 dolar harcanmaktadır. Düşük gelirli ülkelerde tütün kontrolü için kişi başına harcama bir sentin onda birinden azdır, orta gelirli ülkelerde de yarım sent kadardır.^{7,8}

SONUÇ

Tütün kullanımının tehlikeleri sosyo-ekonomik sınır tanımamakla birlikte, tütün salgınının hasarı, düşük gelirli toplumlarda ve ülkelerde daha çok görülür. Bu ülkelerde tütün kullanımı artmaktadır, buna karşılık tütün kullanımının yol açacağı sağlık, sosyal ve ekonomik sorunlara cevap verecek yeterli kaynak yoktur. Tütün endüstrisi de özellikle bu ülkeleri hedef almakta ve bu ülkelere yönelik pazarlama ve tanıtım yapmaktadır. Bütün ülkelerde hükümetler ve sivil toplum kuruluşları birlikt çalışarak, tütün kullanımını ve buna bağlı sağlık sorunları ile ölümleri azalttığı kanıtlanmış olan altı politikayı kararlılıkla, uygulamaya koymalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü 2011 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun kabul ettiği Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolü konulu siyasi bildirisine (66/2 nolu Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Siyasi Bildirisi) uygun olarak "2013-2020 Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne yönelik Küresel Eylem Planı" nı geliştirmiştir.^{11,12} Bu planı uygulamak amacıyla gerçekleştirilecek eylemlerin değerlendirilmesi için sağlık durumu, risk faktörleri ve sağlık sistemlerinin kapasitesi ile yanıtına yönelik dokuz gönüllü hedefi ve 25 göstergesi içeren küresel bir izlem çerçevesi oluşturmuştur. Bu hedefler arasında 2025 yılına kadar bulaşıcı olmayan hastalıklar kaynaklı erken ölümlerin %25 azaltılması ve 15 yaş ve üstü bireylerde mevcut tütün kullanımı prevalansının 2025 yılında %30 azaltılması küresel hedefleri de bulunmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü bu hedefe ulaşılması için tüm ülkeleri;

- 1) DSÖ TKÇS'nin bütün boyutlarıyla uygulanmasının hızlandırılması Dünya Sağlık Asamblesi 56.1 sayılı¹² karara ve Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve

- Kontrolüne İlişkin Üst Düzey Genel Kurul Toplantısı Siyasi Bildirgesine¹¹ uygun olarak, DSÖ TKÇS'ye henüz taraf olmayan üye devletleri en kısa sürede bu sözleşmenin tasdikine, kabulüne, onaylanmasına, resmi olarak teyidine veya sözleşmeye taraf olunmasına ilişkin eyleme geçmeye,
- 2) Tütün kullanımını ve tütün dumanına maruziyeti azaltmak amacıyla, çok sektörlü kapsamlı bir paketin uygulanması için DSÖ Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Taraflar Konferansınca benimsenen rehberi kullanmaya,
 - 3) DSÖ TKÇS'nin 5.3. maddesine ve ulusal hukuka uygun olarak, tütün kontrolü politikalarının tütün endüstrisinin ticari ve diğer çıkarlarından korumaya,
 - 4) DSÖ TKÇS'nin 8. maddesine (tütün dumanına maruziyetten korunma) uygun olarak bütün kapalı işyerlerinde, toplu taşıma araçlarında, kamuya açık kapalı alanlarda ve gerekli diğer kamusal alanlarda %100 dumansız ortamlar sağlanması amacıyla mevzuat çalışması yürütmeye,
 - 5) DSÖ TKÇS'nin 11. maddesine (tütün ürünlerinin ambalajlanması ve etiketlenmesi) ve 12. maddesine (eğitim, iletişim, öğretim ve kamuoyu farkındalığı) uygun olarak, insanların tütün kullanımının zararları konusunda uyarılması ve bu kapsamda kanıta dayalı sarsıcı kitle iletişim kampanyalarının ve büyük, net, görünür ve okunaklı sağlık uyarıları kullanmaya,
 - 6) DSÖ TKÇS'nin 13. maddesine (tütün ürünlerinin reklamı, promosyonu ve sponsorluğu) uygun olarak tütün reklamlarına, promosyonuna ve sponsorluğuna kapsamlı yasakları uygulamaya,
 - 7) DSÖ TKÇS'nin 14. maddesine (tütün bağımlılığı ve bırakma ile ilgili talep azaltıcı önlemler) uygun olarak, tütün kullanımını bırakmak isteyenlere yönelik hizmetleri sağlamaya ve başta gebeler olmak üzere bireyleri çevresel tütün dumanına maruziyetten korumaya,
 - 8) DSÖ TKÇS'nin 9. maddesine (tütün ürünlerinin muhteviyatının düzenlenmesi) ve 10. maddesine (tütün ürünlerine ilişkin beyanların düzenlenmesi) uygun olarak, tütün ürünlerinin içeriğinin ve emisyonlarının düzenlenmesi ve tütün üretici ve ithalatçıların tütün ürünlerinin içeriğini ve emisyonlarını hükümet mercilerine beyan etmelerini gerekli kılmaya,
 - 9) Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Önlenmesi ve Kontrolüne İlişkin Üst Düzey Genel Kurul Toplantısı Siyasi Bildirgesine ve DSÖ TKÇS'nin 6. maddesine (tütüne talebin azaltılmasına yönelik fiyat ve vergi önlemleri) uygun olarak, tütün ürünlerinin tüketiminin

azaltılması amacıyla bütün tütün ürünlerine uygulanan vergileri artırmaya,

- 10) Küresel izleme çerçevesinin göstergelerine göre özellikle gençlerin sigaraya başlama oranları ve mevcut tütün kullanım oranları olmak üzere tütün kullanımının izlemeye ve DSÖ TKÇS'nin 20. maddesine (araştırma, sürveyans ve bilgi alışverişi) ve 21. maddesine (raporlama ve bilgi alışverişi) uygun olarak tütün kontrol politika ve önlemlerinin uygulanmasını izlemeye,
- 11) DSÖ TKÇS'nin 5. maddesine (genel yükümlülükler) uygun olarak tütün kontrolü için bir ulusal koordinasyon mekanizması veya irtibat noktaları oluşturmaya veya mevcut olanları güçlendirmeye ve finanse etmeye,
- 12) DSÖ TKÇS'nin 26. maddesine (mali kaynaklar) uygun olarak, benimsenen tütün kontrolü politikalarını uygulamak için gerekli mekanizmaları kurma ve güçlendirmeye ve finanse etmeye davet etmektedir.

Tütün salgını dünyayı salgınlardan daha çok tehdit etmektedir. Ancak bu durumun çözümünü için bir ilaç veya aşının keşfedilmesi gerekmemektedir. Başarısı kanıtlanmış olan politikaların uygulamaya konması ile bu salgın kontrol edilebilir. Tütün salgınının tedavisi hükümet başkanlarının veya bu konularda aktif olarak çalışan sivil toplum örgütlerinin elindedir, çünkü tütün kontrolü ile ilgili bütün yöntemler politik kararlılık gerektirir. Vatandaşlarının sağlığını korumak için yapmaları gereken, yukarıda sözü edilen yöntemleri uygulamaya koymalarıdır. Tütün endüstrisi, çocukları ve sigara içmeyenleri tütün dumanından korumak ve sigarayı bırakmak isteyenlere yardım etmek konularında savunuculuk yapanlardan çok daha fazla maddi olanağa sahiptir, bu yüzden tütün salgınına tersine çevirebilmek için bütün ülkelerde daha fazla çaba gösterilmelidir. Hükümetler ve sivil toplum MPOWER politikalarını uygulamaya koymak için harekete geçerek, hükümetler ve sivil toplum sigarasız ortamlar yaratabilirler.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization, WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva, World Health Organization, 2008. Erişim, 30 Mart 2018. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43818/9789241596282_eng.pdf;jsessionid=B1F73F6F256330268F4EDEDDEF4E0FB8?sequence=1
2. Drope J, Schluger N, Cahn Z, Drope J, Hamill S, Islami F, Liber A, Nargis N, Stoklosa M. 2018. The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies. Erişim, 6

- Nisan 2018. https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf
3. World Health Organization, The WHO Framework Convention on Tobacco Control: an overview, Erişim, 30 Mart 2018. http://www.who.int/fctc/WHO_FCTC_summary_January2015_EN.pdf
 4. Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi Milletlerarası Sözleşme, Resmi Gazete, Erişim, 6 Nisan 2018. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041225.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/12/20041225.htm>
 5. WHO Framework Convention on Tobacco Control. World Health Organization. ISBN 978 92 4 159101 0 (LC/NLM classification: HD 9130.6) World Health Organization 2003, updated reprint 2004, 2005, Erişim, 6 Nisan 2018 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1>
 6. Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, Erişim, 12 Nisan 2018. http://www.who.int/fctc/signatories_parties/en/
 7. WHO report on the global tobacco epidemic, 2017: Monitoring tobacco use and prevention policies. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Erişim 12 Nisan 2018. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255874/9789241512824-eng.pdf;jsessionid=07903B4FB54A677D5B1AB7628DADF7D4?sequence=1>
 8. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008; MPOWER paketi, Cenevre, Dünya Sağlık Örgütü, 2008, Erişim, 12 Nisan 2018 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43818/9789241596282_tur.pdf?sequence=6
 9. Plain packaging of tobacco products: evidence, design and implementation. World Health Organization. ISBN 978 92 4 156522 6 (NLM classification: WM 290), Erişim, 19 Nisan 2018. <http://www.who.int/tobacco/publications/industry/plain-packaging-tobacco-products/en/>
 10. Campaign for Tobacco-Free Kids, Plain or Standardized Tobacco Packaging: International Developments – Updated December 2017, Erişim 19 Nisan 2018. https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/standardized_packaging_developments_en.pdf
 11. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu 66/2 sayılı kararı “Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların önlenmesi ve kontrolü konulu Siyasi Bildirisi”, Erişim, 12 Mayıs 2018. http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf?ua=1
 12. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. ISBN 978 92 4 150623 6, World Health Organization 2013, Erişim, 12 Mayıs 2018. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1
 13. Bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesine ve kontrolüne ilişkin küresel eylem planı 2013-2020, Erişim, 12 Nisan 2018. [file:///C:/Users/user1/Desktop/%252FEkutuphane%252Fkitaplar%252Fbula%C5%9F%C4%B1c%C4%B1%20olmayan%20hastal%C4%B1klar%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/user1/Desktop/%252FEkutuphane%252Fkitaplar%252Fbula%C5%9F%C4%B1c%C4%B1%20olmayan%20hastal%C4%B1klar%20(1).pdf)



Review Article / Derleme

“Tactics” of the Food Industry and Preventive Approach in Public Health Perspective

Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Gıda Endüstrisi “Taktikleri” ve Önleme Yaklaşımları

Zeynep Devran^{*1}, Dilek Aslan¹

ABSTRACT

The aim of this article is to discuss what the prominent tactics of the food industry which could have influenced “health” and “wellbeing” negatively and how to address the preventive strategies in this regard in public health approach. Food industry is resorting to a variety of "tactics" to increase its activities on the market. The similarity of the combination of food and beverage and tobacco industry and the "tactics" they use is remarkable. The ethical violations used within these "tactics" may have the risk to affect certain groups including children and young people. Industrial tactics in the scientific literature include introduction of harmful products, misleading marketing campaigns, targeting of children and other vulnerable groups, corporate lobbying, material contributions, and negative approaches to informatics/scientists. Prevention or elimination of the activities of the food industry which could have a negative impact on the individual/community health is crucial. Based on public regulations, all responsible components should act in accordance with the precautionary principle of public health.

Key words: Food, industry, ethics

ÖZET

Bu yazının amacı gıda endüstrisindeki “sağlık” ve “iyilik” halini olumsuz etkileyebilecek öne çıkan taktiklerin neler olabileceğini tartışmak ve bu olumsuz etkilere yönelik olarak alınabilecek önlemleri halk sağlığı yaklaşımı ile ele almaktır. Gıda endüstrisi, piyasadaki etkinliklerini arttırmak için çeşitli “taktiklere” başvurmaktadır. Yiyecek, içecek ve tütün endüstrisinin birlikteliği ve kullandıkları “taktiklerin/oyunların” benzerliği dikkat çekmektedir. Kullanılan bu “taktikler” de etik ihlaller çocukların ve gençlerin içinde olduğu bazı özel grupları etkilemektedir. Bilimsel literatürde yer alan endüstri taktikleri arasında; zararlı ürünlerin tanıtımı, yanıltıcı pazarlama kampanyaları, çocukların ve diğer hassas grupların hedef alınması, şirket lobiciliği, maddi katkılar ve bilime/bilim insanlarına yönelik olumsuz yaklaşımlar yer almaktadır. Gıda endüstrisinin sağlığı olumsuz yönde etkileyecek faaliyetlerinin önlenmesi ya da ortadan kaldırılması birey ve toplum için son derece önemlidir. Kamusal düzenlemeler zemininde sorumluluğu olan tüm bileşenler, halk sağlığında ihtiyatlılık ilkesi gereğince hareket etmelidirler.

Anahtar kelimeler: Gıda, endüstri, etik

Received Date / Geliş Tarihi: 13.03.2018, Accepted Date / Kabul tarihi: 24.05.2018

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Zeynep Devran, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara-TÜRKİYE E-mail: zynpdvrn@gmail.com

Devran Z, Aslan D. Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Gıda Endüstrisi “Taktikleri/Oyunları” ve Önleme Yaklaşımları. TJFMPC, 2018;12(4):

DOI: 10.21763/tjfm.465769

GİRİŞ

Beslenme: büyüme, gelişme, organların fonksiyonel çalışması, yaşamın devamı, sağlığın korunması ve üretken olarak yaşama için gıdalardan yararlanmadır. Beslenmede amaç: açlığı gidermek, zevk duymak ve sağlıklı, yani yeterli ve dengeli beslenebilmektir.¹ Sağlıklı beslenme ise tüm besin öğelerinin yaş, cinsiyet, fiziksel aktivite düzeyi ve süresi gibi değişen özelliklere göre yeterli ve dengeli olarak alınmasıyla, ideal vücut ağırlığının devamlılığının sağlanmasıdır.^{1,2,3}

Roma'da 1992 yılında Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) tarafından düzenlenen Uluslararası Gıda Konferansı'nda yeterli ve dengeli beslenmenin bir hak olduğu vurgusu yapılmıştır. Konferansta gıda güvenliği konusuna da değinilmiştir. Gıda güvenliği, tüketim için var olan gıdaların "tarladan/çataldan sofraya" gelinceye kadar olan tüm süreçlerini kapsamaktadır ve gıdalarda olabilecek her türlü fiziksel, kimyasal ve biyolojik zararların bertaraf edilmesi olarak tanımlanmaktadır.⁴

Sağlıksız ortamda elde edilen bir üründen sağlıklı gıda oluşturmak mümkün olmadığından gerek bitkisel gerek hayvansal gıdaların kalitesi, güvenli gıda elde edilmesinde son derece önemlidir. Endüstriyel aşamada kullanılan teknoloji, uygulanan yöntemler, gıdaların kalitesini ve dolayısıyla gıda güvenliğini doğrudan etkilemektedir. Endüstriyel aşamadaki bütün süreçlerin denetimlerinin en uygun koşullarda yapılması gerekir.⁵

Bu yazının başlıca amacı gıda endüstrisinin sağlığı olumsuz etkileme riski olan bazı taktiklerinin neler olabileceğini ve alınabilecek önlemleri halk sağlığı bakış açısıyla tartışmaktır.

1. Sağlıklı beslenme açısından risk oluşturabilecek konular

Sağlıklı beslenme açısından risk oluşturabilecek temelde üç sorun vardır. Birincisi, gereğinden fazla yemek yiyerek enerji ve besin öğelerinin vücuda haddinden fazla alınmasıdır. Gerektiğinden fazla alınan enerji, dokularda yağ olarak birikmekte ve şişmanlık (obezite) sorunu ortaya çıkabilmektedir. Bu durum hipertansiyon, diyabet ve kalp-damar hastalıkları gibi kronik hastalıkların oluşmasına neden olmaktadır.

İkincisi, yeterli beslenmeye rağmen uygunsuz besin alımı ve/ veya yanlış pişirme yöntemi nedeniyle besin öğelerinden gerektiği düzeyde faydalanamamadır. Üçüncü sorun ise besin öğelerinin yetersiz alınmasıdır. Besin öğeleri, yetersiz alındığında organların işlevinin bozulmasıyla çeşitli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasıdır.³

Birincil (primer) beslenme hastalıklarına bağlı olarak; protein-enerji yetersizlikleri oluşur (Marasmus, Marasmik Kwashiorkor, Kwashiorkor), vitamin ve mineral eksiklikleri oluşarak çeşitli hastalıklar meydana gelir (C avitaminozu gelişerek Skorbüt hastalığının oluşması, demir eksikliği anemisi gibi mineral eksikliğine bağlı hastalıkların oluşması gibi) ve aşırı beslenmeye bağlı hiper vitaminozlar ve şişmanlık meydana gelir. İkincil (sekonder) beslenme hastalıklarına bağlı olarak ise diabetes mellitus (DM), gut gibi metabolizma bozukluğu hastalıkları, hipertansiyon, ateroskleroz, karaciğer hastalıkları gibi dejeneratif hastalıklar ve benign ve malign kanserler meydana gelir.¹

Yetersiz ve dengesiz beslenmeden etkilenen gruplar daha çok bebek ve çocuklar, gençler, doğurganlık çağındaki kadınlar, gebe ve emziren kadınlar, yaşlılar ve çalışanlardır.³ Büyüme ve gelişme geriliği özellikle bebek, çocuk ve gençler için önemlidir. Gebe ve emziren kadınlar ve yaşlılar gibi risk grupları için hastalıklara direncin azalması yine beslenmeye bağlı olarak oluşabilecek ciddi problemlerdendir ve beslenme sorunlarına bağlı olarak hastalıkların şiddet ve sıklığının arttığı görülmektedir.¹

Sağlıklı insan üretken insandır. Çalışan bireyler, sağlıklı bir şekilde çalışmak ve üretken olmak için temel hak olan sağlıklı beslenmeye ihtiyaç duyarlar. Toplumsal düzen içinde bağımsız bireylerin artması, sağlıklı çalışanların artmasıyla ve böylece ekonomik sorunların azalmasıyla sonuçlanacaktır.^{1,3}

"Küresel Hastalık Yüğü Çalışması 2010" içeriğine göre DSÖ Avrupa bölgesindeki her üye devlette sağlık ve refahı sektöre uğratan en önemli faktörlerin başında beslenme faktörleri gelmektedir. Yetersiz beslenme, mikro besin öğesi eksiklikleri, fazla kiloluluk ve şişmanlığın yanında sağlıksız beslenmeden kaynaklanan bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) dâhil olmak üzere sağlıksız beslenmenin bireyler, aileler, toplumlar ve devletler için yüksek sosyal ve ekonomik maliyetleri beraberinde getirdiği

bilinmektedir.⁶ Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl yaklaşık 48 milyon insan, gıda kaynaklı hastalıklara yakalanmaktadır.⁷ Sağlıksız diyet nedeniyle ise ABD'de günde yaklaşık 1000 kardiyovasküler ve diyabet kaynaklı ölüm olmaktadır. Diyetle ilgili kronik hastalıkların doğrudan ve dolaylı maliyetleri şaşırtıcıdır ve ABD'de yılda bir trilyon dolara kadar çıkacağı tahmin edilmektedir.⁸

Sakatlanma ve ölümün başlıca sebebi olan BOH'lardan en ciddi seviyede etkilenen DSÖ bölgesi, Avrupa bölgesidir. Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet, kanser ve solunum hastalıkları (dört büyük BOH) birlikte hastalık yükünün %77'sine ve vaktinden önce ölümlerin neredeyse %86'sına neden olmaktadır. Fazla kilo (Beden Kütle İndeksi>25 kg/m²), aşırı enerji, doymuş yağ, trans yağ, şeker ve tuz tüketimin yanında yetersiz meyve, sebze ve tam tahıl tüketimi başlıca risk faktörlerindedir. Bazı ülkelerde aynı anda hem aşırı kilo ve şişmanlığın hem de beslenme eksikliğinin endişe verici düzeylerde olduğu görülmektedir. Son birkaç on yıl içerisinde Avrupa bölgesindeki birçok ülke aşırı kilo ve şişmanlığın arttığını rapor etmişlerdir.⁶ Gün geçtikçe farklı beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite yetersizliği gibi birtakım olumsuz koşulların bir araya gelmesiyle şişmanlık daha da artmaktadır.⁹

Çocukluk yaş grubunda da şişmanlık giderek daha ciddi bir halk sağlığı sorunu haline gelmektedir. Dünyada 0-4 yaş grubu çocuklarda, fazla kilolu ve şişman çocuk sayısı 1990'da 32 milyon iken 2016 yılında 41 milyona ulaşmıştır. Fazla kilolu ve şişman çocukların büyük çoğunluğu, gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. İki bin yirmi beş yılında tüm dünyadaki fazla kilolu ve şişman çocuk sayısının 70 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir. Çocukluk çağında var olan şişmanlığın da başta diyabet ve kalp hastalığı olmak üzere çok sayıda ciddi sağlık sorununa neden olduğu bilinmektedir.⁹

2. Gıda endüstrisi ve ilgili genel durum analizi

"Gıda endüstrisi" için resmi bir tanım bulunmamakla birlikte, gıda üretimi ve satışının tüm yönlerini kapsamaktadır. Genel anlamda gıda endüstrisinin alt başlıkları: tarım ve hayvancılık, çiftlik ekipmanı ve ziraat kimyasalı üretimi, gıda işleme, ambalajlama ve etiketleme, depolama, dağıtım, düzenleyici çerçeveler, finansman, pazarlama, perakende satış, yiyecek içecek sağlama, araştırma ve

geliştirme, eğitim olarak sıralanabilir. ABD Tarım Bakanlığı Ekonomik Araştırma Servisi (USDA), tüm bu işletmeyi tanımlamak için "Gıda Sistemi (Food System)" terimini kullanmaktadır.¹⁰

2.1. Gıda endüstrisi

Tüketici Ürünlerinin Küresel Güçleri 2015 yılı raporuna göre dünya genelinde var olan ilk on endüstri firmasının dördü yiyecek içecek ve tütün üzerine çalışmaktadır. Ayrıca gıda endüstri firmalarının tütün endüstrisi ile olan yakınlığı da görülebilmektedir.¹¹ Gıda alanında dünyada bazı şirketler öne çıkmaktadır. En büyük 10 paketlenmiş gıda ürünleri firmasının piyasa payı %3-15 arasında değişmektedir. Dünyada en büyük 10 alkolsüz içecek firmasının piyasa payı 2009 yılında %52 iken sadece iki firmanın toplam payı %37'dir. Ülkemizde de bu firmalar toplam içinde %40 paya sahiptirler.¹²

Avrupa Birliği, dünya genelinde yiyecek ve içecek sektöründe önemli bir role sahiptir. Çin ve Brezilya'nın önceki yıllarda artan payları nedeniyle (2007 yılı itibarıyla payları sırasıyla %6,5 ve %7,4), AB'nin küresel ihracat pazarındaki payı 1998'deki %24,6 seviyesinden 2007'de %19,8'e düşmüştür.¹³

Türkiye'de yiyecek içecek sektöründeki önemli alt pazarlar; et ve et ürünleri, unlu mamuller, süt ürünleri, sebze ve meyveler, yağlar, şekerli ve çikolatalı ürünler, alkollü ve alkolsüz içecekler, hazır tüketilen gıdalar ve bebek mamalarıdır. Türk halkının beslenme şeklinde unlu mamullerin yeri oldukça önemli olduğundan toplam gıda firmalarının çoğu (%65) un ve unlu mamuller alt sektöründe bulunmaktadır. Ülkemizde imalat sanayisinde 2011 yılsonu itibarıyla 4.729 adet uluslararası sermayeli şirket faaliyet göstermektedir. Bu rakam, toplam uluslararası sermayeli şirketlerin %16'sını oluşturmaktadır. İmalat sanayi içerisinde kimya sektörü 523, gıda ürünleri, içecek ve tütün sektörü 504 ve tekstil sektörü 468 adet uluslararası sermayeli şirket ile ilk üç sırayı paylaşan alt sektörler olmuşlardır.¹⁴

3. Gıda endüstrisinin beslenme üzerindeki olası etkileri

Güvenli gıda kaynakları ulusal ekonomilere, gıda ve beslenme güvenliğine katkıda bulunmakta ve sürdürülebilir kalkınmayı desteklemektedir. Kentleşme ve seyahat dahil olmak üzere yaşam tarzındaki değişikliklerle halka açık yerlerde yemek yeme ve hazır

gıdaları satın alma eğilimi artırılmaktadır. Günümüzde teknolojik gelişmeler ile var olan yenilikler, insanların hizmetine sunulmakta ve küreselleşmenin etkisiyle daha geniş bir yelpazede gıdalara yönelik artan tüketici talebi tetiklenmektedir.¹⁴

Dünya nüfusunun artmasıyla çoğalan gıda talebini karşılamak için tarımın ve hayvancılığın artırılması ve sanayileşmesi gıda güvenliği için hem fırsatlar yaratmakta hem de zorluklar çıkarmaktadır. Bu zorluklar, gıda güvenliğini sağlamak için gıda üreticilerine ve gıda işleyenlere daha fazla sorumluluk yüklemektedir.¹⁵

Uluslararası Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) gıda güvenliğini sağlamak için gıdaya erişimde eşitlik, gıda maddelerine ulaşım, sürdürülebilir üretimin sağlanması ve gıda kalitesi gibi bazı koşulları tanımlamıştır.¹⁵

Gıdaya erişimde eşitlik, herkesin dengeli ve kaliteli beslenme için güvenli gıdanın temin edilmesinde eşit haklara sahip olmasıdır. Sürdürülebilir üretimin sağlanması, özellikle tarım açısından doğal kaynakların doğru kullanımı, çevreye ve doğaya saygılı, aynı zamanda ekonomik olarak sürdürülebilir tarım vasıtasıyla artan nüfusun ihtiyaçlarının yeterli ve kaliteli bir şekilde karşılanmasını ifade etmektedir. Gıdaya erişim (ulaşım): gıdanın satın alınması, pazarlanması, gerektiğinde yeterli gıdaya erişim konusunda sorun yaşayan üçüncü dünya ülkelerine düzenli gıda yardımlarıyla ve alınacak tedbirlerle besin ihtiyaçlarının karşılanmasını ifade etmektedir. Gıda kalitesi (niteliği) ise sadece niceliksel olarak yeterli gıdanın temini değil aynı zamanda niteliksel olarak da gereken kalite şartlarının yerine getirilmesi ve insan sağlığı açısından risk oluşturmasını tanımlamaktadır.¹⁶

Besin maddelerinin güvensiz olduğu yerlerde, insanlar daha az sağlıklı diyetlere kayma eğilimi göstermekte ve kimyasal, mikrobiyolojik ve diğer tehlikelerin sağlık riskleri oluşturduğu daha "güvensiz gıdalar" tüketmektedirler.¹⁶ Örneğin, genetiği değiştirilmiş ürünlerin ve gıda maddelerinin gıda zinciri üzerindeki etkisinin gittikçe arttığı yönünde endişeler vardır.¹⁶

Son 50 yılda tarımsal alanda yapılan uygulama değişiklikleri, üretkenlik artışı, gıdaların çeşitliliği ve mevsimsel bağımlılığın azalması yoluyla endüstri, insanlara gıda sağlama kapasitesini arttırmıştır. Artan gelir

seviyeleri ve düşen gıda fiyatlarının bir sonucu olarak gıda alımı da artmıştır.¹⁷

Modern gıda endüstrisinin her zamankinden daha yüksek getiri sağlaması ve daha yüksek miktarda üretim yapmasıyla ilgili durum, çeşitli çevresel ve halk sağlığı sorunlarını ve endişelerini ortaya çıkarmıştır. Örneğin, küresel gıda üretim zincirinin hızla sanayileşmesinin çevresel etkileri, önemli tarımsal üretim alanlarının ve balık stoklarının tükenmesi, toprak erozyonu ve ormansızlaşma gibi önemli sorunlara neden olmuştur. Pestisit kalıntıları, antibiyotikler ve veteriner ilaçları, gıda patojenleri, kurşun ve cıva vb. çevresel toksinler gibi organik kirleticilerin halk sağlığı üzerindeki etkileri konusunda halkın endişesi artmaktadır.¹⁷

Ulusötesi gıda şirketleri (imtiyaz sahipleri ve imalatçılar), ayaküstü beslenme (fast food) pazarı, işlenmiş gıdalar ve Batı yaşam tarzının itici gücünü, gelişmekte olan ülkelerde gittikçe yaygınlaştırmıştır. Gelişmekte olan ülkelerden modern işlenmiş gıdaların tüketiminin artmasının yanı sıra gelişmekte olan ülkeler geleneksel yemeklerin işlenmiş hallerini de üretmektedir. Sonuç olarak gıda sistemlerinin küreselleşmesiyle gelişmekte olan ülkelerdeki geleneksel yiyecekler, gelişmiş ülkelerdeki ayaküstü beslenme ürünleri giderek daha bol ve ucuz gıda teknolojisiyle dönüştürülmektedir. Bununla birlikte çok sıklıkla yalnızca meşrubat, ayaküstü beslenme ve diğer ulusötesi şirketler de dahil olmak üzere modern gıda işleme, pazarlama ve dağıtım sektörlerinin küreselleşmesine atıfta bulunmaktadır.¹⁷

Kentleşme; yeni ve geliştirilmiş pazarlamaya, dağıtım altyapısına ve ulusötesi şirketlerin hâkim olduğu büyük süpermarketleri çekmeye, daha ulaşılabilir koşullara ve bunun sonucu olarak ithalatın artmasına sebep olmuştur. Bu faktörler, gıda tüketim kalıplarının küreselleşmesini ve insan sağlığının etkilenmesini hızlandırmaktadır.¹⁷

Sektörde etkin mağazalar orta gelirli ülkelerde de önemli yatırımlar yapmaktadır. Çok uluslu gıda şirketlerinin doğrudan yabancı yatırım yaptıktan sonra gelişmekte olan ülkelerde işlenmiş gıdaların varlığı da artmıştır. Böylece ticaret politikalarında yapılan değişiklikler, işlenmiş gıdaların varlığının ve alımının artmasına yardımcı olmuştur. Sonuç olarak ticaret politikaları, artan oranlarda şişmanlık, kardiyovasküler hastalık ve kanser gibi kronik hastalıklarla ilişkili olan "beslenme geçişine" katkıda

bulunarak sağlık üzerinde etkilere sahip olmuştur. Örneğin Hindistan, Pakistan ve Sri Lanka gibi ülkelerde yetişkin başlangıçlı diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar epidemi düzeyindedir. 2025 yılına kadar diyabetik hastaların beşte birinin Hintli, dörtte üçünün gelişmekte olan ülkelerde bulunacağı tahmin edilmektedir. Sonuç olarak gıdaların yüksek miktarda alınması, özellikle enerjisi yoğun gıdalar, şişmanlık ve diğer bulaşıcı olmayan hastalıkların kişi ve toplum içinde görülme sıklığını arttıracaktır. Hindistan ve Çin'de şişmanlık ve diyabetin ekonomik etkisini araştıran yeni bir araştırma, maliyetlerin hızla artarak GSMH'nin önemli bir bileşenini oluşturduğunu tespit etmiştir.¹⁷

Kırsal alanlarda yapılan işlere ve boş zamanlardaki hareketsizliğe kıyasla daha yüksek bir enerji alımı ve kentsel işlerde daha az enerji harcamaları, gelişmekte olan ülkelerdeki şişmanlık ve diyabetin kentlerde kırsal alanlardan daha hızlı ilerlediği anlamına gelmektedir.¹⁷

Hastalık yükü çalışmaları sonuçlarına göre bulaşıcı hastalıkların yükünde azalma, bulaşıcı olmayan hastalıkların yükünde ise artış vardır. Halen dünyada devam eden kentleşme, sanayileşme, tütün tüketimi başta olmak üzere sağlıklı olmayan beslenme süreçleri, besin üretimi ve saklanması gibi yöntemler gibi çok sayıda neden sayılabilir.¹⁸

Bugün tüm dünyada ölümlerin üçte ikisinin (%63) nedeni bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Erken ölümlerin dörtte üçünün nedeni; kardiyovasküler hastalık, kanser, diyabet ve kronik solunum yolu hastalığıdır. Adı geçen hastalıklar sadece gelişmiş ülkeler için değil, günümüzde gelişmekte olan ülkeler için de önemli sorunlar arasındadır.¹⁹

Hastalık yükü açısından ülkemizde, geçmiş yıllarda öncelikli sorun anne-çocuk sağlığı sorunları iken şimdi bulaşıcı olmayan hastalıklara doğru bir yer değiştirme söz konusudur. Ulusal Hastalık Yükü çalışması 2013 yılı verilerine göre; ülkemizde 2000 yılında %68 olan bulaşıcı olmayan hastalıkların yükü %81'e yükselmiştir. Dünya Sağlık Örgütü bulaşıcı olmayan hastalıkların 2020'de küresel hastalık yükünün %80'ini oluşturacağını, gelişmekte olan ülkelerdeki her 10 ölümün yedisinden sorumlu olacağını (bunların yarısı 70 yaş altı ölüm) belirtmektedir. Bulaşıcı olmayan hastalıkların oluşmasında; sigara ve alkol kullanımı, sedanter yaşam, aşırı kiloluluk ve sağlıksız beslenme gibi yaşam tarzına ilişkin, büyük

ölçüde “önlenebilir ortak risk faktörleri” olduğu görülmektedir.²⁰

4. Gıda endüstrisi“taktikleri”

Gıdalardaki hilelerin tarihi esasen Orta Çağ'a kadar dayanmaktadır. Günümüzde durum çok daha karmaşıktır. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler gıda ürünlerindeki hilelerin tespitini kolaylaştırırken, aynı bilimsel ve teknolojik gelişmeler daha karmaşık hilelerin de ortaya çıkmasına yardımcı olmaktadır ve teknolojik gelişmelerin etkisiyle ürünlerindeki hilelerin tespiti de daha zor bir hal almaktadır. Bilinçsizce kullanılan katkı maddeleri, kontamine gıdaların (pestisitler, ağır metaller, hormonlar ve diğer bulaşanlarla) tüketime sunulması insan sağlığını tehdit eden en önemli gıda hilelerindedir.¹⁶

Uluslararası Gıda ve Tarım Örgütü (FAO) ticari etik ilkelerine göre; gıdalar, toksik, tehlikeli ve sağlığa uygun olmayan maddeler içermemeli; gıda etiketinde yanlış, yanıltıcı ve eksik bilgiler bulunmamalı; hazırlama, taşıma, depolama ve ambalajlama gibi işlemler sağlıksız koşullarda yapılmamalıdır. Gıda etiğine göre gıdanın hazırlanma sürecinden sunumuna kadar tüketicinin, gıdanın hiçbir zararlı etkisine maruz kalmaması gerekmektedir.²⁰

Gıda endüstrisinin taktiklerinin bazıları diğer endüstrilerin taktikleri ile benzerlik göstermektedir. Bu konuda tütün endüstrisi taktikleri ile benzerlikler dikkat çekmektedir. Bu benzerliğin altında yatan farklı dinamikler olmakla birlikte gıda endüstrisinin diğer sektörler ve ürünleriyle önemli heterojenlik ilişkilerinin varlığı bilinmektedir.⁸ Tütün, alkol ve abur cubur yiyecekler sağlıksız emtia (mal) endüstrisi kapsamında olup toplumun sağlığına potansiyel olarak zararlı ürünler ya da hizmetler üretenler arasında gösterilmektedir.¹⁷

Tüketimin artmasıyla ortaya çıkan sonuçları tanımlayan ve keşfeden ilk ekonomistlerden biri olan John Kenneth Galbraith (1908-2006), gıda, tütün, ilaç, otomobil ve alkol endüstrisine hakim olan büyük firmaların satışları artırmak için farklı pazarlama taktikleri kullandıklarını vurgulamıştır.¹⁷

Dünya Sağlık Örgütü hem kendi rolünün bir parçası olarak hem de daha geniş kapsamda tütün ve benzeri konularda savunuculuk eyleminin önemine dikkat çekmiştir. "Tütün endüstrisinin uygulamalarını anlamının tütün

kontrol politikalarının başarısı için hayati önem taşıdığı" vurgulamıştır.²¹

Ulusal Dış Çürüğü Programı (NCP) gibi Sigara İçme ve Sağlık Programı, zarar azaltma

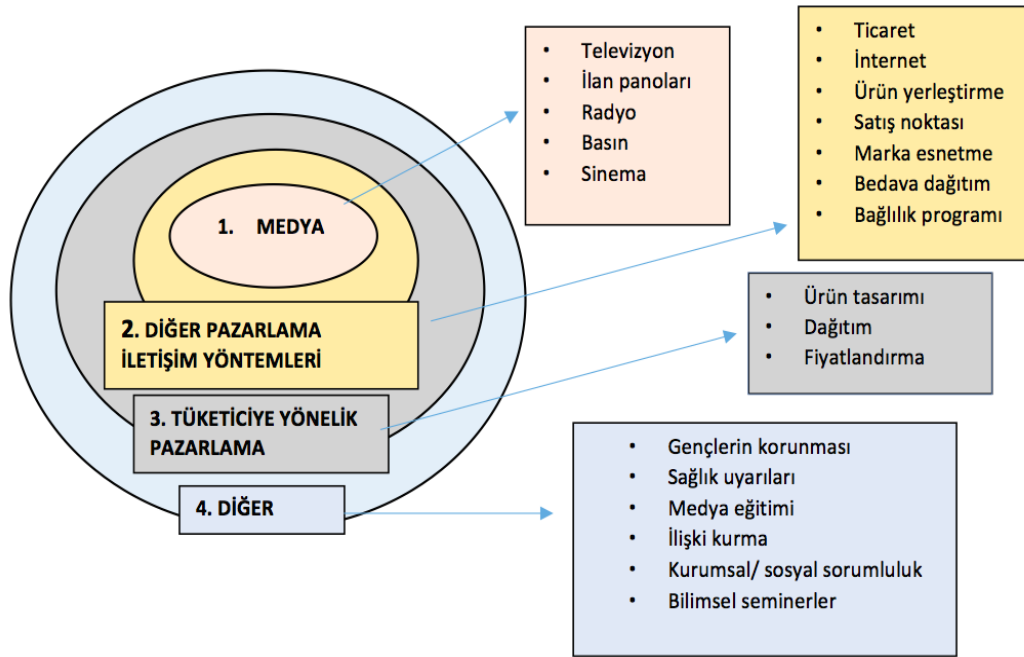
Aşağıda yazılı kimi diğer taktikler²³ de gıda ve tütün endüstrisi arasındaki benzeşmeler için örnek olarak kabul edilebilir:

- ✓ Ürünün sağlık üzerine olumsuz etkilerini inkâr etmek
- ✓ Tüketicileri aldatmak
- ✓ Endüstri karşıtlarının etkisini/saygınlığını azaltmak
- ✓ Özel gruplara yönelmek, yeni pazarlar geliştirmek
- ✓ Reklam stratejileri kullanmak

stratejilerine odaklanmış ve birincil amacı olan güvenli bir sigara geliştirmek bir örnek olarak değerlendirilebilir.²²

- ✓ Yasal düzenlemeye yönelik girişimlerin karşısında durmak, yasal düzenlemeleri ertelemek
- ✓ Yasal düzenlemelere zarar veren çalışmalar içinde olmak
- ✓ Endüstriye karşı açılan davaların savunuculuğunu yapmak
- ✓ "Özdenetleme" söylemi üzerinden çeşitli "aldatmacalar" içinde olmak

Tütün endüstrisi tarafından kullanılan taktiklerin ilişkileri Şekil 1'de açıklamıştır.



Şekil 1. Tütün tanıtımında reklam, pazarlama iletişimi, tüketici pazarlaması ve ilgili diğer bileşenlerin pazarlama yöntemleri arasındaki iç içe geçmiş ilişkiler

Tütün tanıtımına benzer olarak gıda sektörü de reklam, pazarlama iletişimi, tüketici pazarlaması ve ilgili bileşenlerin pazarlaması arasındaki iç içe geçmiş ilişkilerden yararlanmaktadır. Yukarıda belirtilen başlıklarla ilgili gıda endüstrisinin de kullandığı bazı taktikler aşağıdaki bölümde sunulmuştur.

4.1. Tüketicileri aldatmak

Devran ve Aslan., TJFMPC www.tjfmpe.gen.tr 2018; 12 (4)

Gıdalardaki hilelerin tarihi Orta Çağ'a kadar dayanmaktadır. Günümüzde, durum çok daha karmaşıktır. Bilimsel ve teknolojik gelişmeler gıda ürünlerindeki hilelerin tespitini kolaylaştırırken aynı bilimsel ve teknolojik gelişmeler daha karmaşık hilelerin ortaya çıkmasına yardımcı olmaktadır ve teknolojik

gelişmelerin etkisiyle ürünlerindeki hilelerin tespiti de daha zor bir hal almaktadır. Bilinçsizce kullanılan katkı maddeleri, kontamine gıdaların (pestisitler, ağır metaller, hormonlar ve diğer bulaşanlarla) tüketime sunulması insan sağlığını tehdit eden en önemli gıda hilelerindedir.¹⁶

- ✓ Tüketilen ürünün etiket bilgileri doğru mu?
- ✓ Ürün, etiket bilgisine uygun mu?
- ✓ Organik diye alınan gıda gerçekten organik mi?
- ✓ Katkı maddesi kullanılmış mı?
- ✓ Ürün belirtilenden daha düşük kalitede mi?
- ✓ Sağlık açısından risk taşıyor mu?'' soruları hile açısından akla gelmektedir.

Gıda ürünlerinde en çok rastlanan hile çeşidi taklittir. Taklit, "gıda ürünlerinin şekil, bileşim ve nitelikleri itibarıyla yapısında bulunmayan özelliklere sahip gibi veya başka bir ürünün aynısıymış gibi gösterilmesi" olarak bilinir. Tağşiş ise "bir ürünün doğallığının başka bir ürünle bilinçli veya bilinçsiz olarak değiştirilmesi" anlamına gelmektedir. Gıda sektöründe tağşişin; "insan sağlığı açısından risk taşımayan, daha sağlıklı, raf ömrü daha uzun gıda üretimi ve benzeri amaçlarla yapılan tağşiş" ve "yüksek kalitedeki ürüne daha düşük kalitede ürünler katarak aynı fiyata gıdalar üretmek" şeklinde açıklanan iki nedeni vardır. Tağşiş, ürün kalitesini düşürerek hem haksız rekabete yol açmakta hem de insan sağlığını ciddi anlamda etkilemektedir. Gıdada hile olarak adlandırılan asıl problem de bu noktada başlamaktadır.¹⁶

Türk Gıda Kodeksi'nde gıdada bulunan kalıntıların miktarlarına dair yasal sınırlar mevcuttur. Belirtilen yasal sınırların aşılması, insan sağlığını ciddi anlamda etkilemektedir. Bilinen önemli gıda hilelerine örnek olarak gıda renklendiricileri, zeytinlerde boya kullanılması, bitkisel yağ karışımları, bal içeriğinde yapay tatlandırıcıların kullanılması, et ürünlerindeki tağşiş, alkollü içkilerde metanol kullanımı gibi çeşitli hileler verilebilir.¹⁶

4.2. Özel gruplara yönelmek, yeni pazarlar geliştirmek ve reklam stratejileri kullanmak

Büyük ölçekli perakendeciler ve ayaküstü tüketilen gıda (fast food) zincirleri gıdanın görelî fiyatını düşürmüş olsalar da reklamcılık ve pazarlama mesajları birleştirildiğinde daha

fazla tüketim sağlanmışır. Bu durum, sağlık sorunlarına ve zararlı çevresel etkilere neden olabilmektedir.¹⁷

Ortalama genç bir kişi, yılda 40.000'den fazla televizyon reklamı izlemektedir. Gençler internet, dergiler ve video oyunları aracılığıyla tanıtım mesajları almaktadır. Bu mesajlar çocukların kalorisi yoğun besin maddelerini tercih etmesine, talep etmesine ve tüketmesine neden olabilmektedir.²⁴

Amerikalılar, 1945 yılında alkolsüz içeceklerden daha fazla süt içmekteyken 50 yıl sonra süttten yaklaşık iki buçuk kat daha fazla gazlı içecek tüketmişlerdir.¹⁷

Alkolsüz içecek tüketimindeki artışın sebepleri mısır şurubu imalatçılarına yapmış oldukları reklam ve ağır sübvansiyonlar olup 1985 yılında ilk defa kamış ve şeker pancarını aşmıştır.¹⁷

Araştırmalara göre TV reklamına maruz kalma, belki de ABD'deki çocukların şişmanlık salgınından sorumlu olan en büyük faktördür. Özellikle çocuklara gıda pazarlama ve reklamcılığının daha fazla düzenlenmesi artık çok daha fazla dikkat çekmektedir.¹⁷

4.3. Yasal düzenlemeye yönelik girişimlerin karşısında durmak, yasal düzenlemeleri erteletmek

Endüstri tarafından finanse edilen akademik araştırmaların bu alandaki etkisinin, reforma direnen en etkili endüstri taktiklerinden biri olduğu düşünülmektedir.¹⁷

4.4. Yasal düzenlemelere zarar veren çalışmalar içinde olmak

Halk sağlığı politikasındaki gıda endüstrisi etkileri hakkındaki yayınlar artmaktadır ancak gıda endüstrisi belgelerinin analizi nadirdir. 1959-1971 yılları arasında daha önce belgelenmemiş kurabiye ve şeker pancarı endüstrisi faaliyetlerinin tartışıldığı bir dizi makalenin analizinin yapıldığı bir araştırmada şeker endüstrisi, alımı kısıtlamak yerine şeker tüketiminin zararlarını azaltacak halk sağlığı müdahalelerine (örneğin florid kullanımı) dikkatleri çekmek için bir strateji geliştirmişlerdir.²²

Endüstri taktikleri arasında; yürütülen gıda endüstrileri ile iş birliği içinde dış plağını parçalamak ve dış çürümesine karşı yaygın bir aşı uygulaması, araştırma olanakları çerçevesinde danışmanlık yapmak, rapor sunmak gibi aktiviteler yer almıştır.²²

4.5. “Özdenetleme” söylemi üzerinden çeşitli “aldatmacalar” içinde olmak

Kamuoyunun farkındalığı ve hükümet müdahalesi sonucu, büyük gıda endüstrisi diğer işletmelerin geçmişte yaptığı gibi hareket ederek kendi kendini düzenleme girişimlerini kabul etmeyi taahhüt etmişlerdir. Bu tür gönüllü eylemler, tehdit altındaki sanayilerin karakteristik özelliklerini taşımakta ve tipik olarak kendi ürettiği kuralları ve standartları takip etme sözlerini içermektedir.²⁵

Gıda endüstrisi, tüketimi sağlık endişeleriyle ilişkilendiren ürünler (tütün ve alkol) gibi geniş öz düzenleyici sistemleri geliştirmiştir.²⁵ Gıda endüstrisinin özdenetiminin yararlı ya da zararlı olacağı henüz bilinmemekte ancak bir endüstrinin hükümet, tüketiciler ya da kamu sağlığı savunucuları girdisi olmaksızın kendi kendini düzenlemesine izin vermenin ciddi sonuçlar doğurabileceği düşünülmektedir.²⁵

Bugüne kadar gıda endüstrisinin öz denetimi, dört ana girişimi içermektedir: Biri okuldaki yiyecek ve içecekler, ikisi çocuklara pazarlama, bir diğeri de menü etiketi ile ilgilidir.²⁵

5. Endüstri taktiklerinin sağlık açısından oluşturduğu riskler

Gıda endüstrisi, ucuz gıdalara hızlı erişim sağlayarak sektörde etkin bir yer kazanmıştır.¹⁷ Çin’de son 20 yılda endüstri, şişmanlık prevalans hızındaki artışla uyumlu olarak genişlemiştir.²⁵ Endüstrinin ürettiği gıdalar kişilerin tuz, yağ ve şeker talebini karşılasa da yüksek kalori, yüksek tuz ve doymuş yağdan zengin olduğu gerçeği, bu tür işlenmiş yiyecek ve içecek ürünlerinin aşırı alınmasının bir dizi sağlıkla ilgili soruna neden olduğunu ve sonucunda da şişmanlık salgınının oluştuğunu ortaya koymaktadır.¹⁷ Örneğin, sağlıklı beslenme sonucu ABD’de günde yaklaşık bin ölüm yalnızca kardiyovasküler hastalıklar ve diyabete bağlı olarak gerçekleşmektedir. Diyetle ilgili kronik hastalıkların doğrudan ve dolaylı maliyetleri ise şaşırtıcıdır ve ABD’de yılda 1 trilyon dolara kadar çıkmaktadır.⁸ Son 10 yılda her kıta için ciddi gıda kaynaklı hastalıklar ortaya çıkmış ve bu hastalıklar sıklıkla küresel ticareten etkilenmiştir.²⁵

Süpermarketler, özellikle gelişmekte olan ülkelerde; işlenmiş, yüksek yağlı, şekerli ve tuz yükü fazla gıdaların daha ucuz, daha az sağlıklı yiyeceklerin artan ulaşılabilirliğine yol açabilmektedir.¹⁷ Ayrıca dışarıda yemek yemenin yaygınlaşması ile beraber tüketilen

porsiyon boyutlarında da son yıllarda belirgin bir artış meydana gelmiştir.²⁶

Bir dizi halk sağlığı sorunu da dahil olmak üzere sektörde ‘şekerle ilgili’ önemli alanların kritik incelemelerinin de göz önünde bulundurulması önerilmiştir. Bu incelemeler sonucu şekerin ‘diş çürüğü, şişmanlık ve aterosklerotik vasküler hastalık’ kaynağı olduğu görülmüştür.²²

6. Halk sağlığı bakış açısı konuya nasıl yaklaşmalıdır?

Sağlıklı beslenme, dünya çapında temel insan hakkı olarak kabul görmektedir. Sağlıksız beslenmenin ve beslenmeyle ilişkili bulaşıcı olmayan hastalıkların etkin bir şekilde önlenmesi ve kontrol edilmesi için uygun stratejiler geliştirilmeli ve uygulanmalıdır.⁶

Yetersiz ve dengesiz beslenmenin nedenleri araştırıldığında, bilgi eksikliğinin büyük önem taşıdığı görülmektedir. Bu nedenle dengesiz beslenmenin önlenmesinde, beslenme eğitimi ve sağlıklı beslenme bilincinin kazandırılması büyük önem taşımaktadır ve bu konuda diyetisyenlere büyük rol düşmektedir.³

Artık birçok anayasada güvence altına alınmış olan gıda hakkının elde edilmesi için, kapsamlı gıda ve beslenme güvenliğinin sağlandığı sürdürülebilir, adaletli, erişilebilir, esnek gıda sistemlerine ve bulaşıcı olmayan hastalıkları önlemek ve sağlık için besin kaynağı olan gıdaların temini ve tüketimine ihtiyaç duyulmaktadır.⁶

Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı 2015–2020 “*DSÖ, Avrupa bölgesinde hala yaygın olan beslenmeyle ilişkili önlenemez bulaşıcı olmayan hastalıkların, şişmanlığın ve diğer bütün sağlıksız beslenme şekillerinin yükünü önemli oranda azaltmak*” amacıyla planlanmıştır. Misyonu ise “*Health (Sağlık) 2020 kapsamında sektörler arası politikalar yoluyla DSÖ Avrupa bölgesinin bütün vatandaşları için beslenmede tarafsızlık ve cinsiyet eşitliği ile birlikte uygun maliyetli, dengeli, sağlıklı gıdalara dünya çapında erişim sağlamaktır.*” Bu eylem planı, bütüncül devlet ve tüm politikalarda sağlık yaklaşımı ile eylem çağrısında bulunmaktadır.⁶

Sağlık üzerinde olumsuz faaliyetler gösterebilen gıda endüstrisinin iyi araştırılması ve endüstrinin bu etkilerini ortadan kaldıracak önlemlerin alınması son derece önemlidir. Ayrıca toplumun bilinçlendirilmesi ve özellikle gıda sunucularının sorumluluklarının

arttırılması da önemlidir. Sağlığı olumsuz etkileyen durumları denetlemek amacıyla yeterli sayıda, geniş katımlı ve uzmanların yer aldığı etik kurullarının bulunması sektör ve toplum için kaçınılmazdır (kurullarda; kamu, sivil toplum, üniversite, özel sektör ve çiftçi temsilcileri yer almalıdırlar).¹⁶

ÖNERİLER

Gıda endüstrinin sağlığı olumsuz yönde etkileyecek faaliyetlerinin önlenmesi ve/ veya ortadan kaldırılması birey ve toplum için son derece önemlidir. Bunun sağlanması için yasa yapıcılar ve kamu kuruluşlarının, sağlık profesyonellerinin, gıda endüstrisinin, özel sektörün, sivil toplum kuruluşları (STK) ve medyanın sorumluluğu fazladır. Gıdaya ulaşan bireylerin de gıda alımı sırasında dikkat etmesi gereken durumlar bulunmaktadır. Bu konudaki bileşenler kamu ağırlıklı olmak üzere kamusal düzenlemeler zemininde birey/toplum, sivil toplum örgütleri, meslek örgütleri, medya, üniversiteler vb. olarak tanımlanabilir.

Temel bileşenler dikkate alındığında temel bileşenlerin her birisinin ve/veya birkaçının katkısı ile işlevlerin de tanımlanması gerekmektedir. İlgili bütün birey ve kurumların yaklaşımlarının halk sağlığında "ihtiyatlılık ilkesi" gereğince olması beklenmektedir. İhtiyatlılık ilkesi "herhangi bir ürünün riskleri bilinmediğinde riskli olarak kabul edilmesi ve gerekli bütün önlemlerin alınmasıdır.²⁷ Gıda endüstrisinin taktiklerinin zararlı etkilerinin önlenmesi açısından Şekil 1'de de tanımlanmış olan alt bileşenlere düşen rol ve sorumluluklar aşağıda açıklanmıştır:

1. Kamusal zeminde aşağıdaki faaliyetler sürdürülebilir.

- ✓ Sağlıklı beslenmenin temel bir sağlık hakkı olduğu bilincinin ve bu bilinçle uyumlu gerekliliklerin yerine getirilmesi ve gereken her türlü düzenlemenin yapılması (örneğin gıda güvencesi ve gıda güvenliği kavramlarının gerekliliklerine uygun çalışmalar gibi)
 - Gerekli kanun düzenlemelerinin yapılması
 - Denetlemelerin yapılması
- ✓ Endüstri taktiklerini öngörerek kanıt dayalı önleyici çalışmaların yapılması
- ✓ Sürdürülebilir politikaların geliştirilmesi
- ✓ Diğer sektörlerle iş birliği yapılabilecek doğru zeminin tanımlanması

- ✓ Konuyla ilgili doktor, diyetisyen, gıda mühendisi gibi profesyonel meslek gruplarının istihdamının sağlanması

2. Özel sektör bileşeni olarak gıda endüstrisi açısından öneriler

- ✓ Kanunlara uyarak güvenli gıda seçeneklerinin üretilmesi
- ✓ Toplumun yanlış yönlendiren, aldatan uygulamaların önlenmesi
- ✓ Etik çerçevenin içselleştirileceği yaklaşımların, eğitimlerin ve uygulamaların geliştirilmesi
- ✓ Ürünleri tüketen kişilerin her türlü bilgilendirilmesine olanak sağlayan üretim süreçlerinin işletilmesi
- ✓ Ulusötesi şirketlerin oyunlarına "hayır" diyebilecek kurumsal yapıların oluşturulması

3. Birey/ toplum açısından öneriler

- ✓ Sağlık, gıda ve beslenme okuryazarlığının geliştirilmesi
- ✓ Riskli durumlarda başvuru mekanizması ve yöntemleri ile ilgili seçeneklerin bilinmesinin sağlanması

4. Sağlık profesyonelleri açısından öneriler

- ✓ Sağlık, gıda ve beslenme okuryazarlığının geliştirilmesini sağlaması
- ✓ Bilgi birikimini, gereksinim duyulan bileşenlerle paylaşılabilmesi
- ✓ Akademik araştırmalar yaparak doğru bilgilerin üretilmesi
- ✓ Poliklinik hizmeti yapan hekimlerin ve diyetisyenlerin, hastaları sağlıklı gıdaya ulaşım konusunda bilgilendirmesi

5. STK'lar açısından yapılabilecekler

- ✓ Savunuculuk faaliyetlerinin sürdürülmesi

6. Medya açısından öneriler

- ✓ Gıda pazarlama şekillerinin gıda etiği ilkeleri doğrultusunda olması
- ✓ Toplumun doğru bilgilendirilmesi
- ✓ Çocuklar, gençler gibi özel gruplara yönelik gıda tanıtım faaliyetlerinde bulunulmaması

Sonuç olarak; bütünsel bir bakış açısıyla bireyin ve toplumun sağlıklı beslenebilmesi için gıda endüstrisi açısından istenmeyen ve bu metin içinde ele alınan bazı uygulamaları önlenmelidir. Sağlıklı beslenme konusunda sorumluluğu olan her bileşenin kendi rol ve sorumluluğunu bilinçli bir şekilde sürdürebilmesi değerlidir.

KAYNAKLAR

1. Köksal O, Attila S, Toplum Beslenmesi, Güler Ç, Akın L, Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3, 3. Baskı, Ankara. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2015.s. 1210-1215.
2. Baysal A, Beslenme, Hatiboğlu yayınları, Ankara, 2002.
3. Türkiye'ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, 2015.s.11-14.
4. International Conference on Nutrition. Final Report of the Conference. Rome December 1992. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61254/a34812.pdf;jsessionid=BB97AE3DF56EB4FCBE7945C4CB07A5CF?sequence=1> (Erişim: 26.7.2018).
5. Food inspection. <http://www.fao.org/food/food-safety-quality/capacity-development/inspection/en/> (Erişim: 27.7.2018).
6. Avrupa Gıda ve Beslenme Eylem Planı 2015–2020, Kopenhag, Danimarka, 15–18 Eylül 2014. http://beslenme.gov.tr/content/files/arastirmalar/ds_dok_manlar_n_n_t_rk_eye_ek_2_0577820.pdf (Erişim: 02.01.2018).
7. CDC Estimates of Foodborne Illness: Findings <https://www.cdc.gov/foodborneburden/attribution/attribution-1998-2008.html> (Erişim: 02.01.2018).
8. Mozaffarian D (Ed.). Conflict of interest and therole of the food industry in nutrition research, JAMA. 2017;317(17):1755-1756. doi:10.1001/jama.2017.3456.
9. Türkiye Çocukluk Çağı (2. Sınıf Öğrencilerde) Obezite Sürveyansı Girişimi Araştırması (COSI-TUR) 2016. Sağlık Bakanlığı.
10. New World Encyclopedia. Food industry http://www.newworldencyclopedia.org/entry/Food_industry (Erişim: 17.01.2018).
11. Global Powers of Consumer Products 2015, Connecting with the connected consumer <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Consumer-Business/gx-cb-global-powers-consumer-products-2015.pdf> (Erişim: 17.01.2018).
12. Türkiye İhracatçılar Meclisi Tarım Raporu 2016. http://www.tim.org.tr/files/downloads/Raporlar/Tarim_Raporu_2017.pdf (Erişim: 17.01.2018).
13. Risk Yönetimi ve Kontrolü Genel Müdürlüğü <http://risk.gtb.gov.tr/data/52c53691487c8eca94a7c66a/GIDA%20SEKT%C3%96R%C3%9C%20RAPORU%20%2010.06.2016.pdf> (Erişim: 18.01.2018).
14. WHO Media Center, Food safety. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs399/en/> (Erişim: 04.01.2018).
15. Vural H, Tarım ve gıda güvenliğinde etik ilkelerin önemi, U. Ü. Ziraat Fakültesi Dergisi, Cilt 29, Sayı 2, 2015.s.193-202.
16. Dunn S. The modern food industry and public health: a Galbraithian perspective. <http://www.robinson.cam.ac.uk/postkeynesian/members/seminarpapers/keynes/Dunn010211.pdf> (Erişim: 28.12.2017).
17. Kearney J. Food consumption trends and drivers, Phil. Trans. R. Soc. B 2010.p.2793–2807.
18. Akın L. Ulusal Hastalık Yükü Çalışması (2017), Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçları ve Halk sağlığı Yaklaşımı s.7. http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf (Erişim: 18.01.2017).
19. Özvarış Ş B, Ulusal Hastalık Yükü Çalışması (2017), 2013 Ulusal Hastalık Yükü Çalışması Sonuçlarından, Halk Sağlığı Açısından Çözüm Önerileri s.13. http://www.tip.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/ulusal_program.pdf (Erişim: 18.01.2017).
20. Tutar U, Sümer Z, Yıldırım G, Çelik C. (2012). Sivas'ta üretilen sucukların maya ve küf yönünden periyodik olarak incelenmesi, Selçuk Üniversitesi Selçuk Tarım ve Gıda Bilimleri Dergisi 26 (4): 51-54.
21. Thomas SL, David J, Randle M, Daube M, SeniorK, Gambling advocacy: lessons from tobacco, alcohol and junk food. Aust NZ J Public Health 2016. 40:p.211-7.

22. Kearns CE, Glantz SA, Schmidt LA. Sugar industry influence on the scientific agenda of the national institute of dental research's 1971 national caries program: a historical analysis of internal documents. *PLoS Med* 2015. 12(3): e1001798.
23. Aslan D. (2010) "Reklam Yasakları Tütün Endüstrisi Taktikleri" başlıklı kongre sunumu, Elazığ. http://www.ssuk.org.tr/eski_site_verileri/elazig_kongre_sunumlar/dilek_aslan.pdf (Erişim: 15.01.2018).
24. Sharma LL, Teret SP, Brownell KD. The food industry and self-regulation: standards to promote success and to avoid public health failures, *Am J Public Health*. 2010 February; 100(2): 240-246. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2804645/> (Erişim: 15.01.2018).
25. Xue H, Cheng X, Zhang Q, Wang H, Zhang B, Qu W, Wang Y. Temporal growth and spatial distribution of the fast food industry and its relationship with economic development in China — 2005– Preventive Medicine 2017 Sep;102:79-85.
26. Öner C, Özdemir M, Telatar B, Yeşildağ Ş. Yemek servisinde kullanılan tabakların boyutu porsiyon algısını etkiliyor mu? *TJFMPC* www.tjfmpe.gen.tr 2016;10(4):182-187.
27. Turgut N. İhtiyat İlkesi. <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/38/29/7/2735.pdf> (Erişim: 20.01.2018).



Review Article / Derleme

Electronic Nicotine Delivery Systems-Electronic Cigarettes: A New Challenge for Public Health

Elektronik Nikotin İletim Sistemleri-Elektronik Sigaralar: Hayatımıza Giren Yeni Bir Halk Sağlığı Tehlikesi

Özlem Tanrıöver

ABSTRACT

The electronic cigarette has a mechanism that contains nicotine-filled cartridges and vaporizes it with internal batteries and has a similar use to smoking. There is a similarity between the electronic cigarettes and the combustible cigarettes in terms of both design and nicotine release. The resulting vapor is inhaled which contains aromatic substances and various levels of nicotine and other toxic elements. Although E-cigarettes are less toxic than combustible tobacco cigarettes, there is no evidence to support the effectiveness of e-cigarette as a smoking cessation device. Despite the fact that e-cigarette has adverse effects on health and there is no significant evidence of success in terms of smoking cessation, the frequency of use of these products increases over time and moreover these products are put forward as a kind of smoking cessation method. However, potential benefits of e-cigarettes including to help quit smoking and to reduce harm, have not been clearly demonstrated on the basis of evidence. Furthermore, the available data indicate that e-cigarettes are primarily used by adolescents and young adults, and that e-cigarettes are the most widely used tobacco product among high school students and exceed the use of combustible cigarettes. Another important point is that the use of e-cigarettes may cause a perception of normalization of the use of other combustible tobacco products. Primary health care providers are key to the smoking cessation and providing counseling services. E-cigarette is one of the new marketing strategies of the tobacco industry. Improving the knowledge and attitudes of all healthcare providers, particularly primary health care providers, will be important in the fight against this new marketing strategy. With this improvement, it is possible to increase the awareness of the population on this issue and to correct the misconceptions.

Key words: Smoking cessation, electronic nicotine delivery systems, electronic cigarettes, family physicians, harm reduction

ÖZET

Elektronik sigara, nikotin dolgululu kartuş içeren ve içindeki sıvıyı batarya ile buharlaştıran bir mekanizmaya sahip olup, sigara içmeye benzer bir kullanım gerektirmektedir. Elektronik sigara ile yanıcı sigara arasında hem tasarım, hem nikotin salınımı açısından benzerlik vardır. Elde edilen buhar, aromatik maddeleri ve çeşitli seviyelerde nikotin ve diğer toksik elementleri içeren bir buhar olarak teneffüs edilir. E-sigaralar, yanıcı tütün ürünlerinden daha az toksik olsa da, E-sigaranın sigara bırakma cihazı olarak etkinliğini destekleyen kanıtlar bulunmamaktadır. E-sigaranın sağlık üzerine olumsuz etkiler yapmasına ve sigara bırakma açısından anlamlı bir başarı sağlamamasına rağmen, bu ürünlerin zaman içerisinde kullanım sıklığı artmakta ve dahası bu ürünler bir tür sigara bırakma yöntemi olarak ön plana çıkarılmaktadır. E-sigaraların sigara bırakmada yardımcı olarak ve zarar azaltma yöntemi de dâhil olmak üzere, potansiyel yararları kanıtla dayalı olarak net bir şekilde gösterilememiştir. Bunun ötesinde mevcut veriler, E-sigaraların öncelikle ergenler ve genç yetişkinler tarafından kullanıldığını ve E-sigaraların lise öğrencileri arasında en çok kullanılan tütün ürünü olduğunu ve yanıcı sigaraların kullanımını aştığını göstermektedir. Bir diğer önemli nokta, E-sigara kullanımının halk arasında diğer yanıcı tütün ürünlerinin kullanımını da normalleştirme gibi bir algıya neden olabileceğidir. Birinci basamak sağlık çalışanları, sigaranın bırakılması ve danışmanlık hizmetlerinin sunumu açısından kilit noktada yer almaktadırlar. E-sigara, tütün endüstrisinin pazardaki yeni stratejileri arasında yer almaktadır. Başta birinci basamak çalışanları olmak üzere, tüm sağlık hizmet sunucularının konuya ilişkin bilgi ve tutumunun iyileştirilmesi, bu yeni pazarlama stratejisine karşı mücadelede önemli olacaktır. Bu iyileştirme sayesinde, toplumun bu konudaki farkındalığının artırılması ve yanlışların düzeltilmesinde önemli yol kat edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sigara bırakma, elektronik nikotin iletim sistemleri, elektronik sigaralar, aile hekimleri, zarar azaltma

Received / Geliş tarihi: 13.04.2018, Accepted / Kabul tarihi: 17.07.2018

¹ Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ve Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Özlem Tanrıöver, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ve Tıp Eğitimi A.D, İstanbul-TÜRKİYE, E-mail: otanriover@yeditepe.edu.tr

Tanrıöver Ö. Elektronik Nikotin İletim Sistemleri-Elektronik Sigaralar: Hayatımıza Giren Yeni Bir Halk Sağlığı Tehlikesi. TJFMPC, 2018;12 (4): 318-321.

DOI: 10.21763/tjfm.465770

GİRİŞ

Batı Avrupa'nın diğer pek çok ülkesinde olduğu gibi, Türkiye'de de son on yılda tütün kontrolünde duraklama dönemine girilmiştir.¹

Sağlık Bakanlığı adına 2012 yılında yapılan Küresel Yetişkin Tütün Araştırmasına göre (GATS, 2012), Türkiye'de 15 yaş üzerinde sigara içen 14, 8 milyon kişi (%27, 1) vardır. Düzenli sigara içme sıklığı, erkeklerde %41, 5 iken kadınlarda %13, 1 olarak bulunmuştur.²

Ülkemizde, tütünle mücadele çalışmaları kapsamında, kapalı alanlarda sigara içme yasağına istinaden saha denetimleri yapılmakta, Alo 171 Sigara Bırakma Danışma Hattı hizmetleri ve hekimlere TUBATİS eğitimleri verilmekte, sigara bırakma poliklinikleri sigarayı bırakmak isteyen kişilere hizmet sunmaktadır. Tütünle mücadelede oldukça önemli yol kat edilmesine rağmen, mevcut literatür sigaranın Türkiye'de önlenebilir en önemli mortalite nedeni olduğunu göstermektedir.^{3,4}

Birçok sigara içen kişi, bırakma niyetinde olduğunu ve çoğunun da bırakma girişimlerinde bulunduğu ifade edilmekte, ancak bu girişimlerin büyük çoğunluğu başarısızlıkla sonuçlanmaktadır.^{5,6} Herhangi bir yardım almadan sigara bırakmayı seçenlerin (yalnız "iradeyle"), yaklaşık % 95'inin tipik olarak 6-12 ay sonra sigara içmeye devam ettiği bulunmuştur.^{5,6}

Sigarayı bıraktırmak için, ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanmış 7 ilaç bulunmaktadır: Bunların arasında, beş nikotin replasman ürünü (nikotin bandı, sakızı, inhaleri, burun spreyi ve pastili) yanı sıra bupropion ve vareniklin de yer almaktadır. Diğer bazı ajanların da sigara bırakılmasında etkinlikleri gösterilmiştir, ancak sigara bıraktırma ajanı olarak FDA onayı almamışlardır: bunlar da nortriptilin, klonidin ve cytisine'dir.⁶ Bu şekilde davranış danışmanlığı da dâhil olmak üzere, tıbbi olarak onaylanmış sigara bıraktırma yardımcıları seçen sigara içenler, uzun süreli başarı şanslarını iki kat ve hatta üç katına çıkartabilmektedirler.⁶

Sigara kullanımı ya da tütün bağımlılığı, DSÖ'nün sınıflandırmasında kronik bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle, sigara bağımlılığının tedavisi hekimin görevi olarak kabul edilmektedir.⁷ Aile Hekimleri, sigaranın bırakılması ve danışmanlık hizmetlerinin sunumu açısından kilit noktada yer almaktadırlar.⁶ Aile hekimlerinin, tütün kullanma davranışları üzerinde önemli bir etki yaratması için oldukça iyi fırsatı vardır, çünkü tütün ürünlerini kullanan insanların yaklaşık % 70'i her yıl çeşitli nedenlerle bir aile hekimine başvurmaktadır.⁶

Elektronik sigara (E-sigara), 1963 yılında Herbert A. Gilbert isimli bir araştırmacı tarafından "tütün içermeyen dumansız sigara" ismiyle ilk kez gündeme gelmiştir. Cihazın piyasada ilk yer alışı ise 2004 tarihinde ve Çin'de eczacı ve kendisi de sigara kullanan Han Lik tarafından olmuştur ki, bu dönemde sigara bırakmaya yardımcı bir yöntem olarak pazarlamaya sunulmuştur. 2005-2006 yılları itibariyle cihazın Çin'den ihracatı başlamış ve farklı ülke pazarlarında da yerini almıştır. 2007 tarihinde, ABD dâhil olmak üzere pek çok ülkede sigara bırakmaya yardımcı yöntem olarak önceleri piyasada yer alsa da, artık bu şekilde tanımlanmamaktadır.⁸⁻¹³

Elektronik sigara, nikotin dolgulu kartuş içeren ve içindeki sıvıyı batarya ile buharlaştıran bir mekanizmaya sahip olup, sigara içmeye benzer bir kullanım gerektirmektedir. E-sigara ile yanıcı sigara arasında, hem tasarım, hem nikotin salınımı açısından benzerlik vardır. E-sigaradan çeşitli seviyelerde nikotin, aromatik madde ve diğer toksik elementleri içeren bir buhar elde edilir. Elde edilen bu buhar, teneffüs edilerek akciğerlere ulaşmakta ve buna da vaping adı verilmektedir.¹¹⁻¹²

E-sigaralar, yanıcı tütün ürünlerinden daha az toksik olsa da, E-sigaranın, sigara bırakma cihazı olarak etkinliğini destekleyen kanıtlar bulunmamaktadır. E-sigaranın sağlık üzerine olumsuz etkiler yapmasına ve sigara bırakma açısından anlamlı bir başarı sağlamamasına rağmen, bu ürünlerin zaman içerisinde kullanım sıklığı artmakta ve dahası bu ürünler bir tür sigara bırakma yöntemi olarak ön plana çıkarılmaktadır. E-sigaraların sigara bıraktırmada yardımcı olarak ve zarar azaltma yöntemi de dâhil olmak üzere, potansiyel yararı kanıtı dayalı olarak net bir şekilde gösterilememiştir. Bunun ötesinde mevcut veriler, E-sigaraların öncelikle ergenler ve genç yetişkinler tarafından kullanıldığını ve E-sigaraların lise öğrencileri arasında en çok kullanılan tütün ürünü olduğunu ve yanıcı sigaraların kullanımını aştığını göstermektedir.¹⁴⁻¹⁷ Dumansız tütün ürünlerinin, sigaraya başlama üzerine etkisinin olup olmadığı da yanıtlanması gereken bir başka sorundur. Çünkü dumansız tütün ürünleri gelecekte sigaraya başlamak için bir geçiş kapısı olabilir. Bir diğer önemli nokta, E-sigara kullanımı diğer yanıcı tütün ürünlerinin kullanımını da normalleştirme gibi bir algıya neden olabileceğidir.

Dumansız tütün ürünleriyle, sigaranın birlikte kullanımının sigarayı bırakma ve sigaranın sağlık zararlarını azaltma üzerine etkisini araştıran çok az sayıda çalışma vardır. Bu çalışmalarda; E-sigara kullananlarda, kullanmayanlara göre daha az sayıda sigara tükettikleri tespit edilmiş, ama bu durumun sigara bırakma davranışları üzerinde olumlu bir etkisinin olmadığı saptanmıştır. Diğer bir

deyişle, dumansız tütün ürünü kullanımı, kullanıcıları sigara bırakma yönünde motive etmemiştir.¹³ E-sigaranın sağlık üzerine olumsuz etkiler yapmasına ve sigara bırakma açısından anlamlı bir başarı sağlamamasına rağmen, bu ürünlerin zaman içerisinde kullanım sıklığı artmakta ve dahası bu ürünler bir tür sigara bırakma yöntemi olarak ön plana çıkarılmaktadır.

E-sigaralar, sigara bıraktırma cihazları olarak FDA onaylı olmasalar da, kanıtlar E-sigaraların popülaritesinde hızla artış gösterdiğini bildirmektedir.^{6,17} Aile hekimlerinden, hastalarının sigarayı bırakma çabalarını teşvik etmeleri ve orkestra şefi gibi yönetmeleri beklenmesine rağmen onların, nikotin bağımlısı hasta yönetimindeki kesin rolleri hakkında belirsizlikler olabilmektedir. Nikotin bağımlılığındaki ve elektronik sigaraların ortaya çıkması gibi sigara bırakmadaki yeni gelişmeler, hastaların sigarayı bırakma çabalarını yönlendiren klinisyenin önemli rolüne bazı karmaşıklıklar eklemiştir. Bu bağlamda, Uluslararası Solunum Dernekleri Forumu (FIRS) "Elektronik nikotin iletim sistemleri (ENİS)" hakkındaki bildirisini önemlidir ve aşağıdaki maddeleri içerir:^{13,15}

- E-sigara sağlık riskleri yeterince incelenmemiştir.
 - Nikotinin bağımlılık yapıcı gücü ve istenmeyen etkileri hafife alınmamalıdır.
 - E-sigaraların potansiyel yararları, zarar azaltılması da dâhil olmak üzere ve sigara bırakmada yardımcı olarak, iyi araştırılmamıştır.
 - Sigara içen bir bireye, potansiyel faydaları toplumda sigara ve nikotin kullanımının sosyal kabul edilebilirliği açısından vereceği zarar yönünden tartışmalıdır.
 - E-sigaralara ilişkin sağlık ve güvenlik iddiaları, kanıta dayalı incelemeye tabi olmalıdır.
 - Sigara içmeyen kişiler de, E-sigara emisyonlarına maruz kaldıkları için oluşan olumsuz sağlık etkileri göz ardı edilemez.
 - E-sigaraların, güvenliği hakkında daha fazla bilgi edinilinceye kadar en azından sınırlandırılması veya yasaklanması gerekmektedir.
 - Eğer, E-sigaraların kullanımına izin verirse, ilaç olarak değerlendirilmeli ve diğer ilaçlarla aynı derecede incelemeye tabi tutulmalıdırlar.
 - E-sigaralar, ilaç olarak düzenlenmediği takdirde tütün ürünleri olarak düzenlenmelidir.
 - Tütün veya E-sigara endüstrisi dışındaki kaynaklar tarafından desteklenen araştırmalar, E-sigaraların sağlık üzerindeki etkisini belirlemek için farklı ortamlarda yapılmalıdır.
 - E-sigaraların toplum düzeyinde kullanım alışkanlıkları ve sonuçları izlenmelidir.
- Bu araştırmalardan türetilen tüm bilgilerin, halka net bir şekilde ulaştırılması gerekmektedir.^{13,15}

Mevcut veriler, E-sigaraların öncelikle ergenler ve genç yetişkinler tarafından kullanıldığını ve A.B.D'de yapılan araştırmaların, E-sigaraların lise öğrencileri arasında en çok kullanılan tütün ürünü olduğunu ve yanıcı sigaraların kullanımını aştığını göstermektedir.^{16,17} İlginç olarak, E-sigara kullanan 18 ila 24 yaş arasındakilerin, % 40'ı şu anda yakılan sigara kullanmakta (çiftli kullanım) ve E-sigara kullanan bu grubun yine yaklaşık % 40'ı da daha önce yanıcı bir sigara içmemiş olanlardan oluşmaktadır. Burada sorulması gereken soru, bu % 40'ın E-sigara kullanarak nikotine ömür boyu bağımlılık geliştirip geliştirmeyeceğidir. Hastalık Kontrol Merkezi, (CDC) E-sigara kullanıcılarının % 59'unun "çiftli kullanıcı" olduğunu, yani E-sigara dışında geleneksel sigaraları da kullandığını tespit etmiştir. Bu, elbette E-sigaraların bir sigara bırakma aracı olarak etkisini azaltmaktadır.¹⁴

Şu anda, E-sigaraların hamile kadınlar üzerinde potansiyel etkisi hakkında çok az kanıt ortaya konmuştur. Nikotinin, gelişmekte olan fetus üzerindeki etkileri ile ilgili çalışmalar dikkat çekicidir. Nikotin, fetus beyninde ve aynı zamanda ergenlerde gelişimsel değişikliklere neden olmaktadır.

SONUÇ

Birinci basamak sağlık çalışanları, sigaranın bırakılması ve danışmanlık hizmetlerinin sunumu açısından kilit noktada yer almaktadırlar. E-sigara tütün endüstrisinin pazardaki yeni stratejileri arasında olup, başta birinci basamak çalışanları olmak üzere tüm sağlık hizmet sunucularının konuya ilişkin bilgi ve tutumunun iyileştirilmesi, bu yeni pazarlama stratejisine karşı mücadelede önemli olacaktır. Bu iyileştirme sayesinde, toplumun bu konudaki farkındalığının artırılması ve yanlışların düzeltilmesinde önemli yol kat edilebilir.

E-sigaraların, sigara bıraktırmada yardımcı olarak ve zarar azaltma yöntemi de dâhil olmak üzere, potansiyel yararı kanıta dayalı olarak net bir şekilde gösterilememiştir. Sağlık profesyonellerinin hastalara nasıl danışmanlık yapılacağı ve daha genel olarak E-sigaralar hakkında doğru ve anlamlı bir şekilde nasıl iletişim kurulacağı konusunda tartışmalar sürmektedir. Genel olarak, kanıtların net bir resim çizmediği ve özel politika önerileri ya da klinik tavsiyelerde bulunmadığı tartışmaların çözümünde genel bir girişimde bulunmamıza rağmen, asıl öneri hastalara yanlış, yanıltıcı ya da aldatici mesaj vermekten kaçınmamız gerektiği en önemli tavsiyemizdir.

Bu konuda, hem birinci basamak çalışanlarını içine alacak, hem de diğer sağlık profesyonellerini kapsayacak şekilde, Türkiye'de tütünle mücadele konusunda önleyici programların

yaygınlaştırılabilmesi için de ülke çapında büyük ulusal çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

1. Ng M, Freeman MK, Fleming TD, Robinson M, Dwyer-Lindgren L, Thomson B, et al. Smoking prevalence and cigarette consumption in 187 Countries, 1980-2012. *J Am Med As.* 2014;31: 183-92.
2. GATS-Global adult tobacco survey. Comparison Fact Sheet Turkey, 2008 and 2012. [http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats Turkey 2008v2012 comparison fact sheet.pdf](http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/gats%20Turkey%202008v2012%20comparison%20fact%20sheet.pdf), Erişim tarihi: 10 Nisan 2018).
3. World Health Organization. MPOWER: WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva, Switzerland: World Health Organization; p:19, 2008. <http://www.who.int/tobacco/mpower/en/>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2018.
4. Jha P. Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking. *Nature Reviews Cancer* 2009; 9: 655-664.
5. Hughes JR, Keely J, Naud S. Shape of the relapse curve and long-term abstinence among untreated smokers. *Addiction.* 2004;99: 29-38.
6. Schlam TR, Baker TB. Interventions for tobacco smoking. *Ann Rev Clin Psych.* 2013;9: 675-702.
7. Piné-Abata H, McNeill A, Raw M, Bitton A, Rigotti N, Murray R. A survey of tobacco dependence treatment guidelines in 121 countries. *Addiction.* 2013;108:1476-1484.
8. Centers for Disease Control and Prevention . National Adult Tobacco Survey. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014; (63);1-6
9. Drummond, MB; Upson, D Electronic cigarettes. Potential harms and benefits. *Annals of the American Thoracic Society.* 2014. 11 (2): 236-242.
10. Etter, J. F.; Bullen, C.; Flouris, A. D.; Laugesen, M.; Eissenberg, T. "Electronic nicotine delivery systems: a research agenda". *Tobacco control.* 2011. 20 (3): 243-248.
11. Franck, C.; Budlovsky, T.; Windle, S. B.; Filion, K. B.; Eisenberg, M. J. "Electronic Cigarettes in North America: History, Use, and Implications for Smoking Cessation". *Circulation.* 2014. 129 (19): 1945-1952.
12. M., Z.; Siegel, M . Electronic cigarettes as a harm reduction strategy for tobacco control: a step forward or a repeat of past mistakes? *Journal of Public Health Policy* 32 2011 (1): 16-31.
13. Tanrıöver Ö. Aile Hekimlerinin Elektronik Sigara İle İlgili Farkındalık Düzeyleri, Zarar Algıları Ve Bu Konuda Klinik Uygulamalarını Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2016.
14. Choi, K., & Forster, J. (2013). Characteristics associated with awareness, perceptions, and use of electronic nicotine delivery systems among young US Midwestern adults. *American Journal of Public Health, 103, 556-561.*
15. Littlefield, A. K., Gottlieb, J. C., Cohen, L. M., & Trotter, D. R. M. (2015). Electronic cigarette use among college students: Links to gender, race/ethnicity, smoking, and heavy drinking. *Journal of American College Health, 63, 523-529.*
16. Pearson, J. L., Richardson, A., Niaura, R. S., Vallone, D.M., & Abrams, D. B. (2012). E-cigarette awareness, use, and harm perception in US adults. *American Journal of Public Health, 102, 1758-1766.*
17. Wills, T.A., Knight, R., Williams, R. J., Pagano, I., & Sargent, J.D. (2015). Risk factors for exclusive e-cigarette use and dual cigarette use and tobacco use in adolescents. *Pediatrics, 135, e43-e51.*
18. Frost-Pineda K, Appleton S, Fisher M, Fox K, Gaworski CL (2010). Does dual use jeopardize the potential role of smokeless tobacco in harm reduction? *Nicotine Tob Res.* 12: 1055-1067.
19. Dean E. Schraufnagel, F Blasi, M. Bradley Drummond, David C. L. Lam, Ehsan Latif, et al. "Electronic Cigarettes. A Position Statement of the Forum of International Respiratory Societies", *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine.* 2014; 190(6):611-618.
20. Brandon TH, Goniewicz ML, Hanna NH, et al. Electronic nicotine delivery systems: a policy statement from the American Association for Cancer Research and the American Society of Clinical Oncology. *J Clin Oncol.* 2015;33: 952-963.
21. Caputi TL. Industry watch: heat-not-burn tobacco products are about to reach their boiling point. *Tob Control.* 2017;26: 609-610.

Four Patients With Different Characteristics in Smoking and Cessation-Case Series

Sigarayı İçme ve Bırakma Konusunda Farklı Özellikte Dört Hasta- Olgu Serisi

Mustafa Ünal¹, Onur Öztürk^{*2}, Mustafa Yasin Selçuk¹, Bektaş Murat Yalçın¹

ABSTRACT

Smoking is one of the worst habits adversely affect health. Various reasons can play a part in starting smoking. Addictions are difficult to combat for various reasons. In our manuscript, four patients with different characteristics in smoking and cessation were presented.

Key words: Smoking, hookah, punishment, internship experience, excuse

ÖZET

Sigara, sağlığa olumsuz etkide bulunan en kötü alışkanlıklardandır. Sigaraya başlama nedenleri çok çeşitli olabilmektedir. Bağımlılıklarla çeşitli nedenlerle mücadele edilmesi zordur. Makalemizde, sigarayı içme ve bırakma konusunda farklı özellikte dört hasta sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Sigara, nargile, ceza, staj deneyimi, bahane

Received Date / Geliş tarihi: 17.03.2018, **Accepted Date / Kabul tarihi:** 26.04.2018

¹ Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Department of Family Practice, SAMSUN

² Asarcık Family Healthcare Center, Clinic of Family Practice, SAMSUN

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Onur Öztürk, Asarcık Family Healthcare Center, Clinic of Family Practice, SAMSUN

E-mail: dr.onurozturk@yahoo.com

Ünal M, Öztürk O, Selçuk MY, Yalçın BM. Sigarayı İçme ve Bırakma Konusunda Farklı Özellikte Dört Hasta- Olgu Serisi. TJFMPC, 2018;12(4) 322-328

DOI: 10.21763/tjfmpe.465776

INTRODUCTION

Smoking is one of the worst habits adversely affect health. Medical students have the opportunity to observe closely these health consequences. Despite all this, smoking is increasing alarmingly among medical students. Various reasons can play a part in starting smoking. The usual reasons are pleasure-seeking behaviour, a desire to experience something new, or curiosity. Usually, people do not start smoking to be addicted or to harm themselves. Addictions are difficult to combat for various reasons. Chemical and psychological mechanisms play roles and they all need to be addressed in intervention. While pharmacotherapy and psychotherapy in the form of motivational techniques are used, defence mechanisms of the mind are often overlooked. The mind uses some logical arguments to keep the addiction intact.

Hookah has a more innocent image in the society than smoking. In reality, hookahs are as harmful and addictive as cigarette smoking. Hookah cafes are established around the city and the customers usually have hookah and socialize. Presentation of the hookah with different pleasant smells, flavouring and colouring agents in these cafes attracts young people.

In this case series, we will talk about four interesting cases of patients that applied to our smoking cessation clinics, who quitted smoking by vocational training experience, who produced excuses not to quit smoking, who wanted to suffer from cigarette smoking and who became a regular smoker after testing nicotine forms.

CASE- 1

The Effect of Chest Diseases Internship and Asthma Attack on Quit Smoking

Background

The years of university studenthood are one of the most turbulent stages of development, and the last phase of adolescence, which is considered to be a transitional period, both social and biologically.¹ This period is hard and risky for everyone but it may be harder for medical students. Medical students gain access to medical schools after years of hard and disciplined work along with the close family support. Once they succeed they feel that the task is completed and they can relax. Most of them move away from their family losing one of the fundamental supports. The peer influence gets stronger.² This is a good breeding ground for addictions and many bad habits.

Although medical students are thought mainly health and diseases, the first year of the curriculum

does not allow students to develop the desired health conscience. Firstly if the school is teaching in a foreign language the first year is spent for language training when students don't pass the compatibility exam. When the students make it to the first term, the training is mainly about normal topography such as anatomy rather than the actual diseases with their causes. Furthermore, these lessons are hard and students are expected to acquire large volumes of knowledge in a relatively short time. In fact, burnout rates among medical students are found to be quite high.³ In this atmosphere, they resort helper techniques and substances they hear or believe. Some of these substances are energy drinks, caffeine or tobacco. Our case illustrates this relation very clearly.

Case Report

Our case, an intern doctor, is seeking advice on not restart smoking during a tobacco cessation seminar we held regularly. He also proposed a method of smoking cessation he believed would be very effective. He thinks visiting and working some time in chest disease department would be very effective. Had he been smoking by the time his work in this department he was sure he would definitely give up. When he is asked how he stopped the answer was a severe asthma attack requiring hospital treatment.

His detailed history revealed somewhat alarming information. In his words 'we were sweet, naïve and good Anatolian boys who achieved a good success by entering the medical school'. He shared a house with other students and his friends' circle included around 15 students. At the beginning only four or five of them were smokers. In time, a result of late nights, long studying hours and sometimes alcohol they were all smokers in the first term.

He knew he was asthmatic and he was warned against smoking since his childhood. But when he tried smoking for the first time it didn't seem to affect him badly. After seven years of smoking, he knew his health was affected badly. One day he smoked when he had a mild respiratory infection and suddenly suffered an asthma attack. Following this frightening choking feeling he stopped smoking. During his work in the chest department, seeing all those smoking-related problems he was happy for giving up. Every smoker should spend some time in this environment he thinks.

Discussion

Tobacco cessation is a very difficult challenge. Relapse rates are disappointingly high and nicotine addiction tricks people in many different forms and tactics. Scare tactics often do not work.⁴ Tobacco

counseling and close follow up seem to work best. But close experience to catastrophic consequences also seem to work on some occasions. People who witness someone close suffer badly or experience a severe health problem themselves may give up smoking suddenly.

According to Mayda et al. the probability of starting smoking is significantly higher in those who live with friends compared to those who stay with the family.⁵ Fidancı et al. reported that the most common cause of cigarette smoking in society is affectation.⁶ Therefore, in our medical schools there should be some steps to prevent young people fall into the trap of addictions. These may be; Mentor clinicians, stricter tobacco control measures among students and early education models of health and diseases along with their relations to addictions. Perhaps early visits or limited works with COAH patients or cirrhosis patients with alcohol-related problems may be effective. Clinical studies are required in this field.

CASE- 2

Mind Games: Protecting Addictions Including Smoking

Background

Smokers initially start smoking for pleasure. But after the addiction is established they carry on smoking because they cannot bear the unpleasant feelings of abstinence.⁷ But the health risks related smoking is so great the fight against smoking is gaining momentum in the world. As different health professionals are joining in this fight all advice their patients to quit.⁸ The accumulation of knowledge about smoking-related health problems and public campaigns against smoking puts pressure on smokers.⁹ Smoking is an irrational activity inflicting heavy damage on smokers and bystanders. But the addiction power of smoking is so great, quitting attempts often fail or high relapse rates occur.

Human mind builds psychological defence mechanisms to face problems.¹⁰ These defence mechanisms make our shortcomings in the world bearable and help us to maintain our integrity. In the case of smoking everyone knows that smoking is a dangerous and irrational activity that cannot be defended easily as a pleasure or freedom of choice. But giving up is very difficult. Nicotine has a strong addiction power and unpleasant feelings are so bothersome in abstinence, relapse occurs quite often.¹¹ Therefore smokers make efforts to protect this addiction in conscious or subconscious levels.¹² Defence mechanisms may come in various ingenious forms that difficult to combat. For example, as we see often in our clinic, the mind creates two or more possible hazardous scenarios;

one is smoking and the other is usually more hazardous i.e. putting on excessive weight, failing at work due to lost concentration and getting too angry that some criminal activity may occur.¹³ So, In the mind of a smoker clearly, smoking is the lesser evil. In the case below the duo was smoking or breaking the unity of the family.

Case Report

Fifty-yearold house woman applied to our clinic for smoking cessation. She expressed strong desire to quit. Her husband was smoking sometimes just to accompany her but did not smoke otherwise. Her son was a smoker. She usually smoked in the kitchen as smoking outside was not appropriate for women where she lived. Her Fagerstrom score was 8 and she smoked 20 a day. She described smoking 3-4 cigarettes in a row in the morning with a Turkish coffee after her husband gone to work was one of the biggest pleasures in life. 'Cigarette has been my best company for 25 years and I don't know how to apart from it' she said. She lived abroad and came back for a few months. She was going to have dental implant treatment and the surgeon advised her to quit strongly if the dental implant were to be successful. That was her main reason for applying to our clinic.

A smoking cessation program is made in combination with pharmacotherapy and psychotherapy. Motivational measures are taken i.e. changing the brand, smoking times and places. She objected to change brand as she brought many packs to cover all holiday period. Bupropion 150 mg daily for 3 days initially followed by 300 mg in two doses is planned. A quit day is agreed upon and she was called in again 3 days after quitting. She was told to get rid of all remaining cigarettes.

Four days after agreeing with a quit plan she came back complaining that the drug was making her sleepy. This was creating a social problem because her husband also arrived and she was expected to accompany him visiting families in the village. She stated 'it's impossible to stay awake. Can I stop taking drugs until he is gone back?' Her husband was planning to go back abroad in one or two weeks. According to the patient centred care principles, this was agreed. Three weeks later she came back to the clinic because the smoking cessation hotline, 171, insisted. She did not want to come because she couldn't stop smoking. She said that she was very surprised to see that restarting bupropion did not cause any sleepy feeling at all. When she offered a new quitting day and a fresh program she raised concern about going back abroad shortly and she did not have sufficient time left. She is advised to stick to the program and

attend cessation clinics when she can. She did not report back until this article is written which was after more than 3 months.

Discussion

Smokers make efforts to protect their habits. It is often difficult to admit that a person is unable or unwilling to quit in the face of health hazards and family/friend pressures.¹⁴ Instead they use defence mechanisms such as rationalization.¹⁵

In our case, the dentists and the family pressures were too great for her to resist. Conveniently the drug caused excessive sleepiness to a point where she could not fulfill her social duties. But later, after all settled, the drug was not making her sleepy any more. Defensive mechanisms cause obstacles to therapy; in fact, people may not even be aware that they produce excuses.¹⁶ Our patient realized later that the same medication did not cause sleepiness. This could be attributed to the development of tolerance to the drug. However, this is unlikely because of the smoking situation and no serious quitting attempt is made. Where she lived to have smoking cessation therapy was very difficult. So it will have to wait until she comes back again. In this way, she avoided the stress of quitting cigarettes now and bought time until the next visit sometimes in the future.

Perhaps followings can be considered as telltale signs that she was going to defend her habit: keeping remaining cigarettes, being forced to apply to cessation clinic by implant doctor and family, using almost a romantic language about smoking. However, all these need testing with controlled studies.¹⁷

In the clinic, we suspected that she was trying to protect her addiction subconsciously when she complained of excessive sleepiness. But as family physicians, we were mandated by principals of family medicine. One such principle is the patient centred approach in which all decisions are shared between patient and the physician and all concerns of the patients are addressed. Perhaps in dealing with addicts more paternal approach is required as patients are no longer in control of their addiction. Generally attempts to utilize behavioural cognitive approaches are difficult as patient's reasoning may seem too realistic. Patients may have difficulty to comprehend complex psychological defence mechanisms. Knowing the patient better and increasing the number of sessions may help the therapist to defeat the defensive mechanisms.

Conclusion

Patients use various defence mechanisms to protect their habits. The more paternal approach may be

required dealings with addiction. Counsellors should be aware of such mechanisms and try to overcome them. All patients should be brought to a level of acceptance that nothing is more harmful than smoking and smoking should be ceased at all costs.

CASE-3

An Interesting Self-Harm Method: Smoking Background

Self-injurious behaviour is giving damage to one's own body without the intent to kill.¹⁸ The reasons for this behaviour pattern are not fully understood. This behaviour manifests usually in the forms of self-mutilation with a razor or a sharp object in different parts of the body. Self-harming behaviour in young children may have the purpose of punishing the parents. These behaviours might manifest as not controlling urine or bowel movements, slapping themselves or banging their heads. Similar behavioural patterns in various forms may persist in the later ages.

Self-injurious behavior, a severe behavioural pathology, is most frequently seen in Borderline Personality Disorder. However, they are also often seen in substance abuse, mental retardation, impulse control disorders, major depression, posttraumatic stress disorder, dissociative disorders, and psychotic disorders.¹⁹

The harms of cigarette are now known to everyone. Governments, health authorities, various organizations and persons are fighting a relentless battle against cigarettes to prevent these harms. Within the scope of this battle, over expressions of a battle terminology or exaggerated scare terminology can be used. So the cigarette can be perceived as a handgun killer ready to kill. This perception might have the unintended effect on some people who have susceptible personality.

Case Report

An 18-year-old male patient applied to our clinic for smoking cessation treatment. He had a higher level of culture and more mature behaviour than his age. He was living alone and studying at the university as well as preparing for university exams at the same time. His tobacco dependence scores were moderate. Detailed history revealed that he was an enemy of the cigarettes. He described his feelings as 'Smoking was worse than suicide.' He had a nervous personality. If his friends smoked he used mobbing to stop them. If his father smoked at home he sent him out to the balcony. When his reasons for starting smoking are asked he gave the

following information. His father was doing apary work and he was taking his bees to the east of the country in the summer months. While his father was in the east the terrorist activities in that area had increased greatly and he was very worried about his father. He had a bad argument with his girlfriend at the same time. Things weren't going well in his university preparation classes. On that day he had a hard debate on a question with his teacher. He felt very bad. So he wanted to harm himself, bought a packet of cigarettes from the grocery store and finished them on the same day. The next day he did the same and couldn't stop smoking since then despite his efforts. Anger control studies were performed with the patient with the Focus on motivational counseling. A smoking cessation program is made including bupropion. The patient came to his sessions regularly and stopped smoking without difficulty.

Discussion

The self-injurious behaviour identified in our patient was assessed as a new diagnostic category in DSM-5, under the 'other situations where clinical attention should be focused' as 'history of personal self-harming behaviour'. Intentional self-injurious behaviour is defined as 'intentional bodily-mentally harm five or more times in a year causing pain bruising or bleeding. The intention is to cause mild-moderate bodily harm. For this diagnosis, the behaviour should not be identified as normal in the society and should not be limited to activities like lifting the scab or eating nails. the behaviour or outcomes should cause clinically significant impairment or impairment in the areas of interpersonal, academic, or other important functioning.²⁰ It may be argued that our patient is harming the whole body by smoking, affecting social life and academic success negatively. However, smoking doesn't fit fully in this category even though the intention of the patients exactly aims that.

Self-injurious behaviour can occur in different forms. When people cannot cope with the difficulties of life, they can express themselves in extreme ways. Self-harmful behaviour may not be only manifest with self-mutilation. Patients may exhibit harmful behavior in a variety of ways. Smoking as a self-harm is a very rare condition in the clinic. Durmuş et al. reported a case in which the patient had burned some parts of own body with cigarettes.¹⁸ In our case smoking is preferred to harm the whole body. Exaggerated jargon for strengthening the effectiveness of the fight against tobacco may trigger unusual behaviours to be effective in fighting cigarettes, those who tend to use discourses other than scientific can lead to different behavioural patterns. For this reason, students can come home from primary school

crying and begging their parents to quit smoking. Some young people can choose to smoke for the self-punishment method as a result of exaggerated perception. When the punishment they desire does not realise quickly they may be left with the addictions for life.

Riala et al. It has been shown that cigarette smoking among rats may lead to self-injurious behaviour.²¹ Çimen et al. Reported that cigarette use in parents did not affect the self-harm behaviour.²² In our case , the fact that our father was a smoker may have triggered self-harm behaviour.

Treatment of self-injurious behaviour requires mixed approaches as it's aetiology multifactorial. Psychotherapeutic or pharmacological approaches can be selected in the treatment.²³ Both methods have been used successfully in our patient who remains free from smoking.

CASE-4

Jumping From Hookah to Regular Smoking

Background

Smoking is one of the most common addictions and causes many health problems. Nicotine is the substance responsible for this addiction.²⁴ Nicotine is as addictive as heroin.²⁵ People start using nicotine for pleasure initially. After the addiction sets in, nicotine is sought to alleviate abstinence symptoms. Abstinence symptoms and cravings for nicotine get so severe; they seek nicotine regardless of the delivering device. Any device that delivers nicotine through inhalation alleviates nicotine cravings. For this reason a person may start using hookah and progress on to cigarettes or more commonly use them both.²⁶

All devices that deliver nicotine through inhalation can start nicotine addiction. Water pipes or hookahs are considered less dangerous than tobaccos.²⁷ In reality hookah smoking has serious health consequences.^{28,29} Also hookah houses are established around the cities in the image of decent places to socialize. They are mainly designed to attract young people. Young man and girls sit in a pleasant environment and smoke hookahs. Pleasant smells and flavourings in these hookahs together with the atmosphere lure young people to try hookahs.³⁰ Soon they become addicted to nicotine and start seeking other convenient nicotine suppliers, i.e. cigarettes. Our case is an example of this transition.

Case Report

A university student male smoker aged 22 applied to our clinic for smoking cessation therapy. His Fagerstrom scoring was 8 (heavy smoker). He was studying in Cyprus and got concerned about his health after he could not run in the football match as well as he used to. He is aware of the dangers if he continues smoking. He tried unsuccessfully to quit a couple of times and decided to seek help. Psychological and pharmacological therapy is started.

He was asked how this cigarette addiction started. When he was a high school student he studied in a town a 100 kilometres away from home. In the last year of high school he was preparing heavily for the university exam. He was attending to university preparing a course in holidays in his hometown. After the course group of a few friends used to visit a hookah house and revise the lessons while smoking hookah. When the holiday was over he went back to his school and to his surprise, he was craving for hookah. Craving was so strong he sought advice from his hookah mates. They simply told him to smoke cigarettes instead. He smokes since then and now he regularly smokes 20 cigarettes a day. Asked if he still smokes hookahs, he confirmed and added he occasionally smokes cigars, pipes and even electronic cigarettes. He is specifically requested to stay away hookah houses and any social settings where smoking takes part because he was hooked on cigarettes through the hookah. He stated that might be very difficult as anti-smoking policies in Cyprus was not rigorous and smoking hookahs – even cigarettes are an integral part of social life.

Discussion

Tobacco addiction comes in many forms. Some of them are cigarettes, pipes, cigars hookahs and recently electronic cigarettes. Although they may look different they all cause addiction through nicotine.³¹ When it is inhaled it causes dopamine peaks and these peaks are instrumental for addiction.

Hookahs are served generally in hookah houses and cafes where young people attend.³² These houses supposedly allow people smoke hookah in open spaces. But many cover the garden or allocated space with plastic sheeting like a greenhouse therefore creating a closed space. Even if they allow hookah in an open space, various pleasant odours and smells coming from different additives make hookah attractive to young people. Hookah has a more innocent image in the society. Because the smoke goes through the water people think it is purified and less dangerous than smoking. These cafes have a pleasant atmosphere

where young people socialize. No one uses the hookah with the intention of becoming a nicotine addict. People somehow think that addiction is for some other people.³³ Because they are using hookah or other devices that deliver nicotine through inhalation for pleasure intentionally they think it's under control, therefore, they can stop whenever they want to. But in reality after the addiction sets in people quickly realize that they are no longer smoking for pleasure but to avoid unpleasant feelings when they don't take the nicotine. Our case illustrates that not all smokers start off with cigarettes.

Conclusion

For nicotine addiction dopamine surge is required in the brain. Inhaled nicotine provides dopamine surge with every puff hence creates powerful addiction. Hookahs are hooking young people into nicotine addiction. Public campaigns against hookah use and tighter control of hookah houses are required to fight tobacco.

REFERENCES

1. Özkan S, Yılmaz E. Üniversite öğrencilerinin üniversite yaşamına uyum durumları (Bandırma örneği). Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2010;5(13):153-71.
2. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. Mayo Clin Proc. 2005 Dec;80(12):1613-22.
3. Güdük M, Erol Ş, Yağcıbulut Ö, Uğur Z, Özvarış ŞB, Aslan D. Ankara'da bir tıp fakültesi'nde okuyan son sınıf öğrencilerde tükenmişlik sendromu. Sted, 2005;14(8):169-73.
4. World Health Organization. 2012 Global progress report on implementation of the WHO framework convention on tobacco Control. 2012; 44-50. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79170/1/9789241504652_eng.pdf (Available: 04.04.2017)
5. Mayda AS, Tufan N, Baştaş S. Düzce tıp fakültesi öğrencilerinin sigara konusundaki tutumları ve içme sıklıkları. Kor Hek 2007; 6 (5): 364-370.
6. Fidancı I, Ozturk O, Yalcin BM. Evaluation of the relation between reasons for initiating smoking and dependence level. J. Exp. Clin. Med., 2017; 34(1): 47-50.
7. Davis JM, Mills DM, Stankevitz KA, Manley AR, Majeskie MR, Smith SS. Pilot randomized trial on mindfulness training for smokers in young adult binge drinkers. [BMC Complement Altern Med.](#) 2013 Sep 3;13:215.
8. Redding CA, Rossi SJ, Rossi RS, Velicer WF, Prochaska JO. Health behaviour models. The

- International Electronic Journal of Health Education 2000; 3: 180–193.
9. Gifford EV, Kohlenberg BS, Hayes SC, Antonuccio DO, Piasecki MM, Hall MLR. Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy* 2004; 35(4), 689-705.
 10. Benford RB, Gough B. Defining and defending ‘unhealthy’ practices: a discourse analysis of chocolate ‘addicts’ accounts. [J Health Psychol](#). 2006 May;11(3):427-40
 11. Hall SM, Munoz RF, Reus VI, Sees KL. Nicotine, negative affect, and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1993; 61:761-767.
 12. Ockene JK, Mermelstein RJ, Bonollo DS, Emmons KM, Perkins KA, Voorhees CC, et al. Relapse and maintenance issues for smoking cessation. *Health Psychol*. 2000 Jan;19(1S):17-31.
 13. Velicer WF, Prochaska JO, Rossi JS, Snow MG. Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychol Bull*. 1992 Jan;111(1):23-41.
 14. Curry SJ, Grothaus L, McBride C. Reasons for quitting: Intrinsic and extrinsic motivation for smoking cessation in a population-based sample of smokers. [Addict Behav](#). 1997 Nov-Dec;22(6):727-39.
 15. Heikkinen H, Patja K, Jallinoja P. Smokers’ accounts on the health risks of smoking: Why is smoking not dangerous for me? [Soc Sci Med](#). 2010 Sep;71(5):877-83.
 16. Pickard H. Denial in Addiction. *Mind & Language* 2016; 31(3): 277–299.
 17. Poland BD, Cohen JE, Ashley MJ, Adlaf E, Ferrence R, Pederson LL. Heterogeneity among smokers and non-smokers in attitudes and behaviour regarding smoking and smoking restrictions. [Tob Control](#). 2000 Dec;9(4):364-71.
 18. Durmuş M, Tuncer SK, Öznur T, Yapıcı A, Bayram Y, Karapınar U. Self Mutilasyona Bağlı Yanık: Olgu Sunumu. *Turk Plast Surg* 2014;22(3).
 19. Dulit RA, Fyer MR, Leon AC, Brodsky BS, Frances AJ. Clinical correlates of self-mutilation in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry* 1994; 151, 1305–11.
 20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
 21. Riala K, Hakko H, Räsänen P; Study-70 Workgroup. [Nicotine dependence is associated with suicide attempts and self-mutilation among adolescent females](#). *Compr Psychiatry*. 2009 Jul-Aug;50(4):293-8. doi: 10.1016/j.comppsy.2008.08.012. Epub 2008 Oct 16.
 22. Çimen İD, Coşkun A, Nasıroğlu S, Etiler N. İzmit’te yaşayan ergenlerde kendine zarar verme davranışı ve aile özellikleri ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2017;18(3):257-64.
 23. Altındağ A, Bozgeyik Ö. Kendine Zarar Verme Davranışları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2009;2(1), 92-98.
 24. [Sanner T](#), [Grimsrud TK](#). Nicotine: Carcinogenicity and Effects on Response to Cancer Treatment – A Review. *Front Oncol*. 2015 Aug 31;5:196.
 25. WHO, 2014. Geneva. Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf. Access: 17.11.2016
 26. Richter L, Pugh BS, Smith PH, Ball SA. The co-occurrence of nicotine and other substance use and addiction among youth and adults in the United States: implications for research, practice, and policy. [Am J Drug Alcohol Abuse](#). 2017 Mar;43(2):132-145.
 27. Fauci GL, Weiser G, Steiner IP, Shavit I. Carbon monoxide poisoning in narghile (water pipe) tobacco smokers. *CJEM*. 2012 Jan;14(1):57-9.
 28. Akl EA, Gaddam S, Gunukula SK, Honeine R, Jaoude PA, Irani J. The effects of waterpipe tobacco smoking on health outcomes: a systematic review. *Int J Epidemiol*. 2010 Jun;39(3):834-57.
 29. Shihadeh A, Saleh R. Polycyclic aromatic hydrocarbons, carbon monoxide, “tar”, and nicotine in the mainstream smoke aerosol of the narghile water pipe. [Food Chem Toxicol](#). 2005 May;43(5):655-61.
 30. Plummer BA, Velicer WF, Redding CA, Prochaska JO, Rossi JS, Pallonen UE, et al. Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking measurement and validation in a large, school-based population of adolescent. [Addict Behav](#). 2001 Jul-Aug;26(4):551-71.
 31. [Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\)](#). Tobacco Product Use Among Middle and High School Students — United States, 2011 and 2012. [Morbidity and Mortality Weekly Report \(MMWR\)](#). 2013; 62(45):893-7.
 32. Barnett TE, Curbow BA, Weitz JR, Johnson TM, Smith-Simone SY. Water Pipe Tobacco Smoking Among Middle and High School Students. *Am J Public Health*. 2009 Nov;99(11):2014-9.
 33. Primack BA, Walsh M, Bryce C, Eissenberg T. Water-Pipe Tobacco Smoking Among Middle and High School Students in Arizona. [Pediatrics](#). 2009 Feb;123(2):e282.