

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

Year 2022 / September / Volume 16 / Issue 3 / e-ISSN: 1307-2048

Official Journal of Family Medicine Academy

The Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) is published online 4 times a year; March, June, September and December since 2007. The peer-reviewed journal's chief objective is to provide high- quality continuing professional development 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)

Owner/ İmtiyaz Sahibi

Aile Hekimliği Akademisi Derneği Adına
Yönetim Kurulu Başkanı
Prof.Dr.Okay Başak

Editor in Chief/ Baş Editör

Prof.Dr.Nafiz Bozdemir
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Emekli Öğretim Üyesi
Adana, Türkiye

E-mail

tjfmpe@gmail.com

Tel: 90-507-2618148

Publisher/Yayıncı

Aile Hekimliği Akademisi Derneği

Publisher Address/Yayıncı Adresi

Aile Hekimliği Akademisi Derneği
DEÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.
İnciraltı 35340 İzmir-Türkiye

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care

Editor in Chief

Nafiz Bozdemir (Çukurova University, Türkiye, retired lecturer)

Editorial Advisory Board

Sevgi Özcan (Çukurova University, Türkiye)

Okay Başak (Adnan Menderes University, Türkiye)

Recep Erol Sezer (Yeditepe University, Türkiye)

Dilek Güldal (Dokuz Eylül University, Türkiye)

Editors

Sevgi Özcan (Çukurova University, Türkiye)

Okay Başak (Adnan Menderes University, Türkiye)

Hatice Kurdak (Çukurova University, Türkiye)

Dilek Güldal (Dokuz Eylül University, Türkiye)

M. Mümtaz Mazırcıoğlu (Erciyes University, Türkiye)

Erkan Melih Şahin (Onsekizmart University, Türkiye)

Recep Erol Sezer (Yeditepe University, Türkiye)

Ruhuşen Kutlu (NE University, Türkiye)

Ümit Aydoğan (Sağlık Bilimleri University, Türkiye)

Rıza Çıtlı (Gaziosmanpaşa University, Türkiye)

Nil Tekin (Narlıdere Huzur Evi, Türkiye)

Çiğdem Gereklioğlu (Çukurova University, Türkiye)

Tamer Edirne (Pamukkale University, Türkiye)

Derya İren Akbıyık (Hitit University, Türkiye)

Tolga Günvar (Dokuz Eylül University, Türkiye)

Özden Gökdemir (İzmir Ekonomi University, Türkiye)

Yusuf Çetin Doğaner (SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Türkiye)

Publishing Editor

Yücel Uysal (Mersin University, Türkiye)

Language Editors

English Language:

Tolga Günvar (Dokuz Eylül University, Türkiye)

Özden Gökdemir (İzmir Ekonomi University, Türkiye)

Yusuf Çetin Doğaner (Sağlık Bilimleri University)

Çiğdem Gereklioğlu (Çukurova University, Türkiye)

Turkish Language:

Hatice Kurdak (Çukurova University, Türkiye)

Yusuf Ziya Halefoğlu (Çukurova University, Türkiye)

Onur Dursun (Çukurova University, Türkiye)

Filiz Yıldız (Çukurova University, Türkiye)

Aslı Korur (Başkent University, Türkiye)

Zeliha Yelda Özer (Çukurova University, Türkiye)

Ayşe Nur Topuz (Çukurova University, Türkiye)

International Editors

Lewis D. Ritchie (Aberdeen University, UK)

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, Türkiye)

Cahit Özer (Mustafa Kemal University, Türkiye)

İlker Ünal (Çukurova University, Türkiye)

Yaşar Sertdemir (Çukurova University, Türkiye)

Web Editors

Bora Gönen (DNA R&D Engineering, Türkiye)

Umutcan Yıldırım (Çukurova University, Türkiye)

Kerim Dalgıç (Ege University, Türkiye)

Murat Fazıl Soyal (Mersin City Hospital, Türkiye)

Graphic Editors

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

Scientific Board

Abdullah Sarıöz	Deniz Tuncel	Gülcan Bahcivan	Naim Nur	Serdar Öztora
Abdülkadir Kaya	Deniz Karayün	Gülşah Akyol	Naim Karagöz	Serkan Kumbasar
Ali Timuçin Atayoğlu	Deniz Koçoğlu	Gülşen Hasçelik	Nazan Bilgel	Serpil Aydın Demirağ
Ahmet Barış Güzel	Deniz Tanyer	Güzel Dişçiğil	Nazan Karaoğlu	Seval Akgün
Ahmet Muhtar Şengül	Dercan Gençbaş	Hacer Bozdemir	Nazlı Şensoy	Sevgi Özcan
Ali Batuş	Derya İren Akbıyık	Hacer Yapıcıoğlu	Neşe Akın	Sevgül Dönmez
Ali Deniz	Deya Kaya Şenol	Hakan Kaleağası	Nevin Uslu	Seza Ayşe İnal
Ali Güneş	Derya Tanrıverdi	Hakan Özdoğu	Nezih Dağdeviren	Songül Duran
Ali Rıza Şişman	Didem Sunay	Hasan Basri Üstünbaş	Nihal Zekiye Erdem	Sunay Fırat
Aliye Mavili	Dilek Avcı	Hatice Kurdak	Nigar Çelik	Süheyl Asma
Aliye Mandıracıoğlu	Dilek Çingil	Hatice Küçükceran	Nil Tekin	Süleyman Görpelioğlu
Altan Eşşizoğlu	Dilek Özcan	Hikmet Pekcan	Nilgün Özçakar	Süleyman Özdemir
Anıl Tombak	Dilek Toprak	Hülya Akan	Nuray Egelioğlu Cetişli	Sümeyye Akyüz
Arda Yılmaz	Duygu Aylmaz Başer	Hülya Çakmur	Nurcan Yabancı	Şebnem Bıçakçı
Arzu Uzuner	Duygu İlke Yıldırım	Hülya Elmalı Şimşek	Nurdan Evliyaoğlu	Şebnem Yosunkaya
Arzu Yıldırım	Ebru Gözüyeşil	Hülya Türkmen	Nurgül Güngör Tavşanlı	Şefika Dilek Güven
Aslı Uçar	Ediz Yeşilkaya	Hüseyin Avni Şahin	Nurettin Oğuz	Şenay Aras Doğan
Aslıhan Ulu	Elif Deniz Şafak	Hüseyin Balcıoğlu	Nurşen Düzgün	Şengül Yaman
Asya Banu Babaoğlu	Elif Gökçearslan	Hüseyin Per	Nurver Turfaner	Şenol Demircan
Asuman İnan	Emre Benlidayı	İbrahim Başhan	Sipahioğlu	Şule Gökyıldız
Ayça Şolt Kırcı	Ercan Çalışkan	İbrahim Öztur	Oğuz Tekin	Tacettin İnandı
Aydan Gülsüm Genç	Ercüment Erbay	İlhami Ünlüoğlu	Okay Başak	Tamer Edirne
Ayfer Gemalmaz	Erkan Melih Şahin	İlker Ünal	Onur Dursun	Tamer Tetiker
Ayla Uzuncıçek	Erol Kesiktaş	İlknur Aydın Avcı	Onur Öztürk	Taşkın Ketenci
Aylin Yalçın İrmak	Ertan Mert	İlknur Yeşilçınar	Orçun Yalav	Timur Ekiz
Aynur Çetinkaya	Esat Veli Karakoç	İrfan Yıldabakan	Orhan Murat Koçak	Tijen Şengezer
Aysun Ardıç	Esra Ataoğlu	İshak Aydemir	Özge Tuncer	Tolga Günvar
Ayşe Serpen	Esra Çalık Var	İzzet Fidancı	Özgür Enginyurt	Tonguç Berkol
Ayşe Semra Demir Akca	Eyüp Gencil	Kadir Özdel	Özlem Bulantekin	Tuba Özyayın
Ayşegül Özcan	Ezgi Ağadayı	Kevser Tari Selçuk	Düzalan	Tuğba Yıldırım
Ayşegül Yolga Tahiroğlu	Ezgi Özyılmaz	Kurtuluş Öngel	Özlem Çınar Özdemir	Tunay Sarpel
Bahadır Yazıcıoğlu	Fatma Sayiner	Kürşad Akadlı Özşahin	Özlem Güner	Tunç Ozan
Bediye Öztaş	Ferda Dağlı	Mahcubec Cubukcu	Özüm Erkin	Turan Set
Behice Kurtaran	Ferdi Tanır	Melahat Demirbilek	Papatya Karakurt	Umut R. Gündüz
Bektaş Murat Yalçın	Fahri Özsungur	Mehmet Akman	Pemra C. Ünalın	Ülken Tunga Babaoğlu
Berrin Telatar	Fatma Göksin Cihan	M. Mümtaz Mazıcıoğlu	Ramazan Akçan	Ümit Aydoğan
Bihter Akın	Fevziye Çetinkaya	Mehmet Karakaş	Recep Civan Yüksel	Veli Duyan
Bilge Sümbül	Fevziye Toros	Mehmet Sargın	Recep Erol Sezer	Vildan Mevsim
Bilgen Başkut	Figen Turan	Mehmet Özen	Refik Burgut	Volkan İzol
Bilgin Yüksel	Fikret Bademkiran	Mehmet Uğurlu	Rengin Güzel	Yasemin Çayır
Binali Çatak	Filiz Adana	Mehmet Ungan	Reşat Dabak	Yasemin Korkut
Biröl Güvenç	Filiz Polat	Mehtap Evran	Rıza Çitil	Yasin Şahintürk
Burcu Avcıbay	Fisun Sözen	Mehtap Kartal	Ruhuşen Kutlu	Yavuz Selim Yıldırım
Burcu Ceylan	Funda Pınar Çakıroğlu	Melahat Akdeniz	Rukuye Aylaz	Yeliz Mercan
Burcu Kayhan Tetik	Funda Yıldırım Baş	Melahat Demirbilek	Saliha Bozdoğan Yeşilot	Yeltekin Demirel
Cahit Özer	Fusun Ersoy	Meryem Fırat	Sami hatipoğlu	Yener Aydın
Can Öner	Gamze Özçürümez	Meryem Öztürk Haney	Seçil Günher Arıca	Yeşim Uncu
Canan Kaş Güner	Bilgili	Mesut Sancar	Sedat Kuleci	Yeter Durgun Ozan
Cem Doğan	Giray Kolcu	Metek Korkut Gülmen	Sedef Kuran	Yiğit Akın
Cengiz Eser	Gonca Karataş Karakuş	Metin Ocak	Selahattin Gelbal	Yusuf Karataş
Cevriye Cansız Ersöz	Gonca Polat	Meyreme Aksoy	Selçuk Mısıktık	Yusuf Çetin Doğaner
Cüneyt Karaaslan	Gökhan Tümgör	Mikail Özdemir	Selim Kadioğlu	Yüksel Ersoy
Çiçek Hocoaoğlu	Gökmen Özceylan	Mustafa Çelik	Selma Çivi	Yüksel Ufuktepe
Çiğdem Apaydın Kaya	Göknur Kalkan	Mustafa Erol	Semiha Aydın Özkan	Zeynep Güngörmüşler
Cihangir Özcan	Gözde Gökçe İşbir	Mustafa Fevzi Dikici	Semra Çelikli	Zeynep Tuzcular Vural
Çantürk Capık	Gülay Yılmazel	Muhammed Oylumlu	Semra Saruç	Zuhal Sağlam
Damla Bayrak	Gülendam Karadağ	Muhammet Bayraktar	Serap Daşbaş	
Deniz Çalışkan	Gülbin Gökçay	Muhteşem Erol Yayla	Serap Çifçili	
Deniz Tanyer	Gülcan Arusoğlu	Nafiz Bozdemir	Serdar Gürel	

International Editorial Board

Afshin Peyrovani, Iran	P.Pandiyan Pachimuthu, India
Alireza Abdollah Shamshirsaz, USA	Pratik Kalsaria, USA
Arthanari Ganesan, India	Radost Assenova, Bulgaria
Boonchu Pattama, Tayland	Sanjay Yadav, India
Deepak Chopra, India	Shlomo Vinker, Israel
Ebiringa Blaise Anyanwu, Nigeria	Suhel Ashraff, UK
Han Xu, China	Suneel Pratap Bhatnagar, India
Inam Danish Khan, India	Supriya Bhat, India
Mahsa Gilanipoor, Iran	Tamanna S Sinha, India
Murlean Mills, Australia	Waris Qidwai, Pakistan
Muhammad Salman, UK	Wendy Barber, Canada
Ndifreke Udonwa, Nigeria	
Olabode Alli, Nigeria	
Olanrewaju Jerry-Ijshakin, UK	

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 soyadı(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 soyadı(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 soyadı(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

1. The Effect Of Parenting Stress On The Life Of Children Aged 2-4 During The Covid-19 Pandemic
Selda Yörük, Fatma Ersin
TJFMPC, 2022;16(16):475-484 DOI: 10.21763/tjfmpe.1051193
 2. Factors Affecting to the School Aged Children's Dietary Behaviors and Obesity Status: Rural and Urban Area Comparison
Arzu Yörük, Meryem Öztürk Haney
TJFMPC, 2022;16(16):485-492 DOI: 10.21763/tjfmpe.1057791
 3. The Problems Experienced By Cancer Patients During The Covid-19 Pandemic: A Qualitative Study
Fahimeh Hosseinnezhad Hendvari, Nihal Aydın
TJFMPC, 2022;16(16):493-502 DOI: 10.21763/tjfmpe.1066799
 4. The Effects of the COVID-19 Pandemic on Mental Health of University Staff
Arzu Yıldırım, Rabia Hacıhasanoğlu Aşlar, Bülent Yiğit, Şeyda Can
TJFMPC, 2022;16(16):503-516 DOI: 10.21763/tjfmpe.1054830
 5. Views of Health Professionals Working in Family Health Centers on Knowledge and Early Diagnosis on Autism
Yaşar Tamur, Nesrin Şen Celasin
TJFMPC, 2022;16(16):517-531 DOI: 10.21763/tjfmpe.1041206
 6. Factors Affecting Attitude Towards Menopause and Symptom Severity
Ufuk Ünlü, Fatma Ünlü, Elif Erdoğan Ceylan, Nihat Yıldırım, Fatih Albayrak, Ali Rıza Sazak, Ömer Çetinel, Mukaddes Akdiş, Süreyya Anıl Pelitli, Nagihan Yıldız Çeltek
TJFMPC, 2022;16(16):532-541 DOI: 10.21763/tjfmpe.1097224
 7. Evaluation Of The Relationship Between The 'Falling Risk' And Vitamin D Level Of Patients Receiving Neurological Rehabilitation Treatment
Mehmet Vatansever, Cüneyt Ardiç, Serdar Karakullukçu, Osman Topçu, Ayşe Şahin
TJFMPC, 2022;16(16):542-549 DOI: 10.21763/tjfmpe.932073
 8. Examination of Emotions and Thoughts of Elderly Individuals Regarding COVID-19
Hatice Tekin, Güler Duru Aşiret
TJFMPC, 2022;16(16):550-558 DOI: 10.21763/tjfmpe.1101602
 9. Investigation of Cancer Attitudes and Affecting Factors of Women Registered In A Family Health Center In Erzurum
Özlem Arı, Meral Kılıç
TJFMPC, 2022;16(16):559-573 DOI: 10.21763/tjfmpe.1035670
 10. Comparison of The Personal Characteristics of Young Adults and Their Mothers with Toilet Training Experience and Toilet Habits
Zeynep Ölçer, Ayşe Çal
TJFMPC, 2022;16(16):574-585 DOI: 10.21763/tjfmpe.1118572
 11. What Do The Patients With Prosthesis Related Joint Infections Experience? A Qualitative Research
Arzu Nazlı, Gizem Limnili, Nilgün Özçakar, Vildan Avkan-Oğuz
TJFMPC, 2022;16(16):586-597 DOI: 10.21763/tjfmpe.1097949
 12. Evaluation of Women's Life Satisfaction and Effecting Factors During COVID-19 Pandemic in Turkey
Meltem Uğurlu, Arzu Kul Uçtu
TJFMPC, 2022;16(16):598-606 DOI: 10.21763/tjfmpe.1142418
 13. Evaluation of The Effect of Using Devices Emitting Blue Light On The Total Sleep Duration of 1-3-Year-Old Children
Kübra Koçyiğit Gültepe, Dilek Cingil
TJFMPC, 2022;16(16):607-614 DOI: 10.21763/tjfmpe.1097355
- Review**
14. The Importance of Strategic Perception Management in Health Institutions in terms of Patient Satisfaction and Institutional Sustainability
Yeter Demir Uslu
TJFMPC, 2022;16(16):615-623 DOI: 10.21763/tjfmpe.1011849
 15. The Use of Health Informatics and Information Technology: The Situation in Botswana
Olebeng Mpho Mackenzie, Emel Filiz
TJFMPC, 2022;16(16):624-631 DOI: 10.21763/tjfmpe.1065480
 16. Early Age and Forced Marriages At Childhood
Melis Çelebi Erkiş, Birgül Piyal
TJFMPC, 2022;16(16):632-638 DOI: 10.21763/tjfmpe.1097766



Original Research / Orijinal Araştırma

The Effect Of Parenting Stress On The Life Of Children Aged 2-4 During The Covid-19 Pandemic

Covid-19 Pandemi Sürecinde Anne-Baba Stresinin 2-4 Yaş Çocukların Yaşam Kalitesine Etkisi

Selda Yörük¹, Fatma Ersin²

Abstract

Introduction:This study aims to determine the relationship between the perceived stress levels of parents having children aged 2-4 years with the quality of life of their children, sociodemographic characteristics, and psychological behaviors observed in children during the COVID-19 pandemic. **Method:**In the cross-sectional study, 458 parents were enrolled using nonprobability sampling. As data collection tools; descriptive data recording form, perceived stress scale (PSS), and the Quality of Life Scale for Children (QoL-C) were used. QoL-C consists of subdimensions, physical health total score (PHTS), psychosocial health total score (PsychoTS) and the Quality of Life Scale for Children total score (QoL-CTS). Data were collected by online survey via Google Form. **Results:** The mean age of the parents was 31.73±5.15 years, 86.5% of the parents participating in the study were mothers, a total of 64.2% had higher education. 37.6% of the children were 4 years old and 53.9% were girls. PsychoTS and QoL-CTS were found to be significantly higher in children whose fathers had a high school education or less. In addition, the mean PHTS in children of working parents was significantly higher(p<0.05). In multivariate analysis, variables that were significant in predicting the perceived stress score were having anxiety about contagion to the family(β: -0,258, p<0,001), irritability(β: 0,124, p<0,01), parent being a mother(β: -0,094, p=0,032), and controlling their reaction to the news on social media or TV when their children were with them (β: -0,100, p=0,021). In addition, significant variables in predicting PHTS were having anxiety dream/nightmare (β: -0,099, p=0,037), and controlling their reaction to the news on social media or TV when their children were around (β: 0,121, p=0,009). Variables that were significant in predicting PsychoTS were father's education (β: -0,142, p=0,001), irritability(β: -0,093, p=0,046), sleep disorder (β: -0,119, p=0,01), anxiety dream/nightmare (β: -0,131, p=0,003), jealousy (β: -0, 110, p=0,026), anti social behavior (β: -0,162, p<0,001), and frequent hand washing (β: -0, 146, p=0,001). Variables that were significant in predicting the QoL-CTS score were father's education (β: -0,133, p=0,002), change in eating habits (β: -0,104, p=0,030), dream/nightmare(β: -0,121, p=0,007), jealousy (β: -0, 117, p=0,019), anti social behavior (β: -0,122, p=0,008), frequent hand washing (β: -0, 139, p=0,002), and controlling their reaction to the news on social media or TV when their children were around(β: 2,116, p=0,035). **Conclusions:** The stress experienced by parents during the pandemic affects the quality of life of children.

Key words: paternal stress, child, quality of life

Özet

Giriş: Çalışmanın amacı; COVID-19 salgını sürecinde 2-4 yaş çocuğu olan ebeveynlerin algılanan stres, çocuk yaşam kalitesi ile çocuklarda gözlemlenen ruhsal davranışlar ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkiyi belirlemektir. **Yöntem:** Kesitsel tipteki çalışmada, olasılıksız örneklem seçimi yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak; tanımlayıcı veri kayıt formu, algılanan stres ölçeği (ASÖ), çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği (ÇİYKO) kullanılmıştır. ÇİYKO; fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP), çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği toplam puanı (ÇİYKOTP) alt boyutlarından oluşmaktadır. Veriler Google Form aracılığıyla online anket ile toplanmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya 458 ebeveyn katılmış olup, %86,5'i anne, yaş ortalaması 31.73±5.15 ve %64,2'si üniversite ve üstü eğitime sahiptir. Çocukların %37,6'sı 4 yaşında ve %53,9'u kız'dır. Üniversite mezunu babaların çocuklarına göre, lise ve altı eğitim durumuna sahip babaların çocuklarında PSTP ve ÇİYKOTP ortalaması anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca çalışan ebeveynin çocuklarında, çalışmayan ebeveynlerin çocuklarına göre PSTP ortalaması anlamlı olarak yüksektir (p<0.05). Çok değişkenli analizde; algılanan stres puanını öngörmeye anlamlı olan değişkenler; ailesine bulaş kaygısının olması (β: -0,258, p<0,001), sinirlilik (β: 0,124, p<0,01), ebeveynin anne olması (β: -0,094, p=0,032), çocuğu yanındayken sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerini kontrol etme (β: -0,100, p=0,021)'dir. FSTP puanını öngörmeye anlamlı olan değişkenler; korkulu rüya/kabus (β: -0,099, p=0,037), çocuğu yanındayken sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerini kontrol etme (β: 0,121, p=0,009)'dir. PSTP puanını öngörmeye anlamlı olan değişkenler; babanın eğitimi (β: -0,142, p=0,001), sinirlilik (β: -0,093, p=0,046), uyku bozukluğu (β: -0,119, p=0,01), korkulu rüya/kabus (β: -0,131, p=0,003), kıskançlık (β: -0, 110, p=0,026), anti sosyal davranış (β: -0,162, p<0,001), sık el yıkama (β: -0, 146, p=0,001)'dir. ÇİYKOTP puanını öngörmeye anlamlı olan değişkenler; babanın eğitimi (β: -0,133, p=0,002), yeme değişikliği (β: -0,104, p=0,030), korkulu rüya/kabus (β: -0,121, p=0,007), kıskançlık (β: -0, 117, p=0,019), anti sosyal davranış (β: -0,122, p=0,008), sık el yıkama (β: -0, 139, p=0,002), çocuğu yanındayken sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerini kontrol etme (β: 2,116, p=0,035)'dir. **Sonuç:** Pandemi sürecinde ebeveynlerin yaşadıkları stres çocukların yaşam kalitesini etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: ebeveyn stresi, yaşam kalitesi, çocuk

Geliş tarihi / Received: 30.12.2021 Kabul tarihi / Accepted: 23.05.2022

¹Balıkesir University, Faculty of Health Science, Department of Midwifery, Balıkesir / Türkiye

²Harran Üniversitesi, Faculty of Health Sciences, Public Health Nursing Department, Şanlıurfa / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Selda Yörük, Balıkesir University, Faculty of Health Science, Department of Midwifery, Balıkesir / Türkiye
seldayoruk@gmail.com

Yoruk S, Ersin F. The Effect Of Parenting Stress On The Life Of Children Aged 2-4 During The Covid-19 Pandemic. TJFMPC, 2022;16(3): 475-484

DOI: 10.21763/tjfm.1051193

Giriş

COVID-19 salgını çocukların hayatında hızlı ve benzeri görülmemiş değişikliklere yol açmıştır. Sosyal izolasyon, okulların kapanması, karantina uygulamaları ve sosyal mesafe çocukların duygu, düşünce, davranış ve günlük yaşamlarında olumsuz etkisi olduğu bildirilmiştir.^{1,2} Çocuklarda COVID-19 sıklığı düşük olup hafif enfeksiyon ya da asemptomatik olarak seyretmektedir. Ancak çocuklarda COVID-19 salgını yetişkinlerdeki kadar şiddetli ve ölümcül olmasa da, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ve ruh sağlığını etkileyen stres faktörleri ile ilişkilidir.²

Yaşam kalitesi her yaşta birey için değerlendirilmesi gereken bir konudur. Yaş grupları ile ilişkili yaşam kaliteleri farklılık gösterir; çünkü farklı yaş gruplarında çocukların ihtiyaç ve gereksinimleri aynı olmayacağı belirtilmektedir.³ COVID-19'un sosyal, ekonomik, sağlık üzerine sonuçları çocukların yaşam kalitesi üzerinde çok önemli bir etkiye sahiptir. Almanya'da pandemiden önce çocukların %15,3'ünde sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi düşük iken, pandemi döneminde durum daha da kötüleşerek çocukların %40,2'sinin yaşam kalitesi düşüktür. Kız çocuklarda ve yaşı küçük olan çocuklarda yaşam kalitesi daha düşüktür.²

Literatürde; pandemi öncesi döneme göre COVID-19 krizi ile okul çağındaki çocuklarda, öfke, stres, anksiyete, sinirlilik, uyku bozukluğu, dikkatsizlik, COVID-19 korkusu ve depresyonda ciddi artış olduğu bildirilmektedir.^{4,5} Aynı zamanda çocuklara bakım verenlerde de; anksiyetenin %52, depresyonun %27 ile yüksek olduğu belirtilmiştir.⁵ Çocuklarda ruhsal ve davranışsal değişiklikler, ebeveynlerin stresini etkilemekte ve bu durum ebeveynlerin kendi duygularını düzenleme ve çocukların davranışlarını yönetme becerilerini bozmaktadır.⁴ Ebeveynlerin aşırı stresli, kaygılı, korkutucu, titiz, koruyucu yaklaşımları çocuklar üzerinde olumsuz etkileri gözlenmiştir. COVID-19 krizi ebeveynlerin süreçle baş etme becerilerini daha fazla olumsuz etkilemiştir.⁶ Çocukların olumsuz duygularına duygu koçluğu yapan ve pandemiye düzenli olarak ev rutinlerini sürdüren ebeveynlerin, pandemiden kaynaklanan stresin çocukların semptomları üzerindeki etkilerini daha iyi yönettikleri gösterilmiştir.⁷

Anne-babaların algıladıkları stres ile, COVID-19 risk faktörleri ve mental sağlık risk faktörleri arasında doğrusal bir korelasyon olduğu bildirilmiştir. Ebeveynlerin COVID-19 döneminde stresi yönetme becerilerinin ve ruh sağlığının iyi olması çocukların da ruh sağlığını olumlu etkilediği saptanmıştır.⁸ Bu nedenle yaşadığımız COVID-19 salgını çocuklarda ve ebeveynlerde ruh sağlığının değerlendirilmesini ve ileriye yönelik izlenmesini gerektirir. Çalışma, pandemi sürecinde 2-4 yaş çocuğu olan ebeveynlerin stres düzeylerinin ve çocuğun yaşam kalitesini etkileyen sosyodemografik özellikler, çocuklarda davranış değişiklikleri, çocuklarda bazı yaşam tarzı değişiklikleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışma, COVID 19 pandemisinin ikinci dalgası sırasında (01 Mart- Mayıs 2020) online olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma için örneklem seçimi yapılmamıştır. Sosyal medya gruplarına (facebook, instagram, twitter) üye olan 2-4 yaş çocuğu olan, çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynler (n=458) çalışma grubunu oluşturmuştur. G*Power 3.1.9.4 istatistik programı kullanılarak araştırmanın gücü değerlendirilmiş, α 0,05, etki büyüklüğü 0,27 alınarak, araştırmanın gücü 0.78 belirlenmiştir.

Veri toplama araçları

Veri toplama aracı olarak; Tanımlayıcı Veri Kayıt Formu, Algılanan Stres Ölçeği, Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ) kullanılmıştır.

Tanımlayıcı Veri Kayıt Formu: Bu form literatürden yararlanarak araştırmacılar tarafından, ebeveynlerin ve çocuğun sosyodemografik özellikleri ve pandemi sürecindeki yaşam tarzlarını içeren 19 sorudan oluşturulmuştur. Formdaki soruların oluşturulmasında, çocuk gelişimi alanında uzman olan iki öğretim elemanından görüş alınmıştır. Anket 20 ebeveyne uygulanarak, ön denemesi yapılmış ve son hali oluşturulmuştur.

Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ): Ölçek, Cohen ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir.⁹ Eskin ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.¹⁰ ASÖ, yaşanan stresin düzeyini, yanıtlayıcının yaşamını ne ölçüde kontrol edilemez ve aşırı yüklü değerlendirdiğini ölçmek üzere geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu ölçekte bireylerden son bir ay içinde belirli duygu ya da düşünceleri ne sıklıkta yaşadıklarını derecelendirmeleri istenmektedir. Ölçek 10 sorudan oluşmakta ve maddeleri beşli Likert Ölçeği yardımıyla değerlendirilmektedir (1=Hiç, 5= Çok sık). Maddelerden alınan

puanlar toplanarak yanıtlayıcının algıladığı stres düzeyi belirlenmektedir.⁹ Ölçeğin chronbach alpha katsayısı 0.84'dür. Bu çalışmanın cronbach alfa katsayısı 0.86'dır.

Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ)

Çocuklar için yaşam kalitesi ölçeği, 2-18 yaşları arasındaki çocuk ve ergenlerin sağlıkla ilgili yaşam kalitelerini ölçebilmek için Varni ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir yaşam kalitesi ölçeğidir.¹¹ Üneri ve arkadaşları (2005) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.³ Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımladığı sağlıklılık halinin özellikleri olan fiziksel sağlık, duygusal işlevsellik ve sosyal işlevsellik alanlarını sorgulamaktadır. Bunun yanında okul işlevselliği de sorgulanmaktadır. Puanlama 3 alanda yapılmaktadır. İlk olarak ölçek toplam puanı (ÖTP), ikinci olarak fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP), üçüncü olarak duygusal, sosyal ve okul işlevselliğini değerlendiren madde puanlarının hesaplanmasından oluşan psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP) hesaplanmaktadır.¹¹ Genel yaşam kalitesi ölçeklerinden olan ÇİYKÖ okul ve hastane gibi geniş popülasyonlarda, hem sağlıklı hem de hastalığı olan çocuk ve gençlerde kullanımı uygun olan 23 maddelik bir yaşam kalitesi ölçeğidir. Maddeler 0–100 arasında puanlanmaktadır. Sorunun yanıtı hiçbir zaman olarak işaretlenmişse 100, nadiren olarak işaretlenmişse 75, bazen olarak işaretlenmişse 50, sıklıkla olarak işaretlenmişse 25, hemen her zaman olarak işaretlenmişse 0 puan almaktadır. ÇİYKÖ toplam puanı ne kadar yüksek ise, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de o kadar iyi algılanmaktadır. ÇİYKÖ'nin kısa olması, yaklaşık 5–10 dakikalık bir sürede doldurulabiliyor olması, araştırmacı tarafından uygulanmasının ve puanlamasının kolay olması en önemli özelliklerindedir. ÇİYKÖ'nün güvenilirliğini değerlendirmede iç tutarlık çalışması yapılmış, Cronbach alfa katsayısı 0,93 bulunmuştur. Bu çalışmanın cronbach alfa katsayısı 0.82'dir.

Verilerin Toplanması

Veriler COVID-19 salgını göz önüne alındığında Google Form aracılığıyla online anket haline dönüştürülerek toplanmıştır. Online anket kullanımının pandemi döneminde önemli faydaları olmasından dolayı çalışmada bu yöntem kullanılmıştır. Anket Google Drive'nin online hizmet sistemi ile elektronik ortamda paylaşılmıştır. Araştırmanın verileri, çevrimiçi internet platformları (facebook, twitter, instagram) üzerinden, 01 Mart- Mayıs 2021 tarihleri arasında, haftada 3 kez duyurusu yapılmıştır. İnternet üzerinden paylaşımı yapılan çalışmanın bağlantısına erişim sağlayan bireyler anketi yanıtlamışlardır.

Araştırmanın Etik İzni

Araştırmanın yürütülmesi için Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan izin alınmıştır (2020/171).

İstatistiksel Analiz

Çalışmanın tanımlayıcı istatistiksel sonuçları, aritmetik ortalama, standart sapma, sayı, yüzde ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılımı Kolmogrov-Smirnov test ile değerlendirildi. Verilerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiş ve analizde parametrik testler kullanılmıştır. ÇİYKÖ toplam puanı ve alt boyutları, ASÖ toplam puanı ile sosyodemografik değişkenler, çocukların yaşam tarzı ve davranış değişiklikleri arasındaki ilişki bağımsız gruplarda t testi ve varyans analizi ile değerlendirilmiştir. ÇİYKÖ ve ebeveynlerin algılanan stresini öngörmede etkileyen etmenleri belirlemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Çoklu regresyon modeli tek değişkenli analizde anlamlı bulunan bağımsız değişkenler ile oluşturulmuştur. Analizlerde elde edilen p değeri <0,05 ve çift yönlü olarak kabul edilmiştir. Analizler SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan ebeveynlerin yaş ortalaması 31,73±5,15(min:19-max:47) yıldır. Katılımcıların %86,5'i anne olup, %64,2'si üniversite ve üstü eğitime sahiptir. Babalarının %59,6'sı üniversite ve üstü eğitime sahiptir. Çocukların %37,6'sı 4 yaşında ve %53,9'u kız'dır. FSTP ortalaması ile sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). Lise ve altı eğitim durumuna sahip babaların çocuklarında PSTP ve ÇİYKÖTP ortalaması anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Ayrıca çalışan ebeveynin çocuklarında PSTP ortalaması anlamlı olarak yüksektir. Annelerde ve ailesine COVID-19 bulaşma kaygısı yüksek olan ebeveynlerde algılanan stres puan (ASP) ortalamasının anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Post Hoc analizine göre anlamlılığın, ailesine bulaş kaygısı yüksek olan gruptan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Ebeveyn algılanan stresi ve çocukların yaşam kalitesi ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki (n=458)

Değişkenler	n(%)	FSTP Ort±SD	p*	PSTP Ort±SD	p*	ÇİYKOTP Ort±SD	p*	ASP Ort±SD	p*
Ebeveyn									
Anne	396(86,5)	65,04±18,34	0,657	71,10±15,42	0,678	69,02±14,38	0,600	21,31±5,27	0,038
Baba	62(13,5)	63,86±19,51		70,32±17,62		67,98±15,74		19,91±4,77	
Yaş (yıl)									
2	143(31,2)	65,64±18,49		70,76±15,77		68,98±14,52		21,09±5,13	
3	143(31,2)	63,61±18,93	0,606**	71,41±15,32	0,110**	69,16±14,22	0,931**	21,25±5,39	0,932**
4	172(37,6)	65,29±18,16		70,75±16,51		68,56±15,02		21,04±5,16	
Cinsiyet									
Kız	247(53,9)	63,75±17,73	0,166	69,88±15,60	0,148	67,82±13,97	0,099	21,27±5,51	0,518
Erkek	211(46,1)	66,20±19,29		72,40±15,04		70,10±15,16		20,95±4,87	
Baba eğitimi									
Lise ve altı	185 (40,4)	66,40±18,35	0,147	72,67±15,55	0,038	70,62±14,22	0,034	20,77±5,28	0,235
Üniversite ve üstü	273(59,6)	63,85±18,54		69,85±16,15		67,69±14,70		21,36±5,17	
Katılımcının Çalışma durumu									
Çalışmıyor	214(46,5)	64,34±18,11	0,557	67,63±15,92	0,048	69,15±14,43	0,712	20,77±4,97	0,170
Çalışıyor	246(53,6)	65,35±18,83		71,55±15,95		68,64±14,70		21,43±5,42	
Ailesine COVID-19 bulaş kaygısı									
Düşük	29(6,3)	64,68±18,84		73,75±16,10		70,01±15,92		18,34±5,23 ^a	
Orta	183(40,0)	65,55±17,63	0,504**	72,94±14,48	0,136**	69,97±13,58	0,322	19,61±4,45 ^b	
Yüksek	246(53,7)	64,68±18,84		69,68±16,22		67,93±15,09		22,57±5,32 ^{a,b}	0,001**

Ort: Ortalama; SD: standart sapma; Fiziksel sağlık toplam puanı(FSTP); psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP); Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı (ÇİYKOTP); Algılanan stres puan (ASP)

*Bağımsız gruplarda t testi

**ANOVA

^{a,b} Post- hoc analize göre aynı üst simge, istatistiksel anlamlıdır (p=0,001).

Çocuklarda COVID-19 pandemi döneminde ortaya çıkan davranış değişiklikleri ile FSTP, PSTP, ÇİYKOTP, algılanan stres puanı arasındaki ilişki Tablo 2'de sunulmuştur. Korkulu rüya/kabus, yeme değişikliği, tırnak yeme, saldırganlık, kıskançlık, davranışı gösteren çocuklarda FSTP ortalaması anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (p<0,05). PSTP ortalaması, davranış değişikliği olduğunu belirten ebeveynlerin çocuklarının tümünde anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır. ÇİYKOTP ise aşırı hareketlilik dışındaki tüm davranış değişikliği olan çocuklarda anlamlı olarak düşüktür (p<0,05). Sinirlilik, uyku bozukluğu, yeme değişikliği, saldırganlık, kıskançlık, aşırı hareketlilik, anti sosyal davranış, kurallara uymama davranış değişikliği olan çocukların ebeveynlerinde algılanan stres anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (p<0,05) (Tablo 2).

Tablo 2. Anne-baba algılanan stresi ve çocukların yaşam kalitesi ile çocuklarda davranış değişiklikleri arasındaki ilişki (n = 458)

Değişkenler	n(%)	ASP Ort±SD	p*	FSTP Ort ±SD	p*	PSTP Ort ±SD	p*	ÇİYKOTP Ort ±SD	p*
Sinirlilik									
Yok	222(48,5)	19,82±5,02	<0,001	65,48±20,17	0,501	74,13±15,84	<0,001	71,33±15,19	<0,001
Var	236(51,5)	22,35±5,11		64,31±16,76		67,64±15,05		66,58±13,59	
Korkulu Rüya/Kabus									
Yok	400(87,3)	20,94±5,14	0,068	65,72±18,38	0,011	72,83±15,79	<0,001	70,02±14,30	<0,001
Var	58(12,7)	22,39±5,63		59,05±18,29		62,24±16,89		61,09±14,09	
Uyku bozukluğu									
Yok	302(65,9)	20,69±5,31	0,012	64,94±19,01	0,920	73,47±14,88	<0,001	70,75±14,10	<0,001
Var	156(34,1)	21,96±4,94		64,76±17,50		65,98±16,72		65,29±14,81	
Yeme değişikliği									
Yok	315(68,8)	20,79±3,9	0,036	66,18±19,11	0,019	73,38±14,63	<0,001	70,72±14,18	<0,001
Var	143(32,1)	21,85±4,75		62,01±16,73		66,53±16,07		64,85±14,63	
Tırnak yeme									
Yok	415(90,6)	21,20±5,24	0,276	65,55±18,64	0,007	71,84±15,33	0,015	69,47±14,72	0,002
Var	43(9,4)	20,32±4,98		58,35±15,75		65,44±14,53		63,17±11,56	
Saldırganlık									
Yok	383(83,6)	20,67±4,89	<0,001	65,69±18,92	0,016	72,37±15,64	<0,001	70,19±14,47	<0,001
Var	75(16,4)	23,42±		60,70±15,52		62,33±15,17		62,21±13,23	
Kıskançlık									
Yok	375(81,9)	20,73±4,95	0,003	65,98±18,87	0,004	72,94±15,80	<0,001	70,23±14,44	<0,001
Var	83(18,1)	22,89±6,05		60,06±15,84		64,36±16,18		62,72±13,66	
Aşırı hareketlilik									
Yok	246(53,7)	20,26±4,82	<0,001	65,23±18,61	0,698	72,30±16,54	0,015	70,08±15,02	0,057
Var	212(46,3)	22,12±5,50		64,55±18,37		68,80±15,18		67,48±13,69	
Anti sosyal davranış									
Yok	368(80,3)	20,86±5,21	0,035	65,61±18,83	0,0801	72,53±15,04	<0,001	70,21±14,09	<0,001
Var	90(19,6)	22,17±5,19		62,04±16,78		63,80±16,13		63,28±15,31	
Kurallara uymama									
Yok	359(78,4)	20,74±5,00	0,007	64,94±18,82	0,935	72,74±15,37	0,001	69,79±14,35	0,013
Var	99(21,6)	22,51±5,79		64,82±17,28		66,65±16,95		65,65	
Sık el yıkama									
Yok	269(58,7)	21,04±5,05	0,713	66,20±18,40	0,076	72,05±14,56	0,018	70,28±14,23	0,014
Var	188(41,2)	21,23±		63,08±18,49		68,04±16,68		66,84±14,87	

Ort: Ortalama; SD: standart sapma; Fiziksel sağlık toplam puanı (FSTP); psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP); Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı (ÇİYKOTP); Algılanan stres puan (ASP)

*Bağımsız gruplarda t testi

Pandemi döneminde; çocuğunun televizyon izleme süresini kısıtlayan, çocuğunu korkutucu haberleri izletmeyen, çocuğu yanımdayken sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerini kontrol ettiğini belirten ailelerin çocuklarının, PSTP ve ÇİYKOTP ortalaması anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Çocukların FSTP ortalaması ise yalnızca 'çocuğum yanımdayken sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerimi kontrol ediyorum' yanıtını veren ailelerin çocuklarında anlamlı olarak yüksektir (p<0,05). Ebeveynlerin algılanan stresi 'çocuğum yanımdayken sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerimi kontrol ediyorum' yanıtını veren ailelerde anlamlı olarak düşüktür(p<0,05) (Tablo 3).

Tablo 3. Anne-baba algılanan stresi ve çocukların yaşam kalitesi ile çocuklarda bazı yaşam tarzı değişiklikleri arasındaki ilişki (n = 458)

Değişkenler	n(%)	ASP Ort ±SD	p*	FSTP Ort ±SD	p*	PSTP Ort ±SD	p*	ÇİYKOTP Ort ±SD	p*
Çocuğumun televizyon izleme süresini kısıtladım.									
Hayır	339(74,0)	21,41±5,09	0,052	64,13±18,75	0,132	69,02±16,07	0,023	67,99±11,43	0,024
Evet	119(26,0)	20,29±5,51		67,01±17,61		73,72±14,50		71,43±13,97	
Çocuğumu korkutucu haberlerden uzak tutuyorum.									
Hayır	183(40,0)	21,49±4,81	0,211	63,54±17,88	0,201	69,03±15,65	0,042	67,17±14,43	0,041
Evet	275(60,0)	20,88±5,47		65,77±18,86		72,70±15,47		70,02±14,56	
Çocuğum yanımdayken sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerimi kontrol ediyorum.									
Hayır	236(51,5)	21,60±5,45	0,042	63,06±17,91	0,031	69,90±19,44	0,029	67,22±14,47	0,012
Evet	222(48,5)	20,61±4,92		66,80±18,93		72,66±18,48		70,65±14,48	
Çocuğuma sevdiği kişilerin sağlık durumları hakkında bilgi veriyorum.									
Hayır	313(68,3)	21,12±5,13	0,994	64,69±18,38	0,754	70,56±15,43	0,329	68,49±14,90	0,395
Evet	145(31,7)	21,12±5,42		65,28±18,75		71,55±15,13		68,49±14,90	

Ort: Ortalama; SD: standart sapma; Fiziksel sağlık toplam puanı(FSTP); psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP); Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı (ÇİYKOTP); Algılanan stres puan (ASP)

*Bağımsız gruplarda t testi

Ebeveynlerde ASP etki ettiği düşünülen, ailesine bulaş kaygısı, sinirlilik, uyku bozukluğu, yeme değişikliği, saldırganlık, utangaçlık, kıskançlık, anti sosyal davranış, kurallara uymama, aşırı hareketlilik, ebeveyn (anne-baba), çocuğunun yanında sosyal medya ya da tv haberleri karşısındaki tepkilerini kontrol etme ile oluşturulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.001$). Algılanan stres puanını öngörmeye anlamlı olan değişkenler; ailesine bulaş kaygısının olması ($\beta: -0,258, p<0,001$), sinirlilik ($\beta: 0,124, p<0,01$), ebeveynin anne olması ($\beta: -0,094, p=0,032$), çocuğu yanındayken sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerini kontrol etme ($\beta: -0,100, p=0,021$)'dir.

Çocukların FSTP etki ettiği düşünülen; yeme değişikliği, saldırganlık, korkulu rüya/kabus tırnak yeme, kıskançlık, çocuğunun yanında sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerini kontrol etme ile oluşturulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.001$). FSTP puanını öngörmeye anlamlı olan değişkenler; korkulu rüya/kabus ($\beta: -0,099, p=0,037$), çocuğu yanındayken sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerini kontrol etme ($\beta: 0,121, p=0,009$)'dir.

PSTP öngörmeye etkili olduğu düşünülen ve modele alınan değişkenler; babanın eğitimi, ebeveynin çalışma durumu, sinirlilik, uyku bozukluğu, yeme değişikliği, saldırganlık, kıskançlık, tırnak yeme, korkulu rüya/kabus, anti sosyal davranış, kurallara uymama, aşırı hareketlilik, sık el yıkama, çocuğunun yanında sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerini kontrol etme, televizyon izleme süresini kısıtlama, çocuğunu korkutucu haberlerden uzak tutmadır. Oluşturulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.001$). PSTP puanını öngörmeye anlamlı olan değişkenler; babanın eğitimi ($\beta: -0,142, p=0,001$), sinirlilik ($\beta: -0,093, p=0,046$), uyku bozukluğu ($\beta: -0,119, p=0,01$), korkulu rüya/kabus ($\beta: -0,131, p=0,003$), kıskançlık ($\beta: -0,110, p=0,026$), anti sosyal davranış ($\beta: -0,162, p<0,001$), Sık el yıkama ($\beta: -0,146, p=0,001$)'dir.

ÇİYKOTP etki ettiği düşünülen; babanın eğitimi, sinirlilik, uyku bozukluğu, yeme değişikliği, saldırganlık, utangaçlık, kıskançlık, tırnak yeme, korkulu rüya/kabus, anti sosyal davranış, kurallara uymama, sık el yıkama, çocuğunun yanında sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerini kontrol etme, televizyon izleme süresini kısıtlama, çocuğunu korkutucu haberlerden uzak tutma ile oluşturulan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.001$). ÇİYKOTP puanını öngörmeye anlamlı olan değişkenler; babanın eğitimi ($\beta: -0,133, p=0,002$), yeme değişikliği ($\beta: -0,104, p=0,030$), korkulu rüya/kabus ($\beta: -0,121, p=0,007$), kıskançlık ($\beta: -0,117, p=0,019$), anti sosyal davranış ($\beta: -0,122, p=0,008$), Sık el yıkama ($\beta: -0,139, p=0,002$), çocuğu yanındayken sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerini kontrol etme ($\beta: 2,116, p=0,035$)'dir (Tablo 4).

Tablo 4. FSTP, PSTP, ÇİYKOTP, Algılanan stresi etkileyen değişkenlerin Çoklu Regresyon Model Analizi

Değişkenler	ASP		FSTP		PSTP		ÇİYKOTP	
	β	p	β	p	β	p	β	p
Baba eğitimi	-	-	-	-	-0,142	0,001	-0,133	0,002
Çalışma durumu	-	-	-	-	0,061	0,410	-	-
Ailesine bulaş kaygısı	-0,258	<0,001	-	-	-	-	-	-
Sinirlilik	0,124	<0,01	-	-	-0,093	0,046	-0,057	0,225
Uyku bozukluğu	0,034	0,467	-	-	-0,119	0,01	-0,054	0,248
Yeme değişikliği	-0,028	0,551	-0,051	0,299	-0,080	0,464	-0,104	0,030
Saldırganlık	0,092	0,072	-0,034	0,494	-0,059	0,238	-0,069	0,168
Korkulu rüya/kabus	-	-	-0,099	0,037	-0,131	0,003	-0,121	0,007
Utangaçlık	0,054	0,240	-	-	-	-	-0,103	0,251
Tırnak yeme	-	-	-0,076	0,117	0,004	0,228	-0,025	0,578
Kıskançlık	0,034	0,240	-0,081	0,113	-0,110	0,026	-0,117	0,019
Anti sosyal davranış	0,064	0,498	-	-	-0,162	<0,001	-0,122	0,008
Kurallara uymama	0,044	0,162	-	-	-0,032	0,053	-0,005	0,910
Sık el yıkama	-	-	-	-	-0,146	0,001	-0,139	0,002
Aşırı hareketlilik	0,065	0,365	-	-	0,015	0,647	-	-
Ebeveyn (Anne-Baba)	-0,094	0,032	-	-	-	-	-	-
Çocuğum yanımdayken sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerimi kontrol ediyorum.	-0,100	0,021	0,121	0,009	0,63	0,056	2,116*	0,035
Televizyon izleme süresini kısıtladım	-	-	-	-	0,068	0,361	0,091	0,052
Çocuğumu korkutucu haberlerden uzak tutuyorum,	-	-	-	-	0,074	0,086	0,148	0,169
R	0,424		0,228		0,479		0,446	
R ²	0,180		0,052		0,229		0,199	
Durbin-Watson	1,977		1,894		1,776		1,806	
P	<0,0001		<0,0001		<0,0001		<0,0001	

p < 0,05; Fiziksel sağlık toplam puanı(FSTP); psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP); Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı (ÇİYKOTP); Algılanan stres puan (ASP)

Tablo 5. Ebeveynlerin algılanan stres puanı ile FSTP, PSTP, ÇİYKOTP arasındaki korelasyon analizi

	X1	X2	X3	X4
X1: ASÖ	1			
X2:FSTP	r= -0.153 p= 0.001	1		
X3:PSTP	r= -0.355 p= 0.035	r=0.512 p<0.001	1	
X4:ÇİYKOTP	r= -0.321 p<0.001	r=0.776 p<0.001	r= 0.903 p<0.001	1

Fiziksel sağlık toplam puanı(FSTP); psikososyal sağlık toplam puanı (PSTP); Çocuklar için Yaşam Kalitesi Ölçeği Toplam Puanı (ÇİYKOTP); Algılanan stres puan (ASP)

Ebeveynlerin algılanan stres puanı ile çocukların fiziksel yaşam kalitesi, psikososyal yaşam kalitesi ve toplam yaşam kalitesi arasında olumsuz yönde, zayıf ve anlamlı bir korelasyon vardır ($p<0.05$) (Tablo 5).

Tartışma

Çalışma, pandemi sürecinde 2-4 yaş çocuğu olan ebeveynlerin stres düzeylerinin çocuğun yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmada, ailesine bulaş kaygısı yüksek olan ebeveynlerin yarıya yakınının düşük/orta düzeyde stres yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada, araştırmacılar ebeveynlerin salgın gibi travma oluşturan durum ve olaylara olumlu ya da olumsuz bakış açıları ile çocukların stres düzeyleri arasında bir ilişki bulunduğunu ortaya koymaktadır.¹² Wang ve ark. Çalışmasında, katılımcıların yarısından fazlasının salgına yönelik psikolojik etkilerini yüksek ile orta şiddet arasında yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmada ailesine bulaş kaygısı yüksek olan ebeveynlerin çocuklarının, fiziksel, duygusal ve psikososyal sağlık düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır.¹³

Pandemi döneminde, ebeveynlerde algılanan stres ölçeği kullanılarak yapılan çalışmalarda, bu dönemde ailelerin stresinin arttığı, çocukların rutinlerindeki değişim ve çevrimiçi eğitimin önemli stres kaynağı olduğu saptanmıştır.¹⁴ Mascordino ve ark. çalışmasında, ebeveynlerin algılanan stresini etkileyen en önemli faktörün ise çocuklarının uzaktan eğitim almaları olduğu saptanmıştır.¹⁵ Almanya'da ebeveynlerin mental sağlığı, aile ve arkadaşlık ilişkileri, ekonomik güçlükleri, ailede küçük çocuk sayısının ebeveynlerin algılanan stresini etkilediği bildirilmiştir.¹⁶

Çocuklar yeni bir durum ile baş edebilmek için değişik tepkiler verebilmektedir.¹² Ayrıca çocukların COVID-19 pandemi sürecindeki olası tepkilerinin yoğunluğu, sıklığı veya türleri bireysel farklılıklara göre değişim göstermektedir. Kriz olarak nitelendirilebilecek COVID-19 pandemi süreci gibi zorlu yaşam olayları sonrasında, bazı çocuklar uzun süreli tepkiler verirken bazılarıysa kısa süreli tepkiler verir veya tepki göstermezler.¹⁷ Bazı çocuklar ise davranışsal, duygusal, psikosomatik gibi çeşitli tepkileri aynı anda¹⁸ ve çelişen tepkileri farklı zamanlarda gösterebilmektedir.

Bu çalışmada, ebeveynler çocuklarının, sinirlilik, kabus görme, uyku bozukluğu, yeme düzeninde bozulma, tırnak yeme, saldırganlık, kıskançlık, aşırı hareketlilik, anti sosyal davranış, kurallara uymama, sık el yıkama gibi davranışlarda bulduklarını ifade etmişlerdir. Literatürde, pandemi sürecinde çocuklarda öfke, değersizlik, korku, üzüntü, suçluluk, kaygı gibi duyguların yoğun olduğunu ve bu duyguları farklı şekillerde çevredeki bireylere yansıtabildikleri vurgulanmıştır.¹⁹ Çin'de, virüs salgınının ilk aşamasında genel nüfusta psikolojik tepkileri ve ilişkili faktörlerin incelendiği çalışmada çocuklarda bilişsel ve sosyal-duygusal gelişim henüz tamamlanmadığı için çocukların yaşadıkları öfkeyi ağlayarak, ebeveynlerini suçlayıp onlara küserek, vurarak ya da oyuncaklarına saldırgan davranarak gösterdiğini açıklanmıştır.¹³

Pandemi sürecine bağlı yaşanan bu sorunlar, çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Çalışmada, çocukların pandemi sürecinde yaşadıkları sinirlilik durumunun, uyku bozukluğunun, yeme değişikliğinin, saldırganlık, kıskançlık, aşırı hareketlilik durumlarının, anti sosyal davranışların, kurallara uymama durumunun stres düzeyini etkilediği görülmektedir. Ayrıca çalışmada, fiziksel sağlık puan ortalaması pandemi sürecinde kabus görmeden, yeme değişikliğinden, tırnak yemeden, saldırganlık durumundan, kıskançlıktan etkilenmektedir. Duygusal sağlık puan ortalamasının sinirlilik, kabus görme durumundan, uyku bozukluğundan, yeme değişikliğinden, tırnak yemeden, saldırganlık, kıskançlık, aşırı hareketlilik durumundan, anti sosyal davranıştan, kurallara uymama durumundan, sık el yıkamadan etkilendiği saptanmıştır. Xiang ve ark., hastalık etkilerinin çocuklarda fiziksel olarak az görüldüğünü ancak ebeveynlerin çocukları için aşırı kaygı duyduklarını belirtmiştir.²⁰

COVID-19'un etkilediği bireylerin kapsamı düşünüldüğünde çocukların birçok yönden diğer gelişim dönemlerindeki bireylere göre COVID-19 salgını gibi kriz durumlarından ve bu kriz yaşantılarının yansımalarından daha fazla zarar görebilme ihtimalleri vardır.^{4,5} Bu nedenle ailelerin kriz durumunda çocuklarına destek olmaları oldukça önemlidir. Bu çalışmada, pandemi sürecinde; çocuğunun televizyon izleme süresini kısaltan, çocuğunu korkutucu haberlerden uzak tutan, çocukları yanındayken sosyal medya/TV haberleri karşısındaki tepkilerini kontrol eden, çocuklarına sevdikleri kişilerin sağlık durumları hakkında bilgi veren ailelerin çocuklarının stres düzeyleri düşük çıkmıştır ve bu beklenen bir sonuçtur. Ayrıca çocuğunun televizyon izleme süresini kısaltan, çocuğunu korkutucu haberlerden uzak tutan, çocukları yanındayken sosyal medya/TV haberleri karşısındaki tepkilerini kontrol eden, çocuklarına sevdikleri kişilerin sağlık durumları hakkında bilgi veren ailelerin çocuklarının duygusal sağlık puan ortalamalarının yüksek çıktığı görülmektedir. Bu sonuçlar, pandemi sürecinde ailelerin çocukları için aldıkları koruyucu önlemlerin etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmanın hiyerarşik regresyon analizi bulgularına göre; algılanan stres puanını, ailesine bulaş kaygısının olması, sinirlilik, ebeveyn, çocuğu yanındayken sosyal medya ya da TV haberleri karşısındaki tepkilerini kontrol etmedir. Brown ve ark. çalışmasında ise, COVID-19 pandemisinde maruz kalınan bir çok stres faktörü, ebeveynlerin algılanan stresini artırdığı bildirilmiştir.⁸

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı, kesitsel olarak planlanmış bu çalışmanın, örneklem seçilememiş olması nedeniyle genelleme yapılamayacağıdır. Ancak COVID-19 pandemi koşullar göz önüne alındığında mümkün olduğu kadar geniş bir katılıma ulaşılması için, tüm kaynaklar kullanılarak örneklem sayısının yüksek olması amaçlanmıştır. COVID-19 daha duyarlı olan ebeveynlerin, daha fazla yanıtlamış olabileceği düşünülmektedir. Bu dönemde ebeveynlerin algıladıkları stres ölçęi uygulanmış, etkileyebilecek diğer stres faktörleri sorgulanmamıştır.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak, pandemi sürecinden ebeveynlerin stres düzeylerinin ve çocukların yaşam kalitelerinin etkilendiği görülmektedir. Pandemi sürecinde, ebeveynlerin yaşadıkları stres çocukların yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle ebeveynlerin stres düzeylerini azaltacak girişimsel çalışmaların yapılması oldukça önemlidir. Çocuklara sosyal destek kaynaklarını fark ettirmek, çocukların yaşam kalitelerini arttırmaya yardımcı olacaktır. Bu bağlamda çocukların pandemi süreci ile ilgili duygularını, hem aile üyelerine, hem de güvendikleri kişilere anlatmaları için sağlıklı ortamların oluşturulması gerekmektedir. Ayrıca pandemi sürecinde çocukların yaşam kalitelerini arttıracak girişimsel çalışmaların yaygınlaştırılması önemlidir.

Kaynaklar

1. Araújo LA, Veloso CF, Souza MC, Azevedo JMC, Tarro G. The potential impact of the COVID-19 pandemic on child growth and development: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 2021 Jul-Aug;97(4):369-377.
2. Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlack R, Otto C. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Jan 25:1–11. doi: 10.1007/s00787-021-01726-5.
3. Uneri OS, Agaoglu B, Coskun A, Memik NC. Validity and reliability of Pediatric Quality of Life Inventory for 2- to 4-year-old and 5- to 7-year-old Turkish children. *Qual Life Res*. 2008 Mar;17(2):307-15. doi: 10.1007/s11136-007-9303-4.
4. Raviv T, Warren CM, Washburn JJ, Kanaley MK, Eihentale L, Goldenthal HJ, Russo J, Martin CP, Lombard LS, Tully J, Fox K, Gupta R. Caregiver Perceptions of Children's Psychological Well-being During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open* 2021. 1;4(4):e2111103. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.11103
5. Panda PK, Gupta J, Chowdhury SR, Kumar R, Meena AK, Madaan P, Sharawat IK, Gulati S. Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Trop Pediatr*. 2021 Jan 29;67(1):fmaa122. doi: 10.1093/tropej/fmaa122
6. İlbasmış Ç, Toksoy Aksoy A, Cihanyurdu İ, Ünver H, Rodopman Arman A. COVID-19 Salgınının Çocukların Ruh Sağlığı Üzerindeki Etkileri. *Turk J Child Adolesc Ment Health* 2021;28:1-3. doi: 10.4274/tjcamh.galenos.2020.92400
7. Cohodes EM, McCauley S, Gee DG. Parental Buffering of Stress in the Time of COVID-19: Family-Level Factors May Moderate the Association Between Pandemic-Related Stress and Youth Symptomatology. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2021 Jul;49(7):935-948. doi: 10.1007/s10802-020-00732-6.
8. Brown SM, Doom JR, Lechuga-Peña S, Watamura SE, Koppels T. Stress and parenting during the global COVID-19 pandemic. *Child Abuse Negl*. 2020 Dec;110(Pt 2):104699. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104699. Epub 2020 Aug 20. PMID: 32859394
9. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24:385-396.
10. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. The adaptation of the perceived stress scale into Turkish: a reliability and validity analysis. *Yeni Symp J*. 2013;51(3):132-140.
11. Varni JW, Seid M, Kurtin PS. The Peds QLTM4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory TM version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. *Medical Care* 2001, 39:800-812.
12. Yalçın H, Dai H, Erkoç E. Ebeveynlerin Virüs Salgınına İlişkin Duygu Durumları Ve Çocuklara Etkileri, *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* 2020; 7(9):128-14:
13. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 6;17(5):1729. doi: 10.3390/ijerph17051729. PMID: 32155789
14. Adams EL, Smith D, Caccavale LJ, Bean MK. Parents Are Stressed! Patterns of Parent Stress Across COVID-19. *Front Psychiatry*. 2021 Apr 8;12:626456. doi: 10.3389/fpsy.2021.626456.
15. Moscardino U, Dicataldo R, Roch M, Carbone M, Mammarella IC. Parental stress during COVID-19: A brief report on the role of distance education and family resources in an Italian sample. *Curr Psychol*. 2021;40(11):5749-5752. doi:

10.1007/s12144-021-01454-8.

16. Rothe, J., Buse, J., Uhlmann, A. et al. Changes in emotions and worries during the Covid-19 pandemic: an online-survey with children and adults with and without mental health conditions. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 15, 11 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00363-9>

17. Pearlman M.Y, Schwalbe K.D, CloitreM. Grief in childhood: Fundamentals of treatment in clinical practice. *American Psychological Association*.2010 <https://doi.org/10.1037/12131-000>. Erişim Tarihi: 20.10.2021

18. Boelen PA, Spuij, M. Symptoms of post-traumatic stres disorder in bereaved children anda dolescents: Factor structure and correlates. *Journal Of Abnormal Child Psychology* 2013, 41(7), 1097-1108.

19. aykuş E.T, aykuş, T. Covid-19 pandemi sürecinde çocukların psikolojik dayanıklılığını güçlendirme yolları: ailelere, öğretmenlere ve ruh sağlığı uzmanlarına neriler. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* 2020; 7(5):95-113.

20. Xiang M, Zhang Z, Kuwahara K. Impact of COVID-19 pandemic on children and adolescents' lifestyle behavior larger than expected. *Prog Cardiovasc Dis*. 2020; 63(4):531-532. doi: 10.1016/j.pcad.2020.04.013.

Original Research / Orijinal Araştırma

Factors Affecting to the School Aged Children's Dietary Behaviors and Obesity Status: Rural and Urban Area Comparison

Okul Çağındaki Çocukların Beslenme Davranışları ve Obezite Durumunu Etkileyen Faktörler: Kırsal-Kentsel Alan Karşılaştırması

Arzu Yörük¹, Meryem Öztürk Haney²

Abstract

Aim: It is aimed to determine the factors affecting the dietary behaviors and obesity status of the school aged children who live in the rural and urban areas. **Method:** This cross-sectional descriptive research was conducted with 500 children and parents from two urban primary schools and seven primary schools in rural area. The data were collected with demographic questionnaire, parent meal time behavior scale, child eating behavior scale, child dietary behavior scale and anthropometric measurements. The data were evaluated by descriptive statistics, chi-square test, student-t test and multiple regression analysis. **Results:** A total of 500 students and their parents (43.4% rural, 56.6% urban) participated in the study. The mean age of the children was 8.93 +0.85 in rural and 9.01+0.82 in urban. 53% of the students in rural were girls and 56.5% in urban. Childhood obesity rates was 18% in rural areas and 16% in urban area. In rural areas, it was found that parents reward use, positive persuasion, special meals and snack model meal time behaviors, while in urban areas parents insisted on eating, animal fat reduction and snack meal were statistically significant ($p < 0.001$). It was observed that children in the rural areas exhibited a statistically significant difference in their food enthusiasm, drinking passion and food selectivity eating behaviors compared to children in urban area ($p < 0.001$). Factors related to children's dietary behavior were the amount of snack, food enthusiasm, food enjoyment, food selectivity, gender and the living area. Factors related to children's weight status were living area, reward use, animal fat reduction, food enthusiasm, pleasure of food, slow eating, and food selectivity. **Conclusion:** It has been suggested that focusing on 'parent meal time behaviors', 'child eating behaviors' in programs aiming to improve children's dietary behaviors. And also, suggested that children living in rural areas should be considered as priority in the programs aimed at prevention and treatment of childhood obesity.

Key words: Childhood obesity, diet behavior, eating behavior, urban-rural.

Özet

Amaç: Kırsal ve kentsel alanda yaşayan okul çağındaki çocukların beslenme davranışları ve obezite durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Kesitsel tanımlayıcı tipteki çalışma kentsel alanda iki, kırsal alanda yedi ilkokulda okuyan 500 çocuk ve ebeveyni ile yürütülmüştür. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu, Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği, Çocuklarda Yeme Davranış Anketi, Çocuk Beslenme Davranış Ölçeği ve antropometrik ölçümler ile belirlenmiştir. Veriler, tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi, t testi ve çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya toplam 500 öğrenci ve ebeveyni (%43.4 kırsal, %56.6 kentsel) katılmıştır. Çocukların yaş ortalaması kırsal alanda, 8.93 +0.85; kentsel alanda, 9.01+ 0.82 idi. Kırsal alanda öğrencilerin % 53'ü, kentsel alanda % 56.5'i kız idi. Kırsal alanda çocukların % 18'i, kentsel alanda %16'i obezdi. Kırsal alandaki ebeveynlerin ödül kullanma, olumlu ikna, özel yemekler ve atıştırma modeli; kentsel alandaki ebeveynlerin yemek konusunda ısrar, hayvansal yağ azaltma ve atıştırma miktarı yemek zamanı davranış puanları daha yüksek olarak belirlenmiştir ($p < 0.001$). Kırsal alandaki çocukların gıda hevesliliği, içme tutkusu ve yemek seçiciliği yeme davranışlarını kentsel alandaki çocuklara göre daha fazla sergiledikleri belirlenmiştir ($p < 0.001$). Çocukların beslenme davranışlarının belirleyicileri; atıştırma miktarı, gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma, yemek seçiciliği, cinsiyet ve yaşanan bölge olarak belirlenmiştir. Çocukların kilo durumunu etkileyen faktörler; yaşanan bölge, ödül kullanma, hayvansal yağ azaltma, gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma, yavaş yeme, yemek seçiciliği olarak belirlenmiştir. **Sonuç:** Çocuklarda beslenme davranışlarını geliştirmeyi amaçlayan programlarda 'ebeveyn yemek zamanı davranışları' ve 'çocuk yeme davranışlarını' geliştiren uygulamalara ağırlık verilmesi, çocukluk obezitesini önlemeye ve tedaviye yönelik programlarda kırsal alanda yaşayan çocukların öncelikli olarak ele alınması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Çocukluk obezitesi, beslenme davranışı, yeme davranışı, kentsel-kırsal.

Geliş tarihi / Received: 14.01.2022 Kabul tarihi / Accepted: 27.05.2022

¹Dokuz Eylül Üniversitesi / Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Meryem Öztürk Haney, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Türkiye
meryem.ozturk@deu.edu.tr

Yoruk A, Haney MO. Factors Affecting to the School Aged Children's Dietary Behaviors and Obesity Status: Rural and Urban Area Comparison. TJFMPC, 2022;16(3): 485-492

DOI: 10.21763/tjfm.1057791

Giriş

Çocukluk obezitesi hem çocukluk hem de yetişkinlik dönemi hastalıkları için risk oluşturan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya genelinde 2022 tarihi itibarı ile 5 yaşın altındaki 39 milyon çocuğun, 5-19 yaş arası 340 milyondan fazla çocuk ve ergenin aşırı kilolu veya obez olduğu belirtilmektedir.¹ Ülkemizde ise Türkiye Çocukluk Çağı Şişmanlık (COSI-TUR) 2016 Araştırması sonuçlarına göre fazla kilolu ve obez okul çağı çocuklarının oranı % 24.5'dir.² Milli Eğitim Bakanlığı'nın Sağlıkla İlgili Fiziksel Uygunluk Karnesi 2017 Ekim Dönemi sonuçlarına göre 10-14 yaş arasındaki çocukların %31.1'i fazla kilolu ve obezdir.³ Önceki çalışmalar çocukluk obezitesini önleme ve tedavide birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemini vurgulayarak, sağlık çalışanlarının ailesel, duygusal ve çevresel boyutlara odaklanan girişimleri uygulaması gerektiğini ortaya koymuştur.^{4,5}

Yeme davranışı, obezitenin gelişiminde temel nedenlerden biridir. Çocukların yeme davranışlarında genetik özellikler belirleyici olmakla birlikte çevresel özellikler (yiyecekler kolay ulaşılabilirlik vb.) ve ebeveyn özellikleri (rol model olma, ebeveyn yeme davranışları vb.) belirleyici role sahiptir.⁶ Ebeveynler çocukların beslenme davranışı kazanmasında önemli role sahiptir. Ebeveynlerin yeme tercihleri (atıştırma tüketimi, bir arada yemek yeme, vb.), yemek zamanı tutum ve davranışları (ısrarcı, ödül-ceza kullanımı vb.) ile çocukların beslenme davranışları ve kilo durumları arasında ilişki bulunmaktadır.⁷ Ebeveynler çocuklarına hangi besinleri ne ölçüde vereceklerine kendi alışkanlık ve davranış modellerine (kısıtlama, model olma, cesaretlendirme, baskıcı, kontrollü, ilgisiz vb.) göre karar verirler.⁸⁻¹⁰ Aile içerisinde çocuklara rol modeli olma görevi çoğunlukla annelere düşmektedir. Annelerin olumlu beslenme davranışları (sağlıklı besin tercihi, evde yemek yeme, evde yemek yapma vb.) çocukların sağlıklı beslenme davranışı kazanmasını artırırken, olumsuz beslenme davranışları (evde yemek hazırlamama, hazır gıda tercihi vb.) çocukların sağlıksız besin tüketimini artırmaktadır.¹¹ Bunun yanı sıra ebeveynlerin çocuklarını besleme davranışları çocuklarının kilolarını nasıl algıladıklarından da etkilenmektedir. Buna göre ebeveynler çocuklarının yiyeceği gıda türlerini, yemek yeme sıklığını ve porsiyon miktarlarını belirlemektedirler.^{12,13}

Yaşanılan bölge çocukluk obezitesinin belirleyicilerinden bir diğeridir. Kırsal-kentsel eşitsizlikler obezite için dünya genelinde bir sorundur. Önceki bazı çalışmalar kırsal alanda yaşamın çocukluk obezitesi için risk oluşturduğunu belirtirken,^{14,15} aksini ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır.^{16,17} Kırsal alanda yaşamak yoksulluk, sağlık güvencesinin olmaması, koruyucu bakıma ulaşmada güçlük, yetersiz fiziksel aktivite olanakları (park ve egzersiz olanaklarına ulaşmada yetersizlik, yetersiz yürüyüş yolları, yetersiz fiziksel aktivite sınıfları) gibi ilave riskleri barındırması nedeniyle çocukluk obezitesinin gelişiminde bir etken olarak tanımlanmaktadır.¹⁸ Literatürde kırsal ve kentsel alandaki ebeveynlerin yemek zamanı davranışları ile çocukların beslenme davranışları ve kilo durumlarını karşılaştıran çalışmalar oldukça sınırlıdır. Amerika'da kırsal ve kentsel alanda yaşayan ebeveynlerin çocuklarını besleme davranışları açısından karşılaştıran bir çalışmada, çocukların kiloları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak kırsal kesimde yaşayan ebeveynlerin kentsel alandakilere göre çocuklarını daha sağlıklı olarak algıladıkları, evde daha fazla yemek yaptıkları, sebze, meyve, et ve balık gibi ürünleri daha fazla tükettiklerini belirlemiştir. Ayrıca kırsal kesimde yaşayan ebeveynlerin çocuklarını beslerken kısıtlama ve baskı yöntemini daha fazla kullandıkları belirlenmiştir.¹⁹ Türkçe literatür incelendiğinde kırsal ve kentsel alanda yaşayan ebeveynlerin yemek zamanı davranışları ile çocukların beslenme davranışları ve kilo durumları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara ulaşılamamıştır. Literatürdeki bu eksiklik göz önünde bulundurularak bu çalışmada, kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların beslenme davranışları ve obezite durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu araştırmanın amacı, kırsal ve kentsel alanda yaşayan okul çağındaki çocukların beslenme davranışları ve obezite durumlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Yöntem

Araştırmanın Tipi, Evreni ve Örneklemi

Araştırma kesitsel tanımlayıcı tiptedir. Araştırma 2017 yılında Türkiye'nin batısındaki bir ilin kırsal ve kentsel bölgelerinde bulunan dokuz devlet ilkokulunda (kentsel alan: iki, kırsal alan: yedi) yürütüldü. Kırsal alandaki okulların öğrenci sayıları daha az olduğu için kentsel alana göre daha fazla sayıda okul belirlendi. Çalışmada ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü soru sayısının en az 5 katı (100x5) yaklaşık 500 kişi olarak hesaplandı. Çalışmaya basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen ilkokul öğrencileri (2., 3. ve 4. sınıf öğrencileri) ve ebeveynleri katıldı. Belirlenen okullarda eğitim gören öğrenci sayısı 2675 (kentsel alan öğrenci sayısı =1663, kırsal alan =1012) idi. Belirlenen sınıflarda okuyan, çalışmaya katılmayı kabul eden, formları eksiksiz tamamlayan, Türkçe okuyup yazabilen, evde en az bir ebeveyni ile yaşayan tüm öğrenciler ve ebeveynleri çalışmaya dahil edildi. Kurumda kalan, formları dolduramayacak düzeyde öğrenme güçlüğü olan, çalışmaya katılmak istemeyen ve formları eksik dolduran öğrenciler ve ebeveynleri dışlanarak toplamda 500 (kırsal alan:217, kentsel alan: 283) öğrenci ve ebeveynin verisi değerlendirildi. Kentsel alandan seçilen okullar şehir merkezinde, farklı sosyo-ekonomik düzey ve kültürlere sahip ailelerin yaşadığı bölgelerdi. Kırsal alandan seçilen okullar şehir merkezinden uzak, ilçelere bağlı köy ve mahallelerde idi. Okulların hiçbirinde yemekhane ve öğle yemeği bulunmamaktaydı.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veriler; Tanıtıcı Bilgi Formu, Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği (EYZDÖ), Çocuklarda Yeme Davranış Anketi (ÇYDA), Çocuk Beslenme Davranış Ölçeği (ÇBDÖ) ve Antropometrik ölçümler kullanılarak elde edildi. Çocuklardan elde edilen veriler okullarda uygun koşullar sağlandıktan sonra sınıf ortamında yüz yüze elde edilmiştir. Ebeveynler (ebeveynlerden biri) kapalı zarf yöntemi ile kendilerine gönderilen formları (EYZDÖ, ÇYDA) evlerinde doldurmuştur.

Tanıtıcı Bilgi Formu çocukların ve ebeveynlerin tanıtıcı özelliklerini içeren sorulardan (yaşanılan bölge, çocuğun yaşı, cinsiyeti, sınıfı, kardeş varlığı, anne-baba eğitimi, anne-baba vücut ağırlığı/ boy uzunluğu, ailedeki birey sayısı, haftanın kaç günü evde yemek pişirildiği, haftada çocukla birlikte yenilen ana öğün sayısı, yemeklerin yenildiği yerde televizyon olma durumu) oluşmuştur.

Ebeveyn Yemek Zamanı Davranışları Ölçeği, Hendy ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Ebeveynlerin çocuklarını beslerken gösterdikleri davranışları belirlemektedir. Ölçek otuz bir maddeli, dokuz alt boyutu (atıştırma miktarı, olumlu ikna, günlük meyve-sebze kullanımı, ödül kullanma, yemek konusunda ısrar, atıştırma modeli, özel yemekler, hayvansal yağ azaltma, birden fazla yemek seçeneği) olan üçlü likert tiptedir (1: hiçbir zaman, 2: bazen, 3: her zaman).²⁰ Türkçeye uyarlanan ölçeğin kapsam geçerlik indeksi (KGİ)= %97, iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.41-0.75 arasında, test-tekrar test güvenilirliği $r=0.91-0.99$ ($p<0.001$) arasında bulunmuştur.⁷ Bu çalışmada ölçeğin alt boyutları için iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.57-0.79 arasında bulunmuştur.

Çocuklarda Yeme Davranışı Anketi, Wardle ve ark. tarafından geliştirilmiş, ebeveynlerin yanıtladığı, 35 maddelik, 5'li likert tipinde (1=asla, 5=her zaman) bir ölçektir. Çocuğun iştah düzeyini belirleyen ölçekte puanın fazla olması belirtilen yeme davranışının (gıda hevesliliği, duygusal aşırı yeme, gıdadan keyif alma, içme tutkusu, tokluk heveslisi, yavaş yeme, duygusal az yeme, yemek seçiciliği) daha fazla sergilendiğini göstermektedir.²¹ Orijinal ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayıları 0.74-0.91 arasındadır. Türkçeye uyarlanan ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.61-0.84 arasında, toplam için 0.69'dur.²² Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.59-0.80 arasında bulunmuştur.

Çocuk Beslenme Davranış Ölçeği, CATCH HBQ kapsamında geliştirilmiştir. Çocukların gıda tüketimlerini belirlemek amacıyla az yağlı/ çok yağlı ile tuzsuz/ fazla tuzlu gıda alternatiflerinin bulunduğu resimli 14 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin maddeleri sağlıksız gıdalar için -1, sağlıklı gıdalar için +1 puan almaktadır. Toplam puanın fazla olması sağlıklı beslenme alışkanlığını göstermektedir. Orijinal ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.76, test-tekrar test güvenilirliği $r=0.58$ 'dir.^{23,24} Türkçeleştirilen ölçeğin kapsam geçerlik indeksi (KGİ)= 0.96, iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.68, test-tekrar test güvenilirliği 0.74 bulunmuştur.²⁵ Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı 0.60 bulunmuştur.

Antropometrik Ölçümler

Çocukların kilo durumları, Beden Kitle İndeksi (BKİ= kg/m^2) ile değerlendirilmiştir. Araştırmacılar tarafından her çocuğun boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleri elektronik tartı ve duvara sabitlenmiş mezüre kullanılarak yapılmıştır. Vücut ağırlığı ölçümü, öğrencilerin ayakkabıları ve formanın üzerindeki kıyafetler çıkarıldıktan sonra, boy uzunluğu ölçümü ayakkabısız, omuzlar gevşek, kollar yanda olacak pozisyonda yapılmıştır. BKİ persentilleri için Neyzi ve ark. kriterleri kullanılmıştır.²⁶ Persentil aralığı; %5 altında ise zayıf, %5 ile % 85 aralığında ise normal kilolu, %85 ile %95 aralığında ise fazla kilolu, %95 ve üzeri ise obez olarak kabul edilmiştir.²⁷

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 24.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama), ölçeklerden elde edilen puanlar ve çocuk BKİ sonuçları kullanılarak elde edilen veriler ise iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi) ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkenleri olan çocuk beslenme davranışı ve çocuk BKİ değerini etkileyen faktörlerin (cinsiyet, yaşanılan bölge, çocuk yeme davranışı ve ebeveyn yemek zamanı davranışları) belirlenmesi çoklu regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik İlkeler

Çalışmanın yapılabilmesi için araştırmacıların bağlı olduğu üniversitenin etik kurulundan (2017/04-23) ve İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Ailelerden yazılı, öğrencilerden sözlü onam alınmıştır. Araştırmada ölçeklerin kullanımı için yazarlardan e-posta yolu ile izin alınmıştır.

Bulgular

Öğrencilere ve Ebeveynlere Ait Tanıtıcı Bilgiler

Çalışmaya kırsal alandan 217, kentsel alandan 283 öğrenci ve ebeveyni katılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere ve ebeveynlere ait tanıtıcı bilgiler Tablo 1'de verilmiştir. Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması kırsal alanda, 8.93 ± 0.85 ; kentsel alanda, 9.01 ± 0.82 idi. Kırsal alandaki öğrencilerden % 53'ü kız, % 39.6'sı 4.sınıf; kentsel alandakilerin % 56.5'i kız; % 34.3'ü 4. sınıf idi.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kilo durumuna ilişkin bulgular Tablo 2'de verilmiştir. Kırsal alanda yaşayan öğrencilerin BKİ ortalamaları 18.44 ± 3.15 idi ve % 18'i obezdi; kentsel alandaki öğrencilerin BKİ ortalamaları 17.98 ± 3.79 idi ve %16'sı obezdi. Çocukların kilo durumuna göre bölgeler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Çocukların Beslenme Davranışları, Yeme Davranışları ve Ebeveynlerin Yemek Zamanı Davranışları

Kırsal ve kentsel alandaki çocukların beslenme ve yeme davranışları ile ebeveynlerin yemek zamanı davranışları puanlarının dağılımı Tablo 3'de gösterilmiştir. Kırsal ve kentsel bölgedeki öğrencilerin beslenme davranış puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.001$).

Kırsal ve kentsel alandaki öğrencilerin gıda hevesliliği, içme tutkusu ve yemek seçiciliği yeme davranışları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Kırsal ve kentsel alandaki ebeveynlerin atıştırma miktarı, olumlu ikna, ödül kullanma, yemek konusunda ısrar, atıştırma modeli, özel yemekler, hayvansal yağ azaltma yemek zamanı davranışları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$).

Çocukların Beslenme Davranışını ve Kilo Durumunu Etkileyen Faktörler

Çoklu regresyon analizinde çocukların beslenme davranışını etkileyen faktörleri ortaya koymak için cinsiyet, yaşanılan bölge, ebeveyn yemek zamanı davranışları ve çocuk yeme davranışları bağımsız değişken olarak ele alınmıştır (Tablo 4). Analiz

sonucu modelin anlamlı olduğunu gösterdi ($F= 3.785$, $p<0.001$). Modelin açıklayıcı gücü %13 idi. Çocuklarda sağlıklı beslenme davranışının artmasını en çok etkileyen faktörler kız cinsiyeti ($\beta=-.087$), kentsel bölgede yaşamak ($\beta=.248$), ebeveyn atıştırma miktarı ($\beta=.120$), çocuğun gıda hevesliliği ($\beta=.190$), çocuğun gıdadan keyif almaması ($\beta=-.132$), çocuğun yemek seçiciliği ($\beta=.109$) davranışları idi.

Çocukların BKİ sonuçlarını etkileyen faktörleri ortaya koymak için cinsiyet, yaşanan bölge, ebeveyn yemek zamanı davranışları ve çocuk yeme davranışları bağımsız değişken olarak ele alınmıştır (Tablo 5). Analiz sonucu modelinin anlamlı olduğunu gösterdi ($F= 10.807$, $p<0.001$). Bağımsız değişkenler varyansın %30'unu açıklamıştır. Çocukların BKİ değerlerinin artmasını en çok etkileyen değişkenler, kırsal bölgede yaşamak ($\beta=-.120$), ebeveynin ödül kullanmama davranışı ($\beta=-.088$), ebeveynin hayvansal yağ azaltma davranışı ($\beta=.161$), çocuğun gıda hevesliliği davranışı ($\beta=.284$), gıdadan keyif alma davranışı ($\beta=-.145$), çocuğun yavaş yememe davranışı ($\beta=-.091$) ve yemek seçmeme davranışı ($\beta=-.173$) olarak belirlendi.

Tablo1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (N=500)

	Kırsal (n=217)		Kentsel (n=283)	
	n	%	n	%
Çocuk yaş (ort.,SS)	8.93± 0.85		9.01 ± 0.82	
Cinsiyet				
Kız	115	53.0	160	56.5
Erkek	102	47.0	123	43.5
Sınıf				
2.sınıf	51	23.5	78	27.6
3.sınıf	80	36.9	108	38.2
4.sınıf	86	39.6	97	34.3
Ailede başka çocuk var mı?				
Evet	199	91.7	211	74.6
Hayır	18	8.3	72	25.4
Anne BKİ (ort.,SS)	27.4 ± 4.93		24.7 ± 3.92	
Anne eğitim durumu				
İlköğretim ve altı	191	88.0	62	21.9
Lise ve üzeri	26	12.0	221	78.1
Baba BKİ (ort.,SS)	28.4 ± 4.96		27.2 ± 3.44	
Baba eğitim durumu				
İlköğretim ve altı	173	79.7	54	19.1
Lise ve üzeri	44	20.3	229	80.9
Ailede yaşayan birey sayısı (ort., SS)	4.91 ± 1.12		3.96 ± 0.84	
Evde bir haftada kaç gün yemek pişiriliyor?				
4 ve altı	34	15.7	39	13.8
5 ve üzeri	183	84.3	244	86.2
Evde çocukla yenilen haftalık ana öğün sayısı				
4 ve altı	95	43.8	62	21.9
5 ve üzeri	122	56.2	221	78.1
Evde yemek yenilen yerde tv var mı?				
Evet	192	88.5	161	56.9
Hayır	25	11.5	122	43.1

Tablo 2. Çocukların Kilo Durumlarının Dağılımı

	Kırsal (n=217)		Kentsel (n=283)		t/x ²	p
	n	%	n	%		
Çocuk BKİ (ort.,SS)	18.44 ± 3.15		17.98 ± 3.79		1.446*	0.149
Çocuğun kilo durumu						
Normal ve altı	142	65.4	196	67.6	1.206**	0.547
Fazla kilolu	36	16.6	46	16.4		
Obez	39	18.0	41	16.0		

*t = t testi, ** x² = ki-kare testi

Tablo 3. Çocukların Beslenme ve Yeme Davranışları, Ebeveynlerin Yemek Zamanı Davranışları

Alt Boyutlar	Kırsal (n: 217)	Kentsel (n:283)	t	p
	x±ss	x±ss		
Çocukların Beslenme Davranışları	63.85 ± 18.18	72.02 ± 17.13	-5.141	0.000**
Çocukların Yeme Davranışları				
Gıda Hevesliliği	10.26 ± 4.46	9.35 ± 4.15	2.347	0.019*
Duygusal Aşırı Yeme	6.79 ± 3.07	6.32 ± 2.52	1.879	0.061
Gıdadan Keyif Alma	16.09 ± 4.38	15.66 ± 4.17	1.113	0.266
İçme Tutkusu	8.11 ± 3.31	7.27 ± 3.09	2.899	0.004*
Tokluk Hevesliliği	19.73 ± 5.01	20.21 ± 5.43	-1.018	0.309
Yavaş Yeme	9.57 ± 3.68	10.04 ± 3.78	-1.392	0.165
Duygusal Az Yeme	10.76 ± 3.60	11.19 ± 3.24	-1.407	0.160
Yemek Seçiciliği	8.56 ± 3.13	7.78 ± 2.71	2.912	0.004*
Ebeveynlerin Yemek Zamanı Davranışları				
Atıştırma Miktarı	2.36 ± 0.57	2.57 ± 0.49	-4.323	0.000**

Olumlu İkna	2.44 ± 0.42	2.30 ± 0.43	3.735	0.000**
Günlük Meyve-Sebze Kullanımı	2.44 ± 0.41	2.49 ± 0.37	-1.234	0.218
Ödül Kullanma	1.77 ± 0.40	1.65 ± 0.35	3.545	0.000**
Yemek Konusunda İsrar	2.0 ± 0.53	2.17 ± 0.51	-3.542	0.000**
Atıştırma Modeli	1.77 ± 0.41	1.64 ± 0.40	3.728	0.000**
Özel Yemekler	1.42 ± 0.29	1.35 ± 0.29	2.547	0.011*
Hayvansal Yağ Azaltma	2.00 ± 0.53	2.17 ± 0.51	-3.542	0.000**
Birden Fazla Yemek Seçeneği	2.08 ± 0.46	2.04 ± 0.32	1.210	0.227

**p<0.001; * p<0.05; t = t testi

Tablo 4. Çoklu Regresyon: Çocukların Beslenme Davranışlarını Etkileyen Faktörler

	B	SE	β	t	p
(Constant)	45.396	11.680		3.887	.000
Cinsiyet	-3.143	1.573	-.087	-1.999	.046*
Yaşanılan bölge	8.943	1.714	.248	5.218	.000**
Atıştırma Miktarı	3.949	1.649	.120	2.395	.017*
Olumlu İkna	1.935	1.974	.047	.980	.327
Günlük Meyve Sebze Kullanma	2.516	2.046	.055	1.230	.219
Ödül Kullanma	-4.417	2.317	-.094	-1.906	.057
Yemek Konusunda İsrar	1.855	1.676	.055	1.107	.269
Atıştırma Modeli	1.421	1.970	.033	.722	.471
Özel Yemekler	3.870	2.803	.064	1.381	.168
Hayvansal Yağ Azaltma	-1.842	1.654	-.055	-1.113	.266
Birden Fazla Yemek Seçeneği	-1.107	2.130	-.024	-.520	.604
Gıda Hevesliliği	.790	.278	.190	2.846	.005*
Duygusal Aşırı Yeme	.116	.368	.018	.317	.752
Gıdadan Keyif Alma	-.554	.262	-.132	-2.115	.035*
İçme Tutkusu	-.392	.289	-.070	-1.356	.176
Tokluk Hevesliliği	-.224	.191	-.066	-1.175	.241
Yavaş Yeme	.018	.245	.004	.075	.940
Duygusal Az Yeme	-.167	.258	-.032	-.644	.520
Yemek Seçiciliği	.667	.303	.109	2.200	.028*

(Bağımlı Değişken: Beslenme Davranışı (R² = 0.130, R=0.361, F=3.785 ; df=19; * p<0.05; ** p<0.001)

(cinsiyet: 0=kız,1= erkek; yaşanılan bölge : 0=kırsal,1= kentsel)

Tablo 5. Çoklu Regresyon: Çocukların BKİ Sonuçlarını Etkileyen Faktörler

	B	SE	β	t	p
(Constant)	16.600	2.067		8.032	.000
Cinsiyet	.090	.278	.013	.324	.746
Yaşanılan Bölge	-.858	.303	-.120	-2.829	.005*
Atıştırma Miktarı	.290	.292	.045	.994	.321
Olumlu İkna	-.316	.349	-.039	-.906	.366
Günlük Meyve Sebze Kullanma	.269	.362	.030	.744	.457
Ödül kullanma	-.815	.410	-.088	-1.989	.047*
Yemek Konusunda İsrar	-.554	.297	-.083	-1.866	.063
Atıştırma Modeli	-.194	.349	-.023	-.556	.579
Özel Yemekler	.614	.496	.051	1.238	.216
Hayvansal Yağ Azaltma	1.069	.293	.161	3.652	.000**
Birden Fazla Yemek Seçeneği	.359	.377	.040	.952	.342
Gıda Hevesliliği	.233	.049	.284	4.738	.000**
Duygusal Aşırı Yeme	.108	.065	.085	1.658	.098
Gıdadan Keyif Alma	.120	.046	.145	2.594	.010*
İçme Tutkusu	-.077	.051	-.070	-1.509	.132
Tokluk Hevesliliği	-.059	.034	-.088	-1.747	.081
Yavaş Yeme	-.086	.043	-.091	-1.982	.048*
Duygusal Az Yeme	.032	.046	.031	.704	.482
Yemek Seçiciliği	-.209	.054	-.173	-3.887	.000**

(Bağımlı Değişken: Beden Kitle İndeksi (BKİ) (R²=0.300, R=0.547, F=10.807; df=19; * p<0.05; ** p<0.001)

(cinsiyet: 0=kız,1= erkek; yaşanılan bölge : 0=kırsal,1= kentsel)

Tartışma

Bu çalışmada kırsal ve kentsel alanda yaşayan okul çocuklarının beslenme davranışı ve obezite (BKİ) durumunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Yaşanılan bölge, çocukların beslenme davranışlarını etkileyen önemli belirleyicilerden biri olup, kentsel alanda yaşayan çocukların kırsal alanda yaşayan çocuklara göre daha sağlıklı besin tükettikleri belirlenmiştir. Türkiye’de yapılan başka bir çalışma, kentsel alanda yaşayan okul çocuklarının kırsal alanda yaşayanlara göre besin değeri düşük olan ve enerji içeriği yüksek gıdaları ve içecekleri daha fazla tercih ettiklerini belirtmiştir.²⁸ Amerika, Hırvatistan ve Çin’de yapılan çalışmalar, kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların beslenme davranışlarının farklı olduğunu; kentsel alanda yaşayan çocukların sabahları daha fazla kahvaltı yaptıklarını ve daha fazla hazır gıda, gazlı içecek tükettiklerini, enerji ve besin içeriği bakımından daha yeterli beslendiklerini, kırsal alandaki çocukların daha fazla hayvansal kaynaklı gıdalar tükettiklerini

ortaya koymuştur.^{29,31} Bulgular yaşanan bölge özelliklerine göre çocukların beslenme davranışlarının değerlendirilmesi gerektiğini doğrular niteliktedir.

Cinsiyet, çocukların beslenme davranışlarını etkileyen diğer belirleyiciydi. Bu çalışma, kız çocukların erkeklere göre daha sağlıklı besin tükettiğini ortaya koymuştur. Önceki çalışmalar benzer şekilde kızların erkeklerden daha fazla sebze-meyve tükettiklerini, yağdan zengin besinlerden daha fazla kaçındıklarını, daha fazla lifli gıdalar tükettiklerini ve tuz alımını sınırladıklarını; erkeklerin daha fazla karbonhidratlı yiyecekleri, besleyiciliği daha düşük besinleri, kalori bakımından zengin içecekleri daha fazla tükettiklerini belirtmiştir.^{32,33} Çalışmalar olası cinsiyet farklılığını erkeklerin kalori gereksiniminin fazla olması nedeniyle gıda alımının artması, kızlarda da diyet davranışlarının daha yaygın olması nedeniyle sağlıklı olarak algılanan besinleri sınırlandırma çabası ile ilişkilendirmiştir.^{34,35}

Bulgular, ebeveynlerin atıştırma davranışlarıyla ilgili koydukları sınır arttıkça çocukların daha fazla sağlıklı besin tükettiklerini göstermiştir. Bir meta analiz çalışması, ebeveynlerin aktif eğitim/ rehberlik, evde sağlıklı yiyecek bulundurma, olumlu rol model olma, sözel övgü ile ödüllendirme davranışları ile çocukların sağlıklı besin tüketimi; ebeveynlerin olumsuz rol model olma, yeme konusunda baskıcı olma, ödül olarak yiyecek kullanma, ev ortamında sağlıklı gıdalar bulundurma davranışları ile çocukların sağlıklı besin tüketimi arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermiştir.³⁶ Bu çalışmanın sonuçları, çocukların beslenme davranışları değerlendirilirken ebeveyn yemek zamanı davranışlarının göz önünde bulundurulması gerektiğini doğrulamıştır.

Bulgular, çocukların 'gıda hevesliliği' ve 'yemek seçiciliği' yeme davranışlarının sağlıklı besin tüketimini olumlu yönde etkilediğini buna karşın 'gıdadan keyif alma' davranışının sağlıklı besin tüketimi ile olumsuz yönde ilişkili olduğunu, diğer bir ifade ile yiyeceklere hevesli olmayan, çok iştahlı olmayan, yeni yemeklere ilgisi olmayan çocukların daha sağlıklı besinler tükettiğini ortaya koymuştur. Önceki bir çalışma duygusal yeme davranışı ile çocukların besin tüketimleri arasında ilişki olmadığını ortaya koymuştur.³⁷ Başka bir çalışma, çocukları yemek seçiciliği davranışı sergileyen ebeveynlerin çocuklarının daha az sağlıklı yiyecek tükettiklerini bir problem olarak tanımladığını, yiyecekler konusunda çocukları ile daha sık mücadele ettiklerini ve çocuklarının beslenme alışkanlıkları hakkında daha fazla tartışma yaptıklarını belirtmiştir.³⁸ Bu çalışmada, çocukların küçük yaş grubunda olması nedeni ile besin seçimlerinde ebeveyn kontrollerinin daha belirleyici olduğu tahmin edilmektedir. Bunun sonucu olarak da yemek seçiciliği ile sağlıklı besin tüketimi arasındaki ilişkinin ebeveyn etkisine bağlı olabileceği öngörülmüştür.

Çalışma bulguları, kırsal alanda yaşamın çocukların BKİ değerlerinin artmasında bir belirleyici olduğunu göstermiştir. Yaşanan bölgeye göre bireylerin beslenme davranışları, sosyo-ekonomik durumları, kültürel ve demografik özellikleri, ebeveyn davranışları ve ebeveyn özellikleri, yiyeceklere ulaşma imkanları değişiklik göstermekte ve bu durum çocukların kilo durumunu etkilemektedir.^{14,15,18} Bu bulgu çocukların erken çocukluk dönemi beslenme davranışları ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Önceki çalışmalar, düşük ebeveyn eğitim seviyesi ve düşük sosyo-ekonomik seviye nedeniyle kırsal alanda yaşayan çocuklarda obezite gelişme riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir.^{14,15}

Çalışmada, çocuklarının BKİ değerlerinin artmasında ebeveynlerin daha az ödül kullanma ve daha fazla hayvansal yağ kısıtlama davranışlarının etkili olduğu belirlenmiştir. Önceki çalışmalar çocuklarının her yiyeceği yemesine izin verme, çocuklarını sürekli kısıtlama, yiyecekleri ödül olarak kullanma, hayvansal yağı azaltma, olumlu ikna, yeme konusunda ısrar, fazla yiyecek çeşidi sunma gibi ebeveyn davranışlarının çocukluk obezitesi ile ilişkili olduğunu göstermiştir.^{20,39} Türkiye'de yapılan bir araştırmada ise, çocukların BKİ değerleri ile ebeveynlerin hayvansal yağ azaltma ve atıştırma modeli davranışları arasında olumlu ilişki olduğu belirlenmiştir.⁷

Bulgular, çocuklarda iştahın göstergesi olan gıda hevesliliği ve gıdadan keyif alma davranışı ile BKİ arasında olumlu, daha az iştahın göstergesi olan yavaş yeme ve yemek seçiciliği ile BKİ arasında olumsuz ilişki olduğunu doğrulamıştır. Demir ve Bektaş'ın çalışmasında benzer şekilde gıda hevesliliği ve gıdadan keyif alma yeme davranışları ile çocukluk obezitesi arasında olumlu ilişki olduğu belirlenmiştir.⁴⁰ Cadenas-Sanchez ve ark.'nın çalışmasında, çocuklarda gıdadan keyif alma ve gıda hevesliliği ile BKİ arasında olumlu ilişki olduğu, yavaş yeme ve yemek seçiciliği ile BKİ arasında olumsuz ilişki olduğu belirtilmiştir.⁴¹

Bulgular, kırsal ve kentsel alana göre ebeveynlerin yemek zamanı davranışlarının farklılaştığını ortaya koymuştur. Türkiye'de kırsal ve kentsel alanda yaşayan ebeveynlerin yemek zamanı davranışlarını karşılaştıran bir çalışmaya ulaşamamıştır. Amerika'da yürütülen başka bir çalışma, kırsal alandaki ebeveynlerin evde daha fazla yemek yaptıklarını, çocuklarını beslerken kısıtlama ve baskı davranışlarını daha fazla kullandıklarını belirtmiştir.¹⁷ Bu bulgu, bölgeler arasındaki farklılığın ebeveynlerin demografik özellikleri, kültür, yaşam şekli ve çevresel koşullardaki değişiklikler ile ilişkilendirilmiştir. Çalışma bulguları, kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların bazı yeme davranışlarının farklı olduğunu göstermiştir. Gıda hevesliliği (yemeye olan eğilim), içme tutkusu (içeceklere olan eğilim) ve yemek seçiciliği (yeni yiyeceklere olan ilgi) davranışları bölgeler arasında farklılık gösteren yeme davranışları olup, kırsal alanda yaşayan çocuklar kentsel alandaki çocuklara göre bu davranışları daha fazla sergilemektedir. Önceki çalışmalar benzer şekilde çocukların demografik özelliklerine göre yeme davranışlarının farklılaştığını ortaya koymuştur.^{22,42}

Bizim çalışmamızda, çocukların ve ebeveynlerinin farklı sosyo-demografik özelliklere sahip olmaları çalışmanın güçlü yönü idi. Yani sıra, çalışmanın bazı sınırlılıkları vardı. Araştırma sadece bir ilde bulunan ilköğrencileri ve ebeveynleri ile yürütülmüştür. Sonuçlar bu okullardaki öğrenciler ve ebeveynler ile sınırlıdır. Kırsal ve kentsel alanda yaşayan çocukların beslenme davranışları ve obezite durumunu karşılaştıran çalışmalar sınırlı olduğu için bulgular Türkçe literatür ile yeterince tartışılmamıştır. Veriler sosyal arzu edilebilirlik hatalarına açıktır. Çocuklar yaşanan durum yerine istedikleri durumu rapor etmiş olabilirler.

Sonuç

Çalışma bulguları değerlendirildiğinde; çocuklarda obezite oranları açısından bölgesel fark saptanmazken, kentsel alanda

yaşayan çocukların daha sağlıklı beslenme davranışı sergiledikleri belirlenmiştir. Ebeveynlerin yemek zamanı davranışlarının ve çocukların yeme davranışlarının kırsal ve kentsel alanda değiştiği belirlenmiştir. Çocukların beslenme davranışını; cinsiyet, yaşanan bölge, ebeveyn atıştırma miktarı davranışı, çocuk gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma, yemek seçiciliği davranışının doğrudan etkilediği saptanmıştır. Yaşanılan bölge, ebeveyn hayvansal yağ azaltma, ödül kullanma davranışı, çocuk gıda hevesliliği, gıdadan keyif alma, yemek seçiciliği, yavaş yeme davranışının çocukların BKİ sonuçlarını doğrudan etkilediği belirlenmiştir. Çocuklarda beslenme davranışlarını geliştirmeyi amaçlayan programlarda yaşanan bölge özelliklerine yönelik girişimlerin planlanması, bu programlarda 'ebeveyn yemek zamanı davranışları', 'çocuk yeme davranışlarını' geliştiren uygulamalara ağırlık verilmesi, obeziteyi önlemeye ve tedaviye yönelik programlarda kırsal alanda yaşayan çocukların öncelikli olarak ele alınması, okul sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerinin özellikle kırsal alanda yaşayan çocukların beslenme davranışını geliştirici ve obeziteyi önleyici girişimlere öncelik vermesi önerilmiştir.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Erişim tarihi: 12.01.2022.
2. Türkiye Çocukluk Çağı (İlkokul 2. Sınıf Öğrencileri) Şişmanlık Araştırması - COSI-TUR 2016. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Milli Eğitim Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1080, Ankara 2017.Sf:128.
3. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 773, Ankara 2019.Sf:22-23.
4. Sepúlveda AR, Solano S, Blanco M, Lacruz T, Veiga O. (2020). Feasibility, acceptability, and effectiveness of a multidisciplinary intervention in childhood obesity from primary care: Nutrition, physical activity, emotional regulation, and family. *European Eating Disorders Review* 2020; 28(2): 184-198. <https://doi.org/10.1002/erv.2702> Erişim tarihi:29.03.2022
5. Brown CL, Perrin EM. (2018). Obesity prevention and treatment in primary care. *Academic Pediatrics* 2018; 18(7): 736-745. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.05.004>. Erişim tarihi:29.03.2022
6. Birch LL, Fisher JO. Development of eating behaviors among children and adolescents. *Pediatrics* 1998; 101(Supplement 2): 539-549. <https://doi.org/10.1542/peds.101.S2.539> Erişim tarihi:12.01.2022
7. Arslan N., Erol S, Ebeveyn yemek zamanı davranışları ölçeği'nin türkçe geçerlik ve güvenirliği. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2014; 16(3): 16-27.
8. Nicklas TA, Baranowski T, Baranowski JC, Cullen K, Rittenberry, L, Olvera N. Family and child-care provider influences on preschool children's fruit, juice, and vegetable consumption. *Nutrition Reviews* 2001;59(7):224-35. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2001.tb07014.x> Erişim tarihi:12.01.2022
9. Wardle J, Sanderson S, Guthrie CA, Rapoport L, Plomin, R. Parental feeding style and the inter-generational transmission of obesity risk. *Obesity Research* 2002; 10(6): 453-462. <https://doi.org/10.1038/oby.2002.63> Erişim tarihi:12.01.2022 Erişim tarihi:12.01.2022
10. Özilbey P, Ergör G. İzmir İli Güzelbahçe İlçesi'nde ilköğretim öğrencilerinde obezite prevalansı ve beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi. *Turkish Journal of Public Health* 2015; 13(1): 30-39. DOI: 10.20518/thsd.45885
11. Gibson EL, Wardle J, Watts CJ. Fruit and vegetable consumption, nutritional knowledge and beliefs in mothers and children. *Appetite* 1998; 31(2): 205-228. <https://doi.org/10.1006/appe.1998.0180> Erişim tarihi:12.01.2022
12. Maynard ML, Galuska DA, Blanck HM, Serdula MK. Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics* 2003; 111(Supplement 1), 1226-1231. <https://doi.org/10.1542/peds.111.S1.1226> Erişim tarihi:12.01.2022
13. Hackie M, Bowles CL. Maternal perception of their overweight children. *Public Health Nursing* 2007; 24(6): 538-546. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.2007.00666.x> Erişim tarihi:12.01.2022
14. Dong Y, Ma Y, Dong B, Zou Z, Hu P, Wang Z, et al. Geographical variation and urban-rural disparity of overweight and obesity in Chinese school-aged children between 2010 and 2014: two successive national cross-sectional surveys. *BMJ Open* 2019; 9:e025559. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025559
15. Contreras DA, Martocchio TL, Brophy-Herb HE, Horodynski M, Peterson KE, Miller AL, et al. Rural-urban differences in body mass index and obesity-related behaviors among low-income preschoolers. *Journal of Public Health* 2021; 43(4): e637-e644. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa162>
16. Sedibe MH, Pisa PT, Feeley AB, Pedro TM, Kahn K, Norris SA. Dietary habits and eating practices and their association with overweight and obesity in rural and urban black south african adolescents. *Nutrients* 2018; 10(2):145. <https://doi.org/10.3390/nu10020145>
17. Gamboa-Gamboa T, Fantin R, Cordoba J, Caravaca I, Gómez-Duarte I. Relationship between childhood obesity and socio-economic status among primary school children in Costa Rica. *Public Health Nutrition* 2021; 24(12): 3825-3833. doi:10.1017/S1368980021002032.
18. Lutfiyya MN, Lipsky MS, Wisdom-Behounek J, Inpanbutr-Martinkus M. Is rural residency a risk factor for overweight and obesity for U.S. Children? *Obesity* 2007; 15(9): 2348-2356. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.278> Erişim tarihi:12.01.2022
19. Faulkner PE, Ralph O, Brooks K, Lynch P. Rural and urban north carolina parent's child feeding behaviours. *Journal of Family and Consumer Sciences* 2016; 108(1): 30-38(9). <https://doi.org/10.14307/JFCS108.1.30>
20. Hendy HM, Williams KE, Camise TS, Eckman N, Hedemann A. The parent mealtime action scale (PMAS). Development and association with children's diet and weight. *Appetite* 2009; 52(2):328-339. 10.1016/j.appet.2008.11.003.
21. Wardle J, Guthrie CA, Sanderson S, Rapoport L. Development of the children's eating behaviour questionnaire. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* 2001; 42(7):963-970. doi: 10.1111/1469-7610.00792.
22. Yılmaz R, Esmeray H, Erkorkmaz Ü. Çocuklarda yeme davranış anketinin Türkçe uyarlama çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12(4):287-294.
23. Edmundson E, Parcel GS, Perry CL, Feldman HA, Smyth M, Johnson CC, et al. The effect of the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health intervention on psychosocial determinants of cardiovascular disease risk behaviour among third- grade students. *American Journal of Health Promotion* 1996; 10(3): 217-225. doi: 10.4278/0890-1171-10.3.217.
24. Parcel GS, Edmundson E, Perry CL, Feldman HA, O'Hara-Tompkins N, Nader PR, et al. Measurement of self-efficacy for diet-related behaviours among elementary school children. *Journal of School Health* 1995; 65(1): 23-27. doi: 10.1111/j.1746-1561.1995.tb03335.x.
25. Haney MO, Erdogan S. Factors related to dietary habits and body mass index among Turkish school children: a cox's interaction model-based study. *Journal of Advanced Nursing* 2013; 69(6): 1346-1356. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06126.x>
26. Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008; 51(1): 1-14.
27. Bundak R, Furman A, Gunoz H, Darendeliler F, Bas F, Neyzi O. Body mass index references for Turkish children. *Acta Paediatrica* 2006; 95 (2): 194-198. doi: 10.1080/08035250500334738
28. Alikaşifoğlu M, Erginöz E, Ercan O, Uysal Ö, Ekici B, Ocak S, ve ark. Kırsal ve kentsel alanlarda yaşayan 11 ve 13 yaşlarındaki öğrencilerin sağlık durumları ve sağlık davranışları arasındaki farklılıklar: Türkiye sağlık davranışları araştırması 2006 sonuçları. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi* 2010; 45 (2):96-104. DOI: 10.4274/Turk Ped Ars.45.96
29. Davis AM, Boles RE, James RL, Sullivan DK, Donnelly JE, Swirczynski DL, et al. Health behaviors and weight status among urban and rural children. *Rural Remote Health* 2008 ; 8(2): 810.

30. Colic-Baric I, Kajfez R, Satalic Z, Cvjeti S. Comparison of dietary habits in the urban and rural croatian schoolchildren. *European Journal of Nutrition* 2004; 43:169–174. <https://doi.org/10.1007/s00394-004-0455-5>
31. Zhang J, Wang D, Eldridge AL, Huang F, Ouyang Y, Wang H, et al. Urban–Rural disparities in energy intake and contribution of fat and animal source foods in chinese children aged 4–17 years. *Nutrients* 2017; 9(5): 526. <https://doi.org/10.3390/nu9050526> Erişim tarihi:12.01.2022
32. Lehto E, Ray C, Haukkala A, Yngve A, Thorsdottir I, Roos E. Predicting gender differences in liking for vegetables and preference for a variety of vegetables among 11-year-old children. *Appetite* 2015; 95:285–292. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.020> Erişim tarihi:12.01.2022
33. Cooke LJ, Wardle J. Age and gender differences in children’s food preferences. *British Journal of Nutrition* 2005; 93(5): 741–746. doi:10.1079/BJN20051389
34. Neumark-Sztainer D, Hannan PJ. Weight-related behaviors among adolescent girls and boys. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* 2000; 154(6): 569–577. doi:10.1001/archpedi.154.6.569
35. Velazquez CE, Black JL, Billette JM, Ahmadi N, Chapman GE. A comparison of dietary practices at or en route to school between elementary and secondary school students in Vancouver, Canada. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 2015; 115(8): 1308–1317. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2015.02.030> Erişim tarihi:12.01.2022
36. Yee AZH, Lwin MO, Ho SS. The influence of parental practices on child promotive and preventive food consumption behaviors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2017; 14:47. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0501-3> Erişim tarihi:12.01.2022
37. Michels N, Sioen I, Braet C, Eiben G, Hebestreit A, Huybrechts I, et al. Stress, emotional eating behaviour and dietary patterns in children. *Appetite* 2012; 59(3): 762–769. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.08.010> Erişim tarihi:12.01.2022
38. Mascola AJ, Bryson SW, Agras WS. Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. *Eating Behaviors* 2010; 11(4): 253–257. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2010.05.006> Erişim tarihi:12.01.2022
39. Van Der Horst K, Sledden EFC. Parenting styles, feeding styles and food related parenting practices in relation totoddlers' eating styles: a cluster-analytic approach. *Plos One* 2017; 12(5): e0178149. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178149> Erişim tarihi:12.01.2022
40. Demir D, Bektas M. The effect of children’s eating behaviors and parental feeding style on childhood obesity. *Eating Behaviors* 2017; 26: 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.03.004> Erişim tarihi:12.01.2022
41. Cadenas-Sanchez C, Nyström C, Sanchez-Delgado G, Martinez-Tellez B, Mora-Gonzalez J, Risinger A, et al. Prevalence of overweight/obesity and fitness level in preschool children from the north compared with the south of E urope: an exploration with two countries. *Pediatric obesity* 2016; 11(5): 403–410. <https://doi.org/10.1111/ijpo.12079> Erişim tarihi:12.01.2022
42. Sleddens EF, Kremers SP, De Vries NK, Thijs C. Relationship between parental feeding styles and eating behaviours of Dutch children aged 6–7. *Appetite* 2010; 54(1): 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2009.09.002> Erişim tarihi:12.01.2022

Original Research / Orijinal Araştırma

The Problems Experienced By Cancer Patients During The Covid-19 Pandemic: A Qualitative Study

Covid-19 Pandemisi Sürecinde Kanser Hastalarının Yaşadığı Sorunlar: Nitel Bir Çalışma

Fahimeh Hosseinnezhad Hendvari¹, Nihal Aydın²

Abstract

Objective: The aim of the research is to understand the problems experienced by cancer patients during the Covid-19 process and to identify the services they need to cope with these problems. **Method:** Qualitative method used in the research and in-depth interviews were conducted with 15 patients residing in Istanbul through semi-structured interview questions. Participants selected by purposive sampling method. **Findings:** According to the findings of the research, the most important problem experienced by cancer patients during the Covid-19 period was difficulties in accessing to health services, disruptions in the treatment processes and difficulties in reaching the hospital. Other problems were psychological exhaustion, having to be more isolated, economic difficulties and job losses. **Conclusion:** In order to deal with these problems, it is necessary to develop new practices and applications in the health system, provide psychological support to cancer patients within the scope of psycho-oncology services, establishing networks between patients and doctors that support patients' access to hospitals and information about the disease process, establish communication networks among patients and support patients' well-being.

Key words: Patients Diagnosed with Cancer, Oncology, Covid-19, Psycho-Oncology Services.

Özet

Amaç: Covid-19 sürecinde kanser hastalarının yaşadıkları sorunları anlamak ve bu sorunlarla başa çıkabilmeleri için ihtiyaç duydukları hizmetleri tespit etmektir. **Yöntem:** Araştırmada nitel yöntem kullanılmış ve yarı yapılandırılmış görüşme sorularıyla İstanbul'da ikamet eden 15 hastayla derinlemesine görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar amaçsal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. **Bulgular:** Araştırmanın bulgularına göre; Covid-19 döneminde kanser hastalarının yaşadığı sorunların en başında sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları zorluklar, tedavi süreçlerindeki aksaklıklar ve hastaneye ulaşımında yaşanan zorluklar yer almıştır. Diğer sorunlar ise psikolojik olarak yıpranma, daha fazla izole olmak zorunda kalma, ekonomik zorluklar ve iş kayıplarının yaşanması olmuştur. **Sonuç:** Yaşanan bu sorunlarla başa çıkabilmek için sağlık sisteminde kanser hastaları için yeni uygulamalar ve uygulamaların geliştirilmesi, psiko-onkoloji hizmetleri kapsamında kanser hastalarına psikolojik desteğin verilmesi, hastaların hastane ve doktorlarına ulaşabilmelerini destekleyen ağların kurulması, hastaların kendi arasında iletişim ağlarının kurulması ve hastaların iyilik halinin desteklenmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Kanser Tanısı Alan Hastalar, Onkoloji, Covid-19, Psiko-Onkoloji Hizmetleri.

Geliş tarihi / Received: 02.02.2022 Kabul tarihi / Accepted: 01.06.2022

¹İstanbul Aydın Üniversitesi / Türkiye

²Bakü Devlet Üniversitesi Sosyal Bilimler ve Psikoloji Fakültesi / Azerbaycan

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Fahimeh Hosseinnezhad Hendvari, İstanbul Aydın Üniversitesi, Türkiye
fahimehendvari@aydin.edu.tr

Hendvari HF, Aydın N. The Problems Experienced By Cancer Patients During The Covid-19 Pandemic: A Qualitative Study. TJFMPC, 2022;16(3): 493-502

DOI: 10.21763/tjfmpe.1066799

Giriş

Günümüz dünyasında kanser hastalığı hızla artış göstermekte ve insanların hayatını tehlikeye sokmaktadır. Kanser süreci bireyi, aileyi ve toplumu etkileyen; çocuk, genç, yaşlı, kadın, erkek ve herkesin tanı alabilme riski olan bir hastalıktır ve aileler ve toplumlar üzerinde çok büyük yükler oluşmasına neden olmaktadır.¹ Kanser, ölüm ve yaşam üzerindeki kontrolün sınırlılığını sembolize eden kronik bir hastalıktır ve kişinin kendi bedeninin kendini yok etmesini simgeler.² Kanser hastalığı, toplumlarda bir yıkım olarak algılanır. Bu yıkım algısı, hastanın ve yakınlarının psikolojik dengesinde krize neden olur ve çok sayıda sorunu beraberinde getirir. Kanser tanısı alan hasta, bir taraftan hastalığı anlamaya ve kabul / inkâr etmeye çalışırken diğer taraftan da bedensel, zihinsel ve psikolojik olarak hastalıkla mücadele etmek zorunda kalır. Dolayısıyla kanser ile mücadele bedenin ve ruhun ortak mücadelesidir.³

Kanserin tanısı, teşhis ve tedavisinde sağlıkla ilgili birçok tedavi ve teknolojik ilerlemelerin oluşması ve yapılmasına rağmen tedavi sürecinin uzun soluklu bir süreç olması, ekonomik bir güce ihtiyaç duyulması, beden imaj kayıpları, hastalığın uzak organlara geçiş yapma kaygısı ve birçok cerrahi süreçlerin gerçekleşmesi hastalar ve ailelerine zorluk yaşatmaktadır. Diğer taraftan ilaçların ve tedavilerin vücuda verdiği yorgunluk, tedavi süreçlerinde hastanın ve bakım verenin yaşadığı sağlık sistemleri ile ilgili aksaklıklar, ekonomik, psikolojik, duygusal, fiziksel ve çevresel zorluklar ve bazen de ölümle sonuçlanmasını göz önünde bulundurursak kanser tıbbî ve fiziksel bir hastalık olduğu kadar zihinsel ve psiko-sosyal bir hastalıktır. Bu süreçlerden kaynaklanan çeşitli sorunlar, bireyi ve aileyi etkisi altına alan bir mücadeledir.⁴ Kanser, sadece tanısı konmuş hastalar için değil aynı zamanda ailesinin ve yakınları içinde yaşamlarında önemli şekilde değişimler yaşanmaktadır. Kanserli hasta yakınları; tıbbi tedavilerin yapılması, semptomların yönetimi, sorunları çözme ve hastalarının yerine karar alma, çevre güvenliğini sağlama, bakımı planlama, fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik yönden birçok alanda gereksinimlerinin sağlanmasında hastalara destek olmaktadır.

Bu araştırmanın amacı Covid-19 pandemisi sürecinde kanser hastalarının yaşadığı sorunları değerlendirmek ve psiko-onkoloji hizmetlerinin kanser hastaları ve ailelerine sunabileceği destek ve hizmetler üzerine tartışma yürütmektir.

Pandemi Sürecinde Kanser Hastası Olmak

Kanser, son dönemlerde bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de önemli bir toplumsal sağlık sorunu haline gelmiştir. Dünya Sağlık Örgütü’nün bir alt kuruluşu olan Uluslararası Kanser Araştırma Ajansının (International Agency for Research on Cancer IARC) Dünya Kanser İstatistiklerine göre (2020), Dünya’da her beş kişiden birinin hayatı boyunca kansere yakalanma riski bulunmakta ve bu oran her yıl artmaktadır. Dünya Kanser İstatistiklerine göre her sekiz erkekten birisi ve her 11 kadından birisi kanser sebebiyle hayatını kaybetmektedir. 2020 yılında 185 ülkede 36 kanser türü ortaya çıkmıştır. Böylece tüm kanser türleri için tanı konma sıklığı ve yaşam kaybı oranları yıl geçtikçe artış göstermeye devam etmektedir. Dünyada kanser tanısı konmuş bireylerin süre gelen dönemlerde beş yıl içinde yaşayan kanser tanısı almış hasta sayısı (5-yıllık prevalans) 50,6 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Dünyada 2012’te yıllık yeni kanser vakası sayısı 14,1 milyon iken, yıllık kansere bağlı ölüm sayısı 8,2 milyon olarak bildirilmiştir. 2018 yılında yeni vaka sayısı 18,1 milyon ve 9,6 milyon ölüm sayısı bildirilmiştir. 2020’de 19,3 milyon yeni vaka ve 10 milyon ölüm sayısı bildirilmiştir. Dünya genelinde 2040 yılında tahmini 28,4 milyon yeni kanser vakası olacağı öngörülmektedir. 2020 yılındaki yaklaşık 19,3 milyon vakanın sayısında yüzde 47’lik bir artışa karşılık gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, kanser riskini artıran başlıca faktörler arasında tütün / alkol kullanımı, sağlıksız beslenme ve fiziksel hareketsizlik gibi davranışsal ve diyetel etmenleri göstermektedir. Kanser nedeniyle gerçekleşen her üç ölümden biri bu risklerden kaynaklanmaktadır. Bu risk faktörleri içerisinde tütün kullanımı ise kansere yol açan en önemli etkenler arasında yer almaktadır.⁵

Türkiye’de nüfus artışına paralel olarak yeni tanı alan kanser hasta sayısında da artış gözlenmektedir. Türkiye’de 2012 yılında yeni vaka sayısı 233 ve kanserden ölen vaka sayısı 69,269’ken 2018 yılında, yeni vaka sayısı 210,537 ve kanserden hayatını kaybeden vaka sayısı 116,710 olarak bildirilmiştir. 2020 yılında ise yeni tanı konmuş kanser vaka sayısı 233,834 ve kanser sebebiyle yaşam kaybı sayısı 126,335 olarak bildirilirken hayatını kaybedenlerin yüksek oranla erkek hastalardan olduğu ve Türkiye’de kadınlara nazaran erkeklerde kanser vakasına ve ölümüne daha sık rastlandığını bildirilmiştir.¹ Dolayısıyla kanser türü, tanı ve tedavisinde cinsiyete göre farklılıklar göstermektedir. Dünyada erkeklerde daha sık görülen kanser türleri akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseridir. Türkiye’de ise erkeklerde daha sık akciğer, prostat, kolorektal, mesane ve mide kanser türleri tespit edilmektedir. Dünyada kadınlarda meme, kolorektal, serviks, akciğer ve uterus kanseri daha sık görülürken Türkiye’de ise kadınlarda sırayla meme, tiroid, kolorektal,

uterus ve akciğer kanser türü görülmektedir. Hem erkeklerde hem de kadınlarda en sık rastlanan ve ölüme neden olan kanser türü akciğer kanseridir. İkinci sırada ise erkeklerde prostat kanseri, kadınlarda ise meme kanseri gelmektedir.¹

Pandemi belirli zamanlarda ortaya çıkan, bir bulaşıcı hastalığın toplum içinde çokça görülmesi ve büyük coğrafyaları kapsayarak, kıta ve kıtaları etkisinin altına alan büyük salgınlardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) pandemiyi 'birden çok ülkede ve dünyadaki milyonlarca insanı etkisi altına alan ve bazen de bütün dünyaya yayılan büyük çaplı salgınlar' olarak tanımlanmaktadır.⁷ Covid-19 pandemisinin başlamasıyla birlikte, neredeyse tüm dünyada hükümetlerin almış olduğu önlemler ve yenilenen kararlarla beraber insanların yaşamlarında hızlı bir şekilde değişimler başlamıştır. Bu süreçte, belirlenen yasaklar ve yaşamların kısıtlanma davranışları ve yasaklılığın oluşuyla yaşamsal olarak günlük rutin alışkanlıklarından ve konforlarından uzak kalmaları nedeniyle kişilerin psikolojik sağlığı, ekonomik sorunlar, aile içi ilişki ve rollerde birçok psiko-sosyal zorluklar ve sorunlar oluşmuştur.

Pandemi sürecinde en çok risk altında olan hasta gruplarından birisi kanser tedavisi gören hastalar ve kanser geçirmiş kişiler olmuştur. Kanser hastalarının zayıf bağışıklık sistemi, tedavi süreçleri ve kullandıkları ilaçlar onları Covid-19 virüsü karşısında yüksek risk grubunda yer almalarına neden olmuştur. Bu hastaların Covid-19 virüsüne karşı risk grubunda yer almaları çok sayıda bilimsel çalışma tarafından kanıtlanmıştır.^{8,9} Ayrıca, birçok hematoloji ve onkoloji hastası, ileri yaş ve komorbiditeler gibi Covid-19 için ciddi ek risk faktörlerine sahiptir.^{9,10} Çin'den gelen verilere göre Covid-19 nedeniyle hayatını kaybeden kanser hastalarının oranı diğer hasta gruplarına göre yaklaşık iki katı (%5.6'ya karşı %2.3) olarak kaydedilmiştir.^{11,12} Gerek kansere bağlı gerekse de tedaviye bağlı bağışıklık sisteminin baskılanması (immüsupresyon) nedeniyle kanser hastalarında enfeksiyonlara sık rastlanır ve hızla tedavi edilmezse kalıcı hasar (morbidite) ve ölüme (mortalite) yol açabilir.¹³

Pandemi sürecinde dünya genelinde kanser hastalarının tedavisinin ertelenmesi en önemli risk faktörleri arasında yer almıştır.¹⁴ Pandemi sürecinde, onkoloji hastalarının tedavi süreçleri epeyce etkilenmiştir. Hayatta kalmaları, sağlık hizmetleri ve tedavilerine bağlı olmasından dolayı, daha fazla izolasyonda kalmaları gerekirken hastaneye gitmek zorunda kalmışlar ve böylece Covid-19'a yakalanma riskleri artmıştır. Bu sebeple, enfekte olma kaygıları ve tedirginlikleri tedavi sürecini ve hastane kontrollerinin normal periyodunda devam edebilmelerini olumsuz etkilemiştir. Böylece kanserli hastalar ve aileleri için psikolojik olarak belirsizlik ve kaygı düzeyinin getirdiği baskılanmalar yüksek seviyede seyretmiştir. Bu zorlu süreçte hasta ve bakım veren hasta yakınlarının ve ailesinin daha fazla desteğe ihtiyaçları olmuştur. Covid-19 kısıtlamaları sırasında, kanserli hastalar hareketsiz bir yaşam tarzına geri dönme riskiyle karşı karşıya kalmışlardır. Ayrıca tedavi gören veya tedavinin olumsuz etkilerinden muzdarip hastalar için sağlıklarıyla ilgili aksaklıklar ve yaşam kalitelerinin düşmesi de söz konusu olmuştur. Pandemi sürecinde uluslararası onkoloji dernekleri tarafından 27 ülkeden 48 gönüllü hekim ortak bir çalışmada Covid-19 sürecinde kanserli hastaların risklerini önleme kılavuz bildirgesi yayınlamıştır.¹⁵

Covid-19 pandemisinin dünyanın farklı bölgelerindeki etkisinin tam boyutu şu anda bilinmemekle birlikte bireylerin endişeleriyle ilişkili teşhis ve tedavide gecikmeler, tarama programlarının askıya alınması, sağlık sisteminin yavaşlatılması, hastane hizmetlerinin kısıtlanması ve pandemi hastanesi olarak kapanmaları ve erişimin azalması kanser hastaların risk düzeylerinin artmasına neden olmuştur. Böylece Covid-19 döneminde teşhis edilmesi gereken hastaların geç tanı konulması veya tedaviye başlayamadıklarından dolayı kaynaklanan ileri evre tanılar ve kanser ölümlerinde artış beklenmektedir.¹⁶ Psiko-sosyal onkoloji hizmetleri Covid-19 sürecindeki virüse yakalanma riskini azaltmak, hasta ve ailelerinin güvenliğini, tedavisini ve yaşam kalitesini artırmak ve hastaların stresini hafifletmeye yönelik çalışmalar yapmayı hedeflemektedir.¹⁵

Yöntem

Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı kanser tanısı almış hastaların Covid-19 pandemisi döneminde yaşadıkları sorunları değerlendirmek, sorunlarla başa çıkabilmek için gerekli destekleri belirlemek ve hastalara ihtiyaç duydukları desteklerin hangi yöntemlerle sunulabileceğini tartışmaktır. Araştırmanın alt amaçları ise hastaların, sağlık hizmetlerine erişim sorunları, sosyal alanlardan çekilerek izole olma sorunları, duygusal ve psikolojik sorunları ve yaşanan ekonomik sorunlarını ele almaktır.

Araştırmanın Tasarımı

Çalışma, nitel yöntem, derinlemesine görüşme tekniği aracılığıyla yapılmıştır. Veriler yarı yapılandırılmış görüşme soru listesi ile toplanmıştır. Çalışmanın evreni İstanbul'da ikamet eden kanser hastalarından oluşmuş

ve örneklem ise amaca uygun örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Araştırma soruları yarı yapılandırılmış biçimde hazırlanmış ve katılımcıların daha derin ve detaylı bilgi vermesini amaçlanmıştır. Çalışmada, 15 kanser hastası ile hastaların uygun gördüğü ortamlarda (açık alan, park, ev gibi ortamlarda) görüşmeler yapılmıştır. 13. görüşmeden sonra veri doygunluğu oluşmaya başlayarak 15. görüşme son görüşme olmuştur.

Veri Toplama Aracı

Bu çalışmada, veriler katılımcıların demografik bilgileri ve yarı yapılandırılmış derinlemesine görüşme soru listesi aracılığıyla toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme soruları araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir.

Demografik sorular

- 1.Cinsiyet:
- 2.Yaş:
- 3.Medeni durumu:
4. Çalışma durumu:
5. Kimlerle yaşıyorsunuz:

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Soruları

1. Covid-19 pandemisinde sağlık hizmetlerine erişiminde nasıl sorunlarla karşılaştınız?
2. Covid-19 pandemisinde aile içinde ve sosyal olarak nasıl sorunlarla karşılaştınız?
3. Covid-19 pandemisinde duygusal ve psikolojik olarak nasıl sorunlarla karşılaştınız?
4. Covid-19 pandemisinde ekonomik olarak nasıl sorunlarla karşılaştınız?

Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlamadan önce iki katılımcı ile pilot görüşme yapılmıştır ve bu vesile ile soruların anlaşılabilirliği değerlendirilmiştir. Pilot görüşme sonucu sorularda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olarak belirlenmiş ve görüşmeler, hastaların sağlık durumu ve buldukları koşullara uygun biçimde planlanmıştır. Görüşme sırasında kendini kötü hisseden hastalarla görüşme sonlandırılmış ve hastanın kendi isteğine göre bir aile üyesi ile görüşmelere devam edilmiştir. Hastalar ve aile üyelerine Bilgilendirilmiş Onam Formu sunulmuş ve hastalara kendilerini yorgun hissettikleri zaman araştırmadan çekilme hakkına sahip oldukları açıklanmıştır. Görüşmeler ortalama 40 dakika sürmüştür. Görüşmeler en az 30 dakika en fazla 50 dakika sürmüştür. Hasta veya aile üyelerinin izin verdiği takdirde ses kaydı alınmıştır ve istekleri üzere görüşmelerin online yapılabileceği de önerilmiştir. Araştırmanın verileri 2021 yılı 2 Nisan'dan toplanmaya başlanmış, Mayıs ayında devam etmiş ve 30 Haziran'da veri toplamak sonlandırılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Nitel araştırmalarda araştırmacı, veri analizinin aracıdır. Araştırmacının verileri yorumlayabilmesi ve bulguları açık bir şekilde sunabilmesi nitel araştırmanın en temel özelliğidir.¹⁷ Veri analizi, 'verileri ayıklama, inceleme, karşılaştırma, kavramsallaştırma ve kategorilere ayırma süreci' olarak adlandırılabilir.^{17,18} Derinlemesine görüşmelerden elde edilen veriler, nitel araştırma yöntemlerine göre değerlendirilmiştir. Görüşmeler önce deşifre edilmiş ve dikkatlice kâğıt üzerine dökülmüştür. Görüşmeleri yazarken katılımcıların söylediklerine sadık kalınmış ve katılımcıların ifadeleri birebir yazılmıştır. Daha sonra görüşme metinlerinde kodlama yapılmıştır. Kodlama, nitel araştırmacının temel bir aracıdır. Kodlama, verilerdeki fikirleri belirlemek için kullanılan araştırmacının bilgi ve algılarıdır. Kodlama süreci boyunca araştırmacı verileri parçalara ayırır ve içerdiği fikirlere göre düzenler.¹⁷ Bu çalışmada katılımcıların kişisel bilgileri gizli tutularak K1, K2.....K15 kısaltmaları kullanılmıştır.

Verilerin Doğruluğu

Araştırma bulgularının doğruluğunu kontrol etmek için 'inanılabilirlik, güvenilebilirlik, onaylanabilirlik ve aktarılabilirlik' kriterlerine bakılmıştır.^{19,20} Bulguların inanılabilirliğini sağlamak için görüşme metinleri katılımcılara iletilmiş ve katılımcı teyidi istenmiştir. Bulguların güvenilebilirliğini kontrol etmek için literatür taramasında diğer araştırmaların bulguları dikkate alınmış, başka bir araştırmacı sürece ve sonuçlara dahil edilmiştir. Bulguların onaylanabilirliğini kontrol etmek için araştırmacılar ön yargılarının farkında olarak ön yargılarını azaltmaya çalışmışlardır. Verilerin aktarılabilirliğini artırmak için ise amaçsal örneklem tercih edilmiştir.

Etik Uygunluk

Araştırmanın etik uygunluğu *** Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulu tarafından (21.04.2021 tarih ve 2021/4 no) onaylanmıştır. Etik Kurul izni 2021/4 Toplantı No. ile araştırmacılara bildirilmiştir.

Bulgular

Bulgular bölümünde önce katılımcıların demografik özellikleri değerlendirilmiştir. Araştırmaya 15 katılımcı; sekiz kadın (%54) ve yedi erkek (%46) katılmıştır. Katılımcıların birisi 38 yaşındadır (%7), üç katılımcının yaş aralığı 41-50 (%20), iki katılımcının yaş aralığı 51-60 (%13) ve dokuz katılımcının yaşı 60'ın üzerindedir (%60). Katılımcıların 11'i evli (%73), dördü ise bekâr; hiç evlenmemiş, eşini kaybetmiş ve boşanmıştır (%27). Katılımcıların eğitim durumu ise yedi kişinin ilköğretim mezunu (%47), ikisinin ortaokul (%13), ikisinin lise (%13) ve dördünün üniversite mezunu (%27) olduğu belirtilmiştir. 11 katılımcı emekli (%73), üç katılımcı çalışıyor (%20) ve bir katılımcı ev kadınıdır (%7). Katılımcılardan dokuzu eşi ve çocukları ile birlikte yaşamakta, ikisi sadece eşi ile, üçü ebeveyni ile ve birisi yalnız yaşamaktadır.

Bu bölümde Covid-19 pandemisinde kanser hastaların yaşadığı sorunlar ele alınmıştır. Pandemi döneminde kanser hastaları ve ailelerinin nasıl etkilendiği, sağlık hizmetlerine erişimde oluşan sorunlar, izole olmak, yaşadıkları duygusal ve psikolojik sorunlar ve ekonomik sorunlar ele alınmıştır. Araştırmada dört ana tema ortaya çıkmıştır.

1. Covid-19 Pandemisinde Kanser Hastalarının Sağlık Hizmetlerine Erişiminde Yaşadığı Sorunlar

Covid-19 pandemi sürecinde birçok hastanenin pandemi hastanesi olarak belirlenmesinden dolayı ve hastanelerde virüs bulaşma tehdidi nedeniyle kanserli hastalara evde kalmaları tavsiye edilmiş ve böylece hastalar sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşamışlardır.

'Hastanelere gitmeyin, gelmeyin. Doktorlar, sürekli söylüyor; yapılacak işlemler erteleniyor.' (K1-K15)
'Kimseden bilgi alamıyoruz, bize sürekli gelmeyin deniyor, kimse bize bir şey söylemiyor. Bize eve gitmemizi söylediler.' (K1- K15)

Pandemi döneminde korkular ve kaygılar sonucu kimi hastalar tedavilerini ertelemiş veya aksatmıştır. 'Her ay almam gereken ilaç, tedavi ve tetkiklerim vardı. Aksadı ve gidemedim. Doktorum gelmeyin, bir şekilde ilacı bulun kendiniz, izole bir şekilde yaptırın dedi. Pet çekimlerim gecikti. Anksiyete oldum, ölüm korkum daha da artıyor. İlaçlarımı aylık rutin aldığım serumu alamamak hastaneye gidememek benim için çok zorlu süreçlerdi. Ambulans istedik yollanmadı. Tedavi olamadım ilaçlarımı temin edemedim. Kanser ilerleme korkusu arttı bu süreçte. Sağlık sistemimde tanıdığım varsa işin yürüyor yoksa uzun tarihler uzun süreçler doktorla iletişimi ulaşımı bulamıyorsun.' (K2, K5)

Kimi hastalar Covid-19 virüsüne yakalanma kaygısından dolayı doktora ve hastaneye gitmeme kararı almıştır. Ancak erteleme sonucu hastalıklarının kötüye gittiğini daha sonra fark etmişlerdir. 'Hastanelere kontrollere zamanında gidemedik. Doktorlar gelmeyin dediler. Biz de erteledik şimdi metastaz oldu diyorlar ve tedaviye geldim.' (K8) 'Tedavi ve kontrol sürecimi ihmal ettim.' (K3, K4, K6, K7, K10) Kanser hastaları ve aileleri yaşadıkları bu baskılanma sürecinde hastanelere telefonla bile ulaşamadıkları ve bu sürecin rahatlatılması için danışabilecekleri ilgili birimlerin olmayışından söz etmişlerdir. Hastanelerin birçoğuna neredeyse hiçbir şekilde ulaşmak mümkün olmamıştır. Hastaneden ambulans talep ettiklerinde ise ambulans gönderilmemiştir. Hastanede yatan hastalar ise durumlarına göre hastaneden taburcu edilmiş veya yatışları yapılmamıştır.

'Hastaneye gidebilmek için izole olarak ve risksiz gitmem gerekiyordu. Üç ameliyat geçirdim ve yanlış ameliyat yapıldı ve midenin yarısı alındı ki metastaz karaciğerdeydi ve çok ağrılarım oluyordu. Ama hastaneye gitmek için ambulans istediğimizde gelmiyordu. Belediyeye başvurduk ambulans için bir kere gönderdiler bir daha da pandemiden dolayı ambulans göndermiyoruz dediler. Hastaneye geldiğimizde de pandemiden dolayı odalar dolu eve geri gitmemizi söyledi doktorlar. Özel oda var para öderseniz kalabilirsiniz dediler.' (K9)

Bazı hastaları Covid-19 aşısı hakkında hastanelerden ve doktorlardan bilgi almaya çalışmış ancak doğru bilgilere ulaşamamıştır.

2. Covid-19 Pandemisinde Kanser Hastası ve Ailelerinin İzole Olması

Covid-19 pandemisinde kanser hastaları ve ailelerinin normal süreçlerde yaşadıkları zorluklar ve mücadelelerine yeni sorunlar eklenmiştir. Hastalar pandemi sürecinde risk gurubu hasta olmalarından dolayı ve aileleri izole olmak zorunda kalmışlardır. Daha fazla izole olmak, baskılanmak, kısıtlanmak ve

tedavilerinin ertelenmesi sonucu hastaların yaşama kaygıları daha çok artmış izole yaşamak hastalığın seyrinin olumlu gitmesi çabalarını kesintiye uğratmıştır. Böylece metastaz artışları gözlemlenmiş hem hastanelere gidememelerinden hem de riskli grupta yer aldıklarından dolayı kaygı, korku ve endişeleri daha da artmıştır. 'Pandemide izole olduk. Yüksek riskli hasta olduğumuz için kimseyle görüşmedik.' (K1-K15) Bazı hastalar, kendilerini izole etseler de dışarda çalışan bir aile üyesi tarafından virüse maruz kalıp ve hastalanmışlardır.

'Tedavim sonrasında zaten sosyal bir yapım olmadığı için izole olduk. Evden hiç çıkmadım riskli olmamızdan dolayı ama eşim çalıştığı için Covid oldum. Çok zor atlattım. Bu sefer kanser tedavisi, ne ki dedim. Nefes sorunu yaşadım. 15 gün makinaya bağlandım. Peş peşe geldi her şey. Şimdi de karaciğerde metastaz yaptı ve tedaviye devam ediyorum.' (K2)

Bazı hastalarda izole olmak stresli bir süreç olmuş ve stres sonucu yeni semptomlar ortaya çıkmıştır. 'Covid-19 pandemisi öncesinde tedavim bitmişti. Midem alındı bağırsaktan mide yapıldı tedavilerim bitmişti ve iyileşmiştim. Maddi zorluklar ve sürekli baskılanma ve izole olmak çok fazla stresli süreç oldu bizim için. Nedense bu süreçte ağrılarım sancılarım olmaya başladı tekrar tedaviye geldim.' (K5) Bu durum bazı hastalar için psikolojik baskı oluştururken kimi hasta izole olmaya alışık olduğunu ifade etmiştir.

'Sosyal değilim. Çevreyle ilişkim yok. Hep geri çekilerek yaşadım. Normal hayatımda hiç evden çıkmam çocukları okula götürsem eve koşarak gelirim kimse görmesin konuşmamayım diye eşimle de uzun sohbetler ilişkimiz yok o işe gider geç gelir ben evden çıkmam o arkadaşlarıyla sosyalleşir ben hep evdeyim. Sosyal ortamda olmak beni sıkıyor. Evde de sıkılıyorum ve sürekli uyuyorum.' (K4)

Bazı hastalar pandemi sürecinde bulaşma riskini azaltabilmek için İstanbul'dan uzaklaşmayı tercih etmiştir. 'Biz üç kişiyiz ben, eşim ve oğlum. Hayatımıza zaten kimseyi almıyorduk. Pandemi bizim için izole gibi değildi zaten öyle yaşıyoruz. Hep üç kişi yaşamayı seçtik. Öyle sosyal hayata AVM'ye yemeğe gitmeyiz. Bizim için çok gerekli değildir. Pandemi de İstanbul'da kalmadık. Fethiye'ye gittik. Açık havada her gün yürüyüş yaptım. Doğada kaldık.' (K10)

Bazı hastalar zorunlu izole olmayı avantaja çevirerek kendileri için farklı baş etme yöntemleri geliştirmişlerdir.

'Pandemi sürecinde doktor kontrollerim sıkıntıya girdi evde sürekli izole olmanın verdiği sıkılmalar ve sosyal yaşamdan uzak olmak baskılanma kaygıyı arttırdı ve sonra dedim ki bu sürecimi en iyi halliyle nasıl geçiririm. Bu durumu nasıl yönetirim nasıl çözümlerim daha iyi nasıl geçiririm ona odaklandım. Öncelikle okumadığım kitaplarımı aldım ve okumaya başladım. Kendime yeni hobiler edindim. Evde bol bol çiçekleri çoğalttım ve ilgilendim. İzlemek istediğim filmleri izledim.' (K1) 'İzole olduğum dönemde örgü ördüm. Yürüyüş yaptım. Matematik testleri çözdüm. Yaşadıklarımı yazdım. Psikiyatri desteği aldım.' (K7)

3. Duygusal ve Psikolojik Sorunlar

Kanser tanısı konan hastalar bir taraftan hastalığa karşı bedensel ve fiziksel mücadele verirken diğer taraftan da duygusal, zihinsel ve psikolojik olarak mücadele vermektedirler. Hastalık sonucu çok sayıda psikolojik ve duygusal sorunla karşı karşıya kalabilmektedirler. Kimlik olarak kendini ortaya koyamaması, statü kaybı, iş kaybı, rol kaybı, beden imajı kaybı, sosyal çevre kaybı ve bunlarla birlikte anksiyete, aşırı sinirlilik, tahammülsüzlük, kendini sorgulama ve suçlama, korku, çaresizlik, depresyon, umutsuzluk ve ölüme yakın olmanın verdiği korku ve sevdiklerinden ayrılma düşüncesi gibi birçok duygusal süreçler ve zorluklar yaşayabilmektedir. Pandemi döneminde ise bu duygusal ve psikolojik sorunlar daha fazla ortaya çıkmıştır. Hastalar ve ailelerinde korku ve kaygının artışı hemen hemen tüm katılımcılar tarafından dile getirilmiştir. 'Ne yapacağız nasıl korunacağız?' 'Biz nasıl var olacağız? Nasıl iyi olacağız?' 'Hastalığım ilerleyecek mi metastaz olacak mı?' (K1- K15)

Bir aile üyesi pandemi sürecinde kanser hastası olan oğlunun psikolojik durumu ile aşağıdaki açıklamayı yapmıştır.

'Pandemide o kadar kaygılandık ve korktuk ki oğlumuzu korumak için çok aşırı izole olduk. Çok bunaldı, sinirlendi, bize öfkelenildi, bağırdı. Biz çaresizlikle hep dua ettik. Tek odağımız ona iyi bakmaktı. Çok fazla alıngan her şeyimize kızıyor tepki veriyor yemek yemeyi reddediyor. Nasıl davranacağımızı şaşırдық.' (K9)

Bazı kanser hastalarında Covid-19'a yakalanma korkusuyla birlikte yeme bozukluğu ve uyku düzensizliği de ortaya çıkmıştır. Böylece psikolojik olarak yaşadıkları kaygı ve belirsizliğin pandemi döneminde artmış olması söz konudur.

'Herkesten uzak durdum. Dertlerimi kimseyle paylaşmadım. Her şeyi içime attım.' (K4, K5, K6, K8, K9)

Kanser hastaları tedavi sürecinde cerrahi operasyonlar, kemoterapiler ve tedavilerin etkilerinden dolayı bedensel ve fiziksel olarak kayıplar, çabuk yorulma, halsizlik ve güçsüz hissederler ve günlük ihtiyaçlarını karşılayacak kadar bile gücü bulmayabilirler. Böylece kanser hastaları rol kaybından dolayı da kaygı yaşarlar. Pandemi döneminde bu sorun daha belirgin bir biçimde hastaların karşısına çıkmıştır. 'Evdeki anne ve eş rolümü hastalıktan beri yapamadım. Oğlum var 10 yaşında 15 yaşında. Pandemide online derse girdiler ama aynı zamanda oğullarım yemek yaptı, evi süpürdü, eşim ütü yaptı. Üzülüyorum onlara yetemiyorum. Rollerimi yapamayınca kendimi işe yaramaz hissediyorum.' (K4)

Covid-19 pandemisi sürecinde bazı hastalar aile üyelerinden ve arkadaşlarından da uzak kalmış ve daha fazla izole olmuştur. Ailenin ve sosyal çevrenin psikolojik ve duygusal desteğini kaybeden hastalar daha fazla stres ve tedirginlik yaşamıştır.

'Tanı konunca birden ölümle burun buruna geldim ve korktum. Çocuklarım kalacak korkusu onlara ne olacak ben ölürsem. Pandemi de çok fazla izole olduk. Çok fazla korku kaygı yaşadım. Covid -19 olma korkusu kaygısı çok fazla panik atak olmaya başladım. Dışarı çıkamama tedirginlik her şeyden çekinmeye başladım kanser ilerleyecek kaygısı çocuklarım yanıma gelemedi çok panik yaşadım bu süreçte.'(K4, K12, K11, K15)

'Pandemi sürecinde eve kimseyi almadık zaten öncesinde de ben kimseyle görüşmek istemedim. Hiçbir arkadaşım ile görüşmek istemedim ve hepsiyle iletişimimi kestim.'(K7)

Bazı hastalar yaşadıkları gerginlik ve stresi ailelerine de yansıtmış. Böylece aile üyelerinde de duygusal ve psikolojik olarak olumsuz etkilemiştir.

'Bakım veren olarak rollerim sorumluluklarım artıyor üzülüyorum bu yaşadıklarımıza gün geldi düştüm üzülmeden çocuklarıma üzülüyorum hayatları devam edemiyorlar işlerine gidemiyorlar sürekli hastane işleri tedavimin koşuşturmaları hepimizin hayatı normalin dışına çıktı. Eşim bana sinirleniyor bağıyor sesimi çıkarmıyorum. İçimden hep üzülüyorum.'(K13)

'Eşimin hastalığını duyunca yıkıldım çok ağladım, psikiyatriye gittim ilaçlar kullandım. Üzüntüyü kaldıramadım. Hala ilaç kullanıyorum. Pandemide eve kapandık ne komşu ne bir yere gitmek hep hasta ile ilgilendim kendi normal hayatım hiç kalmadı. Hastalık riskli diye daha da korktuk çok zorlu günler yaşadık evde hep kaygı belirsizlik Covid-19 olacak kaygısı ile daha da baskılandık. Hayatım değişti benim hastalık sürecinde her açıdan duygusal üzüntü hastayı bakmak ve bana sürekli bağırdı öfkeleniyor çıktım ağladım geldim gene baktım. Eşim piyeyi deve yapan biri hep geçmişi düşünüyor öfkeleniyor benden çıkarıyor tahammülsüz hiç sesimi çıkarmıyorum içimden üzülüyorum dışımdan ona bakıyorum.'(K7)

4. Ekonomik Zorluklar

Pandemi döneminde kanser hastaları ve aileleri ekonomik olarak daha da zorluklar yaşamışlardır. Devam eden tedavileri yarım kalmış ve belirsizlik süreçleri uzamış, hareketsiz kalmışlar ve yaşam kalitelerinde olumsuz etkiler ortaya çıkmıştır. Böylece var olan süreçteki yaşadıkları zorluklar, daha da artış göstermiştir. Kanser hastaları ve aileleri tedavi sürecinin masraflı olduğunu belirterek maddi kaynakların ne kadar önemli olduğuna değinmişlerdir.

'Pandemide herkes evinde oturmak zorunda kaldı. İşyerleri kapandı. Hepimiz ekonomik sıkıntı yaşadık.'(K1-K15)

'Bu hastalığa yakalandıysan paran varsa yaşarsın yoksa ölüme terk ediliyorsun. Evdeki bütün altınları bozdurduk kiramızı ödeyemedik hem maddi hem manevi zor günler yaşadık. Maaşım düştü pandemiden dolayı evin kirasını ödeyemedik. Çok fazla maddi zorluklar yaşadık. Baskılanma riskli olma maddi imkansızlıklar daha da arttı.'(K1, K5, K12, K14, K15,)

Hasta kişiler sağlık sorunlarından dolayı çalışmakta ve gelir elde etmekte zorlanan gruplar arasında yer alırlar. Bu araştırmaya katılan 15 hastanın sadece üçü çalışmaktadır. Bu hastalar ise pandemide çalışamaz duruma gelmişlerdir. Bu yüzden ailenin maddi desteğine ihtiyaç duyarlar. Pandemi sürecinde ise işyerlerinin kapanması sonucu çalışan aile üyeleri ya işsiz kalmış ya da ücretsiz izine gönderilmiştir.

'Pandemiden önce çalışıyordum ama pandemide çalışmadım. Babam emekli ve bende çalışamıyorum. Annem de ev hanımı. Pandemi sürecinde devlet hastanelerinde işlemler süreçler uzadı. Tetkiklerle ilgili uzun tarihlere veriliyor mecburen özelde yaptırmak zorunda kaldık. En ufak bir MR bile 500 TL'den başlıyor ve akrabalarından borç para alarak çözdük ve iş yerimde patronum maddi destek sağladı.' (K14)

Tedavi masrafları çocukları tarafından sağlanan emekli hastalar da pandemi döneminde ekonomik zorluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

'Emekliyiz. Çocuklarımız her şeyimizi destekliyor hastane masrafları her türlü ihtiyacımızı ailecek güçlerimizi birleştirerek yapıyoruz. Pandemide ama çok zorlandık' (K11)

Bazı hastalar maddi sıkıntılarını gidermek için devlet kurumlarına sosyal yardım için başvurabilirler. 'Emekliyim bir emekli maaşım var. İki yıldır zaten normal hayatımız yok. Sürekli hastanelerdeyiz ek gelir sağlamıyorum. Borç alıyoruz. Kaymakamlığa başvurduk yardım için bize erzak yardım ettiler. Belediyeye başvurduk destek gelmedi. Bu hastalıkta ailenin gücü varsa yoksa hiçbir destek alamıyorsun. Mücadeleyi hem hasta hem de aile olarak vermek zorundasın. Yalnızsınız bu zorlu süreçte.' (K2, K10) Bazı hastalar ise daha önceki dönemlerde biriktirdikleri ile pandemide tedavi süreçlerini ilerletmişlerdir. 'Ekonomik olarak etkiledi tabi bizi. Ama tek kanaldan para harcama olmasından ve 5 yıl sonrasını düşünerek yaşadım ben böyle bir yapımız var sağlamlıkla yaşadım hep riskleri minimize ettik ve kenarda hep sonrası için birikimimiz oldu. Hem hastalık süreci hem pandemi sürecinde iş yerimiz kapandı kirası birikti ödemeye çalıştık ama kapamak zorunda kaldık. Sağlamlığımla olmasaydı daha da zorlu süreçlerimiz olurdu ama maddi zorluk yaşamadık hastalık sürecinde ama ekonomi en önemli etkenlerden biri bu hastalıkta zorlu bir süreç ve maddi olanağın yoksa çok zorlanır.' (K3)

Tartışma, Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmada kanser hastalarının Covid-19 pandemisi sürecinde yaşadıkları sorunlar değerlendirilmiştir. Araştırmada nitel yöntem kullanılmış ve katılımcılarla yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla derinlemesine görüşme gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında 15 hasta ve gerektiğinde bir aile üyesi ile görüşülmüş ve demografik bilgileri alınmıştır. Araştırma pandemi döneminde gerçekleştiği için bazı kısıtlamalar araştırmacıların karşısına çıkmıştır. Hastaların güvenliği için maske, temizlik kuralları ve sosyal mesafeye fazlasıyla dikkat edilmiştir. Ayrıca hastaların fiziksel durumu dikkate alınmış ve duruma göre görüşmeler gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın bulgularına göre Covid-19 sürecinde hastaların en önemli sorunu sağlık hizmetlerine erişimi olmuştur. Pandemi döneminde bazı hastanelerin pandemi hastanesi olarak kullanıldığı ve kanser hastalarının Covid-19 virüsü karşısında riskli grubunda yer alması sonucu hastalar sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorluk yaşamışlardır. Sağlık hizmetlerine ulaşmakta zorlanan hastalar, hastalıkla ilgili sorunlarını bir doktorla danışabilmek için hastaneye telefonla ulaşmaya çalışmış ancak doktorlara ulaşamamışlar. Böylece hastalar, hastaneye gidememiş, sorunlarını bir doktora danışamamış ve tedavileri ertelenmiştir. Diğer taraftan periyodik olarak yapılması gereken tetkikler zamanında yapılamamış ve hastalık durumları kötüye gitmiştir. Pandeminin getirdiği belirsizlik, korku, kaygı ve stres sonucu kanser hastaları bir taraftan izole olmaya mecbur kalmış diğer taraftan hastalığın ilerlemesi ve yeni metastazların oluşması sonucu duygusal ve psikolojik olarak da sorunlar yaşamaya başlamıştır. İzole olma sonucu hastalar ve aileleri sosyal hayattan tamamen geri çekilme yaşamıştır. Sosyal izolasyonun getirdiği zorluklarla beraber hareketsizlik, uyku düzensizliği, beslenme sorunları ve duygusal, fiziksel, bedensel ve ekonomik sorunlar da ortaya çıkmıştır. Kanser hastalarının ölümle zaten yüz yüze gelmiş hislerine, ikinci bir ölüm kaygısı eklenmiştir ve 'Covid-19 pandemisinden mi yoksa kanserden mi öleceğim?' sorusu hastaları ve ailelerini olumsuz etkilemiştir. Pandemi sürecinde kanser hastaları aşı yaptırmada konusunda da kaygı ve endişe yaşamışlardır. Covid-19 aşısının onları nasıl etkileyeceği ve aşının kanser hücrelerine olan etkisi hakkında bilgi edinmeye çalışan çok sayıda hasta doğru bilgi edinmekte zorlanmıştır. Hem fiziksel hem duygusal sorunlar, stres, beden imajı sorunları ve tedavilerinin ne zaman ve nasıl olacağı ile ilgili nasıl devam edecekleri konusundaki endişeler, hastaların süreçlerinde olumsuzluklar yaşamalarına neden olmuştur.

Pandemi döneminde izole olan hastalar hareketsizlikten dolayı da sorunlar yaşamışlardır. Oysa pandemi sürecinde kanser hastalarının hareketsizliğini en aza indirmek amacıyla çevrim içi spor faaliyetlerinin yapılması oldukça önemli bir konudur. Kanserli hastalar, psikolojik ve fiziksel sağlıklarını korumak ve kontrendikasyonların yokluğunda kanserin ve bununla ilişkili tedavilerin zararlı etkileriyle mücadele etmek için her gün olmasa da çoğu gün egzersiz yapmalıdır. Çarpıcı bir şekilde, fiziksel olarak daha aktif olan kanserli hastalar için tüm nedenlere bağlı ölüm oranı ve kansere bağlı ölüm oranının azaldığını bildiren çok sayıda çalışma yapılmıştır. Böylece hastaların egzersiz yapma zorunluluğu vurgulanmıştır.¹⁶ Pandemi sürecinde bu kaygı ve endişeleri azaltacak destek mekanizmaları ise neredeyse yok denecek kadar azmış. Hastalar ve ailelerinin pandemi sürecinde psikososyal ve ekonomik desteklere ulaşamaması, danışmanlık ve sağlıkla ilgili bilgi alabilecekleri kurum veya kişilerin olmaması, tam kapanma ve sokağa çıkma yasağı uygulanan günlerde hastaneye gitmeleri gerekli olduğu zamanlarda ambulans hizmetlerinden zor yararlanabilmesi veya hiç yararlanamaması pandemi döneminde yaşanan en önemli zorluklar olmuştur. Hastaların yardım taleplerinin olumlu sonuçlanmaması hasta ve yakınlarının yalnız mücadelelerini her açıdan daha da zorlaştırmıştır. Bazı hastalar özel hastanelere yönelirken ekonomik zorluk çeken hastaların tedavi süreçleri aksamış veya bazen durdurulmuştur. Bu durum sağlık hizmetleri için özel hastanelere mecbur

bırakılan sosyoekonomik gelir düzeyi iyi olmayan hasta ve yakınlarının çaresizlik ve zorluklar yaşanmasına neden olmuştur.

Pandemi sürecinde psiko-onkoloji hizmetleri daha fazla önem kazanmaktadır. Psikososyal-onkoloji danışmanlık hizmetleri kapsamında hastalar ve ailelerine hastalık ve tedaviler hakkında eğitim verilebilir, tedaviden kaynaklanan somatik ve psikolojik etkiler anlaşılır hale getirilir, hastalıkla başa çıkma yöntemleri tartışılır, hastaların ve ailelerinin değer ve anlam sistemleri ele alınarak sürecin iyi bir şekilde yönetilmesi sağlanabilir. 'Dünya Sağlık Örgütü, 2008 yılında yayınladığı raporunda onkolojik bakımın psikososyal bileşenlerinin her ulusal kanser bakımı planının bir parçası olması psiko-onkoloji hizmetlerinin her kanser tedavisi servisinde sunulması gerektiğini bildirmiştir.^{21,22}

Ocak 2022'de Covid-19 pandemisinin hala son bulmamasını göz önünde bulundurarak ve bu çalışmanın bulgularında yola çıkarak bazı önerilerin sunulmasında yarar vardır. İlk olarak kanser hastalarının en çok ihtiyaç duyduğu hizmet, sağlık hizmetleridir. Sağlık sisteminde kanserli hastalara özel bir uygulamanın geliştirilmesi ve hastaların durumunu ve hastalık sürecini takip edilmesi son derece önemli bir husustur. Böyle bir uygulama sayesinde hastaların kontrolleri, tedavileri, tetkikleri ve ilaç kullanımları düzenli bir şekilde takip edilir ve tedavileri ertelenmez. İkinci öneri hasta ve doktorlar arası iletişim ve bilgi akışını desteklemek amacıyla bir telefon hattının kurulmasıdır. Segelov, Underhill ve Prenen (2020) pandemi döneminde Onkoloji Telesağlık (Oncology Telehealth) hattının kurulmasından söz etmişlerdir. Böylece hasta kendini riski artmadan hastalığı ile ilgili bilgi edinebilir. Bu öneri doğrultusunda sağlık sisteminde, özel durumu olan hastalar için çevrim içi muayene uygulaması da gelişebilir. Üçüncü öneri kanser hastaları ve ailelerine psikolojik desteklerin verilmesi ve sağlık hizmetlerinin yanında gereken psikolojik hizmetlerin sunulmasıdır. Bunu yapabilmek için sağlık sisteminde bütüncül bir bakış açısının geliştirilmesi gerekmektedir. Dördüncü öneri hastalar ve doktorlar arasında bir iletişim ağının oluşturulmasıdır. Böylece hastaları ihtiyaç duydukları bilgilere kolayca ulaşabilir ve doktorlar ise hastaların durumunu yakından takip edebilir. Beşinci öneri hastaların kendi aralarında da bir iletişim ağının oluşturulmasıdır. Böylece hastalar birbirlerine her açıdan destek olabilir ve ortak deneyimlerini paylaşarak yaşadıkları sorunlarına alternatif çözümler bulabilirler. Bu doğrultuda psikososyal-onkoloji danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve hasta ve ailelerinin desteklenmesi önem arz etmektedir. Altıncı öneri hastaların ailelerine psikososyal desteklerin sunulmasıdır. Zira hastaların psikolojik olarak kendilerini iyi hissedebilmeleri için ailelerin çok önemli rolü vardır. Hastaya psikolojik destek genelde aile tarafından sağlanır ve tedavi sürecinin başarılı olmasında önemli bir etken olduğu bilinir. Çok sayıda araştırmada kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin yaşadığı psikolojik yıpranmadan söz edilmiştir.^{23,24,25,26} Böylece psikososyal destekler aileleri de kapsamalıdır. Kanser tedavisi ve süreci multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Kanser tedavilerin her aşamalarında tanı alan hasta ve bakım veren hasta yakınlarının da duygusal, psikolojik, ekonomik, sosyal çevre ve beraberinde getirdiği birçok sorunlardan etkilenmeleri ve bu etkilerin sonucunda ise gelişen aile içi iletişim, roller, aile içi ilişkiler ve psikolojik bozukluklar çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur. Bu sebeple tedavinin her aşamasında hasta ve ailesine psikososyal destek verilmesi büyük önem taşımaktadır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Maddi Destek

Çalışma için herhangi kurumdan finansal destek alınmamıştır.

Kaynaklar

1. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü. Türkiye Kanser İstatistikleri 2016. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2019; Retrieved from https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2016.pdf (Erişim 27.11.2021)
2. Küçüköğlü S. Kanserli Ebeveynlerin Çocuklarında Görülen Psikolojik Belirtiler Yaşanan Güçlükler ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2007, p. 4. Retrieved from <https://atauni.edu.tr/yuklemeler/19b785bdb39df30b911d058bc595a373.pdf> (Erişim 22.11.2021)
3. Turan Kavradım S, Canlı Özer Z. Kanser Tanısı Alan Hastalarda Umut. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 2014; 6(2): 154-164. doi:10.5455/cap.20130901084242
4. Altınova H, Duyan V. Onkolojik Sosyal Hizmet. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2013; 7(3).

5. IARC. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Canser Fact Sheets, All Cansers, 2020; Retrieved from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fgco.iarc.fr%2Ftoday%2Fdata%2Ffactsheets%2Fcancers%2F39-All-cancers-fact-sheet.pdf&clen=737289&chunk=true (Erişim 22.11.2021).
6. IARC. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Population Fact Sheets, Asia, Turkey. 2020; Retrieved from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fgco.iarc.fr%2Ftoday%2Fdata%2Ffactsheets%2Fpopulations%2F792-turkey-fact-sheets.pdf&clen=340028&chunk=true (Erişim 20.02.2022).
7. Koçak Z, Harmancı H. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Aile Ruh Sağlığı. Karatay Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2020; (5): 183-207.
8. Hirsch H, Martino R, Ward K, Boeckh M. Fourth European Conference on Infections in Leukaemia (ECIL-4): Quidelines for diagnosis and treatment of human respiratory syncytial virus, parainfluenza virus, metapneumovirus, rhinovirus, and coronavirus. *Clinical infectious diseases*, 2013; 56(2): 258-266.
9. Weinkove R, McQuilten Z, Adler J, Agar M. Managing haematology and oncology patients during the COVID-19 pandemic: interim consensus guidance. *Medical Journal of Australia*, 2020; 212(10): 481-489. doi:https://doi.org/10.5694/mja2.50607?
10. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus–Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, 2020; 323(11): 1061-1069. doi:10.1001/jama.2020.1585
11. Wu Z, McGoogan J. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 2020; 323(13): 1239-1242. doi:10.1001/jama.2020.2648
12. Segelov, E., Underhill, C., & Prenen, H. Practical considerations for treating cancer patients in the COVID-19 pandemic. *JCO Oncol Pract*, 2020; 10. Retrieved from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fcosa.org.au%2Fmedia%2F332630%2Fpractical_considerations_for_treating_cancer_patients_in_the_covid_19_pandemic_final.pdf&clen=400640&chunk=true. (Erişim 19.12.2021)
13. Kebudi R. COVID-19 pandemisi ve dünyada onkolojide etkileri. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, 2020; 3(1): 99-105. doi:10.26650/JARHS2020-S1-0013
14. Mazzini C, Pieretti G, Vicini G, Nicolosi C, et al. Ocular oncology service during the COVID-19 outbreak in Florence (Italy): Practical considerations for the management of patients. *European Journal of Ophthalmology*, 2021; 31(2): 4-7. doi:10.1177/11206721209760
15. Mauri D, Kamposioras K, Tolia M, Alongi F, Tzachanis D. Summary of international recommendations in 23 languages for patients with cancer during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Oncology*, 2020; 21(6): 759-760.
16. Newton R, Hart N, Clay T. Keeping patients with cancer exercising in the age of COVID-19 . *JCO Oncology Practice*, 2020; 16(10): 656-664. Retrieved from https://ascopubs.org/doi/pdfdirect/10.1200/OP.20.00210. (Erişim 28.12.2021)
17. Jacelon C, O'Dell K. Analyzing qualitative data. *Urologic Nursing*, 2005; 25(3): 217-220. Retrieved from http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1088.1473&rep=rep1&type=pdf (Erişim 28.12.2021)
18. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory (2nd ed.). 1998, p. 57. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
19. Guba E, Lincoln Y. Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry. *Educational Communication and Technology Journal*, 1982; 30(4): 233-252.
20. Başkale H. Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *DEUHFED*, 2016; 9(1): 23-28. Retrieved from http://acikerisim.pau.edu.tr:8080/xmlui/handle/11499/27221. (Erişim 08.01.2022)
21. Bağ B. Psiko-onkoloji, psikososyal sorunlar ve ölçüm yöntemleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2012; 4(4): 449-464. doi:10.5455/cap.20120427
22. Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren A, Zencir G, Demir L, Tarhan M. Kanserde psikososyal sorunlar ve psikososyal onkolojinin önemi. *DEÜ Tıp Fakóltesi Dergisi*, 2014; 28(2): 85-92. Retrieved from https://jag.journalagent.com/deutip/pdfs/DEUTFD_28_2_85_92.pdf. (Erişim 18.01.2022)
23. Yıldız E, Dedeli Ö, Çınar Pakyüz S. Kanser hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2016; 13(3): 216-225. doi:10.5222/HEAD.2016.216.
24. Orak O, Sezgin S. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing / Psikiyatri Hemşireleri Dernegisi*, 2015; 6(1): 33-39. doi:10.5505/phd.2015.02986
25. Karabuğda Yakar H, Pınar R. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2013; 15(2): 1-16. Retrieved from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fdergipark.org.tr%2Fen%2Fdownload%2Farticle-file%2F985839&chunk=true (Erişim 18.01.2022)
26. Bahar A. Kanser hastalarına Psikososyal Yaklaşım. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2007; 10(1): 105-111. Retrieved from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fdergipark.org.tr%2Fen%2Fdownload%2Farticle-file%2F29352&chunk=true. (Erişim 18.01.2022)

Original Research / Orijinal Araştırma

The Effects of the COVID-19 Pandemic on Mental Health of University Staff COVID-19

Salgınının Üniversite Çalışanlarında Ruhsal Sağlık Üzerine Etkileri

Arzu Yıldırım¹, Rabia Hacıhasanoğlu Aşilar², Bülent Yiğit³, Şeyda Can⁴

Abstract

Background: The purpose of this research is to evaluate the effects of the COVID-19 pandemic on the mental health of university staff. **Methods:** The cross-sectional study was conducted between June and August 2020 with 326 staff (academic n=184, administrative n=142) working at Yalova University. Data were collected online using the Descriptive Questionnaire, the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) and the Intolerance of Uncertainty Scale (IUS-12). **Results:** The anxiety, depression and stress mean scores of the participants were 3.87±3.12, 4.95±4.07; 3.98±3.84 respectively; and IUS-12 prospective anxiety sub-dimension mean score of 21.05±5.96, inhibitory anxiety 14.04±5.16, and total BTS-12 score average 35.10±10.37. It was determined that 20.9% experienced moderate depression, 23.6% experienced moderate anxiety and 5.2% experienced moderate stress. A moderately positive and significant correlation was observed between the DASS-21 mean scores of the participants and the BST-12 prospective anxiety, inhibitory anxiety sub-dimensions and total score averages (p<0.001). Being a woman, being single/widowed/divorced, being between the ages of 31-39, having postgraduate education, being an academic staff, having 1-2 people living in the family, having chronic diseases in themselves and their relatives, poor perception of health status, COVID-19 following up-to-date information about and applying the recommendations made by scientists were found to be factors that increase depression, anxiety, stress and/or intolerance to uncertainty (p<0.001, p<0.01, p<0.05). **Conclusion:** As the intolerance of uncertainty increases, the levels of depression, anxiety and stress of university staff participating in the research increase. It is important to develop support systems in strengthening the psychological resilience and coping mechanisms of university staff.

Key words: COVID-19 pandemic, mental health, university staff.

Özet

Giriş: Bu araştırmanın amacı, COVID-19 salgınının üniversite çalışanlarının ruhsal sağlığı üzerine etkilerini değerlendirmektir. **Yöntem:** Kesitsel türde olan araştırma Yalova Üniversitesinde görev yapan 326 personel (akademik n=184, idari n=142) ile Haziran-Ağustos 2020 tarihlerinde yapıldı. Veriler Tanımlayıcı Soru Formu, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21) ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) kullanılarak çevrimiçi olarak toplandı. **Bulgular:** Araştırmaya katılan personelin anksiyete, depresyon ve stres puan ortalamaları sırası ile 3,87±3,12; 4,95±4,07; 3,98±3,84 ve BTÖ-12 toplam puan ortalaması 35,10±10,37; ileriye yönelik kaygı puan ortalaması 21,05±5,96 ve engelleyici kaygı puan ortalaması ise 14,04±5,16 olarak belirlendi. Katılımcıların %20,9'unun orta düzeyde depresyon, %23,6'sının orta düzeyde anksiyete ve %5,2'sinin ise orta düzeyde stres deneyimlediği; DASS-21 puan ortalamaları ile BTÖ-12 toplam ve ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı puan ortalamaları arasında orta düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi (p<0,001). Kadın olma, bekâr/dul/boşanmış olma, 31-39 yaş aralığında olma, lisansüstü eğitime sahip olma, akademik personel olma, aynı evde yaşayan kişi sayısının 1-2 olması, kendisinde ve evde yaşayan yakınında kronik hastalık olması, sağlık durumunu kötü algılama, COVID-19 ile ilgili güncel bilgileri takip etme ve bilim insanları tarafından yapılan önerileri uygulama depresyon, anksiyete, stres ve/veya belirsizliğe tahammülsüzlüğü artıran etkenler olarak saptandı (p<0,001;p<0,01;p<0,05). **Sonuç:** Araştırmaya katılan üniversite çalışanlarının belirsizliğe tahammülsüzlükleri arttıkça depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri artmaktadır. Üniversite çalışanlarının psikolojik dayanıklılığını ve baş etme mekanizmalarını güçlendirmede destek sistemlerinin geliştirilmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: COVID-19 salgını, ruhsal sağlık, üniversite çalışanları

Geliş tarihi / Received: 07.01.2022 Kabul tarihi / Accepted: 01.06.2022

¹Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı / Türkiye

²Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı / Türkiye

³Yalova Üniversitesi Termal Meslek Yüksekokulu / Türkiye

⁴Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Şeyda Can, Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Türkiye
seyda.cann@hotmail.com

Yıldırım A, Aşilar RH, Yiğit B, Can S. The Effects of the COVID-19 Pandemic on Mental Health of University Staff. TJFMP, 2022;16(3): 503-516

DOI: 10.21763/tjfmpe.1054830

Giriş

Koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) salgını, dünya çapında ciddi bir halk sağlığı tehdidi oluşturmuş ve önemli düzeyde psikolojik etkilere yol açmıştır.¹ COVID-19 salgını yaşam ve sağlık üzerindeki kontrolü azaltarak, çalışma şeklini ve ekonomik refahı değiştirmiş, arkadaşlar ve aile ile keyif alınan etkinliklerde sağlanan düzenli sosyal desteğe erişimi azaltmış olup kronik küresel stres etkeni olmuştur. Salgın ayrıca ilişkileri zorlamış, rolleri farklılaştırmış ve yaşamı, dolayısıyla toplumsal normları temelden değiştirmiştir. Bu durum ise bireylerin refahını, güvenlik ve istikrar duygusunu, performansını ve dayanıklılığını, işini, işteki performansını ve işe verebilecekleri ilgiyi de etkilemiştir.² Toplumsal ortamları ve çalışma ortamlarını çeşitli şekillerde derinden değiştiren salgın, toplumda ve çalışanlarda çeşitli ruhsal sorunlara yol açmıştır. Otuz beş makalenin incelendiği araştırmada, iş güvencesizliği, uzun süreli izolasyon ve gelecek belirsizliğinin, özellikle gençlerde ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda psikolojik durumu kötüleştirdiği, COVID-19'a yönelik işyeri acil durum önlemlerinin ve güvenlik ekipmanı temininin, çalışanların ruh sağlığı ve iş performansı ile olumlu ilişki gösterdiği bildirilmiştir.³

Genel olarak, COVID-19 salgını sürecinde ruhsal bozuklukları inceleyen araştırmalarda, etkilenen bireylerin duygusal sıkıntı, depresyon, stres, anksiyete, ruh hali değişimleri, sinirlilik, uykusuzluk, hiperaktivite bozukluğu, travma sonrası stres ve öfke gibi çeşitli ruhsal travma belirtileri gösterdiği bildirilmektedir.⁴ Salgının genel nüfusta ruh sağlığı sorunlarının küresel prevalansını belirlemek amacıyla 32 ülkede yapılan gözlemsel çalışmaların sistematik inceleme ve meta-analizi çalışmasında, depresyon için küresel yaygınlık tahmini %28, anksiyete için %26,9, travma sonrası stres belirtileri için %24,1, stres için %36,5, psikolojik sıkıntı için %50 ve uyku sorunları için %27,6 olarak rapor edilmiştir.⁵ Türkiye'de COVID-19 salgını sürecinde Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği kullanılarak 343 bireyle verilerin çevrimiçi anket yoluyla toplandığı bir çalışmada ise, katılımcıların %23,6'sının depresyon, %45,1'inin anksiyete belirtileri gösterdiği bildirilmiştir.⁶ Bu doğrultuda salgın gibi kriz durumunda toplumun ruh sağlığının izlenmesi ve gözetimi acil bir önceliklidir.

Stres yatkınlık modeline göre COVID-19 salgınında bilişsel faktörlerin, toplum ruh sağlığını etkileyebileceği gösterilmekte, dış yaşam olayları ile bireylerin iç yaşamları arasındaki etkileşimin psikolojik sorunlara yol açtığı belirtilmektedir. Depresyon bilişsel modelinde ise depresyon belirtileri, olumsuz dikkat yanlılığı, olumsuz bellek yanlılığı ve ruminasyon dahil olmak üzere olumsuz yanlı biliş olarak gözlenmektedir. Olumsuz bilişsel süreç, insanların neye dikkat ettiklerini, yeni bilgileri nasıl yorumladıklarını ve daha sonra ne hatırladıklarını etkilemekte, böylece depresif dönemleri simgeleyen olumsuz ruh halini şiddetlendirmekte ve sürdürmektedir.⁷

COVID-19 hastalığının nasıl önleneceği, ciddiyeti, aşırı bilgi yüklemesi, siyasi ve ekonomik konulara etkisi, toplumun sosyo-ekonomik özellikleri ve benimsenen stratejiler, insanlarda ayrıca yaygın bir belirsizlik hissinin oluşmasına neden olmaktadır.^{7,8} Belirsizlik stresli ve üzücü olup⁹ belirsizliğe yönelik tepkilerin sıkça incelenen bir yönü ona karşı tahammülsüzlüktür.⁸ Belirsizliğe tahammülsüzlük korku, acı veren ve tehlikeli bir uyarana karşı gelişen bir tepkidir¹⁰ ve ortaya çıkma olasılığına bakılmaksızın, bireyin olumsuz bir olayın meydana gelme olasılığını kabul edilemez olarak görme eğilimidir.⁸ Bilişsel görüşe göre belirsizliğe dayanamama, yaygın bunaltı bozukluğunun bileşenlerinden biri olarak gösterilmekte¹⁰ ve belirsizliğe tahammülsüzlüğün ileriye dönük kaygı ve engelleyici kaygı olmak üzere iki boyutunun olduğu belirtilmektedir.^{9,11}

COVID-19 salgını gibi kriz durumunda uygun psikolojik stratejiler, teknikler ve müdahalelerle toplum ruh sağlığının korunması ve iyileştirilmesi için farklı grupların ruhsal sağlığının değerlendirilmesi ve psikolojik bozukluklara yatkın bireylerin belirlenmesi hayati önem taşımaktadır.⁴ Üniversiteler yeni fikirlerin sınındığı, sanal düşünüldüğü ve ana akım farkındalığın dışında kalan yeni bilgilerin oluşturulduğu yerlerdir. Ayrıca aynı hedefleri paylaşan akademik olmayan ortakları aktif olarak dahil ederek toplumla iletişim halinde olup bilgi üreten, öğreten, araştıran, inovasyonu mümkün kılan ve destekleyen ve topluma hizmet eden kurumlardır.¹² COVID-19 salgınında tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de okullarda ve üniversitelerde eğitime ara verilmiş ve uzaktan eğitime geçilmiştir. Salgının etkileri ve dünya genelindeki üniversitelerde tetiklediği kapanma, üniversite personeli ve öğrencilerde büyük ölçüde toplumsal izolasyona yol açmıştır. Toplam 41 ülkeden 472 üniversite öğrencisi ve 238 akademik personel ile çevrimiçi olarak yapılan araştırmada, katılımcıların %90'ının kapanmadan etkilendiği, bir hafta-iki ay süre ile kurumlarında normal iş veya eğitim yapamadıkları, %70'inin COVID-19'un işlerini olumsuz etkilediği, %60'tan fazlasının evde aileleri ve diğerleriyle geçirdikleri fazla zamanı değerli buldukları bildirilmiştir. Ayrıca katılımcıların çoğunun, sosyal mesafe/izolasyon sırasında sosyal etkileşim ve iletişim eksikliğinden sıkıntı duydukları, çoğu öğrencinin karantinadan hemen sonra çalışmayı bıraktığı, akademik personelin çoğunun ise çalışmaya devam

ettiği ve salgının neden olduğu durumda çalışma olanaklarından memnuniyet duyduğu, öğrencilerin ise memnun olmadıkları gösterilmiştir.¹³

Salgının sağlık hizmetleri dışındaki çalışanların ruh sağlığı ve esenliği üzerindeki etkilerini tanımlayan az sayıda çalışma bulunmaktadır.¹⁴ COVID-19 sürecinde depresyon, anksiyete ve stres üzerine yapılan çalışmalar öncelikle sağlık personeline odaklanmış⁷, üniversite personeline yönelik çalışmalara sınırlı sayıda rastlanılmış, üniversite personeline belirsizliğe tahammülsüzlüğün irdelendiği bir çalışmaya ise rastlanılmamıştır. Üniversite çalışanlarının ruh sağlığının değerlendirilmesi ve izlenmesi ile salgın gibi önemli halk sağlığı sorunlarında ruhsal, toplumsal hizmetlerin zamanında ve etkili verilerek personelin eğitim, çalışma ortamı ve ruh sağlığı üzerindeki olası olumsuz etkilerinin azaltılmasına yardımcı olunabilir. Bu bağlamda bu araştırmanın birincil amacı COVID-19 salgını sürecinde üniversite çalışanlarının anksiyete, depresyon, stres ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin belirlenmesidir. İkincil amacı üniversite çalışanlarının anksiyete, depresyon, stres ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir. Üçüncül amacı ise anksiyete, depresyon, stres ve belirsizliğe tahammülsüzlük belirtilerinde ilişkili risk faktörlerinin belirlenmesidir.

Yöntem

Araştırmanın Türü

Araştırma kesitsel türde bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Yalova Üniversitesinde akademik (n=573) ve idari personel (n=315) olarak görev yapan toplam 888 kişi oluşturdu (Üniversitenin Sağlık ve Medikososyal Hizmetlerinde görev yapan yedi sağlık çalışanı dahil olmak üzere). Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmadan, araştırmaya alma ölçütlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 326 (evrenin %36,7'si) çalışan ile araştırma yürütüldü.

Araştırma tamamlandıktan sonra örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını belirlemek amacıyla güç analizi yapıldı. Araştırma için 'G. Power-3.1.9.2' programı kullanılarak, %95 güven aralığında örneklem büyüklüğü hesaplandı. Ölçekler arasındaki korelasyon analizi için yapılan güç analizlerine göre araştırmanın post-hoc gücü 0.05 anlamlılık düzeyinde 1,00 olarak belirlendi. Bu değerler örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir.¹⁵

Yalova Üniversitesi'nde akademik veya idari kadroda çalışıyor olma ve araştırmaya katılmaya gönüllü olma araştırmaya alma ölçütü, kronik ruhsal bozukluk (şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, iki uçlu duygudurum bozukluğu, yineleyen major depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol-madde bağımlılığı) tanısı olma araştırmadan dışlama ölçütü olarak belirlendi.

Veri Toplama Araçları

Veriler Tanımlayıcı Soru Formu, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği kullanılarak toplandı.

Tanımlayıcı Soru Formu

Çalışanların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, gelir algısı, sağlık algısı, görevi, aynı evde yaşayan kişi sayısı, kronik hastalık durumu, evde 65 yaş üstü ve kronik hastalığı olan kişi varlığı) ve COVID-19 salgını sürecine ilişkin (enfekte olma endişesi, yakın çevrede salgın nedeni ile hastalanan/hayatını kaybeden kişi varlığı, güncel bilgileri takip durumu, önerileri uygulama durumu) olmak üzere toplam 16 sorudan oluştu.

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21)

Ölçek Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından DASS-42'nin kısaltılmasıyla geliştirilmiştir.¹⁶ Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması Yılmaz, Boz ve Arslan (2017) tarafından yapılmıştır.¹⁷ Ölçek depresyon, stres ve anksiyete olmak üzere üç boyuttan oluşmakta ve her boyut 7 soru ile değerlendirilmektedir. Ölçek 4'lü Likert tipi olup; ölçeğin her bir boyutundan alınabilecek puanlar 0-21 arasında değişmektedir.¹⁷ DASS-21 puantaj (normal, hafif, orta, ileri, çok ileri) aralıkları 42 maddelik ölçeğin puantaj aralıklarının yarıya düşürülmesi ya da 21 soruluk ölçekten elde edilen puanların iki ile çarpılması ile elde edilir. DASS-21'de bireyin depresyon alt boyutundan 5 puan ve üzeri, anksiyeteden 4 puan ve üzeri, stresten 8 puan ve üzeri

alması ilgili probleme sahip olduğunu göstermektedir.¹⁷⁻¹⁹ Ölçeğin anksiyete için Cronbach alfa katsayısı 0,808, depresyon için 0,819 ve stres için 0,755 olarak bildirilmiştir.¹⁷ Bu araştırmada ise anksiyete için 0,808, depresyon için 0,908 ve stres için 0,889 olarak belirlendi.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12)

Carleton ve diğerleri (2007) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Sarıçam, Erguvan, Akın ve Akça (2014) tarafından yapılmıştır.^{11,20} Ölçek 5'li Likert tipi ölçek olup; 1 'bana hiç uygun değil', 2 'bana çok az uygun', 3 'bana biraz uygun', 4 'bana çok uygun' ve 5 'bana tamamen uygun' şeklinde kodlanmaktadır. Yükselen puanlar yüksek düzeyde belirsizliğe tahammülsüzlüğü göstermektedir. Alınabilecek toplam puan 12-60 arasında değişmektedir. İleriye yönelik kaygı (1-7. maddeler) ve engelleyici kaygı (8-12. maddeler) olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin iç tutarlık değeri toplam ölçek için 0,88, ileriye yönelik kaygı için 0,84, engelleyici kaygı için 0,77 olarak bildirilmiştir.²⁰ Bu araştırmada toplam ölçek iç tutarlığı 0,92, ileriye yönelik kaygı 0,86 ve engelleyici kaygı 0,91 olarak bulundu.

Verilerin Toplanması

Veri toplama araçları Google formları uygulaması (<https://docs.google.com/forms>) kullanılarak oluşturuldu ve veriler çevrimiçi olarak Haziran-Ağustos 2020 tarihlerinde toplandı. Formlar, kurumsal e-posta aracılığıyla akademik ve idari personelin tamamı olan 888 kişi ile paylaşıldı ve 326 personel anketi doğru ve eksiksiz olarak yanıtladı. Hazırlanan formlarda araştırmanın amacı belirtilerek katılımcıların ilgili formları yanıtlamadan önce gönderilen bağlantı üzerinden bir kutuyu işaretleyerek bilgilendirilmiş onam formunu doldurmaları istendi.

İstatistiksel Analiz

Verilerin analizinde tanımlayıcı özellikler sayı, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapma olarak verildi. Sosyo-demografik verilerdeki sayısal sürekli değişkenlerin sınıflandırması sınıfın özelliğine göre yapılmıştır. Çok sayıda boş sınıfın (örn. yaş değişkeni) ayıklanması için 'sınıf aralıkları eşit olmayan sınıflandırma tipi' kullanılırken bu durumun geçerli olmadığı değişkende (örn. aynı evde yaşayan kişi sayısı) 'sınıf aralıkları eşit sınıflandırma tipi' kullanılmıştır.²¹ Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Veriler normal dağılıma uygunluk gösterdiğinden ikili gruplarda t testi, ikiden fazla gruplarda ANOVA testi ve ölçek puanları arasındaki ilişkiyi belirlemede Pearson korelasyon analizi yapıldı. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan ileri analizde ise post-hoc Tukey HSD testi kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 22 paket programı kullanıldı ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

Etik İlkeler

Araştırmanın yürütülebilmesi için Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik onay (20.05.2020/2011-KAEK-26/284 sayılı), Üniversite Rektörlüğünden, T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonundan ve kullanılan ölçeklerin sahiplerinden yazılı izin alındı ve Helsinki Deklarasyonu'na bağlı kalındı.

Bulgular

Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışanların %42,9'unun 40 yaş ve üzeri, %65'inin erkek, %61,7'sinin lisansüstü eğitim düzeyine sahip, %70,2'sinin evli, %56,4'ünün akademik personel, %57,1'inin aynı evde 3-4 kişiyle beraber yaşadığı ve %51,2'sinin gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Ayrıca %68,7'sinin evinde kronik hastalığı olan birinin olduğu, %85'inin evinde 65 yaş ve üzerinde olan bireyin olmadığı, %84,7'sinin kronik fiziksel hastalığı olmadığı, %62,9'unun sağlığını iyi olarak algıladığı, %73,6'sının COVID-19 ile enfekte olup hastalanmaktan endişelendiği, %75,5'inin çevresinde COVID-19 nedeni ile hastalanan olmadığı, %92,9'unun çevresinde COVID-19 nedeni ile hayatını kaybeden tanıdığı olmadığı, %93,9'unun COVID-19 ile ilgili güncel bilgileri takip ettiği ve %85,3'ünün COVID-19 ile ilgili bilim insanları tarafından yapılan önerileri uyguladığı saptanmıştır (Tablo 1). Bu araştırmada çalışanların yaş ortalaması $39,34 \pm 9,083$ (alt=23; üst=70) yıl olarak bulunmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (s=326)

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	%	
Yaş	30 yaş ve altı	52	16,0
	31-39 yaş	134	41,1
	40 yaş ve üzeri	140	42,9
Cinsiyet	Kadın	114	35,0
	Erkek	212	65,0
Eğitim durumu	Lise	34	10,4
	Ön lisans	23	7,1
	Lisans	68	20,8
Medeni durum	Lisansüstü	201	61,7
	Bekar/dul/boşanmış	97	29,8
Görev	Evli	229	70,2
	Akademik personel	184	56,4
Aynı evde yaşayan kişi sayısı	İdari personel	142	43,6
	1-2	93	28,5
	3-4	186	57,1
Gelir algısı	5 ve üzeri	47	14,4
	Gelir giderden az	82	25,2
	Gelir gidere eşit	167	51,2
Evde kronik hastalığı olan bireyin olma durumu	Gelir giderden fazla	77	23,6
	Evet	102	31,3
Evde 65 yaş ve üzeri kişi varlığı	Hayır	224	68,7
	Evet	49	15,0
Kronik fiziksel hastalık durumu	Hayır	277	85,0
	Evet	50	15,3
Sağlık durumunu algılama	Kötü	121	37,1
	İyi	205	62,9
COVID-19 ile enfekte olup hastalanmaktan endişelenme durumu	Evet	240	73,6
	Hayır	86	26,4
Yakın çevrede COVID-19 nedeni ile hastalanan kişi varlığı	Evet	80	24,5
	Hayır	246	75,5
Yakın çevrede COVID-19 nedeni ile hayatımı kaybeden kişi varlığı	Evet	23	7,1
	Hayır	303	92,9
COVID-19 ile ilgili güncel bilgileri takip etme durumu	Evet	306	93,9
	Hayır	20	6,1
COVID-19 ile ilgili bilim insanları tarafından yapılan önerileri uygulama durumu	Evet	278	85,3
	Hayır	48	14,7

Katılımcıların Anksiyete, Depresyon, Stres ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeyleri

Araştırmaya katılanların anksiyete, depresyon ve stres puan ortalamaları sırası ile $3,87\pm 3,12$, $4,95\pm 4,07$ ve $3,98\pm 3,84$ olarak tespit edilmiştir. BTÖ-12 toplam puan ortalaması $35,10\pm 10,37$ olup ileriye yönelik kaygı alt boyut puan ortalaması $21,05\pm 5,96$ ve engelleyici kaygı alt boyut puan ortalaması $14,04\pm 5,0316$ olarak saptanmıştır (Tablo 2).

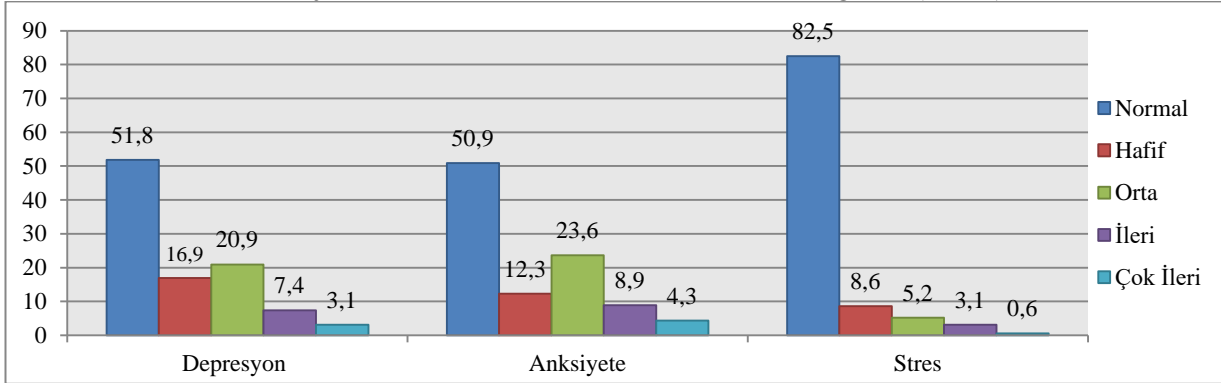
Tablo 2. Katılımcıların DASS-21 ve BTÖ-12 puan ortalamalarının dağılımı (s=326)

Ölçekler	Alınabilecek Alt-Üst	Alınan	Ort±SS
	Değer	Alt-Üst Değer	
DASS-21			
Anksiyete	0-21	0-16	$3,87\pm 3,12$
Depresyon	0-21	0-19	$4,95\pm 4,07$
Stres	0-21	0-21	$3,98\pm 3,84$
BTÖ-12 Toplam	12-60	12-58	$35,10\pm 10,37$
İleriye Yönelik Kaygı	7-35	7-35	$21,05\pm 5,96$
Engelleyici Kaygı	5-25	5-25	$14,04\pm 5,16$

DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, BTÖ-12: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma.

Çalışanların yarısından fazlası depresyon (%51,8), anksiyete (%50,9) tespit edildi. Büyük çoğunluğu ise stres (%82,5) düzeylerini normal olarak belirtti. Orta düzeyde depresyon, anksiyete ve stres bildiren çalışanların oranı ise sırasıyla %20,9, %23,6, %5,2'dir (Grafik 1).

Grafik 1. DASS-21 Puantaj Aralıklarına Göre Katılımcıların Yüzde Dağılımı (s=326)



Katılımcıların Depresyon, Anksiyete, Stres ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeylerinin Tanımlayıcı Özelliklerle İlişkisi

Katılımcıların yaşlarına göre depresyon, stres, BTÖ-12 toplam ve ileriye yönelik kaygı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuş ($p<0,005$, $p<0,01$, $p<0,05$), yapılan ileri analizde farkın 31-39 yaş ve 40 yaş ve üzeri çalışanlardan kaynaklandığı ve en yüksek puan ortalamasına 31-39 yaş aralığında olan çalışanların sahip olduğu tespit edilmiştir.

Bu araştırmada kadınların anksiyete, depresyon, stres ve BTÖ-12 toplam, ileriye yönelik ve engelleyici kaygı puan ortalamalarının erkeklerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, $p<0,005$, $p<0,01$).

Çalışanların eğitim düzeyleri ile stres, BTÖ-12 toplam ve engelleyici kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), ileri analizde farkın lisansüstü ve ön lisans mezunu olanlardan kaynaklandığı ve en yüksek puan ortalamasına lisansüstü mezunlarının sahip olduğu bulunmuştur.

Bekar/dul/boşanmış çalışanların anksiyete, depresyon, stres ve engelleyici kaygı puan ortalamalarının evli çalışanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,01$, $p<0,05$).

Araştırma kapsamına alınan akademik personelin anksiyete ve stres düzeylerinin idari personele göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$, $p<0,05$).

Katılımcıların ailede yaşayan kişi sayısı ile depresyon ve stres düzeyleri arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), yapılan Tukey HSD testi sonucunda, aynı evde 1-2 sayıda kişi yaşayanların depresyon düzeylerinin, ailesinde daha fazla sayıda kişi yaşayanlardan; stres düzeyinin ise ailesinde 5 ve üzeri sayıda kişi yaşayanlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre DASS-21 ve BTÖ-12 Puan Ortalamalarının Karşılaştırması (s=326)

Tanımlayıcı Özellikler	DASS-21			BTÖ-12			
	Anksiyete	Depresyon	Stres	İleriye yönelik kaygı	Engelleyici kaygı	BTÖ-12 Toplam	
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	
Yaş	30 yaş ve altı	4,238±3,01	5,08±3,86	4,11±3,73	20,53±6,28	14,30±5,46	34,84±11,18
	31-39 yaş	4,44±3,43	5,79±4,56	4,68±3,95	22,05±6,10	14,73±5,16	36,79±10,46
	40 yaş ve üzeri	3,20±2,73	4,11±3,48	3,26±3,67	20,29±5,59	13,30±4,98	33,59±9,80
	F	6,037	5,936	4,774	3,287	2,737	3,317
Cinsiyet	p	0,230	0,003[†]	0,009[†]	0,039*	0,66	0,038*
	Kadın	4,84±3,54	6,50±4,50	5,35±4,35	22,39±5,82	15,19±4,99	37,58±10,09
	Erkek	3,35±2,75	4,12±3,57	3,25±3,33	20,33±5,92	13,43±5,15	33,77±10,30
	t	3,910	4,871	4,507	3,004	2,968	3,209
Eğitim durumu	p	p<0,001	p<0,001	p<0,001	0,003[†]	0,003[†]	0,001[†]
	Lise	3,41±3,72	4,09±5,32	3,20±4,63	20,94±6,66	12,88±5,85	33,82±11,40
	Ön Lisans	2,65±2,25	2,82±2,57	2,48±2,71	17,95±8,11	11,69±6,18	29,65±13,90
	Lisans	3,35±2,50	5,13±3,87	3,88±3,36	20,80±5,86	13,95±4,79	34,76±9,95
Medeni durum	Lisansüstü	4,26±3,24	5,28±3,98	4,31±3,93	21,51±5,50	14,54±4,96	36,06±9,71
	F	2,301	2,186	3,577	2,552	2,850	2,938
	p	0,075	0,086	0,024*	0,56	0,038*	0,033*
	Bekar	4,58±3,38	6,12±4,52	5,11±4,33	21,67±6,27	14,98±5,16	36,64±10,78
Görev	Evli	3,57±2,97	4,45±3,78	3,50±3,52	20,80±5,82	13,65±5,12	34,45±10,15
	t	2,540	3,186	3,237	1,186	2,129	1,740
	p	0,012*	0,002[†]	0,001[†]	0,236	0,034*	0,083
	Akademik Personel	4,43±3,23	5,43±3,91	4,33±3,86	21,41±5,45	14,45±4,99	35,96±9,66
Aynı evde yaşayan kişi sayısı	İdari Personel	3,14±2,82	4,33±4,22	3,53±3,79	20,59±6,55	13,52±5,35	34,12±11,19
	t	3,779	2,441	1,847	1,196	1,604	1,502
	p	p<0,001	0,150	0,016*	0,233	0,110	0,134
	1-2 kişi	4,24±3,12	5,78±4,41	4,72±4,10	21,50±5,61	14,88±4,83	36,38±9,77
Gelir algısı	3-4 kişi	3,95±3,18	4,80±3,97	3,75±3,65	21,04±6,07	13,84±5,24	34,89±10,60
	5 kişi ve üzeri	2,83±2,72	3,89±3,55	3,42±3,97	20,21±6,22	13,19±5,25	33,40±10,54
	F	2,491	3,699	2,559	0,733	2,009	1,381
	p	0,120	0,026*	0,019*	0,481	0,136	0,253
Evde 65 yaş ve üzeri kişi varlığı	Gelir giderden az	3,73±3,20	5,32±4,67	4,17±4,02	21,13±6,96	13,70±5,72	34,84±11,86
	Gelir gidere eşit	3,93±3,10	4,87±4,05	4,04±3,94	20,68±5,64	14,15±4,78	34,84±9,74
	Gelir giderden fazla	3,90±3,14	4,74±3,46	3,66±3,46	21,77±5,46	14,18±5,38	35,96±10,10
	F	0,111	0,461	0,379	0,890	0,240	0,340
Evde 65 yaş ve üzeri kişi varlığı	p	0,895	0,631	0,685	0,412	0,787	0,712
	Var	3,93±3,26	5,08±4,16	4,39±4,55	21,46±6,71	14,32±4,91	35,79±10,80
	Yok	3,86±3,11	4,93±4,07	3,90±3,71	20,98±5,82	14,00±5,21	34,98±10,31
	t	0,164	0,237	0,801	0,523	0,408	0,503
p	0,870	0,813	0,424	0,601	0,684	0,615	

DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, BTÖ-12: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, F: ANOVA, t: Bağımsız örneklem t testi, *p<0,05, † p<0,01

Evlerinde kronik hastalığa sahip bir yakını olan bireylerin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,01$; $p<0,05$).

Kronik fiziksel hastalığı olan katılımcıların anksiyete düzeylerinin olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Çalışanların sağlığını algılama durumlarına göre anksiyete, depresyon, stres, BTÖ-12 toplam ve ileriye yönelik ve engelleyici kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$, $p<0,01$). Yapılan ileri analizde sağlık durumunu kötü ve orta algılayanların puan ortalamasının iyi algılayanlardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmada sağlık durumunu kötü algılayan çalışanların iyi algılayanlara göre anksiyete, depresyon, stres, BTÖ-12 toplam, ileriye yönelik ve engelleyici kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$, $p<0,01$).

COVID-19 ile enfekte olup hastalanmaktan endişelenen çalışanların anksiyete, depresyon, stres, BTÖ-12 toplam, ileriye yönelik ve engelleyici kaygı düzeylerinin, hastalanmaktan endişelenmeyenlere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0,001$, $p<0,01$).

Yakın çevrelerinde COVID-19 nedeni ile hastalanan bir tanıdıkları olan bireylerin anksiyete ve stres düzeylerinin olmayanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$).

Yakın çevrelerinde COVID-19 nedeni ile hayatını kaybeden tanıdıkları olan bireylerin anksiyete ve stres düzeylerinin, tanıdıkları olmayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,01$, $p<0,05$).

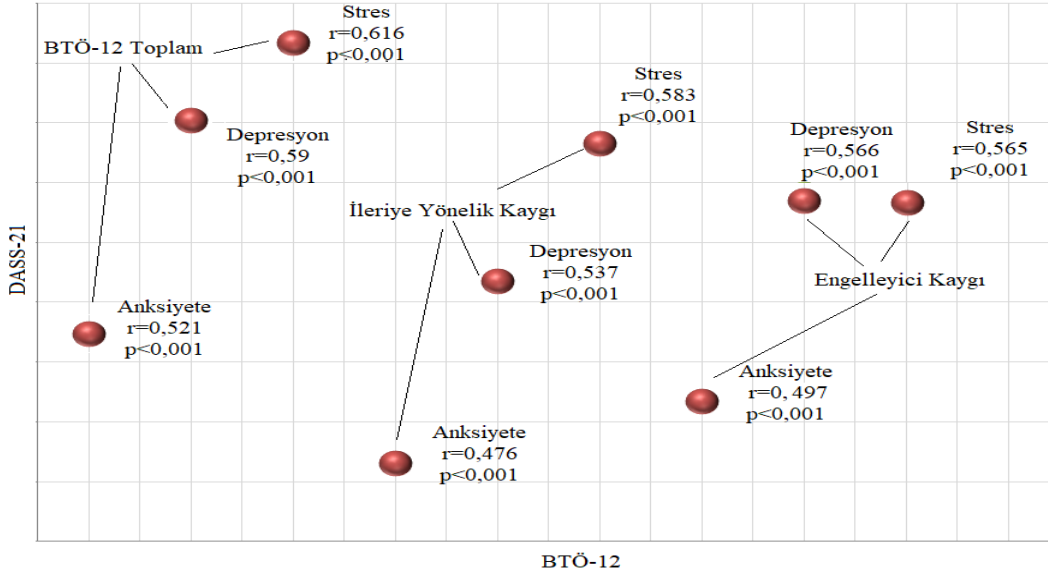
COVID-19 ile ilgili güncel bilgileri takip eden bireylerin ileriye yönelik kaygı düzeylerinin, takip etmeyen bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. COVID-19 salgını sürecine ilişkin etkenler ile DASS-21 ve BTÖ-12 puan ortalamalarının karşılaştırılması (s=326)

Sorular	Yanıtlar	Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği			Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği		
		Anksiyete	Depresyon	Stres	İleriye yönelik kaygı	Engelleyici kaygı	BTÖ-12 Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evde kronik hastalığı olan bireyin olma durumu	Evet	4,47±3,39	5,82±4,22	5,00±4,40	21,30±6,47	14,32±5,16	35,62±10,94
	Hayır	3,60±2,97	4,55±3,96	3,52±3,48	20,94±5,72	13,92±5,16	34,87±10,12
	t	2,352	2,620	3,002	0,501	0,647	0,610
Kronik hastalık durumu	p	0,027*	0,009[†]	0,003[†]	0,616	0,518	0,524
	Evet	4,42±3,23	5,92±4,15	5,20±4,66	20,24±6,91	12,84±5,08	33,08±11,23
	Hayır	3,77±3,10	4,77±4,04	3,76±3,65	21,20±5,77	14,26±5,15	35,47±10,19
Sağlık durumunu algılama	t	1,350	1,826	2,452	-0,931	-1,806	-1,504
	p	0,017*	0,069	0,053	0,356	0,072	0,134
	Kötü	4,41±3,41	6,47±4,59	7,05±4,61	22,53±6,57	15,51±5,15	38,04±11,05
COVID-19 ile enfekte olup hastalanmaktan endişelenme durumu	İyi	1,99±2,38	3,54±3,15	4,26±3,33	20,19±5,40	13,19±4,99	33,38±9,57
	t	6,905	6,219	5,823	3,309	3,989	3,866
	p	p<0,001	p<0,001	p<0,001	0,001[†]	p<0,001	p<0,001
Yakın çevrede COVID-19 nedeni ile hastalanan olma durumu	Evet	4,45±3,16	5,70±4,00	4,57±3,80	21,73±5,67	14,70±4,95	36,44±9,84
	Hayır	2,27±2,41	2,87±3,57	2,33±3,49	19,16±6,34	12,20±5,32	31,37±10,97
	t	5,816	5,785	4,970	3,495	3,936	3,978
Yakın çevrede COVID-19 nedeni ile hayatını kaybeden olma durumu	p	p<0,001	p<0,001	p<0,001	0,001[†]	p<0,001	p<0,001
	Evet	4,59±3,46	5,80±4,66	4,58±4,44	21,51±6,16	14,68±5,30	36,20±10,70
	Hayır	3,64±2,98	4,68±3,84	3,78±3,62	20,91±5,90	13,84±5,11	34,75±10,26
COVID-19 ile ilgili güncel bilgileri takip etme durumu	t	2,375	1,948	1,615	0,784	1,274	1,084
	p	0,018*	0,054	0,015*	0,434	0,203	0,279
	Evet	5,43±3,84	7,70±6,02	6,35±5,87	23,26±6,57	15,69±5,55	38,95±10,98
COVID-19 ile ilgili bilim insanları tarafından yapılan önerileri uygulama durumu	Hayır	3,75±3,04	4,75±3,83	3,80±3,60	20,89±5,89	13,92±5,12	34,81±10,29
	t	2,507	3,397	3,099	1,844	1,590	1,852
	p	0,013*	0,100	0,002[†]	0,066	0,113	0,065
Evde kronik hastalığı olan bireyin olma durumu	Evet	3,92±3,13	5,00±4,06	3,98±3,82	21,24±5,93	14,13±5,10	35,38±10,28
	Hayır	3,10±3,06	4,15±4,45	4,00±4,40	18,20±5,85	12,70±6,02	30,90±11,09
	t	1,139	0,910	-0,022	2,226	1,207	1,879
COVID-19 ile ilgili bilim insanları tarafından yapılan önerileri uygulama durumu	p	0,256	0,364	0,982	0,027*	0,228	0,061
	Evet	2,89±3,04	4,67±4,11	5,39±4,11	21,15±5,9	14,03±5,06	35,18±10,23
	Hayır	2,88±3,04	4,35±3,38	4,73±3,86	20,52±6,35	14,15±5,8	34,67±11,33
Evde kronik hastalığı olan bireyin olma durumu	t	0,028	0,508	1,040	0,676	-0,140	0,318
	p	0,977	0,612	0,299	0,500	0,888	0,751

DASS-21: Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği, BTÖ-12: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma, F: ANOVA, t: Bağımsız örneklem t testi *p<0,05, [†]p<0,01

Katılımcıların DASS-21 ve BTÖ-12 puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Diğer bir ifade ile çalışanların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri arttıkça depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri artmaktadır (Grafik 2).



Grafik 2. Katılımcıların DASS-21 ile BTÖ-12 puan ortalamaları arasındaki ilişki.

Tartışma

COVID-19 salgını sürecinde üniversite personelinin depresyon, anksiyete ve stres durumlarını irdeleyen çalışmalara sınırlı sayıda rastlanılmış, üniversite personelinde belirsizliğe tahammülsüzlüğün irdelendiği bir çalışmaya ise rastlanılamamıştır. Bu araştırma COVID-19 salgınında üniversite çalışanlarının ruhsal sağlığının değerlendirilmesi ve ilişkili risk etkenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılmış, elde edilen sonuçlar COVID-19 salgını sürecinde yapılan ilgili alan yazın doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu çalışmada katılımcıların ölçekten alınabilecek değerlere göre depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamalarının düşük; yarısından fazlasının depresyon, anksiyete, büyük çoğunluğunun stres düzeylerinin normal; %20,9'unun orta düzeyde depresyon, %23,6'sının orta düzeyde anksiyete ve %5,2'sinin ise orta düzeyde stres deneyimlediği belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), COVID-19'un dünya çapında hızla yayılmasını pandemi olarak ilan ettikten sonra hem ulusal hem de küresel olarak ruh sağlığı sorunlarının prevalansında belirgin bir artış olmuştur. COVID-19 pandemisi, uygulanan ulusal sağlık ve hükümet politikalarına ve her ülkenin kamu direncine ve sosyal normlarına bağlı olarak genel nüfusun ruh sağlığını farklı şekilde etkileyebilmektedir.⁵ İspanya'da yüz yüze derslere altı ay ara verildikten sonra okulların ve üniversitelerin yeniden açılması sonrasında üniversite ve farklı eğitim merkezlerinde çalışan öğretmenlerin stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin DASS-21 ölçeği kullanılarak belirlendiği çalışmada, katılımcıların %32,2'sinin depresyon, %49,4'ünün anksiyete ve %50,6'sının stres belirtileri gösterdiği bildirilmiştir.²² İspanya'da COVID-19 salgını kısıtlamasının ilk haftalarında 2530 üniversite çalışanı ve öğrencisi ile DASS-21 ölçeği kullanılarak çevrimiçi olarak kesitsel nitelikte yürütülen bir çalışmada, katılımcıların sırasıyla %21,34'ü, %34,19'u ve %28,14'ü orta-ciddi düzeyde anksiyete, depresyon ve stres bildirmiş ve %50,43'ü salgından orta-ciddi düzeyde etkilenmiştir. İngiltere'de üniversite personeli ve öğrencileri ile çevrimiçi anket yoluyla kesitsel nitelikte yapılan bir çalışmada, personelin %22-24'ünün klinik düzeyde anksiyete ve depresyon puanları aldığı, COVID-19 nedeniyle %66,2'sinin yüksek stres (incinebilir), %33,8'inin düşük stres (dirençli) deneyimlediği gösterilmiştir.²³ Amerika Birleşik Devletleri'nde bir üniversitede ve akademik tıp merkezinde çalışan personelle yürütülen bir çalışmada; pandeminin iş ve yaşam

değişiklikleriyle ilgili olarak genel iyilikte kötüleşme (%58,3), orta-yüksek düzeyde stres (%13), anksiyete (%13), depresyon (%15,9) ve yüksek iş tükenmişliği (%43) bildirilmiştir. Sonuç olarak pandeminin hem klinik hem de klinik dışı çalışanların ruh sağlığı ve esenliği üzerinde olumsuz etkileri olduğu gösterilmiş ve çalışanlarda dayanıklılık ve ruh sağlığı konularını ele alan geleneksel sağlık müdahalelerine ek olarak, iş/aile dengesi desteği ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi önerilmiştir.¹⁴ İspanya, Kolombiya, Şili ve Nikaragua'dan üniversite personeli (n=554) ve öğrencisinin (n=1084) katılımı ile gerçekleştirilen bir çalışmada, personelin yarısının karantina süresi boyunca depresyon ve anksiyete duygularının arttığı/aynı kaldığı, hizmetlere erişim ile olumlu bir mesleki deneyim yaşayan personelin yaşam kalitesi düzeylerinin korunduğu gösterilmiştir.²⁴ Çin'de farklı mesleklerin (doktor, hemşire, diğer sağlık personeli, öğretmen/kamu çalışanı, işçi, öğrenci ve diğer çalışanlar) ruh sağlığının DASS-21 ölçeği kullanılarak değerlendirildiği bir çalışmada, çalışanların %17,9'unda depresyon, %30,3'ünde anksiyete ve %13,7'sinde stres belirlenmiştir. Devam eden COVID-19 salgını sürecinde yapılan çalışmalara ilişkin bu farklı sonuçlarda, bireysel özelliklerin yanı sıra sosyo-ekonomik, kültürel, coğrafik faktörlerle birlikte ülkelerin sağlık ve hükümet politikalarının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırma kapsamına alınan akademik ve idari personelin COVID-19 salgını sürecinde belirsizliğe tahammülsüzlüklerinin orta düzeyin üzerinde olduğu saptanmıştır. Brezilya'da toplumda yaşayan 924 birey ile yapılan ve Türkiye'de üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlüklerinin orta düzeyin üzerinde olduğu bildirilmiştir. Bildirilen çalışma sonuçları bu araştırma sonucunu desteklemektedir.^{8,25,26}

Araştırmada kadınların depresyon, anksiyete, stres ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda da benzer şekilde kadınların depresyon, anksiyete, stres, depresyon, anksiyete ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.^{1,6-8,27-29} Yapılan çalışma sonuçları bu araştırma sonucu ile paralellik göstermektedir. Bekâr/dul/boşanmış olan katılımcıların depresyon, anksiyete, stres ve engelleyici kaygı düzeylerinin evlilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu araştırma sonucundan farklı olarak Traunmüller ve diğerleri (2020) tarafından yapılan çalışmada ise medeni durumun depresyon, anksiyete ve stresi; Özdin ve Bayrak Özdin (2020)'in çalışmasında da depresyon ve anksiyeteyi etkilemediği belirlenmiştir.^{6,28} Mevcut çalışma sonucunda eş desteğinin, evlilik algısı ve evlilik doyumunun etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada 31-39 yaş aralığında olan katılımcıların depresyon, stres ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin en yüksek, 40 yaş ve üzerinde olanların ise en düşük olduğu tespit edilmiştir. Bir çalışmada 35-49 yaş aralığında olmanın,³⁰ bir diğer çalışmada 55 yaşından büyük olmanın, başka bir çalışmada ileri yaşın depresyon, anksiyete ve stres belirtileri için risk faktörü olduğu, bir çalışmada ise yaşın depresyon, anksiyete ve stres ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir.^{7,27,28} Del Valle ve diğerlerinin (2020) çalışmasında da belirsizliğe daha fazla tahammülsüz olan genç kadınların, en yüksek düzeyde anksiyete ve depresif belirtiler gösterdiği bildirilmiştir.²⁹ Farklı örneklem gruplarıyla yapılan bu farklı sonuçlar sosyo-ekonomik, kültürel, coğrafik ve bireysel özelliklerin etkisi ile açıklanabilir.

Araştırmada lisansüstü eğitim durumuna sahip katılımcıların stres ve genel olarak belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin en yüksek, ön lisans mezunu olanların ise en düşük olduğu saptanmıştır. Bir anlatı derleme çalışmasında da pandeminin eğitim düzeyi yüksek olanlarda psikolojik durumu kötüleştirdiği,³ bir çalışmada ise düşük eğitim düzeyinin yüksek psikolojik yük ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.^{3,28} Yapılan çalışmalarda bu araştırma sonuçlarına benzer ve farklı sonuçlar bildirilmiş olup, bu sonuçlarda bireysel özelliklerin yanı sıra toplumsal, kültürel ve coğrafik etkenlerin rolü olduğu söylenebilir.

Bu araştırmada, araştırmaya katılan akademik personelin anksiyete ve stres düzeylerinin idari personele göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hollanda'da dört Teknoloji Üniversitesinde COVID-19'un üniversite öğretimi ve öğrenimi üzerine etkisinin değerlendirildiği bir araştırmada, öğretim elemanlarının pandemi sürecinde stres kaynakları olarak uygun ekipman eksikliği, artan iş yükü, iş-yaşam dengesinin bozulması, sosyal izolasyon duyguları, boş zamanları olması nedeniyle suçluluk hissi ve araştırma ve iş baskısı gösterilmiştir. Sosyal ağ yokluğunun yalnızlık duygularını şiddetlendirdiği, gerçekçi görev beklentilerine ilişkin iletişim ve ruhsal desteğin ise stresi azalttığı bildirilmiştir. Bununla birlikte birçoğunun iş yükünde ve stres düzeyinde artma (%66) ve evden çalışma zorlukları (%80) deneyimlediği rapor edilmiştir.³¹ Mevcut araştırma sonucu COVID-19 salgınının eğitim, öğretim ve değerlendirme süreçlerini etkileyerek, derslerin kısmen ya da tamamen uzaktan öğretim yolu ile yürütülmesine, bu durumun ise akademik personelin erişim ve yeni yöntemlere uyum sağlama gibi farklı sıkıntı ve stres deneyimlemelerine yol açması ile açıklanabilir. Mevcut araştırmada aynı evde yaşayan kişi sayısı 1-2 olan katılımcılar, aynı evde daha fazla sayıda kişi olanlardan depresyon ve stres düzeylerini daha yüksek bildirmiştir. COVID-19'a yönelik bilgi, tutum ve

davranış düzeylerinin belirlenmesi amacıyla Türkiye’de 268 akademik personelle yapılan bir çalışmada, aynı evde yaşayan birey sayısı 1-3 olan personelin, birey sayısı çok olanlara göre daha yüksek düzeyde bilgiye sahip olduğu bulunmuştur.³² Ulaşılan bu araştırma sonucu, ailedeki birey sayısının aile içerisinde sorumluluğu azaltıp; sosyal ve duygusal desteği, sosyal teması ve paylaşımı artırabileceği, bu durumun ise depresyon ve stres düzeyini azaltabileceği ile açıklanabilir.

Araştırmada evde kronik hastalığa sahip yakını olan katılımcıların anksiyete, depresyon, stres düzeylerinin; kendisinde kronik fiziksel hastalık olan bireylerin ise anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada da sağlık durumunun kötü olması ve aile üyeleriyle ilgili endişeli olmanın daha yüksek psikolojik yük ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu bildirilmiştir.²⁸ Bakioğlu ve diğerlerinin (2020) çalışmasında COVID-19 korkusunun, kronik hastalığı olan bireylerde olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, pandemi sürecinde tüm bilgi kaynaklarının COVID-19’un kronik sağlık sorunu olan kişileri daha fazla etkilediğini vurguladığını, bu nedenle çalışma sonucunun beklenen bir bulgu olarak değerlendirilebileceği bildirilmiştir.⁹ Bir çalışmada COVID-19’a yakalanma riskinin yüksek olması, anksiyete ve depresyon yönünden yaygın risk faktörü olarak belirtilmiştir.¹ Özdin ve Bayrak Özdin (2020)’in toplumda yaşayan 343 bireyle yaptığı çalışmada da eşlik eden kronik hastalığın olması ve önceki psikiyatrik öykü, sağlık anksiyetesi için risk faktörleri olarak bildirilmiştir. Bildirilen çalışma sonuçları bu araştırma bulgusunu desteklemektedir.⁶

Bu çalışmada sağlık durumunu kötü algılayan katılımcıların ve COVID-19 ile enfekte olup hastalanmaktan endişelenenlerin anksiyete, depresyon, stres ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin; yakın çevresinde COVID-19 nedeni ile hastalanan veya hayatını kaybeden tanıdıkları olan çalışanların ise anksiyete ve stres düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ceyhan ve Uzuntarla (2020)’nın akademik personelle yaptığı çalışmada, personelin %70,1’inin iş nedeniyle toplu ortamlara girmekten dolayı ailesine COVID-19 hastalığını bulaştırmaktan endişe duyduğu, %24,6’sının ölüm kaygısı yaşadığı belirlenmiştir.³² COVID-19 korkusu beden, önemli değerler, belirsizlik ve eylem/eylemsizlik olmak üzere dört temel durumda kendini göstermektedir. Bireylerin psikolojik iyilik hali artan varoluşsal tehdidin, vurgulanan ölüm belirginliğinin ve bozulmuş rutinin bir sonucu olarak değişkenlik gösterebilmektedir.³³ Mevcut araştırma sonucu literatür bilgileri ile uyumlu olarak bulunmuştur.

Araştırmada COVID-19 ile ilgili güncel bilgileri takip edenlerin takip etmeyenlere göre ileriye yönelik kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bir çalışmada akademik personelin COVID-19’a yönelik bilgi, tutum ve davranışı arasında anlamlı pozitif bir ilişki belirlenmiştir.³² COVID-19 enfeksiyonunun ciddiyeti, hastalığın nasıl kontrol edileceğinin belirsizliği ve aşırı bilgi yüklemesi, toplumda endişelere neden olabilmektedir.⁷

Bu çalışmada katılımcıların gelir algısının ve evde 65 yaş ve üzeri kişi varlığının depresyon, anksiyete, stres ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini etkilemediği bulunmuştur. Bir sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasında ise düşük sosyo-ekonomik statüye sahip olma, COVID-19 salgınında anksiyete ve depresyon yönünden yaygın risk faktörleri arasında gösterilmiştir.¹ Mevcut araştırma sonucunda bireysel özelliklerin yanı sıra, toplumsal ve kültürel etkenlerin rolü olduğu söylenebilir.

Belirsizliğe tahammülsüzlük, özünde bilinmeyene karşı duyulan korkuyu belirtmektedir. Bununla birlikte bir anksiyete bozukluğuna özgü olmayıp, klinik olarak önemli anksiyete ve depresyon için bir transdiagnostik yatkınlık risk faktörü olarak gösterilmektedir.³³ Araştırmaya katılan akademik ve idari personelin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri arttıkça depresyon ve stres düzeylerinin arttığı görülmüştür. Brezilya’da toplumda yaşayan 924 bireyle gerçekleştirilen bir çalışmada da belirsizliğe tahammülsüzlükle depresyon, anksiyete ve stres arasında pozitif anlamlı bir ilişki bildirilmiştir.⁸ Arjantin’de 3805 katılımcı ile yürütülen bir çalışmada benzer şekilde belirsizliğe tahammülsüzlüğün anksiyete ve depresif belirtiler üzerinde anlamlı bir etkisinin olduğu gösterilmiştir.²⁹ Satici, Gocet-Tekin, Deniz ve Satici (2020) Türkiye’de 1772 bireyle yaptığı çalışmada, belirsizliğe tahammülsüzlüğün ruhsal iyilik hali üzerinde önemli doğrudan bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir.³⁴ Yine Türkiye’de Bakioğlu ve diğerlerinin (2020) 960 bireyle yaptığı çalışmada, COVID-19 korkusu ile belirsizliğe tahammülsüzlük, depresyon, anksiyete ve stres arasında pozitif, COVID-19 korkusu ile olumluluk arasında negatif bir ilişki tespit edilmiş ve COVID-19 korkusu ile olumluluk arasındaki ilişkide belirsizliğe tahammülsüzlük, depresyon, anksiyete ve stresin aracı rolü olduğu gösterilmiştir.⁹ COVID-19 korkusunda belirsizliği ortadan kaldırmanın depresyon, anksiyete ve stresi azaltmaya ve olumluluğu artırmaya katkıda bulunacağı çıkarımında bulunulmuştur.⁹ Türkiye’de COVID-19 salgını sürecinde kaygı ile maneviyat, psikolojik sağlamlık ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla 565 bireyle yürütülen çalışmada da belirsizliğe tahammülsüzlüğün kaygıyı doğrudan, anlamlı ve pozitif yönde etkilediği bulunmuştur.³⁵ Bu araştırma sonucu bildirilen çalışma sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmanın Sınırlılığı

Bu araştırmanın birinci sınırlılığı, Türkiye’de COVID-19 pandemisi başladıktan üç ay sonra verilerin toplanmasıdır. İkinci sınırlılığı ise Türkiye’de bulunan bir devlet üniversitesinin akademik ve idari personeli ile yürütülmüş olmasıdır. Bu nedenle sonuçlar yalnızca bu araştırma kapsamına alınan üniversite çalışanlarına genellenebilir.

Sonuç

Sonuç olarak bu çalışmada COVID-19 sürecinde katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres puan ortalamalarının düşük, yarısından fazlasının depresyon, anksiyete, büyük çoğunluğunun stres düzeylerinin normal olduğu belirlenmiş, %20,9’u orta düzeyde depresyon, %23,6’sı orta düzeyde anksiyete, %5,2’si ise orta düzeyde stres bildirmiş ve belirsizliğe tahammülsüzlüklerinin orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri arttıkça anksiyete, depresyon ve stres düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Yanı sıra kadın olma, bekâr/dul/boşanmış olma, 31-39 yaş aralığında olma, lisansüstü eğitime sahip olma, akademik personel olma, aynı evde yaşayan kişi sayısının 1-2 olması, kendisinde ve evde yaşayan yakınında kronik hastalık olması, sağlık durumunu kötü algılama, COVID-19 ile ilgili güncel bilgileri takip etme ve bilim insanları tarafından yapılan önerileri uygulama depresyon, anksiyete, stres ve/veya belirsizliğe tahammülsüzlüğü artıran etkenler olarak bulunmuştur.

COVID-19 salgınının küresel düzeyde insanları farklı yönlerden etkilediği bilinmekle birlikte, bu çalışmada çalışanların ruhsal durumu Türkiye’de salgın başladıktan üç ay sonra değerlendirilmiş, salgın öncesinde ise çalışanların ruhsal durumu değerlendirilmemiştir. Bu nedenle salgın öncesi durum ile karşılaştırma yapılmadığından, araştırma sonuçlarının salgının çalışanların ruhsal sağlığına etkileri yönünde tam olarak nesnel bir değerlendirme sağlayamayacağı düşünülmektedir. Salgın sürecinin devam ettiği göz önüne alındığında, kriz odaklı psikososyal hizmetlerin özellikle risk altındaki çalışanlara zamanında ve etkili verilebilmesi ve çalışanların ruh sağlığının dikkatle izlenmesi önemlidir.

Kaynaklar

1. Luo M, Guo L, Yu M, Jiang W, Wang H. The psychological and mental impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public—A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*. 2020;291:113190.
2. European University Association. Universities without walls: A vision for 2030. 2021. <https://eua.eu/downloads/publications/universities%20without%20walls%20%20a%20vision%20for%202030.pdf> (Erişim: 07.09.2021).
3. Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, Finstad GL, Bondanini G, Lulli LG, Arcangeli G, Mucci, N. COVID-19-related mental health effects in the workplace: a narrative review. *International Journal of Environmental Research And Public Health*. 2020;7(21):7857.
4. Salari N, Hosseini-Far A, Jalali R, Vaisi-Raygani A, Rasoulpoor S, Mohammadi M, Rasoulpoor S, Khaledi-Paveh B. Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*. 2020;16(1):1-11.
5. Nochaiwong S, Ruengorn C, Thavorn K, Hutton B, Awiphan R, Phosuya C, Ruanta Y, Wongpakaran T. Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*. 2021;11(1):1-18.
6. Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020;66(5):504-511.
7. Jiang W, Liu X, Zhang J, Feng Z. Mental health status of Chinese residents during the COVID-19 epidemic. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):1-14.
8. Seco Ferreira DC, Oliveira WL, Costa Delabrida ZN, Faro A, Cerqueira-Santos, E. Intolerance of uncertainty and mental health in Brazil during the Covid-19 pandemic. *Suma Psicológica*. 2020;27(1):62-69.
9. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and positivity: Mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020;28:1-17.
10. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Ankara: Sözkese Matbaacılık; 2020. p.354.
11. Carleton RN, Norton MA, Asmundson GJG. Fearing the unknown: A short version of the intolerance of uncertainty scale. *Journal of Anxiety Disorders*. 2007;21(1):105-117.
12. European University Association. Universities without walls: A vision for 2030. <https://eua.eu/downloads/publications/universities%20without%20walls%20%20a%20vision%20for%202030.pdf> (Erişim: 07.09.2021).

13. Leal Filho W, Wall T, Rayman-Bacchus L, Mifsud M, Pritchard DJ, Lovren VO, Farinha C, Petrovic DS, Balogun AL. Impacts of COVID-19 and social isolation on academic staff and students at universities: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1-19.
14. Evanoff BA, Strickland JR, Dale AM, Hayibor L, Page E, Duncan JG, Kannampallil T, Gray DL. Work-related and personal factors associated with mental well-being during the COVID-19 response: survey of health care and other workers. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(8):e21366.
15. Çapık, C. İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: Temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014;17(4):268-274.
16. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 1995;33(3):335-343.
17. Yılmaz Ö, Boz H, Arslan A. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinin (DASS 21) Türkçe kısa formunun geçerlilik-güvenilirlik çalışması. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2017;2(2):78-91.
18. Silva HAD, Passos MHPD, Oliveira VMAD, Palmeira AC, Pitangui ACR, Araújo RCD. Short version of the Depression Anxiety Stress Scale-21: Is it valid for Brazilian adolescents? *Einstein (São Paulo)*. 2016;14:486-493.
19. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*. 2005;44(2):227-239.
20. Sarıçam H, Erguvan FM, Akın A, Akça MŞ. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) Türkçe Formu: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Route Educational and Social Science Journal*. 2014;1(3):148-157.
21. Tersi, Y. Temel istatistik I ders notları. 2018. <https://ist-fef.omu.edu.tr/tr/hakkimizda/ders-notlari/TEMEL%20%C4%B0ST%20I%202018.pdf>
22. Ozamiz -Etxebarria N, Dosil Santamaria M, Idoiaga Mondragon N, Berasategi Santxo N. Estado emocional del profesorado de colegios y universidades en el norte de España ante la COVID-19. *Revista Española de Salud Pública*. 2021;95(1):e1-e8.
23. Der Feltz-Cornelis V, Maria C, Varley D, Allgar VL, De Beurs E. Workplace stress, presenteeism, absenteeism, and resilience amongst university staff and students in the COVID-19 lockdown. *Frontiers in Psychiatry*, 2020;11:1284.
24. Jojoa M, Lazaro E, Garcia-Zapirain B, Gonzalez MJ, Urizar E. The Impact of COVID 19 on university staff and students from Iberoamerica: Online learning and teaching experience. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(11):5820.
25. Duman, N. Üniversite öğrencilerinde COVID-19 korkusu ve belirsizliğe tahammülsüzlük. *The Journal of Social Science*, 2020;4(8):426-437.
26. Şentürk, S, Bakir N. The relationship between intolerance of uncertainty and the depression, anxiety and stress levels of nursing students during the Covid-19 Outbreak. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*. 2021;3(2):97-105.
27. Du J, Mayer G, Hummel S, Oetjen N, Gronewold N, Zafar A, Schultz JH. Mental health burden in different professions during the final stage of the COVID-19 lockdown in China: cross-sectional survey study. *Journal of Medical Internet Research*. 2020;22(12):e24240.
28. Traunmüller C, Stefitz R, Gaisbachgrabner K, Schwerdtfeger A. Psychological correlates of COVID-19 pandemic in the Austrian population. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1-16. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09489-5>
29. del Valle M, Andrés ML, Urquijo S, Yerro Avincetto MM, López Morales H, Canet Juric L. Intolerance of uncertainty over covid-19 pandemic and its effect on anxiety and depressive symptoms. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 2020;54(2):e1335
30. Wang S, Zhang Y, Ding W, Meng Y, Hu H, Liu Z, Zeng X, Wang, M. Psychological distress and sleep problems when people are under interpersonal isolation during an epidemic: a nationwide multicenter cross-sectional study. *European Psychiatry*. 2020;63(1):e77.
31. 4TU.Centre for Engineering Education. The impact of COVID-19 on university teaching and learning: Evidence for the central importance of student and staff well-being. <https://www.4tu.nl/cee/publications/4tu.cee-white-paper-the-impact-of-covid-19-on-university-teaching-and-learning.pdf> (Erişim Eylül 2021).
32. Ceyhan S, Uzuntarla Y. Akademik personelin COVID-19'a yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. *Turkish Studies*. 2020;15(6):259-276.
33. Carleton RN. The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. *Expert Rev. Neurother*. 2012;12(8):937-947.
34. Satici B, Gocet-Tekin E, Deniz ME, Satici SA. Adaptation of the fear of COVID-19 scale: Its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey. *International Journal of Mental Health Addiction*. 2020;1-9. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00294-0>
35. Kasapoğlu F. COVID-19 salgını sürecinde kaygı ile maneviyat, psikolojik sağlamlık ve belirsizliğe tahammülsüzlük arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Turkish Studies*. 2020;15(4):599-614.



Original Research / Orijinal Araştırma

Views of Health Professionals Working in Family Health Centers on Knowledge and Early Diagnosis on Autism

Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Sağlık Profesyonellerinin Otizm Konusundaki Bilgi ve Erken Tanıya Yönelik Görüşleri

Yaşar Tamur¹, Nesrin Şen Celasin²

Abstract

Objective: The aim of this study is to evaluate the knowledge of health professionals working in Family Health Centers (FHCs) on Autism Spectrum Disorder (ASD) and their opinions on early diagnosis. **Method:** The cross-sectional study was conducted with 192 health care professionals (physician, nurse, midwife) working at the FHCs in a city center between February and March 2020. Data was collected with questionnaire form that includes Introductory Information Form, ASD Information Scale, and opinions about ASD. In the evaluation of the obtained data; descriptive statistics, Mann Whitney U and Kruskal Wallis tests were used. The significance level was accepted as $p<0,05$. **Results:** ASD knowledge level of health professionals included in the research, generally found to be moderate and high. It was determined that there is a significant difference between the health professionals' age, educational status, profession, years of employment, follow-up of healthy children and previous education on Autism and the total average score of the ASD Knowledge Scale. It was determined that there was a significant difference between the health professionals' knowledge of ASD and the fact that they found themselves sufficient in discriminating the child with ASD findings, the status of encountering ASD findings in children while on duty, their opinions on the possibility of early diagnosis of ASD in the FHCs and the total average score of the ASD Knowledge Scale. **Conclusion:** It was determined that the health professionals working in the FHCs; had 'knowledgeable' about ASD and this knowledge increased depending on their professional experience.

Key words: Autism Spectrum Disorder, Early diagnosis, Health professionals, Primary care

Özet

Amaç: Bu çalışmada, Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) görev yapan sağlık profesyonellerinin Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) konusunda bilgi ve erken tanıya yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlandı. **Yöntem:** Kesitsel tipteki araştırma, Şubat-Mart 2020 tarihleri arasında bir il merkezindeki ASM'nde görev yapan 192 sağlık profesyoneli (hekim, hemşire, ebe) ile yürütüldü. Veriler; Tanıtıcı Bilgi Formu, OSB Bilgi Ölçeği ve OSB ile İlgili Görüşlerinin Yer Aldığı Soru Formu ile toplandı. Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi. **Bulgular:** Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin, OSB bilgi düzeylerinin genel olarak orta ve yüksek olduğu bulundu. Sağlık profesyonellerinin; yaşı, eğitim durumu, mesleği, meslekte çalışma yılı, sağlıklı çocuk takibi yapma durumu ve Otizm konusunda daha önce eğitim alma durumu ile OSB Bilgi Ölçeği toplam ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu saptandı. Sağlık profesyonellerinin; OSB konusunda bilgisi, OSB bulgusu olan çocuğu ayırt etme konusunda kendini yeterli bulma durumu, görev sırasında çocuklarda OSB bulgularına rastlama durumu, ASM'nde OSB erken tanısının mümkün olma durumu ile ilgili görüşü ile OSB Bilgi Ölçeği toplam ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu saptandı. **Sonuç:** ASM'de görev yapan sağlık profesyonellerinin; OSB konusunda 'bilgili' olduğu ve bu bilginin mesleki deneyime bağlı olarak arttığı belirlendi.

Anahtar kelimeler: Otizm Spektrum Bozukluğu, Erken tanı, Sağlık profesyonelleri, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Geliş tarihi / Received: 26.12.2021 Kabul tarihi / Accepted: 01.06.2022

¹Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Türkiye

²Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Nesrin Şen Celasin, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Türkiye
nessen_72@yahoo.com

Tamur Y, Celasin NS. Views of Health Professionals Working in Family Health Centers on Knowledge and Early Diagnosis on Autism. TJF&PC, 2022;16(3): 517-531

DOI: 10.21763/tjfmpe.1041206

Giriş

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), sosyal etkileşim ve iletişimde kalıcı eksiklikler ve kısıtlı, tekrarlayan davranış, ilgi alanları veya aktiviteler ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur.¹ Erken bebeklik otizmi ilk kez 1943 yılında Leo Kanner tarafından tanımlanmıştır. Kanner; otistik çocukların, doğumdan itibaren başka insanlar ile ilgilenme yeteneklerinin olmadığı, belirgin ekolalilerinin olduğu, zamirleri ters kullandıkları, davranışlarında tekrarlayıcı ve amaçsız etkinliklerinin yineleyici olduğu, cansız objelere istekli ve değişikliklerden huzursuz olduklarını bildirmiştir.²

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, OSB'nun yaygınlığının arttığı önemle vurgulanmaktadır; 1985 öncesinde 1/10000 olan OSB yaygınlığı, 1989'da 7/10000 olarak bildirilmiştir.³ Günümüze kadar OSB'nun görülme sıklığı yükselmeye devam etmiştir ve Amerika'daki Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention-CDC) 2016 verilerine göre; OSB'nun görülme sıklığı 1/54 iken, 2018 verilerine göre ise 1/44 olduğu bildirilmiştir.^{4,5} Türkiye'de OSB'nun yaygınlığına yönelik net bir veri bulunmamakla birlikte OSB tanısı ile kurumlara başvuru sayısında artış olduğu bilinmektedir.⁶ Türkiye'de Otizm kayıtlarına dayalı sağlıklı istatistikler olmamasına karşın, Otizm Türkiye platformunun önceki yıllarda öngördüğü verilere göre, tahmini 550 bin otizmlili çocuğun bulunduğu, 0-14 yaş grubunda 150 bin civarı OSB tanısı almış çocuk olduğu varsayılmaktadır. Otizmlili bireylerin ebeveyn ve yakın akraba çevreleri de düşünüldüğünde Türkiye'de tüm illere yayılmış durumda otizmden etkilenen 2 milyon civarı birey bulunmaktadır.⁷

OSB prevelansındaki yükselme; sağlık profesyonelleri, topluluk paydaşları ve daha da önemlisi ebeveynler arasındaki farkındalığın artmasına bağlanmaktadır. Artan farkındalık oranı ise OSB'nu daha iyi tanımlama ve hastalığın yönetimi için uzmanlara hızlı yönlendirme olanağı sağlamaktadır.⁸ Özellikle çocuk hemşireleri, bebeklik döneminde sağlıklı çocuk takibi ve bakımı sırasında yaptıkları fizik muayene ile OSB bulgularının erken tanılanmasında önemli bir role sahiptir.²

Erken müdahale çalışmalarının tüm özel gereksinimi olan çocuklardaki kritik önemi, OSB için de geçerlidir. Erken tanılama ve müdahalenin OSB olan çocuklardaki olumlu katkıları literatürde önemle vurgulanmaktadır.^{3,9} Otizme erken müdahalenin genel hedefleri; sosyal işlevi, iletişimi ve diğer bilişsel yetenekleri geliştirmektir. Ayrıca tekrarlayan ve takıntılı davranışları azaltırken aynı zamanda müdahalenin olumsuz etkileri de en aza indirilebilir.¹⁰

Otizm taraması için biyolojik bir belirteç yoktur, bu nedenle taramalar davranışların gözlemi üzerinden yapılmaktadır. OSB olan çocukların yaşamın ilk yıllarında farklı davranışlar sergilediği geriye dönük video kayıtlarından gözlenmiştir. Gelişimsel izleme ve taramanın önemi bu noktada ortaya çıkmaktadır. Bu izlemler yalnızca Otizm değil, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Konuşma Bozukluğu, Zekâ Gerilikleri ve özel eğitim gerektiren diğer bozuklukların erken belirlenmesi için de önemli bir ipucu niteliğindedir.¹¹ Sağlıklı bebek ve çocuk izlemlerinin yapıldığı ASM, gelişimsel taramaların yapılması için en uygun ortamlardır. ASM'nde görev yapan sağlık profesyonellerinin (aile hekimi, hemşire, ebe) bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişimi izlemesi ve desteklemesi açısından rolleri son derece önemlidir.^{12,13} Erken çocukluk döneminde bir çocuğu en sık gören kişiler; ASM'nde görev yapan sağlık profesyonelleri (aile hekimi, hemşire, ebe) ve çocuk kliniklerinde görev yapan çocuk hekimleri ve çocuk hemşireleridir.^{2,3,14} Son yıllarda dünyada ve Türkiye'de OSB konusunda farkındalık çalışmaları oldukça etkin biçimde yürütülmektedir. Ancak, bu yoğun farkındalık çalışmalarına rağmen pek çok OSB olan çocuk hala erken dönemde tanılanamamaktadır.¹⁵ Tanılama için ön koşul ise çocuğun gelişimindeki farklılığın ayırt edilmesidir.^{3,16-19}

Bu çalışmada, ASM'nde görev yapan sağlık profesyonellerinin OSB konusunda bilgi ve erken tanıya yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, kesitsel tipte bir anket çalışmasıdır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, Şubat-Mart 2020 tarihleri arasında Türkiye'nin Ege Bölgesinde olan bir sanayi şehrinin merkezinde bulunan ASM'nde (A İlçesi= 20 ASM ve B İlçesi= 20 ASM) yürütüldü.

Araştırmanın Soruları

Araştırmada alttaki sorulara yanıt arandı.

1. ASM’nde görev yapan sağlık profesyonellerinin OSB konusundaki bilgileri ne düzeydedir?
2. ASM’nde görev yapan sağlık profesyonellerinin OSB’nun erken tanısına yönelik görüşleri nelerdir?
3. ASM’nde görev yapan sağlık profesyonellerinin OSB konusundaki bilgileri sosyodemografik özelliklerinden etkilenir mi?
4. ASM’nde görev yapan sağlık profesyonellerinin OSB’nun erken tanısına yönelik görüşleri sosyodemografik özelliklerinden etkilenir mi?

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ege Bölgesi’nde olan bir sanayi şehrinin merkezinde bulunan ASM’nde (A İlçesi= 20 ASM [126 sağlık profesyoneli] ve B İlçesi= 20 ASM [109 sağlık profesyoneli]) görev yapan sağlık profesyonelleri (aile hekimleri, hemşireler ve ebeler) (N=235) oluşturdu. Araştırmada, örneklem seçme yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmişti ve sağlık profesyonellerinin %81,7’sine ulaşıldı (n=192). Araştırmaya dahil edilme kriterleri: Bir ilde A veya B merkez ilçesinde bir ASM’nde sağlık profesyoneli (hekim, hemşire ve ebe) olarak görev yapması ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmasıdır. Araştırmadan dışlanma kriterleri ise: İl merkezi dışındaki bir ASM’nde görev yapması, veri toplama araçlarını tam doldurmayanlardır.

Veri Toplama Araçları

Tanıttıcı Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan form; sağlık profesyonelinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, meslekteki görev yılı, ASM’ndeki görev yılı, sağlıklı çocuk takibi yapma durumu, günde bakılan ortalama çocuk sayısı, muayene sırasında bir bireye ayrılan ortalama süre, Otizm konusunda daha önce eğitim alma durumu ve eğitimi aldığı yere ilişkin toplam 12 sorudan oluşmaktadır.

Otizm Spektrum Bozukluğu-OSB Bilgi Ölçeği: OSB Bilgi Ölçeği, Sabuncuoğlu tarafından (2016) literatür ve DSM-V incelenerek oluşturulmuş 25 soruluk üçlü Likert tipi ('evet', 'hayır' ve 'emin değilim') bir ölçektir. Katılımcılardan, her bir maddede bulunan özelliğin OSB’nu tanımlama durumunu değerlendirerek, bu üç yanıtın birini işaretlemesi istenmektedir. Katılımcıların doğru işaretledikleri maddelere '1', yanlış ve 'emin değilim' olarak işaretledikleri maddelere ise '0' puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek puan min=0, maks.=25’dir. Toplam puan üzerinden yapılan değerlendirme aracından, 0-9 puan alanlar 'Düşük Bilgili', 10-19 puan alanlar 'Orta Düzeyde Bilgili', 20-25 puan alanlar ise 'Bilgili' olarak değerlendirilmektedir. OSB Bilgi Ölçeği; 'İletişim Becerileri' Alt Boyutu (1,2,6,10), 'Sosyal Beceriler' Alt Boyutu (3,4,7,8,12), 'Bilişsel Beceriler' Alt Boyutu (5,15,16), 'Dil Becerileri' Alt Boyutu (9,11,13,14), 'Davranış Özellikleri' Alt Boyutu (17,18,19,20) ve 'Genel Bilgiler' Alt Boyutu (21,22,23,24,25) olmak üzere toplam 6 alt boyuttan oluşmaktadır.⁶

Araştırmada, 'OSB Bilgi Ölçeği' toplam puan ve alt boyutlarla ilgili güvenilirlik analizi yapılmıştır. 'OSB Bilgi Ölçeği' Cronbach Alpha Katsayısı (ikili 0,71 üçlü: 0,74), 'İletişim Becerileri' Alt Boyutu (ikili: 0,48 üçlü: 0,47), 'Sosyal Beceriler' Alt Boyutu (ikili: 0,70 üçlü: 0,65), 'Bilişsel Beceriler' Alt Boyutu (ikili: 0,44 üçlü: 0,37), 'Dil Becerileri' Alt Boyutu (ikili: 0,34 üçlü: 0,33), 'Davranış Özellikleri' Alt Boyutu (ikili: 0,31 üçlü: 0,33) ve 'Genel Bilgiler' Alt Boyutu (ikili:0,45 üçlü: 0,58) şeklinde bulunmuştur.

Sağlık Profesyonellerinin OSB ile İlgili Görüşleri Soru Formu: Araştırmacılar tarafından oluşturulan ve Kapsam Geçerliliği için uzman görüşü alınmış olan formda; ASM’nde görev yapan sağlık profesyonellerinin (aile hekimi, hemşire, ebe) OSB hakkındaki bilgi durumunu ve yeterliliğini, OSB’li çocuğu ayırt etme konusundaki yeterliliğini, birinci derece yakınında OSB tanısı almış birey olma durumunu, görev sırasında OSB’li çocuğa rastlama durumunu ve sayısını, ASM’nde OSB’nu tanımlamak için OSB tanımlama aracı kullanma durumu ve OSB’nun erken tanısının mümkün olma durumu ile ilgili görüşlerine ilişkin toplam 8 sorudan oluşmaktadır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, anket formu ile Şubat-Mart 2020 tarihleri arasında toplandı. Araştırmacılar tarafından araştırma hakkında sözel bilgi verildikten, veri toplama araçları tanıtıldıktan ve onamları alındıktan sonra, katılımcılar veri toplama araçlarını mesai saatleri (08:00-17:00) içerisinde kendileri doldurdu. Veri toplama süresi yaklaşık 15 dk. sürdü.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanması için bir Yerel Sağlık Araştırmaları Etik Kurulundan etik kurul onayı (03.10.2018/20.478.486-E.84651) ve yazılı kurum izni alındı. Katılımcılardan bilgilendirilmiş ve yazılı onam ve araştırmada kullanılan ölçek için yazarlarından elektronik posta yolu ile izin alındı.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 16.0 paket programı ile yapıldı. Kategorik değişkenler; sayı (n) ve yüzde (%) hesapları ile, sayısal değişkenler ise Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılarak analiz edildi. Sonuçlar, %95'lik güven aralığında, istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilerek değerlendirildi.

Bulgular

Araştırma, bir il merkezindeki 40 ASM'nde görev yapan 192 sağlık profesyoneli ile gerçekleştirildi. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin %40,6'sı ebe, %32,3'ü hemşire, %16,1'i pratisyen hekim ve %10,9'u Aile Hekimliği Uzmanı olduğu belirlendi. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özellikleri (n=192)

Değişkenler		n	%
Yaş *37,70±9,85 (min-maks: 20-60 yaş)	37 yaş altı	83	43,2
	37 yaş ve üstü	109	56,8
Cinsiyet	Erkek	53	27,6
	Kadın	139	72,4
Medeni durum	Evli	132	68,8
	Bekar	60	31,3
Eğitim durumu	Sağlık meslek lisesi	37	19,3
	Ön lisans	26	13,5
	Lisans	90	46,9
	Lisansüstü	39	20,3
Meslek	Aile Hekimliği Uzmanı	21	10,9
	Pratisyen Hekim	31	16,1
	Hemşire	62	32,3
	Ebe	78	40,6
Meslekte çalışma yılı *14,95±9,73 (min-maks.: 1-35 yıl)	14 yıl altı	88	45,8
	14 yıl ve üzeri	104	54,2
ASM'nde çalışma yılı *7,88±6,40 (min-maks.:0,08-32 yıl)	7 yıl altı	96	50,0
	7 yıl ve üzeri	96	50,0
Sağlam çocuk takibi yapma durumu	Evet	175	91,1
	Hayır	17	8,9
Günlük bakılan ortalama çocuk hasta sayısı (n=181)*10,65±6,05 (min-maks: 2-50)	10 çocuk altı	76	42,0
	10 çocuk ve üzeri	105	58,0
Muayene sırasında bir çocuğa ayrılan ortalama süre (n=188) *9,54±4,44 (min-maks: 3-30 dk.)	9 dakika altı	76	40,4
	9 dakika ve üzeri	112	59,6
Otizm konusunda daha önce eğitim alma durumu	Evet	153	79,7
	Hayır	39	20,3
Eğitim alınan yer (n=153)	Okuldaki temel eğitim sırasındaki derslerden	42	27,5
	Kurumdaki hizmet içi eğitimden	88	57,5
	Kongre/konferans/seminerden	16	10,5
	Sosyal medyadan	7	4,6

*Ortalama±standart sapma, Min-Maks: Minimum-Maksimum

Sağlık profesyonellerinin OSB ile ilgili tecrübe ve görüşlerine ilişkin bulgular Tablo 2'de verildi.

Tablo 2: Sağlık profesyonellerinin Otizm Spektrum Bozukluğu ile ilgili tecrübe ve görüşleri (n=192)

Değişkenler		n	%
OSB konusunda bilgi durumu	Var	186	96,9
	Yok	6	3,1
OSB konusunda bilgiyi yeterli bulma durumu	Evet	86	44,8
	Hayır	106	55,2
OSB olan çocuğu ayırt etme konusunda kendini yeterli bulma durumu	Evet	100	52,1
	Hayır	92	47,9
Birinci derece yakınında OSB tanısı almış birey olma durumu	Evet	17	8,9
	Hayır	175	91,1
Görev sırasında daha önce takip edilen çocuklarda otizm bulgularına rastlama durumu	Evet	93	48,4
	Hayır	99	51,6
Kaç tane OSB olan çocuğa rastladınız (n=93) *2,53±2,57 (min-maks: 1-20)	2 çocuk altı	32	34,4
	2 çocuk üzeri	61	65,6
ASM'nde OSB tanılamada birinci basamak tarama aracı kullanma durumu	Evet	115	59,9
	Hayır	77	40,1
ASM'nde OSB erken tanısı sizce mümkün mü?	Evet	159	82,8
	Hayır	33	17,2

*Ortalama±standart sapma

Sağlık profesyonellerinin OSB Bilgi Ölçeği'nin toplam ve alt boyutlarının puan dağılımı Tablo 3'de verildi. Araştırma kapsamına alınan sağlık profesyonellerinin OSB bilgi düzeyleri incelendiğinde; %1'inin 'düşük bilgiye', %35,9'unun 'orta düzeyde bilgiye' sahip ve %63'ünün 'bilgili' olduğu belirlendi.

Tablo 3: Sağlık profesyonellerinin Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi Ölçeği ortalama/ortanca puanlarının dağılımı ve bilgi düzeyleri (n=192)

Ölçekler	Ort±ss	Min-Max
Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi Ölçeği	20,03±3,31	8-25
İletişim Becerileri Alt Boyutu	3,67±0,66	0-4
Sosyal Beceriler Alt Boyutu	4,31±1,13	0-5
Bilişsel Alt Boyutu	2,22±0,84	0-3
Dil Becerileri Alt Boyutu	3,51±0,72	1-4
Davranış Özellikleri Alt Boyutu	3,02±0,92	0-4
Genel Bilgi Alt Boyutu	3,28±1,28	0-5
	n	%
Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi Düzeyleri	2	1,00
Düşük bilgi	69	35,9
Orta düzeyde bilgi	121	63,00
Bilgili		

Sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özellikleri ile OSB Bilgi Ölçeği ve alt boyutları ortalama puanlarının karşılaştırılması Tablo 4'de verildi. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin yaşı ile OSB Bilgi Ölçeğinin İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel, Dil Becerileri ve Genel Bilgi Alt Boyutları ve Ölçek Toplam Puan Ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Yaşı 37 yaş ve üstü olanların İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel, Dil Becerileri Alt Boyutları ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının, yaşı 37 yaş altı olanların ise Genel Bilgi Alt Boyut Puan Ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin medeni durumu ile OSB Bilgi Ölçeğinin İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Dil Becerileri ve Genel Bilgi Alt Boyutları Puan Ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Evli olanların İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler ve Dil Becerileri Alt Boyutları Puan Ortalamalarının, bekar olanların ise Genel Bilgi Alt Boyut Puan Ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin eğitim durumu ile OSB Bilgi Ölçeğinin Davranış Özellikleri ve Genel Bilgi Alt Boyutları ve Ölçek Toplam

Puan Ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Lisansüstü eğitimden mezun olanların Davranış Özellikleri ve Genel Bilgi Alt Boyutları ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin mesleği ile OSB Bilgi Ölçeğinin İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel, Dil Becerileri, Genel Bilgi Alt Boyutları ve Ölçek Toplam Puan Ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). ASM’de görev yapan hekimlerin puan ortalamalarının en yüksek, hemşirelerin ise en düşük olduğu saptandı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin meslekte çalışma yılı ile OSB Bilgi Ölçeğinin İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel, Dil Becerileri, Genel Bilgi Alt Boyutları ve Ölçek Toplam Puan Ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Meslekte çalışma yılının 14 yıl ve üzeri olanların İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel, Dil Becerileri ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının, meslekte çalışma yılının 14 yıl altı olanların ise Genel Bilgi Alt Boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin ASM’nde çalışma yılı ile OSB Bilgi Ölçeğinin İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel, Dil Becerileri ve Genel Bilgi Alt Boyutları Puan Ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). ASM’nde çalışma yılının 7 yıl ve üzeri olanların İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel ve Dil Becerileri Puan Ortalamalarının, ASM’nde çalışma yılının 7 yıl altı olanların ise Genel Bilgi Alt Boyutu puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin sağlıklı çocuk takibi yapma durumu ile OSB Bilgi Ölçeğinin İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel Alt Boyutları ve Ölçek Toplam Puan Ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Sağlıklı çocuk takibi yapanların, yapmayanlara göre İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel Alt Boyutları ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin Otizm konusunda daha önce eğitim alma durumu ile OSB Bilgi Ölçeğinin İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler ve Ölçek Toplam Puan Ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Otizm konusunda daha önce eğitim alanların İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin Otizm konusunda eğitim aldığı yer ile OSB Bilgi Ölçeğinin İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Dil Becerileri ve Genel Bilgi Alt Boyutları Puan Ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Otizm konusunda eğitimi, okuldaki temel eğitim sırasındaki derslerden alanların İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler ve Dil Becerileri Puan Ortalamalarının daha düşük, Genel Bilgi Alt Boyutu Puan Ortalamasının ise daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 4).

Sağlık profesyonellerinin OSB ile ilgili tecrübe ve görüşleri ile OSB Bilgi Ölçeği ve alt boyutları ortalama puanlarının karşılaştırılması ise Tablo 5’de verildi. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin OSB konusundaki bilgi durumu ile OSB Bilgi Ölçeğinin Genel Bilgi Alt Boyutu Puan Ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). OSB konusunda bilgisi olanların, Genel Bilgi Alt Boyutu Puan Ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin, OSB konusundaki bilgisini yeterli bulma durumu ile OSB Bilgi Ölçeğinin İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel, Dil Becerileri Alt Boyutları ve Ölçek Toplam Puan Ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). OSB konusundaki bilgisini yeterli bulanların İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel, Dil Becerileri Alt Boyutları ve Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin, OSB olan çocuğu ayırt etme konusunda kendini yeterli bulma durumu ile OSB Bilgi Ölçeğinin İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel, Dil Becerileri Alt Boyutları ve Ölçek Toplam Puan Ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). OSB olan çocuğu ayırt etme konusunda kendini yeterli bulanların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin, görev sırasında çocuklarda Otizm bulgularına rastlama durumu ile OSB Bilgi Ölçeğinin İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel, Dil Becerileri Alt Boyutları ve Ölçek Toplam Puan Ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). Görev sırasında çocuklarda otizm bulgularına rastlayanların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin, ASM’nde OSB tanılamada birinci basamak tarama aracı kullanma durumu ile OSB Bilgi Ölçeğinin sadece Genel Bilgi Alt Boyutu Puan Ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). ASM’nde OSB tanılamada birinci basamak tarama aracı kullananların puan ortalamasının daha yüksek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin, ASM’nde OSB erken tanısının mümkün olma durumu ile ilgili görüşü ile OSB Bilgi Ölçeğinin İletişim Becerileri, Dil Becerileri Alt Boyutları ve Ölçek Toplam Puan Ortalamaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0,05$). ASM’nde OSB erken tanısının mümkün olduğunu düşünenlerin, puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 5).

Tartışma

OSB, yaşam boyu etkileri olan bir grup nörogelişimsel bozukluktan oluşur. Daha gelişmiş test ve sınıflandırma yöntemleri ile birlikte OSB belirsiz nedenlerle endişe verici bir oranda artmıştır. OSB tanısı konan çocuklarda süregelen artışa yanıt olarak, sağlık profesyonellerinin bu özel popülasyonun sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamaya yeterince hazırlıklı olmaları son derece önemlidir. Literatürde OSB olan çocuklara yönelik olumlu tutum geliştirmede doğrudan ve dolaylı temasın önemli olduğu bildirilmektedir. Buna göre, OSB olan çocuklarla çalışacak olan sağlık profesyonellerinin eğitiminde akademik programlar ve müfredat düzenlemeleri yapılması ve zorunlu dersler ile alan deneyiminin sağlanması gerektiği vurgulanmaktadır.^{20,21} Will ve ark. çalışmasında, birinci basamakta görev yapan bir hekimin 'Muayenehanesinde her 1000 çocuk arasında OSB bulguları olan 11 kadar çocuk' görme potansiyelinin olduğu tahmin edilmektedir.²⁰ Bu çalışma sonucu, sağlık profesyonellerinin OSB tanısını erken dönemde ve doğru koyabilmeleri için bilgi düzeylerinin yeterli düzeyde olması gerektiğinin göstergesidir. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin OSB bilgi ölçeği ortalama puanlarının dağılımına ve OSB bilgi düzeylerine ilişkin bulgular incelendiğinde; katılımcıların OSB bilgi ölçeği ortalama puanının 25 puan üzerinden 20,03±3,31 olduğu bulundu. Elde edilen alt boyut puanları incelendiğinde en yüksek puanın Sosyal Beceriler alt boyutundan, en düşük puanın ise Bilişsel alt boyutundan alındığı görüldü. Araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin OSB bilgi düzeylerine ilişkin bulgular incelendiğinde; katılımcıların %63'ünün OSB konusunda 'bilgili', %35,9'unun ise 'orta düzeyde bilgiye' sahip olduğu saptandı. Bu bulgular sonucunda, araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin OSB bilgi düzeylerinin yüksek ve yeterli olduğu şeklinde yorumlandı. Tural'ın birinci basamak sağlık çalışanlarında yaptığı çalışmasında da; hekimlerin OSB tanı kriterlerinden 12 puan üzerinden 8,2±2,3 puan aldığı ve OSB'nin tanı kriterleri ve klinik bulguları açısından 'kısmen yeterli' bilgiye sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca, OSB konusunda etkili öğrenmenin tecrübeye dayalı olduğu da belirtilmiştir.²² Bakır'ın çalışmasında, hemşire ve ebelerin 100 üzerinden 71,31±17,74 puan alarak otizme yönelik bilgi düzeylerinin 'iyi' olduğu belirlenmiştir.¹² Lüleci ve ark. çalışmasında da, katılımcıların %8'inde "yüksek", %70,9'unda "orta" ve %21,1'inde "düşük" otizm farkındalık ve bilgi düzeyi olduğu bulunmuştur.²³ Türkiye'de sağlık çalışanlarının OSB'na yönelik bilgi düzeylerini belirlemeye yönelik yapılan bazı çalışmalarda ise, birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapanların OSB'na yönelik bilgi düzeylerinin örnekleme göre farklılık gösterdiği ve erken tanı için yeterli olmadığı bulunmuştur.^{6,18,19,24}

²⁸ Igwe ve ark. çalışmasında, Nigeria'da son sınıf Tıp Fakültesi, Hemşirelik ve Psikoloji Bölümü öğrencilerinin 19 puan üzerinden ortalama 10,67 puan aldığı ve bilgi düzeylerinin 'düşük' olduğu bulunmuştur.²⁵ Rahbar ve ark. araştırmasında da, Pakistan'da pratisyen hekimlerden sadece %44,6'sının otizm ile ilgili bilgi sahibi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca 30 yaşından küçük ve son 5 yılda mezun olan pratisyen hekimlerin, 30 yaşından büyük ve 5 yıldan önce mezun olan pratisyen hekimlerden otizm hakkındaki bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.²⁴ Gölbaşı'nın çalışmasında da, aile hekimlerinin OSB bilgi puan ortalamasının 5 üzerinden 3,47±0,31 iken, diğer ASM çalışanlarının ise 3,36±0,32 olduğu belirlenmiştir. Ayrıca aile hekimlerinin OSB farkındalık puan ortalamasının 3,42±0,34, diğer ASM çalışanlarının (ebe ve hemşire) ise 3,32±0,30 olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların otizm bilgi ve farkındalık düzeylerinin 'orta seviyede' olduğu ve yeterli olmadığı bildirilmiştir.²⁸ Sabuncuoğlu ve ark.'nın yaptığı çalışmada da, aile hekimlerinin OSB konusundaki bilgi düzeylerinin 'düşük' olduğu bulunmuştur.¹⁸ Yapılan literatür incelemesi doğrultusunda bazı çalışma sonuçlarının, araştırma sonuçlarımızla benzer, bazılarının ise zıt olduğu görüldü. Ayrıca araştırma sonucunda, sağlık profesyonellerinin OSB konusundaki bilgilerinin tecrübeye göre değiştiği söylenebilir.

Araştırmamızda, sağlık profesyonellerinin sosyodemografik özellikleri ile OSB bilgi ölçeği ve alt boyutları ortalama puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde; erkek katılımcıların OSB bilgi ölçeğinin Genel Bilgiler alt boyutu ortalama puanının kadınlarınkinden daha yüksek olduğu bulundu. Sabuncuoğlu ve ark. yaptığı çalışmada ise, kadın katılımcıların ölçek puan ortalamalarının erkek katılımcılarınkinden daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹⁸ Sices ve ark. çalışmasında da, kadın aile hekimleri ve pediatristlerin çocuklarda gelişim geriliği vakalarını, erkeklere oranla daha yüksek oranda fark ettiği belirtilmiştir.²⁹ Kaya ve ark. çalışmasında da, çocukların gelişimsel olarak taranması ve değerlendirilmesi konusunda kadın sağlık profesyonellerinin daha yüksek bilgi düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir.³⁰ Cinsiyetler arası bu farklılığın kadınların anne olma içgüdüüne bağlı duyarlılıklarından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Araştırmamızda elde edilen sonuç, literatür ile uyum sağlamamaktadır. Bu farklılığın ise araştırmamızda kadın katılımcıların çocuğunun ebe ve hemşirelerden oluştuğundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 4: Sağlık profesyonellerinin tanıtıcı özellikleri ile OSB Bilgi Ölçeği alt boyutları ortalama puanlarının karşılaştırılması (n=192)

Sağlık Profesyonellerinin Tanıtıcı Özellikleri	Sayı	Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi Ölçeği						
		İletişim Becerileri Alt Boyutu	Sosyal Beceriler Alt Boyutu	Bilişsel Alt Boyutu	Dil Becerileri Alt Boyutu	Davranış Özellikleri Alt Boyutu	Genel Bilgi Alt Boyutu	OSB Bilgi Ölçeği Toplam Puan
	n	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
Yaş								
37 yaş altı	83	3,45±0,73	3,92±1,28	1,96±0,87	3,34±0,81	2,95±0,92	3,50±1,29	19,16±3,70
37 yaş ve üstü	109	3,84±0,54	4,61±0,90	2,42±0,77	3,64±0,61	3,07±0,92	3,11±1,25	20,70±2,81
z/p		-4,950/ <0,001**	-5,121/ <0,001**	-3,820/ <0,001**	-2,712/ 0,007*	-1,030/ 0,303	-2,247/ 0,025*	-3,327/ 0,001*
Cinsiyet								
Erkek	53	3,58±0,69	4,26±1,14	2,09±0,92	3,43±0,79	3,07±0,95	3,86±1,03	20,32±3,52
Kadın	139	3,71±0,65	4,33±1,13	2,27±0,81	3,54±0,69	3,00±0,90	3,05±1,30	19,92±3,23
z/p		-1,519/ 0,129	-0,561/ 0,575	-1,145/ 0,252	-0,781/ 0,435	-0,647/ 0,518	-3,818/ <0,001**	-1,116/ 0,264
Medeni durum								
Evli	132	3,76±0,55	4,50±0,98	2,32±0,74	3,62±0,58	3,00±0,92	3,12±1,23	20,34±2,90
Bekar	60	3,48±0,83	3,90±1,32	2,00±1,00	3,28±0,92	3,05±0,90	3,63±1,32	19,35±4,00
z/p		-2,736/ 0,006*	-3,941/ <0,001**	-1,931/ 0,053	-2,262/ 0,024*	-0,283/ 0,777	-2,833/ 0,005*	-1,563/ 0,118
Eğitim durumu								
Sağlık meslek lisesi (a)	37	3,51±0,76	4,02±1,51	2,02±0,79	3,43±0,80	2,89±0,87	3,16±1,19	19,05±3,80
Ön lisans (b)	26	3,76±0,81	4,53±1,02	2,42±0,94	3,65±0,56	3,07±0,97	2,53±1,13	20,00±3,01
Lisans (c)	90	3,67±0,63	4,26±1,08	2,21±0,80	3,45±0,75	2,88±0,94	3,25±1,32	19,75±3,21
Lisansüstü (d)	39	3,76±0,48	4,56±0,78	2,30±0,92	3,64±0,66	3,41±0,78	3,94±1,05	21,64±2,72
x²/p		5,117/ 0,163	4,656/ 0,199	6,317/ 0,097	3,313/ 0,346	10,773/ 0,013*d>a=c	20,143/ <0,001**d>a=c >b	14,760/ 0,002*a=b=c<d
Meslek								
Aile Hekimliği Uzmanı (a)	21	3,66±0,57	4,71±0,64	2,19±1,07	3,52±0,74	3,33±0,73	3,95±1,02	21,38±3,05
Pratisyen Hekim (b)	31	3,96±0,17	4,67±0,70	2,54±0,56	3,74±0,57	3,12±1,05	3,70±1,27	21,77±2,45
Hemşire (c)	62	3,37±0,92	3,72±1,46	1,90±0,91	3,29±0,83	2,91±0,83	3,29±1,25	18,50±3,75
Ebe (d)	78	3,80±0,42	4,53±0,87	2,35±0,73	3,60±0,63	2,97±0,96	2,92±1,26	20,20±2,76
x²/p		21,101/ <0,001**b>a, b>d>c	24,603/ <0,001**a=b=d >c	13,724/ 0,003*b=d>c	9,990/ 0,019* b=d>c	4,500/ 0,212	15,646/ 0,001*a>c=d, b>d	25,476/ <0,001**b>d>c , a>c
Meslekte çalışma yılı								
14 yıl altı	88	3,47±0,72	3,95±1,27	1,96±0,91	3,34±0,82	2,94±0,91	3,59±1,21	19,27±3,71
14 yıl ve üzeri	104	3,84±0,55	4,62±0,89	2,44±0,72	3,66±0,58	3,08±0,92	3,01±1,28	20,68±2,78

	z/p		-4,829/ <0,001**	-4,961/ <0,001**	-3,750/ <0,001**	-2,893/ 0,004*	-1,212/ 0,226	-3,037/ 0,002*	-3,097/ 0,002*
ASM'nde çalışma yılı									
7 yıl altı	96	3,51±0,78	3,98±1,30	2,01±0,94	3,36±0,82	3,09±0,85	3,53±1,31	19,50±3,93	
7 yıl ve üzeri	96	3,84±0,46	4,64±0,82	2,43±0,67	3,66±0,57	2,94±0,97	3,03±1,20	20,57±2,44	
	z/p		-3,868/ <0,001**	-4,509/ <0,001**	-3,124/ 0,002*	-2,655/ 0,008*	-0,894/ 0,371	-2,849/ 0,004*	-1,926/ 0,054
Sağlıklı çocuk takibi yapma durumu									
Evet	175	3,72±0,61	4,38±1,08	2,27±0,83	3,53±0,69	3,04±0,92	3,28±1,26	20,24±3,09	
Hayır	17	3,23±0,97	3,64±1,45	1,70±0,84	3,29±0,98	2,76±0,83	3,29±1,49	17,94±4,62	
	z/p		-2,555/ 0,011*	-2,933/ 0,003*	-2,702/ 0,007*	-0,966/ 0,334	-1,417/ 0,157	-0,239/ 0,811	-2,219/ 0,026*
Günlük bakılan ort. çocuk sayısı (n=181)									
10 çocuk altı	76	3,78±0,49	4,47±0,99	2,34±0,77	3,57±0,65	3,03±0,91	3,43±1,22	20,64±3,08	
10 çocuk ve üzeri	105	3,59±0,76	4,20±1,23	2,13±0,89	3,43±0,78	3,02±0,95	3,13±1,30	19,53±3,42	
	z/p		-1,731/ 0,083	-1,163/ 0,245	-1,472/ 0,141	-1,066/ 0,286	-0,012/ 0,990	-1,384/ 0,166	-1,889/ 0,059
Muayene sırasında bir bireye ayrılan ort. süre (n=188)									
9 dakika altı	76	3,63±0,72	4,28±1,23	2,23±0,86	3,57±0,69	3,13±0,86	3,53±1,18	20,40±3,39	
9 dakika ve üzeri	112	3,70±0,62	4,34±1,06	2,23±0,83	3,46±0,74	2,96±0,95	3,09±1,34	19,81±3,25	
	z/p		-0,787/ 0,431	-0,021/ 0,983	-0,112/ 0,911	-1,168/ 0,243	-1,100/ 0,271	-2,274/ 0,023*	-1,416/ 0,157
Otizm konusunda daha önce eğitim alma durumu									
Evet	153	3,76±0,50	4,43±1,03	2,28±0,79	3,57±0,63	3,00±0,93	3,35±1,28	20,41±2,95	
Hayır	39	3,33±1,00	3,87±1,39	2,00±1,00	3,28±0,97	3,07±0,87	2,97±1,24	18,53±4,16	
	z/p		-2,945/ 0,003*	-2,903/ 0,004*	-1,494/ 0,135	-1,497/ 0,134	-0,388/ 0,698	-1,690/ 0,091	-2,488/ 0,013*
Eğitim alınan yer (n=153)									
Okulda temel eğitim	42	3,54±0,70	4,00±1,20	2,04±0,82	3,33±0,68	3,09±0,84	3,83±1,10	19,85±3,25	
Kurumdaki hizmet içi eğitim (b)	88	3,87±0,33	4,56±0,91	2,39±0,78	3,67±0,58	2,94±0,90	3,04±1,29	20,50±2,66	
Kongre/seminer (c)	16	3,81±0,54	4,81±0,75	2,25±0,77	3,81±0,40	3,31±1,13	3,62±1,31	21,62±3,42	
Sosyal medya (d)	7	3,57±0,53	4,42±1,13	2,28±0,75	3,28±0,95	2,57±1,27	3,85±1,21	20,00±3,21	
	x²/p		12,512/ 0,006*b>a=d	17,858/ <0,001**a<b=c	6,078/ 0,108	11,930/ 0,008*a<b=c	4,823/ 0,185	12,457/ 0,006* a>b	6,194/ 0,103

z: Mann Whitney U testi, x²: Kruskal Wallis testi, *p<0,05, **p<0,001

Tablo 5: Sağlık profesyonellerinin OSB ile ilgili tecrübe ve görüşleri ile OSB Bilgi Ölçeği alt boyutları ortalama puanlarının karşılaştırılması (n=192)

Sağlık profesyonellerinin OSB ile ilgili tecrübe ve görüşleri	Sayı	Otizm Spektrum Bozukluğu Bilgi Ölçeği						
		İletişim Becerileri Alt Boyutu	Sosyal Beceriler Alt Boyutu	Bilişsel Alt Boyutu	Dil Becerileri Alt Boyutu	Davranış Özellikleri Alt Boyutu	Genel Bilgi Alt Boyutu	OSB Bilgi Ölçeği Toplam Puan
	n	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss
OSB konusundaki bilgi durumu								
Var	186	3,69±0,63	4,33±1,10	2,22±0,84	3,52±0,70	3,02±0,92	3,31±1,28	20,11±3,23
Yok	6	3,16±1,16	3,66±1,86	2,33±1,03	3,33±1,21	3,00±0,63	2,16±0,75	17,66±4,92
z/p		-1,573/ 0,116	-1,397/ 0,162	-0,483/ 0,629	-0,048/ 0,962	-0,288/ 0,773	-2,306/ 0,021*	-1,468/ 0,142
OSB konusunda bilgiyi yeterli bulma durumu								
Evet	86	3,86±0,38	4,69±0,73	2,51±0,71	3,77±0,47	3,10±0,95	3,45±1,26	21,40±2,60
Hayır	106	3,52±0,79	4,00±1,29	1,99±0,87	3,30±0,81	2,95±0,88	3,14±1,29	18,92±3,41
z/p		-3,478/ 0,001*	-4,503/ <0,001**	-4,340/ <0,001**	-4,542/ <0,001**	-1,394/ 0,163	-1,596/ 0,110	-5,429/ <0,001**
OSB olan çocuğu ayırt etme konusunda kendini yeterli bulma durumu								
Evet	100	3,82±0,45	4,52±0,98	2,28±0,84	3,69±0,58	3,08±0,88	3,32±1,22	20,71±2,89
Hayır	92	3,52±0,80	4,09±1,24	2,16±0,85	3,32±0,81	2,95±0,95	3,23±1,34	19,30±3,58
z/p		-3,192/ 0,001*	-3,212/ 0,001*	-1,033/ 0,301	-3,419/ 0,001*	-0,825/ 0,409	-0,229/ 0,818	-3,049/ 0,002*
Birinci derece yakınında OSB tanısı almış birey olma durumu								
Evet	17	3,82±0,39	4,35±0,93	2,41±0,61	3,52±0,62	3,17±1,23	3,35±1,36	20,64±3,20
Hayır	175	3,66±0,68	4,31±1,15	2,20±0,86	3,51±0,73	3,00±0,88	3,27±1,27	19,97±3,32
z/p		-0,771/ 0,440	-0,288/ 0,773	-0,705/ 0,481	-0,217/ 0,828	-1,337/ 0,181	-0,401/ 0,688	-1,033/ 0,302
Görev sırasında çocuklarda Otizm bulgularına rastlama durumu								
Evet	93	3,86±0,37	4,63±0,80	2,35±0,78	3,67±0,59	3,06±0,93	3,38±1,35	20,97±2,89
Hayır	99	3,50±0,81	4,02±1,30	2,10±0,88	3,36±0,80	2,97±0,91	3,18±1,21	19,15±3,44
z/p		-3,716/ <0,001**	-3,984/ <0,001**	-2,039/ 0,041*	-3,021/ 0,003*	-0,768/ 0,442	-1,315/ 0,188	-4,033/ <0,001**
Rastlanılan OSB bulgulu çocuk sayısı (n=93)								
2 çocuk altı	32	3,81±0,39	4,56±0,87	2,18±0,93	3,59±0,66	3,03±0,86	3,62±1,38	20,81±3,35

2 çocuk üzeri	61	3,88±0,36	4,67±0,76	2,44±0,69	3,72±0,55	3,08±0,97	3,26±1,32	21,06±2,64
z/p		-1,169/ 0,242	-0,858/ 0,391	-1,141/ 0,254	-0,921/ 0,357	-0,533/ 0,594	-1,385/ 0,166	-0,114/ 0,909
ASM'nde OSB tanılamada birinci basamak tarama aracı kullanma durumu								
Evet	115	3,71±0,55	4,36±1,04	2,20±0,87	3,54±0,67	3,03±0,97	3,42±1,28	20,29±3,32
Hayır	77	3,62±0,79	4,24±1,25	2,24±0,81	3,46±0,78	3,00±0,84	3,06±1,26	19,64±3,26
z/p		-0,226/ 0,821	-0,244/ 0,807	-0,156/ 0,876	-0,479/ 0,632	-0,650/ 0,516	-2,001/ 0,045*	-1,228/ 0,220
ASM'nde OSB erken tanısının mümkün olma durumu ile ilgili sağlık profesyonelinin görüşü								
Evet	159	3,73±0,60	4,33±1,14	2,27±0,83	3,57±0,68	3,04±0,94	3,31±1,33	20,28±3,31
Hayır	33	3,39±0,86	4,21±1,08	2,00±0,86	3,21±0,81	2,90±0,80	3,12±0,99	18,84±3,09
z/p		-2,725/ 0,006*	-1,078/ 0,281	-1,769/ 0,077	-2,672/ 0,008*	-1,096/ 0,273	-0,991/ 0,322	-2,298/ 0,022*

z: Mann Whitney U testi, *p<0,05, **p<0,001

Araştırmamızda, sağlık profesyonellerinin yaşı ile OSB bilgi ölçeği İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel ve Dil Becerileri alt boyutları ve OSB Bilgi Ölçeği Toplam ortalama puanları arasında anlamlı fark olduğu bulundu. Bu farkın, 37 yaş ve üzerinde olan sağlık profesyonellerinin toplam ortalama puanlarının, 37 yaş altındakilere göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı belirlendi. Bu farkın mesleki tecrübeden kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak katılımcıların Genel Bilgi alt boyutu ortalama puanlarının, 37 yaş altında olan sağlık profesyonellerinin, 37 yaş ve üzerindekiyelerden daha yüksek olduğu belirlendi. Gölbaşı'nın çalışmasında da, sağlık profesyonellerinin yaş gruplarına göre OSB bilgi-tutum ölçek puanları karşılaştırmasında, 40 yaş altındaki katılımcıların puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.²⁸ Sabuncuoğlu ve ark. çalışmasında da, 26 yaş ve altındaki hekimlerin OSB hakkındaki bilgi düzeylerinin, 35 yaş ve üstündekilerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁸ Rahbar ve ark. çalışmasında da, 30 yaş altındaki hekimlerin OSB hakkındaki bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu bulunmuştur.²⁴ Araştırma sonuçlarımız, yapılan çalışma bulguları ile nispeten benzerlik göstermektedir. Genç olan sağlık profesyonellerinin OSB bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durumun, son yıllarda ders müfredatlarında ve çeşitli bilimsel etkinliklerde OSB konusunda eğitimler verilmesi ile genç sağlık profesyonellerinin OSB hakkındaki farkındalıklarının daha yüksek olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda, ASM'nde görev yapan sağlık profesyonellerinin OSB bilgi ölçeği İletişim becerileri alt boyutunda, pratisyen hekimlerin ortalama puanlarının aile hekimliği uzmanlarından daha yüksek, yine pratisyen hekimlerin ortalama puanlarının ebelerin ve hemşirelerinden daha yüksek, ebelerin ortalama puanlarının ise hemşirelerinden daha yüksek olduğu bulundu. Ölçeğin Sosyal beceriler alt boyutunda ise, aile hekimliği uzmanlarının, pratisyen hekimlerin ve ebelerin ortalama puanlarının, hemşirelerinden daha yüksek olduğu belirlendi. Bilişsel ve Dil becerileri alt boyutlarında da, pratisyen hekimlerin ve ebelerin ortalama puanlarının, hemşirelerinden daha yüksek olduğu saptandı. Meslekler arasındaki bu farkın, ASM'nde sağlam çocuk takibi yapma ile mesleki tecrübeye bağlı farkındalığa göre değiştiği düşünülmektedir. Araştırmamızda, sağlık profesyonellerinin Davranış özellikleri ve Genel Bilgi alt boyutlarında ve OSB toplam puanında, lisansüstü eğitim seviyesinde olanların ortalama puanlarının, sağlık meslek lisesi ve lisans eğitimi seviyesinde olanlarından daha yüksek olduğu belirlendi. Elde edilen sonuçlardan, eğitim seviyesinin artmasına bağlı olarak OSB bilgi düzeyinin de arttığı görülmüştür. Gölbaşı'nın çalışmasında da, hekimlerin bilgi düzeyinin ve farkındalıklarının hemşire ve ebelerden daha yüksek olduğu bulunmuştur.²⁸ Türkiye'de hemşirelik ve tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin otizm farkındalıklarının araştırıldığı başka bir çalışmada ise, öğrencilerin farkındalık düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır.²³ Nijerya'da son sınıfta okuyan tıp fakültesi, hemşirelik ve psikoloji öğrencilerinin otizm bilgi düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmada ise, tıp fakültesi öğrencilerinin bilgi düzeylerinin, diğerlerine göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır.²⁵ Araştırma sonuçlarımız, yapılan çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda, sağlık profesyonellerinden 14 yıl ve üzerinde çalışanların OSB Bilgi Ölçeği çoğu alt boyutunun ve OSB Bilgi ölçeği toplam puan ortalamlarının, 14 yıl altında çalışanlardan daha yüksek olduğu saptandı. Genel bilgi alt boyutunda ise, 14 yıl altında çalışan sağlık profesyonellerinin ortalama puanlarının, 14 yıl ve üzerinde çalışanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Gölbaşı'nın çalışmasında da çalışmamıza benzer şekilde, 20 yıldan az çalışan aile hekimlerinin ve ebelerin OSB farkındalık puanlarının, 20 yıldan uzun çalışanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur.²⁸

Araştırmamızda, OSB Bilgi ölçeğinin İletişim Becerileri, Sosyal Beceriler, Bilişsel alt boyutlarının ve OSB toplam ortalama puanlarının, sağlam çocuk takibi yapan sağlık profesyonellerinin, yapmayanlardan daha yüksek olduğu saptandı. Sünger'in yaptığı çalışmada da, sağlık profesyonellerinin tüm engel türleri ve daha da önemlisi OSB ile ilgili eğitim almanın önemli olduğu bulunmuştur.³¹ Araştırmamızda, sağlık profesyonellerinden Otizm konusunda daha önce eğitim alanların, almayanlara göre İletişim Becerileri ve Sosyal Beceriler alt boyutları ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulundu. Fakat eğitim alma durumuna göre Bilişsel ve Dil Becerileri alt boyutlarında farklılık bulunmadı.

Araştırmamızda, sağlık profesyonellerinin OSB ölçeğinin; İletişim Becerileri alt boyutunda, kurumda hizmet içi eğitim alanların ortalama puanlarının, okulda temel eğitim sırasında ders alanların ve sosyal medyadan bilgi alanların ortalama puanlarına göre daha yüksek olduğu belirlendi. Sosyal Beceriler ve Dil Becerileri alt boyutunda ise, okulda temel eğitim sırasında ders alanların ortalama puanlarının, kurumda hizmet içi eğitim ve kongre/konferans/seminer sırasında eğitim alanların ortalama puanlarına göre daha düşük olduğu bulundu. OSB ölçeğinin Genel Bilgi alt boyutu okulda temel eğitim sırasında ders alanların ortalama puanlarının, kurumda hizmet içi eğitim alanların puanlarına göre daha yüksek olduğu bulundu. Gölbaşı'nın çalışmasında

da, mezuniyet sonrasında OSB ile ilgili bilgilendirme programına katılma durumunun, sağlık çalışanlarının OSB bilgi, tutum ve farkındalıklarını değiştirmedeği saptanmıştır.²⁸ Bu sonuç, sağlık profesyonellerinin OSB'na ilişkin okulda verilen temel eğitimin önemini göstermektedir.

Araştırmamızda, sağlık profesyonellerinin OSB ile ilgili görüşleri ile OSB bilgi ölçeği ve alt boyutları ortalama puanlarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular incelendiğinde; OSB konusunda bilgi sahibi olduğunu belirtenlerin, bilgisi olmadığını belirtenlere göre Genel Bilgi alt boyutu puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. OSB konusundaki bilgilerini yeterli bulanların, bulmayanlara göre OSB toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. OSB olan çocuğu ayırt etme konusunda kendini yeterli bulanların, bulmayanlara göre OSB toplam puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca araştırmamızda, sağlık profesyonellerinin OSB bilgi düzeyi arttıkça, OSB farkındalığının da arttığı görülmüştür.

Araştırmamızda, görev sırasında takip edilen çocuklarda otizm bulgularına rastlayan sağlık profesyonellerinin, rastlamayanlara göre OSB Genel Bilgi ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Görev sırasında OSB tanılmasında Birinci Basamak Tarama Aracı kullanan sağlık profesyonellerinin, kullanmayanlara göre OSB toplam puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda, sağlık profesyonellerinin ASM'nde OSB erken tanısının mümkün olup olmadığına yönelik görüşlerine göre OSB toplam puanları karşılaştırıldığında; 'mümkündür' yanıtı verenlerin ortalama puanlarının, 'mümkün değildir' yanıtı verenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Gölbaşı'nın (2018) çalışmasında da, kendisine kayıtlı nüfusta OSB'li bir hastası bulunan ASM çalışanlarının (Ebe, hemşire), olmayanlara göre OSB bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu; aile hekimleri arasında ise bir fark olmadığı bulunmuştur.²⁸ Çalışma bulgusu, araştırma bulgumuzla benzerdir. Araştırma sonucunda, sağlık profesyonellerinin OSB konusundaki bilgilerinin tecrübeye göre değiştiği görülmüştür. Bu bulgular, birinci basamakta ASM'nde görev yapan ASM elemanlarının (Hemşire, ebe), sağlıklı çocuk takipleri sırasında OSB'nun erken tanılmasında çok önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, sadece bir il merkezindeki ASM'nde görev yapan sağlık profesyonelleri (Aile hekimi, hemşire, ebe) ile yapıldığı için, elde edilen bulgular araştırma örneklemini ile sınırlıdır. Araştırma sonuçları, Türkiye'de bulunan tüm ASM'nde görev yapan sağlık profesyonelleri (Aile hekimi, hemşire, ebe) için genellenemez.

Sonuç

Araştırma sonucunda, ASM'nde görev yapan sağlık profesyonellerinin; OSB konusundaki bilgi düzeylerinin yeterli ve OSB'nun erken tanısının mümkün olduğunu düşünenlerin ortalama puanlarının daha yüksek olduğu ayrıca OSB konusundaki bilgilerinin ve erken tanısına yönelik görüşlerinin sosyodemografik özelliklerinden etkilendiği saptanmıştır. Katılımcıların OSB konusundaki bilgi düzeylerinin; yaşa, eğitim durumuna, mesleğe, meslekte çalışma yılına, ASM'nde çalışma yılına, otizm konusunda daha önce eğitim alma durumuna bağlı arttığı belirlendi. Araştırmada ayrıca katılımcıların; OSB konusundaki bilgilerini yeterli görme, OSB olan çocuğu ayırt etme konusunda kendini yeterli bulma, ASM'nde OSB erken tanısının mümkün olduğu görüşüne sahip olma, ASM'nde OSB tanılmasında birinci basamak tarama aracı kullanma durumları ile OSB toplam ortalama puanı arasında anlamlı fark olduğu bulundu.

Sağlık profesyonellerinin, özellikle de hemşirelerin lisans eğitimleri sırasında ders müfredatında otizm konusuna yer verilmesi, ASM'nde çalışan sağlık profesyonellerinin otizm ile ilgili erken tanı koyabilme yetkinliğini kazanabilmeleri için yıl içinde belirli aralıklarla otizm konusunda hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi, ASM'nde çalışan sağlık profesyonellerinin otizm ile ilgili erken tanı koymaya yardımcı olan OSB Birinci Basamak Tarama Aracı kullanımının önemine dikkat çekilmesi ve kullanımının teşvik edilmesi önerilmektedir.

Teşekkür

Araştırmacılar, çalışmaya katılan tüm sağlık profesyonellerine (Aile hekimi, hemşire, ebe) teşekkür eder.

Kaynaklar

1. Durand VM. Autism spectrum disorder: A clinical guide for general practitioners. American Psychological Association, 2014, pp. 2.
2. Ocağcı AF. Otizm-Çocuklarda Uyum ve Davranış Sorunları ve Hemşirelik Yaklaşımı. Bölüm 20, Pediatri Hemşireliği, 2. Baskı, Editörler: Conk Z., Başbakal Z., Bal Yılmaz H., Bolışık B., Ankara; Akademisyen Tıp Kitabevi, 2018, ss. 839-843.
3. Samms-Vaughan M, Franklyn-Banton L. The role of early childhood professionals in the early identification of autistic disorder. *International Journal of Early Years Education* 2008; 16(1): 75-84.
4. Maenner MJ, Shaw KA, Baio J, Washington A, Patrick M, DiRienzo M, Christensen DL, Wiggins LD, Pettygrove S, Andrews JG, Lopez M, Hudson A, Baroud T, Schwenk Y, White T, Rosenberg CR, Lee L, Harrington RA, Huston M, Hewitt A, Esler A, Hall-Lande J, Poynter JN, Hallas-Muchow L, Constantino JN, Fitzgerald RT, Zahorodny W, Shenouda J, Daniels JL, Warren Z, Vehorn A, Salinas A, Durkin MS, Dietz PM. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *CDC MMWR Surveill Summ* 2020; 69(4): 1-12.
5. Maenner MJ, Shaw KA, Bakian AV, Bilder DA, Durkin MS, Esler A, Furnier SM, Hallas L, Hall-Lande J, Hudson A, Hughes MM, Patrick M, Pierce K, Poynter JN, Salinas A, Shenouda J, Vehorn A, Warren Z, Constantino JN, DiRienzo M, Fitzgerald RT, Grzybowski A, Spivey MH, Pettygrove S, Zahorodny W, Ali A, Andrews JG, Baroud T, Gutierrez J, Hewitt A, Lee L, Lopez M, Mancilla KC, McArthur D, Schwenk YD, Washington A, William S, Cogswell ME. Prevalence and characteristics of Autism Spectrum Disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2018. *CDC MMWR Surveill Summ* 2021;70(11): 1-16.
6. Sabuncuoğlu DM. Otizm bilgi düzeyi: okul öncesi eğitimcileri. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2016; 3(1): 28–52.
7. Otizm Dernekleri Federasyonu, 2 Nisan 2018 Basın Bülteni.(<http://www.odfed.org/otizm/>; Erişim tarihi: Ocak 2020)
8. Wing L, Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? *Ment Retard Dev Disabil Res Re* 2002; 8: 151–161.
9. Dawson G. Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder. *Dev Psychopathol* 2008; 20: 775–803.
10. Robins DL, Casagrande K, Barton M, Chen CM, Dumont-Mathieu T, Fein D. Validation of the modified checklist for autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics* 2014; 133: 37–45.
11. Harshini M, Preeti K. Autism Behavioural Interventional Research in low-resource settings: Overcoming prevailing challenges an Asian perspective. *Asian J Psychiatry* 2017; 25: 224–227.
12. Bakır E. Hemşirelerin ve Ebelerin Otizm ve Erken Tanısına Yönelik Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı, 2013.
13. Wallace S, Fein D, Rosanoff M, Dawson G, Hossain S, Brennan L, et al. A global public health strategy for autism spectrum disorders. *Autism Res.* 2012; 5: 211–217.
14. Gürsel O. Özel eğitimde değerlendirme. H. İ. Diken (Ed.). Özel eğitime gereksinimi olan çocuklar ve özel eğitim. Ankara: Pegem Akademi, 2008; sf. 33.
15. Erden G. Çocuk Hekimleri ve Otizm: Tanıda Zorluklar. *Türkiye Klin J Pediatr* 2010; 19(1): 9–15.
16. Arunyanart W, Fenick A, Ukritchon S, Imjaijitt W, Northrup V, Weitzman C. Developmental and Autism Screening: A survey across six states. *Infants&Young Children* 2012; 25(3):175-187.
17. Shattuck PT, Durkin M, Maenner M, Newschaffer C, Mandell DS, Wiggins L, Baio J. Timing of identification among children with an autism spectrum disorder: findings from a population-based surveillance study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2009; 48(5): 474-483.
18. Sabuncuoğlu M, Cebeci S, Rahbar MH, Hessabi M. Autism spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder: Knowledge and attitude of family medicine residents in Turkey. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2015; 9: 46-53.
19. Erden G, Akçakın M, Doğan DG, Öztürk Ertem İ. Çocuk hekimleri ve otizm: Tanıda zorluklar. *Türkiye Klinikleri J Pediatr* 2010; 19 (1): 9-15.
20. Will D, Barnfather J, Lesley M. Self-perceived autism competency of primary care nurse practitioners. *The Journal for Nurse Practitioners* 2013; 9(6): 350-355.
21. Gardner MR, Suplee PD, Jerome-D'Emilia B. Survey of nursing faculty preparation for teaching about autism spectrum disorders. *Nurse educator* 2016; 41(4): 212-216.
22. Tural CÜ, Malatya da birinci basamakta çalışan hekimlerin otizm spektrum bozukluğu ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Tıpta uzmanlık Tezi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Malatya, 2016, ss. X, 30, 39.*
23. Lülecı NE, Hıdıroğlu S, Karavus M, Celik S, Cetiner D, Koc E, vd. A study exploring the autism awareness of first grade nursing and medical students in Istanbul, Turkey. *J Pak Med Assoc* 2016; 66(8): 916–921.
24. Rahbar MH, Ibrahim K, Assassi P. Knowledge and attitude of general practitioners regarding autism in Karachi, Pakistan. *J Autism Dev Disord* 2011; 41(4): 465–474.
25. Igwe MN, Bakare MO, Agomoh AO, Onyeama G. Factors affecting the knowledge of childhood autism of senior undergraduate students in Medicine, Nursing and Psychology at the University of Nigeria, Enugu State, Nigeria. *Italian Journal of Pediatrics* 2010; 36(44): 1-7.
26. Imran N, Chaudry MR, Azeem MW, Bhatti MR, Choudhary ZI, Cheema MA. A survey of Autism knowledge and attitudes among the health care professionals in Lahore, Pakistan. *BMC Pediatr* 2011; 11(107): 1-6.
27. Heidgerken AD, Geffken G, Modi A, Frakey L. A survey of autism knowledge in a health care setting. *J Autism Dev*

Disord 2005; 35(3): 323–330.

28. Gölbaşı H, Demirel Y, Karaca NS, Çiçek UA, Sarı SA. Sivas İl Merkezi'nde Otizm Spektrum Bozuklukları yaygınlığı ve sağlık çalışanlarının Otizm Spektrum Bozukluklarına yönelik bilgi ve tutumları. *Cukurova Med J* 2021; 46(3): 998-1008.
29. Sices L, Feudtner C, McLaughlin J, Drotar D, Williams M. How do primary care physicians manage children with possible developmental delays? A national survey with an experimental design. *Pediatrics* 2004; 113(2): 274-282.
30. Kaya A, Çetinkaya F, Naçar M, Baykan Z. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2014; 18(3): 122-133.
31. Singer B. Perceptions of school nurses in the care of students with disabilities. *The Journal of School Nursing* 2012; 29(5): 329-336.

Original Research / Orjinal Araştırma

Factors Affecting Attitude Towards Menopause and Symptom Severity

Menopoza Yönelik Tutumu ve Semptom Yoğunluğunu Etkileyen Faktörler

Ufuk Ünlü¹, Fatma Ünlü², Elif Erdoğan Ceylan³, Nihat Yıldırım⁴, Fatih Albayrak⁵, Ali Rıza Sazak⁶, Ömer Çetinel⁷, Mukaddes Akdiş⁸, Süreyya Anıl Pelitli⁹, Nagihan Yıldız Çelteç¹⁰

Abstract

Background: Women may experience a significant decrease in their quality of life due to physical and psychological symptoms during menopause. The individual's perception and attitude towards menopause is very important in the management of this process. In our study, we aimed to investigate the factors affecting women's perception of menopause and symptom levels. **Method:** A questionnaire prepared by the researchers by scanning the literature was applied to the women between the ages of 40-60 who applied to 11 family medicine units determined in the province of Tokat between 01.11.2021 and 01.12.2021. The questionnaire form consists of a section that questions sociodemographic information, Menopause Symptom Assessment Scale and Menopause Attitude Assessment Scale. **Results:** The mean age of 870 women included in the study was 49.9 ± 6.4 years. The mean score of the women on the menopause symptom scale was 13.5 ± 10.1 and the mean score on the menopause attitude scale was 26.8 ± 7.0 . When compared according to BMI score, women in the normal group scored statistically significantly lower than the overweight and obese groups ($p=0.012$). When analyzed according to education level, it was seen that university and high school graduate women experienced statistically significantly less symptoms ($p<0.001$). In the comparison of perceived income level, it was observed that the menopausal attitudes of the middle income group were more positive than those in the high and low income groups ($p=0.002$). Considering the symptom scores, it was seen that the low income group had higher scores in all subgroups of the symptom scale and in total (<0.001). **Conclusion:** The attitude towards menopause and the intensity of symptoms experienced differ due to many social and individual variables. We think that structured education programs for women and the general society, as they are their supporters, can be extremely effective in the management of the menopause process.

Key words: Women, menopause, attitude

Özet

Giriş: Kadınlar, menopoz döneminde fiziksel ve psikolojik semptomlar nedeni ile yaşam kalitelerinde önemli ölçüde düşüş yaşayabilmektedirler. Bireyin menopoza yönelik algı ve tutumu bu sürecin yönetiminde çok önemlidir. Çalışmamızda kadınların menopoz algılarını ve semptom düzeylerini etkileyen faktörleri araştırmayı amaçladık. **Yöntem:** Tokat ilinde belirlenen 11 aile hekimliği birimine 01.11.2021 – 01.12.2021 tarihleri arasında başvuran 40-60 yaş arasındaki kadınlara, araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan anket formu uygulanmıştır. Anket formu sosyo-demografik bilgileri sorgulayan bölüm, Menopoz Semptom Değerlendirme Ölçeği ve Menopoz Tutum Değerlendirme Ölçeği'nden oluşmaktadır. **Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 870 kadının yaş ortalaması $49,9 \pm 6,4$ 'dir. Kadınların menopoz semptom ölçeği ortalama skoru $13,5 \pm 10,1$ ve menopoz tutum ölçeği ortalama skoru $26,8 \pm 7,0$ idi. VKİ skoruna göre karşılaştırıldığında; normal gruptaki kadınlar kilolu ve obez gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde menopoz semptom değerlendirme ölçeğinden daha düşük puan almışlardır ($p=0,012$). Eğitim durumuna göre incelendiğinde üniversite ve lise mezunu kadınların istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az semptom deneyimledikleri görülmüştür ($p<0,001$). Algılanan gelir düzeyi karşılaştırmasında, orta gelir grubundakilerin yüksek ve düşük gelir gruplarındakilere göre menopoz tutumlarının daha olumlu olduğu görülmüştür ($p=0,002$). Semptom skorlarına bakıldığında semptom ölçeğinin tüm alt gruplarında ve toplamda 'düşük' gelir grubunun daha yüksek skora sahip olduğu görülmüştür ($<0,001$). **Sonuç:** Menopoza yönelik tutum ve deneyimlenen semptom yoğunluğu, toplumsal ve bireysel birçok değişken neden ile farklılık göstermektedir. Kadınlara ve onların destekleyicileri olmaları nedeni ile genel topluma yönelik, yapılandırılmış eğitim programlarının menopoz sürecinin yönetiminde son derece etkili olabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: Kadın, Menopoz, Tutum

Geliş tarihi / Received: 01.04.2022 Kabul tarihi / Accepted: 14.06.2022

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

²Turhal Devlet Hastanesi / Türkiye

³Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

⁴Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

⁵Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

⁶Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

⁷Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

⁸Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

⁹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

¹⁰Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ufuk Ünlü, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye
drufukunlu@gmail.com

Unlu U, Unlu F, Ceylan EE, Yıldırım N, Albayrak F, Sazak AR, Cetinel O, Akdis M, Pelitli SA, Çelteç NY. Factors Affecting Attitude Towards Menopause and Symptom Severity. TJFMPC, 2022;16(3): 532-541

DOI: 10.21763/tjfm.1097224

Giriş

Menopoz, yumurtalıkların aktivitelerini kaybetmeleri sonucu adet döngüsünün kalıcı olarak kesilmesi ile karakterize, doğal bir olaydır.¹ Dünya genelinde ortalama menopoza girme yaşı 51 iken Türkiye'de kadınların menopoza girme ortalama yaşları 47-49 yaş aralığı şeklinde raporlanmıştır.² Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre doğumdan itibaren beklenen yaşam süresinin 81 yıl olduğu göz önüne alınır ise kadınların yaşamlarının üçte birini menopoz ve beraberinde getirdiği sorunlarla geçirmesi öngörülebilir.³ Fizyolojik bir süreç olan menopoz dönemini yaşayan kadınları, yaşlanmanın da etkisi ile; fiziksel, duygusal ve sosyal değişiklikler beklemektedir.1 En sık rastlanan semptomlar; ateş basması, uyku bozuklukları, kas ve iskelet sistemi problemleri, vajinal kuruluk, gece terlemeleri, dispareni, memelerde ve üreme organlarında atrofi, ruh hali değişimleri, huzursuzluk, unutkanlık, üriner sistem semptomları, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve osteoporoz riskinde artıştır.⁴ Menopoz semptomları kadından kadına değişmekle birlikte semptomların sıklığı ve şiddeti menopoza girme yaşına, menopoza girme nedenine, mesleğine, gelir düzeyine, kadının toplumdaki yerine, eşi ve ailesi ile iletişimine ve kadının bu dönemle ilgili beklentilerine göre değişebilmektedir.⁵

Fiziksel ve psikolojik semptomlar nedeni ile kadınlar bu özel dönemde yaşam kalitelerinde önemli ölçüde düşüş yaşayabilmektedirler. Bireyin menopoza yönelik algı ve tutumu bu sürecin yönetiminde çok önemlidir. Literatürde menopoza olumlu bakılan toplumlarda semptomların daha az ve hafif görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca kadınların bu fizyolojik değişim sürecini anlamalarının ve süreci olağan kabul etmelerinin menopoza yönelik olumsuz duyguları değiştirebileceği vurgulanmıştır.^{6,7} Diğer taraftan bu sıkıntılı süreçte sosyo-ekonomik düzey, kültürel sebepler, bilgi eksikliği gibi birçok nedenle kadınlar profesyonel destek alamamaktadırlar.

Kadınların menopoza ilişkin bilgi eksiklikleri nedeni ile bu doğal süreçte fiziksel semptomları nedeniyle zorlandıkları, aile ilişkileri ve sosyal hayat çerçevesinde problem yaşadıkları bilinmektedir. Biz de bu çalışmamızda Tokat'ta yaşayan 40-60 yaş arası kadınların menopoz algılarını ve semptom düzeylerini etkileyen faktörleri araştırmayı amaçladık. Çalışmamızın, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında menopoz dönemine ilişkin bir farkındalık ve duyarlılık oluşturmasının yanında bölgemizdeki kadınların menopoz tutumlarını ve semptomlarını ortaya koymak suretiyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yöntem

Çalışmamızın evrenini 01.11.2021 – 01.12.2021 tarihleri arasında Tokat ilinde belirlenen 11 aile hekimliği birimine başvuran 40-60 yaş arasındaki kadınlar oluşturmaktadır. İlgili aile hekimliği birimlerine kayıtlı 40-60 yaş aralığında toplam kadın hasta sayısı 4833'dür. Belirtilen tarih aralığında ilgili aile hekimliği birimlerine başvuran 40-60 yaş kadın hasta sayısı ise 1224'dür. Ana dili Türkçe olmayan 52 kadın ve anket uygulaması için zaman ayıramayacağı gerekçesi ile çalışmaya katılmayı kabul etmeyen 302 kadın çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 870 kadına, araştırmacılar tarafından literatür taranarak hazırlanan anket formu uygulanmıştır. Anket formu, araştırmacılar tarafından benzer çalışmalar incelenerek menopoz ile ilişkili olabilecek değişkenlerin sorgulandığı sosyo-demografik bilgileri içeren bölüm, Menopoz Semptom Değerlendirme Ölçeği ve Menopoz Tutum Değerlendirme Ölçeği'nden oluşmaktadır.

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

'Somatik Şikayetler', 'Psikolojik Şikayetler' ve 'Ürogenital Şikayetler' olmak üzere 3 alt gruptan ve 11 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler beşli likert tipinde cevaplanmaktadır. Semptomlara ilişkin her ifade, 0: Hiç yok, 1:Hafif, 2: Orta, 3: Şiddetli ve 4: Çok şiddetli şeklinde skorlanmaktadır. Ölçekten alınan skorun artması semptom yoğunluğunu işaret etmektedir. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği çalışması 2005 yılında Gürkan tarafından yapılmıştır.⁸

Menopoz Tutum Değerlendirme Ölçeği (MTDÖ)

Koyuncu ve ark. tarafından 2015 yılında Türkçe geçerlik ve güvenilirliği çalışması yapılan ölçek 13 maddeden ve pozitif duygusal, negatif duygusal, aile ilişkileri ve davranışsal alan olmak üzere 4 alt alandan oluşmaktadır.⁹ Pozitif duygusal alt alanda menopoza ilişkin 5 olumlu ifadeden (6,7,8,9,11. ifadeler) alınan skorlar değerlendirilir. Menopozda sinirlilik, daha yaşlı hissetme ve günlük işlere ilginin azalması durumları negatif duygusal alanda (3,4,5. ifade) skorlanır. Kadınların aile ilişkilerini sorgulayan üç ifade (1,2,10.) aile ilişkileri alt alanında değerlendirilir. Davranışsal tepkileri değerlendiren davranışsal alt alanda (12. ve 13. ifade) skorlanır. Ölçekten alınan puanların artması menopoza ilişkin olumlu tutumu işaret etmektedir.

Değişkenlerin Gruplandırılması

Kadınların doğum sayısı değişkeni tüm katılımcıların doğum sayı ortalamalarına göre gruplandırılmıştır. Ortalama doğum sayıları 3 olması nedeni ile gruplar, '0', '1-3' ve '4 ve üzeri' şeklinde düzenlenmiştir. Düzenli veya düzensiz adet gören katılımcılar 'premenopozal dönemde' olarak gruplandırılmıştır. Menopoza girme şekli doğal veya cerrahi girişim sonucu olarak sınıflandırılmıştır.

İstatistiksel Değerlendirme

Çalışma gruplarının genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama±standart sapma şeklinde; kategorik değişkenlere ilişkin veriler ise n (%) şeklinde verilmiştir. Nicel değişkenlerin gruplar arasındaki ortalamalarını karşılaştırırken iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Nitel değişkenler arasındaki ilişki olup olmadığını değerlendirmek için çapraz tablolar ve ki-kare testleri kullanılmıştır. p değerleri 0.05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı kullanılmıştır (IBM SPSS Statistics 19, SPSS inc., an IBM Co., Somers, NY).

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen 870 kadının yaş ortalaması $49,9 \pm 6,4$ 'tür. Katılımcıların ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) skoru $29,6 \pm 5,4$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların 344'ü (%39,5) premenopozal dönemde idi. Menopozda olanların %83,2'si (n:438) doğal şekilde menopoza girmişti. Menopoz süresine göre değerlendirildiğinde katılımcıların çoğu (%31) 2-10 yıl arasında olan grupta idi. Doğum sayıları sınıflandırmasında katılımcıların %73,3'ünün 1-3 arası doğum yaptıkları görüldü. Kadınların 493'ünün (%56,7) kronik hastalığı bulunmazken, %10,1'inde hipertansiyon ve diyabetes mellitus hastalıklarının birlikte bulunduğu izlendi. Katılımcıların 692'si (%79,5) ev hanımı ve 398'si (%45,9) ilköğretim mezunu idi. Algılanan gelir düzeyine göre değerlendirildiğinde, kadınların 658'si (%75,6) kendilerini orta grupta tanımladıkları görülmüştür. Kadınların sosyo-demografik verileri Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların sosyo-demografik verileri		
Değişkenler		n(%)
Ortalama Yaş (Ort ± SD)		49,9 ± 6,4
VKİ grup	Normal	172(19,8)
	Kilolu	306(35,2)
	Obez	264(30,3)
	İleri obez	90(10,3)
	Morbid obez	38(4,4)
Menopoz nedeni	Doğal	438(50,3)
	Ameliyat sonrası	88(10,1)
	Premenopozal	344(39,5)
Menopoz süresi	2 yıl ve daha az	112(12,8)
	2-10 yıl arası	270(31)
	10 yıldan fazla	144(16,6)
Doğum sayısı	0	30(3,4)
	1-3	638(73,3)
	4 ve üzeri	202(23,2)
Hastalık	Yok	493(56,7)
	Hipertansiyon	122(14)
	Diyabet	71(8,2)
	HT+DM	93(10,7)
	Koroner arter hastalığı	16(1,8)
	Romatizma	37(4,3)
	Diğer	38(4,4)
Çalışma	Çalışıyor	178(20,5)
	Çalışmıyor	692(79,5)
Eğitim	Okur yazar değil	99(11,4)
	İlkokul	398(45,9)
	Ortaokul	110(12,7)
	Lise	160(18,4)
	Üniversite	101(11,6)
Algılanan gelir düzeyi	Düşük	166(19,1)
	Orta	658(75,6)
	Yüksek	46(5,3)

Tüm katılımcıların menopoz tutum değerlendirme ölçeği ve menopoz semptom değerlendirme ölçeği ortalama skorları ve standart sapma verileri Tablo 2' de gösterilmiştir. Kadınların menopoz semptom ölçeği ortalama skoru 13,5±10,1 idi. Menopoz semptom ölçeği alt alanlarından psikolojik şikayetler ortalama skoru 5,4±4,1 olarak bulundu. Menopoz tutum ölçeği ortalama skoru 26,8±7,0 idi. Menopoz tutum ölçeği alt alanlarından pozitif ve negatif alt alan skor ortalamaları sırasıyla 7,0±3,9 ve 6,8±2,9 idi. Bununla birlikte, menopoz semptom değerlendirme ölçeği skoru ile menopoz tutum ölçeği skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf ilişki tespit edilmiştir (p<0,001 ve r: -0,231).

Tablo 2: MSDÖ ve MTDÖ ortalama skorları	
Ölçekler	Ortalama ± SS
MSDÖ	13,59±10,11
Somatik şikayetler	5,14±3,88
Psikolojik şikayetler	5,47±4,14
Ürogenital şikayetler	2,98±2,99
MTDÖ	26,84±7,07
Pozitif duygusal alan	7,05±3,9
Negatif duygusal alan	6,86±2,93
Davranışsal alan	4,47±2,28
Aile ilişkileri alanı	8,47±2,84

* MSDÖ: Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği, MTDÖ: Menopoz Tutum Değerlendirme Ölçeği

Kadınların VKİ skoruna göre yapılan değerlendirmede normal gruptaki kadınlar diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde menopoz semptom değerlendirme ölçeğinden daha düşük puan almışlardır ($p=0,012$). Benzer şekilde VKİ normal gruptakilerin diğer gruplara göre daha az somatik semptom yaşadıkları görüldü ($p=0,003$). Psikolojik şikayetler skoru değerlendirilmesinde obez ve morbid obez grubundaki kadınların normal ve kilolu gruptakilere göre daha yüksek puan aldıkları görüldü ($p=0,025$). Son adet yaşı da VKİ'ye göre karşılaştırıldığında normal gruptakilerin istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha erken menopoza girdikleri görülmüştür ($p<0,001$). VKİ'ye göre menopoz tutum değerlendirme ölçeği ortalama skor ortalaması karşılaştırmasında istatistiksel anlamlı farklılık izlenmedi ($p>0,05$)

Menopoz döneminde olan kadınlar arasında, menopoz nedenine göre semptom ve tutum ölçeği skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$). İlgili grupta menopoz sürelerine göre de karşılaştırma yapılmıştır. Benzer şekilde, grubun ortalama skor ölçekleri ile menopoz süreleri arasında anlamlı farklılık izlenmemiştir ($p>0,05$).

Premenopozal dönemdeki kadınlar arasında adet düzenine göre yapılan değerlendirmede semptom ölçeği skorlarında istatistiksel anlamlılık varken tutum ölçeğinde farklılık görülmemiştir. Adet kanamaları düzensiz aralıklarla gerçekleşen gruptaki kadınlar, psikolojik, somatik ve ürogenital alt grupların tamamında adetleri düzenli olanlara göre daha fazla semptom yaşadıklarını ifade etmişlerdir ($p<0,001$). Bununla birlikte gruplar arasında tutum ölçeği skorları karşılaştırmasında istatistiksel farklılık görülmedi. Katılımcılar çalışma durumlarına göre de karşılaştırılmış ve adet düzeni karşılaştırmasına benzer sonuçlar alınmıştır. Çalışmayan gruptaki kadınların çalışanlara göre tüm semptom alt gruplarında istatistiksel anlamlı şekilde daha fazla semptom yaşadıkları görülmüştür. Benzer şekilde, çalışan ve çalışmayan gruplar arasında menopoz tutum ölçeği skorlarında anlamlı farklılık izlenmedi. Kadınların doğum sayılarına göre yapılan karşılaştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Doğum sayısı 4 ve üzeri olanlar diğerlerine göre daha fazla semptom yaşarlarken ($p<0,001$), menopoza ilişkin tutumları açısından anlamlı farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$).(Tablo 3)

Değişkenler	Çalışma Durumu		p	Doğum Sayısı			p
	Çalışıyor	Çalışmıyor		0	1 -3	>4	
Somatik Şikayetler	3,2±3,4	5,6±3,8	p<0,001	3,6±3,5a	4,7±3,8a	6,5±3,8b	p<0,001
Psikolojik Şikayetler	4±4,04	5,8±4,1	p<0,001	4,2±4,4a	5,1±4,1a	6,6±3,9b	p<0,001
Ürogenital Şikayetler	2±2,9	3,2±2,9	p<0,001	1,9±2,6a	2,72±3,0a	3,9±2,6b	p<0,001
MSDÖ skoru	9,1±9,5	14,7±9,9	p<0,001	9,7±10,0a	12,6±10,0a	17,1±9,b	p<0,001
Pozitif duygusal alan	6,7±3,8	7,1±3,9	>0,05	7,5±3,8	6,8±3,9	7,4±3,7	>0,05
Negatif duygusal alan	7,2±2,8	6,7±2,9	>0,05	7,5±3,0	6,8±2,9	6,7±2,7	>0,05
Davranışsal alan	4,3±2,2	4,5±2,2	>0,05	4,6±1,8	4,4±2,3	4,5±2,1	>0,05
Aile ilişkileri alanı	8,5±2,8	8,4±2,8	>0,05	8,5±2,7	8,48±2,8	8,42±2,7	>0,05
MTDÖ skoru	26,9±6,9	26,8±7,1	>0,05	28,2±5,4	26,6±7,3	27,1±6,3	>0,05

* Pearson ki kare testi ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı. (abc): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Eğitim durumuna göre yapılan incelemede, alınan semptom ölçeği skorlarının eğitim seviyeleri ile ters orantılı olarak değiştiği görölmektedir. Üniversite ve lise mezunu kadınların istatistiksel olarak anlamlı Şekilde daha az semptom deneyimledikleri görölmüştür (p<0,001). Tutum ölçeği puanına göre okuryazar olmayan ve ilkokul mezunu kadınlarda daha yüksek eğitim seviyesine sahip kadınlara göre negatif duygusal alan tutum ölçeği skoru istatistiksel olarak anlamlı Şekilde yüksek bulunmuştur. Üniversite ve lise mezunu kadınlar menopoza ilişkin tutum ölçeğinde ifade edilen daha sınırlı olma, daha yaşlı hissetme ve günlük işlere ilgi azalması durumlarını daha az yaşadıklarını belirtmişlerdir. (Tablo 4) Katılımcıların eşlerinin eğitim durumları ile yapılan karşılaştırmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Eşleri lise ve üniversite mezunu olan kadınların diğerlerine göre hem daha az semptom yaşadıkları hem de menopoza ilişkin negatif tutumlarının daha düşük olduğu göröldü (p<0,001).

Değişkenler	Eğitim Durumu					p
	Okur yazar değil	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	
Somatik şikayetler	7,2±3,6a	5,7±3,6b	4,8±4,0c	3,9±3,6c	2,7±3,1d	<0,001
Psikolojik şikayetler	6,9±4,0a	6,1±3,8a	5,1±4,4b	4,2±4,1bc	3,7±3,9c	<0,001
Ürogenital şikayetler	4,1±2,7a	3,4±3,1b	2,7±2,9c	2,2±2,8cd	1,6±2,3d	<0,001
MSDÖ	18,2±9,2a	15,3±9,5b	12,64±10,5c	10,41±9,9cd	8,1±8,0d	<0,001
Pozitif duygusal alan	7,7±3,7	7,1±3,9	6,9±4,1	6,7±3,7	6,5±3,9	0,175
Negatif duygusal alan	6,3±2,9a	6,5±2,8a	7,1±3,1ab	7,6±2,7b	7,1±2,9b	<0,001
Davranışsal alan	4,8±2,1	4,3±2,2	4,6±2,3	4,6±2,2	4,3±2,2	0,298
Aile ilişkileri alanı	8,8±2,7	8,2±2,8	8,2±3,2	8,7±2,6	8,6±2,6	0,106
MTDÖ	27,7±6,6	26,3±7,2	26,9±8,2	27,7±6,1	26,6±6,6	0,182

*Pearson ki kare testi ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı. (abc): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Katılımcıların algıladıkları gelir düzeyine göre menopoş semptom ve tutum ölçek skorları karşılaştırıldığında diğer karşılaştırmalardan farklı olarak tüm tutum ölçeği alt alanları ve toplam tutum ölçeği skorlarında istatistiksel anlamlılık izlenmiştir. Gelir durumlarını 'orta' olarak algılayan kadınların 'yüksek' ve 'düşük' gruptakilere göre menopoş tutumlarının daha olumlu olduğu görölmüşür (p=0,002). Semptom skorlarına bakıldığında semptom ölçeği toplam skorunda ve tüm alt grupları değerlendirmelerinde 'düşük' gelir grubundaki kadınların istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek skora sahip oldukları görölmektedir (p<0,001). Semptom deneyimleri açasından 'orta' ve 'yüksek' gelir düzeyi grupları arasında istatistiksel farklılık bulunmamaktadır (p>0,05). (Tablo 5)

Değişkenler	Algılanan gelir düzeyi			p
	Düşük	Orta	Yüksek	
Somatik şikayetler	6,6±3,7a	4,8±3,8b	4,1±3,5b	<0,001
Psikolojik şikayetler	7,0±3,9a	5,1±4,1b	4,6±3,6b	<0,001
Ürogenital şikayetler	4,2±3,3a	2,7±2,8b	2,2±2,3b	<0,001
MSDÖ	17,9±9,6a	12,6±10b	10,9±8,9b	<0,001
Pozitif duygusal alan	7,2±3,9a	7,1±3,8a	5,4±3,5b	0,016
Negatif duygusal alan	6,1±2,8a	6,9±2,9b	7,5±3,0b	0,002
Davranışsal alan	4,0±2,1a	4,5±2,2b	4,6±2,3ab	0,030
Aile ilişkileri alanı	7,7±3,0a	8,6±2,7b	8,2±2,9ab	0,001
MTDÖ	25,2±7,0a	27,3±7,0b	25,9±6,5ab	0,002

* Pearson ki kare testi ve tek yönlü varyans analizi kullanıldı. (abc): Satır olarak ortak harf istatistiksel önemsizliği ifade etmektedir.

Çalışmamızda araştırılan değerkenlerin ikili korelasyon analizlerinde, son adet yaşı ile menopoş tutum değerlendirme ölçeği skorlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde ters ilişkili olduğu görölmüşür. Erken yaştaki menopoşta daha olumlu menopoş tutumları gösterilmiştir. (p=0,019, r=-,080)

Tartışma

Kadınlar genellikle yaşamlarının son üçte birini menopozda geçirirler. Menopoz sırasında kadınlar, cinsiyet hormonu seviyelerindeki değişiklikler ve yaşlanma ile ilgili çeşitli öngörülebilir semptomlar yaşarlar.¹⁰ Bu doğal sürece ilişkin kadınların menopoz algısı ve semptomlarla başa çıkma yöntemlerini araştırdığımız çalışmamızda 40-60 yaş arasındaki 870 kadının yanıtları değerlendirilmiştir. Katılımcıların %39,5'i premenopozal dönemde idi ve %50,3'ü fizyolojik olarak menopoza girmişti. Kadınların menopoz semptom ölçeği ortalama skoru 13,5±10,1 ve menopoz tutum ölçeği ortalama skoru 26,8±7,0 idi. VKİ skoruna göre karşılaştırıldığında; normal gruptaki kadınlar diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az semptom yaşadıkları görüldü (p=0,012). Menopoz döneminde olan kadınlar arasında, menopoz nedenine göre semptom ve tutum ölçeği skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görüldü (p>0,05). Bununla birlikte doğum sayısı 4 ve üzeri olan kadınlar daha az doğum yapanlara göre daha fazla semptom yaşarlarken (p<0,001), menopoza ilişkin tutumları açısından anlamlı farklılık olmadığı görüldü (p>0,05). Eğitim durumuna göre incelendiğinde, üniversite ve lise mezunu kadınların istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az semptom deneyimledikleri görülmüştür (p<0,001). Algılanan gelir düzeyi karşılaştırmasında, orta gelir grubundakilerin yüksek ve düşük gelir gruplarındakilere göre menopoz tutumlarının daha olumlu olduğu görülmüştür (p=0,002). Semptom skorlarına bakıldığında semptom ölçeğinin tüm alt gruplarında ve toplamda, 'düşük' gelir grubunun istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek skora sahip olduğu görülmüştür (<0,001).

Çalışmamızda kadınların aldığı menopoz tutum ölçeği ortalama skoru 26,8±7,0 olarak tespit edilmiş ve katılımcıların olumsuz menopozal tutuma sahip oldukları görülmüştür. Konuya ilişkin yapılan çalışmalar çeşitli sonuçlar ortaya koymuştur. Muğla'da 152 kadın ile gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların menopoza ilişkin tutum ölçeği puan ortalaması 46,1±11,6 olarak bulunmuştur.¹¹ Çoban ve ark.'nın çalışmasında da katılımcıların menopoz tutum ölçeği ortalama skoru 41,5±12,5 olarak bulunmuştur.¹² Bununla birlikte Erbaş ve ark. çalışmasında ve İran'da yapılan bir başka çalışmada kadınların menopoza karşı olumsuz tutum içinde oldukları raporlanmıştır.^{13,14} Literatürde raporlanan farklı sonuçlar menopoz tutumunda çeşitli kişisel ve toplumsal faktörler nedeni ile açıklanabilir.

Çalışmamızda katılımcıların ortalama menopoz semptom değerlendirme ölçeği skoru 13,5±10,1 olarak bulunmuştur. Menopozal dönemde semptom yoğunluğu da tutumda olduğu gibi farklı faktörler nedeni ile kadınlar arasında değişiklikler gösterir. Bu değişkenlerden birisi olan eğitim seviyesi birçok araştırmacı tarafından çalışılmıştır. İkişik ve ark. çalışmasında yüksek eğitim seviyesine sahip kadınlar daha az menopozal semptom yakınmalarının bulunduğunu ve menopoza yönelik daha olumlu tutuma sahip olduklarını göstermişlerdir.¹⁵ Konuya ilişkin Sakarya'da yapılan bir başka çalışmada da lisans ve üzeri eğitim seviyesine sahip kadınların ilkökul mezunu olanlara göre daha az menopozal semptom deneyimledikleri gösterilmiştir.² Benzer şekilde bizim çalışmamızda da üniversite ve lise mezunu kadınların istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha az semptom deneyimledikleri görülmüştür. Bununla birlikte, okuryazar olmayan ve ilkökul mezunu kadınlarda daha yüksek eğitim seviyesine sahip kadınlara göre negatif duygusal alan tutum ölçeği skoru istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda sorguladığımız diğer bir değişken de eşlerin eğitim seviyesi idi. Eşleri lise ve üniversite mezunu olan kadınların diğerlerine göre hem daha az semptom yaşadıklarının hem de menopoza ilişkin negatif tutumlarının daha düşük olduğunun gösterilmiş olması çalışmamızın dikkat çekici sonuçlarından. Ordu'da yapılan bir çalışmada kadınların ve eşlerinin eğitim seviyeleri ile kadınların menopoza yönelik olumlu tutumlarının paralel olarak arttığı gösterilmiştir.¹⁶ Ortaya konan bu sonuçların, toplumda menopoza yönelik bilgilendirmenin ve farkındalık oluşturmanın önemine işaret ettiğini düşünüyoruz.

Çalışma durumu ve algılanan gelir düzeyi değişkenleri de menopoza ilişkin birçok çalışmada araştırılmıştır. Bizim çalışmamızda, çalışmayan kadınların çalışanlara göre daha fazla semptom yaşadıkları fakat çalışma durumlarının menopoz tutumlarında farklılığa sebep olmadığı görüldü. Gümüşay ve ark. çalışan kadınların menopoza yönelik daha olumlu tutuma sahip olduklarını göstermiştir.¹⁶ Tümer ve ark. çalışmasında çalışan kadınların menopozal semptomları, çalışmayanlara göre daha az olduğu bulundu.¹¹ Algılanan gelir düzeyi karşılaştırmamızda düşük gelire sahip kadınların diğerlerine göre daha fazla semptom yaşadıklarını tespit ettik. Bununla birlikte şaşırtıcı şekilde gelir düzeylerini 'orta' olarak algılayan katılımcıların diğerlerine göre menopoza daha olumlu tutuma sahip olduklarını bulduk. İkişik ve ark. çalışmalarında 'düşük' gelir düzeyine sahip kadınların daha fazla menopozal semptom yaşadıklarını belirtilmişlerdir.¹⁵ Noorozi ve ark. çalışmalarında kadınların ekonomik durumu iyileştikçe menopoza ilişkin bilgi ve tutumunun arttığını bildirmişlerdir.¹⁷ Diğer taraftan Bawar ve ark.'nın iki farklı sosyo-ekonomik statüdeki postmenopozal

kadınlarla yaptıkları çalışmada, yüksek sosyo-ekonomik statüye sahip kadınların diğer gruptaki kadınlara göre daha fazla sıcak basması, terleme ve çarpıntı gibi vazomotor semptomlar yaşadığı bildirilmiştir.¹⁸ Çelik ve ark. kadınların çalışma durumunun menopozal şikayetlerin görülme sıklığını etkilemediğini bildirmişlerdir.¹⁹ Menopoz tutum ve semptom durumlarına dair raporlanan farklı sonuçların birçok etkene bağlı olabileceği düşünülebilir. Doğurganlık kaybı 'orta' ve 'düşük' sosyo-ekonomik grupta gebelik tehdidini ortadan kaldırdığı için rahatlama sağlarken, menopozun fiziksel etkileri yüksek gelir grubunda olumsuz tutuma sebep olabilir. Geniş katılımlı ve çok merkezli çalışmalar konuya ışık tutabilir. Menopoza girme şekli ve VKİ değişkenleri de çalışmamızda incelenmiştir. Çalışmamızda menopoza girme nedeni ile kadınların menopozal semptom şiddetini ve menopoza yönelik tutumu etkilemediği gösterilmiştir. Bulgularımız ile benzer şekilde Kurt ve ark çalışmasında da menopoza girme şeklinin menopozal semptomları etkilemediği gösterilmiştir.² Obezite, vücut ısı üretiminin artması ile ilişkilidir. Yağ dokusu, menopoz geçiş döneminde vücut sıcaklığındaki değişikliklere yanıt verme yeteneğini azaltan ve ısı kaybını engelleyen yalıtkan bir bariyer görevi görür. Bu durum vazomotor semptomların ve kısmi olarak sıcak basmaların sebebi sayılır.^{20,21} Konuya ilişkin altı çalışmanın sonuçlarını değerlendiren bir meta analizde de özellikle orta yaşta artan VKİ'nin menopozal semptomları artırdığı bildirilmiştir.²² Bu sonuçlar çalışmamızın bulguları ile benzerdir. Kadınların özellikle premenopozal dönemde beslenme ve kilo kontrolü açısından desteklenmesinin önemli olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamız anket çalışmalarının olağan sınırlamalarına sahiptir. Menopozal semptom ve tutum birçok kişisel faktöre ve zamana göre farklılık gösterebileceğinden, bu kesitsel çalışmamızda sunulan sonuçlar genellenemez. Bu sınırlılıklara rağmen araştırmamız ülkemizdeki kadınların menopoz semptom ve tutumlarına yönelik değerli sonuçlar sunmaktadır.

Sonuç

Tıp biliminde kaydedilen gelişmeler ve teknolojik ilerlemeler gibi çeşitli faktörler sonucunda uzamış olan ortalama insan yaşam süresi nedeni ile kadınların menopozda geçirdikleri dönem daha uzun hale gelmiştir. Kadın yaşamının doğal bir süreci olan menopoza yönelik tutum ve deneyimlenen semptom yoğunluğu, toplumsal ve bireysel birçok değişken neden ile farklılık göstermektedir. Yaşadığımız modern çağda dahi menopoz ve semptomlarının dile getirilememesi kadınların bu özel ve zorlu süreçte konuya ilişkin farkındalıklarını engellemektedir. Toplumsal baskı ve bilgi eksikliği gibi nedenlerle semptom yönetimine ilişkin destek alamamaktadırlar. Kadınlara ve onların destekleyicileri olmaları nedeni ile de genel topluma yönelik yapılandırılmış eğitim programlarının menopoz sürecinin yönetiminde son derece etkili olabileceğini düşünüyoruz.

Kaynaklar

- 1- Mehaseb SH, Omran AAH, Gafer HA, El habashy AIA. Assessing the effect of menopausal symptoms on women's quality of life. *Egyptian Journal of Health Care* 2018; 9(2):75.
- 2- Kurt G., Arslan H. Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunları ve baş etme yöntemleri. *Çukurova Medical Journal*, 2020, 45(3), 910-920.
- 3- Türkiye İstatistik Kurumu. 'İstatistiklerle Kadın, 2020'. Erişim tarihi:09.02.2022. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2020-37221>
- 4- Purzand B, Rokhgireh S, Shabani Zanjani M, et al. The comparison of the effect of soybean and fish oil on supplementation on menopausal symptoms in postmenopausal women: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Complement Ther Clin Pract.* 2020;41:101239. doi:10.1016/j.ctcp.2020.101239
- 5- Gönenç İM, Koç G. Menopoz dönemine yönelik uygulanan eğitim programının kadınların menopoza yönelik tutumlarına etkisi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019; 10(1): 29-33.
- 6- Ayers B, Forshaw M, Hunter MS. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. *Maturitas* 2010;65:28- 36.
- 7- Towey M, Bundy C, Cordingley L. Psychological and social interventions in the menopause. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006;18:413-417.
- 8- Gürkan ÖC. Menopoz semptomları değerlendirme ölçeğinin Türkçe formunun güvenilirlik ve geçerliliği, *Hemşirelik Forumu Dergisi*, Mayıs-Haziran 2005:30-35.
- 9- Koyuncu T, Ünsal A, Arslantaş D. Menopoz tutum değerlendirme ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması: Eskişehir-Mahmudiye'de, 40-64 yaş grubu kadınlar üzerinde bir çalışma. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2015;14(6):448-452. doi: 10.5455/pmb.1-1416265840.

- 10- Takahashi TA, Johnson KM. Menopause. *Med Clin North Am.* 2015 May;99(3):521-34. doi: 10.1016/j.mcna.2015.01.006. PMID: 25841598
- 11- Tümer A, Kartal A. Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. *Pam Tıp Derg.* 2018;11(3): 337-346.
- 12- Çoban A, Nehir S, Demirci H, Özbaşaran F, İnceboz Ü. Klimakterik dönemdeki evli kadınların eş uyumları ve menopoza ilişkin tutumlarının menopozal yakınmalar üzerine etkisi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilim Tıp Derg* 2008;22:343-349.
- 13- Erbaş N, Demirel G. Klimakterik dönemdeki kadınların menopoza ilişkin yakınmalarının ve menopozal tutumlarının cinsel yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. *ACU Sağlık Bil Derg* 2017;4:220- 225. 14- Jamali S, Javadpour S, Mosalanejad L, Parnian R. Attitudes about sexual activity among postmenopausal women in different ethnic groups: A Cross-sectional Study in Jahrom, Iran. *J.Reprod Infertil* 2016;17:47-55.
- 15- İkişik H, Turan G, Kutay F, Karamanlı DC, Gülen E, Özdemir E, ve ark. Awareness of menopause and strategies to cope with menopausal symptoms of the women aged between 40 and 65 who consulted to a tertiary care hospital. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi.* 2020; 5(1): 10-21.
- 16- Gümüştay M, Erbil N. Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesine menopoz tutumunun etkisi. *Ordu University Journal of Nursing Studies.* 2016; 2(2):96-109.
- 17- Noroozi E, Dolatabadi NK, Eslami AA, Hassanzadeh A, Davari S. Knowledge and attitude toward menopause phenomenon among women aged 40-45 years. *J Educ Health Promot.* 2013;2:25. Published 2013 May 30. doi:10.4103/2277-9531.112701
- 18- Bawar S, Sadaf F, Rahim R, Faiz NR. Comparison of vasomotor symptoms in postmenopausal women with different socio-economic status. *Gomal Journal of Medical Sciences.*2013;11(2): 195-198.
- 19- Çelik AS, Pasinlioğlu T. Klimakterik dönemdeki kadınların yaşadıkları menopozal semptomlar ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.* 2014;1:16-29.
- 20- Archer DF, Sturdee DW, Baber R, de Villiers TJ, Pines A, Freedman RR, et al. Menopausal hot flushes and night sweats: where are we now? *Climacteric* 2011; 14: 515– 28.
- 21- Saccomani S, Lui-Filho JF, Juliato CR, Gabiatti JR, Pedro AO, Costa-Paiva L. Does obesity increase the risk of hot flashes among midlife women?: a population-based study. *Menopause* 2017; 24: 1065– 70.
- 22- Chung HF, Zhu D, Dobson AJ, Kuh D, Gold EB, Crawford SL, et al. Age at menarche and risk of vasomotor menopausal symptoms: a pooled analysis of six studies. *BJOG.* 2021;128(3):603-613. doi:10.1111/1471-0528.16393



Original Research / Orijinal Araştırma

Evaluation Of The Relationship Between The 'Falling Risk' And Vitamin D Level Of Patients Receiving Neurological Rehabilitation Treatment

Nörolojik Rehabilitasyon Tedavisi Gören Hastaların Düşme Riskinin D Vitamini Düzeyi ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

Mehmet Vatansever¹, Cüneyt Ardic², Serdar Karakullukçu³, Osman Topçu⁴, Ayşe Şahin⁵

Abstract

Objectives: The aim of this study is to investigate the effects of vitamin D levels on balance and fall risk on hemiplegic cases. **Methods:** In our descriptive study, a total of 152 patients who applied to the Physical Medicine and Rehabilitation Polyclinic with the diagnosis of Hemiplegia and were hospitalized in Maçka Ömer Burhanoglu Physical Therapy and Rehabilitation Hospital between July 2020 and January 2021 were included. **Results:** A total of the 152 patients enrolled in the study, 57 were women (37.5%) and 95 were men (62.5%). The average age of the patients was 62.0± 12.7. The number of patients enrolled in the study was 19 (12.5%), 98 (64.5%), and 35 (23.0%). The number of patients with vitamin D Levels <12 ng/ml measured on the first day of hospitalization was 70 (46.1%), the number of patients between 12-20 ng/ml was 50 (32.9%), and the number of patients with >20 ng/ml was 32 (21.0%). Again, the vitamin D values measured on the last day of discharge of patients enrolled in the study were <12 ng/ml 46 (31.3%). In the study, the correlation between vitamin D levels during discharge and Berg Balance Scale score and İtaki Fall Risk Scale score was examined.; There is no difference between vitamin D level and Berg Balance Scale score at positive weak level (r=0.184, p<0.05) and İtaki Fall Risk Scale. (p<0.05). **Conclusion:** This study showed that vitamin D levels had positive effects on balance and decreased risk of falls in hemiplegia patients with low vitamin D levels.

Key words: balance, falling risk, hemiplegia, vitamin D

Özet

Amaç: Bu çalışmada D vitamini düzeyinin hemiplejik hastalarda denge ve düşme riski üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki çalışmaya Maçka Ömer Burhanoglu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde Temmuz 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğine hemipleji tanısı ile başvuran ve yatırılarak tedaviye alınan toplam 152 hasta alınmıştır. D vitamini eksikliği ya da yetersizliği saptanan hastalara Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği önerilerine uygun olarak damla formülünde D vitamini tedavisi verildi. **Bulgular:** Çalışmaya alınan 152 hastanın 57'si (%37,5) kadın, 95'i (%62,5) erkektir. Hastaların yaş ortalaması 62,0± 12,7 idi. Çalışmaya alınan hastaların sigara içenlerin sayısı 19 (%12,5), sigarayı bırakanların sayısı ise 35 (%23,0) idi. Hastaların hastaneye yattıkları ilk gün ölçülen D vitamini düzeyleri <12 ng/ml olan hasta sayısı 70 (%46,1), 12-20 ng/ml arasında olan hasta sayısı 50 (%3,9) ve >20 ng/ml olan hasta sayısı 32 (%21,0) idi. Hastaların taburcu oldukları gün ölçülen D vitamini değerleri ise; <12 ng/ml sayısı 46 (%31,3) idi. Hastaların taburculuk esnasındaki D vitamini düzeyi ile Berg Denge Ölçeği puanı ve İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde; D vitamin düzeyi ile Berg Denge Ölçeği puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki varken (r=0,184, p<0,05), İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı ile negatif korelasyon olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. **Sonuç:** Bu çalışma düşük D vitamini seviyesine sahip hemiplejik hastalarda D vitamini takviyesinin düşme riskinin azalması ve denge üzerinde olumlu etkisi olduğunu ortaya koymuştur.

Anahtar kelimeler: denge, düşme riski, hemipleji, D vitamini

Geliş tarihi / Received: 07.05.2021 Kabul tarihi / Accepted: 16.06.2022

¹Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü Maçka Ömer Burhanoglu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi / Türkiye

²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

³Bayburt Merkez Toplum Sağlığı Merkezi / Türkiye

⁴Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Türkiye

⁵Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Mehmet Vatansever, Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü Maçka Ömer Burhanoglu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi, Türkiye
mysvatan@gmail.com

Vatansever M, Ardic C, Karakullukcu S, Topcu O, Sahin A. Evaluation Of The Relationship Between The 'Falling Risk' And Vitamin D Level Of Patients Receiving Neurological Rehabilitation Treatment. TJFMPC, 2022;16(3): 542-549

DOI: 10.21763/tjfmpe.932073

Giriş

İnme, genellikle vasküler nedenlerle beyindeki kan dolaşımının hızlı bozulması sonucu gelişen fokal serebral fonksiyon kaybına ait klinik belirtilerin ortaya çıkması ile oluşan travmatik olmayan klinik bir patoloji olarak tanımlanmaktadır.¹ Yüksek orandaki sıklığı ve mortalitesi nedeniyle toplumda büyük bir kesimi etkileyen ve hayatta kalan kişilerde engelliliğe yol açan önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir.² Lezyonun yeri ve yaygınlık derecesine göre en sık hemipleji ya da hemiparezi olarak ortaya çıkar.³ Hemipleji, serebral dolaşımdaki patolojik değişiklikler sonucunda gelişen, lezyonun çapraz vücut kısmında motor kontrol kaybı, duyu bozukluğu, kognitif bozukluk, konuşma bozukluğu, denge ve koordinasyon bozukluğu, koma hali veya mortaliteye kadar gidebilen, ani gelişen vasküler bir problemdir.⁴

İnme sonrası hastada yatak içi aktivitelerde, oturmaya geçişte, oturmadan ayağa kalkmada, yürüyüşte, koşmada dengesizlikler ve fonksiyonel bozukluklar nedeniyle mobilitede yetersizlikler görülebilir. İnme rehabilitasyonunun erken döneminde hastaların ortalama %50'sinin yürüyemediği, %12'sinin yardımcı halde yürüyebildiği ve %37'sinin de bağımsız olarak yürüyebildiği görülmüştür.⁵ İnmeli hastalarda görsel, vestibüler, somatosensoriyel, motor ve kognitif işlemler arasındaki bozukluklar denge problemlerini oluşturmaktadır. Bu problemler ayakta duruş pozisyonunda postural salınımlarda artışa, ağırlık dağılımında asimetriye, taban basınç hissinde ve vücut pozisyon bilgisinde azalmaya neden olmaktadır. Ayrıca kas aktivitelerinde zamanlama hataları, hareket paternlerinde bozulmalar ve vücut pozisyonundaki değişimlere adaptasyon yeteneği azalarak dengeyi negatif yönde etkilemektedir. İnme sonucu kas güçsüzlüğü, kas tonusu bozuklukları, derin duyu kayıpları ve vestibüler mekanizmalarda oluşan bozukluklar nedeniyle postural kontrol ve denge kötü yönde etkilenmektedir.⁶

İnmeli hastalarda dengenin ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi, dengeyi etkileyen olumlu ya da olumsuz faktörlerin bilinmesi, rehabilitasyon hedeflerinin belirlenmesi ve uygun tedavi yöntemlerinin uygulanması inmenin gelişim seyrini değiştirmektedir. Ayrıca inmeli hastalarda dengenin değerlendirilmesi, gravite merkezinin değişimlerine karşı postürü koruyabilme yeteneğini gözlemlemek, rehabilitasyon sonuçlarına etkisini görmek açısından önemlidir.⁷

Özellikle inme sonrası ekstremitelerde gelişen güç kaybı, kas tonüsündeki değişiklikler, duyu kayıpları, koordinasyon, güç ve denge kaybı düşme riskini arttırmaktadır. Soyuer ve arkadaşlarının (2006) yapmış oldukları çalışmada Nöroloji polikliniğine başvuran inmeli hastaların %25'inin düşme deneyimlediğini belirtmektedir.⁸ Jagnoor ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir çalışmada 45 yaş ve üzeri bireylerde düşme sonucu ölüm oranını arttıran nedenler değerlendirilmiş ve inme önemli bir risk faktörü olarak tespit edilmiştir.⁹

D vitamini eksikliği prevalansının yaşla birlikte arttığı düşünüldüğünde D vitamininin kas-iskelet sistemi üzerindeki önemini yanı sıra kardiyovasküler hastalık, iskemik inme gibi mortalite ve morbiditesi yüksek hastalıklarla ilişkisinin önemi de artmıştır. D vitamininin inme riski ve inme sonrası erken dönem sonuçlarını inceleyen çalışmalar gerek inmeyi önleme, gerekse inme sonrası mortalite ve morbiditeyi azaltmada D vitamininin olası rolünü araştıran çalışmaların ortaya çıkmasına neden olmuştur.¹⁰ Son dekatta D vitamini eksikliği ve iskemik inme riskindeki artış arasındaki ilişkiyi destekleyen kanıtlar her ne kadar artsa da sınırlı sayıda randomize kontrollü çalışma kalsiyum ve D vitamini desteğinin inme riski üzerindeki olumlu etkisi olduğunu göstermiştir ancak bu konuda elimizde yeterli veri bulunmamaktadır.¹¹ Literatürde inmeli hastalarda kemik mineral yoğunluğundaki değişimi inceleyen çok sayıda kesitsel ya da prospektif çalışma olmakla birlikte bu hastalarda D vitamini düzeyini değerlendiren nispeten az sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı inme sonrası hemipleji gelişen hastalarda D vitamini düzeyini belirlemek ve D vitamini düzeyi ile hastaların fonksiyonel durumları arasındaki ilişkiyi incelemek, dengeyi ve düşmeyi etkileyebilecek faktörleri ortaya koymaktır.

Yöntem

Tanımlayıcı tipteki çalışmamıza, Maçka Ömer Burhanoğlu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi'nde Temmuz 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Polikliniğine hemipleji tanısı ile başvuran ve yatırılarak tedaviye alınan toplam 152 hasta alınmıştır. Serebrovasküler Olay (SVO) sonrası geçen süre en az 1 ay olan hastalardan, başvuruda yatış sonrası ilk 24 saat içerisinde Berg Denge Ölçeği skorları, İtaki Düşme Riski Ölçeği skorları ve periferik kanda 25-hidroksi vitamin D (25-OH Vitamin D), B12, Hemogloblin düzeyleri tespit edilmiş olanlar çalışmaya dahil edildi. Hastalar çalışmanın içeriği ve amacı konusunda bilgilendirildi ve hastaların onamları alındı. Hastaların yaşı, cinsiyeti, Berg Denge ve İtaki Düşme Riski skorları, ek hastalıkları, etkilenen taraf ve hastalık süresi kaydedildi.

Hastanın bilincinin olmaması, kooperasyonu engelleyen mental ya da organik bozukluk varlığı, hastaların amputasyon öyküsünün olması, görme ve işitme duyusu kaybı olması, SVO öyküsünden başka periferik ya da santral nörolojik hastalık varlığı, kronik karaciğer veya böbrek yetmezliği varlığı, D vitamini metabolizması etkileyebilecek hastalık varlığı ya da ilaç kullanımı dışlama kriteri olarak tanımlandı. Çalışmamızda hastaların ve bakım verenlerin sosyodemografik verilerini içeren anket formu uygulanmış olup anketin birinci kısmında yer alan hastanın sosyodemografik verileri bölümünde hastanın yaş, cinsiyet, yaşadığı yer, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, algılanan gelir düzeyi, alışkanlıkları ve hastanın klinik durumu ile ilgili toplam 20 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm ise hastanın bakımını sağlayan kişi sayısı, birincil bakım sağlayan kişinin yakınlık derecesi, yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, ne zamandır bakımını sağladığı ile ilgili toplam altı sorudan oluşmaktadır. Anketin üçüncü kısmında İtaki Düşme Riski Ölçeği ve Berg Denge Ölçeği uygulanmıştır.

İtaki Düşme Riski Ölçeği: 18 yaş ve üzerindeki yatan hastalar için oluşturulmuş olan ölçek; hastanın yaşı, bilinç durumu, düşme hikayesinin olup-olmadığı, komorbidite durumu, hareket kabiliyeti durumu, boşaltım ihtiyacı durumu, görme durumu, ilaç kullanım durumu, ekipman kullanım durumu faktörleri sorgulanarak aldığı puanlar kaydedildi. Toplam skor 0-9 Puan arasında ise; düşük risk, 10 puan ve üzerinde ise yüksek risk olarak kabul edildi.

Berg Denge Ölçeği: Berg Denge Ölçeği 14 maddeden oluşan hastaların farklı aktiviteler sırasında dengelerini koruyup koruyamadıklarını gösteren geçerliliği ve güvenilirliği yüksek olan bir ölçektir. Berg Denge Ölçeği desteksiz oturmak, oturur durumdan ayağa kalkmak, desteksiz ayakta durmak, yerden bir cisim almak gibi günlük yaşam aktivitelerini içerir. Berg Denge Ölçeğinde her madde için yapılan aktivitedeki yeterlilik seviyesi 0 'yapamaz'; 4 'bağımsız ve güvenli yapar' olmak üzere sıfır ila dört arasında puanlanır. Toplam maksimum puan 56'dır ve yüksek puanlar daha iyi dengeyi gösterir. İnmeli hastalarda ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiştir.¹²

Laboratuvar incelemesine rutin kan tahlilleri dışında ek olarak hemoglobin, B12 vitamini ve D vitamini düzeyi için kan örnekleri alındı. Konuyla ilişkili literatür temel alınarak kan 25-OH Vitamin D düzeyinin 20 ng/ml'nin üzerinde olması normal, 12 ile 20 ng/ml arasında olması yetersizlik ve 12 ng/ml altında olması ise eksiklik olarak kabul edilmiştir.

Laboratuvar incelemesi sonucunda D vitamini eksikliği ya da yetersizliği saptanan hastalara Türk Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMED) önerilerine uygun olarak damla tedavisi ile D vitamini takviyesine başlandı. Hastalar gerekli tedavilerini aldıktan sonra taburculuk öncesi son gün hastalara tekrar Berg Denge Ölçeği ve İtaki Düşme Riski Ölçeği uygulandı, D vitamini düzeyi periferik kanda yeniden çalışıldı ve veriler kaydedildi.

Taburculuk öncesi D vitamini değerini belirlemek için tekrardan kan örneği alındı. Çalışmamızda anket sorularından elde ettiğimiz veriler ve düşme skorundan alınan değerler ile hastanın tedavisi sırasında rutin olarak alınan kan örneklerinden hemogram, B12 vitamini, D vitamini düzeyleriyle ilişkisi uygun istatistiksel yöntemlerle incelenmiştir.

Verilerin analiz aşamasında SPSS 23,0 istatistik paket programı kullanıldı. Değerlendirme sonuçlarının tanımlayıcı istatistikleri; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, minimum, maksimum olarak verildi. Bağımsız iki grup arasında sayısal değişkenlerin karşılaştırmaları; normal dağılım koşulu sağlandığında Student-t Test, sağlanmadığında Mann Whitney U testi ile değerlendirildi. Bağımsız üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında normal dağılım koşulu sağlandığında ANOVA testi, sağlanmadığında Kruskal Wallis testi kullanıldı. Korelasyon analizlerinde normal dağılım koşulu sağlandığında Pearson testi, normal dağılım koşulu sağlanmadığında Spearman testi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel alfa anlamlılık seviyesi p<0,05 olarak kabul edildi.

Çalışmamız, Etik Kurulu'nun 04.02.2021 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, 2021/21 karar numarası ile bilimsel ve etik yönden uygun bulunmuştur.

Bulgular

Çalışmaya alınan 152 hastanın 57'si kadın (%37,5), 95'i erkek (%62,5) tir. Hastaların genel yaş ortalaması 62,0± 12,7 idi. (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişken	Tüm Hastalar (n=152)
Yaş±SD (min-maks)	62,0± 12,7 (29-91)
	n (%)
Cinsiyet	
Kadın	57 (37,5)
Erkek	95 (62,5)
Medeni Durumu	
Evli	126 (82,8)
Bekar	13 (8,6)
Dul	13 (8,6)
Yaşadığı Yer	
İl	49 (32,2)
İlçe	55 (36,2)
Köy	48 (31,6)
Öğrenim Durumu	
Okuryazar değil	26 (17,1)
İlköğretim	93 (61,2)
Lise	20 (13,2)
Üniversite	13 (8,6)
Gelir Düzeyi	
İyi	32 (21,1)
Orta	110 (73,0)
Kötü	9 (5,9)
Sigara Kullanımı	
Evet	19 (12,5)
Hayır	98 (64,5)
Bırakmış	35 (23,0)
Major Operasyon Öyküsü	20 (13,2)
Yoğun Bakım Yatışı	100 (65,8)
Son 3 Ayda Hastaneye Yatış Öyküsü	47 (30,9)
Kalıcı Hasar Bırakan Travma Öyküsü	18 (11,8)
Beslenmesini Nasıl Sağladığı	
Kendi Başına	115 (75,6)
Aralıklı Bakıcı Yardımı	32 (21,1)
Sürekli Bakıcı	4 (3,3)
Ek Besin Takviyesi Alma	8 (5,3)
Yatağa Bağımlı Olma	26 (56,5)
Ağız ve/veya Diş Problemi Olma	33 (21,7)
Bakımıyla İlgilenen Kişi Sayısı	
İlgilenen Kimse Yok	9 (5,9)
1 Kişi	121 (79,6)
2 Kişi	21 (13,8)
3 Kişi	1 (0,7)

Çalışmaya alınan hastaların, başvuru (24,3±13,5) ve taburculuk (36,8±13,8) esnasındaki Berg Denge Ölçeği skorları değerlendirildiğinde taburculuk esnasındaki Berg Denge Ölçeği skorlarının arttığı gözlenmiş olup istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmuştur ($p<0,001$). Hastaların başvuru (16,8±4,2) ve taburculuk (15,6±4,6) esnasındaki İtaki Düşme Riski Ölçeği skorları değerlendirildiğinde taburculuk esnasındaki İtaki Düşme Riski Ölçeği skorlarının azaldığı gözlenmiş olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. ($p<0,001$) (Tablo 2).

Tablo 2. Başvuru Esnasında ve Taburculuk Sırasında Berg Denge Ölçeği ve İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Berg Denge Ölçeği Puanı Başvuru Esnasında	Berg Denge Ölçeği Puanı Taburculuk Sırasında	p
24,3±13,5	36,8±13,8	<0,001
İtaki Düşme Riski Ölçeği Başvuru Esnasında	İtaki Düşme Riski Ölçeği Taburculuk Sırasında	p
16,8±4,2	15,6±4,6	<0,001

*Wilcoxon testi

Çalışmaya alınan hastaların başvuru esnasındaki D vitamini, B12 vitamini düzeyi ve anemi durumları ile Berg Denge Ölçeği puanı ve İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı arasındaki ilişki incelendiğinde anemi durumu var olan hastaların Berg Denge Ölçeği puanı anemisi olmayanlara göre daha düşüktü ve istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,047$). D vitamini ve B12 vitamini düzeyi ile Berg Denge Ölçeği puanı ve İtaki Düşme Riski Ölçeği arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların Başvuru Esnasındaki D Vitamini, B12 Vitamini Düzeyi ve Anemi Durumları ile Berg Denge Ölçeği Puanı ve İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanı Arasındaki İlişki

	Berg Denge Ölçeği Puanı	p	İtaki Düşme Riski Ölçeği	p
D vitamini düzeyi (ng/ml)				
<12 ng/ml	23,4±12,6	0,447	17,1±4,0	0,765
12-20 ng/ml	26,5±15,3		16,6±4,8	
>20 ng/ml	22,8±12,5		16,7±3,8	
B12 vitamini düzeyi (pg/ml)				
<200 pg/ml	25,7±12,6	0,487	16,9±4,1	0,702
≥200 pg/ml	24,0±13,8		16,8±4,2	
Anemi durumu				
Var	21,3±12,4	0,047	17,4±4,0	0,277
Yok	25,7±13,9		16,6±4,3	

*Kruskal Wallis testi, ** Mann Whitney U testi

Hastaların taburculuk esnasındaki D vitamini düzeyi ile Berg Denge Ölçeği puanı ve İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde; D vitamini düzeyi ile Berg Denge Ölçeği puanı arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde ($r=0,184$, $p<0,05$) istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon varken taburculuk esnasındaki D vitamini düzeyi ile İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı arasında negatif korelasyon olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. Ayrıca hastaların başvuru esnasındaki hemoglobinin düzeyi ile Berg Denge Ölçeği puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde bir korelasyon saptanmıştır ($r=0,192$, $p<0,05$). (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların Başvuru ve Taburculuk Sonrasındaki D Vitamini Düzeyi ile Başvuru Esnasındaki B12 Vitamini ve Anemi Varlığı Durumuyla Berg Denge Ölçeği Puanı ve İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanı Arasındaki İlişki

		Berg Denge Ölçeği Puanı	İtaki Düşme Riski Ölçeği
D vitamini düzeyi	Başvuru esnası	0,006	-0,036
	Taburculuk esnası	0,184*	-0,027
B12 vitamini düzeyi (Başvuru esnası)		-0,078	0,037
Hemoglobin düzeyi (Başvuru esnası)		0,192*	-0,001

*Spearman Testi *p<0,05

Hastaların yaşları ile Berg Denge Ölçeği puanı ve İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı incelendiğinde; 65 yaş ve üzeri hastalarda Berg Denge Ölçeği puanı 65 yaş altındaki hastalara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. (p=0,011) Yine 65 yaş ve üzeri hastalarda İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı 65 yaş altı hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. (p=0,002) Hastaların cinsiyetleri ile Berg Denge Ölçeği puanı incelendiğinde kadın hastaların Berg Denge Ölçeği puanı erkek hastalara göre anlamlı olarak daha düşüktü. (p=0,017) (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların Yaş ve Cinsiyeti ile Berg Denge Ölçeği Puanı ve İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanı Arasındaki İlişki

	Berg Denge Ölçeği Puanı	p	İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanı	p
Yaş				
65 yaş ve üstü	21,5±12,8	0,011	18,0±3,5	0,00
65 yaş altı	26,7±13,8		15,8±4,5	2
Cinsiyet				
Kadın	20,8±11,8	0,017	17,8±3,5	0,07
Erkek	26,4±14,1		16,3±4,5	1

Mann Whitney U Testi

Tartışma

D vitamini eksikliği özellikle fiziki yönden eksikliği olan bireylerde önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir.¹³ İnmeli hastalarda osteoporoz ve kırık gelişme riskinin erkekler ve genç yaşta kişiler de dahil olmak üzere arttığı bilinmektedir.¹⁴ D vitamini düzeyinin hastaların denge düzeylerine ve düşme riskine etkisi üzerine yaptığımız çalışmada D vitamini düzeyi ile Berg Denge Ölçeği puanı arasında pozitif korelasyon, İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı ile arasında negatif korelasyon olduğunu tespit ettik. Dawson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada inmeli hastalarda düşme sebeplerinden birinin de D vitamini düzeyi olduğu ve yine Bischoff ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada D vitamini takviyesinin düşme riskini azalttığını gösterilmiştir. Bu çalışmada bulduğumuz veriler literatürdeki bu çalışmalar ile paralellik göstermektedir.^{14,15} İnme sonrası postür ve denge değişiklikleri sık görülür. Etkilenen alt ekstremitelere az yük verilmesi nedeniyle oluşan postural asimetri sonucunda frontal planda vücut salınımı artar ve basma fazında stabilite azalır. Basma fazı sırasında hem stabilite hem de dengede bozulma düşme ile sonlanabilir. İnme sonrası düşme sık görülen komplikasyonlardan biridir.¹⁷ Bu çalışmada hastaların yatış öncesi ve sonrası Berg Denge Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu farkın oluşmasında hastalara yatış süreleri boyunca verilen nörolojik rehabilitasyonun yanında D vitamini verilmesinin de etkili olduğunu düşünmekteyiz. Dawson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada D vitamini eksikliği olan ve SVO sonrası hemipleji tablosu gelişen hastalarda, D vitamini replasmanı sonrası düşme riskinin azaldığı ortaya koyulmuştur.¹⁵ Bulduğumuz veriler literatürdeki bu çalışmayla uyumludur.

Bu çalışmada hastaların yaşları ile Berg Denge Ölçeği puanı ve İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı arasındaki ilişki incelendiğinde 65 yaş ve üzeri hastalarda 65 yaş altındaki hastalara göre Berg Denge Ölçeği puanının istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu ve İtaki Düşme Riski Ölçeği puanının ise yine anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Literatürde yaş ilerledikçe kas gücü ve denge kaybına bağlı fonksiyonelliğin azaldığı belirtilmiştir. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar yaş ilerlemesi ile denge kaybının ve düşme riskinin artması literatürdeki çalışmalar ile uyumluluk göstermektedir. Yaşlanma progresif fizyolojik değişiklikler ve artmış akut ve kronik hastalık insidansı ile birliktedir. Yaşa bağlı organlarda fizyolojik değişiklikler beklenir, bunlar sadece hastalıkların kendini gösteriş şeklini etkilemez aynı zamanda tedaviye cevabı ve olası komplikasyonları da etkiler. Yaşlanmayla etkilenen sistemler arasında nörolojik sistem de vardır. Hem kısa süreli hafızada hem de motor aktivitelerde yavaşlama vardır. Yaş ilerledikçe denge ve koordinasyon da bozulur.¹⁶

Çalışmamızda cinsiyet ile Berg Denge Ölçeği puanı arasındaki ilişki incelendiğinde kadın cinsiyette Berg Denge Ölçeği puanı erkeklere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük bulunmuştur. Ancak cinsiyet ile İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kadınların birçok fiziksel uygunluk ve performans özelliklerinin erkeklere oranla daha düşük olduğu geçmiş çalışmalarda ortaya konmuştur.¹⁷ Ortalama yetişkin erkekler, kadınlardan daha uzun ve vücut ağırlıkları daha fazla iken cinsiyetler arasındaki performans farklılıkları kısmen vücut ölçülerindeki bu farka bağlanabilir ve genelde bu farklılıklar, spor yapıp yapmamaya göre değişmez. Kadının kas kuvvetinin erkeğine oranla daha az olduğu ve kuvvet farkının erkeklerdeki kas büyüklüğünün yüksek olmasından kaynaklandığı bilinmektedir.¹⁸

Denge ile kas kuvveti arasındaki ilişki literatürde birçok popülasyonda araştırılmıştır. Yaşlı bireylerde alt ekstremitelerde kas kuvveti ile denge içeren fonksiyonel aktiviteler ve yürüme hızı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği çalışmada özellikle kalça ve diz ekstansiyon kuvvetlerinin denge aktiviteleri ile güçlü ilişkili olduğu vurgulanmıştır. Benzer şekilde ikili-görev (dual task) içeren mobilite ve dengenin değerlendirildiği modifiye zamanlı kalk ve yürü testinin yaşlı bireylerde diz ekstansiyon kuvveti ile korele olduğu bildirilmiştir.¹⁹ Hastanede geriatrik rehabilitasyon uygulanan bireyler üzerinde yapılmış bir başka çalışma da yine bu sonuçları destekleyici şekilde denge ve mobilitenin özellikle alt ekstremitelerde kas kuvveti ile güçlü ve pozitif ilişki gösterdiğini belirtmiştir.²⁰

Berg Denge Ölçeğindeki parametreler kişilerin fiziksel aktivite performansını göstermektedir. Erkek hastaların, kadın hastalara göre kas kuvvetleri daha fazla olduğu için fonksiyonel denge kayıplarını kas kuvvetleri ile tolere edebilmiş olabilirler. Bu çalışmada elde edilen erkek cinsiyette Berg Denge Ölçeği puanının kadın cinsiyetten anlamlı olarak daha yüksek olması literatürdeki bu tolere edilebilirliği ile açıklanabilir.

İtaki Düşme Riski Ölçeğinde cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamasının nedeni ise Berg Denge Ölçeği skorunda olduğu gibi sadece fiziksel aktivite performansını gösteren parametrelere ek olarak, İtaki Düşme Riski Ölçeğinde kullanılan ilaçlar, boşaltım ihtiyacı (üriner/fekal kontinans bozukluğu), ekipman kullanımı (foley kateter, göğüs tüpü), düşme hikayesi öyküsü varlığı, ek hastalıklar, komorbidite durumu gibi direkt fiziksel aktiviteyi göstermeyen parametrelerin de bulunmasından kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızın tek merkezde yapılmış olması ve hasta takip sürelerinin hastane yatış süreleri ile sınırlı olması çalışmanın kısıtlılıkları arasında yer alabilir. Ölçümlerin aynı kişi tarafından yapılması ve standardize ölçüklerin kullanılması çalışmamızın güçlü yanları olarak sayılabilir.

Sonuç

Bu çalışma düşük D vitamini seviyesine sahip, inme nedeniyle hemipleji gelişmiş hastalarda D vitamini desteğinin denge üzerinde ve düşme riskinin azalmasında olumlu etkileri olduğunu desteklemektedir. Ayrıca bu çalışma denge parametrelerinin hemiplejik hastalarda yaşın ilerlemesi ile bozulduğunu ve cinsiyetler arasında da kadın hastalarda erkek hastalara göre daha çok etkilendiğini ortaya koymuştur.

Kaynaklar

1. Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Sep 11;(9)
2. Ma, V. Y., Chan, L., & Carruthers, K. J. Incidence, prevalence, costs, and impact on disability of common conditions requiring rehabilitation in the United States: stroke, spinal cord injury, traumatic brain injury, multiple sclerosis, osteoarthritis,

- rheumatoid arthritis, limb loss, and back pain. Archives of physical medicine and rehabilitation, 2014;95(5), 986-995.
3. Öge E. A.(Ed), Baykan B. (Ed), Bahar S. Z. (Yrd Ed). Nöroloji. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2004 ;19-24.
 4. Algun, C. Z. Fizyoterapi ve Rehabilitasyon. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2014 ; 397-420
 5. Persson, U. C. The Modified Version of the Postural Assessment Scale for Stroke Patients. Measurement properties and a longitudinal follow-up. Institute of Neuroscience and Physiology, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Göteborg, Sweden. 2012 ; ss.89-91
 6. Badke MB., Sherman J., Boyne P., Page S., Dunning K. Tongue-based biofeedback for balance in stroke: results of an 8-week pilot study. Arch Phys Med Rehabil. 2011;92: 1364-70.
 7. Gillen G., Burkhardt. A. Balance impairment. (Ed. Donato S., Pulaski KH.), Stroke rehabilitation. St Louis: Mosby, 2004 ;145-62.
 8. Soyuer F, Soyuer A, Öztürk A. Kronik inmede düşmeyi etkileyen faktörler. Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi 2006; 12(3):83-7.
 9. Jagnoor J, Suraweera W, Keay L, Ivers RQ, Thakur JS, Gururaj G, Jha P. Childhood and adult mortality from unintentional falls in india. Bulletin Of The World Health Organization 2011; 89:733-40.
 10. Annamari Kilkkinen, Paul Knekt, Antti Aro, Harri Rissanen, Jukka Marniemi, Markku Heliövaara, Olli Impivaara, Antti Reunanen, Vitamin D Status and the Risk of Cardiovascular Disease Death, American Journal of Epidemiology, Volume 170, Issue 8, 15 October 2009, Pages 1032–1039
 11. Yanoğlu, Dilek. 55 yaş altı genç iskemik inmeli hastalarda D vitamini düzeyi ve diğer risk faktörleri. Master's Thesis. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi/Tıp Fakültesi/Nöroloji Anabilim Dalı. 2019;111-112.
 12. Şahin, Füsün, et al. 'Berg Denge Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun İnmeli Hastalarda Geçerlilik ve Güvenilirliği.' Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi 2013;16.3
 13. Semba RD, Garrett E, Johnson BA, Guralnik JM, Fried LP. Vitamin D deficiency among older omen with and without disability. Am J Clin Nutr 2000;72:1529-34.
 14. Brown DL, Morgenstern LB, Majersik JJ, Kleerekoper M, Lisabeth LD. Risk of fractures after stroke. Cerebrovasc Dis 2008;25:95-9.
 15. Dawson-Hughes B, Mithal A, Bonjour JP, Boonen S, Burckhardt P, Fuleihan GE, et al. IOF position statement: vitamin D recommendations for older adults. Osteoporos Int 2010;21:1151-4.
 16. Sousa N., Sampaio J., Effects of Progressive Strength Training on the Performance of the Functional Reach Test and the Timed Get-Up-and-Go Test in an Elderly Population From the Rural North of Portugal, American Journal Of Human Biology 17:746–751 (2005)
 17. Kin İşler A, Koşar ŞN, Aşçı FH: 10 haftalık step programına katılımın kız ve erkek öğrencilerin fiziksel uygunluğuna etkisi. Spor Bilimleri Dergisi, 2001; 12(4): 18-25
 18. M. Günay Et Al. , 'Determination Of Physical Fitness Levels With Physical Performance Test Scores Of Elderly,' Turk Geriatri Dergisi-Turkish Journal Of Geriatrics ,2008 Vol.11, No.2, Pp.72-81.
 19. Giné-Garriga M, Guerra M, Manini TM, Mari-Dell'Olmo M, Pagès E, Unnithan VB. Measuring balance, lower extremity strength and gait in the elderly: Construct validation of an instrument. Archives of gerontology and geriatrics. 2010; 51(2): 199-204.
 20. Hasselgren L, Olsson LL, Nyberg L. Is leg muscle strength correlated with functional balance and mobility among inpatients in geriatric rehabilitation? Archives of gerontology and geriatrics. 2011; 52(3): e220-e5.



Original Research / Orijinal Araştırma

Examination of Emotions and Thoughts of Elderly Individuals Regarding COVID-19

Yaşlı Bireylerin COVID-19'a İlişkin Duygu ve Düşüncelerinin İncelenmesi

Hatice Tekin¹, Güler Duru Aşiret²

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to examine thoughts and feelings of elderly individuals towards COVID-19. **Methods:** Our descriptive study was conducted with 303 individuals aged 65 and over who agreed to participate in the study between May-August 2021. The data of the study were collected by the online survey method using the 'Descriptive Information Form' developed by the researchers and 'Multidimensional COVID-19 Scale'. Standard deviation, percentage, Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test and t test were used in the evaluation of the research data. **Results:** The mean score of the participants on the Multidimensional COVID-19 Scale was 89.47±8.69. While there was no statistically significant difference between the total score of the scale and gender, having a chronic disease, having a relative with the diagnosis of COVID-19, and how the test results were positive, there was no statistically significant difference ($p>0.05$). There was a significant difference between the results of 19 tests (positive- negative) the status of having a COVID-19 test, and whether or not he had a psychiatric diagnosis the last 6 months ($p<0.05$). **Conclusion:** In this study, which we conducted to examine the attitudes of elderly individuals towards COVID-19, it was determined that the feelings and thoughts of elderly individuals about COVID-19 were generally negative. It was determined that the participants experienced psychological symptoms, their level of intolerance to uncertainty increased, and their level of psychological resilience decreased.

Key words: Elderly people; COVID-19 pandemic; thoughts and feelings

Özet

Giriş: Bu çalışmada yaşlı bireylerin COVID-19'a ilişkin duygu ve düşüncelerinin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikte olan araştırma Mayıs-Ağustos 2021 tarihleri arasında 65 yaş ve üzeri, çalışmaya katılmayı kabul eden 303 birey ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen 'Tanıtıcı Bilgi Formu' ve 'Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği' kullanılarak online anket yöntemi ile toplanmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde ortalama, standart sapma, yüzde, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve t testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği puan ortalaması 89.47±8.69'dur. Ölçek puanı ile cinsiyet, kronik hastalığı olma durumu, COVID-19 tanısı alan yakını olma durumu, COVID-19 pozitif olan bireylerin hastalığı boyunca evde dinlenme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), yaş, eğitim durumu, COVID-19 testi yaptırmama durumu ve son 6 ay içinde psikiyatrik hastalık tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). **Sonuç:** Çalışmada yaşlı bireylerin COVID-19'a ilişkin duygu ve düşüncelerinin genel olarak olumsuz olduğu saptanmıştır. Çalışma kapsamındaki bireylerin psikolojik belirtiler yaşadıkları, belirsizliğe tahammülsüzlük seviyelerinin arttığını ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı birey; COVID-19 pandemisi; duygu ve düşünce

Geliş tarihi / Received: 11.04.2022 Kabul tarihi / Accepted: 06.08.2022

¹Aksaray Üniversitesi / Türkiye

²Aksaray Üniversitesi / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Güler Duru Aşiret, Aksaray Üniversitesi, Türkiye
gulerduru@gmail.com

Tekin H, Asiret GD. Examination of Emotions and Thoughts of Elderly Individuals Regarding COVID-19. TJFMPC, 2022;16(3): 550-558

DOI: 10.21763/tjfm.1101602

Giriş

Yeni Koronavirüs hastalığı (COVID-19), 2019 yılının sonlarına doğru ilk vakanın Çin'de tespit edilmesiyle ortaya çıkmış olup bütün dünyaya kısa sürede yayılmıştır.¹ Tüm dünyayı etkisi altına alan bu virüse karşı Dünya Sağlık Örgütü kayıtsız kalmayarak bu durumu acil bir halk sağlığı olarak ilan etmiştir. 19 Şubat 2022 tarihinden itibaren tüm dünyadaki toplam vaka sayısı 418650474 ve hayatını kaybedenlerin sayısı ise 5856224'e ulaşmıştır.² Çin Hastalık Kontrol Önleme Merkezinin COVID-19 tanısı almış 72314 hastanın verilerinin yer aldığı bir vaka raporunda, 80 yaşın üzerindeki bireylerin ölüm oranlarının diğer bireylere göre 3 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir.³ Avrupa ülkeleri ve diğer ülkelerde de durum benzerlik göstermekte olup ölümlerin büyük bir kısmının 60 yaş ve üzeri yaş grubundaki bireylerde olduğu bildirilmektedir.⁴ Ülkemizde ise ilk vaka 11 Mart 2020'de görülmüş olup 18 Şubat 2022 tarihinde vaka sayısı 13265374'e ulaşmıştır.² Ülkemizde Sağlık Bakanlığı (2020) tarafından yayınlanan bir raporda, COVID-19'un 65 ve üzeri yaş grubunda görülme oranı %11, 2 olarak belirtilmekte iken en yüksek ölüm hızının %30, 81 ile 80 yaş ve üzeri grupta olduğu belirtilmektedir.⁵ Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de 60 yaş ve üzeri bireyler ve kronik hastalığı olan (diyabet, hipertansiyon, astım, KOAH, kalp hastalığı vb.) bireylerin hastalık için risk grubunda yer aldığı bildirilmektedir.⁶

Tüm ülkelere benzer olarak ülkemizde de bazı önlemler alınıp hastalığın yayılma gücü kırılmaya çalışılmıştır. Risk altında olan bireyleri korumak adına Sağlık Bakanlığı ve Bilim Kurulunun tavsiyeleri doğrultusunda, valiliklerce uygulanmak üzere İl İdaresi Kanununun 11/C maddesi ve Umuma Hıfzıssıhha Kanununun 27'nci ve 72'nci maddesi kapsamında; İçişleri Bakanlığı tarafından bir genelge yayınlanarak kronik hastalığı olan ve 65 yaş ve üzeri bireylerin sokağa çıkması yasaklanmıştır.⁷ Bu yasak risk altındaki bireyleri izole ederek koruma amaçlı yapılmış olsa da özellikle yaşlı bireyler açısından bir takım olumsuz sonuçları da beraberinde getirmiştir. Ayrıca sosyal medyada onları küçük düşürecek ve alay konusu paylaşımlarda bulunulması yaşlı bireylerin kendilerini değersiz hissetmesine neden olmuştur.⁸

Bu nedenle yaşlı bireylerin COVID-19'a ilişkin duygu ve düşüncelerinin belirlenmesi önem arz etmektedir. Literatür incelendiğinde bu konuya ilişkin sınırlı sayıda araştırmaya ulaşılmıştır. Arısoy ve Çay (2021)'in yaptığı bir çalışmada 60 yaş üstü bireylerin COVID-19 korku düzeyinin, 59 yaş altı bireylere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁹ Kong ve arkadaşlarının (2020) Kamerun bölgesinde COVID-19 tanısı ile hastanede yatan 285 birey üzerine yaptığı çalışmada da katılımcıların yaşları arttıkça anksiyetelerinin ve depresyona yatkınlıklarının arttığı tespit edilmiştir.¹⁰ Van Tilburg ve arkadaşlarının (2020) yaptığı bir çalışmada Hollanda'da yaşayan yaşlı bireylerin COVID-19 sürecinde yalnızlık düzeyinin arttığı belirtilmiştir.¹¹ Sayın Kasar ve Kahraman (2021)'in COVID-19 pandemisi sırasında yaşlılarda sosyal izolasyon ve yaşam kalitesini inceledikleri bir derlemede, pandemi dönemindeki kısıtlamalarla beraber yaşlı bireylerin yalnızlık düzeylerinin artarak yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır.¹² Bu çalışma da, toplumumuzun önemli bir kısmını oluşturan yaşlı bireylerin COVID-19'a ilişkin duygu ve düşüncelerini incelenmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Bu çalışma günümüzde de devam eden COVID-19 pandemisi süresince yaşlı bireylerin COVID-19'a ilişkin duygu ve düşüncelerini incelemek amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini 65 yaş ve üzeri olan yaşlı bireyler oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, amaçlı örnekleme yöntemlerinden sanal kartopu örnekleme yöntemi kullanılarak ulaşılmıştır. Kartopu örnekleme yönteminde konu ile ilgili belirli kişiler seçilmekte ve bu kişiler aracılığı ile diğer kişilere ulaşılmaktadır.¹³ Bu yöntemin seçilmesiyle pandemi dönemi şartları göz önünde bulundurularak katılımcılara daha kolay ulaşılabileceği düşünülmüştür. Çalışmadaki örneklem hesabı G-Power güç analizi kullanılarak yapılmış olup 0.166 etki büyüklüğü ile birlikte çalışmanın gücü %80 kabul edilerek gerekli örneklem sayısı 224 birey olarak saptanmıştır. Araştırma kapsamında, çalışmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri aile üyelerinden başlanarak online anket linki gönderilmiştir. Bu bireylerin linkte yer alan veri toplama formunu doldurmaları ve bu linki çevrelerindeki 65 yaş ve üzeri çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle paylaşmaları rica edilerek yürütülmüştür. Sosyal medya kullanmayan yaşlı bireylere ise bireylerin yakınları aracılığı ile ulaşılmıştır. Bireylerin yakınlarına online anket linki gönderilerek veri toplama işlemi yapılmış olup bireylerin yakınlarından linki paylaşmaları rica edilmiştir. Bu çalışmada online anket veri toplama formu 31.05.2021

tarihinde erişime açılmış olup 18.08.2021 tarihinde erişime kapatılmıştır. Araştırma, 303 yaşlı birey ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama Aracı

Araştırmanın verileri online anket yoluyla toplanmıştır. Veri toplama formu, tanıtıcı bilgi formu ve Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, kronik hastalık varlığına) ilişkin beş; COVID-19'a ilişkin durumlarını belirlemeye yönelik (COVID-19 testi yaptırma, COVID-19 tanısı alan yakınının olup olmaması, COVID-19 nedeniyle bir yakını kaybetme ve son altı ay içerisinde herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı alma durumu) beş soru olmak üzere toplamda 10 sorudan oluşmaktadır.

Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği

Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği Batıgün ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilmiştir.¹⁴ Ölçek bireylerin COVID-19'a yönelik duygu, düşünce ve davranışlarını ölçmektedir. Ölçek, 22 maddeden oluşmakta olup 1-5 arası likert tipi üzerinden puanlanması yapılmaktadır (1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle Katılıyorum). Katılımcıların bu ölçekten aldıkları puanlar arttıkça psikolojik belirtileri artarak, belirsizliğe tahammülsüzlük seviyeleri de artmakta ayrıca psikolojik sağlık düzeyleri ise azalmaktadır.¹⁴ Ölçeğin çalışmada kullanılabilmesi için ölçek geliştiricisinden izin alınmıştır.

Verilerin Toplanması

Veri toplama formu 'Google Forms' uygulaması üzerinden hazırlanarak araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden aile üyesi yaşlı bireylerden başlanarak WhatsApp ve Twitter üzerinden online anket yoluyla gönderilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerden veri toplama formunu, tanıdıkları 65 yaş ve üstü bireylere göndermeleri rica edilmiştir. Veri toplama formu süre ölçmek için uygulayıcı tarafından cevaplandırılmıştır. Araştırmaya katılanların veri toplama formunu yaklaşık 15 dakikada cevaplandıkları varsayılmaktadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmanın verileri SPSS paket programı ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri sayı, yüzde, ortalama, standart sapma ile hesaplanmıştır. Araştırma verilerinin dağılımları Shapiro-Wilk testi kullanarak değerlendirilmiştir. Verileri normal dağılım göstermediği durumlarda iki gruplu değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi ve üç veya daha fazla gruplu değişkenlerin karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Araştırma verileri normal dağılım gösterdiği durumlarda ikili karşılaştırmalarda bağımsız gruplarda t testi ve ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında One-way ANOVA testi kullanılmıştır. $p < 0.05$ değeri anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Çok boyutlu COVID-19 ölçeğinden alınan puan ortalamalarıdır. Bağımsız değişkenler: Bireyin yaş, cinsiyet, medeni durum, COVID-19 geçirme, COVID-19 testi yaptırma durumu gibi özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenleri arasında yer almaktadır.

Araştırmanın Etik Yönü

Aksaray Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan (2021/04-63) ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınarak araştırmaya başlanmıştır. Çalışmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Verilerin online anket yoluyla toplanması sadece internet ve teknoloji erişimi olan bireylere ulaşılması açısından araştırmanın kısıtlılıkları arasındadır. Online anket daha fazla veri toplamamıza olanak sağlarken, katılımcılar tarafından sorulara yanlış cevaplar verilebilmesi gibi durumları da beraberinde getirebilmektedir.

Bulgular

Tablo 1'de çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine yer verilmiştir. Araştırmaya katılan bireylerin %63.7'si 65-75 yaş aralığında, %51.2'si kadın, %57.4'ü ilköğretim mezunu ve %74.6'sı evlidir. Yaşlı

bireylerin %86.8'inin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların, %46.5'i en az bir kez COVID-19 testi yaptırdığını, %38.7'si COVID-19 test sonucunun pozitif olduğunu ve COVID-19 test sonucu pozitif olanların %59.6'sı da bu süreci hastanede tedavi alarak geçirdiğini ifade etmiştir. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin %88.4'ü çevresindeki bireylerin de COVID-19 geçirdiğini belirtmiştir. Ayrıca yaşlı bireylerin %93.1'i son 6 ay içerisinde doktor tarafından herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almadığını ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo -Demografik Özelliklerinin Dağılımları (n=303)		
Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Yaş(yıl)		
65-75 yaş arası	196	63.70
76-89 yaş arası	95	31.40
90 yaş ve üzeri	12	4.90
Cinsiyet		
Kadın	155	51.20
Erkek	148	48.80
Eğitim Durumu		
Okur-yazar değil	59	19.50
Okur-yazar	46	15.20
İlköğretim	174	57.40
Lise ve üzeri	24	7.90
Medeni Durum		
Evli	226	74.60
Bekar	77	25.40
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	263	86.80
Yok	40	13.20
COVID-19 Testi Yaptırma Durumu		
Evet	141	46.50
Hayır	162	53.50
COVID-19 Test Sonucu		
Pozitif	55	38.70
Negatif	70	49.30
Henüz sonuçlanmadı	17	12.00
Test Sonucu Pozitif Olanların Süreci Nasıl Geçirdikleri		
Hastanede tedavi alarak	34	59.60
Evde dinlenerek	23	40.40
COVID-19 Tanısı Alan Bir Yakını Olma Durumu		
Evet	268	88.40
Hayır	35	11.60
Son 6 Ay İçinde Herhangi Bir Psikiyatrik Tanı Alma Durumu		
Evet	21	6.90
Hayır	282	93.10

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği toplam puan ortalaması 89.47 ± 18.69 olup en düşük ortalama 70.77 iken, en yüksek ortalama 108.16'dir. Ölçekten alınan en düşük puan 35 ve en yüksek puan ise 110'dur (Tablo 2). Çalışma kapsamındaki yaşlı bireylerin ölçekten aldığı puanın yüksek olması yaşlı bireylerin psikolojik belirtilerinin ve belirsizliğe tahammülsüzlük seviyelerinin arttığını ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin azaldığını göstermektedir.

Ölçek alt boyut ve toplam puanları	Ort.	ss.	min	maks.
COVID-19' a ilişkin duygu ve davranışlar	34.99	9.695	9	45
COVID-19' a ilişkin düşünceler	31.49	7.363	9	40
COVID-19' a ilişkin alınan önlemler	22.98	3.915	7	25
Çok Boyutlu COVID-19 ölçeği	89.47	18.691	35	110

Çalışma kapsamındaki yaşlı bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği'nden aldıkları puanların ortalaması Tablo 3 ve 4' te verilmiştir. Katılımcıların medeni durumu, cinsiyeti, kronik hastalık varlığı, COVID-19 tanısı alan yakını olma durumu, test sonucu pozitif olanların süreci nasıl geçirdikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Bununla birlikte bireylerin yaş, eğitim durumu, COVID-19 test sonucu, COVID-19 testi yaptırma durumu, son 6 ay içinde psikiyatrik tanı alıp almadığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Tanımlayıcı Özellikler	COVID-19'a ilişkin duygu ve davranışlar	COVID-19' a ilişkin düşünceler	COVID-19' a ilişkin alınan önlemler**	Çok Boyutlu COVID-19 ölçeği
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Yaş				
65-75 yaş	68.88±19.58	61.44±15.29	46.65±8.40	175.97±38.32
76-89 yaş	68.29±20.76	64.17±14.89	45.27±8.14	177.73±39.82
90 yaş ve üzeri	40.33±6.99	35.92±6.72	24.58±1.00	100.83±13.61
F / p	3.775 / 0.008*	2.804 / 0.033	3.605 / 0.492	0.012*
Eğitim Durumu				
Okur-yazar değil	30.17±10.14	28.76±7.03	20.88±5.50	79.81±20.70
Okur-yazar	38.15±8.11	33.30±5.40	23.17±4.06	94.63±15.00
İlköğretim	71.98±18.35	63.89±14.88	46.98±6.47	182.85±35.31
Lise ve üzeri	74.30±18.68	68.55±12.97	45.75±6.19	188.60±36.24
F / p	5.031 / 0.000*	3.006 / 0.012*	15.105 / 0.010*	3.980 / 0.008*
COVID-19 Test Sonucu				
Pozitif	37.82±7.61	33.71±5.26	23.89±2.43	95.42±12.60
Negatif	35.84±8.18	31.56±6.29	23.36±3.71	90.76±15.50
Henüz Sonuçlanmadı	41.47±3.66	33.12±4.20	24.53±1.13	99.12±6.77
F / p	9.401 / 0.000*	2.209 / 0.120	0.572 / 0.751	5.644 / 0.005*

* $p < .05$, **Kruskal Wallis H

Tablo 4. Katılımcıların Tanımlayıcı Özellikleri ile Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği'nin Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=303)				
Tanımlayıcı Özellikler	COVID-19'a ilişkin duygu ve davranışlar	COVID-19' a ilişkin düşünceler	COVID-19' a ilişkin alınan önlemler**	Çok Boyutlu COVID-19 ölçeği
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet				
Kadın	35.13±9.44	31.47±7.31	23.08±3.92	89.68±18.59
Erkek	34.85±9.98	31.51±7.45	22.88±3.93	89.24±18.59
t / p	0.249 / 0.804	-0.042 / 0.966	-0.843 / 0.399	0.208 / 0.835
Medeni durum				
Bekar	32.65±12.30	30.45±8.86	22.40±4.77	85.51±23.52
Evli	35.79±8.52	31.84±6.76	23.18±3.57	90.81±16.58
t / p	-2.079 / 0.040	-1.254 / 0.213	-0.256 / 0.798	-1.831 / 0.070
Kronik hastalık durumu				
Var	35.21±9.46	31.87±7.39	23.06±3.87	90.14±18.53
Yok	33.60±11.16	28.98±6.73	22.45±4.19	85.03±19.41
t / p	0.976 / 0.330	2.334 / 0.020	-3.255 / 0.001	1.617 / 0.107
COVID-19 testi yaptıırma				
Evet	37.31±7.75	32.58±5.76	23.70±3.06	93.59±13.92
Hayır	32.98±10.74	30.54±8.42	22.36±4.45	85.88±21.42
t / p	4.066 / 0.000	2.492 / 0.013	3.065 / 0.002	3.760 / 0.000
COVID-19 pozitif olanların hastalık sürecinde buldukları ortam				
Evde dinlenerek	39.65±7.01	35.43±4.94	23.48±2.70	98.57±12.48
Hastanede tedavi alarak	35.97±7.86	31.94±5.35	23.65±2.90	91.56±13.23
t / p	1.811 / 0.076	2.493 / 0.016	0.573 / 0.566	2.006 / 0.050
COVID-19 tanısı alan bir yakını olma durumu				
Evet	34.96±9.67	31.40±7.27	23.01±4.02	89.36±18.80
Hayır	35.29±10.01	32.20±8.09	22.77±3.01	90.26±18.07
t / p	-0.189 / 0.850	-0.607 / 0.544	-1.373 / 0.170	-0.266 / 0.790
Son 6 ay içinde herhangi bir psikiyatrik tanı alma durumu				
Evet	39.90±5.36	35.95±4.93	22.76±2.83	98.62±11.47
Hayır	34.63±9.85	31.16±7.41	23.00±3.99	88.78±18.96
t / p	4.035 / 0.000	4.122 / 0.000	1.701 / 0.089	3.583 / 0.001

*p < .05, **Mann Whitney U

Tartışma

Bu çalışma, yaşlı bireylerin COVID-19'a ilişkin düşünce ve duygularını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada yaşlı bireylerin COVID-19'a ilişkin düşünce ve duygularının genel olarak olumsuz olduğu saptanmıştır. Çalışma kapsamındaki yaşlı bireylerin psikolojik belirtiler yaşadıkları, belirsizliğe tahammülsüzlük seviyelerinin arttığı ve psikolojik sağlık düzeylerinin azaldığı belirlenmiştir. Pandemi döneminde yaşlı bireylere getirilen izolasyon süreci bireylerin anksiyete ve kaygı seviyelerini artırarak yaşlılık döneminde hissedilen korku ve yalnızlık gibi duyguların daha da belirgin şekilde açığa çıkmasına neden olmuştur.¹⁵⁻¹⁸ Yapılan çalışmalar incelendiğinde de COVID-19 pandemi sürecinde kaygı, anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar deneyimlendiği tespit edilmiştir.^{9,10,19,20}

Bu çalışmada 90 yaş ve üzeri olan bireylerin, Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği toplam puan ortalamasının diğer yaş gruplarında yer alan bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer olarak Kong ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu çalışmada ise, ileri yaştaki grubun

kaygı ve endişe puanlarının diğer yaş grubunda bulunan bireylere göre daha fazla olduğu bildirilmiştir.¹⁰ Arısoy ve Çay (2021)'in 59 yaş ve altı 232 birey ve 60 yaş ve üstü 384 birey ile yaptığı bir çalışmada 60 yaş üstü bireylerin COVID-19 korku düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.⁹ Çalışma sonucumuzdan farklı olarak Bakioğlu ve arkadaşlarının (2020) yapmış olduğu araştırmada, yaş faktörü ile COVID-19 korkusu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.²⁰ Aydın ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışma ise, en genç yaş grubundaki bireylerin COVID-19 korkusunu en fazla yaşadığı yönünde olmuştur.²¹ Huang ve Zhao (2020) tarafından yapılan çalışmada da genç yaş aralığındaki bireylerin korku ve endişe seviyelerinin ileri yaştaki bireylere oranla daha fazla olduğu saptanmıştır.²²

Çalışmamızda bireyleri cinsiyet faktörü açısından incelediğimizde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Çalışmamıza benzer olarak Türkmen (2021)'in banka personellerinin COVID-19 korkusu üzerine yaptığı bir araştırmada da cinsiyet ve COVID-19 korkusu arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır.²³ Çalışmamızdan farklı olarak Özşahin ve Arıbaş (2021) tarafından COVID-19'a yönelik tutum ve davranışların incelendiği bir çalışmada, cinsiyet faktörü istatistiksel olarak anlamlı bulunarak kadınların COVID-19'a yönelik tutumlarının erkeklerden daha iyi olduğu sonucuna varılmıştır.²⁴ Öztekin ve arkadaşlarının (2021) yaptığı bir çalışmada ise kadınların erkeklere oranla daha yüksek kaygı yaşadıkları saptanmıştır.²⁵

Çalışmada yaşlı bireylerin eğitim durumu ile Çok Boyutlu COVID-19 Ölçek puanı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Okur-yazar olmayan bireylerin Çok Boyutlu COVID-19 Ölçek puanı diğer gruplarda yer alan bireylere göre daha düşüktür. Bakioğlu ve arkadaşlarının (2020) yaptığı bir çalışmada ise ilköğretim mezunu olan bireylerin lisansüstü mezunu olan bireylere göre daha fazla korku yaşadığı saptanmıştır.²⁰ Öztekin ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada COVID-19'a karşı yaşanan kaygı düzeyi ve eğitim durumu arasında anlamlı bir fark olmadığı, yine Ekiz ve arkadaşlarının (2020) 568 kişi ile yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi ve COVID-19 korkusu arasında anlamlı fark bulunmadığı saptanmıştır.^{25,26} Bu durumun eğitim seviyesi düşüktüğü bireylerin gündemi takip etmekte güçlük yaşayabilmeleri ve yakın çevresinin anlattığı kadarıyla COVID-19 hakkında sınırlı bilgiye sahip olabilmesine bağlı olarak ortaya çıkabileceğini düşünmekteyiz.

Bu çalışmada, bekâr bireylerin COVID-19'a yönelik duygu ve davranışlar alt boyutu puanının evlilere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde çalışma sonuçlarımıza benzer sonuçlar oldukça yaygındır. Gencer'in (2020) pandemi sürecinde bireylerin COVID-19 korkusunu belirlemek amacıyla yaptığı bir çalışmada bekar katılımcıların evli ya da boşanmış katılımcılara göre kaygı düzeylerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir.²⁷ Öztekin ve arkadaşlarının (2021) yaptığı çalışmada da evli bireylerin kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.²⁵ Çalışmamızdan farklı olarak Yılmaz ve arkadaşlarının (2020) COVID-19 pandemi süresince bireylerdeki anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin incelendiği bir çalışmada bekarların anksiyete düzeyleri evli olanlara göre daha yüksek saptanırken, umutsuzluk düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.¹⁹

COVID-19 pandemisi yaşlılığa ek olarak kronik hastalığı olan bireyleri daha fazla etkilediği için kronik rahatsızlığı olan yaşlı bireylerin COVID-19'a ilişkin tutumlarının araştırılması gerekliliğini ortaya koymuştur. Bu doğrultuda araştırmamıza katılan bireylerden kronik hastalığı olanların COVID-19'a ilişkin düşünceler ve alınan önlemler alt boyut puanlarının kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Bakioğlu ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada da kronik hastalığı olan bireylerin korku düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.²⁰ Gencer'in (2020) yaptığı bir çalışmada ise kronik hastalığı olan bireylerin olmayanlara göre kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır.²⁷ Kronik hastalıklar yavaş ilerleyen, ömür boyu devam eden ve bireyin yaşam doyumunu etkileyen hastalıklardır. Aynı zamanda dönem dönem ortaya çıkan komplikasyonlarıyla bireyin duygu durumunu da etkileyebilmektedir. COVID-19 pandemisinin başından beri riskli gruplar arasında kronik hastalığa sahip bireylerin olduğu yönünde birçok haber yapılmıştır. Yapılan çalışmalarda kronik hastalığa sahip bireylerin hastalığı daha ağır geçirdiği, hastaneye yatış ve yoğun bakım ihtiyaçlarının daha fazla olduğu tespit edilmiştir.^{28,29} Ayrıca araştırmamızda test sonucu pozitif olan bireylerden bu süreci evde dinlenerek geçirenlerin düşünceler alt boyut puanının hastanede tedavi alanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durumda yaşlı bireylerin pandemi sürecinde hastanede olmalarının kendilerini daha çok güvende hissetmelerine neden olarak puanlama durumunu etkilemiş olabileceğini düşünmekteyiz.

COVID-19 testi yaptıranların Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği puanı, yaptırmayanlara göre daha yüksek olup test sonucu henüz gelmeyenlerin COVID-19'a ilişkin duygu ve davranışlar alt boyut puanı, test sonucu pozitif ve negatif olanlara göre daha yüksektir. Pandemi döneminde COVID-19 pozitif veya negatifliğini anlamak için yapılan Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PCR) testinin sonucunun hemen çıkmayıp en az 6 saat en fazla 24

saat içinde çıkmasının bireyleri daha fazla stres altına sokarak duygu ve davranış puanlarını etkilediği düşünülmektedir ki test sonucu henüz gelmeyenlerin Çok Boyutlu COVID-19 Ölçek puanının, test sonucu negatif olanlara göre daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur. Arısoy ve Çay'ın (2021) yaşlı bireyler ile yetişkin bireyler arasında COVID-19 korkusunu karşılaştırdıkları bir çalışmada daha önce test yaptırıp sonucu pozitif çıkan bireylerin kaygı düzeylerinin, test yaptırmayan veya test yaptıırıp sonucu negatif çıkan katılımcıların kaygı düzeylerinden daha az olduğu tespit edilmiştir.⁹

Pandeminin yol açtığı sosyal izolasyon, COVID-19 hastalığının prognozunun bilinmemesine karşı anksiyete ve kaygı düzeylerinin artması gibi nedenler psikiyatrik hastalıkları da doğrudan etkilemektedir. Çalışmamızda ise bu konuyu destekleyici olarak katılımcıların son 6 ay içerisinde herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı alma durumu incelendiğinde psikiyatrik hastalık tanısı alan bireylerin Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği puanlarının tanı almayan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Victoria ve arkadaşlarının (2020) yaptığı bir olgu sunumunda 38 yaşında bir kadın hastanın daha önceden herhangi bir psikiyatrik morbiditesi olmamasına rağmen COVID-19'a bağlı yaşadığı kaygı ve anksiyeteye sekonder gelişen psikotik atak geçirdiği ifade edilmiştir.³⁰ Ayrıca Tozoğlu ve arkadaşlarının (2021) COVID-19 pandemisinde şizofreni hastalarının anksiyete düzeylerini değerlendirmek için 22-68 yaş arası 26 şizofreni hastalarına yaptıkları bir çalışmada bireylerin pandemi öncesi ve pandemi dönemi kaygı düzeyleri karşılaştırıldığında kaygı düzeylerinin pandemi döneminde oldukça artış gösterdiği saptanmıştır.³¹ Çalışma sonuçları göz önünde bulundurularak daha önce psikiyatrik tanısı olan bireylerin bu dönemde hastalıklarında alevlenmeler görülmesi oldukça olasıdır.

Sonuç ve Öneriler

Pandemi ortaya çıktığı günden itibaren birçok insanın hayatını etkilemiş ve hala da etkilemeye devam etmektedir. Genç yaş grubundaki bireyler genel olarak hastalığı daha hafif atlarken yaşlı bireyler daha ağır atlatabilmektedirler. Bu süreçte yaşlanmanın beraberinde getirdiği sorunlara uyum sağlamaya çalışan yaşlı birey, COVID-19'un getirdiği değişimlere de uyum sağlamak zorunda kalmaktadır. Bu süreçte yaşanan belirsizlikler de yaşlı bireyin birçok alanda sorun yaşamasına neden olabilmektedir. Yaşlı bireylerin COVID-19'a ilişkin tutumlarını incelemek için yaptığımız bu çalışmada yaşlı bireylerin COVID-19'a ilişkin duygu ve düşüncelerinin genel olarak olumsuz olduğu, psikolojik belirtiler yaşadıkları, belirsizliğe tahammülsüzlük seviyelerinin arttığı ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin azaldığı tespit edilmiştir. Özellikle 90 yaş ve üzeri, okur yazar olmayan, bekâr olan, COVID-19 testi yaptıran ve son altı ay içerisinde herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı alan bireylerin COVID-19'a ilişkin duygu ve düşüncesinin diğer bireylere göre daha olumsuz olduğu saptanmıştır. Bu grupta yer alan bireylerin tüm sağlık personeline daha kapsamlı değerlendirilmesi ve bakımının yürütülmesi önem arz etmektedir. Bu süreçte yaşlı bireylerin bu zor dönemde psiko-sosyal olarak kendilerini iyi hissetmeleri için ihtiyaçları olduğu her an ulaşabilecekleri profesyonel destek hatları kurulabilir ve ayrıca düzenli ev ziyaretleri yapılarak bireyler hem sağlık hem de psikolojik yönden takip edilebilir. Bulaş riskini azaltmak için kullanılan tele tıp yöntemi daha geliştirilerek pandemi sonrasında da özellikle yaşlı bireylerin hizmetine sunulabilir.

Etik Kurul Onayı: Aksaray Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul'undan onay alındı (2021/63).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Katılımcı Onamı: Alındı.

Ethics Committee Approval: Aksaray Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurul'undan approval was obtained (2021/63).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Informed Consent: Receipt.

Kaynaklar

1. WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 51. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf?sfvrsn=1ba62e5710> Accessed 18.06.2021.
2. WHO. COVID-19 Kontrol Paneli. <https://covid19.who.int> Accessed 19.02.2022.
3. İşsever H, İşsever T, Öztan G. COVID-19 epidemiyolojisi. SABİAD (2020);3(1):1-13.

4. UN. Issue Brief: Older Persons and COVID-19, 2020. <https://www.un.org/development/desa/ageing/news/2020/05/covid19/> Accessed 20.06.2021.
5. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Haftalık Durum Raporu 19.10.2020-25.10.2020. https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39229/0/covid-19-haftalik-durumraporu43pdf.pdf?_tag1=70F7CD89B8F7191D8FAD3ACF29EF550190C31B61 Accessed 19.02.2022.
6. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2020a). <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-.html> Accessed 20.06.2021.
7. İçişleri Bakanlığı Sokağa Çıkma Yasağı Genelgesi 2020. <https://www.icisleri.gov.tr/65-yas-ve-ustu-ile-kronik-rahatsızligi-olanlara-sokaga-cikma-yasagi-genelgesi> Accessed 22.06.2021.
8. Soysal G. Koronavirüs salgını ve yaşlılık. ASEAD 2020;7(5):290- 301.
9. Arısoy A, Çay M. Yaşlı bireylerde koronavirüs (COVID-19) korkusu; yetişkin bireylerle karşılaştırmalı bir çalışma. TSHD 2021;0(17): 82-97. doi: 10.46218/tshd.881006
10. Kong X, Zheng K, Tang M, et al. Prevalence and factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with COVID-19. MedRxiv 2020;1-12. doi: 10.1101/2020.03.24.20043075.
11. Van Tilburg TG, Steinmetz S, Stolte E, van der Roest H, de Vries DH. COVID-19 pandemisi sırasında yalnızlık ve ruh sağlığı: Hollandalı yaşlı yetişkinler arasında bir çalışma. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2021;76(7):249-255. doi: 10.1093/geronb/gbaa111.
12. Sayın Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. Geriatric Nursing 2021;42(5):1222-1229. doi: 10.1016/j.gerinurse.2021.03.010.
13. Kılıç S. Örnekleme yöntemleri. JMOOD 2013; 3(1): 44-6. doi: 10.5455/jmood.20130325011730.
14. Durak Batıgün A, Şenkal Ertürk İ. Çok Boyutlu COVID-19 Ölçeği geliştirme, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Nesne Dergisi 2020;8(18):406-421. doi: 10.7816/nesne-08-18-04
15. Santini, Z, Jose P, Cornwell, E, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. The Lancet 2020;5(1):62-70. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30230-0.
16. Sattari S, Billore S. Bring it on Covid-19: being an older person in developing countries during a pandemic. WWOP 2020;24(4):281-291. doi:10.1108/WWOP-06-2020-0030.
17. Uysal M, Eren G. Covid-19 salgını sürecinde sosyal medyada yaşlılara yönelik ayrımcılık: Twitter örneği. Turkish Studies 2020;15(4):1147-1162.
18. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez, P, et al. Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations. JNHA 2020; 24(9):938-947. doi: 10.1007/s12603-020-1469-2.
19. Yılmaz Z, İstemihan FY, Arayıcı SN, Yılmaz S, Güloğlu B. COVID-19 Pandemi sürecinde bireylerdeki anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin incelenmesi. Kriz Dergisi 2020;28(3):135-155.
20. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. COVID-19 korkusu ve pozitiflik: belirsizlik, depresyon, anksiyete ve stres intoleransının aracılık rolü. Int J Ment Health Addict 2021;19(6):2369-2382. doi: 10.1007/s11469-020-00331.
21. Aydın O. A, Orhan S, Gümüş M, Kaya N, Mahanoğlu E. COVID-19'un nedenleri algısı ile COVID-19 korkusu arasındaki ilişki üzerine bir inceleme. Al Farabi İnjoos 2021;6(3):9-25. doi: 10.46291/Al-Farabi.060302
22. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 epidemic in China: a web-based cross-sectional survey. Psychiatry Research 2020;288(112954):1- 6. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954.
23. Türkmen A. Banka personelinin COVID-19 korkusunun incelenmesi. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi 2021;3(2):87-92.
24. Özşahin F, Arıbaş A. N. COVID-19'a yönelik tutum ve davranışların değerlendirilmesi ve bir uygulama. USAYSAD 2021;7(2):391-401.
25. Öztekin A, Keskin E, Açıl H, Durak S, Dündar M, Yılmaz İ. Evaluation of anxiety levels linked to experienced coronavirus epidemic: the example of Turkey. RESS 2021;8(7):219-232. doi:10.17121/ressjournal.3011.
26. Ekiz T, İlman E, Dönmez E. Bireylerin sağlık anksiyetesi düzeyleri ile COVID-19 salgını kontrol algısının karşılaştırılması. USAYSAD 2020;6(1):139-154.
27. Gencer N. Pandemi sürecinde bireylerin koronavirüs (COVID-19) korkusu: Çorum örneği. USBAD 2020;2(4):1153-73. doi: 10.47994/usbad.791577
28. Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet 2020;395(10229):1054-1062. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.
29. Çölgeçen Y, Çölgeçen H. COVID-19 pandemisine bağlı yaşanan kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi: Türkiye örneği. Electronic Turkish Studies 2020;15(4):261-275.
30. Huarcaya-Victoria J, Herrera D, Castillo C. Psychosis in a patient with anxiety related to COVID-19: a case report. Psychiatry Research 2020;289:113052. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113052.
31. Tozoğlu E. Ö, Alkan E, Özpolat G. COVID-19 pandemisinde toplum ruh sağlığı merkezlerinin hizmet şekli değişikliği ile şizofreni hastalarındaki anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki. Çukurova Medical Journal 2021;46(3):966-974.

Original Research / Orijinal Araştırma

Investigation of Cancer Attitudes and Affecting Factors of Women Registered In A Family Health Center In Erzurum

Erzurum'da Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne Kayıtlı Kadınların Kanser Tutumları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi

Özlem Arı¹, Meral Kılıç²

Abstract

Introduction: This study was conducted to evaluate the women's attitudes towards cancer and to examine the influencing factors. **Method:**The study was carried out in descriptive design. The study was conducted in Solakzade Family Health Center affiliated with Erzurum Palandoken District Health Directorate between December 01, 2018 and March 31, 2019. The sample of the study consisted of 380 women, who applied between the aforementioned dates, met the inclusion criteria and agreed to participate in the study. The data were collected using the 'Personal Information Form' and the 'Questionnaire for Measuring Attitudes Toward Cancer (Cancer Stigma)-Community Version' and were evaluated using frequency, percentage, t-test, One-Way Analysis of Variance, LSD Post Hoc test, Kruskal Wallis H test, Mann Whitney U test and Dunnet's T3 Post Hoc analyses. A mean score of 2.5 and above from the scale indicates a negative attitude towards cancer. **Results:** In the study, it was found that the women's total mean score of the Questionnaire for Measuring Attitudes Toward Cancer was 2.06 ± 0.66 , mean score of impossible recovery subscale was 2.30 ± 0.91 , mean score of discrimination subscale was 1.76 ± 0.99 , and mean score of revealing/spreading the cancer diagnosis subscale was 1.97 ± 0.91 . As a result of the statistical analysis, it was determined that there was a significant difference between the Impossible Recovery subscale scores and woman's age, educational background, marriage year, husband's age, husband's educational background, working condition, occupation, income status, and family type ($p < 0.05$). **Conclusion:**In this study, the mean score of the survey measuring women's attitudes towards cancer was found to be 2.06 ± 0.66 and it was seen that 24.2% of the participants had a negative attitude towards cancer. Since the sociodemographic characteristics of women affect their attitudes towards cancer, its effect on screening behaviors cannot be ignored. Women should be educated to reduce their negative attitudes towards cancer. The active role of health professionals who are in constant contact with women in these trainings will be beneficial in reducing women's negative attitudes towards cancer.

Key words: Woman, cancer screening, community, attitude

Özet

Giriş: Bu çalışma kadınların kanser tutumlarının değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Bu araştırma tanımlayıcı tipte yapılmıştır. Araştırma Erzurum Palandöken İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Solakzade Aile Sağlığı Merkezi'nde 1 Aralık 2018 - 31 Mart 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu tarihler arasında başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 380 kadın araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında 'Kişisel Bilgi Formu' ve 'Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (Kanser Damgası)-Toplum Versiyonu Ölçeği' kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, frekans, yüzde, t Testi, Tek Yönlü Varyans analizi, LSD Post Hoc testi, Kruskal Wallis H testi, Mann Whitney U testi, Dunnet T3 Post Hoc analizleri kullanılmıştır. Ölçekten alınan puan ortalamasının 2.5 ve üzeri olması kansere karşı olumsuz bir tutumu ifade etmektedir. **Bulgular:** Bu çalışmada kadınların kansere ilişkin tutumları ölçme anketi toplam puan ortalamasının 2.06 ± 0.66 , iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu puan ortalamasının 2.30 ± 0.91 , ayrımcılık alt boyutu puan ortalamasının 1.76 ± 0.99 , kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyutu puan ortalamasının 1.97 ± 0.91 olduğu bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizde katılımcılara uyguladığımız tutum ölçeğinin iyileşmenin imkânsız olması alt boyutu ile kadının yaşı, eğitim durumu, evlilik yılı, eşinin yaşı, eşinin eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir durumu ve aile tipi arasında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). **Sonuç:** Bu çalışmada kadınların kansere ilişkin tutumları ölçme anketi toplam puan ortalaması 2.06 ± 0.66 bulunmuş ve katılımcıların % 24.2'sinin kansere karşı olumsuz tutuma sahip olduğu görülmüştür. Kadınların sosyodemografik özellikleri kansere karşı tutumlarını etkilediğinden tarama davranışları üzerindeki etkisi de yok sayılamaz. Kadınlara kansere karşı olumsuz tutumlarını azaltmak için sağlık eğitim verilmesi ve bu eğitimlerde kadınlarla sürekli iletişim halinde olan sağlık profesyonellerinin aktif rol alması kadınların kansere ilişkin negatif tutumlarının azaltılmasında faydalı olabilir.

Anahtar kelimeler: Kadın, kanser tarama, toplum, tutum

Geliş tarihi / Received: 12.12.2021 Kabul tarihi / Accepted: 15.08.2022

¹Erzurum Palandöken İlçe Sağlık Müdürlüğü / Türkiye

²Atatürk Üniversitesi / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Özlem Arı, Erzurum Palandöken İlçe Sağlık Müdürlüğü, Türkiye
slymnyr.25@gmail.com

Ari O, Kilic M. Investigation of Cancer Attitudes and Affecting Factors of Women Registered In A Family Health Center In Erzurum. TJFMPC, 2022;16(3): 559-573

DOI: 10.21763/tjfm.1035670

Giriş

Dünyada her 5 kişiden biri yaşamı boyunca kanser tanısı almakta, 8 erkekten 1'i ve 11 kadından 1'i kanser nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. 2020 yılında ülkemizde en sık görülen ilk beş kanser türü, akciğer kanseri, meme kanseri, kolorektal kanser, prostat kanseri ve tiroid kanseridir. Kadınlarda en yaygın görülen ilk beş kanser türü ise meme kanseri, tiroid kanseri, kolorektal kanser, akciğer kanseri ve rahim kanseridir. Kolorektal kanser hem erkeklerde hem de kadınlarda en sık görülen üçüncü kanserdir.¹ Ülkemizde 2020 yılında kadınlarda 101018 yeni kanser vakası görülmüştür. 24175(%23.9) yeni vaka ile meme kanseri ilk sırada, 11.034 (%10.9) yeni vaka ile tiroid kanseri ikinci sırada; 9202 (%9.1) yeni vaka ile kolorektal kanser üçüncü sırada, 7057(%7) yeni vaka ile akciğer kanseri dördüncü sırada, 5918(%5.9) yeni vaka ile rahim kanseri beşinci sırada, 43.632(%43.2) yeni vaka ile diğer kanser vakaları altıncı sırada görülmüştür.¹

Kanser, genellikle hastanın yaşamını etkileyen, acı çekmek ve ölümlerle eş anlamlı olarak kabul edilen bir hastalıktır.² Kanserde damgalanma, kanserden korunma davranışlarını, semptomların varlığında yardım arama davranışlarını, hastalığın ortaya çıkmasını ve tanı sonrası iyilik halini etkileyebilir.³ Erken tanı ve tedavideki gelişmelere rağmen, kanser teşhisi genellikle idam cezası gibi kabul edilmekte ve kanserle ilgili olumsuz imajlar ve mitler devam etmektedir.⁴ Kansere karşı olumsuz tutumları, klişeleri ve ayrımcı tutumları olan kişilerin kanser tanılarını komşularına veya meslektaşlarına açıklama konusunda daha az istekli oldukları gösterilmiştir.⁵ Dahası, kanserden kurtulanlar işe dönme konusunda ve tedaviden sonra genellikle meslektaşları ile kişiler arası sorunlar yaşarlar.⁶ Damgalanma, sosyal izolasyon, utanç duygusu ve başkalarını yargılama gibi nedenler kişilerin çevre ile iletişimini azaltabilir ve bu durum kanserli bireylerde profesyonel hizmetlerden geri kalmaya ve kötü sağlık sonuçlarına yol açabilir.⁷

Kanser tarama programlarına katılmak ve olası bir kanser semptomu varken zamanında sağlık hizmeti almak, kansere daha erken zamanda teşhis konulmasına katkıda bulunur.⁸

Kanser tanısını çevreleyen belirsizliklerin ve damgalamanın, yardım arayan hastaların davranışlarını geciktirmesine ve buna bağlı olarak da destekleyici bakıma erişmelerinin engellenmesine neden olduğu bildirilmektedir.⁹ Rahim ağzı kanseri taraması sırasında utanma korkusu, bir erkek doktora görünme isteksizliği ve kanser durumunu bilme konusundaki isteksizlik, önceki çalışmalarda tanımlanan yaygın psikolojik engeller olmuştur.^{10,11} Başka bir çalışmada perioperatif dönemde kansere bağlı olumsuz inançların varlığının sonraki aylarda anksiyete, kanserin tekrarlama korkusu, depresyon ve uykusuzluk semptomlarının gelişimini etkilediği bulunmuştur.¹²

İnsanları yardım aramada neyin etkilediğini anlamak, kanserin erken teşhisini ve nihayetinde kanserden sağ kalımı arttıran müdahaleler için kanıt sağlayabilir.¹³ Kadınlar ve ailelerini sık temas gerektiren üreme sağlığı gibi sağlık hizmetleri ile yakından tanıma fırsatı olan sağlık profesyonellerinin kanserde erken tanı ve tedavi konusunda bilgilendirme ve desteklemede önemli bir rol oynayacakları açıktır. Bu rollerini tam anlamıyla yerine getirebilmeleri için sağlık profesyonellerinin kadınların kanser tutumları hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Bu çalışma, kadınların kanser tutumlarını değerlendirmeyi ve onları etkileyen faktörleri incelemeyi amaçlamıştır.

Araştırma soruları;

- 1.Kadınlarda kanser tutumları ne yönde ve ne düzeydedir?
- 2.Kadınlarda kanser tutumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi, Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu çalışma tanımlayıcı nitelikte olup 1 Aralık 2018-31 Mart 2019 tarihleri arasında Erzurum Palandöken İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Solakzade Aile Sağlığı Merkezi'nde (SASM) yapılmıştır. ASM'nin merkezde olması, nüfusun bu ilçeye göre yoğun olduğu bir yere karşılık gelmesi sebebiyle bu ASM seçilmiştir. Solakzade Aile Sağlığı Merkezi'nde dört aile hekimliği birimi, dört aile hekimi ve dört aile sağlığı çalışanı bulunmaktadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Solakzade Aile Sağlığı Merkezi'ne 1 Aralık 2018-31 Mart 2019 tarihleri arasında başvuran kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Örneklem alınmamış, araştırma, belirtilen tarihler içerisinde herhangi bir nedenle Solakzade Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran ve dahil edilme kriterlerini karşılayan gönüllü 380 kadın ile yürütülmüştür.

Araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri olan, onkolojik, nörolojik ve psikiyatrik hastalık tanısı olmayan, işitme, konuşma ve iletişim sorunu olmayan, okur-yazar olan kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Transgender bireyler, kanser tanısı almış olan kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmada kadınların kansere karşı tutumları bağımlı değişkeni, sosyodemografik özellikleri ise bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve Kansere İlişkin Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi (KİTÖ)- Toplum Versiyonu kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin toplanması işlemi aile sağlığı merkezinde ayrı bir odada yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Kişisel Bilgi Formu ve Kansere Yönelik Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi-Toplum Versiyonu (KİTÖ) içeriği hakkında açıklama yapılarak onam alınmıştır. 10 dakika Kişisel Bilgi Formu ve 10 dakika ölçek olmak üzere veri toplama ortalama 20 dakika sürmüştür.

Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu literatür taranarak oluşturulmuştur.⁶ Kanser, toplum, tutum, engel ve bağlantılı kelimeler elektronik veri tabanlarında (Google Scholar, PubMed, Science Direct, Web of Science) taranmıştır. Form, kadınların yaş, eğitim durumu, medeni durumu, eşinin yaşı, çalışma durumu, mesleği gibi sosyodemografik özellikleri ve kansere yönelik tarama testlerini yaptırıp yaptırmadığı, tarama testleriyle ilgili bilgisinin olup olmadığı gibi tarama davranışları ile ilgili toplam 25 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi (KİTÖ) (Kanser Damgası)-Toplum Versiyonu

Kansere Yönelik Tutumları (Kanser Damgası) Ölçme Anketi (KİTÖ)-Toplum Versiyonu kanser hastalarının akrabalarının ve toplumdaki bireylerin kansere karşı tutumlarını ölçmek için Cho ve ark. tarafından geliştirilerek 2013 yılında yayınlanmıştır.⁶ Bu anket toplumda yaşayan bireylerin kansere karşı olumsuz/olumlu tutumları hakkında bilgi vermektedir. Anketin orijinal hali, 'iyileşmenin imkansızlığı (1-4. maddeler), kanser hastalarının damgalanması (5-8. maddeler), ayrımcılık (9-11. maddeler), kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma (12-15. maddeler) olmak üzere dört alt boyuttan ve 15 maddeden oluşmaktadır. Orijinal ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.79'dur.⁶ KİTÖ anketi-Toplum Versiyonunun Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Yılmaz ve ark. tarafından yapılmıştır. Yılmaz ve ark. Tarafından yapılan çalışmada faktör yük değeri 30'un altında olduğu için 5., 6. ve 7. Maddeler anketten çıkarılmıştır. Cho ve ark. tarafından geliştirilen KİTÖ anketi 15 madde ve dört alt boyuttan oluşmaktadır.⁶ Türkçe KİTÖ anketi ise 12 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Anketin alt boyutları iyileşmenin imkansızlığı (1-5. maddeler), ayrımcılık (6-8. maddeler) ve kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma (9-12. maddeler) şeklindedir. Ankette yer alan maddeler (1)Kesinlikle katılmıyorum, (2)Katılmıyorum, (3)Katılıyorum, (4)Kesinlikle katılıyorum şeklinde yanıtlanır. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçek değerlendirilirken madde ortalama puanı kullanılmaktadır. Ölçekten alınan puan ortalamasının 2.5 ve üzeri olması kansere karşı olumsuz bir tutumu ifade etmektedir. KİTÖ anketinin Cronbach's alpha değeri 0.78 olarak bulunmuştur.¹⁴ Çalışmamızda, iyileşmenin imkansızlığı alt boyutunun Cronbach's alfa değeri 0.91 iken, ayrımcılık alt boyutunun Cronbach alfa değeri 0.95, kanser tanısını ortaya çıkarma/yayma alt boyutunun Cronbach alfa değeri ise 0.91 ve KİTÖ anketinin toplam Cronbach alfa değeri 0.86 bulunmuştur.

İstatistiksel Analizler

Analizler SPSS 22.00 istatistik paket programı ile yapılmıştır. Analizlerde frekans, yüzde, t-testi, ikiden fazla grup anlamlılığını test edebilmek için tek yönlü varyans analizi (ANOVA), varyansların eşit dağıldığı durumda en önemsiz farkın hangi gruplar arasında olduğunu göstermek için LSD post hoc testi, Kruskal-Wallis H testi, varyansların eşit olmadığı durumda Dunnett's T3 post hoc testi ve Mann-Whitney U testi yapılmıştır.

Tablo 1. Araştırmada kullanılan istatistiksel yöntemler		
	İstatistik	Nerede kullanıldı
1	Frekans, yüzde	Kadınların tanıtıcı özelliklerine göre dağılımlarında Tablo 2 Kansere ilişkin özelliklerine göre dağılımları Tablo 3
2	Ortalama, SS	Kadınların KİTÖ'den aldıkları minimum, maksimum ve ortalama puanlar Tablo 4
3	t Testi	Medeni durum, Çalışma durumu, Aile tipi, Yaşayan çocuk, ailede kanser tanısı almış birey olma durumu, kansere ilişkin eğitim öğretim programlarına katılma durumu, kansere yönelik tarama yaptırma durumu, kendi kendine meme muayenesi yapma durumu, HPV aşısı ile ilgili bilgi durumu, Daha önce HPV aşısı yaptırma durumu, gaitada gizli kan testi yaptırma durumu değişkenlerine göre ve kansere ilişkin özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi puanları açısından farklar Tablo 5 ve Tablo 6
4	Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA)	Yaş, eğitim durumu, kaç yıldır evli olduğu, eşin eğitim durumu, gelir durumu değişkenlerine göre ve kansere ilişkin özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi puanları açısından farklar Tablo 5 ve Tablo 6
5	LSD Post Hoc testi	Tek Yönlü Varyans analizi sonucu anlamlı farkın hangi durumlardan kaynaklandığını anlamak için Tablo 5
6	Kruskal Wallis H testi	Eşin yaşı, meslek, yaşadığı yer, ailede kanser tanısı alan bireyin yakınlık derecesi, Mamografi yaptırma alışkanlığı, Papsmear yaptırma alışkanlığı değişkenlerine göre ve kansere ilişkin özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi puanları açısından farklar Tablo 5 ve Tablo 6
7	Dunnet T3 Post Hoc testi	Kruskal Wallis H testi sonucu anlamlı farkın hangi durumlardan kaynaklandığını anlamak için Tablo 5
8	Mann Whitney U testi	Sosyal güvence değişkenine göre ve kansere ilişkin özelliklerine göre Kansere İlişkin Tutumları Ölçme Anketi puanları açısından farklar Tablo 5

Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır (04.10.2018 tarih ve B.30.2.ATA.0.01.00/245 sayılı yazısı). Ayrıca Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü'nden 25.01.2019 tarih ve 44827528-604.02-85938902 sayılı yazısı ile izin alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözlü onam alınmıştır. Araştırmanın tüm aşamaları Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya dahil edilen 380 kadının %30.5'i 40-49 yaşında, %41.1'i ilkokul mezunu, %87.6'sı evli, %33.6'sının evlilik süresi 1-10 yıl arasında, %69.7'sinin eşi 40-49 yaşında, %32.5'inin eşi lisans mezunu, %54.7'si çalışmıyor, %85.6'sının eşi çalışıyor, %93.9'unun sağlık sigortası var, %68.4'ünün maddi durumu orta düzeyde, %88.7'si ilde ikamet ediyor, %81.8'i çekirdek ailede yaşıyor, %84.7'sinin yaşayan çocuğunun var olduğu görülmektedir. Araştırmaya alınan kadınların yaş ortalaması 42.62 ± 11.44 'dür. (Tablo2.)

Tablo 2. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı		
ÖZELLİKLER	S	%
Yaş (n=380)		
19-29 yaş	51	13,4
30-39 yaş	103	27,2
40-49 yaş	116	30,5
50-69 yaş	110	28,9
Eğitim Durumu(n=380)		
İlkokul	156	41,0
Ortaokul	39	10,3
Lise	63	16,6
Üniversite	122	32,1
Medeni Durum(n=380)		
Evli	333	87,6
Bekar	47	12,4
Evlilik yılı (n=351)		
1-10	118	33,6
11-20	79	22,5
21-30	97	27,6
31-45	57	16,2
Eşin Yaşı(n=333)		
19-29	18	5,4
30-39	83	24,9
40-69	232	69,7
Eş Eğitim Durumu(n=351)		
İlkokul	83	23,6
Ortaokul	43	12,3
Lise	111	31,6
Üniversite	114	32,5

Tablo 2. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (Devamı)		
ÖZELLİKLER	S	%
Çalışma Durumu(n=380)		
Evet	172	45,3
Hayır	208	54,7
Eş Çalışma Durumu(n=333)		
Evet	285	85,6
Hayır	48	14,4
Meslek(n=380)		
İşçi	20	5,3
Memur	130	34,2
Serbest meslek	22	5,8
Ev hanımı	208	54,7
Sosyal Güvence(n=380)		
Var	357	93,9
Yok	23	6,1
Gelir Durumu(n=380)		
Gelir giderden az	72	18,9
Gelir gidere denk	260	68,5
Gelir giderden fazla	48	12,6

Yaşadığı Yer(n=380)		
İl	337	88,7
İlçe	30	7,9
Köy	13	3,4
Aile Tipi(n=380)		
Çekirdek aile	311	81,8
Geniş aile	69	18,2
Yaşayan Çocuk(n=380)		
Var	322	84,7
Yok	58	15,3

*Frekans, yüzde

Araştırmaya dahil edilen 380 kadının %52.4'ünün ailesinde kanser tanısı almış kimse yokken, %60.8'inin birinci derece akrabalarında kanser tanısı olduğu, %67.4'ünün kanser eğitim programlarına katılmadığı, %67.4'ünün kendi beyanına göre meme muayenesi yaptığı, %68.4'ünün Human Papilloma Virüs (HPV) aşısı hakkında bilgisinin olmadığı belirlendi (Tablo 3) .

TABLO 3: Araştırmaya dahil edilen kadınların kansere bağlı özelliklerinin dağılımı.

Özellikler	S	%
Ailede kanser teşhisi konan birey (n=380)		
Evet	181	47,6
Hayır	199	52,4
Ailede kanser teşhisi konan bireyin akrabalık derecesi (n=181)		
Birinci derece	110	60,8
İkinci derece	51	28,2
Üçüncü derece	20	11,0
Kanserle ilgili eğitim programlarına katılım (n=380)		
Evet	124	32,6
Hayır	256	67,4
Kendi kendine meme muayenesi (n=380)		
Evet	256	67,4
Hayır	124	32,6
HPV aşısı hakkında bilgi (n=380)		
Evet	120	31,6
Hayır	260	68,4
HPV aşılama durumu (n=380)		
Evet	15	3,9
Hayır	365	96,1
Mamografi çekme alışkanlığı (n=380)		
Hiç	190	50,0
İki yılda bir	97	25,5
Düzensiz aralıklarla	93	24,5
Klinik meme muayenesi yaptırma alışkanlığı (n=380)		
Hiç	196	51,6
Yılda bir	18	4,7
İki yılda bir	68	17,9
Düzensiz aralıklarla	98	25,8
Papsmear / HPV taraması yaptırma alışkanlığı (n=380)		
Hiç	178	46,8
Yılda bir	11	2,9
İki yılda bir	17	4,5
Beş yıllık aralıklarla	41	10,8
5 yıldan daha fazla aralıklarla	133	35,0
Gaita da gizlilik testi yaptırma (n=380)		
Hiç	284	74,7
Yaptırdım	96	25,3

*Frekans, yüzde

Araştırmaya dahil edilen 380 kadından 288'inin (%75.8) KİTÖ anketine göre kansere karşı olumlu tutuma sahip olduğu ve 92'sinin (%24.2) kansere karşı olumsuz tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. Kadınların KİTÖ' den aldıkları minimum, maksimum ve ortalama puanları incelendiğinde, iyileşmenin

İmkansızlığı alt boyutu puan ortalamasının 2.30 ± 0.91 , ayrımcılık alt boyutu puan ortalamasının 1.76 ± 0.99 , kanser teşhisini ortaya çıkarma/yayma alt boyutu ortalama puanının 1.97 ± 0.91 ve KİTÖ anketinin toplam ortalama puanının 2.06 ± 0.66 olduğu bulunmuştur. (Tablo 4).

	Minimum	Maksimum	Puan ortalaması	S.S.
İyileşmenin imkansızlığı alt boyutu(n=380)	1	4	2,30	0,91
Ayrımcılık alt boyutu(n=380)	1	4	1,76	0,99
Kanser teşhisini ortaya çıkarma/yayma alt boyutu(n=380)	1	4	1,97	0,91
Toplampooan(n=380)	1	4	2,06	0,66

Kadınların yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, eşlerin yaşı, eşlerin eğitim durumları ve çalışma durumları değerlendirildiğinde, ilerleyen yaşta, düşük eğitim seviyesine sahip olan ve çalışmayan kadınlarda 'iyileşmenin imkansızlığı alt boyutu', 'ayrımcılık alt boyutu' ve 'KİTÖ' toplam puanlarının daha yüksek olduğu yani kansere karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu görülmüştür. (Tablo 5).

TABLO 5: Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre KİTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.					
		İyileşmenin imkansızlığı alt boyutu	Ayrımcılık alt boyutu	Kanser teşhisini ortaya çıkarma/ yayma alt boyutu	Toplam puan
		$\bar{X} \pm S.S^*$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$
Yaş (n=380)	19-29 yıl	1,87±0,70	1,39±0,69	2,01±0,85	1,79±0,50
	30-39 yıl	2,03±0,65	1,48±0,71	2,00±0,86	1,88±0,57
	40-49 yıl	2,31±0,90	1,88±1,11	2,04±0,94	2,11±0,64
	50-69 yıl	2,76±0,99	2,08±1,06	1,84±0,94	2,28±0,73
	Test p-değeri Fark	F=18,922** p=0,000 3>1-2 4>1-2-3	F=10,205 p=0,000 3-4>1-2	F=0,98 p=0,40 -	F=10,399 p=0,000 3>1-2 4>1-2-3
Eğitim durumu(n=380)	İlkokul	2,68±1,01	2,12±1,13	1,99±1,02	2,31±0,72
	Ortaokul	2,26±0,81	1,73±0,94	1,90±0,86	2,01±0,58
	Lise	2,05±0,77	1,59±0,92	2,02±0,91	1,93±0,59
	Üniversite	1,96±0,63	1,39±0,62	1,93±0,76	1,81±0,50
	Test p-değeri Fark	F=19,14** p=0,000 1>2-3-4	F=14,66** p=0,000 1>2-3-4	F=0,26 p=0,85 -	F=16,22 p=0,000 1>2-3-4
Medeni Durumu (n=380)	Evli	2,33±0,89	1,77±0,98	1,96±0,89	2,07±0,65
	Bekar	2,12±0,94	1,68±1,05	2,01±1,02	1,97±0,70
	Test p-değeri p-değeri	t=1,45*** p=0,14 p=0,14	t=0,58 p=0,56 p=0,56	t=-0,30 p=0,75 p=0,75	t=0,90 p=0,36 p=0,36

TABLO 5: Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre KİTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması (devamı).					
		İyileşmenin imkansızlığı alt boyutu	Ayrımcılık alt boyutu	Kanser teşhisini ortaya çıkarma/yayma alt boyutu	Toplam puan
		$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$	$\bar{X} \pm S.S$
Eşin yaşı (n=333)	19-29 yıl	1,86±0,64	1,37±0,48	1,83±0,74	1,73±0,49
	30-39 yıl	1,96±0,67	1,45±0,73	2,05±0,87	1,86±0,58

	40-69 yıl Test p-değeri Fark	2,50±0,93 KW=26,80**** p=0,000 3>1-2	1,92±1,05 KW=14,37**** p=0,001 3>1-2	1,94±0,91 KW=1,80 p=0,406 -	2,17±0,66 KW=19,51 p=0,000 3>1-2
Eşin eğitim durumu (n=351)	İlkokul	2,72±1,00	2,13±1,08	2,05±1,03	2,35±0,74
	Ortaokul	2,48±1,02	2,25±1,20	1,92±0,95	2,23±0,69
	Lise	2,38±0,87	1,73±0,97	2,00±0,89	2,09±0,62
	Üniversite	1,96±0,66	1,40±0,67	1,86±0,80	1,79±0,53
	Test p-değeri Fark	F=13,27** p=0,000 1>3-4 2-3>4	F=13,28 p=0,000 1-2>3-4	F=0,82 p=0,47 -	F=13,92 p=0,000 1>3-4 2-3>4
Çalışma durumu (n=380)	Evet	2,13±0,73	1,51±0,70	1,97±0,79	1,92±0,58
	Hayır	2,45±1,00	1,97±1,13	1,96±0,99	2,17±0,70
	Test p-değeri	t=-3,60 p=0,000	t=-4,86*** p=0,000	t=0,10 p=0,91	t=-3,74 p=0,000

*Ortalama, Standart deviasyon. **Tek Yönlü Varyans Analizi(ANOVA). **LSD Post Hoc testi ***t Testi. ****Kruskal Wallis H testi.. **** Dunnet T3 Post Hoc testi

Kadınların kanserle ilgili özellikleri ile KİTÖ toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde ailede kanser öyküsü bulunan kadınlarda 'iyileşmenin imkansızlığı alt boyutu', 'ayrımcılık alt boyutu' ve 'KİTÖ anketi' toplam puanlarının daha yüksek olduğu yani kansere karşı tutumlarının daha olumsuz olduğu; buna karşın kanserle ilgili eğitim programlarına katılanların 'ayrımcılık alt boyutu' ve 'KİTÖ anketi' toplam puanlarının daha düşük olduğu yani kanser tutumlarının daha olumlu olduğu görülmüştür.(Tablo 6).

TABLO 6: Kadınların kanserle ilgili tanımlayıcı özelliklerine göre KİTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması.

		İyileşmenin imkansızlığı alt boyutu	Ayrımcılık alt boyutu	Kanser teşhisini ortaya çıkarma/yayma alt boyutu	Toplam puan
		$\bar{X}\pm S.S$	$\bar{X}\pm S.S$	$\bar{X}\pm S.S$	$\bar{X}\pm S.S$
Ailede kanser teşhisi konan birey (n=380)	Evet	2,45±0,96	1,87±1,05	1,99±0,96	2,15±0,70
	Hayır	2,17±0,83	1,66±0,91	1,95±0,86	1,97±0,61
	Test ve p-değeri	t=3,01* p=0,00	t=1,98 p=0,04	t=0,38 p=0,69	t=2,65 p=0,008
Kanserle ilgili eğitim programlarına katılım (n=380)	Evet	2,21±0,78	1,53±0,80	1,91±0,81	1,94±0,56
	Hayır	2,35±0,95	1,87±1,05	2,00±0,95	2,11±0,70
	Test ve p-değeri	t=-1,47* p=0,14	t=-3,54 p=0,00	t=-0,97 p=0,33	t=-2,59 p=0,01
Kanser taraması yapıtırma durumu (n=380)	Evet	2,40±0,91	1,81±0,99	1,93±0,90	2,09±0,67
	Hayır	2,18±0,87	1,69±0,97	2,02±0,92	2,00±0,64
	Test ve p-değeri	t=2,41* p=0,01	t=1,15 p=0,25	t=-1,01 p=0,31	t=1,33 p=0,18
Kendi kendine meme muayenesi yapma durumu (n=380)	Evet	2,26±0,83	1,63±0,88	1,92±0,87	1,99±0,59
	Hayır	2,40±1,03	2,03±1,14	2,06±0,97	2,20±0,77
	Test ve p-değeri	t=-1,32 p=0,18	t=-3,47* p=0,001	t=-1,45 p=0,14	t=-2,65 p=0,009
Mamografi çekirme alışkanlığı(n=380)	Hiç	2,12±,779	1,64±,917	2,01±,890	1,96±,599
	İkiyıldabir	2,55±,989	1,87±1,015	1,86±,956	2,15±,690
	Düzensiz aralıklarla	2,43±,981	1,90±1,087	1,99±,909	2,15±,735
	Test ve p-değeri	KW=8,770** p=0,000	KW=2,887 p=0,05	KW=,901 p=0,40	KW=3,830 p=0,023
	Fark	2-3>1	-	-	2-3>1
Klinik meme muayenesi yapıtırma alışkanlığı (n=380)	Hiç	2,18±0,83	1,68±0,94	2,04±0,90	2,01±0,64
	Yıldabir	1,91±0,79	1,41±0,95	1,60±0,78	1,68±0,63
	İkiyıldabir	2,55±0,96	1,82±0,99	1,94±0,99	2,16±0,66
	Düzensiz aralıklarla	2,44±0,96	1,94±1,05	1,90±0,87	2,14±0,68
	Test	KW=12,371** p=0,006	KW=7,892 p=0,04	KW=6,513 p=0,08	KW=14,101 p=0,003
	Fark	3-4>1-2	4>1-2		1-3-4>2

Papsmear yaptırma alışkanlığı (n=380)	Hiç yaptırmadım	2,20±0,89	1,61±0,93	2,02±0,94	1,99±0,65
	Yıldabir	2,42±0,62	1,73±0,64	1,95±0,62	2,09±0,41
	İki yılda bir	2,05±0,82	1,47±0,92	1,68±0,70	1,78±0,57
	Beş yıllık aralıklarla	2,36±0,81	1,82±0,79	2,05±0,61	2,12±0,54
	Beş yıldan fazla aralıklarla	2,44±0,96	1,98±1,11	1,91±0,99	2,15±0,71
	Test ve p-değeri	KW=7,28 p=0,12	KW=13,68** p=0,008	KW=4,31 p=0,36	KW=9,14 p=0,05
Fark	-	5>1-3	-	-	
Gaitada gizli kan testi yaptırma (n=380)	Hiç yaptırmadım	2,21±0,87	1,70±0,97	2,00±0,90	2,01±0,63
	Yaptırdım	2,59±0,94	1,93±1,02	1,88±0,92	2,19±0,72
	Test ve p-değeri	t=-3,64 p=0,00	t=-1,96* p=0,05	t=1,08 p=0,28	t=-2,28 p=0,02

*t Testi. ** Kruskal Wallis H testi

Tartışma

Araştırmaya dahil edilen 380 kadından 288'inin (%75.8) KİTO anketine göre kansere karşı olumlu tutuma sahip olduğu ve 92'sinin (%24.2) kansere karşı olumsuz tutuma sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların KİTÖ ölçeği puan aralığı dikkate alındığında, kansere yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Bu sonuç bizim çalışma grubumuzun gerek Türkiye'de Yılmaz ve ark.'nın (2017) yaptığı ve KİTÖ anketi puan ortalaması sonucuna göre çalışma grubundaki bireylerin kansere karşı olumsuz tutuma sahip olduklarını belirledikleri¹⁴ gerekse Kore'de genel nüfus üzerine yapılan bir çalışmada, hayatta kalanların klinik olarak ilerlemesine ve iyileşmesine rağmen, insanların yarısından fazlasının kanser hastalarına karşı hala olumsuz tutum, klişe ve ayrımcı tutumlara sahip olduğunu tespit eden çalışmalara⁶ göre daha olumlu bir tutuma sahip olduğunu düşündürmüştür. Öte yandan, Badihian ve arkadaşlarının (2017) İran'da halkın kansere karşı tutumları üzerine yaptığı bir araştırmanın raporunda, genel popülasyonda kansere ve iyileşme imkansızlığına yönelik olumsuz tutumların da yaygın olduğu belirtilmiştir.⁴ Kansere yönelik olumsuz tutumların nedeni, genellikle hastanın yaşamını etkilemesi ve genellikle acı ve ölümlerle eş anlamlı bir hastalık olarak kabul edilmesidir.² Sağlık profesyonelleri tarafından olumsuz tutumları olan kadınlara kansere yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi ve kansere tedavi edilebilir bir hastalık olarak odaklanılması gerekmektedir. Kadınların yaşı, eğitim durumu, evlilik süresi, eşlerin yaşı, eşlerin eğitim durumu, çalışma durumu, meslek ve gelir durumu ile KİTÖ anketi toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu (Tablo 5). Başka bir çalışmada, mavi yakalı çalışanların kansere karşı olumsuz tutumlarının beyaz yakalı çalışanlara göre daha yüksek olduğu, fakat istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.⁶ Farkındalığın artmasının damgalanmayı azaltmada etkili faktörlerden biri olduğu belirtilmektedir. Kamusal tutumlar ve klişeler, daha az eğitilmiş hastalarda daha yaygındır. Bununla birlikte, bazı insanlar eğitilmiş insanları eşit şekilde etkileyebileceklerine inanmaktadır.⁷ Kadınların sosyodemografik özellikleri kansere karşı tutumlarını etkilediğinden tarama davranışları üzerindeki etkisi de yok sayılamaz. Bir çalışmada damgalanma, kanser teşhisinin korkulan bir sonucu olarak rapor edilmiş ve semptomları olan kadınlar için tarama, erken teşhis ve tedavi aramanın önündeki bir engel olarak tanımlanmıştır.¹⁵ Yapılan iki nitel çalışmada, kadınların kanseri tedavi edilemez olarak gördüklerinden¹⁶ serviks kanseri taraması yaptırmadıkları ve meme kanseri teşhisinin erken evrelerde konulmasının engellendiği böylece tedavinin de geciktiği tespit edilmiştir.¹⁷ Bu çalışmada kadınların kanser taraması yaptırma durumlarına göre iyileşmenin

imkansızlığı alt boyutu puanları açısından kanser taraması yaptıranlar lehine farklılık olduğu yani kansere karşı olumsuz tutumları olan kadınların daha fazla tarama yaptırdıkları görülmüştür. Araştırmada kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapmayanların kansere karşı olumsuza yakın tutumlara sahip oldukları belirlendi. Yapılan başka bir çalışmada, kadınların hastalığın doğası hakkında bilgi sahibi olmadıkları, uygun teşhis fırsatlarından habersiz oldukları, kanser olduklarını duymaktan ve insanlar tarafından damgalanmaktan korktukları için meme kanseri tanı yöntemlerinden hiçbirini kullanmadıkları saptanmıştır.¹⁸ Bu nedenle sağlık profesyonelleri tarafından KKMM hakkında bilgi verilmeli, meme kanseri inançları ve davranışları konusundaki farkındalıklarını artırabilecek müdahaleler planlanmalıdır. Ayrıca KKMM uygulamasına yönelik sürekli eğitim programları düzenlenmeli ve meme kanserinin erken tanı ve tedavisinde KKMM'nin önemi anlatılmalıdır.

Yapılan bir araştırmada HPV aşısı hakkında bilgisi olmayanların kansere karşı olumsuz tutumları olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte HPV ile cinsel aktivite arasındaki bağlantı, HPV aşısının damgalanmasına da neden olmaktadır.¹⁹ Kadınların çoğu HPV'yi Human Immunodeficiency Virüs (HIV) ile ilişkilendirmektedir ve hastalıkla ilgili bir damgalanma söz konusudur. Kırsal yerleşimlerde HIV, cinsel ahlaksızlık veya düşük cinsel ahlak seviyesi ile ilişkilendirilmektedir. Bu sebepten kadınları HPV ve serviks kanseri ilişkisi hakkında bilgilendirmek, tutum ve algılarını değiştirmek aşı alımını iyileştirmek için gereklidir.²⁰

Kadınların kansere yönelik kültürel inançları ve toplumsal damgalanmalarının onların meme kanseri taramasına katılımını etkilediği bildirilmektedir.²¹ Bir çalışmada, yüksek riskli birçok kadının yetersiz bilgi, yetersiz sağlık hizmeti alma, damgalanma ve eş ihmali nedeniyle erken tanı ve tedavi fırsatını kaçırdığı tespit edilmiştir.²²

Nabaa ve Shelleh tarafından yapılan çalışmada katılımcılar, sosyal damgalanma ile ilgili sorunların mamografi çektirmelerini engellediğini belirtmişlerdir. Birçok kadının, kendilerine kanser teşhisi konursa kocalarının olası ikinci evliliğine ve kanser teşhisinin kızlarının evliliği üzerindeki potansiyel olumsuz etkilerine ilişkin aile normları ve değerleri konusunda endişeleri olduğu tespit edilmiştir.²³ Bu araştırmada literatürden farklı olarak iki yılda bir ve düzensiz aralıklarla mamografi yaptıran kadınların hiç mamografi yaptırmamış kadınlara göre kansere karşı olumsuz tutumlarının daha fazla olduğu belirlendi. Meme kanserinde erken teşhisin önemi göz önüne alındığında sağlık profesyonellerinin kadınların kansere yönelik olumsuz tutumlarının tarama davranışları üzerinde nasıl bir etkisi olduğunun farkında olmaları ve özellikle taramalara gelmeyen kadınlara yaklaşımlarını bu bilgilere dikkat ederek oluşturmaları gerekmektedir.

Araştırmada beş yıldan fazla aralıklarla pap smear/HPV testi yaptıran kadınların kansere karşı olumsuz tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Rahim ağzı taraması pelvik muayeneyi içerdiğinden ve üreme veya cinsel yolla bulaşan enfeksiyon tedavisi ile kombine edilebildiğinden, kadınlarda olumsuz bir ilişkilendirmeye neden olabilmektedir.²⁴ Hem Pakistanlı hem de Somalili kadınların serviks kanseri taramasına katılmalarını engelleyen sosyo-kültürel önyargılara sahip oldukları belirtilmektedir. Bu engeller arasında hastalık riski altında olmama, dini inancı islam olma, evli olmama, genital mutilasyon (yalnızca Somaliler için) ve hastalıkla ilgili damgalanma sayılabilir.²⁵ Rahim ağzı kanseri teşhisi konan kadınların kanser hakkındaki bilgi ve inançlarının incelendiği çalışmada, herhangi bir belirti göstermeden pap smear testi yaptıranın gereksiz olduğu inancı yaygın olarak bulunmuştur.²⁶ Yapılan bir çalışmada kadınların pap smear testi yaptıran nedenleri araştırıldığında %73'ünün doktor isteğiyle, %10'unun kontrol amaçlı yaptırdığı görülmüştür.²⁷ Yapılan başka bir çalışmada hastalar Pap-smear testi ile ilgili %82 oranında sağlık personelinin bilgi aldıklarını ifade etmişlerdir.²⁸ Tarama yaptıran konusundaki teşvik ve eğitimlerinin bilgi edinme ve tarama yaptıran davranışları üzerine olumlu etkileri sebebiyle sağlık personelinin taramanın yararlarının vurgulanması için yapacağı danışmanlık olumsuz tutumları azaltabilir.

Sonuç

Bu çalışmada, araştırmaya katılan kadınların dörtte birine yakınının kansere karşı olumsuz tutuma sahip olduğu görülmüştür. Sağlık profesyonellerinin kadınların kanser ve kanser taramaları hakkında bilgi edinme ve yönlendirme noktasındaki etkinliği çalışmalarla ortaya konulmuştur. Kadınların kansere karşı olumsuz tutumlarını azaltmak için sağlık profesyonelleri tarafından eğitim verilmesi ve kadınların kanser taramalarına katılmaları konusunda cesaretlendirilebilmeleri için düzenlenecek eğitimlerde iyileşmenin imkansız olması, hastalık korkusu gibi kanser ile ilgili yanlış inanışlar üzerine odaklanılmalıdır. Kadınların kansere yönelik olumsuz tutumlarının bilgilendirme ile azaldığını gösteren bu çalışma ve benzerlerine dayanarak özellikle ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde aktif rol almaları sebebiyle sağlık profesyonellerinin eğitimci rolünden yararlanılabilir. Sağlık profesyonellerinin kadınlarla her türlü karşılaşmalarını fırsat bilerek kadınlara kanser, risk faktörleri ve tarama yöntemleri hakkında bilgi vermesi kadının bedenini tanıması, kendinde olan

değişiklikleri erken fark edip sağlık kurumuna başvurması ve tarama testlerini düzenli yaptırması hususunda önemli ve gereklidir.

Çıkar çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Teşekkür

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırmanın sadece araştırma kapsamındaki katılımcılara genellenmesi ve tek bir ASM'de yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

Kaynaklar

1. World Health Organization. The Global Cancer Observatory (Globocan) 2020.Database. <https://gco.iarc.fr/> Erişim Tarihi:07.12.2021
2. Sette CP, Capitão CG, de Francisco Carvalho L. Depressive symptoms in patients with cancer. *Open Journal of Medical Psychology*. 2016;5(1):7-16.
3. Marlow LA, Waller J, Wardle J. Does lung cancer attract greater stigma than other cancer types? *Lung Cancer*.2015;88(1):104-7.
4. Badihian S, Choi EK, Kim IR, Parnia A, Manouchehri N, Badihian N, et al. Attitudes toward Cancer and Cancer patients in an urban Iranian population. *The Oncologist*. 2017;22(8):944-50.
5. Yılmaz M, Dişsiz G, Demir F, Irız S, Alacacioglu A. Reliability and validity study of a tool to measure cancer stigma: Patientversion. *Asia-Pacific journal of oncologynursing*. 2017a;4(2):155-161
6. Cho J, Smith K, Choi EK, Kim IR, Chang YJ, Park HY et al. Public attitudes toward cancer and cancer patients: a national survey in Korea. *Psycho-Oncology* 2013;22(3): 605-13.
7. Shiri FH, Mohtashami J, Nasiri M, Manoochehri H, Rohani C. Stigma and related factors in Iranian people with cancer. *Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP*.2018; 19(8):2285-90
8. Hvidberg L, Wulff CN, Pedersen AF, Vedsted P. Barriers to healthcare seeking, beliefs about cancer and the role of socio-economic position. A Danish population-basedstudy. *Preventivemedicine*. 2015;71:107-13.
9. Broom A, Doron A. The rise of cancer in urban India: Cultural understandings, structural inequalities and the emergence of the clinic. *Health*. 2012;16(3):250-66.
10. William M, Kuffour G, Ekuadzi E, YeboahM , El Duah M , Tuffour P. Assessment of psychological barriers to cervical cancer screening among women in Kumasi, Ghana using a mixed methods approach. *African Health Sciences*. 2013;13(4):1054-61.
11. Williams MS. A qualitative assessment of the social cultural factors that influence cervical cancer screening behaviors and the health communication preferences of women in Kumasi, Ghana. *Journal of Cancer Education*. 2014;29(3): 555-62.
12. Desautels C, Trudel-Fitzgerald C, Ruel S, Ivers H, Savard J. Do cancer-related beliefs influence the severity, incidence, and persistence of psychological symptoms? *Cancernursing* 2017;40(4):E50-E58.
13. Pedersen AF, Forbes L, Brain K, Hvidberg L, Wulff CN , Lagerlund M. et al. Negative cancer beliefs, recognition of cancer symptoms and anticipated time to help-seeking: an international cancer benchmarking partnership (ICBP) study. *BMC cancer* 2018;18(1):1-10
14. Yılmaz M, Dişsiz G, Göçmen F, Usluoğlu A, Alacacioğlu A. The study Turkish version of validation and reliability of a questionnaire for measuring attitudes toward cancer (cancer stigma)- community version. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2017b;20(2):99-106.
15. Nyblade L, Stockton M, Travasso S, Krishnan S. A qualitative exploration of cervical and breast cancer stigma in Karnataka, India. *BMC Women's Health* 2017;17(1):1-15
16. Bayrami R, Taghipour A, Ebrahimipour H. Personal and socio-cultural barriers to cervical cancer screening in Iran, patient and provider perceptions: a qualitative study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015;16(9):3729-34.
17. Rastad H, Khanjani N, Khandani BK. Causes of delay in seeking treatment in patients with breast cancer in Iran: a qualitative content analysis study. *AsianPac J CancerPrev*. 2012;13(9):4511-15.
18. Meacham E, Orem J, Nakigudde G, Zujewski JA, Rao D. Exploring stigma as a barrier to cancer service engagement with breast cancer survivors in Kampala, Uganda. *Psycho-oncology*. 2016;25(10):1206-11.
19. Loke AY, Chan ACO, Wong YT. Facilitators and barriers to the acceptance of human papilloma virus (HPV) vaccination among adolescent girls: a comparison between mothers and their adolescent daughters in Hong Kong. *BMC Research Notes*. 2017;10(1):1-13.
20. Ramathuba DU, Ngambi D. Knowledge and attitudes of women towards human papilloma virus and HPV vaccine in

- thulamela municipality of vhembe district in Limpopo province, South Africa. *African Journal of Reproductive Health* 2018;22(3): 111-19.
21. Kwar LN. Barriers to breast cancer screening participation among Jordanian and Palestinian American women. *European Journal of Oncology Nursing*. 2013;17(1): 88-94.
22. Enjazab B. Cancer screening practice among Iranian Middle-aged women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2016;4(4):770-78.
23. Nabaa HA, Shelleh N. Barriers preventing Palestinian women from having a mammogram: a qualitative study. *The Lancet*. 2018;391:S16.
24. Lim JN, Ojo AA. Barriers to utilisation of cervical cancer screening in Sub Sahara Africa: a systematic review. *European Journal of Cancer Care*. 2017;26(1):1-15
25. Gele AA, Qureshi SA, Kour P, Kumar B, Diaz E. Barriers and facilitators to cervical cancer screening among Pakistani and Somali immigrant women in Oslo: a qualitative study. *International Journal of Women's Health*. 2017;9:487-96
26. Kwok C, White K, Roydhouse JK. Chinese-Australian women's knowledge, facilitators and barriers related to cervical cancer screening: a qualitative study. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2011;13(6):1076-83
27. Ünalın P, Baş G, Atalay A, Kasapbaş T, Kurt S, Uzuner A. Marmara Üniversitesi kadın doğum polikliniğine başvuranların pap smear konusundaki bilgileri ve test sonuçları. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2005; 36(4): 147-151.
28. Kalyoncu C, Işıklı B, Özalp S, Küçük N. Osmangazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuranların PapSmear Hakkında Bilgi Tutum ve Davranışları. *Sağlık ve Toplum* 2003;13:60-66.

Original Research / Orijinal Araştırma

Comparison of The Personal Characteristics of Young Adults and Their Mothers with Toilet Training Experience and Toilet Habits

Genç Yetişkinler ve Annelerinin Kişisel Özellikleri ile Tuvalet Eğitimi Deneyimi ve Tuvalet Alışkanlıklarının Karşılaştırılması

Zeynep Ölçer¹, Ayşe Çal²

Abstract

Background-Purpose: Individuals' future lives can be influenced positively or negatively by the toilet training they receive as children. The purpose of this study was to compare the personality traits of young adults and their mothers, as well as their toilet training experience and toilet habits. **Method:** The study uses a descriptive, cross-sectional design to look for a relationship between young adults and their mothers between February and May 2020. The study's sample consists of 516 participants (263 young adults and 263 mothers) who meet the inclusion criteria. The Information Form and the Cervantes Personality Scale were used to collect data. For data analysis, descriptive statistics, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, and Spearman correlation tests were used. **Findings:** It observed that 86.7% of the young adults had a history of urinary tract infection, 50.9% had trouble going to the toilet outside their usual place of residency (home), and the type of toilet (water closet/squat toilet) was also effective in this situation. It was determined that one-third of them always washed their hands before going to the toilet and 27.4% paid attention to attention to wash vulva first and then the anus. The study also revealed a relationship between the personality traits of the young adults and their constipation history and the use of punishment/reward methods in toilet training. **Conclusions:** The right approach to problem-solving during toilet training can help people develop more consistent personalities in their later lives. It is clear that there is a lack of health education in this area because mothers primarily perform toilet training by utilising social support and peer experience. The eradication of health issues caused by improper urination practises can be facilitated by positive personality traits. Mothers' personalities can affect how well their children learn to use the restroom, and data analysis was done using their children's personalities.

Key words: Toilet training, personality traits, childhood, young adults, mother.

Özet

Giriş-Amaç: Çocukluk döneminde verilen tuvalet eğitimi doğrultusunda bireylerin gelecek yaşamları olumlu ya da olumsuz olarak etkilenebilir. Bu araştırma, genç yetişkinlerin ve annelerinin kişilik özelliklerini, tuvalet eğitimi deneyimlerini ve tuvalet alışkanlıklarını karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Genç yetişkinler ve anneleri ile Şubat-Mayıs 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırma, ilişki arayan tanımlayıcı, kesitsel bir desene sahiptir. Araştırmanın örneklemini dahil etme kriterlerine uyan 516 (263 genç yetişkin, 263 anne) katılımcı oluşturmaktadır. Veriler Bilgi Formu ve Cervantes Kişilik Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Kruskal Wallis, Mann Whitney U ve Spearman korelasyon testleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Genç yetişkinlerin %86,7'sinin idrar yolu enfeksiyonu öyküsü olduğu, %50,9'unun ev dışında tuvalete gitmekte zorlandığı ve tuvalet tipinin (klozet/alaturka) bunda etkili olduğu görüldü. Üçte birinin tuvalete gitmeden önce ellerini yıkadığı ve %27,4'ünün önce vulvayı sonra anüsü yıkamasına dikkat ettiği belirlendi. Genç yetişkinlerin kişilik özellikleri ile kabızlık öyküsü ve tuvalet eğitiminde ceza/ödül yöntemlerinin kullanımı arasında bir ilişki olduğu saptandı. **Sonuç:** Tuvalet eğitimi sırasında yaşanan sorunların doğru yaklaşımla çözülmesi, bireylerin ileriki yaşamlarında daha tutarlı bir kişiliğe sahip olmalarını sağlayabilir. Annelerin tuvalet eğitimini daha çok sosyal destek ve akran deneyiminden yararlanarak gerçekleştirilmesi bu alanda sağlık eğitiminin eksikliğini ortaya koymaktadır. Olumlu kişilik özellikleri, tuvalet alışkanlıklarına bağlı sağlık sorunlarının giderilmesinde rol oynayabilir. Annelerin kişilik özellikleri, tuvalet eğitimi deneyimlerinde ve çocuklarının kişilik özelliklerinde belirleyici olabilir.

Anahtar kelimeler: Tuvalet eğitimi, kişilik özellikleri, çocukluk, genç yetişkinler, anne.

Geliş tarihi / Received: 21.05.2022 Kabul tarihi / Accepted: 24.08.2022

¹Ankara Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü / Türkiye

²Ankara Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Zeynep Ölçer, Ankara Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Türkiye
zeynepolcer6@gmail.com

Olcer Z, Cal A. Comparison of The Personal Characteristics of Young Adults and Their Mothers with Toilet Training Experience and Toilet Habits. TJFMPC, 2022;16(3): 574-585

DOI: 10.21763/tjfm.1118572

Introduction

Toilet training is the mastery of skills necessary for urinating and defecating in a socially acceptable time and manner.¹ It can be said that the foundations of healthy toilet habits are based on the toilet training given in childhood, which is an important developmental stage for parents and children. Toilet training is affected by physiological, psychological, and sociocultural factors.^{2,3} Culture is an important factor affecting the time and method of toilet training.⁴ In many cultures, parents regard the achievement of independent toileting as a significant accomplishment and a step toward self-sufficiency.¹ There appears to be variation in the time to start toilet training across cultures. To start toilet training, children must be physiologically, psychologically, and cognitively ready. Some experts report that children are not physiologically and psychologically ready between 24-30 months; however, it is seen that parents start toilet training before the child is 30 months old.⁴ On the other hand, it has been reported that toilet training, which is started late, causes such problems as constipation and urinary retention.³ In addition, cognitive development, especially speaking ability, is important to start education because; the child must say that the toilet is coming.⁵ Toilet training is an important stage and a milestone in the development of the child.³ It is reported that toilet training in childhood affects toilet habits.⁶ Acquiring positive toilet habits (not to strain during defecation chronically, not spending a long time on the toilet, avoiding constipation and diarrhea, not delaying when the feeling of defecation and urination, to empty the bladder fully, etc.) is important in preventing some health problems (hemorrhoids, urinary tract infections, urinary incontinence, etc.) in the future life of individuals.^{6,8} Bladder emptying problems, urinary tract infections, and constipation can be listed among the common health problems associated with irregular toilet habits.^{9,10} Studies have found that the formation of hemorrhoids and urinary tract infections are also closely related to toilet habits.^{6,8} One study revealed that such conditions as staying on the toilet for more than five minutes and straining frequently during defecation are more common in patients with the hemorrhoidal disease or anal fissure. For this reason, it is very important for individuals to acquire healthy toilet habits.¹¹

It has been reported that toilet training influences the future independence and personality traits of the child.¹² Personality can be defined as individual differences in such characteristics as thinking, feeling, as well as behavior. Personality traits involve psychological dimensions such as extraversion, regularity, emotional stability, and curiosity. According to Freud, early childhood experiences are extremely important for personality development.^{13,14} It is stated that due to the problems experienced in the period between the ages of 18 months and 3.5 years, during which children usually receive toilet training, the child may exhibit such behaviors as compulsively abiding by the rules or being obsessed with the order or, on the contrary, being rebellious, chaotic, and anti-authoritarian.¹⁴ Like Freud, Erikson also believed that toilet training is an important part of the early childhood period and argued that learning to control body functions promotes a sense of control and independence. For Erikson, children who successfully complete this stage feel a sense of safety and self-confidence, and if not so, inadequacy and self-doubt.¹⁵ It has further been determined that the working status of parents and parental characteristics such as age, education, and economic status affect the toilet training process.¹⁶

In line with this, toilet training in childhood, diversified with parental attitudes, has positive and/or negative impacts on both the toilet habits and personality traits of individuals in the future. Parents' knowledge, their perceptions of toilet training and views on how to give the training, and the toilet training methods they use are listed as the factors affecting the toilet training process in the current literature on toilet training.^{2,3,16-18} When the literature was reviewed, showed that no studies have yet examined retrospective toilet training experience, toilet habits, and personality traits. This study was conducted to compare the personality traits of young adults, and their mothers, their toilet training experience, and toilet habits. The results of the study are believed to contribute to the literature that aims to improve the toilet training experience.

The research questions

1. What are the personality traits and toilet habits of young adults?
2. What are the personality traits and toilet training experiences of mothers of young adults?
3. Is there a relationship between the personality traits of the young adults and the personality traits of their mothers?
4. Do young adults' personality traits differ according to their toilet habits and their mothers' toilet training experience?

Material and Methods

Study Design, Place and Date

The study was conducted in a descriptive, cross-sectional design searching for a relationship. The study was carried out with first-year students enrolled in a private foundation university in the Central Anatolia Region of Turkey and their mothers between February 24 and May 15, 2020.

Target Population and Sample of The Study

The target population of the study consisted of a total of 677 students studying at a private foundation university and their mothers. The sample was determined in line with the sample size calculation formula for the studies whose target population is known.¹⁹

$$n = \frac{N.t^2.p.q}{d^2.(N-1)+t^2.p.q}$$

n: Number of individuals to be sampled

p: Incidence of the investigated events= 50% (calculated as 50% as the investigated event cannot reach the incidence probability, in line with the literature on the subject.)

q: incidence of the investigated event = 50%

t: Theoretical value obtained from the t table at a certain degree of freedom and detected error level = 1.96 (theoretical t value found for ∞ degrees of freedom at $\alpha= 0.05$)

d: The standard errors of the ratios to be determined in the study=0.05

$n = \frac{677 \times 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5}{0,05^2 \times (677-1) + 1,96^2 \times 0,5 \times 0,5} \cong 246$ students is the minimum number of individuals to be reached in the study.

The students included in the study were young adults²⁰ between the ages of 18-24, studying as first-year students at the relevant university. The inclusion criteria were being able to read and understand the statements on the scale and the questionnaire and volunteering to participate in the research. In this study, the reason for the participation of mothers is that mothers undertake the responsibility of caring for children and especially toilet training in Turkish society. At the end of the study, a total of 526 people (263 students, 263 mothers) completed the study and were included in analyses.

Data Collection Forms

The information form, which was prepared by the researchers for socio-demographic characteristics, toilet habits and toilet training, 'Cervantes Personality Scale (CPS)' were administered to all participants.

Information Form: This form, which was developed by the researchers in line with the literature, includes questions about sociodemographic characteristics, toilet habits and toilet training.^{2,8} The form consists of two parts. The first part includes questions for the young adults, while the questions in the second part are for mothers. In the first part, there are 17 questions aiming at seven questions about revealing the sociodemographic traits of the young adults (age, sex, income status, mother's education etc.), and ten questions about their current toilet habits (number of daily defecation and urination, history of urinary tract infection, frequency of constipation, washing hands before going to toilet, changing underwear and genital hygiene after using the toilet etc.), while in the second part, there are 20 questions aiming at revealing the toilet training characteristics of the mothers (use of reward/punishment method, tools used during toilet training, problems in the toilet training process, etc.).

Cervantes Personality Scale (CPS): The Cervantes Personality Scale consists of three dimensions covering the basic personality traits which are extraversion/introversion, emotional stability/neuroticism, and

consistency/inconsistency.²¹ The scale was developed by Castelo-Branco et al.²¹ and its reliability and validity studies were conducted by Bal and Sahin.²² The scale is a six-point Likert-type scale consisting of 20 items.²¹ Each item is rated by giving a score between zero and five. An increase in the score obtained from each sub-dimension of the scale points to an increase in introversion, emotional instability (neuroticism) and inconsistency traits. On the other hand, extraversion, a decrease in the score obtained from each sub-dimension of the scale indicates an increase in the traits of emotional stability and consistency.^{21,22} In the Turkish adaptation study, Cronbach's alpha values were 0.97 in the dimension of extraversion/introversion; 0.81 in the emotional stability/neuroticism dimension, and 0.71 in the consistency/inconsistency dimension.²² In the present study, Cronbach's alpha values were 0.62, 0.78, and 0.68 for young adults and 0.69, 0.81, and 0.72 for mothers, respectively.

Data Collection Process

The data collection forms were sent to the students via the Google Forms, and the students were asked to answer the questions in the first part of the questionnaire, while the mothers answered the questions in the second part. Participants were asked to answer the questions separately, as they were thought to affect the results of the study. Verbal informed consent was obtained from the participants.

Data Analysis

The data were analyzed using SPSS Version 22.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA). The descriptive data were presented with numbers, percentages, mean, standard deviation, minimum and maximum values, and the compatibility of the data with normal distribution was tested using the Kolmogorov-Smirnov test. The statistical significance level was set at 0.05, and the difference between dependent and independent variables was analyzed using the non-parametric tests of Kruskal Wallis and Mann Whitney U. The Bonferroni pairwise comparison test, one of post hoc analysis methods, was used to understand the source of difference. The Cronbach's alpha coefficient was calculated for reliability analysis. The results of the study were reported according to the STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) checklist.

Research Ethics

Ethical approval was obtained from Istanbul Medipol University Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (IRB No: 10840098-604.01.01-E.5010, Date: 31.01.2020). Participants' informed consent was obtained. The participants were given the confidence that any details relating to them would be kept private and used only for research. To protect their privacy, no names were entered on the data collection form. The authors of the Turkish Cervantes Personality Scale validity and reliability studies granted their consent. Every action was taken in accordance with the Helsinki Declaration.

Results

The age of the young adults in the study ranged between 18-24 and their mean age was 19.60±1.10 years. 77.9% of them are female, and 89.7% were studying at a vocational school of health services. 66.5% reported that their income met their expenses; 44.9% have two siblings; 40.7% are mostly the first children, and 38.5% have a mother with an education level of elementary school or below.

The mean daily number of defecations for young adults was 1.70 ± .92 (min=0, max=8), while the mean number of daily urinations was 5.38±2.48 (min=2, max=15). 86.7% had a history of urinary tract infection, and 45.2% rarely had a complaint of constipation. 50.9% had problems with going to the toilet outside of their place of residence. 63.1% stated that they are concerned whether the toilet outside is squat or water closet. 31.2% always or frequently wash their hands before going to the toilet. Genital hygiene practices after urination or defecation can be listed as follows: using toilet paper (32.2%), using water/cleansing (use of bidet) (30.3%), and paying attention to washing the vulva first and then the anus (27.4%). 59.7% reported that they change their underwear every day, and the most important thing considered when buying underwear is the type of fabric (50.9%) (Table 1).

Table 1. Distribution of young adults' toilet habits. (n=263)

Characteristics	$\bar{x} \pm SD$ (min – max)	
Number of daily defecations	1.70 ± .92 (0 - 8)	
Number of daily urinations	5.38 ± 2.48 (2 - 15)	
	n	%
History of urinary tract infection		
Yes	228	86.7
No	35	13.3
Frequency of constipation		
Often	27	10.3
Sometimes	70	26.6
Rarely	119	45.2
Never	47	17.9
Trouble going to the toilet outside home		
Yes	133	50.9
No	130	49.4
The effect of whether the toilet is a squat toilet or a water closet on going to the toilet outside home		
Yes	166	63.1
No	97	36.9
Frequency of washing hands before going to toilet		
Always	82	31.2
Often	82	31.2
Sometimes	56	21.3
Rarely	25	9.5
Never	18	6.8
Genital hygiene after using the toilet *		
Using toilet paper	221	32.2
Using water (bidet)	208	30.3
Paying attention to wash vulva first and then the anus	188	27.4
Using wet wipes	45	6.6
Using such products as soap etc.	25	3.6
Frequency of changing underwear		
Everyday	157	59.7
Once in two days	97	36.9
Once in 3-4 days	9	3.4
Things considered when buying underwear*		
Type of Fabric	244	50.9
Color	98	20.5
Brand	81	16.9
Price	56	11.7

*Circled more than one option.

The data from the mothers revealed that the age of starting toilet training was 18 months or less (37.6%), the age of completion of toilet training was between 24-35 months (31.9%), and the duration of toilet training was one month (34%). 62.7% of the mothers started giving toilet training day and night at the same time. It was determined that during toilet training, the percentage of those comparing their child with other children was 14.8%, those using assistive equipment was 81.4% (mostly baby toilet 30.8%), those resorting to a punishment method was 15.6% and the most frequently used punishment method was yelling or scolding (71%), those using rewards was 31.9% (mostly applause 57.5%), those considering the child's readiness for training was 96.2% (often presence of the ability to express their wishes speaking), those experiencing problems was 32.7% (the child asking to wear a diaper to go to the toilet 21.3%), those pausing to give training was 13.7% (mostly due to the child not getting used to it 40.4%), those receiving help was 38% (mostly getting help from their spouse 54.7%), and those asking for information was 75.3% (mostly the personal experiences of the other side 44.7%) (Table 2).

Table 2. Mothers' toilet training experience. (n=263)

Characteristics	n	%
Toilet training starting age		
18 months and under	85	37.6
19-23 months	82	36.3
24-35 months	47	20.8
36 months and over	12	5.3
Toilet training completion age		
18 months and under	39	19.1
19-23 months	59	28.9
24-35 months	65	31.9
36 months and over	41	20.1
Starting toilet training day and night, at the same time		
Yes	165	62.7
No	98	37.3
Comparing the child with other children during toilet training		
Yes	39	14.8
No	224	85.2
Use of assistive equipment during toilet training		
Yes	214	81.4
No	49	18.6
Tools used during toilet training*		
Baby potty	121	30.8
Adults' toilet at home	116	29.5
Training pants and diapers	87	22.1
Adapter seat to adult's toilet	50	12.7
Toilet training books and toys	19	4.8
Use of punishment as a way of toilet training		
Yes	46	17.5
No	217	82.5
The means of punishment used during toilet training*		
Yelling and scolding	35	76.1
Not doing something the child wants (toys, clothes, etc.)	14	30.4
Restricting phone, computer, TV, etc.	4	1.5
Showing physical violence against the child	3	1.1
Use of rewards in toilet training		
Yes	177	67.3
No	86	32.7
Means of rewarding during toilet training*		
An applause	134	57.5
Snacks (candy, chocolate etc.)	50	21.5
Small gifts	51	21.0
Assessed the readiness of the child for toilet training		
Yes	253	96.2
No	10	3.8
Parameters for assessing readiness for toilet training*		
Expressing their wishes by speaking	149	19.8
Expressing the need for emptying verbally or non-verbally	134	17.8
Feeling uncomfortable with the dirty diaper and asking it to be changed	113	15.0
Starting to walk	105	14.0
Dryness for a certain period of time during the day	86	11.5
Carrying out simple orders	78	10.4
Ability to take off clothes on their own	57	7.6
Imitating parents or someone close to them	29	3.9
Experiencing problems with toilet training		
Yes	86	32.7
No	177	67.3

Problems in the toilet training process*		
Requesting to put on a diaper before sitting on the toilet	30	21.3
Long time of training	29	20.6
Child's getting stubborn	24	17.0
Being scared of the poop	19	13.5
Peeing or pooing anywhere in the living space	19	13.5
Being constipated because of holding urine/poop	14	9.9
Having hiccups or crying spells	6	4.3
Delaying toilet training		
Yes	36	13.7
No	227	86.3
Reasons for delaying toilet training*		
Child's inability to get used to the process	19	40.4
Thinking the child is not ready	14	29.8
Illness or death	7	14.9
Moving/changing home	5	10.6
Divorce	2	4.3
Asking for help during toilet training		
Yes	100	38.0
No	163	62.0
Those asked for help during toilet training*		
Spouse	64	54.7
Mother	48	41.0
Friend	5	4.3
Requested information about toilet training		
Yes	198	75.3
No	65	24.7
Information resources on toilet training*		
Personal experiences	134	44.7
People in one's circle and relatives	111	37.0
Books/magazines/newspapers/internet/television	30	10.0
Health care professionals	25	8.3

Note: The responses of the mothers who remembered the process were obtained.

*Circled more than one option

The mean scores of the young adults and their mothers were found to be 13.12 ± 5.64 and 12.82 ± 5.85 respectively in the dimension of extraversion/introversion, while their mean scores were 18.58 ± 7.02 and 15.53 ± 7.34 respectively in the dimension of emotional stability/neuroticism, and 18.73 ± 5.13 and 21.50 ± 5.34 in the dimension of consistency/inconsistency. The relationship between the mean CPS sub-dimension scores of young adults and their mothers who gave toilet training was found to be statistically significant. It was found that there was a weak positive correlation in the extraversion/introversion dimension ($r = .243$), while a moderate positive correlation in the emotional stability/neuroticism dimension ($r = .574$) and in the consistency/inconsistency dimension ($r = .440$) ($p < .001$) (Table 3).

Table 3. The relationship between the distribution of the Cervantes Personality Scale sub-dimension mean scores of the young adults and their mothers and the scale scores.

Cervantes Personality Scale	Young Adults			Mothers			Young Adults /Mothers*	
	$\bar{x} \pm SD$	Med.	min-max	$\bar{x} \pm SD$	Med.	min-max	r	p
Extroversion/Introversion	13.12±5.64	13.00	0-29	12.82±5.85	13.00	0-25	.243	.000
Emotional Stability/Neuroticism	18.58±7.02	19.00	0-35	15.53±7.34	15.00	0-34	.574	.000
Consistency/Inconsistency	18.73±5.13	19.00	4-30	21.50±5.34	22.00	3-30	.440	.000

*Spearman correlation test, $p < 0.01$

In the study, the toilet habits of the young adults and their mothers' toilet training experiences were compared with the personality traits of the young adults and a statistically significant correlation was found between the young adults' history of urinary tract infection and the frequency of constipation, and the CPS sub-dimensions of emotional balance/neuroticism and consistency/inconsistency ($p < 0.05$). It was revealed that individuals without a history of an urinary tract infection possessed more emotionally steady and reliable personalities. Additionally, it was noted that those who were constipation-free had more stable emotional states and an inconsistent personality. The young adults' personal characteristics, their difficulty using the restroom away from home, and their mothers' use of assistive equipment during toilet training did not statistically correlate with one another ($p > .05$). (Table 4).

The young adults' personalities were compared to how their mothers trained them to use the restroom by using rewards and punishments. It was discovered that the young adults who were rewarded for successful toilet training had better emotional control than the others. The young adults who were disciplined, on the other hand, exhibited more consistent behaviour despite having unstable emotional states ($p < .05$). It was found that young adults who struggled with toilet training as children exhibited more consistency in personality than those who did not ($p < .05$) (Table 4).

Table 4. Comparison of young adults' toilet habits and mothers' toilet training experiences with Cervantes Personality Scale mean scores.

Characteristics	Extroversion/ Introversion		Emotional Stability/ Neuroticism		Consistence/ Inconsistence	
	Median (min-max)	Statistics	Median (min-max)	Statistics	Median (min-max)	Statistics
History of urinary tract infection*						
Yes	14(3-25)	U=7536.00	20(4-35)	U=6416.50	18(5-30)	U=7101.00
No	12(0-29)	p=.139	18(0-35)	p=.001	20(4-30)	p=.028
Frequency of constipation*						
Often	12 (4-26)		21 (5-35) ^a		16 (4-24) ^a	
Sometimes	14.5 (3-29)	X ² =8.629	20 (6-30) ^a	X ² =22.504	18 (6-30) ^a	X ² =17.460
Rarely	12 (1-25)	p=.05	18 (5-35) ^a	p=.000	19 (7-30) ^a	p=.001
Never	12 (0-24)		14 (0-31) ^b		22 (6-30) ^b	
Experiencing problems about going to toilet outside of home*						
Yes	14(1-26)	U=7906.50	19(4-35)	U=7768.50	19(4-30)	U=8028.00
No	12(0-29)	p=.230	18(0-30)	p=.155	20(6-30)	p=.316
Use of any equipment during toilet training**						
Yes	13 (0-26)	U=5078.00	18 (0-35)	U=5207.00	19 (4-30)	U=5194.50
No	12 (1-29)	p=.731	19 (5-35)	p=.940	19 (5-29)	p=.919
Use of rewards during toilet training**						
Yes	12 (0-26)	U=6622.50	18 (0-33)	U=6304.50	20 (4-30)	U=6711.00
No	14 (1-29)	p=.119	19.5 (4-35)	p=.035	18.5 (5-30)	p=.160
Use of punishment during toilet training**						
Yes	14 (3-24)	U=3750.00	20 (6-34)	U=3550.50	17 (4-28)	U=3624.00
No	12 (0-29)	p=.073	18 (0-35)	p=.022	20 (6-30)	p=.038
Having problem during toilet training**						
Yes	13 (1-25)	U=7248.50	19 (6-32)	U=7132.50	18 84-29)	U=6192.00
No	12 (0-29)	p=.530	18 (0-35)	p=.408	20 (6-30)	p=.014

Note: a-b: There is no difference between groups with the same letter. U: Mann Whitney U Test, X²: Kruskal Wallis, Young adults' responses **Mothers' responses

Discussion

It has been reported that the foundation of healthy toilet habits is based on toilet training given in childhood and early childhood experiences constitute an important part of personality development.^{3,14,15} It has been found that bladder emptying problems, urinary tract infections, constipation and hemorrhoids are closely related to irregular toilet habits.^{6,8-10} In this study, it was determined that 86.7% of the young adults have a history of urinary tract infection, while 45.2% have rare constipation problems. The fact that many of the participants had a history of urinary tract infection may be related to the low rate of hand washing before using toilet and less attention paid to the cleansing of the genital area after using toilet. Whether the toilet is a squat toilet or a water closet (63.1%) has an impact on those who have issues using the restroom outside of their home (50.9%). Constipation may result from postponing restroom trips when away from the house (45.2% rarely, 36.9% occasionally/frequently). According to the data pertaining to Turkey on handwashing, the frequency of handwashing after using the toilet is 91.1% and 25.7% before using the toilet.²³ When the hand washing habits of the young adults are examined, it is seen that the rate of those who always or frequently wash their hands before going to the toilet is 31.2%, which is not at the desired level. After using the restroom, it was found that using toilet paper (32.2%) and using water (using a bidet) (30.3%) were the two most popular genital hygiene practises among young adults. Soft soap can be used for genital hygiene, but it should be thoroughly rinsed after use. Odorless toilet paper is recommended instead.²⁴ A

positive finding from this study is that young adults use water and toilet paper after using the restroom. After using the restroom, 27.4% of young adults pay attention to washing their vulva first and then their anus. In order to prevent contamination from the anal region, it is crucial to clean the anterior region of the genital area before moving on to the posterior region after bladder and bowel emptying.²⁴ It is a negative finding that a small part of the young adults pay attention to this. One of the most effective ways people can protect themselves and others from disease is good personal hygiene. Clothing such as underwear can cause body odor as well as some diseases. To prevent this, tight and synthetic underwear should be avoided, and the ones manufactured from cotton should be preferred and changed regularly.²⁴ In the study, 59.7% of the young adults stated that they change their underwear every day, and 50.9% stated they paid attention to the type of underwear fabric. Only half of the young adults can be seen to be following personal hygiene practices related to the use of underwear, while the other half of the young adults need to be informed in this regard. It is stated that toilet training influences the future independence and personality of the child. The mother has an important place in the personality formation and education/training of the child. If toilet training is given early, such feelings as anger, stress, and incompleteness may be experienced by the child, and if given late, difficult habituation and adaptation may be observed in the child.¹² It would be a reasonable approach for parents to consider toilet training when their child indicates the need to urinate and in a time interval when they are dry for two hours during the day or when they are sleeping.^{2,4} Van Aggelpoel et al.¹⁸ revealed that only 27% of the mothers observed the signs of their child's readiness for toilet training. When the mothers who remembered the process when they gave toilet training to their children were analyzed, a significant portion of the mothers -as much as 96.2% - stated that they paid attention to whether their child was ready for toilet training. The mothers considered the child's ability to express his/her wishes mostly by speaking (19.8) as the main criterion to initiate the training. It is a positive finding that most of the mothers paid attention to the readiness of the child as it includes a child-centered approach.

The timing of toilet training varies. Some experts report that children are not physiologically and psychologically ready between 24-30 months; however, it is seen that parents start toilet training before the child is 30 months old. Culture is an important factor affecting the time and method of toilet training.⁴ Van Aggelpoel et al.¹⁸ revealed that parents start and complete toilet training at a later age compared to previous years. In our study, many mothers (73.9%) started to give toilet training to their children before the age of two. The success of toilet training methods is directly proportional to the knowledge of the parents about the method. Our study revealed that the mothers mostly received help from their spouses (54.7%) and benefitted from their previous experience (44.7%) during toilet training. In general, help is requested from health personnel only when an issue cannot be overcome.²⁵ The mothers conducted toilet training mostly through social support and previous experience, which has revealed that the primary source of information they refer to is not a health professional.

It is stated that negative attitudes and punishment should be avoided during toilet training.² In this study, the mothers' reward and punishment methods during toilet training and the young adults' personality traits were compared and it was found that the young adults rewarded during toilet training were more emotionally balanced than the others, while the young adults punished were found to be more consistent in their behavior and emotionally unstable. The dimension of neuroticism in the Cervantes Personality Scale is characterized by anxiety, depression, low self-esteem, and emotional instability.²⁶ Based on this finding, it is thought that rewarding the child will contribute to reducing anxiety and depression and improving self-esteem in individuals.

It was observed that the young adults who experienced problems in their childhood during toilet training had more consistent personalities than young adults who did not, implying that solving potential problems experienced during toilet training with an appropriate approach could cause individuals to have a more consistent personality in their future lives.

In this study, the toilet habits of the young adults and their mothers' toilet training experiences were compared with the personality traits of the young adults, and it was determined that those with no history of urinary tract infection had more emotionally stable and consistent personalities, while those with no constipation problems had an inconsistent personality, despite being more emotionally balanced. The literature maintains that toilet training received in early childhood can affect personality traits, which is supported in this study with the finding showing a significant relationship between young adults' toilet habits and personality traits.^{14,15} Our findings suggest that positive personality traits play a role in eliminating health problems related to toilet habits.

Dirty appearance and bad smell are the reasons why children do not prefer school toilets, which may be

causing bladder and bowel problems in children.⁹ Our study revealed that half of the young adults have problems with going to the toilet outside of their home and the type of toilet (whether a squat toilet or a water closet) influences this habit. It is thought that individuals prefer not to use water closet type toilets for fear of contamination with microorganisms; however, this may cause new problems due to delaying the urine and defecation.

It was further revealed that the relationship between the CPS sub-dimension mean scores of the young adults and their mothers who gave toilet training is statistically significant. It was found that there is a weak positive correlation in the extraversion/introversion dimension and a moderate positive relationship in the emotional stability/neuroticism dimension ($r = .574$) as well as the consistency/inconsistency dimension ($r = .440$), which suggests that the positive and negative personality traits of mothers may play a decisive role in both the toilet training experience and the personality traits of their children.

Limitations

Because it has been years since they gave the training, there is a possibility that mothers might have forgotten some details about toilet training and might have confused their toilet training experiences if they have more than one child. In addition, this may have affected the results of the study, as mothers who had a difficult toilet training experience may be more likely to remember. The results of this study represent only the sample included in the study, and the results cannot be generalized to the whole population.

Clinical Contribution of the Study

No studies in the literature have so far retrospectively examined the relationship between the toilet training experience, toilet habits, and personality traits. In this context, it is believed that the results of the study may guide the experts working in the field of maternal and child health in their practices, contribute to the development of toilet training experience associated with the toilet habits and personality traits of individuals, and help go through this process in a healthy way.

Conclusions

In line with the findings of the study, it can be stated that including toilet training in the protective services for mothers and child health in primary health care institutions, supporting health professionals to contribute to the awareness of parents about toilet training, and helping the personnel working in nurseries and day care homes to adopt the correct scientific approach may make positive contributions to the toilet training process and to the future of children. It is recommended to examine the personality traits of mothers as well as their information needs and to increase their awareness that their positive and negative attitudes affect the toilet training process and leave permanent traces on children's personality traits. It is recommended that children are followed prospectively from toilet training and their personality traits should be examined.

Conflicting Interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Source(s) of support: This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Acknowledgement: We would like to thank the people who help, share their experience and suggestion. Thanks to the students who participated in this study. Thanks also the university for leave.

References

1. Kiddoo D, Klassen TP, Lang ME, Friesen C, Russell K, Spooner C, Vandermeer B. The Effectiveness of Different Methods of Toilet Training for Bowel and Bladder Control. Evidence Report/Technology Assessment No. 147. (Prepared by the University of Alberta Evidence-based Practice Center, under contract number 290-02-0023). AHRQ Publication No. 07-E003. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2006. p. 9-18.
2. Baird DC, Bybel M, Kowalski AW. Toilet training: Common questions and answers. *Am Fam Physician*. 2019; 100(8): 468-474.
3. Van Aggelpoel T, Vermandel A, Fraeyman J, Massart M, Van Hal G. Information as a crucial factor for toilet training by parents. *Child: Care Health Dev*. 2019; 45(3): 457-462. doi:10.1111/cch.12653
4. Wilson KDF. Family centered care of the toddler and preschooler. In Marilyn JH, Kristina DW, Cheryl CR, editor. Wong's

- nursing care of infants and children. 11th ed., Elsevier Inc, 2018. p. 402-405.
5. Hill MG. PsychSmart (2nd Ed.). McGraw-Hill Publishing, 2013. p. 258, 259, 266-268.
 6. Wald ER, Di Lorenzo C, Cipriani L, Colborn DK, Burgers R, Wald A. Bowel habits and toilet training in a diverse population of children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2009; 48(3): 294-298. doi:0.1097/mpg.0b013e31817efbf7
 7. Australian Government Department of Health, Continence Foundation of Australia. Good bladder habits for everyone booklet, 2020. Accessed 4 April, 2021. continence.org.au
 8. Giuliani A, Romano L, Lazzarin G, Maffione F, Valiyeva S, Schietroma M, et al. Relationship between haemorrhoidal grade and toilet habits. *Annali Italiani di Chirurgia.* 2020; 91, 192-195.
 9. Lundblad B, Hellström AL. Perceptions of school toilets as a cause for irregular toilet habits among schoolchildren aged 6 to 16 years. *J Sch Health.* 2005; 75(4): 25-28. doi:10.1111/j.1746-1561.2005.tb06656.x
 10. Lundblad B, Hellström AL, Berg M. Children's experiences of attitudes and rules for going to the toilet in school. *Scand J Caring Sci.* 2010; 24(2): 219-223. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00707.x
 11. Şişik A, Başak F, Hasbahçeci M, Acar A, Kılıç A, Özel Y, et al. Recovery from hemorrhoids and anal fissure without surgery. *Turk J Gastroenterol.* 2020; 31(4): 289. doi:10.5152/tjg.2020.19183
 12. Setiawati DNAE. Putriana DMother Perception of Toilet Training in Toddler. 4th ASEAN Conference on Psychology, Counselling, and Humanities (ACPCH 2018). 2019; 304: 95-98. doi:10.2991/acpch-18.2019.24
 13. Mcleod S. Psychosexual Stages, 2008. Accessed 30 April, 2021. <https://www.simplypsychology.org/psychosexual.html>
 14. Vazire S. Personality. A Six-Day Unit Lesson Plan for High School Psychology Teachers American Psychological Association.: American Psychological Association, 2014. p. 3, 20, 24-26.
 15. Cherry K. (n.d.) Erikson's Theory of Psychosocial Development, Psychosocial Development in Infancy and Early Childhood. Accessed 30 April, 2021. <https://www.olma.org> › 2018/12/14 › Erikson.
 16. Netto MB, Paula JCD, Bastos CR, Soares DG, et al. Personal and familial factors associated with toilet training. *International Braz J Urol.* 2021; 47(1): 169-177. doi:10.1590/S1677-5538.IBJU.2020.0129
 17. Van Aggelpoel T, De Wachter S, Neels H, Van Hal G, Roelant E, Vermandel A. Implementing a new method of group toilet training in daycare centres: a cluster randomised controlled trial. *Eur J Pediatr.* 2020; 1-9. doi:10.1007/s00431-020-03879-y
 18. Van Aggelpoel T, De Wachter S, Van Hal G, Van der Cruyssen K, Neels H, Vermandel A. Parents' views on toilet training: a cross-sectional study in Flanders. *Nurs Child Young People.* 2018; 33(2). doi:10.7748/ncyp.2018.e944
 19. Taherdoost H. Determining sample size; how to calculate survey sample size. *IJEMS.* 2017; 2.
 20. Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics. Accessed 1 April, 2021. www.childstats.gov.
 21. Castelo-Branco C, Palacios S, Ferrer-Barriendos J, Parrilla JJ, Montserrat M, Xavier A, et al. Understanding how personality factors may influence quality of life: development and validation of the Cervantes Personality Scale. *Menopause.* 2008; 15(5): 914-918. doi:10.1097/gme.0b013e318167b916
 22. Bal MD, Sahin NH. Turkish adaptation of the Cervantes Personality Scale: a validation and reliability study. *Journal of Education and Research in Nursing.* 2011; 8(1), 39-45.
 23. Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Health Promotion. Turkey handwashing research. (893). Ankara, 2012.
 24. Better Health Channel. Personal hygiene. Accessed 4 April, 2021. <https://www.betterhealth.vic.gov.au/health/conditionsandtreatments/personal-hygiene>
 25. Wu HY. Can evidence-based medicine change toilet-training practice? *AJU.* 2013; 11(1): 13-18. doi:10.1016/j.aju.2012.11.001
 26. Ozdemir O, Aykan F, Ozdemir PG. Coping Strategies and personality traits in women patients with migraine and tension type headache. *Psychiatry and Behavioral Sciences.* 2014; 4(2): 59. doi:10.5455/jmood.2014010811532

What Do The Patients With Prosthesis Related Joint Infections Experience? A Qualitative Research

Protez İlişkili Eklem Enfeksiyonu Olan Hastalar Neler Yaşıyorlar? Nitel Araştırma

Arzu Nazlı¹, Gizem Limnili², Nilgün Özçakar³, Vildan Avkan-Oğuz⁴

Abstract

Introduction: Nowadays with the prolongation of life expectancy, joint prosthesis operations are performed more frequently to increase the quality of life. However, when prosthesis related infection develops, people's lives are adversely affected. In our study, it was aimed to reveal what the patients experienced in this process. **Method:** Qualitative research was preferred to understand the feelings, thoughts and experiences of the patients on the subject. Non-probability sampling method was used to select the individuals. Face-to-face interviews were conducted with the patients by semi-structured questions and voice recordings were taken. When the data was saturation was reached, the patient recruitment was terminated. The data were deciphered, transcribed, and analyzed with thematic approach. **Results:** The mean age of the patients is 64.25 ± 7.43 (min:50, max:74) years. The patients stated that they had undergone 4-12 more operations after the first joint prosthesis. In the analysis, six main themes were identified: time, patient's agenda in treatment, patient-physician relationship, financial difficulties, patients' view of the future and receiving support. Patients described their treatment protocols with a long and complex history. In the treatment process, pain, discharge, sleep problems, deterioration of social relations, lack of referral chain, responsibilities that they could not fulfill, the burden on their caregivers, and problems in finding a job were stated as difficulties encountered in the treatment process. They stated that they became dependent on others because the treatment of these infections took a long time, their mobility after the operation was affected and they could not fulfill their basic needs and self-care. **Conclusion:** The long and difficult treatment process of periprosthetic infections adversely affects the well-being of patients. Patients need physical and psychosocial rehabilitation during and after treatment. With the awareness of the physicians and health authorities of these problems, different support plans can be made.

Key words: prosthesis related infections, arthroplasty, qualitative research, quality of life

Özet

Giriş: Günümüzde yaşam süresinin uzamasıyla birlikte eklem protezi operasyonları, yaşam kalitesini arttırmak amacıyla daha sık yapılmaktadır. Ancak protez ilişkili eklem enfeksiyonu (PPE) komplikasyonu geliştiğinde kişilerin hayatları olumsuz olarak etkilenmektedir. Çalışmamızda, hastaların bu süreçte neler yaşadıklarını ortaya koymak amaçlanmıştır. **Yöntem:** Hastaların PPE ile ilgili duygularını, düşüncelerini ve yaşantılarını anlayabilmek amacıyla nitel çalışma yöntemi tercih edilmiştir. Kişilerin seçilmesinde olasılıklı olmayan örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Yarı yapılandırılmış sorular hazırlanarak hastalar ile yüz yüze görüşmeler yapılmış ve ses kayıtları alınmıştır. Veriler açısından doyuma ulaşıldığında hasta alımı sonlandırılmıştır. Veriler deşifre edilerek yazıya aktarılmış, kodlanmış ve tematik analiz yapılmıştır. **Bulgular:** Çalışmamızdaki hastaların yaş ortalaması $64,25 \pm 7,43$ (min:50, maks:74) yıldır. Hastalar takılan ilk eklem protezinden sonra 4-12 kez daha operasyon geçirdiklerini belirtmişlerdir. Analizde; zaman, tedavide hastanın gündemi, hasta hekim ilişkisi, maddi sıkıntılar, hastaların geleceğe bakışı ve destek görme olmak üzere altı ana tema saptanmıştır. Hastalar tedavi protokollerini karışık ve uzun bir öykü ile anlatmışlardır. Tedavi sürecinde genel olarak ağrı, akıntı, uyku sorunları, sosyal ilişkilerin bozulması, sevk zincirinin olmaması, kendilerinin yerine getiremedikleri sorumluluklar, onlara bakım verenin üzerindeki yük, iş bulma sorunları karşılaşılan zorluklar olarak belirtilmiştir. Bu enfeksiyonların tedavisinin uzun sürmesi, operasyon sonrası hareket kabiliyetinin etkilenmesiyle temel ihtiyaçlarını, öz bakımlarını yerine getirememeleri nedeniyle başkalarına bağımlı hale geldiklerini ifade etmişlerdir. **Sonuç:** Protez ilişkili enfeksiyonların uzun ve zorlu tedavi süreci, hastaların iyilik halini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastalar tedavi sırasında ve sonrasında fiziksel ve psikososyal rehabilitasyona ihtiyaç duymaktadırlar. Tedavi sürecindeki hekimlerin ve sağlık otoritelerinin bu sorunların farkında olmasıyla, farklı destek planlamaları yapılabilir.

Anahtar kelimeler: protez-ilişkili enfeksiyonlar, artroplastisi, niteliksel araştırma, yaşam kalitesi

Geliş tarihi / Received: 03.04.2022 Kabul tarihi / Accepted: 24.08.2022

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi / Türkiye

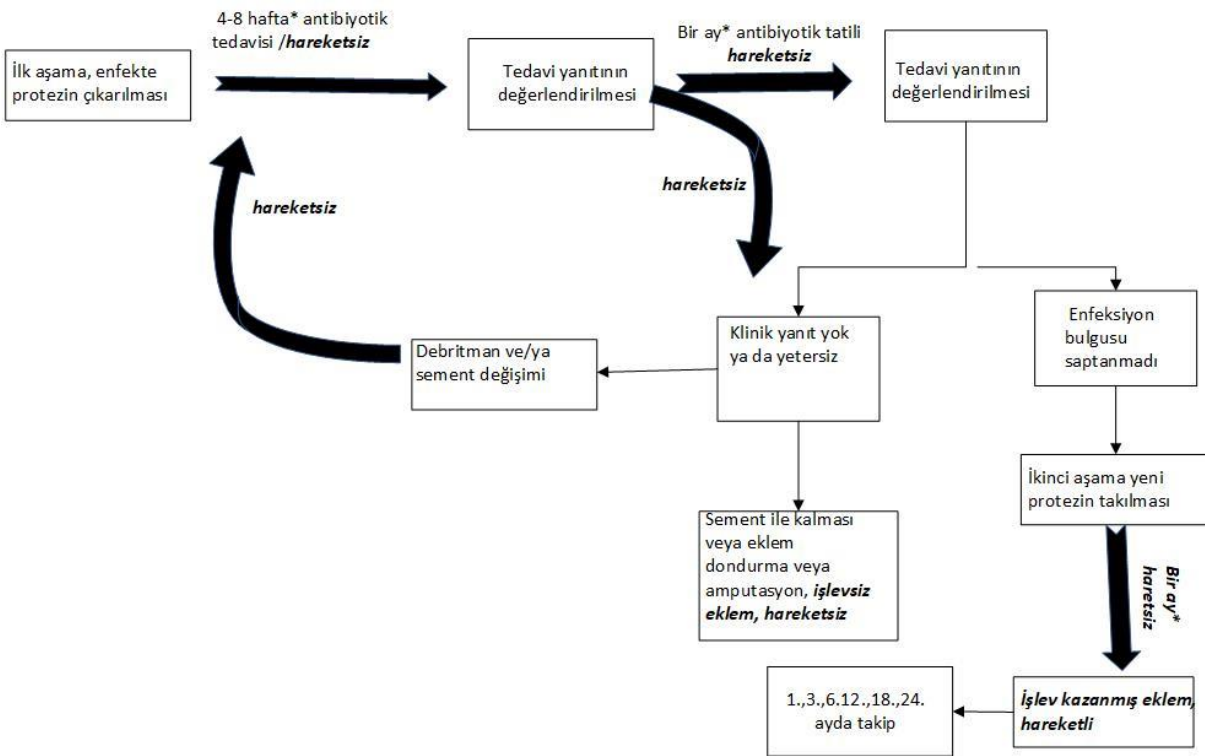
Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Arzu Nazlı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Türkiye
arzunazlizeka@gmail.com

Nazlı A, Limnili G, Özçakar N, Avkan-Oğuz V. What Do The Patients With Prosthesis Related Joint Infections Experience? A Qualitative Research. TJFMPC, 2022;16(3): 586-597

DOI: 10.21763/tjfmpr.1097949

Giriş

Günümüzde yaşam süresinin uzamasına paralel olarak artroplastiler daha sık yapılmaktadır.¹ Hastalık önleme merkezi (CDC) verilerine göre PPE sıklığı yaklaşık %2 oranındadır.² Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise %1,2- %4,6 olarak bildirilmiştir.³ PPE komplikasyonu gelişme sıklığı az olmakla birlikte eklem protezi uygulanan hasta sayısının artması nedeniyle çok sayıda hasta bu komplikasyonla karşılaşmaktadır. Operasyon sonrası enfeksiyon gelişen hastalarda uzun dönem antibiyotik ile baskılama, rezeksiyon artroplastisi, protezin korunması için debridman, tek aşamalı revizyon, iki aşamalı revizyon ve amputasyon gibi birçok tedavi yöntemi tanımlanmıştır.⁴ İki aşamalı revizyon başarı oranı en yüksek tedavi yaklaşımı olup en sık uygulanan tedavidir.⁵ Bu tedavinin ilk aşamasında tüm yabancı cisimler; protez, tüm donanımlar ve sement çıkarılır, uzun süreli antimikrobiyal tedavi ile enfeksiyon kontrolü sağlandıktan sonra ikinci aşamada yeni protez takılır. (Şekil 1)



Şekil 1. İki aşamalı revizyon tedavi algoritması

*Verilen süreler standart olmayıp hastaya, merkeze göre değişebilmektedir.

Hastaların PPE enfeksiyonunun tanı ve tedavi sürecinde neler yaşadıkları, karşılaştıkları sorunların neler olduğu ve çözüm yolları ile ilgili yapılmış az sayıda çalışma bulunmaktadır....⁶⁻¹⁰ İsveç'te 2010 yılında yapılan nitel bir çalışmada cerrahi alan enfeksiyonu gelişen hastaların, ağrı, yalnızlık (izolasyon) ve güvensizlik çektikleri belirtilmiştir. Enfeksiyonun hastaların fiziksel, duygusal, sosyal yaşamlarını aşırı şekilde kötü etkilediği, bu etkilerin bir kısmının kalıcı olduğu vurgulanmıştır.⁸ PPE gelişen hastalarda yapılan diğer bir nitel çalışmada ise hastalar hayatlarındaki bu ani değişikliğin, hareket kaybının ve sakatlık hissini onları psikolojik olarak etkilediğini belirtmişlerdir.⁹ Sistematik bir derlemede ise literatürde bu hastalara uygulanabilecek psikolojik, sosyal ve fiziksel destek tedavileri ve etkileri ile ilgili çalışma olmadığı görülmüştür.¹⁰ Çalışmamızda PPE olan hastaların tanı, tedavi ve iyileşme süresince neler yaşadıklarının ortaya konması amaçlanmıştır.

Hastalar ve Yöntem

Çalışma Tasarımı

Niteliksel tipte planladığımız araştırmamızda görüşmelere alınacak kişilerin seçilmesinde olasılıklı olmayan örnekleme yöntemi uygulanarak bir fenomenoloji çalışması yürütülmüştür.

Araştırma izni Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar no:2019/05-19 Tarih:06.03.2019) alınmıştır.

Örneklem

Örneklemin belirlenmesinde olasılıklı olmayan örneklem yöntemi kullanılmıştır. Bu araştırmaya protez takıldıktan sonra farklı süreçler yaşayan ve farklı tedavi protokolleri uygulanan sekiz hasta alınmıştır. Polikliniğe başvuran hastalara çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgi verilip araştırmaya katılmayı kabul edenlerden onam alınarak, görüşme tarihi ve yeri belirlenmiştir. Verilerin tekrar ederek doygunluğa ulaştığı gözlemlenirken veri toplama bitirilmiştir.

Görüşmeler

Görüşmeler, birebir görüşme yapmaya uygun fiziksel koşullara sahip sessiz bir ortamda; göz temasının kurulmasına olanak veren şekilde gerçekleştirilmiştir. Görüşme süresi hastaların genel durumuna göre değişiklik göstermiş olup yaklaşık 15-25 dakika arasında sürmüştür. Birebir görüşmelerde araştırmacılardan birisi görüşmeyi yönetirken diğeri gözlem ve ses kaydı yapmıştır. Veri toplama yarı yapılandırılmış görüşme tekniği ile yüz yüze olarak gerçekleştirilmiştir. Literatüre uygun olarak oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme soruları açık uçlu olarak sorulmuştur (Tablo 1). Görüşmelerin tamamı niteliksel araştırmalar konusunda eğitim almış olan aynı araştırmacı tarafından yapılmıştır. Görüşme sürecinde sorular açık ve anlaşılır bir şekilde katılımcıya yöneltilmiştir ve gerekli durumlarda ek sorularla araştırılan konunun derinleştirilmesi sağlanmıştır. Açık uçlu görüşme sorusundan sonra konuşmacılar serbest bırakılmıştır. Konudan uzaklaşma olmadığı sürece katılımcıya müdahale edilmemiştir. Yapılan görüşmelerde veriler açısından doyuma ulaşıldığı için sekizinci hasta görüşmesinin ardından çalışma sonlandırılmıştır.

Tablo 1. Görüşmede kullanılan yarı yapılandırılmış sorular

1. Protez ilişkili eklem enfeksiyonu (PPE) hakkında ne düşünüyorsunuz?
2. PPE'na sahip olmak günlük yaşamınızı nasıl etkiliyor?
3. Bu hastalıktan sonra hayatınızda ne gibi değişiklikler oldu? Bu hastalıkla ilgili tedavi alırken neler yaşıyorsunuz? Neler hissediyorsunuz?
4. Tedavi ve izlem süresince hangi sorunlarla karşılaşıyorsunuz?
5. Sorunlar ortaya çıktığında ne yaptınız? Nereye başvurduunuz? Kimlerden yardım aldınız?
6. Ne yapılırsa bu süreci daha kolay atlatılabileceğini düşünüyorsunuz?
7. **Neden sizin başımıza geldiğini düşünüyorsunuz?**
8. Ne olsaydı/ne yapılırdı olmazdı?
9. İleriki hayatınızın nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

Analiz

Görüşme içerikleri görüşmelerin yapıldığı gün içinde yazılı metin haline dökülmüş ve içerik analizleri yapılmaya başlanmıştır. Veri değerlendirilmesinin ilk aşamasında, katılımcılardan elde edilen ses kaydındaki konuşmalar deşifre edilerek bilgisayarda Microsoft Word programına aktarılmıştır. Veriler eş zamanlı olarak bağımsız iki araştırmacı tarafından değerlendirilip, anlam içeren önermeler kodlanmıştır. Aynı zamanda hastalara ait epikriz ve poliklinik hasta kayıt dosyaları gibi dokümanlar da incelenerek hastalara uygulanan tedavi protokollerinin anlaşılabilmesi için zaman çizelgeleri oluşturulmuş ve tedavi süreçleri detaylandırılarak çalışmaya triangülasyon sağlanmıştır. Kodlama bitince kodlamalar iki bağımsız araştırmacı tarafından karşılaştırılarak uzlaşma sağlanmıştır. Ortak yönleri bulunan kodlarla temalar oluşturulmuştur. Veri analizi sürecinde görüşmeler sırasında araştırmacılardan birinin tuttuğu notlar verilerin daha somut düzeyde kavramlaştırılmasına yardımcı olmuştur.

Bulgular

Katılımcıları yaş ortalaması 64,25±7,43 (min:50, maks:74) olarak bulunmuştur. Tablo 2'de katılımcılara ait demografik özellikler gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların demografik özellikleri ve tıbbi öyküleri

Kısaltma, yaş, cinsiyet, görüşme yapılan dönem ZK, 66 y* K *	Tıbbi öykü
Son protez takılma operasyonundan bir ay sonra	İlk kalça eklemi protezi 2014 yılında takılıyor. 2 ay sonra enfeksiyon geliyor ve protezi çıkarılıyor. 2015 yılında yeni protez takılıyor. İki ay sonra yeniden enfeksiyon ortaya çıkıyor. Birçok debridman ve intravenöz ve oral antibiyotik ile enfeksiyon kontrolü sağlanamıyor. 2016 yılında protez çıkarılarak antibiyotikli sement konuyor. Oral antibiyotik tedavisi sonrası 2019 yılında üçüncü protezi takılıyor. Son kontrolde (2021) protezinden memnun, bazen hareketle ağrı oluyor.
ŞC,50 y K	2019 yılında ilk kalça protezi takılıyor. Bir ay sonra enfeksiyon geliyor. İki kez debridman yapılıyor.
İkinci debridmandan bir buçuk ay sonra	Süreçte 3 kez hastane yatışı yapılıyor. (İlki 3 hafta, ikincisi 2 hafta ve üçüncüsü 4 hafta) Toplamda intravenöz ve oral antibiyotik tedavisi 4 aya tamamlanıyor. Son kontrolde (2021) hayatından memnun, ağrısı yok.
SA,71 y K	2011 yılında ilk kalça protezi takılıyor. 2019 yılında enfeksiyon geliyor ve protez çıkarılıyor.
Enfekte protez çıkarıldıktan bir ay sonra	Antimikrobiyal tedavi ile birlikte iki kez debridman ve sement değişimi yapılıyor. 2020 yılında yeni protez takılıyor. İki ay sonra enfeksiyon tekrarlıyor. Hastaneye yatırılarak üç debridman yapılıyor. Postop exitus
MS,59 y K	1998 yılında ilk kalça protezi takılıyor
Antibiyotikli sementli ve antibiyotik baskısı altında iken	2010 yılında enfeksiyon nedeniyle protez çıkarılarak yeni protez takılıyor. 2018 yılında enfeksiyon nedeniyle tekrar protez çıkarılıyor. Uzun süreli, intravenöz ve oral antibiyotik tedavisi alıyor. Yeni protez 2020 yılında takılıyor. Son kontrolde desteksiz yürüyebiliyor.
HE,74 y K	2009 yılında ilk kalça protezi takılıyor.
Yeni protez takılmasından bir yıl sonra	2016 yılında enfeksiyon gelişmesi nedeniyle 2016 yılında protez çıkarılarak antibiyotikli sement konuyor. 2017 yılında enfeksiyon kontrol altına alınamadığından debridman ve sement değişimi yapılıyor. Yeni protez 2018 yılında takılıyor. Son kontrolde (2021) yürüteç ile yürüyor, desteksiz düşmekten korkuyor.
HG,65 y K	2017 yılında ilk kalça protezi takılıyor. Protez dislokasyonu nedeniyle üç kez debridman uygulanıyor.
Son protez takıldıktan ve bir debridman yapıldıktan sonra	2018 yılında enfeksiyon gelişmesi üzerine protez çıkarılıyor. 2019 yılında antibiyotikli sement kırılıyor ve sement değişimi yapılıyor. 2019 yılında yeni protez takılıyor. Dört ay sonra yeniden enfeksiyon geliyor. İki debridman ve antibiyotiklerle enfeksiyon kontrol altına alınamıyor. Enfekte protez çıkarılıyor. Antibiyotik tedavisi ile birlikte iki debridman yapılıyor. Toplam 12 kez opere oluyor. Son kontrolde (2021) spacer ile çok az hareket edebiliyor
ME, 65 y E*	İlk kalça protezi 1998 yılında takılıyor
Yeni protez takıldıktan 10 gün sonra	2000 yılında enfeksiyon geliyor ve protez çıkarılıyor. Uzun süreli antibiyotik tedavisi alıyor. 2001 yılında yeni protez takılıyor. 2 ay sonra akıntı başlıyor ancak hasta operasyonu kabul etmiyor. 17 yıl akıntı ve ağrı ile yaşıyor, 2018 yılında protez etrafında kırık oluşuyor ve protez çıkarılıyor. Üç buçuk ay antibiyotik tedavisi sonrasında 2020 yılında yeni protez takılıyor. Son kontrolde (2021) hayatından memnun, destek almadan yürüyor.
RD, 64 y K	İlk diz protezi 2019 yılında takılıyor
Protez çıkarıldıktan iki ay sonra semen ile beklerken	Bir yıl sonra enfeksiyon geliyor. Debridman yapılıyor. Sekiz ay antibiyotik tedavisi alıyor. Ancak enfeksiyon kontrol altına alınamıyor ve 2019 yılında protez çıkarılıyor. Dört hafta yatarak intravenöz antibiyotik tedavisi alıyor. Yeni protez 2020 yılında takılıyor. Son kontrolde (2021) desteksiz yürüyebiliyor, sık sık ağrı şikâyeti oluyor.

*y: yaş, K: kadın, E: erkek

Bulgular analizin ortaya çıkardığı 6 ana tema doğrultusunda sınıflandırılmıştır. Bu temalar; zaman, tedavide hastanın gündemi, hasta hekim ilişkisi, maddi sıkıntılar, hastaların geleceğe bakışı ve destek görme olarak belirlenmiştir. Zaman dışındaki ana temalarda alt temalar belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların yaşadıklarını anlatan ana ve alt temalar	
Ana temalar	Alt temalar
1. Zaman	-
2. Tedavide hastanın gündemi	1. Yaşananlar 2. Zorluklar 3. Fonksiyonlar 4. İlaçlar
3. Hasta hekim ilişkisi	1. Hekime ulaşım 2. Bilgilendirme
4. Geleceğe bakış	1. Kaygılar 2. Umutlar 3. Beklentiler
5. Maddi sıkıntılar	1. Maddi ve tıbbi giderler 2. Ulaşım
6. Destek	1. Tıbbi destek 2. Sosyal destek

Hastaların yaşadıkları örnekler ile temalara göre özetlenmiştir.

1. Zaman

Protez operasyonları sırasında ve sonrasında gelişen enfeksiyonların uzun sürdüğü çalışmaya katılan hastalar tarafından sıkça tekrarlanan bir durumdur. Hastalar uzun süren tedavi protokollerini anlatmışlardır. Katılımcıların hepsi tedavi süresinin hayatlarını pek çok noktada etkilediğinden bahsetmiştir. Zamanla ilgili şu ifadelere yer verilmiştir.

'Bende uzadı. 3 ay oldu, 4 ay oldu... Yani o çok yıpratıcı oldu.' ZK,66

'Dedi ki bana senin dedi şimdi dedi oluverecek işin yok altı ay sürecek işin dedi... Ben öldüm orda... Neden altı ayda bitecek?' SA,71

'8 ay hiç kalkmadan ...' RD,64

'4. Aydan sonra ancak kendimi toparladım... 4 aydan sonra fizik tedaviye başladık.' ŞC,50

'Protez gelecek onu bekleyeceğiz. Ne kadar? İşte biraz bekleyeceksin, uzun sürecek dedi ama bana. Biraz uzun sürüyor ama bu kadar demedi. Bu kadar uzun süreceğini bilseydim ameliyat olmazdım.' MS,59

2. Tanı, Tedavi, İzlem Süreci

2.1 Tedavi Sürecinde Yaşananlar

Hastalar yaşadıkları süreci anlatırken karışık ve uzun bir öykü ile anlatmaktadırlar. Uzun, karmaşık, zorluklarla dolu bol hastane başvurularını içeren bir süreç tanımlamaya çalışmakta zaman zaman bu süreci hatırlamakta zorlanmaktadırlar. Başlarına gelenleri aktarırken pek çok farklı hastane ve doktor ismi belirtmişlerdir. Sürecin başından sonuna kadar aynı hekim tarafından takip olan ve tedavi alan hastamız bulunmamaktadır. Yaşananların daha iyi anlaşılabilmesi için araştırmacılar tarafından her bir hastanın sağlık kayıtları tekrar incelenerek zaman çizelgeleri oluşturulmuştur (Tablo 2). Böylece hastaların hikayeleri netleştirilerek uygulanan tedaviler anlaşılmuştur.

'İkisine de takıldı. Ben hep iyi hep iyi dedim buna. Ama bu takıldı, iyi... iki ay sonra bu... iyi değil... bu ağrıyor... şişme..' SA,71

'Enfeksiyon kurumadan yapılacak fazla bir şey kalmamıştı...4. kez ameliyat olmuş oldum, tekrar yeni protez takıldı' ZK,66

'...topalladım yani. Acıdı, bir şey oldu. Akıntı olmadı yara kapandı, yalnız ayak olmadı, bir şöyle bükülmedi işte' RD,64

'...enfeksiyon var diye beni ameliyat etti... Protezleri çıkardılar, temizlediler, oraya alçı koymuşlar. Yani şey alçısı, enfeksiyon alçısı. Üzerine basmayacaksınız dediler.' MS,59

'Eve çıktıktan sonra bir 15 gün daha sonra yaralarım açıldı. Dikişlerim açıldı. Tekrar ikinci bir ameliyata girdim.' ŞC,50

Bu zor ve uzun sürecin neden kendilerine olduğu sorulduğunda hastalar durumu farklı nedenlere bağlamışlardır. 'Ben öğretmen emeklisiyim. Çok fazla acaba ayakta durduğum için mi? Meslek hastalığı mı? daha dinlendirici, rahat, oturarak yapılan bi mesleğim olsa acaba yine aynı mı olurdu; yoksa kemik yapısıyla mı ilgili, bilemiyorum.' ZK,66

'Bu benim ta küçüklüğümünden, aileden. Düşmüşüm, Emeklerken düşmüşüm.' D59

'Benim faklı bir sendrom olduğu söylendi... Bağ doku ve şey tanım var. Hepsinde bir anormallik olduğu söyledi.' ŞC,50

'Hasta ameliyat olup geliyor yanındakinde enfeksiyon var. Yanlış ameliyat sonucu oldum ben böyle.' HG,65

'İşe gidiyordum, su dökmüşler yere ıslandım oradan geçince sol tarafıma düştüm. Dağınık kırık oldu. Hiç valla bu zamana kadar bi bu ayağımdan çıktım doktora hocam. Düşmeseydim hayatımı böyle geçiriyordum.' ME,65

'Parmaklarımın arasında beyazlıklar vardı. Mantar ondan mı aldı, ne olduysa ben de bilmiyorum. Ondan sonra böyle başladı şey etmeye.' HE,74

2.2 Zorluk Çekilen Alanlar

Hastalar tedavi sürecinde karşılaştıkları zorlukları bahsederken genel olarak ağrı nedeniyle oluşan zorluklardan, uyku sorunlarından, sevk zincirinin olmayışından, sosyal ilişkilerin bozulmasından, kendilerinin yerine getiremedikleri sorumluluklardan, onlara bakım verenin üzerindeki yükten, iş bulma sorunlarından bahsetmişlerdir. Yaşanan diğer zorluklar da konu içinde farklı başlıklarda anlatılmıştır. Hastalar tedavi sürecinde karşılaştıkları zorlukları şu sözlerle ifade etmişlerdir:

'Ben bu hastaneye geldim kendi çabamla'. ZK,66

'Kocam da hastalandı, ruh hastası oldu, evde yalnız durdu, ben oralarda.' RD,64

'Öncelikle hastane ortamı olduğu için sosyal ilişkileriniz kopuyor. Her şeyden uzaklaşıyorsunuz.' ŞC,50

'İş bulabilseydim işe giderdim. Eğilemiyorum, çömele miyim. Bi onlardan sıkıntım vardı. Çömeldiğim zaman iltihap fazla akıyordu. Ondan sonra ben tekrar pansuman yapmaya çalışıyordum. Protez taktılar ya. Ondan sonra ağrımaya başladı.' ME,65

'Benim evde özür lü kızım var, dede var. Kendim onlara bakıyorum. Başka bakanım yok... Yengesi yapıyor, babası yapıyor (ağlamaya başladı.).' HE,74

2.3 İşlevselliğe Verilen Önem

PPEnun uzun sürmesi, tedavide uygulanan operasyonlar hastaların günlük yaşamını oldukça etkilemektedir. Hastalar bu dönemde yataktan kalkmamaları gerektiğinden günlük işlerini yapamamakta, öz bakımlarını gerçekleştirememektedir. Bu durumda da öncesinde sağlıklı olan bu kişiler ya başka birine bağımlı hale gelmekte ya da kalkmamaları gerektiği halde yataktan çıkmaktadır. Hastalar bu durumu şu sözlerle ifade etmişlerdir:

'Ağrılar oluyordu, dizimde, şişlikler...' ZK,66

'Sirt üstü yata yata, sene 4 oldu kızım. Günlük iş yapamıyordum o zaman. Sek sek idik şununla, bu ayak hiç basmadı. Bastonla geziyorum.' RD,64

'Şimdi orada boş ya orası, bir yere gidemiyorum. Şimdi oturuyorum hareket yok. Herkes bir yere gidiyor, ben arkasından bakıyorum. Çünkü çok yol gidemiyorum ağrım yok, ağrısa duramam zaten. Çamaşırı yıkıyorum asıyorum (ağlamaya başlar). Her zaman temizlikçi (bulamam) ben o kadar zengin birisi değilim ki (ağlıyor).' MS,59

'Günlük işler hiç yapmıyorum. Hiç hareket etmiyorum yani. Ama şimdi yavaş yavaş başladım. Merdiven çıkmak mesela. Önceden koşarak çıkardım. 10 yıldan beri yok. Hiç kıvrılmıyor.' ŞC,50

'Bi kütük bacağı, bacağımda hiç can yok. Mecbur kalkıyorum hacetime gitmeye. Ne burada yatınca bakanım var ne orda var. Altından üstünden kendi çabalarımla kendime bakıyorum ben. Sadece yürüteç ile bu ayağımın üzerinde sek sek oynar gibi lavaboya gidiyorum geliyorum.' HG,65

'17 sene ben böyle akıntılı gezdim yani. Pansumanımın hepsini ben kendim yapıyorum.' ME,65

'Her şey yatağın üzerinde oluyor. Yemem, içmem, oturmam, kalkmam.' HE,74

Hastalar doktorlar tarafından aksi söylendiği halde ayağa kalktıkları içinde tedavi süreçlerinin uzadığından bahsetmişlerdir.

'Buram çok acıyor dedim. Tabi ben iş yaptım da demedim. Kızır diye. Hemen anladı, dedi basmışsınız üzerine. Tamam dedim basmışım üzerine de hocam benim bakanım yok.' HG,65

2.4 İlaçlar İle İlgili Sorunlar

Tedavi için önerilen yapılan ameliyatların fonksiyonellik üzerine olumsuz etkilerinin yanı sıra kullanılan ilaçların da bazı olumsuz etkileri mevcuttur. Hastalar yapılan görüşmelerde kullandıkları ilaçların çokluğunu, yan etkilerini, önerilen ilacı temin etmekte zorlandıklarını anlatmışlardır. Hastalar bu konuda yaşadıklarını şöyle belirtmişlerdir:

'Antibiyotığın biri kaşıntı yaptı, biri kusma yaptı. İki hafta böyle aç kaldım. Yavaş yavaş... İlaçları da vermediler, düzeldi. Sonra başka verdiler kaşımıyorum, üç kişi kaşı 5 kişi kaşı.' SA,71

'İlaçlarımızı çoğu zaman bulamıyorduk. bi başka şehirden bile ilaç getirttiğimiz oluyordu. Valizin yarısı ilaç...' ZK,66

'Taburcu olduktan sonra ben ilaç kullanmadım. Burada yatarken de ağrı kesici vuruyorlardı. Ha bi de şey, pıhtı olmasın diye göbekten iğne vuruyorlardı. Evde onu kullandım iki hafta. Çünkü yattım evde. Evde bazı kere bunalıma giriyorum. Depresyon ilaçları kullanıyorum. O da kilo yaptı. Tuvalete çıkamıyorum doğru düzgün. Arada içmiyorum. Yani ama bana doktor söyledi zaten. Depresyonda doktoru ilaçlar sana hem kilo yapar hem kabız yapar. Katı yiyecekler yeme dedi, ama hareket etmeyince tabi ki.' MS,59

'Antibiyotiklerin bir tanesi aşırı mide bulantısı, gaz o şekilde. Bir haftalık hayatım çok kötü geçti. Diğer dönemlerde çok rahatsız etmedi beni antibiyotikler.' ŞC,50

'Gittik, 10 tane ilaç verdiler. İğneleri vuruldum ağrı geçmedi. Devamlı antibiyotik kullandığım bir dönem olmadı. Devamlı değil, doktor yazarsa. Ben fazla da ilaca düşkün ilaç kullanan insan değilim.' HG,65

'(Doktora dedim ki) bana bir tane doğru dürüst antibiyotik ver de bu bitsin kurtulayım. bi tanecik içtim. Alerji oldum. Hastanede yatarken çok ateşlendim, haddinden fazla. Yüzüm gözüm şişti, tüm vücudumda derilerim soyuldu. Hemen doktorlar kestiler antibiyotiği.' HE,74

'Böbrek yetmezliği teşhisi kondu. Sürekli bir antibiyotik alma durumu vardı, deneniyordu en azından. On gün o deniyor bırakılıyor iyi geldi falan gibi. Mümkün olduğunca ağrı kesicileri azalttım.' ZK,66

3.Hasta-Hekim ilişkisi

3.1 Hekime Ulaşım

Çalışmaya katılan hastaların hepsi farklı branşlarda pek çok hekime başvurduklarını belirtmişlerdir. Hekimler ortopedi, beyin cerrahisi, pratisyen hekim, enfeksiyon hastalıkları, anestezi gibi branşlardaki devlet veya özel hastanelerde çalışan hekimlerdir. Bu hekimlerin çoğuna ellerindeki imkanlar doğrultusunda tavsiye üzerine ya da o anda denk geldiği için başvurmuşlardır. Hastalar bazen önceden gittikleri hekime ulaşamadıklarını, tedaviden memnun kalmadıkları için hekim değiştirdiklerini ya da tedavi amaçlı bir üst kuruma gönderildiklerini anlatmışlardır. Hastalar bu hekimlere ulaşmak için bazı zorluklarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

'Ortopediye gittim, ortopedi enfeksiyonla görüşün dedi... Ben hastanede sabahın beşinde gidip sıraya giriyorum, sandalye bulunuyor, bulunmuyor...' ZK,66

'Buraya sabah sekiz buçukta gelip öğleden sonra iki üçe kadar beklemek, oturmak.' ŞC,50

'Yine aynı yere gittim. Yine başka doktora gittim, kendi doktoruma gitmedim.' SA,71

'Ya Ankara'ya gitcen ya İstanbul ya da ... hastanenizde olucan dedi.' MS,59

'Biz dedi bu iltihaba şey yapamayız dedi. Senin büyük hastaneye gitmen lazım dedi... Araba tutun gidin dedi' ME,65

3.2 Bilgilendirme

Hastalar sık hekim değişikliği olduğunu, hekimlere ulaşmakta zorlandıkları gibi hekimleriyle iletişimde de zorlandıklarını belirtmişlerdir. Uzun süreli tedavi nedeniyle hastaların onları sürekli takip edecek bir hekime ihtiyaçları vardır. Ayrıca hekimler uzmanlık alanları dışında kaldığını düşündükleri durumlarda hastaları yalnız bırakmaktadır. Hastaların anlattıkları deneyimlerindeki kesintili ve farklı bilgilerden hekimler tarafından yapılan bilgilendirmenin yetersiz olduğu, iletişimin uygun kurulmadığı anlaşılmaktadır. Hastalar bazen hekim ile iletişim kurabilmek ya da tedavilerinin uygun şekilde düzenlenmesini sağlamak için aracı olacak birine ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Hastalar bu durumla ilgili yaşadıklarını şu sözlerle ifade etmektedir:

'Benim senle alıp vereceğim yok, bitti seninle işim dedi' SA,71

'Şuraya yanlış vida konmuş dedi. Onu dedi düzelterek dedi bana. Yalnız protezi herhalde çıkarmadı... Çıkarmadı, yani çıkarsa şey olmazdı di mi?' RD,64

'... Hocanın düşüncesini bilmiyorum. Bir şey de konuşamıyorum, soramıyorum da' MS,59

'Bana buradan özel bir pansumancı geliyordu... Sürekli doktor ile teması kurdu' ŞC,50

'Gerçekten bak şimdi gitsem de oynamış olsa yerinden diyecek ki sen diyecek basmışsın... Bu sefer suçlar.' HG,65

'Seni dedi bu adam dedi ölüme terk etmiş dedi.' ME,65

'Bir kere yüzümüze bakmıyor, kardeşim nasılsınız demiyor. İnsan bi rahatlatır. Senin bunun var şuyun var de.' HE,74

4.Maddi Sıkıntılar

4.1 Malzeme ve Tıbbi Giderler

Uzun süren tedaviler nedeniyle ulaşım ve tedavi giderleri de maddi yük olarak hastaların karşısına çıkmaktadır.

'Ameliyatlar maddi açıdan baya yorucu. Sonuçta biz emekliyiz.' ZK,66

'Doktorlar bizi şey yapmasın da bizi zengin zannediyorlar. Hiç öyle değiliz. Kredi kartıyla şey yapıyoruz ondan sonra ödüyoruz işte. İkimiz de emekliyiz.' MS,59

'Kredi çekmek zorunda kaldım. Uzun süre bir de özel odada kaldığımız için oldukça masraflı oldu yani.' ŞC,50

'Ama yazaneme gel diyor...lira. Benim verecek gücüm yok ki. Zaten aldığımız... lira emekli parası.' HE,74

'Yok pahalı, dolar çıktı, protez gitti, gitmediydi, onaylanmadı, onaylandıydı. Şimdi onu bekliyorum.' MS,59

'İki senedir para döküyorum hastaneye...' HG,65

4.2 Ulaşım

Hastaların tedaviye ulaşım için harcamak zorunda olduğu para da onlar için yük oluşturmaktadır. Önerilen hekime ulaşma çabası, evine yakın bir sağlık kuruluşunda tedavi alamıyor olması, fonksiyon kaybı, engellilik hali nedenleriyle her zaman kullanılan ulaşım araçlarının kullanılamaması ulaşımı zorlaştırmaktadır.

'Zaten bandırmada oturuyoruz. 4 aydan beri de buradayız. İzmir'deyiz, hiç evime gitmedim yani. tabi çalışmadım, rapor aldım.' ŞC,50

'Yeğenim getirip götürüyordu. Araba tutuyordu.' ME,65

'Şimdi biz... Lira buraya gelirken veriyoruz... Lira da geri dönerken veriyoruz. ...az para değil bi emekli insan için.' HG,65

'...Buraya geliş gidişler, hep para bunların. Gidiş gelişimiz zor. Çok uzak.' HE,74

'Paran varsa geliyorsun, paran yoksa... Gelmek mesele' SA,71

'Belediye arabalarına kadar yürüyemiyorum. Ya taksit tutup geleceğim. Ben de birisinin arabasını bulursam koyuyorum gazını geliyorum. Ya da ambulans çağırıyorum.' MS,59

5. Hastanın Geleceğe Bakışı

5.1 Kaygılar

Tedavi sürecinde hastaneye yatmak hastaların en zorlandıkları süreç olarak aktarılmış, yeniden enfeksiyon olması korkusu onları etkilemiştir. Hastalar bu konuyla ilgili şunları paylaşmışlardır:

'Bi daha mı açılacak, yine böyle mi olacak diye hep korkuyorum.' SA,71

'Bi yıkım gibi düşünüyorum ben bu hastalığı.' ZK,66

'Tül perdenin içinde yat yat yat orada durma. Sırt üstü yat bir yeri görme. Allah kimseye vermesin, bu zor geldi bana.' RD,64

'Zaten bir yere gittiğimiz yok, bu (kocas) da beni bırakmıyor düşerim diye.' MS,59

'Kabullendik biz durumu, yani en azından şu anda duygulanıyorum (ağlamaklı)' ŞC,50

'Zor tabi, yaşıyan benim, acıyı çeken benim. Kim ister ki sürekli bıçak altına yatsın.' HG,65

Hastalar çoğunlukla kaygılarını dile getirirken ikileme düşmüşlerdir. Duygularını kabullenmekte zorluklar yaşamışlardır. Kaygıları olduğu halde tıbbi olarak bu kaygıya müdahale edilmesine gerek olmadığını, hiç doktora gitmediklerini söylemişlerdir. Çok az hasta depresyon ve kaygı bozukluğu için ilaç kullandıklarından bahsetmişlerdir. Kaygılarından bahsettikten hemen sonra geleceğe dair umutlarına değinmeye başlamışlardır.

5.2 Umutlar

'Enfeksiyon tedavisi oldum. Enfeksiyonum bi düşük geliyordu. Doktorumun bana geldiğinde hani karnesini bekleyen çocuk gibi böyle heyecanla bekliyordum.' ZK,66

'Azıcık kalktım da seviniyorum şimdi.' RD,64

'Allahtan bahçeli evde oturuyorum. Bahçede oturuyorum, dışarı çıkıyorum yani. Bahçelerdeyim. Çiçeklerime su tutuyorum. Onlarla oyalanıyorum. Öyle olmasa kafayı tırlatırım yani gerçekten.' MS,59

'Şu anda iyiyim Allah'a şükür. İşte böyle idare edip gidicez. İşte o günden bugüne de düzeldi iyi gidiyor.' HE,74

5.3 Beklentiler

'Bundan sonra ayağa kalkmak istiyorum. Normal vatandaş gibi gezmek istiyorum' ME,65

'Ayağımın ucuna bassam da kendi işimi görsem, ona da memnun olacağım.' SA,71

'Ama ayağım azıcık geçse bir yerlere giderim. Markete giderim. Çarşıya giderim. Çok uzak gidemesem de... Bana yeter.' MS,59

'Koşmak istiyorum.' ŞC,50

6. Destek

6.1 Tıbbi Destek

Hastalar uzun ve zorlu bir süreç olmasına karşın hiç psikiyatrik destek almadıklarını ve buna ihtiyaç duymadıklarını belirtmişlerdir. Ancak görüşmeler sırasında yaşadıklarını aktarırken gözleri dolup ağlamaklı olan hastalarımız da olmuştur. Hekimlerden ilaç ve cerrahi tedavi dışında bir beklentiden de bahseden hiç olmamıştır. Bu durum sosyal desteğin, aile içindeki desteğin kültürümüzde çok önemli olmasından kaynaklı olabilir. Ayrıca psikolojik destek almak yine kültürümüzde ayıp ve eksikli olmanın bir göstergesi kabul edilmektedir. Her katılımcı aile desteğini aldığını vurgulamıştır.

'Sizin gibi doktorlarım da bana çok yardımcı oldu. Onunla artık aile gibi olduk. Cep telefonlarımızı verdik, her sorunumuzda söylüyorum. Psikolojik destek diyorsunuz, almadım. Ben çevremle, ailemle açıkçası onu yenmeye çalıştım.' ZK,66

'Neşeliyim şey değilim ama e tabi üzülüyorum. Gezip dolaşıp yaptıklarımı yapamadım mı? Yok öyle bişeyim yok ki. Rahatım yani öyle bi psikolojik destek alacak bişeyim yok. Çok rahatım takıntılı değilim.' HG,65

'Kullanmadım hiç. Yok zorluk yok. Kimseden psikolojik destek almadım.' ME,65

'Yok zaten benim moralim yerinde (Gülüyor). Öyle bir şey yok. Allah'a şükürler olsun. İşte hiç yaşamadım.' HE,74

'Ameliyat olunca veriyor işte, bir de kan sulandırıcı. Ondan başka kullanmadım.' RD,64

'Benim durumum farklı. Ben de bunu kabullendiğim için bu süreci belki de o yüzden rahat atlattım ben. Çok sıkıntılı atlattım.' ŞC,50

'Bazı kere bunalıma giriyorum. Depresyon ilaçları kullanıyorum. O da kilo yaptı. Tuvalete çıkamıyorum doğru düzgün. Kilo yaptı. Onları bazı arada içiyorum, arada içmiyorum. Kafam bulandığı zaman içiyorum.' MS,59

6.2 Sosyal Destek

Kültürümüzde aile desteği hastalık durumunda daha önem kazanır. Katılımcılarımızın hepsi aile üyelerinden destek aldıklarını belirtmişlerdir.

'Çevremi arkadaşlarımı daha şey yaptım. Onlardan anlayış gördüm. Benim gidemediğim zamanlar onlar bana geldiler, hiç yalnız bırakmadılar. Ailemin katkısıyla. Bütün aile buna kilitlenmiştik. Eşim çok yardımcı oldu, kızım...' ZK,66

'Kimse de yok adam da öldü, yalnızım evde. Bu kızım yapıyor. Hoş gelinler var arada sırada onlar geliyor... Gece işte biri yatıyor benle, bazen küçük oğlan yatıyo...' SA,71

'Gelinler var, oğlanlar var, onlar baktı. Sırayla çocuklarımın evinde yaşadım.' RD,64

'Her şeyi bu yapıyor (Eşini gösteriyor). Pazara gidiyor, yatağa varırsam yatağı topluyor.' MS,59

'Bir tek yeğenlerim var. Yemeği bu yeğenlerim getiriyor. Abimin kızı ve kocası...' ME,65

'Ta memleketten kızım geldi. Baktı 1 aydır bana.' E,74

Tartışma

Protez ilişkili eklem enfeksiyonlarında tanı, tedavi ve iyileşme uzun bir süreçtir.¹¹ Bizim çalışmamızda da hastalar uzun süren tedavileri sırasında yaşadıklarını ve tedavinin uzunluğunun onları etkilediğini anlatmışlardır. Tedavinin uzunluğu hastaların hayatını pek çok noktada etkilemektedir. Bir çalışmada bu durum 'cam bir fanus içinde beklemek' olarak nitelendirilmiştir.⁸ Operasyonun yapılacağı kuruma göre değişmekle birlikte hem hazırlık dönemi hem operasyon sonrası süreç uzundur. Hastalar yaşadıkları süreci anlatırken karışık, uzun, zorluklarla dolu ve bolca hastane başvurusu içeren bir süreç olarak tanımlamışlardır. Zaman zaman bu süreci hatırlamakta zorlanmakta, pek çok farklı hastane ve doktor ismi belirtmektedirler. Çalışmamızda uygulanan tedavi protokollerinin anlaşılabilmesi için görüşmeler değerlendirilirken her bir hastanın sağlık kayıtları incelenip zaman çizelgeleri oluşturulmuştur. Sürecin başından sonuna kadar aynı hekim tarafından takip edilen ve tedavi alan hastamız bulunmamaktadır. Hasta hikayesinin netleştirilmesi hekim için de oldukça zor olmaktadır.

Hastalara bu zor ve uzun süreci neden yaşamış olabilecekleri sorulduğunda ise bu durumu kendileriyle ilgili nedenlere bağlamışlardır. Ancak literatürde PPE gelişimi bu nedenlerin dışında pek çok farklı nedene bağlanmaktadır.³ Hastaların inançlarının farklılıkları, sağlık okur yazarlıklarının düzeyi bu duruma neden olmuş olabilir.

PPE hastaların günlük yaşamını oldukça etkilemektedir. Hastalar bu dönemde yataktan kalkmamaları gerektiğinden günlük işlerini yapamamakta, öz bakımlarını gerçekleştirememektedir. Bazı hastalar, bu bakım veren kişi durumundan bakım alan kişi duruma gelmekten bahsetmektedir. Bu durumun kişi üzerinde oldukça olumsuz etkileri olmaktadır. İşlevsellik kaybı daha önceki çalışmalarda vurgulanmıştır.^{8,12} Yapılan bir başka çalışmada PPE olan hastaların, bu kişi için değerli olan aktivitelerinden uzak kalması ve fiziksel engelli olarak kabul edilmesi gerektiğinden bahsedilmiştir.¹³ Katılımcılarımız kullandıkları ilaçların çokluğunu, yan etkilerini, önerilen ilacı temin etmekte zorlandıklarını anlatmışlardır. Yapılan bir diğer çalışmada hastalar antibiyotik tedavisi için uzun süre hastanede yatmak zorunda kalmaktan da bahsetmişlerdir.¹² Ayrıca hastaların tedavi olduktan yıllar sonra bile işlevsellikte oluşan kayıplarını yerine koymada zorluk yaşadıkları gösterilmiş ve yaşam kalitesinin düşük olduğu anlaşılmıştır.^{14,15}

Çalışmaya katılan hastaların hepsi farklı branşlarda pek çok hekime başvurduklarını belirtmişlerdir. Bu hekimlerin çoğuna ellerindeki imkanlar doğrultusunda, tavsiye üzerine ya da o anda denk geldiği için başvurmuşlardır. Hastalar bazen önceden gittikleri hekime ulaşamadıklarını, tedaviden memnun kalmadıkları için hekim değiştirdiklerini ya da tedavi amaçlı bir üst kuruma gönderildiklerini anlatmışlardır. Hastalar sık hekim değişikliği olduğunu, hekimlere ulaşmakta zorlandıkları gibi hekimleriyle iletişimde de zorlandıklarını belirtmişlerdir. Uzun süreli tedavi nedeniyle hastaların onları sürekli takip edecek bir primer hekime ihtiyaçları vardır. Ayrıca hekimler uzmanlık alanları dışında kaldığını düşündükleri durumlarda hastaların kendisini yalnız hissetmesine neden olabilmektedirler. Hastaların anlattıkları deneyimlerindeki kesintili ve farklı bilgilerden hekimler tarafından yapılan bilgilendirmenin yetersiz olduğu, iletişimin uygun kurulmadığı anlaşılmaktadır. Hastalar bazen hekim ile iletişim kurabilmek ya da tedavilerinin uygun şekilde düzenlenmesini sağlamak için aracı olacak birine ihtiyaç duyduklarını belirtmişlerdir. Yara yeri enfeksiyonu yaşayan hastalarla yapılan bir çalışmada hastalar benzer sorunlarla karşılaştıklarını, sorularına cevap bulmakta sıkıntı yaşadıklarını, hekim tarafından anlaşılmadıklarını hissettiklerini belirtmişlerdir.⁸ Diğer bir çalışmada da hekim bilgilendirmesinin az olduğundan bahsedilmiştir.¹² Diğer yandan hekim gözüyle PPE 'cerrahların canını sıkmaya devam eden ana problemlerden biri' olarak tanımlanmaktadır.¹⁶ Bir çalışmada cerrahların, bir cerrahi strateji belirlerken birden fazla faktörü dengelemek durumunda oldukları, uygulamayı belirlemek için

daha fazla kanıt ve algoritmaya ihtiyaç duydukları belirtilmiştir.¹³ Tedavi sürecinde, 'yatmak' hastaların en çok zorlandıkları süreç olarak aktarılmış, yeniden enfeksiyon olması korkusu onları etkilemiştir. Ancak yaşanan sorunlara rağmen hastaların geleceğe dönük umutları ve beklentileri mevcuttur. Hekimlerin desteğinin bu noktada çok önemli olduğu, bu süreçte hangi dönemde ne yapılacağına açıklandığı hastaların bu dönemi daha kolay atlattıkları belirtilmektedir.¹² Buna karşın çalışmamızda hastalar psikiyatrik destek almadıklarını ve buna ihtiyaç duymadıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerden ilaç ve cerrahi tedavi dışında bir tedavi beklentisinden de bahseden hiç olmamıştır. PPE, hastalar için ölçülebilir, psikososyal stres etkenidir. Yaşam kalitesine etkisi de önemlidir. Hastalar iyileşse bile yaşam kalitesi ve özellikle mental boyutunun etkisi devam etmektedir.¹⁵ Yaşam kaliteleri ve ilerleyen hastalık korkusu onkoloji hastalarınınkini ile karşılaştırılabilir düzeydedir. Hekimlerin bu konuda bilgili olmaları ve hastanın bu konuda beklentisi olmasa da bunu gündeme getirmeleri, hastanın yaşam kalitesine psikososyal destek sağlayacaktır. Bu durumun hastanın gündeminde olmaması onlar için sosyal desteğin ya da aile içindeki desteğin kültürümüzde daha önemli olmasından kaynaklı olabilir. Hastalar için aile ve arkadaş desteğinin önemli olduğu gösterilmiştir.⁸ Hastalar için uzun süreli tedavilerin maliyetleri ek bir yükür. Kronik hastalığı olan bireylerle bu tür güçlükleri hafifletmek ve kronik koşulları yönetmenin mali yükünü iyileştirmek için sektörler arası stratejileri belirleyip sağlık, sosyal ve refah politikalarının eleştirel bir analizinin yapılması gerekmektedir.¹⁸ Sonuç olarak PPE, uzun ve değişken tedavi süreçleri nedeniyle hastaları fiziksel, ruhsal ve ekonomik yönden, derinden etkilemektedir. Tedavi sürecinde hastanın tıbbi gereksinimi yanında bireye ve duruma özgü gereksinimleri de göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaların çok yönlü değerlendirilmesi zor ve yıpratıcı sürecin her iki taraf için de kolay yürütülmesine katkı sağlayacaktır.

Kaynaklar

1. Kurtz S, Ong K, Lau E, Mowat F, Halpern M. Projections of primary and revision hip and knee arthroplasty in the United States from 2005 to 2030. *J Bone Joint Surg Am* 2007; 89:780–5.
2. Williams SN, Wolford ML, Bercovitz A. Hospitalization for Total Knee Replacement Among Inpatients Aged 45 and Over: United States, 2000–2010. *NCHS Data Brief, No. 210*, September 2015. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db210.pdf>. Accessed: 12.04.2022
3. Alp E, Cevahir F, Ersoy S, Guney A. Incidence and economic burden of prosthetic joint infections in a university hospital: A report from a middle-income country. *J Infect Public Health* 2016;9(4):494-8.
4. Tande AJ, Patel R. Prosthetic joint infection. *Clin Microbiol Rev.* 2014;27(2):302-45.
5. Devci MA, Şener E, Şimşek SA. Proteze bağlı enfeksiyonların tedavisinde iki aşamalı revizyon. *TOTBİD Dergisi* 2011;10(4):312-8.
6. Cahill JL, Shadbolt B, Scarvell JM, Smith PN. Quality of life after infection in total joint replacement. *J Orthop Surg (Hong Kong)*. 2008 Apr;16(1):58-65.
7. Whitehouse JD, Friedman ND, Kirkland KB, Richardson WJ, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections following orthopedic surgery at a community hospital and a university hospital: adverse quality of life, excess length of stay, and extra cost. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2002 Apr;23(4):183-9.
8. Andersson AE, Bergh I, Karlsson J, Nilsson K. Patients' experiences of acquiring a deep surgical site infection: An interview study. *Am J Infect Control* 2010 Nov;38(9):711-7.
9. Moore AJ, Blom AW, Whitehouse MR, Goberman-Hill R. Deep prosthetic joint infection: a qualitative study of the impact on patients and their experiences of revision surgery. *BMJ Open* 2015 Dec ;5(12):e009495.
10. Kunutsor SK, Beswick AD, Peters TJ, Goberman-Hill R, Whitehouse MR, Blom AW, et al. Health Care Needs and Support for Patients Undergoing Treatment for Prosthetic Joint Infection following Hip or Knee Arthroplasty: A Systematic Review. *PLoS One* 2017 Jan ;12(1):e0169068.
11. Zimmerli W, Trampuz A, Ochsner PE. Prosthetic-joint infections. *N Engl J Med* 2004;351:1645–54.
12. Palmer CK, Goberman-Hill R, Blom AW, Whitehouse MR, Moore AJ. Post-surgery and recovery experiences following one- and twostage revision for prosthetic joint infection—A qualitative study of patients' experiences. *PLoS ONE* 2020;15(8): e0237047.
13. Moore AJ, Blom AW, Whitehouse MR, Goberman-Hill R. Managing uncertainty - a qualitative study of surgeons' decision-making for one-stage and two-stage revision surgery for prosthetic hip joint infection. *BMC Musculoskelet Disord* 2017 Apr 12;18(1):154
14. Walter, N.; Rupp, M.; Hierl, K.; Koch, M.; Kerschbaum, M.; Worliceck, M.; Alt, V. Long-Term Patient-Related Quality of Life after Knee Periprosthetic Joint Infection. *J Clin Med* 2021;10: 907.
15. Helwig P, Morlock J, Oberst M, Hauschild O, Hübner J, Borde J et al. Periprosthetic joint infection--effect on quality of life. *Int Orthop.* 2014 May;38(5):1077-81.
16. Öztürk İ, Ergin ÖN. Protez ilişkili eklem enfeksiyonları. *TOTBİD Dergisi* 2016; 15:74–7

17. Knebel C, Menzemer J, Pohlig F, Herschbach P, Burgkart R, Obermeier A et al. Peri-Prosthetic Joint Infection of the Knee Causes High Levels of Psychosocial Distress: A Prospective Cohort Study. *Surg Infect (Larchmt)* 2020 Dec;21(10):877-83.
18. Jeon YH, Essue B, Jan S, Wells R, Whitworth JA. Economic hardship associated with managing chronic illness: a qualitative inquiry. *BMC Health Serv Res* 2009 Oct 9;9:182.



Original Research / Orijinal Araştırma

Evaluation of Women's Life Satisfaction and Effecting Factors During COVID-19 Pandemic in Turkey

COVID-19 Pandemi Sürecinde Türkiye'de Kadınların Yaşam Doyumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Meltem Uğurlu¹, Arzu Kul Uçtu²

Abstract

Aims: This study aimed to determine the life satisfaction and affecting factors of women during the coronavirus disease (COVID-19) pandemic. **Material and Methods:** This descriptive, cross-sectional study was conducted with 512 women, aged between 18 to 68, using a web-based online survey in all regions of Turkey. The data were collected with the 'Participant Information Form', 'Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S)' and 'The Satisfaction with Life Scale (SLS)'. **Results:** The mean FCV-19S and SLS scores were 19.08 ± 5.49 and 14.69 ± 4.16 , respectively. The life satisfaction of women was significantly higher for, those who were 35 years of age and older, married, with a university or higher education level, paid less attention to social isolation rules and received moral support from their spouses. A negative and statistically significant correlation was observed between women's scores on the FCV-19S and the SLS ($r = -0.094$, $p = 0.033$). **Conclusions:** Identifying women whose life satisfaction has decreased and negatively affected during the pandemic and providing timely and appropriate intervention by health professionals are important in terms of increasing women's health and life satisfaction.

Key words: fear, COVID-19, women, satisfaction with life

Özet

Amaç: Bu çalışma koronavirüs hastalığı (COVID-19) pandemi sürecinde kadınların yaşam doyumları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. **Yöntemler:** Tanımlayıcı kesitsel tipteki bu çalışma, Türkiye'nin tüm bölgelerinde 18-68 yaşları arasında 512 kadın ile web tabanlı çevrimiçi anket kullanılarak yürütülmüştür. Veriler 'Katılımcı Bilgi Formu', 'COVID 19 Korkusu Ölçeği' ve 'Yaşam Doyumu Ölçeği' ile toplanmıştır. **Bulgular:** Kadınların COVID-19 korkusu ve yaşam doyumu puanları sırasıyla 19.08 ± 5.49 ve 14.69 ± 4.16 olarak belirlenmiştir. Evli, 35 yaş ve üzeri, üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip, sosyal izolasyon kurallarına daha az dikkat eden ve eşlerinden manevi destek alan kadınların yaşam doyumları anlamlı olarak daha yüksekti. Kadınların COVID 19 korkusu ve yaşam doyumu puanları arasında negatif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır ($r = -0.094$, $p = 0.033$). **Sonuç:** Pandemi döneminde yaşam doyumunu etkileyen faktörlerin ve olumsuz etkilenen kadınların sağlık profesyonelleri tarafından zamanında tespit edilmesi ve uygun müdahalenin sağlanması, kadın sağlığı ve yaşam doyumunun artırılması açısından önemlidir.

Anahtar kelimeler: korku, COVID-19, kadın, yaşam doyumu

Geliş tarihi / Received: 08.07.2022 Kabul tarihi / Accepted: 27.08.2022

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü / Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Meltem Uğurlu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Türkiye
meltemugurlu17@gmail.com

Uğurlu M, Uctu AK. Evaluation of Women's Life Satisfaction and Effecting Factors During COVID-19 Pandemic in Turkey. TJFMPC, 2022;16(3): 598-606

DOI: 10.21763/tjfm.1142418

Introduction

COVID-19 which was seen in the Hubei settlement of China in December 2019 for the first time in the world, has become a contagious public health problem.^{1,2} In Turkey; as of 16 March 2020, quarantine practices whose samples can be seen in other countries have been carried out such as limiting non-compulsory social interactions, preventing non-essential traveling, closing schools and continuing education online, and working from home.^{3,4} Life satisfaction can be a determinant in many aspects such as personality, life expectations, socioeconomic factors, social relations, and health.⁵

Fear, stress, or difficult life experiences are known to negatively affect human health, and some studies have been published on the effects of COVID-19 on life satisfaction.⁶⁻⁸ According to the studies women's fear of COVID-19 was more than men's, and they were more sensitive.^{9,10} Long-lasting negative emotions such as stress, anxiety, and fear directly affect the life satisfaction of individuals.¹¹ In the literature fear of COVID-19 was associated with life satisfaction,¹² and decreased life satisfaction during the COVID-19 pandemic.⁷ Furthermore, global survey data, conducted with the participation of a total of 26 countries, indicate that the life satisfaction of women was negatively affected by the coronavirus epidemic.¹³ Life satisfaction is essential for individuals' well-being and psychological resilience.⁵ Difficulties such as the economic crisis caused by quarantine conditions and social isolation measures, the increase in the responsibilities of being at home, and the efforts to meet the needs of family members increase the risk in terms of mental health problems. It has been reported that women can be considered a risk population, such as those with chronic diseases or elderly individuals during the pandemic period.¹⁴ Most of the studies on the disease have focused on infection control, vaccine development, and eradication of the pandemic.¹⁰ However, less attention has been paid to the life satisfaction and impact of sociodemographics and factors related to COVID-19. Although there are studies evaluating the life satisfaction of individuals in the literature, a study with only a female sample could not be reached.¹² In this direction, our study aimed to determine the factors affecting the life satisfaction of women in the Turkish population. Identification of women at risk for low life satisfaction and timely appropriate interventions by directing them for psychological support in risky situations can increase individuals' life satisfaction. Thus, it was aimed to determine the effects of the pandemic on women and to create a source of information for healthcare providers.

Materials and Methods

Study Design

This study was designed as descriptive and cross-sectional and carried out in all regions of Turkey between November 2020 - March 2021. The link containing the data collection forms, created via Google Form, was sent to the women using the personal connections of the researchers. In the study conducted with the snowball sampling method, the participants were asked to invite women for six months. The study was conducted in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki. Ethical permission for the study was obtained from the Yozgat Bozok University ethics committee (no:88148187-900-E.24683, date:05.10.2020). In addition, COVID-19 study approval was obtained from the Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Health Services.

Participants

In this study, the sample group consisted of women whom the researchers could reach throughout the country with their connections. The sample number was calculated using the G-power 3.1.9.7 program. The sample size of the study was determined as 472, based on a one-way analysis of variance in the G-power statistical program, with a significance level of 0.05, a power of 95%, and a medium effect (0.15). The number of samples was taken 10-15% more due to the possibility of data loss. Participants who were not able to fulfill the questionnaire (n=23) were excluded from the study. The study was conducted with a total of 512 women who could be reached. The inclusion criteria were as follows: aged ≥ 18 years, able to read and understand Turkish, volunteer to participate in the study, and being a woman. Exclusion criteria were as follows: aged < 18 , being diagnosed with a psychiatric illness, and sending missing data. When the participants opened the research link, they were first asked whether they met the inclusion criteria on the screen displayed and their consent was obtained to participate in the study. Afterward, the questions were displayed on their screen. A participant was only allowed to participate in the study once and could not make any changes after sending the questionnaire.

Data Collection Tools

The data were collected with the 'Participant Information Form', 'The Satisfaction with Life Scale' and 'Fear of COVID-19 Scale'.

The Participant Information Form developed by the researchers consists of two parts, which include socio-demographic information about women (9 questions) and questions that examine the COVID-19 process (10 questions).

FCV-19S was developed by Ahorsu et al. in 2020.¹⁵ Turkish validity and reliability were made by Satici et al. in 2020.¹² All items of the scale consisting of 7 items are scored positively. Each item of the 5-Likert type scale is scored between 1 (strongly disagree) and 5 (strongly agree). The score that can be obtained from the scale varies between 7 and 35, with a higher score indicating greater fear of COVID-19. The Cronbach-alpha coefficient of the scale was 0.82 in its original form¹⁵; In the Turkish adaptation study, it was found to be 0.84.¹² In this study it was calculated as 0.84.

SLS was developed by Diener et al. to determine the life satisfaction level of SLS individuals. It was adapted to the Turkish context by Dağlı and Baysal.¹⁶ The scale, which consists of 5 questions in total, is 5-point Likert type, and each item is scored between 1 (disagree) and 5 (totally agree). The total score that can be obtained from the scale varies between 5 and 25. A higher score obtained from the scale indicates higher life satisfaction. The Cronbach-alpha coefficient of the scale was 0.88¹⁶ in the Turkish adaptation study, and 0.87 in this study.

Statistical Analysis

Statistical analyzes were performed using SPSS 22.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, USA). The suitability of variables to normal distribution was examined using Kolmogorov-Smirnov. Comparisons between satisfaction with life, fear of COVID-19, and associated traits were evaluated using the student t-test, a one-way analysis of variance test. Pearson's correlation analysis was used to investigate the relationships between scale scores. The significance level was set at a p-value of less than 0.05.

Results

The average age of women is 30.26 ± 12.09 (min: 18; max: 68). The sociodemographic characteristics of the women were as follows: 58.5% were single, 63.7% had a bachelor's degree, 78.9% lived in the city center, 12.9% had a chronic disease, 32.6% had been working, and 57.6% had a middle-income level. It was determined that 38.1% of women have children, and 48.2% of them have two children. In addition, it was determined that 86.9% of the women participating in the study go out only if it is necessary. It was determined that 97.1% of women do not have symptoms of COVID-19 at the moment, and 9.4% of them were diagnosed with COVID-19. It was determined that 14.3% of women had an individual diagnosed with COVID-19 in their home and 12.1% lost one of their relatives due to COVID-19. During the pandemic process, it was determined that women received moral support mostly from their parents (45.1%) and spouses (34%), and also 39.3% of them had the most affected family life and 97.7% did not need psychiatric medication. Table 1 shows the comparison of sociodemographic characteristics of women in terms of SLS total scores. It was determined that the mean SLS score of women aged 35 and over was statistically significantly higher than those below the age of 35 ($p < 0.001$). The mean SLS scores of married women are statistically significantly higher than those who are not married ($p = 0.001$). It was found that there is a statistically significant difference between the SLS total scores and education levels of women ($p = 0.001$). The SLS score average of women with university or higher education levels is higher. The SLS total scores of women who stated that they lived in the city center were statistically significantly higher than those who stated that they lived in rural areas ($p < 0.05$). SLS mean scores of working women are higher than non-working women and those who have children than those who do not ($p < 0.001$; $p < 0.001$).

Table 2 shows the comparison of the characteristics of women related to COVID-19 in terms of SLS total scores. It was determined that there was a statistically significant difference between women's attention to social isolation rules and total scores of SLS ($p = 0.005$). It was determined that women who always pay attention to social isolation rules have lower mean SLS scores. It was found that there was a statistically significant difference ($p < 0.001$) between the person who received the most moral support and the SLS total scores during the pandemic process, and the scores of the women who stated that they received moral support from their spouses were higher. It was determined that there was a statistically significant difference between

the living areas most affected during the pandemic process and the SLS total scores ($p = 0.006$). The SLS scores of women who stated that family life was most affected were lower (Table 2).

Table 3 shows the FCV-19S and SLS score distributions. The average scores on the FCV-19S and SLS were 19.08 (± 5.49), and 14.69 (± 4.16), respectively (Table 3).

Table 4 shows the relationship between women's FCV-19S and SLS scores. A negative and statistically significant correlation was observed between women's scores on the FCV-19S and the SLS ($r = -0.094$, $P = 0.033$; $p < 0.05$) (Table 4).

Table 1. Comparison of sociodemographic characteristics of women in terms of satisfaction with life total scores

Characteristics, (N=512)	n	%	SLS Score $\bar{x} \pm SS$
Age group			
18-34	372	72.7	14.03 \pm 4.11
≥ 35	140	27.3	15.97 \pm 3.97
<i>Test and P value</i>			5.089; <0.001 ^a
Marital Status			
Married	212	41.5	16.27 \pm 4.13
Single	300	58.5	13.56 \pm 3.81
<i>Test and P value</i>			7.716; 0.001 ^a
Education Level			
Primary school	37	7.2	14.75 \pm 5.25
High school	71	13.9	14.59 \pm 4.45
Associate degree	45	8.8	12.88 \pm 3.77
University	326	63.7	14.70 \pm 4.05
Above University	33	6.4	17.21 \pm 4.00
<i>Test and P value</i>			4.252; 0.001 ^b
Living place			
City Center	404	78.9	14.95 \pm 4.10
Rural	108	21.1	13.74 \pm 4.29
<i>Test and P value</i>			2.696; 0.007 ^a
Occupation			
Working	167	32.6	15.82 \pm 4.21
Non-working	345	67.4	14.14 \pm 4.03
<i>Test and P value</i>			4.346; 0.000 ^a
Chronic Disease			
Yes	66	12.9	15.60 \pm 4.13
No	446	87.1	14.56 \pm 4.16
<i>Test and P value</i>			1.907; 0.057 ^a
Socio-Economic Level			
Low	105	20.5	14.81 \pm 4.07
Middle	295	57.6	14.55 \pm 3.98
High	112	21.9	14.93 \pm 4.71
<i>Test and P value</i>			0.252; 0.772 ^b
Having children			
Yes	195	38.1	16.20 \pm 4.23
No	317	61.9	13.63 \pm 3.77
<i>Test and P value</i>			7.125; 0.000 ^a
Number of children*			
1	54	27.7	16.03 \pm 4.27
2	94	48.2	16.37 \pm 4.52
≥ 3	47	24.1	15.70 \pm 3.55
<i>Test and P value</i>			0.405; 0.668 ^b

Note: The bold values indicate statistically significant at $p < 0.05$.

* Calculated only for women with children

^at-test

^bOne-way Anova test

Table 2. Comparison of the characteristics of women related to COVID-19 in terms of satisfaction with life total scores

Characteristics (N=512)	n	%	SLS Score Mean±SD
Considering social isolation (going out)			
Always	8	1.6	10.0±4.47
Only if necessary going out	445	86.9	14.73±4.10
I don't care	59	11.5	15.01±4.26
<i>Test and P value</i>			5.36; 0.005^b
Currently having COVID-19 symptoms			
Yes	15	2.9	15.60±2.32
No	497	97.1	14.68±4.20
<i>Test and P value</i>			0.853; 0.394 ^a
Getting diagnosed with COVID-19			
Yes	48	9.4	15.20±3.24
No	464	90.6	14.64±5.25
<i>Test and P value</i>			0.896; 0.371 ^a
The situation of an individual diagnosed with COVID-19 in the same house			
Yes	73	14.3	15.30±3.58
No	439	85.7	14.59±4.25
<i>Test and P value</i>			1.343; 0.180 ^a
Persons receiving moral support in the pandemic			
Husband /partner	174	34.0	16.93±3.95
Parents	231	45.1	14.11±3.51
Friends	60	11.7	11.90±4.02
Others	47	9.2	12.82±4.17
<i>Test and P value</i>			36.641; <0.001^b
Death of a relative due to COVID-19			
Yes	62	12.1	15.43±3.61
No	450	87.9	14.59±4.23
<i>Test and P value</i>			1.493; 0.136 ^a
The area most affected by COVID-19			
Family life	201	39.3	14.05±4.05
Household responsibilities	71	13.9	14.67±4.17
Health services	62	12.1	15.09±4.35
Social shares	120	23.4	15.80±4.09
Others	58	11.3	14.22±4.12
<i>Test and P value</i>			3.700; 0.006^b
Using psychiatric drugs to cope with the stress of pandemic			
Yes	12	2.3	14.25±3.07
No	500	97.7	14.70±4.19
<i>Test and P value</i>			-0.374; 0.708 ^a

Note: The bold values indicate statistically significant at $p < 0.05$.

^at-test

^bOne way Anova Test

Table 3. Women's scores distributions on satisfaction with life and fear of COVID-19 scales

Scales	Cronbach's alpha value	Min-Max	Mean±SD	Median
Fear of COVID-19 Scale	0.849	7-35	19.08±5.49	19
Satisfaction with Life Scale	0.873	5-25	14.69±4.16	15

Abbreviations: Max, maximum; Min, minimum; SD, standard deviation

Table 4. Analysis of correlation between women's fear of COVID-19 scale and satisfaction with life scale total score

	Satisfaction with Life Scale	
	r	p
Fear of COVID-19 Scale	-0.094	0.033

r: Pearson correlation test

Discussion

In this study, we aimed to evaluate women's life satisfaction and affecting factors during the COVID-19 process. The mean FCV-19S and SLS scores were 19.08±5.49 and 14.69±4.16, respectively. The life satisfaction of women was significantly higher, who were 35 years of age and older, married, with a university or higher education level, paid less attention to social isolation rules, and received moral support from their spouses. A negative and statistically significant correlation was observed between women's scores on the FCV-19S and the SLS.

In our study, it was determined that women aged 35 and over had higher life satisfaction than women under 35 years of age. In the COVID-19 pandemic process, according to a study¹³ conducted in 26 countries and according to the results of another study conducted in Turkey¹⁰ in women has been determined that life satisfaction increases with age. Similar results were reported in studies^{11,17} conducted before the COVID-19 pandemic. These data are in line with our findings. This suggests that the increase in maturity level with the increase in the age of women positively affects their life satisfaction.

In our study, it was determined that married women have higher life satisfaction than single women. It has been reported that during the pandemic process, the life satisfaction of married individuals is higher than singles,⁸ and life satisfaction increases due to the increase in time spent with their spouses.¹⁸ Similar results were obtained in studies conducted before the pandemic.^{19,20} Our research result is similar to the studies in the literature. It is thought that the feeling of loneliness decreases and life satisfaction is positively affected by married individuals during the quarantine process compared to other individuals.

In our study, it was determined that women with a high level of education have higher life satisfaction. When studies conducted to determine the relationship between life satisfaction and education level in the literature are examined, it is reported that higher education level is associated with higher life satisfaction.^{8,19,21} This suggests that access to resources (such as healthcare, internet, social environment, and information) of women with higher education has a positive effect on coping mechanisms with stressful situations such as the COVID-19 pandemic.

In our study, it was determined that the life satisfaction of women living in the city center was higher than that of women living in the countryside. In the process of the pandemic, in a study conducted in Turkey, to be living in the countryside was found to be associated with lower life satisfaction.⁸ In a study conducted in China, it was determined that the life satisfaction of married women living in the city center is higher than those living in rural areas.¹¹ In the study conducted in America, it was determined that settlement is not an effective factor in life satisfaction.¹⁸ More studies are needed to determine the effects of the place of residence on life satisfaction during the pandemic process.

In our study, it was determined that women who work in an income-generating job have higher life satisfaction than those who do not. Studies have found that life satisfaction increases in those with higher income levels.^{8,11,18,22-23} Moreover, it has been reported that quitting working for compulsory reasons during

the pandemic process negatively affects mental health.²³ It is seen that working in an income-generating job during the pandemic process affects positively the life satisfaction of women.

In a study conducted during the pandemic period, it was determined that living with children is associated with increased life satisfaction.²¹ According to our study results, it was determined that women who have children have higher life satisfaction compared to women who do not have children. It is considered that having a child during the pandemic process may have a positive effect on women's life satisfaction. Home chaos and family cohesion are important indicators of whether couples can overcome quarantine challenges in providing a supportive family environment for themselves and their children.²⁴ In our study, it was determined that attention to social isolation, one of the factors associated with COVID-19, affected the life satisfaction of the person who received the most moral support during the pandemic process and the most affected living area. There are no research results in the literature that we can compare our study results. In our study, it was determined that the average SLS score of women was at a medium level. In a study conducted during the pandemic in Turkish society, it was determined that the life satisfaction of the participants was at a medium level.⁸ Similar results were reported in two other studies conducted in Poland.^{6,25} These results are similar to our findings. Studies have been reported in which life satisfaction of women was determined to be partially higher^{17,26} or moderate¹¹ in the pre-pandemic period. More studies are needed to say that the life satisfaction of women has decreased due to the COVID-19 pandemic. Fear is frequently seen in communicable disease situations directly related to the rate of transmission, mortality, and morbidity.⁸ During the COVID-19 pandemic, one of the most common reactions in society has been fear.^{10,12,15} In our study, we determined that women's fear of COVID-19 was moderate. Similar to our results in the literature, it is found that fear of COVID-19 is determined at a moderate level in women^{6,9,27} or partially lower in the study.²⁸

In our study, a negative correlation was found between the total SLS total score and FCV-19S total scores. As women's fear of COVID-19 increases, their life satisfaction decreases. Studies conducted to examine the relationship between fear of COVID-19 and life satisfaction negatively correlated.^{6,12} In addition, it has been stated that fear of COVID-19 decreases life satisfaction by increasing levels of stress, anxiety, and depression. These data are often one of the expected negative effects of COVID-19 and are consistent with our findings. It is thought that providing support and counseling for women to develop positive coping skills in dealing with the fear of COVID-19 and the problems they experience in this process will contribute positively to their life satisfaction.

Limitations and Recommendations

This study has some limitations. First, the study was carried out online with the snowball method. Secondly, it is difficult to find volunteer participants to participate in the research, since most of the studies are carried out online during the COVID-19 pandemic process. Finally, another limitation is the assessment of the participants' self-reports whether they were diagnosed without a psychiatric examination or not. In future studies, it is recommended to conduct randomized controlled studies evaluating the effectiveness of interventions to increase women's life satisfaction.

Conclusion

During the COVID-19 process, it has been determined that women's life satisfaction and fear of COVID-19 were at a moderate level. It was determined that as women's fear of COVID-19 increases, their life satisfaction decreases. Our study findings were studied in a sample group of women who can be considered in the risk group in terms of mental health problems during the pandemic period. Our findings contribute to the literature by revealing the effects of sociodemographic variables such as age, marital status, and educational status, which affect women's life satisfaction, as well as experiences such as social isolation and quarantine related to the pandemic, and moral support from the spouse. There is a need to identify women whose life satisfaction is negatively affected during the pandemic process, and health professionals need to cover issues such as training and consultancy planning to increase life satisfaction and develop effective coping methods.

Conflicts of Interest

There are no conflicts of interest.

Financial Support and Sponsorship

Nil.

Acknowledgment

We would like to thank all women who participated in the data collection process.

References

1. Gori A, Topino E, Di Fabio A. The protective role of life satisfaction, coping strategies and defense mechanisms on perceived stress due to COVID-19 emergency: a chained mediation model. *Plos One*. 2020;15(11):e0242402.
2. WHO. World Health Organization Emergencies, diseases, coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Accessed date: 26.07.2022. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. Harper CA, Satchell LP, Fido D, Latzman RD. Functional fear predicts public health compliance in the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Addiction*. 2021;19(5):1875-1888.
4. Republic of Turkey Ministry of Health COVID-19 Information Page. Accessed date: 26.07.2022. <https://covid19.saglik.gov.tr/>
5. Baykal E. COVID-19 bağlamında psikolojik dayanıklılık, kaygı ve yaşam doyum ilişkisi. *Int J Soc and Eco S*. 2020;10(2),68-80.
6. Dymecka J, Gerymski R, Machnik-Czerwik A. How does stress affect our life satisfaction during COVID-19 pandemic? Moderated mediation analysis of sense of coherence and fear of coronavirus. *PsyArXiv*. 2020;27(1):280-288.
7. Gawrych M, Cichoń E, Kiejna A. COVID-19 pandemic fear, life satisfaction and mental health at the initial stage of the pandemic in the largest cities in Poland. *Psychology, Health & Medicine*. 2021;26(1),107-113.
8. Özmen S, Özkan O, Özer Ö, Yanardağ, MZ. Investigation of COVID-19 fear, well-being and life satisfaction in Turkish society. *Social Work in Public Health*. 2021;36(2):164-167.
9. Broche-Pérez Y, Fernández-Fleites Z, Jiménez-Puig E, Fernández-Castillo E, Rodríguez-Martin B.C. Gender and fear of COVID-19 in a Cuban population sample. *Int J Ment Health Addict*. 2022;20:83-91.
10. Haktanir A, Seki T, Dilmaç B. Adaptation and evaluation of Turkish version of the fear of COVID-19 scale. *Death Studies*. 2022;46(39):719-727.
11. Huang H, Liu S, Sharma A, Zou F, Tian F, Wu H. Factors associated with life satisfaction among married women in rural China: a cross-sectional study based on large-scale samples. *Psychology Research and Behavior Management*. 2018;2(11):525–533.
12. Satici B, Gocet-Tekin E, Engin Deniz M, Satici SA. Adaptation of the fear of COVID-19 scale: its association with psychological distress and life satisfaction in Turkey. *Int J Ment Health Addiction*. 2021;19:1980-1988.
13. Imperial College London's Institute of Global Health innovation. Global insights on life satisfaction: COVID-19 behaviour tracker. Accessed date: 26.07.2022 <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/public/Global-insights-on-life-satisfaction---COVID-19-behaviour-tracker.pdf>
14. Evcili F, Demirel G. n Evaluation on The Effects of Covid-19 Pandemic on Women's Health and Recommendations... *Turkish Journal of Science and Health*. 2020; 1(2): 1-2.
15. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *Int J Ment Health Addiction*. 2022;20:1537-1545.
16. Dağlı A, Baysal, N. Adaptation of the satisfaction with life scale into Turkish: the study of validity and reliability. *Electronic Journal of Social Sciences*. 2016;15(59):1250-1262.
17. Bibi F, Chaudhry AG, Awan EA. Impact of gender, age and culture on life satisfaction. *Pakistan Association of Anthropology*. 2015;27(2):1649-1652.
18. Hamermesh DS. Life satisfaction, loneliness and togetherness, with an application to Covid-19 lock-downs. *Review of Economics of the Household*. 2020;18(4): 983–1000.
19. Gokdemir O, Tahsin E. Factors that influence the life satisfaction of women living in the Northern Cyprus. *Social Indicators Research*. 2014;115(3):1071–1085.
20. Matud MP, Bethencourt JM, Ibáñez I. Relevance of gender roles in life satisfaction in adult people. *Personality and individual differences*. 2014;70:206-211.
21. Benke C, Autenrieth LK, Asselmann E, Pané-Farré CA. Lockdown, quarantine measures, and social distancing: Associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. *Psychiatry Research*. 2020;293:113462.
22. Agyar E. Contribution of perceived freedom and leisure satisfaction to life satisfaction in a sample of Turkish women. *Soc Indic Res*. 2014;116(1):1–15.
23. Zhang SX, Wang Y, Rauch A, Wei F. Unprecedented disruption of lives and work: health, distress and life satisfaction of working adults in China one month into the COVID-19 outbreak. *Psychiatry Research*. 2020;288:112958.
24. Venkatesh V. Impacts of COVID-19: A research agenda to support people in their fight. *International Journal of Information Management*. 2020;5:102197.
25. Rogowska AM, Kuśnierz C, Bokszczanin A. Examining anxiety, life satisfaction, general health, stress and coping styles during COVID-19 pandemic in Polish sample of university students. *Psychol Res Behav Manag*. 2020;13:797-811.

26. Stephenson KR, Meston CM. The conditional importance of sex: exploring the association between sexual well-being and life satisfaction. *J Sex Marital Ther.* 2015;41(1):25-38.
27. Giordani RCF, Zanoni da Silva M, Muhl C, Giolo SR. Fear of COVID-19 scale: assessing fear of the coronavirus pandemic in Brazil. *Journal of Health Psychology.* 2020;27(4):901-912.
28. Nikopoulou VA, Holeva V, Parlapani E, Karamouzi P, Voitsidis P, Porfyri GN et al. Mental health screening for COVID-19: a proposed cutoff score for the Greek version of the fear of COVID-19 scale (FCV-19S). *Int J Ment Health Addiction.* 2020;1-14.

Original Research / Orijinal Araştırma

Evaluation of The Effect of Using Devices Emitting Blue Light On The Total Sleep Duration of 1-3-Year-Old Children

1-3 Yaşındaki Çocukların Toplam Uyku Sürelerine Mavi Işık Yayan Cihaz Kullanımının Etkisinin Değerlendirilmesi

Kübra Koçyiğit Gültepe¹, Dilek Cingil²

Abstract

Objective: This study was descriptively and relationally performed to determine the factors associated with blue light exposure in children aged 1 to 3 years and their total sleep duration. **Methods:** A total of 323 mothers with children aged 1 to 3 years were included in the study. As a data collection tool, a questionnaire was used to evaluate sociodemographic characteristics, exposure to blue light, and total sleep time, which was prepared for mothers of children aged 1-3. **Results:** A statistically significant difference was found ($p<0.05$) between the total duration of sleep and the child having his/her bed, presence of a tablet belonging to the child, presence of a blue-light-emitting electronic device, and a blue-light-emitting illuminator in the child's room, whether the mother allows her child to use a smartphone and whether the child uses a blue-light-emitting electronic device in the dark right before going to sleep. Based on the multiple regression analysis results, Sociodemographic variables have affected sleep duration at a rate of 6.6% in Model 1 and 16.5% in Model 2, in which characteristics related to the use of blue-light-emitting devices were also added. **Conclusion:** The usage of the blue-light-emitting device is becoming an increasingly significant public health problem, and effective measures should be taken and implemented to prevent this problem from worsening.

Key words: Children, Screen time, Sleep

Özet

Amaç: Bu çalışma 1-3 yaş arası çocuklarda mavi ışığa maruziyet ile ilişkili faktörleri ve toplam uyku sürelerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişkisel olarak yapılmıştır. **Yöntemler:** Çalışmaya 1-3 yaş arası çocuğu olan toplam 323 anne dahil edildi. Veri toplama aracı olarak 1-3 yaş arası çocukların annelerine yönelik hazırlanmış olan sosyodemografik özellikler, mavi ışığa maruziyet ve toplam uyku sürelerini değerlendiren anket formu kullanılmıştır. **Bulgular:** Çocuğun toplam uyku süresi ile kendi yatağına sahip olması, çocuğa ait tablet varlığı, mavi ışık yayan elektronik cihaz varlığı, çocuğun odasında mavi ışık yayan aydınlatıcı varlığı, annenin çocuğunun akıllı telefon kullanmasına izin verme durumu ve çocuğun yatmadan hemen önce karanlıkta mavi ışık yayan elektronik cihaz kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Çoklu regresyon analizi sonuçlarına göre sosyodemografik değişkenler Model 1'de uyku süresini % 6,6, mavi ışık yayan cihaz kullanımına ilişkin özelliklerin de eklendiği Model 2'de uyku süresini %16.5 oranında etkilemiştir. **Sonuç:** Mavi ışık yayan cihaz kullanımı giderek daha önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmekte ve bu sorunun daha da kötüleşmemesi için etkin önlemler alınmalı ve uygulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Çocuklar, Ekran süresi, Uyku

Geliş tarihi / Received: 03.04.2022 Kabul tarihi / Accepted: 29.08.2022

¹Karaman Kazımkarabekir İlçe Devlet Hastanesi / Türkiye

²Necmettin Erbakan Üniversitesi / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Kübra Koçyiğit Gültepe, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Türkiye
kc.0107@hotmail.com

Gultepe KK, Cingil D. Evaluation of The Effect of Using Devices Emitting Blue Light On The Total Sleep Duration of 1-3-Year-Old Children. TJFMPC, 2022;16(3): 607-614

DOI: 10.21763/tjfm.1097355

Introduction

The period of 1–3 years of age is known as the early childhood and play-age childhood period.¹ During this period, children express interest in moving and visual objects. Devices that emit blue light such as television (TV), smartphones, computers, and tablets, all of which have visual components, attract the attention of children in this period.^{2,3} Blue light is a short wavelength of light that is emitted to increase the efficiency and brightness of devices such as computers, tablets, smartphones, TVs, and LED-based illuminators but it negatively affects sleep.^{4,5} This inhibits the secretion of the hormone melatonin that helps with sleep, thereby disrupting the sleep-wake cycle which is the most well-known circadian rhythm of the human body.⁶ Sleep is defined as a state of unconsciousness from which an individual can be woken up by stimuli such as sound and light.⁷ In this study, the total sleep duration of the child was evaluated. Total sleep duration is the remaining time after sleep time (daytime sleep + night sleep) subtracted from night-time wakefulness.⁸ Although there are few studies in the literature on blue light exposure in children aged 1–3 years in Turkey and the rest of the world, different terms have been used in these studies instead of blue-light-emitting electronic devices, screen exposure,³ such as electronic media,⁹ screen light,¹⁰ digital technology,¹¹ electronic devices,¹² digital media,¹³ and self-emitting devices,¹⁴ and the relationship of these devices with sleep has been investigated. There are limited studies on the effect of blue light on sleep,^{4,6} the effect of blue light on wakefulness and mood at night¹⁵ and the effect of the use of blue-light-emitting devices during the day and in the evening.¹⁶

This descriptive and relational study aimed to investigate the effect of blue light exposure on total sleep duration in children aged 1–3 years. This age group was included in the study because these children are exposed to blue-light-emitting devices in the early stages of life. Unlike other studies, this study that examined the effect of blue-light-emitting devices on total sleep duration also assessed all the variables of day-time sleep duration, night-time sleep duration, total sleep duration, duration of sleep onset, number of awakenings, and wake after sleep onset.

Methods

Study Design

This is a descriptive and correlational study conducted to investigate the effect of blue light exposure on total sleep duration in children aged 1–3 years. In the regression analysis, the characteristics of the use of blue-light-emitting devices were evaluated together with the sociodemographic variables.

Study Location

The study was performed at 10 different family healthcare centers within the central district of Karaman province in Turkey between January and March 2018.

Study Sample

The sample size of the study was determined using a table recommended for ‘the estimation with certain accuracy of the ratio in a population.’¹⁷ Regarding the prevalence of sleep disorder in children, the rate (20%–30%) reported by Bruni and Novelli was used.¹⁸ The reported rate was considered to be 30%, and the sample size reported in the table at 95% confidence level and 5% relative precision was found to be 323.¹⁷ The cluster and proportional sampling methods were used for sample selection. Each of the 10-family healthcare centers in the city center represented a single cluster. The calculated sample size was then proportioned to the total population of children aged 1–3 years in the clusters. The study was conducted with mothers who visited the family healthcare centers and provided consent to participate in the survey. The study included mothers of healthy children aged 1–3 years who did not have any medical conditions such as nasal congestion, urinary tract infection, and congenital anomaly/disability and who did not use any medication when the surveys were administered.

Data Collection Tools

The ‘Blue Light Exposure and Total Sleep Duration in 1–3-Year-old Children Questionnaire’ was developed based on a literature review and used for data collection.^{19,20} The questionnaire consists of 37 items regarding the following: (a) sociodemographic characteristics such as age, sex, number of children, breastfeeding period, parents’ age, education, employment status, and family type; (b) sleep characteristics such as sleep latency, bedtime and waking time, wake after sleep onset and place and type of sleep and (c) questions on the presence

of tablets belonging to the child, presence of blue-light-emitting electronic devices at home and in the child's room and use of blue-light-emitting devices by the child during the day, in the evening and before bedtime.

Study Variables

The dependent variable of the study was total sleep duration. In the study, total sleep duration was obtained by subtracting the wakefulness period during the night from sleep duration (day-time sleep + night-time sleep).⁸ The independent variables of the study were the child's sex, breastfeeding status, presence of blue-light-emitting electronic devices, presence of blue-light-emitting electronic devices at home, usage of blue-light-emitting devices, mother's permission to use blue-light-emitting electronic devices, the age, the use of blue-light-emitting devices in a dark environment before bedtime, the use of blue-light-emitting LEDs as lighting and how the child sleeps.

Ethical Compliance

Before conducting the study, approval was obtained from the Ethics Committee for Non-Drug and Non-Medical Device Studies (Decision No.: 2017/1101) of the Necmettin Erbakan University Meram Medical Faculty, and the necessary official permissions were obtained from the Turkish Ministry of Health's Karaman Provincial Health Directorate for the institutions in which the study was conducted. Written and verbal informed consents were obtained from all participants.

Statistical Analysis

Sociodemographic and sleep characteristics and certain characteristics related to blue light exposure were compared with total sleep duration. Because total sleep duration shows a normal distribution, the Independent Samples Test was used to compare two independent groups and the One-Way ANOVA test was used to compare three or more independent groups. In the study, hierarchical multiple regression analysis was used to determine the predictive ability of sociodemographic variables and variables related to the use of blue-light-emitting devices, which were determinants of total sleep duration. A 95% confidence level and 0.05 error margin were considered in the interpretation of all analyses.

1. Presence of a tablet belonging to the child (No = 0, Yes = 1)
2. Presence of a blue-light-emitting electronic device in the child's room (No = 0, Yes = 1)
3. Presence of a blue-light-emitting electronic illuminator in the child's room (No = 0, Yes = 1)
4. Use of blue-light-emitting electronic devices by the child in darkness before bedtime (No = 0, Yes = 1)

Results

The effect of sociodemographic characteristics, sleep characteristics, and certain characteristics related to blue light exposure on total sleep duration was investigated. No significant difference was found in total sleep duration with respect to sex, the presence of the child's room, mother's employment status, first day-time sleep, how the child falls asleep for the first day-time sleep, the second day-time sleep, how the child falls asleep for the second day-time sleep, how the child falls asleep during the night-time sleep, mother allowing the child to watch TV, mother allowing the child to use a tablet, mother allowing the child to use a computer and mothers' response to the question of whether blue-light-emitting devices affect the child's sleep or not ($p>0.05$). A significant difference was found in total sleep duration with respect to the presence of the child's bed, presence of a tablet belonging to the child, presence of a blue-light-emitting device and blue-light-emitting illuminator in the child's room, mother allowing the child to use a smartphone and the child using blue-light-emitting electronic devices in the darkness just before bedtime ($p<0.05$). (Table I) A low level of positive and statistically significant correlation was found between total sleep time and among breastfeeding time ($r = 0.137$, $p=0.029$), father's age ($r = 0.154$, $p= 0.046$) and father's education time ($r=0.117$, $p=0.008$).

Table 1. Comparison of Sociodemographic and Sleep Characteristics and Certain Characteristics Related to Blue Light Exposure with Total Sleep Duration (n = 323)

VARIABLES		$\bar{X}\pm SD$	t	p
Gender				
	Female	8.8±1.3	0.333	0.740*
	Male	8.7±1.2		
Child's room				
	Yes	8.8±1.2	0.748	0.455*
	No	8.7±1.3		
Child bed				
	Yes	8.7±1.2	-2.224	0.027*
	No	9.6±1.5		
Mother's employment status				
	Yes	8.6±1.2	-1.140	0.255*
	No	8.8±1.3		
Caregiver of the child				
	No caregiver	8.7±1.2	0.873	0.419**
	Relative	8.9±1.1		
	Paid caregiver	8.8±1.3		
First day-time sleep				
	Yes	8.7±1.2	-0.513	0.608*
	No	8.8±1.2		
How the child falls asleep for the first day-time sleep				
	No first day-time sleep	8.8±1.2	0.517	0.597**
	Other ^{&}	8.8±1.3		
	With a blue-light-emitting device	8.6±1.1		
Second Day-time Sleep				
	Yes	8.6±1.4	-0.674	0.501*
	No	8.8±1.2		
How the child falls asleep for the second day-time sleep				
	No second day-time sleep	8.8±1.2	1.146	0.319**
	Other ^{&}	8.2±1.3		
	With a blue-light-emitting device	8.8±1.4		
How the child falls asleep during the night				
	Other ^{&}	8.7±1.3	0.125	0.901*
	With a blue-light-emitting device	8.7±1.2		
Tablet belonging to the child				
	Yes	8.3±1.2	-3.399	0.001*
	No	8.9±1.2		
Blue-light-emitting electronic device in child's room				
	Yes	8.5±1.3	-2.370	0.018*
	No	8.9±1.2		
Blue-light-emitting illuminator in child's room				
	Yes	8.5±1.2	-3.953	0.000*
	No	9.1±1.2		

* Independent Samples Test, **One-Way ANOVA

([&]Other: In the child's bed, by swinging in the child's bed, by swinging while standing, by singing a lullaby, in the parents' bedroom)

Table 1. Continued Comparison of Sociodemographic and Sleep Characteristics and Certain Characteristics Related to Blue Light Exposure with Total Sleep Duration (n = 323)

VARIABLES	$\bar{X}\pm SD$	t	p
Does the mother allow the child to watch television?			
Yes	8.7±1.2	-1.550	0.122*
No	9.7±1.6		
Does the mother allow the child to use a tablet?			
Yes	8.7±1.3	-0.205	0.837*
No	8.8±1.2		
Does the mother allow the child to use a smartphone?			
Yes	8.7±1.3	-2.576	0.011*
No	9.0±0.9		
Does the mother allow the child to use a computer?			
Yes	8.8±1.5	0.035	0.972*
No	8.7±1.2		
Exposure of child to the blue-light-emitting electronic device in the darkness just before bedtime			
Yes	8.4±1.2	-3.379	0.001*
No	8.9±1.2		
Blue-light-emitting devices affecting your child's sleep			
Yes	8.8±1.3	1.008	0.314*
No	8.6±1.2		

* Independent Samples Test, **One-Way ANOVA

(&Other: In the child's bed, by swinging in the child's bed, by swinging while standing, by singing a lullaby, in the parents' bedroom)

Table 2. Determinants of Total Sleep Duration (hierarchical multiple regression analysis)

	β	t	p
Model-1 Sociodemographic variables			
Constant		13.269	< 0.001
Breastfeeding time	0.116	2.097	0.037
Presence of the child's bed (0 = No, 1 = Yes)	-0.135	-2.476	0.014
Father's age	0.123	2.213	0.028
Father's education level (in years)	0.122	2.242	0.026
Model 1	R = 0.257	R² = 0.066	F = 5.641, p<0.001
Model-2 Sociodemographic variables and variables related to blue-light-emitting devices			
Constant		10.141	< 0.001
Breastfeeding time	0.137	2.564	0.011
Presence of the child's bed (0 = No, 1 = Yes)	-0.118	-2.248	0.025
Father's age	0.146	2.650	0.008
Father's education level (in years)	0.112	2.127	0.034
Tablet belonging to child (0 = No, 1 = Yes)	-0.175	-2.469	0.014
Blue-light-emitting electronic device in child's room (0 = No, 1 = Yes)	0.022	0.312	0.756
Blue-light-emitting illuminator in child's room (0 = No, 1 = Yes)	-0.158	-2.943	0.003
Smartphone belonging to the mother (0 = No, 1 = Yes)	-0.052	-0.974	0.331
Does the mother allow the child to use a smartphone? (0 = No, 1 = Yes)	-0.042	-0.756	0.450
Child using a blue-light-emitting electronic device in darkness before bedtime (0 = No, 1 = Yes)	-0.122	-2.167	0.031
Model 2	R = 0.406	R² = 0.165	F = 6.164, p<0.001

(Constant: Total sleep duration)

In Table II, the determinants of total sleep duration were evaluated using the hierarchical multiple regression analysis. Sociodemographic variables were investigated in Model 1, and it was found that the duration of breastfeeding ($\beta = 0.116$), age of the father ($\beta = 0.123$), and father's education level in years ($\beta = 0.122$) affected the total sleep duration. In Model 2, characteristics related to the use of blue-light-emitting devices were analyzed together with sociodemographic characteristics, and it was found that the duration of breastfeeding ($\beta = 0.137$), age of the father ($\beta = 0.146$), father's education level in years ($\beta = 0.112$), presence of a tablet belonging to the child ($\beta = -0.175$), presence of a blue-light-emitting illuminator in the child's room ($\beta = -0.158$) and the use of blue-light-emitting electronic devices by the child in darkness before bedtime ($\beta = -0.122$) affected total sleep duration.

Discussion

The effect of blue-light-emitting devices on total sleep duration was investigated in this study, and the day-time sleep duration, night-time sleep duration, total sleep duration, sleep latency, number of awakenings, and wake after sleep onset were evaluated. The most important and primary result of the study was the correlation between blue light exposure and total sleep duration. In a study conducted with toddlers, it was stated that the use of devices blue-light-emitting sleep latency affects total sleep duration.²¹

There was no significant difference in total sleep duration with respect to first-day-time sleep, second-day-time sleep, night-time sleep, and how the child fell asleep. In their study, Cheung et al. found that day-time sleep duration, night-time sleep duration, and the use of blue-light-emitting electronic devices before sleep affected total sleep duration.² In a study, it was determined that the time spent by the child on the screen was related to the time of falling asleep.²² In the present study, no statistically significant difference was found in total sleep duration with respect to the mother's permission to watch TV and use tablets and computers; however, there was a statistically significant difference between the mother's permission to use a smartphone and the child's sleep is negatively affected.

In a study conducted on preschool children, it was found that parents' permission to use TV and computers changed and negatively affected their sleep patterns.²³ The difference between this study from other studies was that the child's second daytime sleep was evaluated and the use of all blue-light-emitting devices and the mother's permission status were questioned in the study.

In the present study, no correlation was found between the time spent using blue-light-emitting electronic devices after dark by children and total sleep duration. It has been found that exposure to blue light after dark and during the night shortens the duration of sleep and increases wakefulness.^{6,24,25} In a study conducted on children and adolescents, it was found that the use of electronic media after dark was associated with an increase in sleep problems.²⁶ The use of blue-light-emitting electronic devices in the evening was found to be associated with sleep disturbances in humans owing to the suppression of the hormone melatonin.²⁷ Based on the results of the hierarchical multiple regression analysis, the predictive power of sociodemographic characteristics on total sleep duration was investigated. Sociodemographic variables affected sleep duration at a rate of 6.6%. Predictive power increased from 6.6% to 16.5% in Model 2 when characteristics related to the use of blue-light-emitting devices were included. The results of the present study show that blue light exposure negatively affects total sleep duration. Studies have found that the use of devices blue-light-emitting affects total sleep duration.^{28,29} Unlike other studies, sociodemographic variables were also mentioned.

Conclusion

In conclusion, it can be recommended that parents should have sufficient information regarding these devices; they should keep the child away from electronic devices that emit blue light and establish a sleeping routine for the child. The data of this study were not collected during the pandemic period. However, the COVID-19 outbreak has also caused children to spend more time at home in recent years. This situation has increased the use of electronic devices emitting blue light. Thus, it is predicted that children's sleep problems will increase. Parents should not expose their children to electronic devices that emit blue light until at least 3 years of age and allow their children to spend time with groups of peers to reduce their exposure to blue light. Parents should be informed that their children should not have blue-light-emitting electronic devices and illuminators in their room and that these devices may adversely affect the child's sleep. For children sleeping in their parent's room, it should be noted that blue-light-emitting electronic devices should not be kept on charging or plugged in during the night. Parents should not buy electronic devices such as tablets for children of this age group and should not allow the use of such devices. Parents are advised to limit the use of blue-light-emitting electronic devices themselves to set better examples for their children.

Limitations of this study

The research was carried out in 10 different family health centers affiliated with the Karaman Provincial Health Directorate in the center of Karaman province in Turkey. Therefore, the research findings can only be generalized to the family health centers participating in the research. While the mothers who participated in the study answered the questionnaire, it was observed that they tended to conceal whether they allowed their children to use devices emitting blue light because of the concern of social acceptability (in other words, they were anxious that such behavior would be perceived as negative or were guilty). Therefore, in-depth interviews can be conducted with mothers.

Contribution of the study to the literature

Children 1-3 years old use devices that emit blue light significantly. Electronic devices emitting blue light is shortened the total duration of sleep. Exposure to devices emitting blue light in a dark environment shortened the total duration of sleep. Health professionals working in primary health care centers should warn parents about protecting their children from blue light. Finally, there is a need for studies in different designs on this subject.

Acknowledgments

The study has been carried out at 10 different centers for family health in Karaman, Turkey. We thank health professionals for their help in data collection.

Compliance With Ethical Standards

Ethical Approval

All procedures performed were in accordance with the ethical standards of the institutional research committee and with the 1964 Helsinki Declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

Conflict of Interest

The authors report no conflicts of interest.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, author ship, and/or publication of this article.

References

1. Ariani N, Intani TM, Sarli D, Poddar S. Psychosocial stimulation towards the development of toddler 1–3 years old. *Mal J Med Health Sci.* 2021;17(SUPP4):88-91.
2. Cheung CHM, Bedford R, Urabain IRSD, Simith AK, Smith TJ. Daily touchscreen use in infants and toddlers is associated with reduced sleep and delayed sleep onset. *Sci Rep.* 2017;13:1-7. <https://doi.org/10.1038/srep46104>
3. Duch H, Fisher EM, Ensari I, Harrington A. Screen time use in children under 3 years old: a systematic review of correlates. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10:102. <https://doi.org/10.7916/D8G15Z97>
4. Gringras P, Middleton B, Skene DJ, Revel VL. Bigger, Brighter, Bluer-Better? Current light-emitting devices-adverse sleep properties and preventative strategies. *Front Public Health.* 2015;13(3):233. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00233>
5. Tosini G, Ferguson I, Tsubata K. Effects of blue light on the circadian system and eye physiology. *Mol Vis.* 2016;24(22):61-72. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26900325/>
6. Gordijn MCM, Beersma DGM, R uger M, Daan S. The effects of blue light on sleepiness. *Annual Proceedings of the Dutch Sleep-Wake Society.* 2005;16:67-70.
7. Ball HL. Breastfeeding, Bed-sharing and infant sleep. *Birth.* 2003;30(3):181-8. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00243.x>
8. Zhang Z, Okely AD, Pereira JR, Sousa-S a E, Veldman SL, Santos, R. Associations of sleep characteristics with cognitive and gross motor development in toddlers. *Sleep Health.* 2022; 704. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2022.04.001>
9. Fossum IN, Nordnes LT, Storemark SS, Bjorvatn B, Pallesen S. The association between use of electronic media in bed before going to sleep and insomnia symptoms, daytime sleepiness, morningness, and chronotype. *Behav Sleep Med.* 2014;12(5):343-57. <https://doi.org/10.1080/15402002.2013.819468>
10. Heath M, Sutherland C, Bartel K, Gradisar M, Williamson P, Lovato N, et al. Does one hour of bright or short-wavelength filtered tablet screenlight have a meaningful effect on adolescents' pre-bedtime alertness, sleep, and daytime functioning?

- Chronobiol Int. 2014;31(4):496–505. <https://doi.org/10.3109/07420528.2013.872121>
11. Mustafaoğlu R, Zirek E, Yasacı Z, Özdinçler AR. The negative effects of digital technology on children's development and health. *Addicta*. 2018;5(2):227-47. https://scholar.google.com/scholar?cluster=12471219321004835342&hl=tr&as_sdt=0,5
12. Nathanson AI, Beyens I. The relation between use of mobile electronic devices and bedtime resistance, sleep duration, and daytime sleepiness among pre-schoolers. *Behav Sleep Med*. 2018;16(2):202-19. <https://doi.org/10.1080/15402002.2016.1188389>
13. Orzech KM, Grandner MA, Roane BM, Carskadon MA. Digital media use in the 2 h before bedtime is associated with sleep variables in university students. *Comput Human Behav*. 2016;55(A):43-50. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.08.049>
14. Wood B, Rea MS, Plitnick B, Figueiro MG. Light level and duration of exposure determine the impact of self-luminous tablets on melatonin suppression. *Appl Ergon*. 2013;44(2):237-40. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2012.07.008>
15. Nagare R, Plitnick B, Figueiro MG. Effect of exposure duration and light spectra on night time melatonin suppression in adolescents and adults. *Light Res Technol*. 2019;51(4):530-43. <https://doi.org/10.1177%2F1477153518763003>
16. Van der Maren S, Moderie C, Duclos C, Paquet J, Daneault V, Dumont M. Daily profiles of light exposure and evening use of light-emitting devices in young adults complaining of a delayed sleep schedule. *J Biol Rhythms*. 2018;33(2):192-202. <https://doi.org/10.1177/0748730418757007>
17. Lemeshow S, Hosmer DW, Klar J, Lwanga SK. Adequacy of sample size in health research. In: Kayaalp SO, editor. Turkey: Hacettepe Tas Publishing; 2000. p.143.
18. Bruni O, Novelli L. Sleep disorders in children. *BMJ Clin Evid*. 2010;27:2304. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21418676/>
19. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*. 2001;23(8):1043-51. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11145319/>
20. Sneddon P, Peacock GG, Crowley SL. Assessment of sleep problems in preschool aged children: an adaptation of the children's sleep habits questionnaire. *Behav Sleep Med*. 2013;11(4):283-96. <https://doi.org/10.1080/15402002.2012.707158>
21. Chindamo S, Buja A, DeBattisti E, Terraneo A, Marini E, Gomez Perez LJ, et al. Sleep and new media usage in toddlers. *Eur J Pediatr*. 2019;178(4):483-490. <https://doi.org/10.1007/s00431-019-03318-7>
22. Waller NA, Zhang N, Cocci AH, D'Agostino C, Wesolek-Greenon S, Wheelock K, et al. Screen time use impacts low-income preschool children's sleep quality, tiredness, and ability to fall asleep. *Child: Care, Health and Development*. 2021;47(5):618-626. <https://doi.org/10.1111/cch.12869>
23. Güngör M. Pre-school children's watching television habits and parental attitudes. *Mustafa Kemal University Journal of Graduate School of Social Sciences*. 2014;28(11):199-216. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/183381>
24. Chahal H, Fung C, Kuhle S, Veugelers PJ. Availability and night-time use of electronic entertainment and communication devices are associated with short sleep duration and obesity among Canadian children. *Pediatr Obes*. 2013;8(1):42-51. <https://doi.org/10.1111/j.2047-6310.2012.00085.x>
25. Iskra-Golec IM, Wazna A, Smith L. Effects of blue-enriched light on the daily course of mood, sleepiness and light perception: A field experiment. *Light Res Technol*. 2012;44(4):506–13. <https://doi.org/10.1177%2F1477153512447528>
26. Bruni O, Sette S, Fontanesi L, Baiocco R, Laghi F, Baumgartner E. Technology use and sleep quality in preadolescence and adolescence. *J Clin Sleep Med*. 2015;11(12):1433-41. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5282>
27. Rangtall FH, Ekstrand E, Rapp L, Lagermalm A, Liethof L, Bucaro MO, et al. Two hours of evening reading on a self-luminous tablet vs. reading a physical book does not alter sleep after daytime bright light exposure. *Sleep Med*. 2016;23:111-18. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.06.016>
28. Olteanu-Pascal D, Lupuşor N, Nadejda. The influence of light from gadgets on circadian rhythm in children. *MedEspera*; 2020. p.248-249.
29. Shechter A, Quispe KA, Mizhquiri Barbecho JS, Slater C, Falzon L. Interventions to reduce short-wavelength ('blue') light exposure at night and their effects on sleep: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Advances*. 2020;1(1):zpa002. <https://doi.org/10.1093/sleepadvances/zpaa002>



Review / Derleme

The Importance of Strategic Perception Management in Health Institutions in terms of Patient Satisfaction and Institutional Sustainability

Sağlık Kurumlarında Stratejik Algı Yönetiminin Hasta Memnuniyeti ve Kurumsal Sürdürülebilirlik Açısından Önemi

Yeter Demir Uslu¹

Abstract

This study has been prepared to deal with the issue of strategic perception management, which is assumed to be important in providing service quality and institutional efficiency in health institutions, with a corporate perspective. During the preparation of the study, the literature review method was used. In this study, how the strategic perception management process affects the patient satisfaction perceptions of patients who applied to health institutions; It structures its interaction with corporate sustainability in an analytical framework with a holistic perspective. It can be said that the patient experience phenomenon in the strategic perception management process directly affects the perceived service quality and is effective in creating more value. In order to provide human-centered and integrated health services, it is necessary to make regulations on health systems and to develop quality indicators that allow monitoring system performance and harmonize them with processes.

Key words: Corporate sustainability; patient satisfaction; strategic management; strategic perception management.

Özet

Bu çalışma sağlık kurumlarında hizmet kalitesi ve kurumsal etkinliği sağlamada önemli olduğu varsayılan stratejik algı yönetimi konusunu kuramsal bir bakış açısı ile ele almak amacıyla hazırlanmıştır. Çalışmanın hazırlanması sürecinde literatür taraması (secondary data analysis) yöntemi kullanılmıştır. Çalışma stratejik algı yönetimi sürecinin, sağlık kurumlarına başvuran hastaların hasta memnuniyet algılarını ne şekilde etkilediği; bütünsel bir bakış açısı ile de kurumsal sürdürülebilirlik ile olan etkileşimini analitik bir çerçevede yapılandırmaktadır. Stratejik algı yönetimi sürecinde hasta deneyimi olgusunun, algılanan hizmet kalitesini doğrudan etkilediği ve daha fazla değer yaratmada etkili olduğu söylenebilmektedir. İnsan merkezli ve bütünlük sağlığı hizmeti sunmak için sağlık sistemleriyle ilgili düzenlemeler yapabilmek ve sistem performansının izlenmesine olanak sağlayan kalite göstergeleri geliştirip bunları süreçlerle uyumlaştırmak gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Hasta memnuniyeti; kurumsal sürdürülebilirlik; stratejik algı yönetimi; stratejik yönetim.

Geliş tarihi / Received: 18.10.2021 Kabul tarihi / Accepted: 18.05.2022

¹İstanbul Medipol University / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Yeter Demir Uslu, İstanbul Medipol University, Türkiye
yuslu@medipol.edu.tr

Uslu YD. The Importance of Strategic Perception Management in Health Institutions in terms of Patient Satisfaction and Institutional Sustainability. TJFMPC, 2022;16(3): 615-623

DOI: 10.21763/tjfm.1011849

Giriş

Kurumlar, geçmişle ilgili deneyimlerini hatırlamak, mevcut durumu izlemek ve geleceği öngörebilmek adına stratejik bakış açısına ihtiyaç duyarlar. Özellikle kurumsal kararların şekillenmesinde stratejik yönetim anlayışı ve uygulamaları olağanüstü önem kazanmıştır. Bu bağlamda, stratejik algı yönetimi ile ilgili olarak sağlık kurumlarının hasta memnuniyeti ve kurumsal sürdürülebilirlik gibi konularda karşılaştıkları uygulama güçlükleri, sınırlılıklar, ulaşılmak istenen stratejik amaçlar kuramsal araştırma gereksinimi duyulan güncel bir konu olarak değerlendirilebilir.

1. Stratejik Yönetim Bakış Açısıyla Sağlık Kurumları

Stratejik yönetim, işletmelerin zamanla daha fazla değişiklik gösteren çevresel durumlara ayak uydurması amacıyla, işletmenin faaliyetleri nasıl yürütmesi gerektiği ve nasıl bir yol izlemesi gerektiği üzerinde bazı kararların verilmesi sürecidir.¹ Stratejik yönetim, eskiden çok geleceği yönetmeyi amaçlayan, bu doğrultuda planlama yapan ve uygulayan yönetim anlayışına sahiptir.¹² Mirze ve Ülgen'e göre stratejik yönetim, işletmenin kısa süreli olan işlerinden daha çok, uzun sürede faaliyetlerini sürdürebilecek şekilde rakiplerine üstünlük sağlayabileceği ya da karını yükseltebileceği faaliyetlerin yönetimiyle ilgili bir kavramdır. Bütün bu tanımlar incelendiği zaman stratejik yönetim, kısa/orta/uzun vadeli hedeflere ulaşmak için ortaya koyulan stratejilerin bütüncül ve sistematik bir şekilde ele alınması olarak tanımlanabilmektedir.³

Stratejik yönetim bakış açısıyla sağlık kurumlarında belirlenen misyon, vizyon ve temel değerler çerçevesinde hedeflere ulaşılmasında hasta memnuniyetinin ve kurumsal sürdürülebilirliğin verimli bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Çünkü birçok sektörde yapılan hatalar maddi zarara neden olurken sağlık sektöründe yapılan hatalar doğrudan insan hayatını etkilemektedir. Aynı zamanda sağlık kurumlarında stratejik yönetim, hasta ilişkileri için efektif bir şekilde koordinasyonun sağlanması gereken ameliyathane, poliklinik, otelcilik, röntgen, laboratuvar gibi farklı kaynaktan çok fazla hizmetin beraber sunulması ve en önemlisi de sağlık hizmetlerinin ertelenemez ve ikame edilemez özellikte olması gibi sebeplerden ötürü önemli bir gerekliliktir. Bu çerçevede söz konusu hizmeti veren Aile Sağlığı Merkezleri, 1. basamak, 2. basamak ve 3. basamak gibi sağlık hizmeti sunan kurumlar stratejik bakış açısıyla yeniden değerlendirilmelidir.

Hizmet talep edenlerin beklentilerindeki hızlı değişim neticesinde artan rekabet ile sağlık kurumlarının çıktıları olumlu şekilde etkilenmiştir. Özellikle hasta memnuniyetini sağlamak adına hem sağlık hizmeti sunumu esnasında kullanılan tıbbi malzemelerin kalitesinde, hem hastalar ile kurulan iletişimde hem de hastaların tedavi sonrası takip süreçlerinde büyük değişimler meydana gelmiştir. Bu değişimlerden tıbbi malzeme ile ilgili adımlar genellikle yönetim kararları ile atılırken, diğer süreçler hekim ve diğer sağlık personellerinin gelişimi ile sağlanmaktadır. Özellikle birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda tıbbi malzeme kalitesinden ziyade hasta takip süreçleri ve hasta ile kurulan iletişim daha etkilidir. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda hasta memnuniyeti, aile hekiminin ve diğer Aile Sağlığı Merkezi çalışanlarının gayret, tutum ve davranışları ile sağlanmaktadır. Hasta memnuniyetinin yanında kaynakların çok daha etkin kullanılması ihtiyacının var olması da farklı yönetim tekniklerini gerekli kılmıştır. Sağlık kurumlarında uygulanacak stratejik yönetim süreci, kurumun hedeflerini gerçekleştirebilmesi için stratejik planlamanın yapılması, yapılan planın hayata geçirilmesi için oluşturulan politikalar ve kurumsal yapılar minvalinde stratejilerin uygulanması ve yapılan bütün bu faaliyetlerin yönetim amaçları ile uygunluğunun stratejik denetimi şeklinde üç aşamadan oluşur.⁴ Nitekim kurum stratejileri, kurumların hedef ve amaçları olarak da kabul edilmektedir.⁵ Bu nedenle kurum yöneticileri, stratejik yönetim sürecinde kurumu bir bütün olarak ele almalı, kurumun çevresi ile olan ilişkilerini ve içerisinde faaliyetlerini ilerleten çevre koşullarını da göz önüne alarak tüm paydaşlarıyla birlikte sürdürülebilirlik anlayışına odaklanmalıdır.

1.1. Hasta Memnuniyeti

Memnuniyet durumu kişiden kişiye değişen bir algı olmasının yanı sıra hem sağlık kurumlarının kaliteli hizmet sunması hem de sundukları hizmet çerçevesinde kurumların kendisini değerlendirmesi için önem arz etmektedir. Hastalar genel olarak müşteri gibi değerlendirilmese de sağlık hizmetinin temel kullanıcıları olduğu için memnuniyetleri önem taşımaktadır.⁶ Birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda hasta memnuniyeti hastaların hizmet beklentilerinin karşılanması ile doğru orantılıdır. Bu nedenle hastaların birinci basamak sağlık hizmeti algılarının doğru yönetilmesi gerekmektedir. Bu durum da ancak aile hekimi ve diğer aile sağlığı merkezi çalışanlarının hasta ile kurduğu iletişim ile mümkündür. Özellikle Aile Sağlığı Merkezlerinde hasta-sağlık çalışanı iletişiminin hasta algısının yönetilmesinde büyük etkiye sahip olmasının yanında hasta memnuniyetini de doğrudan etkilediği görülmektedir.

Hasta memnuniyeti, hastanın sağlık kurumuna gelmeden evvel tasarladığı beklentileri ile hizmet gerçekleştikten sonraki düşünce ve tutumlarının uyuşmasıdır. Hasta memnuniyet düzeyi genel olarak iki bileşenden oluşmaktadır. Bunlar, hastaya ve hizmete yönelik bileşenlerdir. Hastaya yönelik; cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni durum, meslek, sosyal güvence aynı sağlık kurumuna kaçınıcı kez geldiği, hastanede yatış süresi vb. iken hizmete yönelik durumlar, hastalığı hakkında bilgilendirme, kişilerarası iletişim, kurumun fiziki şartları ve personel davranışı şeklinde sıralanabilir.

Bir sağlık kurumunun başarılı olup olmaması hasta memnuniyeti sürecini ne kadar iyi yönettiği ile ilişkili olabilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetinde bu memnuniyet hekimin ve diğer sağlık çalışanlarının hasta ile kurduğu ilişki ile doğrudan etkili olsa da bu ilişkinin nihai çıktısı yine hasta memnuniyeti olmaktadır. Kurumlar hasta memnuniyet oranlarını yüksek tuttıkları ölçüde sürdürülebilir olmaktadır.⁷ Nitekim hasta memnuniyeti, kişilerin istek, ihtiyaç ve beklentilerini karşılayan ve bu isteklerin ötesine geçilmesini hedefleyen bir olgudur. Bu çerçevede hasta memnuniyeti ya da memnuniyetsizliği hastaların beklentileri ile algılarının bir kıyaslaması olarak değerlendirilebilir.

Hasta memnuniyet anketleri başta olmak üzere diğer teknikleri kullanmak suretiyle de ölçülmeye çalışılan hasta memnuniyeti, hizmetin sağlık kurumları için önemli bir stratejik hedef olarak görüldüğünü doğrulamaktadır. Her ne kadar söz konusu yol ve yöntemlerle memnuniyet ölçümüne ilişkin çabalar olsa da kanıtlar bu alanda daha farklı yöntemlerin de kullanılmak suretiyle değerlendirmeler yapılması gerektiği noktasına ışık tutmaktadır. Özellikle kaynakların azlığı varsayımı dahilinde memnuniyetin korunması son derece önemlidir.⁸

Gerek 1. basamak gerekse 2. basamak sağlık hizmeti sunan kurumların hastanın memnuniyeti veya beklenti-mutluluk seviyesi ile hizmetin kalitesi paralellik göstermektedir.⁸ Bu süreçte hastanın bakımı, teşhisi ve tedavi aşamalarında geçen süredeki bütün faaliyetler göz önünde bulundurulmaktadır.⁹ Bu nedenle sağlık hizmeti veren kurumların, rekabet üstünlüğü ve tercih durumlarında ve bunların sürdürülebilirliğinde hasta memnuniyet düzeylerine hâkim olmaları önemlidir. Çünkü hastalardan alınacak geri bildirimler süreçlerin takibi ve geliştirilmesinde ve kalite yolculuğunun başarısında etkili olmaktadır.

Hasta memnuniyeti sadece istekleri karşılamaktan ibaret değildir. Üretilen hizmet, beklentilerin üzerinde olması arzu edilir. Nitekim sağlık okuryazarlığının düşük ya da yüksek olduğu toplumlarda, yapılan araştırmalarda memnuniyet düzeyleri de farklılaşmaktadır. Bu durumda yalnızca hastanın görüşü doğrultusunda memnuniyetle ilgili yorum yapmak yerine, süreci bir bütün olarak değerlendirmenin gerekliliği açıktır.

Sağlık sektöründe aktif rol olan bütün aktörler, hasta memnuniyetinin yüksek olmasının sağlık sektörü için büyük önem taşıdığını belirtmektedir.¹⁰ Bu çerçevede hasta memnuniyetini etkileyen faktörler üç farklı başlıkta aşağıdaki gibi ifade edilebilir:¹¹

1.1.1. Hastaya İlişkin Özellikler

- Hastanın sosyo-demografik özellikleri (yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu vb.)
- Hastalığının tanısı ve tedavisi
- Yatış süresi

1.1.2. Hizmet Verenlere Yönelik Özellikler

- Hasta-sağlık personeli etkileşimi ve hizmet kalitesi.
- Hizmet sunumundaki gösterilen nezaket, ilgi ve anlayış.
- Personellerin bilgi ve becerileri.
- Sağlık hizmeti sunan bütün kurumlarda (Aile Sağlığı Merkezi, 1. basamak, 2. basamak ve 3. basamak sağlık hizmeti sunan kurumlar) personel davranışı, hastalar ile kurulan iletişim ve hastalığı hakkında yapılan bilgilendirmeler.

1.1.3. Kurumsal Özellikler

- Kurumların aydınlatma, temizlik, ısı, gürültü gibi fiziksel özellikleri.
- Kurumların sunduğu otopark, yemekhane hizmetleri gibi destek hizmetleri.
- Çevresel koşullar.
- Bürokratik süreçler vb. hasta memnuniyetini etkilemektedir.

Bu bağlamda hasta memnuniyetinin nelerden etkilendiği hususlarını bilmek, hasta memnuniyet düzeylerinin belirlenmesinde kritik öneme sahiptir. Özetle, hasta memnuniyet düzeylerinin bilinmesi ve araştırma

sonuçlarına göre hareket edilmesi şüphesiz stratejik yönetimle de doğrudan ilişkilidir. Sağlık kurumlarının stratejik yönetim ilkeleri doğrultusunda stratejik kararlar almaları ve alınan kararları uygulamaları kurumların sürdürülebilirliği açısından oldukça önemli bir husus olarak değerlendirilebilir. Ayrıca hasta odaklı yönetim felsefesi uzun vadeli ve sürdürülebilirliği hedef alır.

1.2. Sağlık Kurumlarında Kurumsal Sürdürülebilirlik

Dünyada yaşanan ekonomik, çevresel ve sosyal değişikliklerle gerek üretim sektöründe gerekse hizmet sektöründe kurumsal sürdürülebilirliğin önemi artmaktadır. Kurumların faaliyetleri esnasında sosyal ve çevresel hassasiyet bilinciyle faaliyetlerini sürdürmeleri, rekabet avantajını da destekleyen stratejik bir bakış açısına da hizmet etmektedir. Genel olarak, 'kurumsal sürdürülebilirliğin' kurumların ekonomik refah (kar), sosyal eşitlik (insanlar) ve çevre dengesi (gezegen) üçlü hedeflerine ulaşmak istediğini öne sürdüğü söylenebilir. Dolayısıyla, sürdürülebilir bir şekilde faaliyet gösteren kurumlar, yalnızca insanların ve gezegenin çıkarına değil, aynı zamanda uzun vadeli hayatta kalma ve büyümenin de yararına olacak şekilde davranmaktadırlar.¹²

Son zamanlarda sayısal değerler kurumsal performansın göstergesi olarak tek başına kurumun gelecekteki potansiyel durumunu ve değerini göstermemektedir. Son yıllarda asıl önemli olan, kurum göstergelerinin ve buna bağlı olarak performansının sürdürülebilir olma durumudur. Böylelikle kurumsal sürdürülebilirlik, kurumun yalnız kendi iç etkenleri ile alakalı değil, diğer dış faktörleri de kapsayan ve bu faktörlerin değerlendirmesini de içeren önemli bir gösterge olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sebeple kurumların, yönetim süreçlerini kurumsal sürdürülebilirlikle bağdaştırmaları kaçınılmaz bir zorunluluktur. Bu bağlamda sağlık hizmetleri önceleri yalnızca hastalıkların tedavi edilmesi olarak anlaşılırken günümüzde artık koruyucu tedavi hizmetleri kapsamında hastalıkların önlenmesine yönelik faaliyetleri ve 1. basamak hizmetleri kapsamında sunulan ayakta tedavi hizmetlerini de kapsamaktadır.

Sağlık alanında insanlığa hizmet edecek refahın kalıcılığı, sürdürülebilirliğin bilinen amaçlarından biridir. Bu bağlamda çeşitli hastalıkları tamamen yok etmede ve birçok farklı kalıcı ve yeni ortaya çıkan sağlık sorunları ile baş edebilmede daha fazla çabaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çerçevede değerlendirildiğinde hastalıkların ortaya çıkmadan müdahale edilmesinde koruyucu sağlık hizmetlerinin ve 1. basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Nitekim sağlık kurumlarında kurumsal sürdürülebilirlik, kurumun uzun zamanda devamlılığını sağlamak ve bu devamlılığı korumak amacıyla sosyal, çevresel ve ekonomik faktörlerin eş zamanlı olarak ve sistematik bir şekilde faaliyetlere, kurum kültürüne, karar alma süreçlerine ve kurumsal yönetim stratejilerine dâhil edilmesidir. Aynı zamanda söz konusu bu durumlardan kaynaklanabilecek ve kurumun devamlılığı için karşılaşılabilecek risklerin önlenmesi süreçlerini de kapsamaktadır.

1.3. Stratejik Algı Yönetimi

Algı, olayları, çevredeki nesnelere ve ilişkileri duyu organları sayesinde algılamak, anlamlandırmak sürecidir. Hz. Mevlana'nın da dediği gibi, 'Siz ne anlatırsanız anlatın, insanlar sözlerinizi anlayabilecekleri miktarda, anlamak istedikleri ölçüde ve kendi ihtiyaçlarının karşılığı kadarıyla anlayacaktır.' Bireylerin ihtiyaçlarını, ilgilerini, algılama düzeylerini ölçüp biçmeden kurumu merkeze alıp yine kurumsal ilgilere hareketle atılacak her adım, sonuç itibarıyla bir şekli yerine getirmekten başka bir işlev görmeyecektir. Bu noktada algının yönetim süreci, insana (hasta/müşteri) dair bilgiyi hedef olarak gelecek politikalar için şekillendirmeyi ifade eder. Algı yönetiminde ilk olarak belirlenmesi gereken konu, 'gerçek anlamda algıladıklarımız karşı taraftaki kitle tarafından istediğimiz şekilde, beklediğimiz ve öngördüğümüz şekilde algılanıyor mu?' sorusunun cevabıdır. Diğer bir konu ise oluşturulan etkinin değerlendirilmesidir. Etki sürecinin takip edilmesi ve etkinin istenilen amaca yaklaşımını sağlayacak öngörülerde bulunabilmektir. Algı yönetimi de her açıyla, medyayla, mesajıyla, kısaca hedef alınan kitle ve elde edilmek istenen neticeyle planlama gerektiren bir süreçtir. Kurumsal amaçlar ve politikalar gereği çıkılan bir yoldur. Nitekim sağlık kurumlarında 'Algılanan hizmet kalitesi olarak ifade edilen 'yargı' memnuniyetle eşdeğer değil, ilgili bir tutum biçimidir ve hizmet performans algıları ile beklentilerin karşılaştırılmasının sonucudur'.¹³

Hasta odaklılık, hasta şikayetlerinin ve isteklerinin dinlenmesini, hizmet sonrasında süreçler dikkate alınarak herkesçe üstünlüğü kabul edilen bir ürün ya da hizmet değerinin oluşturulmasının yollarının sistematik olarak araştırılmasını, memnuniyet seviyesinin düzenli olarak ölçülmesini gerektirmektedir. Nitekim hasta odaklılık, bireylerin ansızın gelişen acil istek ve taleplerini karşılamak için sürekli ve proaktif bir tutumu desteklemektedir. Bu anlayış, hastaların diğer paydaşların üstünde tutularak hem şu anki ihtiyaçlarını hem de ilerleyen zamanda oluşabilecek ihtiyaçlarını tespit etmeyi ve onlar için değer oluşturmayı kapsamaktadır.¹⁴

Stratejik Algı Yönetiminin Hasta Memnuniyeti ve Kurumsal Sürdürülebilirliğe Etkileri

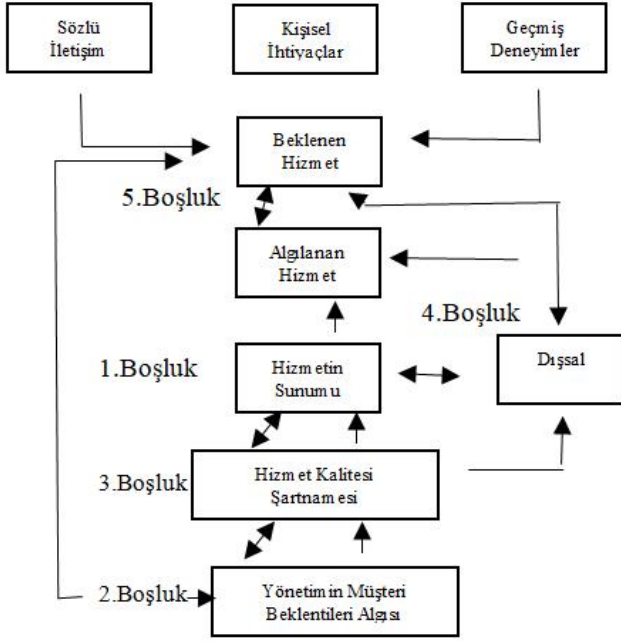
Sağlık alanında hizmet veren kurumlar ile bu hizmeti talep eden kişi/kişiler arasında olan etkileşimle memnuniyet veya memnuniyetsizlik dediğimiz iki algı ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetinden faydalanan hastaların tarihsel süreç içerisinde vatandaştan müşteriye dönüşümü ve hastaların yalnız vergilerle değil gerek sağlık sigortalarıyla gerekse de cepten ödemeleri ile hizmet alabilmeleri, hastaların aldıkları hizmet karşılığı memnuniyet düzeylerini sorgulatır hale getirmiştir. Öte yandan 1. basamak sağlık hizmetleri talep edildiğinde hastaların memnuniyet düzeyleri açısından, bekleme süreleri, kurumun konumu, hasta ile kurulan iletişim, personel davranışları ve çevresel faktörler gibi kriterler büyük öneme sahiptir. Hizmet sektöründe kalite göstergesi olarak değerlendirilen müşteri memnuniyeti, sağlık sektöründe ise hasta memnuniyeti ve hasta-sağlık çalışanı ilişkisi şeklinde ifade edilebilmektedir. Ayrıca son zamanlarda üzerinde sık konuşulan güçlü hasta kavramının da hastanın sağlık okuryazarlığı seviyesinde etkili olduğu bilinmektedir.¹⁵ Nitekim hasta güçlendirme, hastanın bu konuda eğitim alması, tedavi sürecinde gerekli sorumlulukları üstlenmesi ve faydalandığı sağlık hizmetlerinin doğru yönetilmesinde doğrudan sürece dahil olması şeklinde de tanımlanmaktadır. Sağlık kurumlarının sürdürülebilirliği açısından önemli olan bu kavramın memnuniyette ve hasta-sağlık çalışanı ilişkisinde hayati bir rol üstlendiğini söylemek yanlış olmaz.

Bütün bu kriterler ışığında hasta memnuniyeti hastaların aldıkları sağlık hizmetiyle alakalı deneyim, beklenti ve değer yargılarını kapsayan bir kavram olarak tanımlanmaktadır.¹⁶ Yine bu noktada Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık okuryazarlığı hususundaki yaklaşımı da aynı bakış açısını vurgulayarak, 'Sağlık okuryazarlığı kavramı genel okuryazarlık kavramı ile yakından ilişkili olup bireylerin hayatları süresince sağlık hizmetleri ile alakalı süreçlerde karar verebilmeleri ve görüş geliştirmeleri, sağlıklarını geliştirmek, korumak ve sürdürmek, yaşam kalitesini artırmak amacıyla sağlık ile alakalı var olan bilgi kaynaklarına erişebilmeleri ve ulaşabilmeleri, sağlık ile alakalı mesajları ve bilgileri doğru anlamaları ve algılamaları noktasındaki arzuları ve kapasiteleridir' şeklinde açıklamalarda bulunmuştur.¹⁷ Bu doğrultuda değerlendirildiğinde sağlık kurumlarının sürdürülebilirliğinin sağlanmasında hasta memnuniyetinin ve hastaların sağlık okuryazarlık seviyelerinin önemi ortaya çıkmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri ve 1. basamak sağlık hizmetlerinde de durum aynı şekilde ilerlemektedir. Özellikle 1. basamak sağlık hizmetleri sunan kurumların sürdürülebilirliğinde; mevzuat-yasa, sahiplik durumu, konum gibi faktörlerin yanında hastaların memnuniyetleri ve sağlık okuryazarlık durumları da büyük etkiye sahiptir. Bu durumun en belirgin yansıması Türkiye'de faaliyet gösteren Aile Sağlığı Merkezleri açısından önemlidir.

Gerek 1. basamak sağlık hizmeti gerekse 2. basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda stratejik algı yönetimi çerçevesinde vizyon, misyon ve liderlik kavramları, hastalar, yani hizmeti alanlar göz önünde bulundurularak oluşturulmalıdır. Sağlık kurumlarında misyon, çalışanlara ve stratejistlere yol gösteren bir rehberdir. Yönetim sürecinin başlangıç aşamasında, misyonun belirlediği sınırlar çerçevesinde değerlendirilmesi ve hazırlanması gerekmektedir. Vizyon bir kurumun ilerleyen süreçte ulaşmak istediği noktayı, varmak istediği yeri ifade etmektedir. Bu doğrultuda vizyon kurumların belirledikleri bir hedefe odaklanmasını ve bu hedefe doğru ilerlemesini sağlayan faktör olarak tanımlanabilir.

Liderlik, İngilizcede 'cost to go with someone' yani birisiyle gitme nedeni anlamına gelmektedir. Lider bir bireyden daha çok, o bireyi takip etmeye iten asıl sebeptir. Hedef kitlenin algılarını doğru yönlendirebilen ve yönetebilen liderler her zaman için akılda kalıcı olmaktadır. Sağlık kurumlarında stratejik olarak değerlendirilebilecek başka bir faktör ise fiyattır. Fiyat, dar anlamda, hizmet için ödenen para miktarıdır. Hizmet alanın ne kadarlık bir ödemeye istekli olduğu var olan ihtiyaçlarına ve belirli bir mekan ve zamanda sunulan hizmetin değerine göre farklılık göstermektedir. Fiyatın kazanılmış ve potansiyel müşterilere etkisini saptamak ancak kurumlar tarafından belirlenecek fiyat stratejileri ve politikaları merkezine hastayı alan, hasta odaklı bir yaklaşımla olabilir. Sürdürülebilirlikte çeşitli avantajlara sadece hizmeti sunduğu kitleye tam olarak hitap eden kurumlar sahiptir. Stratejik algı yönetimi sürecinde hasta deneyimi olgusunun, algılanan hizmet kalitesini direkt etkilediği ve daha fazla değer oluşturmada doğrudan etkili olduğu söylenebilir. Nitekim algının müşteri beklentilerine etkisi SERVQUAL modelinden de bilinmektedir. Parasuraman, Zeithaml ve Berry tarafından geliştirilen SERVQUAL yönteminde hizmet kalitesi problemlerinin varlığını gösteren beş fark (Şekil 1) vardır. Bu farklar, müşteri algılamaları ile beklentileri arasındaki farklardır ve farkların büyüklüğü ve yönü hizmet kalitesini tanımlamaktadır.¹⁸

Şekil 1: Servqual Modeli Fark Noktaları



Kaynak¹⁹

Sürdürülebilirlik kavramı, kurum ve kuruluşların yönetiminin amaç ve hedeflerine ulaşmasına ve yatırım noktasında stratejik planlarını en doğru şekilde uygulamasına fayda sağlamaktadır. Bu doğrultuda kurumsal sürdürülebilirlik, kurumların faaliyetlerinin sosyal açıdan ve çevreye yönelik olumsuz etkilerini, olumlu toplumsal ve ekonomik etkileriyle dengede tutmayı amaçlayan yeni bir yönetim anlayışı şeklinde ifade edilebilir.

Türkiye’de sağlık alanında faaliyet gösteren bir çok kurumun sürdürülebilirlik raporunda, hasta odaklı, bütünlümlü bir bakış açısı, sürdürülebilir büyümeye odaklanan anlayış, sağlık sistemlerine yatırım, yenilikçilik ve ulaşılabilirlik gibi kavramlar ile karşılaşılmaktadır.²⁰ Nitekim M. Porter, 'Başarılı stratejiler her yerde, her zaman ve her durumda sürdürülebilir rekabette üstünlük sağlamaya yönelik olmalıdır' ve 'Tek bir kar merkezi bulunur, o da müşteridir' sözleriyle müşteriye odaklanan bir rekabet stratejisi geliştirmenin önemine değinmektedir. Stratejik algı yönetimi kapsamı itibarıyla, sürdürülebilirlik ve karlılık olguları vizyona ulaşmada temel strateji olarak belirlenmekte, bunun da sadece “müşteri odaklılık” ile gerçekleştirilebileceği vurgulanmaktadır. Çünkü örgütlerde uzun sürede değer oluşturmak için etkin yönetim ve geleneksel büyüme modelinden ziyade müşteri odaklı yönetim anlayışlarının daha önemli olduğu sonucuna ulaşılmıştır.²¹

Başta Aile Sağlığı Merkezleri olmak üzere 1. basamak sağlık hizmeti sunan kurumların sürdürülebilirlik çerçevesinde izlemesi gereken yollar farklılık göstermektedir. Çünkü bu sürdürülebilirlik noktasında ilgili kurumların yaşadığı sorunlar 2. basamak ve 3. basamak sağlık hizmeti sunan kurumlardan bazı noktalarda ayrılmaktadır. Bu çerçevede 1. basamak sağlık hizmeti sunan kurumların sürdürülebilirliğini sağlayabilmek için yaşadığı sorunların tespit edilerek çözüme kavuşturulması gerekmektedir. Bu minvalde güncel Aile Sağlığı Merkezlerinin ve diğer 1. basamak sağlık hizmeti sunan kurumların genel olarak değerlendirilmesi sonucunda karşılaştıkları sorunların başında Aile Sağlığı Merkezlerinin sahiplik durumları gelmektedir. Çünkü Türkiye’de Aile Sağlığı Merkezlerinin binalarında iki farklı sahiplik durumu bulunmaktadır. Bazı Aile Sağlığı Merkezlerinin binası devlete aitken bazıları da şahsa ait olabilmektedir. Özellikle şahsa ait Aile Sağlığı Merkezi binalarının kiralarının miktarı kurumun sürdürülebilirliği açısından büyük bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Karşılaşılan başka bir sorun ise hizmet talep edenlerin beklentilerinin Aile Sağlığı Merkezlerinin sunduğu hizmetlerden farklı olmasıdır. Bu sorunun örnekleri, genellikle hastaların Aile Sağlığı Merkezlerine gelerek bilgisi olmadan reçete yazdırmak istemesi, antibiyotik yazdırmak istemesi, gerekli olmadığı halde

tahlil talebinden bulunması vb. şeklinde sıralanabilir. Böyle bir ortamda da hasta-hekim ilişkilerinin zarar görmesinin yanında gereksiz kaynak kullanımına yol açılması nedeniyle kurumların kurumsal sürdürülebilirlik hususu sekteye uğramaktadır. Özellikle hastaların 2. basamak sağlık hizmeti sunan özel kurumlarda muayene olduktan sonra, istenilen tahlil ve tetkikleri mali açıdan avantaj elde etmek amacıyla, Aile Sağlığı Merkezlerinde yaptırma talepleri bir başka sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Aile Sağlığı Merkezlerinin yaptıkları tahlil ve tetkiklere ilişkin aldıkları geri ödemelerin belirli bir kota ile sınırlandırılması, kota üstünde kalanlar için ödeme yapılmaması söz konusu merkezlerin mali açıdan sürdürülebilirliklerini olumsuz etkilemektedir. Bütün bunların yanında Aile Sağlığı Merkezleri başta olmak üzere 1. basamak sağlık hizmeti sunan kurumların temel diğer iki sorunu da hasta ve çalışan memnuniyet düzeyleridir. Hastaların hizmet alma aşamasında beklemek istememesi hem hasta memnuniyetinin düşmesine neden olurken hem de hekimin hastalara gerekli özen ve ilgiyi göstermesine engel olmaktadır. Ayrıca Aile Sağlığı Merkezlerinde güvenlik ile ilgili herhangi bir önlemin olmaması başta çalışanlar olmak üzere hastalarında tedirgin olmasına sebebiyet vermektedir.

Aile Sağlığı Merkezlerinin önemli sorunları, kurulduğu günden beri gerek koruyucu sağlık hizmetleri gerek tedavi edici hizmetlerin sunumu sırasında ortaya çıkmaktadır. Aile Sağlığı Merkezlerinde birim başına yani bir hekime düşen nüfus sayısı Türkiye’de ortalama 3500-4000 arasındadır. Bu yoğun nüfusa bir hekim ve bir hemşire ile hizmet vermek pek mümkün olmamaktadır. Koruyucu hizmetler, bebek takip, çocuk takip, gebe ve lohusa takip, bağışıklama, aşılama hizmetleri, kronik hastalık yönetimi gibi verilen hizmetler, bu nüfusa göre oldukça aşırı iş yükü oluşturmaktadır. Ayrıca laboratuvar hizmetlerinin yeterli olmaması, radyolojik tetkik yapılmaması, her türlü rapor taleplerinin Aile Sağlığı Merkezlerinden yapılmak istenmesi iş yükünü daha da artırmaktadır. Özetlenen söz konusu sorunlar Aile Sağlığı Merkezlerinde kurumsal bağlılık, çalışan motivasyonu ve bütün bunlarla şekillenen kurumsal sürdürülebilirliği tehdit etmektedir.²²⁻²⁵

Aile Sağlığı Merkezlerinde stratejik algı yönetiminde hedeflenen hasta memnuniyetini ve kurumsal sürdürülebilirliği sağlayabilmek için var olan sorunlara çözüm üretilmesi gerekir. Ya hekim başına düşen nüfus azaltılmalıdır ki en etkin çözümün bu olacağı düşünülmektedir. Ancak kısa vadede var olan hekim sayısına bakıldığında bu durum mümkün gözükmemektedir. Ya da hekim ve hemşire üzerindeki iş yükünü azaltmak gerekmektedir. Stratejik algı yönetiminde hedeflenen hasta memnuniyetine ulaşmak için ve strateji belirleyebilmek için öncelikle Aile Sağlığı Merkezlerinin kapasitesinin üzerindeki iş yükü hafifletilmelidir. Bu öncelikli sorunlar çözülmediği için şimdiye kadar yapılan algı yönetimi maalesef istenen hedeflere ulaşmamış aksine daha büyük hasta beklentileri oluşturduğundan hekim ile hasta arasında ilişkiyi zedelemiştir. Çünkü hizmet alıcısı olan vatandaşlarda yüksek beklentiler oluşmuş, tüm sorunlarının Aile Sağlığı Merkezlerinde de halledilebileceği algısı oluşturulmuştur. Ancak kapasitesi üzerinde iş yoğunluğu olan Aile Sağlığı Merkezlerince bu beklenti karşılanamamış ve birçok nedenle sürdürülebilir olamamıştır. Örneğin ehliyet raporu ve av tüfeği alma raporları gibi belgelerin Aile Sağlığı Merkezlerinde verilir algısı oluşturulmuş, oysa pratikte uzman hekime sevk edilebilir kısmı belirtilmemiştir.

Sonuç ve Öneriler

Her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de stratejik algı yönetiminin, hasta memnuniyetinin ve buna bağlı olarak kurumsal sürdürülebilirliğin sağlanmasının büyük önem taşıdığı görülmektedir. Fakat sağlık sektörünün kendi iç dinamizmi ve özellikleri sebebiyle bu süreçler diğer hizmet sektörlerinde farklılıklar göstermektedir. Hatta sağlık sektöründe kendi içerisinde bile stratejik algı yönetimi, hasta memnuniyeti ve buna bağlı olarak kurumsal sürdürülebilirlik süreci farklılık göstermektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri, 1. basamak, 2. basamak ve 3. basamak sağlık hizmetlerinde bu farklılıklar tespit edilmiştir. Bu nedenle sağlıkta söz konusu süreçlerde başarıya ulaşmak için hem sağlık sektörünün kendine özgü özellikleri hem de sağlık sektöründe hangi hizmetin sunulduğu da dikkate alınmalıdır. Bu sayede ancak kurumsal düzeyde belli neticeler elde edilebilecektir.

1. basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda stratejik algı yönetimini, hasta memnuniyetini ve kurumsal sürdürülebilirliği sağlamak için bazı önemli noktaları iyi analiz edebilmek gerekmektedir. Özellikle stratejik algı yönetimi süreci hasta-sağlık çalışanı ilişkisinin yanında ulusal bir politika olarak da yürütülmelidir. Çünkü ulusal düzeyde yapılan bilgilendirmeler ve eğitimler daha büyük kitleye ulaşabilecektir. Örneğin hali hazırda uygulanan, yazılan reçetenin numarasının kısa mesaj ile telefona gelmesi çok etkili ve memnuniyet artırıcı bir uygulamadır. Bu gibi uygulamaların burada da kullanılmasıyla hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerindeki beklentileri de değişecektir. Buna bağlı olarak da memnuniyet düzeylerinde de artış meydana gelmesi beklenir. 1. basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen bir diğer önemli unsur ise

hasta ve sağlık çalışanlarının kurduğu iletişimdir. Yani sağlık çalışanlarının hastaya karşı tutum ve davranışları hastaların memnuniyet düzeylerinin belirlenmesinde büyük etkiye sahiptir.

1. basamak sağlık hizmeti sunan Aile Sağlığı Merkezlerinde kurumsal sürdürülebilirliği etkileyen diğer faktörler ise çalışan memnuniyeti, iş yükü, laboratuvar ve teknoloji alt yapının yetersizliğidir. Türkiye’de aile hekimlerine ve Aile Sağlığı Merkezlerinde alışan sağlık personellerine kişi başına düşen hasta sayısı oldukça fazladır. Bu da çalışanlarda ciddi derecede iş yüküne ve buna bağlı olarak memnuniyetsizliklere neden olmaktadır. Bu nedenle aile hekimlerinin ve diğer sağlık çalışanlarının iş yükünün hafifletilmesi gerekmektedir. Bu süreç aile hekimlerinin sayısının arttırması ile olacağı gibi Aile Sağlığı Merkezinin sunduğu hizmet yelpazesinin daraltılması ile de mümkündür. Bunların yanında Aile Sağlığı Merkezlerindeki laboratuvar hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle çoğu zaman bu hizmet dışarıdan sağlanmaktadır. Bu durumlar da kuruma ilave maliyete neden olmaktadır. Kurumun yaşayacağı finansal zorluklar da kurumsal sürdürülebilirliği doğrudan etkilemektedir.

Sonuç olarak Aile Sağlığı Merkezlerinde istenen hedeflere ulaşmak için stratejik algı yönetiminin etkin, verimli, sorunsuz alışan Aile Sağlığı Merkezlerinin zerine kurgulanması gerekmektedir. Bu duruma ulaşmak için de ilk önce Aile Sağlığı Merkezlerini etkin ve verimli hale getirmek gerekmektedir. Bu da ancak Aile Sağlığı Merkezlerinin sorunlarının kısa dönemde zme kavuşturulması ile mümkün olacaktır.

Kaynaklar

1. Güçlü, N. Stratejik yönetim. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2003;23:61–85.
2. Yzbaşioğlu, N. İşletmelerde stratejik yönetim ve planlama aisinden stratejik maliye yönetimi ve enstrümanları. Selçuk Üniversitesi Sos. Bilim. Enstitüsü Dergisi. 2004;387–410.
3. Őeřen, Y. Akademik kütüphane hizmetlerinde sürekli gelişim felsefesine uygun hizmet anlayışı. Atatürk Üniversitesi Sos. Bilim. Enstitüsü Dergisi. 2019;23: 887–918.
4. Söyler, İ. Kamu sektöründe stratejik yönetim uygulanabilir mi ? (Engeller/Güçlükler). Maliye Dergisi. 2007;152:103–115.
5. Nasi, G., Frosini, F. Vision and practice of e-government: an empirical study. *Financ. Account. Manag.* 2010;26:85–101.
6. Çelebi, M. Sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta memnuniyeti: Marmaris Devlet Hastanesi rneği. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015; 29-37.
7. Derin, N., Demirel, E. T. Sağlık hizmetlerinde kalitenin göstergesi olan hasta memnuniyetine yönelik ölçek geliştirme alışması. *J. Acad. Soc. Sci. Stud. Int.* 2013;6:1111–1130.
8. Cezlan, E. ., stn, S. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İlinde Bir Araştırma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;10(3):353-364.
9. Kıdak, L. B., Aksaraylı, M. Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması [Appraising and monitoring the satisfaction level of inpatients: an application in a education & research hospital]. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sos. Bilim. Enstitüsü Dergisi.* 2008;10:87–122.
10. Prakash, B. Patient satisfaction. *J. Cutan. Aesthet. Surg.* 2010;3:152.
11. zer, A., akıl, E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. *Tıp Araştırmaları Dergisi.* 2007;5(3):140-143.
12. Ghosh, A. Corporate governance and corporate social responsibility. I. in *n Essays on Sustainability and Management.* (eds. Sarkar, R. & Shaw, A.) 2017;153–177.
13. Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., Berry, L. . Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations. (Simon and Schuster, 1990). 72-87.
14. Mavondo, F. T. Marketing as a form of adaptation: empirical evidence from a developing economy. *Mark. Intell. Plan.* 2000;18:256–272.
15. Uslu, Y. D., Gedikli, E., Aygün, S. Sağlık yönetimi lisans eğitimi alan öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerine bir araştırma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim. Dergisi. 2021;10(3):398-404.
16. Top, M., Tarcan, M., Güler, H., Tekingündüz, S. Hastane sektöründe yatan hastaların hasta tatmini ve hastane kalitesi algılamaların değerlendirilmesi İzmir ili Sağlık Bakanlığı hastaneleri rneği. *Akad. Bakış Dergisi.* 2010;22:1–29.
17. Nemli, E. Sürdürülebilir Kalkınma: Őirketlerin evresel Ve Sosyal Yaklaşımları. Birinci Baskı. Ankara: Filiz Kitabevi; 2004. 63-64.
18. Parasuraman, C. Mechanism of potential ennoblement on passive metals due to biofilms in seawater (Doctoral dissertation, University of Delaware). Dissertation Ph.D. Thes, 274, Newark, 1995.
19. Parasuraman, A., Berry, L. L., Zeithaml, V. A. Perceived service quality as a customer-based performance measure: An empirical examination of organizational barriers using an extended service quality model. *Hum. Resour. Manage.* 1991;30:335–364.
20. Singh, R., Agarwal, S. Demystifying CSR and corporate sustainability, and its impact on the bottom of the pyramid. in *Essays on Sustainability and Management* (eds. Sarkar, R. & Shaw, A.) 2017;177–194.
21. Korkmaz, H. Pazarlamada postmodern yaklaşım açısından müşteri deneyimi yönetimi ve bir uygulama. Marmara

Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2010; 37-42.

22. Aktaş, E. Ö., Çakır, G. (2012). Aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. Ege Tıp Dergisi. 2012;51(1):21-29.

23. Öztürk, H., Candas, B., Babacan, E. Devlet hastaneleri, toplum ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşirelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2015;1(2): 25-36.

24. Hakeri, H. Aile hekimlerinin rapor düzenleme yükümlülüğü ve uygulamada yaşanan sorunlar. Tıp Hukuku Dergisi. 2019;8(15):21-28.

25. Yaramış, M. İ., Ulupınar, S. Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı bireylerin akılcı ilaç kullanım davranışları. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 2021;4(1):10-20.



Review / Derleme

The Use of Health Informatics and Information Technology: The Situation in Botswana

Sağlık Bilişimi ve Bilgi Teknolojisinin Kullanımı: Botswana'daki Durum

Olebeng Mpho Mackenzie¹, Emel Filiz²

Abstract

Health Informatics (HI) and Information Technology (IT) have enormous potential to improve healthcare quality in countries around the world. A literature review was used to conduct a situational analysis of the use of HI and IT in Botswana's health sector. According to research, there is a significant gap in the available information on the status of HI and the challenges that affect Botswana's healthcare sector. As technology evolves, a frequent situation analysis is required to remedy or improve on challenges encountered during development and implementation, particularly in the health sector. The current study explores present status of HI and IT in Botswana's healthcare system as well as successes, opportunities and challenges faced in the development of e-Health and HI in Botswana. An extensive literature review was carried out to provide a conceptual background of e-Health and HI in Botswana. The paper provides incalculable data on e-Health and HI in Botswana that will be useful in informing future studies, policies and developments in the field of HI and e-Health in Botswana and other developing countries.

Key words: Health Informatics, Health Information, e-Health, Botswana

Özet

Sağlık bilişimi ve teknolojisi, küresel düzeyde ülkelerin sağlık hizmetlerinin kalitesini sağlamada büyük bir potansiyele sahiptir. Bu çalışma Botswana'nın sağlık sektöründe sağlık bilişimi ve bilgi teknolojisi kullanımının durum analizi, literatür taraması yoluyla gerçekleştirilmiştir. Araştırmalar, sağlık bilişiminin durumu ve Botswana sağlık sektöründe karşılaşılan zorluklar hakkında mevcut bilgilerde büyük bir boşluk olduğunu göstermektedir. Teknoloji geliştikçe, özellikle sağlık sektöründe bu tür uygulamaların geliştirilmesi ve uygulanması sırasında karşılaşılan zorlukların giderilmesi veya iyileştirilmesi için sık sık durum analizi yapılması gerekmektedir. Mevcut çalışma, Botswana'nın sağlık sisteminde sağlık bilişimi ve e-sağlığın mevcut durumunu ve ayrıca Botswana'da e-sağlık ve sağlık bilişiminin geliştirilmesinde karşılaşılan başarıları, fırsatları ve zorlukları araştırmaktadır. Botswana'da e-sağlık ve sağlık bilişiminin kavramsal bir arka planını sağlamak için kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Bu makale, Botswana'da ve diğer gelişmekte olan ülkelerde sağlık bilişimi ve e-sağlık alanındaki gelecekteki çalışmalara ve gelecekteki gelişmelere bilgi vermede faydalı olacak, Botswana'daki e-sağlık ve sağlık bilişimi hakkında değerli veriler sunmaktadır.

Anahtar kelimeler: Sağlık Bilişimi, Bilgi Teknolojisi, e-Sağlık, Botswana

Geliş tarihi / Received: 01.02.2022 Kabul tarihi / Accepted: 08.06.2022

¹Selçuk University / Türkiye

²Selçuk University / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Olebeng Mpho Mackenzie, Selçuk University, Türkiye
olebengmackenzie@yahoo.com

Mackenzie OM, Filiz E. The Use of Health Informatics and Information Technology: The Situation in Botswana. TJFMPC, 2022;16(3): 624-631

DOI: 10.21763/tjfm.1065480

Introduction

Health Informatics and Information Technology have evolved over the years and this development has offered opportunities for addressing health issues worldwide that include burden of illness, poor doctor-patient relationships, lack of access to medical professionals and lack of medicines.¹ However, in most developing countries, the use of technology and HI in the healthcare sector is limited. HI is a field of information that uses computers and other technologies to manage health data and information.² It is the development and evaluation of methods and systems for collecting, processing and interpreting patient data using knowledge gained from scientific research. HI does not only apply to health problems, it also covers all aspects of creating, processing, communicating, storing, retrieving, managing, analyzing and synthesizing data, information and knowledge in the whole healthcare sector.³ The fact that the use of information for medical care is more crucial than the technology itself is one of the many factors that sets HI apart from a purely IT perspective in a healthcare organisation. Simply put, healthcare technology makes it simpler to gather, transmit, store, and analyse healthcare data.²

The study focuses on a situation analysis of the use of HI and technology in a developing country located in the Southern African region known as Botswana. Botswana is a landlocked country with an estimated population of 2,351,625 in 2020, with 29% of that population living in rural areas.⁴ The life expectancy in Botswana increased from 53.2 in 2009 to 68.0 in 2019.⁵ In 2017 Botswana spent 4.8% of its GDP on public health expenditure.⁶ One percent of the population is estimated to have in-cured catastrophic health expenditures in 2019. This catastrophic health expenditure is calculated as out of pocket medical expenditure in excess of 10% of household consumption or income. The total income for Botswana government accounted for 28.5% (in 2019) of the GDP.⁶ 144 women in every 100,000 live births (in 2017) died from pregnancy-related causes in Botswana. Furthermore, the Universal Health Coverage Index (UHC) score is 6.6. 65% of the population in 2018 had access to electricity with a high active SIM card subscriber rate of 15%. However, in 2017 Botswana had a 41 % population usage of the internet which in global comparison is low. This rate is considerably higher (22%) than the average for the area; however it is lower than the average (60%) for its income group.⁶

Since gaining its independence, the government of Botswana has worked to guarantee that all citizens have equal access to medical care. Public, private, non-profit, and traditional medical specialties are all included in Botswana's healthcare system. Botswana has chosen a decentralised system for delivering healthcare. Primary healthcare is considered to be the main pillar of service delivery in Botswana.^{7,8} The national health care system is made up of 18 general hospitals, 17 primary hospitals, 104 clinics with beds and 214 without beds, 347 health posts and 973 mobile stops, serviced by 830 doctors and 7427 nursing staff.⁹ These structures aim at providing preventive, promotive and rehabilitative health services in addition to treatment and care of common health problems.

The public sector is the largest sector of Botswana's healthcare system, accounting for 98% of the medical facilities.¹⁰ Public hospitals include primary hospitals, operating as general hospitals across the country generally equipped to handle most diseases and any immediate threat to individual's health. Secondly, they include district hospitals, consisting of more beds and highly equipped to handle severe medical issues. Finally, referral hospitals are those highly advanced and equipped facilities mainly dealing with specialized medical conditions. The government is considered to be the largest employer for health professionals. Shortage of skilled and qualified healthcare workers is one of the government's greatest concerns which threatens the provision of quality care with 4 physicians and 27 nursing and midwifery personnel per 10,000 population.¹¹ General health check-ups in Botswana are generally free with citizens paying 5 pula (\$0.43) excluding those under 5 years and above 65 years. The Botswana citizen patients referred to other countries for medical treatment or procedures are paid for by the government.¹² Despite the worldwide spread of mobile internet, the use of IT and informatics in developing countries including Botswana is highly limited.¹ Consequently the potential of IT and HI needs to be fully explored. This study aims to conduct an analysis of the current state of the use of HI and IT in Botswana.

Health Information Technology (e- health) and Health Informatics Development in Botswana

The World Health Organization (WHO) suggested e-Health as a way to promote health and views the development of an e-Health strategy as a requirement for its implementation. The majority of nations have unconnected and uncoordinated e-Health initiatives. The use of a mobile device to access medical databases and obtain medical information is one of the components of e-Health, Health Information System (HIS),

Telemedicine (m-Health), and e-Learning in Botswana.¹ With few available interventions and few, financially dependent, and largely abandoned m-Health telemedicine initiatives, HI is not fully implemented.

Policy and Legislation for Health Information Technology (e-health) and Health Informatics in Botswana

The development of e-Health and HI in Botswana just like in any developing country can be considered as limited but with efforts made for its development. There are a few policies, strategies and legislations that support the development and implementation of Information and Communication Technology (ICT) in health care delivery in Botswana. Among these is the National ICT policy (2007).^{13,14} The Botswana National Health Information System was considered to be operating under a very weak policy and regulatory framework for a considerable period of time which lacked health information and informatics legislation, national policy and strategic planning.^{7,8} However, through the development and introduction of the National ICT policy in 2007 great results were achieved in policy development at the national level.¹⁴ Through this policy, the government reaffirmed its position to promote the use of ICT as one of the driving forces of efficiency promoting the country's development in different sectors.¹³ One of those sectors is the health sector, for which the policy lays out specific objectives, plans, and initiatives. The policy outlines the e-Health programme and includes provisions for project management and coordination, reviews of pertinent policies, laws, and standards, as well as effective e-Health management.¹⁴

The e-Health program aims to provide better quality care through better use of ICT and innovation and investment into the health systems and business practices to improve the quality, safety, timeliness and efficiency of health care throughout Botswana.¹⁴ According to the 2007 National ICT policy, the e-Health program is implemented according to four main initiatives. The first initiative is to build a solid foundation for e-Health including the establishment of the e-Health council which aims to provide national leadership and support for e-Health projects across the entire health system. The second initiative is to enable clinicians to provide complete patient care including provision of ICT-based tools and systems to healthcare professionals for them to service patients with the highest service quality level possible. According to the policy, the significant investments is to be undertaken in professional development and change management for healthcare professionals, including accelerating the implementation of electronic or computerized patient management systems and revising health-related curricula in academic institutions.¹⁴ The third initiative is to improve access to healthcare services and information. Several implementations for this initiative range from expanding the use of radio and television health messages to health portals integrated into e-Government sites. The final initiative is to establish a national health surveillance network to enable governments to manage and improve the health of the people as well as health care systems by systematically identifying emerging problems and monitoring the effectiveness of intervention strategies.¹⁴

Another progressive development regarding policies and legislation on Health IT (e-Health) and HI in Botswana was made in 2020 when the Government of Botswana officially adopted an e-Health strategy based on the WHO /International Telecommunication Union (ITU) e-Health Strategy Toolkit.¹⁵ The Botswana's e-Health strategy is in line with the May 2018 World Health Assembly Resolution (WHA71.7) on Digital Health, Data Protection Act, Botswana National Health Monitoring and Evaluation Plan, National Health Policy and Integrated Health Service Plan (IHSP).¹⁶⁻²⁰ This strategy represents a milestone in developing e-Health and HI implementations in Botswana. However a critical review of the e-Health Strategy indicated that the term e-Health was explicitly mentioned, but there was no clear definition of these term.¹ This intern raised a limitation in which the outline intervention protocols for each component of e-Health could aid in the delivery of health services.

Healthcare Facilities, Equipments and Infrastructure

The Ministry of Transport and Communications coordinates the development of information systems infrastructure in Botswana as part of the government's mandate to integrate and advance the broader government mandate to promote the use of IT in various areas of the public sector. With some documented inequalities in the available infrastructure supporting health information systems, the government's computerization strategy has improved the delivery of infrastructure such as: telecommunications and computer networks.²¹ The infrastructure is generally adequate with some communication systems such as computers, working telephones and widespread e-mail/internet services in place.²² Healthcare in Botswana is delivered through an extensive network of medical facilities spanning from 27 Health districts.⁹ Health facilities in Botswana are still heavily dependent on the traditional manual system, but in both the public and

private sector there are different electronic registration systems for providers and donors, but they are not interactive with each other, resulting in fragmented care, unnecessary repeated efforts and expenses.²³ Healthcare facilities in Botswana (both public and private) have one or more eRecord system and some hospitals support m-Health applications. Amongst the eRecord systems found in Botswana are:²³

- I. The Patient Management System (IPMS): An integrated, centralized patient records system with 12 interactive modules. It is currently found in all public hospitals and some clinics.
- II. Patient Information Management System (PIMS): A standalone system for managing medical records of HIV patients used in clinics and healthcare facilities that do not have IPMS.
- III. R-Care: A HIS supporting clinical, financial and procurement modules.
- IV. Sukraa Hospital Information Management System: A HIS that connects to the Systems Applications Products (SAP) package to support the management of all clinical data and support billing modules.
- V. Laboratory Information Management System (Senaite): An open-source system customized for a specific laboratory workflow (full laboratory sample cycle).
- VI. TriMed System: Patient care/administrative services from check-in to discharge, including billing and medications.
- VII. District Health Information System (DHIS2): An open-source Internet-based system used to collect aggregate data about patient diagnoses in each medical district area.
- VIII. OpenMRS: An open-source system for collecting/storing data for tuberculosis patients.
- IX. Mobile Telemedicine (Kgonafalo): A mobile health application for sharing patient data and images between institutions and specialists in referral hospitals. Services provided include: oral medicine, radiology services, dermatology and cervical cancer screenings.
- X. Arch's Air (web-based): Used in medical wards (EMRs) for medical records and related clinical services.
- XI. Optima: Used for patient registration, billing and reporting.

Between 2012 and 2015 the government cut down on the number of health IT interventions and focused mainly on the following: IPMS, DHIS2, Central Stores Drug Management and PIMS.¹⁵

Human Resources

According to the Ministry of Communication Science and Technology, Botswana has low awareness of e-Health/HI despite the government's full acceptance of e-Health.¹⁴ It is evident that the national HIS in Botswana has significantly made considerable efforts to develop human resource capacity for health information management, specifically at the central level.²⁴ For instance, there are some staff members who have been trained in various aspects of health information management.²⁵ However, the high turnover has since undermined the achievements and efforts made in this area and limited the development of the whole system. The Ministry of Health has recognized the importance for people to be trained in health information management in the National Health Manpower Plan 1997-2003.²⁶ However, there are noted challenges which includes external training and recruitment which has continued to weaken the human resource capacity of the system. Shortage of trained personnel in health information management and other related fields of study continues to be a challenge at all levels of the health systems. One explanation for this is that there is still shortage of people with enough skills and knowledge in Sub-Saharan Africa to train other health workers.²⁷ Training potential users before implementing e-Health technologies can have a positive impact on their perception of e-Health.²⁸ However it takes a long time to train health workers in a country.²⁹ As a result, Botswana still faces a huge task of maintaining enough human resources to find a way to deploy HI across Botswana. Given the fundamental role of e-Health users, governments should ensure that all users (health workers and the public) are trained in e-Health before embarking on large-scale implementation of e-Health initiatives.³⁰

Access and Application of Health Informatics in Healthcare

Despite the limitations on the potential for development, there is evidence of the use of medical informatics in most healthcare facilities in Botswana. The use of Skype between Botswana and Canada to exchange patient information and provide medical educational services has been reported.³¹ Other reported HI interventions include the use of Short Message Service (SMS) applications (e.g. sending CD4 test results from laboratories to clinics), patient appointment notifications and billing and payment.^{32,33,34} Telemedicine for dermatopathology have been reported and was later replaced by telepathology using WhatsApp.³⁵ Applications of HI in Botswana have also been reported through the use of m-Health for tuberculosis surveillance or monitoring.³⁶ It has also been reported through access and exchange of

information between health care providers.³⁷ Some of the researches reported a mobile pharmacy app used to track antiviral drug restocking data.³⁸

Several e-Health interventions have also been applied to education or training in Botswana. For instance researchers reported the use of simulators, computers, webcams, and Skype to simulate teaching fundamentals of laparoscopic surgery in Botswana.³⁹ Furthermore another study described the use of SMS for clinical practice guidelines.⁴⁰ Researchers also studied the use of tablets in education and a partnership between University of Botswana School of Medicine (UBSOM) and University of Pennsylvania (UPenn) developed a mobile learning program for educating medical students.^{41,42} Additionally, another study examined the information needs and behaviors of populations when seeking information and explains the responsibility of governments (and other stakeholders) and related policies in creating an information-rich environment in a country.⁴³

There are also traces of telemedicine research interventions in Botswana. Majority of telemedicine research in Botswana was conducted by a research group called the Botswana-UPenn Partnership mainly focusing on mobile telemedicine (m-Health) in Gaborone and also reported on an m-Health pilot project.^{36,37,38} Cervical cancer screening, teledermatology, teleradiology, oral and ophthalmology exams are all available through telemedicine. Researchers have also compared the diagnostic response of a photo-based remote cervix diagnosis by an obstetrician and gynaecologist to a personal visual examination with acetic acid by a midwife. Images for remote evaluation were taken with a mobile phone camera and sent through a multimedia messaging service (MMS).⁴⁴ HI in Botswana reflects great potential for improvement as there is evidence of access and applications in healthcare including telemedicine, electronic health records, health information systems, mobile health and e-learning tools.

Progress, Barriers and Opportunities

The Republic of Botswana through the e-Health Strategy indicates that Botswana's e-Health and informatics status has made significant progress in creating a platform for the adoption of health and informatics in general.¹⁵ The country as a whole has generally made tremendous strides in a number of areas that has a significant impact on the expected outcome of e-Health. Firstly, there is a clear indication that the current presidency has a political will and promise to digitize the country by 2036. The department of Health Services Monitoring and Evaluation, Quality Assurance (DHSMEQA) has also been established through the Ministry of Health to lead the development of electronic health.¹⁵ The government of Botswana has decided that Monitoring and Evaluation departments should be set up in all ministries.¹⁵ A data warehouse has also been created to store various data sets. The Ministry of Health has a regional capacity to implement e-Health strategy and all public hospitals have electronic medical records that are maintained in real time with much higher coverage.

Recognizing, understanding and intentionally working towards removing barriers in the implementation of e-Health and HI and developing effective intervention plans is an important part moving forward. The country faces many barriers to the full implementation of e-Health and health informatics. Firstly, the Botswana government finances rely mostly on the national budget for almost all health care budgets.^{19,45} Thus, HI and e-Health have the potential of stretching the government budget to the limit. Due to differing commitments, budgets and resources are often cited as hindering the achievement of many of the Ministry's goals for the use of e-Health and health informatics.⁴⁶ However, although it can be considered costly at the early states of implementation and deployment, it can be useful as a saving mechanism in the long run. IT environments require maximum security to protect all records and systems for use in HI systems, so they are intended to be seen only by those authorized to see them. As Botswana is not yet advanced in networking, databases and cybersecurity, other issues such as breach of security are likely to arise.⁴⁷ Botswana has faced some infrastructural issues including lack of basic connectivity requirements (e.g electricity) and lack of IT devices (e.g telephones) and lack of internet which hinder the use of e-Health and HI in Botswana.⁴⁸ Other barriers to the deployment of HI in Botswana include among others weak organizational skills, lack of skills training, lack of evidence-based decision-making capacity, lack of strong political leadership, lack of ICT use and technology awareness, poor data quality and lack of development of data standards.⁴⁹ Low IT literacy, lack of end-user training, bandwidth costs, lack of clinical and technical expertise, lack of user acceptance, increased physician workload and network coverage have also been documented as additional barriers to e-Health specifically mobile telemedicine.⁴⁹ Furthermore, a longitudinal analysis in Botswana reported that lack of central coordination, weak leadership, weak policy and regulatory frameworks and inadequate resources limited the growth of e-Health and HI in Botswana.¹³ Furthermore, the e-Health strategy,

which is regarded as an important milestone in the deployment of HI in Botswana, fails to emphasise the importance of comprehensive interventions that address specific and identifiable health needs using health informatics. The e-Health committee's work was suboptimal, and the gap between policy and legal frameworks remains to this day.⁵⁰ Without appropriate and specific policies, the roles and responsibilities of different actors in e-Health and HI become unclear and largely undermined.

Botswana has significant potential to implement enhanced and quality health services through the use of e-Health and health informatics.¹⁵ These interventions towards development may include the local presidency leading the digital transformation agenda, the Ministry of Health leading the action to use e-Health as a health innovation tool, recognizing the need to transform e-Health investments into tangible benefits for patients and healthcare providers, and the available technological advances that provides an opportunity for Botswana to establish itself internationally.¹⁵ Another opportunity is that different stakeholders are aware of the potential of e-Health and HI and there is consensus on the goal to engage in e-Health activities. The government also recognizes the need for a more person-centered approach to delivering e-Health initiatives that serve the needs of patients and healthcare professionals. Furthermore, the government also recognizes the need for greater compatibility and integration of existing information systems.¹⁵ All these opportunities provide favorable conditions for the development of electronic health and informatics in Botswana.

Conclusion

This article traces the status of Botswana's e-Health and HI and identifies current policies and legislations, implementation, successes, obstacles and opportunities. Overall, Botswana has reportedly struggled to establish a functional e-Health and HI strategy over the years. Significant challenges exist in most aspects of the Information System hence hindering progress. Barriers such as inadequate policies and regulatory frameworks, inadequate infrastructure and human resources have been observed. However, the continuous reorganization of the Ministry of Health and Wellness and the establishment of the e-Health strategy provides a great opportunity for the deployment of e-Health and HI in Botswana.¹³ Training health information specialists at local facilities can enhance the country's e-Health staffing capacity. Furthermore, evidence of access to professional and other medical resources, as well as the use of HI to address some of the current shortcomings and deficiencies of the health system is required. However, specific HI strategies are required to achieve an extended and sustainable application of e-Health and HI solutions. HI is the development and evaluation of methods and systems for the acquisition, processing, and interpretation of patient data with the help of discoveries from scientific research.³ It is definite that Botswana's system is more concerned with computer use than with overall information management in healthcare. The availability of equipment to control healthcare system processes, acquire medical knowledge, and transfer information between everyone and medical organisations is still limited. Adoption of HI may assist healthcare professionals in providing better, less expensive care, as well as making the healthcare system more efficient and better suited to the needs of patients. E-Health could be considered as a potential solution to some of these health problems in countries with limited infrastructure, a disproportionately high burden of disease, and a severe shortage of health workers.²⁷ The advent of COVID-19 has however unearthed a lot of potential for both developing and developed countries in terms of e-Health and HI as innovative interventions were developed as a way of dealing with and managing the pandemic using IT. When fully implemented, e-Health and HI could totally transform the way the government of Botswana provides healthcare services to meet future needs. Even though this review has significant limitations, such as the difficulty in obtaining published papers on the topic for Botswana, the problems and restrictions experienced by the Botswana government in implementing HI may be similar to several developing countries. Implementation of HI and IT in developing countries may necessitate more resources as well as initiatives to assist incipient deployments through the exchange of experiences and staff training. Although the difficulties described in this article are specific to Botswana, they may be applicable in other countries as well, and there are many other obstacles specific to other developing countries that could be considered. As a result, HI and IT implementers in developing nations must be cognizant of common constraints and challenges that might limit efforts across the board. We believe that this article will help policymakers, healthcare managers, health professionals, and project leaders from all around the world to plan and implement HI and IT in a sustainable manner, avoiding unanticipated barriers as much as possible, and making better use of their resources. Its implementation holds vast potential for the improvement of global health. As a result, governments must be aware of the need for relevant legislations and a well-trained workforce to oversee implementation.

References

1. Ncube B, Mars M, Scott R. The need for a telemedicine strategy for Botswana? A scoping review and situational assessment. *BMC Health Services Research* 2020;20(1):1-8.
2. Hoyt R, Yoshihashi A. *Health informatics: practical guide for healthcare and information technology professionals*. 6th ed. Pensacola, FL: Lulu.com; 2014. p.1-533.
3. Imhoff M, Webb A, Goldschmidt A. *Health informatics*. *Intensive Care Medicine* 2001;27(1):179-186.
4. The World Bank: Rural population (% of total population) |Data, 2018. https://data.worldbank.org/indicator/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=BW&most_recent_value_desc=false&start=1960, accessed:11.11. 2021.
5. Southern African Development Community (SADC). SADC selected economic and social indicators 2019, SADC Secretariat. Gaborone, 2020;1-54. https://www.sadc.int/files/2916/0102/7136/Selected_Indicators_2020_September_11v2.pdf, accessed: 08.12.2021.
6. Human Capital Project. Botswana human capital index 2020. https://databank.worldbank.org/data/download/hci/HCI_2pager_BWA.pdf, accessed:11.11. 2021.
7. Walshe K, Smith J. *Healthcare management*. 3rd ed. London: Open University Press; 2016. p.1-417.
8. McCarron R. *Association of medicine and psychiatry primary care psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. p.1-440.
9. Botswana Statistics. Botswana in figures 2017, Statistics Botswana. Gaborone, 2017;1-60. <https://www.statsbots.org/bw/sites/default/files/publications/Botswana%20in%20Figures%202017.pdf>, accessed:15.11.2021
10. Ministry of Health. *Human resources strategic plan*, Ministry of Health. Gaborone, 2008;1-46
11. World Health Organization. *World health statistics*, WHO. Geneva, 2008;1-104. <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/en-whs08-full.pdf>, accessed: 20.10.2021
12. Klopper H, Uys L. *The state of nursing and nursing education in Africa. A country-by-country review*. 1st ed. Indianapolis, Indiana: Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing; 2013. p.1-745.
13. Seitio-Kgokgwe O, Gauld R, Hill P, Barnett P. Development of the national health information systems in Botswana: Pitfalls, prospects and lessons. *Online Journal of Public Health Informatics*. 2015;7(2):1-9.
14. Government of Botswana. *National information and communication technology policy*, Ministry of Communication Science and Technology. Gaborone, 2007;1-26. https://publicadministration.un.org/unpsa/Portals/0/UNPSA_Submitted_Docs/2019/f912b59f-5963-4335-9dff-194a1a522c49/Maitlamo%20Policy_26112019_083359_d807e512-ea2e-4d56-8fba-60679904b985.pdf?ver=2019-11-26-083359-520, accessed: 12:11:2021
15. Ministry of Health and Wellness. *The e-Health strategy of Botswana (2020-2024): A healthy and productive nation, that enjoys the benefits of high-quality e-Health services*, Ministry of Health and Wellness. Gaborone, 2020. <https://ehealth.ub.bw/bhdc/Docs/MOH%20ehealth%20Strategy%20Book%20A4.pdf>, accessed: 11:11:2021
16. World Health Organization. *Digital health*; 2018. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_R7-en.pdf, accessed:06.11. 2021.
17. Government of Botswana. *Data protection act. law 32*, Government Printer. Gaborone, 2018; www.bocra.org.bw/sites/default/files/documents/DataProtectionAct.pdf, accessed:11.11. 2021.
18. Ministry of Health and Wellness Botswana. *Botswana national health monitoring and evaluation plan (2014-2017)*, Ministry of Health and Wellness. Gaborone,2014;1-36.
19. Ministry of Health and Wellness Botswana. *National health policy, towards a healthy Botswana*, Ministry of Health and Wellness. Gaborone, 2011;1-41. https://www.moh.gov.bw/Publications/policies/revised_National_Health_Policy.pdf, accessed: 20.11.2021.
20. Ministry of Health and Wellness Botswana. *Integrated health service plan (2010-2020), A strategy for changing the health sector for healthy Botswana*, Ministry of Health and Wellness. Gaborone,2010;1-194. <https://www.moh.gov.bw/Publications/policies/Botswana%20IHSP%20Final%20HLSP.pdf>, accessed: 03.12.2021
21. Government of Botswana. *Maitlamo Botswana's national ICT policy: Legislative and framework report*, Government of Botswana. Gaborone, 2005;1-57. https://www.researchchictafrica.net/countries/botswana/MAITLAMO_Botswana_National_ICT_Policy.pdf, accessed: 11.12.2021
22. Ministry of Health and Wellness. *National health service situational analysis report*, Ministry of Health and Wellness. Gaborone, 2009;1-45.
23. Ndlovu K, Mars M, Scott RE. Interoperability opportunities and challenges in linking m-Health applications and eRecord systems. *BMC Medical Informatics Decision Making* 2021;1-26.
24. Kebakile S, Hoivold E. *The health sector agreement between Botswana and Norway: Annual report 2000*, Ministry of Health and Wellness. Gaborone,2000;1-32.
25. Olsen I, Hoivold E. *The health sector agreement between Botswana and Norway: Annual report 1999*, Ministry of Health and Wellness. Gaborone,1999;1-27.
26. Ministry of Health. *National health manpower plan for Botswana 1997-2003*, Ministry of Health and Wellness. Gaborone,2001;1-42.
27. Mars M. Building the capacity to build capacity in e-Health in Sub-Saharan Africa: The KwaZulu-Natal experience. *TELEMED E-HEALTH* 2012;18(1):32-37.
28. Xie B. Effects of an e-Health literacy intervention for older adults. *J. Med. Internet Res* 2011;13(4): e90.
29. Scott R, Mars M. The spectrum of needed e-Health capacity building - towards a conceptual framework for e-Health

- 'training'. *Studies in Health Technology and Informatics* 2014;206:70-77.
30. Mauco K. e-Health readiness of healthcare institutions in Botswana. *Journal of the International Society for TELEMED E-HEALTH* 2014;2:43-49.
 31. Armfield N, Bradford M, Bradford N. The clinical use of Skype—for which patients, with which problems and in which settings? A snapshot review of the literature. *International Journal of Medical Informatics* 2015;84(10):737-742.
 32. Dryden-Peterson S, Bennett K., Hughes M, Veres A, John O, Pradhananga R, et al. An augmented SMS intervention to improve access to antenatal CD4 testing and ART initiation in HIV-infected pregnant women: A cluster randomized trial. *PLOS ONE* 2015;10(2):1-17.
 33. Reid M, Dhar S, Cary M, Liang P, Thompson J, Gabaitiri L, et al. Opinions and attitudes of participants in a randomized controlled trial examining the efficacy of SMS reminders to enhance antiretroviral adherence. *JAIDS* 2014;65(2):e86-e88.
 34. Botswana Medical Aid Society (BOMAID). Bomaid annual report 2012, Gaborone, 2012;1-55. <https://bomaid.co.bw/wp-content/uploads/2016/07/Bomaid-Annual-Report-2012-1.pdf>, accessed:09.11.2021
 35. Williams V, Kovarik C. WhatsApp: An innovative tool for dermatology care in limited resource settings. *TELEMED E-HEALTH* 2018;24(6):464-468.
 36. Ha Y, Littman-Quinn R, Antwi C, Seropola G, Green R, Tesfalul M, et al. A mobile health approach to tuberculosis contact tracing in resource-limited settings. *Studies in Health Technology and Informatics* 2013;192:1188.
 37. Park E, Masupe T, Joseph J, Ho-Foster A, Chavez A, Jammalamadugu S, et al. Information needs of Botswana health care workers and perceptions of wikipedia. *International Journal of Medical Informatics* 2016;95:8-16.
 38. Coppock D, Zambo D, Moyo D, Tanthuma G, Chapman J, Re VL, et al. Development and usability of a smartphone application for tracking antiretroviral medication refill data for human immunodeficiency virus. *Methods of Information in Medicine* 2017; 56(5):351-359.
 39. Okrainec A, Henao O, Azzie G. Telesimulation: An effective method for teaching the fundamentals of laparoscopic surgery in resource-restricted countries. *Surgical Endoscopy* 2010;24(2):417-422.
 40. Armstrong K, Liu F, Seymour A, Mazhani L, Littman-Quinn R, Fontelo P, Kovarik C. Evaluation of txt2MEDLINE and development of short messaging service–optimized, clinical practice guidelines in Botswana. *TELEMED E-HEALTH* 2012;18(1):14-17.
 41. Witt R, Kebaetse M, Holmes J, Ryan L Ketshogileng D, Antwi C, Kovarik C, Nkomazana O. The role of tablets in accessing information throughout undergraduate medical education in Botswana. *International Journal of Medical Informatics* 2016;88:71-77.
 42. Chang A, Ghose S, Littman-Quinn R, Anolik R, Kyer A, Mazhani L, et al. Use of mobile learning by resident physicians in Botswana. *TELEMED E-HEALTH* 2012;18(1):11-13.
 43. Oladokun O. Moving towards a ubiquitous service for information access: The information environment in Botswana. In: Bwalya K, Mnjama N, Sebina M, editor. *Concepts and Advances in Information Knowledge Management*. 1st ed. Oxford: Chandos Publishing; 2014. p. 193- 211.
 44. Quinley K, Gormley R, Ratcliffe S, Shih T, Szep Z, Steiner A, et al. Use of mobile telemedicine for cervical cancer screening. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2011;17(4):203-209.
 45. Nkwe N. E-government: Challenges and opportunities in Botswana. *International Journal of Humanities and Social Science* 2012;2(17): 39-48.
 46. Ministry of Health and Wellness Botswana. A resource allocation formula in Botswana: Options and issues, Ministry of Health and Wellness. Gaborone,2014;1-27.
 47. Mogwe AW. The need for Health Informatics (HI) in enhancing Botswana health system surveillance: A case study of Botswana health posts. *IJPSS* 2014; 4(8):18-33.
 48. Oluoch T, Santas X, Kwaro D, Were M, Biondich P, et al. The effect of electronic medical record-based clinical decision support on HIV care in resource-constrained settings: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics* 2012;81(10):e83-e92.
 49. Akhlaq A, Sheikh A, Pagliari C. Barriers and facilitators to health information exchange in low- and middle-income country settings: A systematic review protocol. *Journal of Innovation in Health Informatics*. 2015;22(2):284-292.
 50. Littman-Quinn R, Mibenge C, Antwi C, Chandra A, Kovarik C. Implementation of m-Health applications in Botswana: Telemedicine and education on mobile devices in a low resource setting. *Journal of Telemedicine and Telecare* 2013;19(2):120-125.

Early Age and Forced Marriages At Childhood

Çocuk Yaşta Erken ve Zorla Yapılan Evlilikler

Melis Çelebi Erkılıç¹, Birgül Piyal²

Abstract

Child marriage is a type of violation of human rights and is also considered as child neglect and abuse. The fact that child marriages are encountered both in Turkey and all over the world shows that this issue is not a local problem, but a global one. The share of girls in child marriages is higher. Recently, the rate of marriages before the age of 18 has been decreasing, albeit slowly. However, it is still not at the desired level. Much can be said about the reasons for child marriages. Child marriages in underdeveloped and developing countries have reasons such as sociocultural, gender inequality, poverty, low level of education, wars, domestic violence, social pressure and tradition. These causes vary by region and society, and often overlap and reinforce each other. The mental and physical development of girls who get married are adversely affected. Children in the developmental period come under a heavy burden with marriage and the mental health of children is adversely affected. Early marriages also negatively affect physical health, trigger sexually transmitted diseases, increase the risk of maternal and infant mortality by causing early and frequent pregnancies, force individuals to be uneducated and leave them poor. Multidisciplinary studies should be carried out to prevent child marriages. The society should be informed about early and forced marriages at a young age and social awareness should be created. The education level of girls should be increased and their attendance at school should be ensured. Socioeconomic empowerment of families may also prevent children from marrying at an early age. When faced with child marriages, legal actions must be taken. Family, society and the state have important duties in preventing child marriage, which is a multidimensional problem.

Key words: Child marriages, child abuse and neglect, child brides

Özet

Çocuk yaşta yapılan evlilikler insan haklarının ihlalinin bir türü olup aynı zamanda çocuk ihmali ve istismarı olarak kabul edilmektedir. Çocuk yaşta yapılan evliliklere hem Türkiye’de hem de tüm dünyada karşılaşılmaması, bu konunun yerel bir sorun olmadığını, küresel bir sorun olduğunu göstermektedir. Çocuk yaşta yapılan evlilikler içerisinde kız çocuklarının evlendirilmesinin payı daha yüksektir. Son zamanlarda bu evliliklerin oranı yavaş da olsa azalmaktadır. Ancak hala istenen düzeyde değildir. Çocuk yaşta gerçekleşen evliliklerin nedenleri hakkında pek çok şey söylenebilmektedir. Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çocuklarda görülen evliliklerin nedenleri arasında sosyokültürel faktörler, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, yoksulluk, eğitim düzeyi düşüklüğü, savaşlar, toplum baskısı, aile içi şiddet ve gelenekler yer alır. Bu nedenler bölgelere ve topluma göre değişiklik gösterir ve genellikle birbirinin içine geçip birbirini destekler. Erken yaşta evlilik yapan çocukların ruhsal ve bedensel gelişimleri olumsuz etkilenmektedir. Gelişme dönemindeki çocuklar evlilik ile ağır bir yükün altına girmektedir ve çocukların ruh sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Çocuk yaşta yapılan evlilikler beden sağlığını da olumsuz olarak etkilemekte, cinsel yolla bulaşan hastalıklara neden olmakta, erken ve sık gebeliklere sebep olarak anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilemekte, bireylerin eğitimsiz kalmasına neden olmakta ve yoksul bırakmaktadır. Çocuk evliliklerini önlemek için multidisipliner çalışmalar yapılmalıdır. Toplum çocuk yaşta erken ve zorla yapılan evlilikler hakkında bilgilendirilmeli ve toplumsal farkındalık oluşturulmalıdır. Kız çocuklarının eğitim düzeyi yükseltilmeli ve okula devamlılıkları sağlanmalıdır. Ailelerin sosyoekonomik açıdan güçlendirilmesi de çocukların erken yaşta evlenmesini engelleyebilir. Çocuk evlilikleriyle karşılaşıldığında yasal işlemlerin yapılması gerekmektedir. Çok boyutlu bir sorun olan çocuk evliliklerinin önlenmesinde ailenin, toplumun ve devletin önemli görevleri vardır.

Anahtar kelimeler: Çocuk evlilikleri, çocuk istismarı ve ihmali, çocuk gelinler

Geliş tarihi / Received: 04.04.2022 Kabul tarihi / Accepted: 08.08.2022

¹Ankara Üniversitesi Ankara Tıp Fakültesi / Türkiye

²Ankara Üniversitesi Ankara Tıp Fakültesi / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Melis Çelebi, Ankara Üniversitesi Ankara Tıp Fakültesi, Türkiye
melis.celebi193@gmail.com

Erkilic MC, Piyal B. Early Age and Forced Marriages At Childhood. TJFMPC, 2022;16(3): 632-638

DOI: 10.21763/tjfm.1097766

Giriş

Çocuk yaşta gerçekleştirilen evlilikler hem dünyada hem de Türkiye’de karşılaşılan bir toplumsal problemdir. Bu evlilikler, insan hakları ihlalinin bir türüdür. Aynı zamanda cinsel, fiziksel ve ekonomik anlamda bir istismar türü olarak kabul edilmektedir. Bu derleme Türkiye’de hala önemli bir sorun olan çocuk yaşta erken ve zorla yapılan evliliklerin güncel veriler kullanarak küresel ölçekte yaygınlığını, nedenlerini, sonuçlarını ve önlemek için gerekli olan müdahaleleri irdelemek amacıyla ele alınmıştır.

Dünya’da Çocuk Evlilikleri

Çocuk Yaşta Evlilik: 'Eşlerden en az birinin 18 yaşından küçük olduğu resmi nikâh ya da dini nikâh ile gerçekleşen evliliklerdir.¹

Erken Evlilik: 'Tarafardan en az birinin 18 yaşından küçük olduğu ya da 18 yaşından büyük olsalar da eşlerin fiziksel, duygusal, cinsel ve psikolojik gelişim düzeyleri ve yaşam seçenekleri hakkında bilgi eksikliği gibi nedenler ile rıza göstermeye hazır olmadığı evliliklerdir.¹

Zorla Evlilik: 'İki kişiden birinin ya da her ikisinin tam ve özgür rızası ile gerçekleşmeyen evliliklerdir.¹ Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinin 5.maddesi; erken yaşta zorla evlendirilme ve kadın sünneti gibi uygulamaların tümünün ortadan kaldırılmasına ilişkindir. Dünya genelinde çocuk evliliklerine ilişkin istatistiklerde güncel durumu yansıtmaya nedeniyle, 20-24 yaş grubunda olup, 18 ve 15 yaşından önce evlenen kadınların oranı kullanılır.¹

Küresel ölçekte, 18 yaşından önce gerçekleşen evliliklerin oranı giderek azalmaktadır; 20-24 yaş grubunda olup 18 yaşından önce evlenen kadınların oranı 2000 yılında üçte bir iken, 2017 yılında bu oran beşte bir düşerek azalmıştır. Son on yıl içinde bu evlilikleri azaltmaya yönelik çabaların sonucunda 25 milyon kız çocuğunun evlenmesi engellenmiştir. En fazla azalma çocuk yaşta evliliğin sık olarak görüldüğü Güney Asya’da gerçekleşmiştir; 18 yaşından önce evlenmiş kadınların oranı %49’dan %30’a düşmüştür. Ancak bu azalma Latin Amerika, Ortadoğu ve Afrika ülkelerinde görülmemiştir. Buna göre küresel düzeyde çocuk evlilikleri sıklığı Güney Asya’dan Afrika’ya evrilmiştir. UNICEF’in verilerine göre, çocuk evlilikleri en fazla %37 ile Sahra Altı Afrika’da yaygındır. Bu evlilikleri engellemek için gerekli müdahalelerde bulunulmaz ise 2030 yılına kadar 120 milyondan fazla kız çocuğu çocuk yaşta evlenme riski altındadır.¹ Bu evlilikler, sürdürülebilir kalkınmayı da engelleyen problemlerden biridir.²

Her yıl, doğumların %11’i 15-19 yaş aralığındaki kız çocukları tarafından gerçekleştirilmekte ve 50 bin kız çocuğu gebelik nedeniyle yaşamını kaybetmektedir. Birleşmiş milletler nüfus fonu (UNFPA) verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde her yıl 18 yaşın altında 7,3 milyon doğum gerçekleşmektedir. Bu doğumların 2 milyonunu 15 yaşın altındaki kız çocukları yapmaktadır.³ Adolesan doğumlarının yaklaşık %95’i gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmekte ve bu ülkelerde, 15-19 yaş grubundaki doğumlarının yaklaşık %90’ı evlilik birlikteliği içinde olmaktadır.⁴

Türkiye’de Çocuk Evlilikleri

Türkiye’de resmi nikah ile yapılan evlilikler içinde 16-19 yaş grubunun evliliklerine ilişkin veriler, bu yaş grubundaki evlenme oranlarının zamanla azaldığını göstermektedir. Buna göre, 2010-2019 yılları arasında 16-19 yaşında evlenen kadınların oranı %26’dan %16’ya, erkeklerin oranı ise %3’ten %2 düzeyine inmiştir.⁴ Türkiye Aile Yapısı Araştırması’nın (TAYA) 2016 yılında yayımlanan verilerine göre 18 yaşından önce ilk evliliğini yapmış olanların genel oranı %18’dir. Bu oran kadınlar için %28, erkekler için %6’dır.⁵ Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA) 2018 bulguları ülkemizde çocuk yaşta evliliklerin sorun olmaya devam ettiğini göstermektedir. Araştırmanın sonuçlarına göre, Türkiye’de 20-24 yaş grubunda olan kadınların %15’i 18 yaşından önce evlenmiş veya birlikte yaşamaktadır.⁶ Demografik veriler kullanılarak 20-24 yaşında olup 18 yaşından önce evlenenlerin değişimi incelendiğinde çocuk evliliklerinin azalma eğiliminin son yıllarda %15 dolaylarında durağanlaştığı görülmektedir.² Son 40 yılda 20-24 yaşında olup 15 yaşından önce evlenenlerin oranı %10’dan %2’ye düşmüştür.⁷

Türkiye’de 18 yaşından önce yapılan evliliklerde azalma ve ilk evlenme yaşlarında yükselme olduğu görülmektedir. Buna göre 2010-2019 yılları arasında ilk evlenme yaşı kadınlarda 23’ten 24’e; erkeklerde 27’den 27,8’e yükselmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2019 verilerine göre 16-19 yaş grubunun tüm evlilikler içindeki oranı hem kadın hem de erkeklerde azalmaktadır.¹

Çocuk evlilikleri ile gönenç düzeyi arasında ters yönlü bir ilişki vardır; gönenç düzeyinin yükselmesi ile çocuk evliliği oranları azalmaktadır. Gönenç düzeyi düşük hanelerde yaşayan kadınların %36’sı, gönenç düzeyi yüksek hanelerde yaşayanların ise %7’si 18 yaşından önce evlenmişlerdir. TNSA 2018 raporuna göre gönenç düzeyi düşük hanelerde yaşayanlarda çocuk evlilikleri oranları artmaktadır.¹

TNSA 2018 raporuna göre, çocuk evliliklerinin oranı son 10 yılda durağanlaşmıştır, ilk evlenme yaşı artmaktadır ve 15 yaşın altında yapılan evliliklere daha az rastlanmaktadır. Son istatistiklere göre 20-24 yaşında olup 18 yaşından önce evlenenlerin oranı %15 olduğundan dolayı bu konu hala ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Rapora göre 20-24 yaş grubunda olup 18 yaşından önce evlenen her on kadından dokuzu daha ileri bir yaşta evlenmiş olmayı tercih edeceğini söylemektedir. Çocuk yaşta evlendirilen her on kadından üçü akrabalarıyla evlenmiştir. Çocuk yaşta evlenen her on kadından ikisinin eşi kendisinden on yaş veya daha fazla büyüktür. Son on yılda çocuk yaştaki evliliklerin özellikle yoksul hanelerde arttığı görülmüştür. Başlık parasıyla evlenme geleneği oranıysa 2008-2018 yılları arasında %24'ten %38'e ulaşarak son dönemlerde belirgin bir artış göstermiştir.⁸

Çocuk yaşta evlenen, eğitim seviyesi düşük kız çocuklarının hayatlarının ilerleyen dönemlerinde çalışma hayatına katılım oranları da düşük olmaktadır. Son 25 yılda 18 yaşından önce evlenen kadınların istihdama katılımı azalmıştır. Araştırmaya göre 1993-2018 yılları arasında çalışan kadınların oranı %25'ten %14'e düşmüştür. Çalışan kadınların da genellikle sosyal güvencesi olmayan işlerde çalıştığı görülmüştür. Son 10 yılda, 20-24 yaş grubunda olup 18 yaşından önce evlenen kadınların %25'inin çalışmasına izin verilmediği saptanmıştır.⁸

Çocuk yaşta evlilik yapan kadınların hamilelik, doğum ve doğum sonrası bakımla ilgili yeterli ve doğru bilgisi bulunmamaktadır. Buna göre, çocuk yaşta evlilik yapan 20-24 yaş grubundaki kadınların %79'u aile planlaması hakkında yeterli ve doğru bilgiye sahip olmadan evlenmektedir. Kadınların %7'sinin gebe kalmamakla ilgili doğru bilgi yoktur. Çocuk yaşta evlenen kadınların %21'i kontraseptif yöntem kullanmamıştır. Bu kadınların %29'u gebeliği önleyici herhangi bir yönteme nasıl ulaşacağını bilmemektedir. Çocuk yaşta evlenen 20-24 yaş grubundaki kadınların %33'ü ilk doğumlarını 15-17 yaşlarında, %54'ü 18-19 yaşında yapmıştır.⁸

TNSA araştırmaları sırasında 2018 yılında Suriyeli Göçmen Örnekleme ile ayrı bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Çalışma sırasında 1.826 Suriyeli göçmen hane hakkında, 15-49 yaş grubunda 2.216 Suriyeli göçmen kadınla yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen bulgular Suriyeli göçmen kadınlar arasında daha yüksek oranda çocuk yaşta evlilik boyutu olduğunu yansıtmaktadır. Buna göre, 20-24 yaş grubundaki kadınların 15 yaşından önce evlenme oranı %9,2, 18 yaşından önce evlenme oranı %44,8'dir. Yoksulluk ve toplumsal dışlanma özellikle mülteci ailelerde, çocuk evliliklerinin gerçekleşmesinde etkilidir.⁷

Çocuk Yaşta Yapılan Evliliklerin Nedenleri

Çocuk yaşta yapılan evliliklerin nedenlerine maddi sıkıntılar, eğitim düzeyinin düşük olması, aile içi şiddet, gelenek, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve dini inanç örnek verilebilir. Tüm bu nedenler yaşanan bölgeye ve topluma göre değişmektedir.^{9,10} Bu nedenler genellikle birbirinin içine geçerek birbirini destekler.¹ Sosyoekonomik Nedenler: Kızların aile içinde ekonomik yük olarak görülmesi ve bazı bölgelerde kız çocukları evlenirken başlık parası alınması, kız çocuklarının erken evlendirilmesinin ekonomik kazanç sağladığını düşündürmektedir.¹⁰ TAYA verilerine göre başlık parası geleneğinin görülme sıklığı %17,6'dır. Bu oran kentlerde %14, kırsal kesimlerdeyse %24 şeklinde değişmektedir.⁹ Kırsal kesimlerde daha fazla görülmesinin nedeni çocuğun yaşadığı alandan başka bir yaşam alanı hakkında bilgisi olmaması ve erken yaşta yapılan evliliğin normal olarak karşılanmasıdır.¹¹ Kız çocukları bazen ailesi ile yaşadığı maddi zorluklardan ve çocuk yaşta yapmak zorunda olduğu iş yükünden yalnızca evlenerek kurtulabileceğini düşünmektedirler. Bir başka anlatımla, kız çocukları daha rahat ve zengin bir yaşam nedeniyle bu evlilikleri istemektedir. Ekonomik nedenlerden dolayı erken yaşta evlenen kız çocuğu, alınıp satılmakta ve yeni ailesinde de söz sahibi olamamaktadır. Ona verilen görevleri yapmak ve bu duruma katlanmak zorundadır. Bu durum çocuğun ticari sömürsüdür. Ekonomik durumun iyileşmesiyle çocuk evlilikleri de azalmaktadır.¹² Sonuçta ailenin gelir düzeyi, sosyoekonomik olanaklarının kısıtlılığı çocuk yaşta evlilik nedenleri arasındadır.¹⁰ Eğitim Düzeyi: Eğitim düzeyleri düşük olan ailelerde erken evlilikler daha çok görülmektedir. Eğitim düzeyi düşük olan bu ailelerde erkek çocukların evlendirilmeleri askerlik yapmalarına ve asgari düzeyde eğitim almalarına bağlıyken, kız çocukların evlenmeleri için ise eğitimi tamamlamalarına ihtiyaç duyulmamaktadır. Bu nedenle kız çocukları daha erken yaşta evlendirilmektedir. Erken yaşta evlilik yapmalarından dolayı kız çocuklarının eğitimleri yarım kalmaktadır.¹⁰ TNSA 2008'e göre, kadının eğitim düzeyi evlilik yapılan yaşı önemli ölçüde etkilemektedir. Türkiye'de 15-19 yaş grubunun evlenme oranı okur yazar olmayan gruplarda %7,2, lise ve üzerinde ise %3,9 olarak saptanmıştır.¹² Bu durum tüm dünyada benzer şekildedir. Yani evlilik yaşı ile eğitim düzeyi arasında ters yönlü bir ilişki vardır.⁹

Aile İçi Şiddet veya Mülkiyet Unsuru: Aile içindeki şiddet kız çocuklarının erken evlilik yapmasına neden olmaktadır. Aile servetinin aile içinde kalması için akrabalar arasında evlilikler yapılması da çocuk

evliliklerine neden olabilmektedir. Bu uygulamalara berdel, beşik kertmesi, levirat, sorarat örnek olarak verilebilir. Berdel 'gelin değiş tokuşu' anlamına gelmektedir. Ailelerin yoksulluk veya başka bir nedenle kızlarını karşılıklı olarak diğer aileye gelin olarak vermesidir. Beşik kertmesi, ailelerin çocuklarını bebekken ilerde evlenmeleri üzerine birbirine söz vermesidir. Levirat, kadının eği öldükten sonra eğinin bekar erkek kardeği ile evlenmesidir. Sorarat ise erkeğin eği öldükten sonra eğinin bekar kız kardeği ile evlenmesidir.¹⁰ Toplumsal Baskı, Gelenek ve Dini İnançlar: Gelenekler ve dini inançları yanlış yorumlamak da çocuk yaşta evlilikleri artırmaktadır. Geleneksel ailelerde, kız çocuğunun kendilerine emanet edildiği ve kızının asil ailesinin eğinin yanı olduğu düşünölmektedir. Aileler; kız çocuklarının erken evlenmesiyle cinsel taciz ve şiddetten korunabileceğine inanmaktadır.¹³ Dini nikah da çocuk yaşta evliliklerin yapılmasına olanak sağlayabilmektedir.¹² Türkiye’de resmi nikahı olmayanların sıklığı %7,7 ve yalnızca dini nikahı olanların sıklığı %7,4’tür. Yalnızca dini nikah olan evlilik sıklığı 15-19 yaş grubunda %30,7 olarak bulunmuştur.¹² Zorunlu göçler de insanların ekonomik ve kültürel değişim yaşamalarına neden olarak çocuk yaştaki evlilikleri arttırmaktadır.¹³

Toplumsal Cinsiyet Eğitsizliği: Ataerkil yapıda olan toplumlarda erkek ve kadın ayrımı daha belirgindir.¹⁴ Namus kavramının yalnızca kız çocuğuna aktarıldığı görölmektedir. Bu duruma örnek olarak kız çocuklarının tecavüze uğraması sonucunda tecavüze uğradığı kişi veya herhangi bir kişiyle evlendirilmeye zorlanması verilebilir.¹¹ Toplumda var olan cinsiyet eğitsizliğinin yarattığı sonuca göre kız çocuklarının çocukken evlenmesi normal karşılanmaktadır.¹⁵ Bazı aileler erken yaşta yapılan evliliklerle erkeğe boyun eğmenin ve yeni aileye uyumun daha kolay sağlanacağına inanmaktadır.¹³ Bazı ailelerin içindeki sosyal yapı, kız çocuğunun hangi yaşta ve kimle evleneceği hakkında karar vermesini engellemektedir. Kırsal kesimlerde, kız çocukları evlilik kararına katılamamaktadır.¹² Çocuk evlilikleri kadının toplum içerisinde var olan eğitsizliğini arttırarak, kadının bir nesne haline gelmesine ve yaşam tercihlerinin kısıtlanmasına sebep olmaktadır. Bu durum ayrıca kadının kendi kariyer olanaklarının da sınırlanarak ve eğine bağımlı bir kimliği olmasına neden olur.¹⁰

Çocuk Evliliklerinin Sonuçları

Erken yaşta evlenen çocukların psikososyal büyüme ve gelişmesi tamamlanmamıştır. Gelişme döneminde olan bir çocuk, evlilik ile ağır bir yükün altına girmektedir. Erken yaşta evlenen çocuğun bedensel ve ruhsal gelişimi olumsuz etkilenmektedir. Evlilikler depresyon ve intiharları beraberinde getirebilmektedir. Cinsel sağlığıyla ilgili farklı olumsuz sonuçlar yaşanabilmektedir. Erken yaşta cinsel yaşama başlayan ve kontraseptif yöntemler kullanmayan gençlerin büyük çoğunluğu ilk yıl içinde gebelik yaşamaktadır. Evli gençlerin çoğu kısa süre içinde ikinci gebeliği de yaşamaktadır.¹² Erken yaşta yapılan evlilikler fiziksel sağlığı olumsuz olarak etkilemekte, cinsel yolla bulaşan hastalıklara neden olmakta, erken ve sık gebeliklere sebep olarak anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilemekte, bireyleri yoksul ve eğitimsiz bırakmakta ve bireylerin ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir.¹⁰ Genç yaştaki kadınlar bu sorunları anlamakta ve anlatmakta zorlanmaktadır. Bunun sonucunda sağlık kuruluşuna geç başvurmakta veya bazen de sağlık kuruluşuna ulaşamamaktadır. Çocuk evlilikleri, çocukları ailelerinden ve arkadaşlarından ayırmakta, ev içi şiddete maruz bırakmakta, sahip oldukları eğitimsel mesleki ve sosyal olanakları olumsuz yönde etkilemektedir. Çocukluk hakları ellerinden alınan çocukların hayatlarının sonraki dönemleri de olumsuz etkilenmektedir.¹² Bu tür evliliklerde bireylerin elinden seçim hakkı alındığı için bu evlilikler, kız çocuklarının özgürlüklerini sınırlamakta ve köle gibi kullanılmalarına neden olmaktadır. Bu nedenle çocuk evlilikleri, insan hakları ihlali olup, özellikle cinsel, fiziksel ve ekonomik açıdan çocuk istismarı olarak kabul edilmektedir. Toplumsal açıdan ise, toplumda eğitim düzeyi düşük bireylerin yetişmesine neden olmaktadır.¹⁰ Bu tür evliliklerle yalnızca Türkiye’de değil tüm dünyada karşılaşılması, bu konunun yerel bir sorun olmadığını, küresel bir problem olduğunu göstermektedir.¹¹

Çocuk Evliliklerinin Önlenmesi

Çocuk evlilikleri sosyal ve kültürel bir sorundur, önlenmesi de bu kapsamda ele alınmalıdır. Çocukların erişkinlerin küçüğü değil farklı bireyler oldukları için haklarının olduğu kabul edilmelidir. Bu konuda çocuğun en yakınında olan aile ve öğretmenlerin işlevi önemlidir. Okul kurallarının ve uygulamalarının yanında müfredat içinde ve ders kitaplarında çocuk dostu uygulamalara ve çocuk haklarına yer verilmelidir.¹² Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı önlenmeli, kadın erkek eğitliği sağlanmalı ve kadın her konuda güçlendirilmelidir.

Çocuk evliliklerinin normal olarak algılanmasını engellemek için toplumun bu konudaki bilgisi ve farkındalığı artırılmalıdır. Çocuk evliliklerin toplum tarafından normal bir durum olarak düşünölmesi yasal olarak ihbar

edilmesini engelleyebilir. Toplumda erken yaşta yapılan evlilikler konusunda farkındalık arttırılmalıdır. Toplumda verilen mesajlar doğru ve anlaşılır olmalı, geniş bir kesime ulaştırılmalıdır.¹² Konuyla ilgili kamu spotları oluşturulmalıdır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ya da bu konudaki diğer ilgili kurumlar aile ziyareti, seminer, konferans gibi etkinlikler yaparak halk bilgilendirilmelidir.¹⁰ Öğretim kurumlarında özellikle riskli bölgelerde çalışan öğretmenlerin öğrencileri ve ailelerini, çocuk evlilikleri konusunda bilgilendirmek ve izlemek gibi görevleri vardır. Okuldan ayrılan çocukların okulu bırakma nedenleri incelenmelidir. Sağlık çalışanları da çocuk evlilikleri konusunda bilgili olmalı ve konuyu dile getirebilmelidirler. Bu tür evliliklerle karşılaşıldığında yasal işlemler yaptırılmalı ve yasalara uyulmadığı durumlarda yaptırımlar uygulanmalıdır.¹²

Kız çocuklarının eğitim düzeylerinin yükseltilmesi gerekmektedir. Okullarda yapılan devamsızlıklar izlenmelidir. Çocukların okula zorunlu olarak devamlılığını 12 yıllık kesintisiz eğitim sağlar. Bu sayede çocukların erken yaşta evlenmeleri önlenir.¹²

Ailenin sosyoekonomik düzeyinin yükselmesi çocuk yaşta yapılan evlilikleri önleyebilir. Ailenin sosyoekonomik olarak desteklenmesi aşamasında devletin girişimleri önemlidir. Ailelere iş imkânı sağlamak, ailenin gönenç düzeyini yükselterek ailenin çocuğu okula göndermesini sağlayabilir.¹²

Çocuk gelin tanımı kanunlara göre değişmektedir. Kanunlar arasında bir çelişki vardır. Bu durum erkek çocuklar için de geçerlidir. Medeni Kanun'un uygulanması sıkı şekilde izlenerek ve var olan çelişki giderilerek erken yaşta evlilikler önlenir. Bu durumun bir diğer nedeni de toplumun olaya bakış açısıdır. Kanunlar arasındaki çelişkinin önlenmesi kadar uygulanması ve denetimin sağlanması da önemlidir.¹² Devletin temel sorumlulukları ülkede uygulanan yöntemleri izlemek ve değerlendirmek, gerekli olan durumlarda değişiklikler yapmaktır. Çocuklar ve aileleri yasalar konusunda bilinçlendirilmelidir. Devlet bu konudaki uygulamaları izlerken sivil toplum kuruluşları ve medyayla birlikte çalışmalıdır. Toplumun kültürel ve sosyal olarak farklı her kesimine ulaşmak için her türlü girişim planlanmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır.¹²

Çocuk Evliliklerinden Korumaya Yönelik Yasal Düzenlemeler

Çocuk Hakları Sözleşmesi'nin 1. Maddesine göre 'Çocuğa uygulanabilecek kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır'.¹² Bireylerin çocuk denilebilecek yaşta evlendirilmeleri insan hakları ihlalidir. Türk Medeni Kanunu'na göre; 'Erkek veya kadın 17 yaşını doldurmadıkça evlenemez. Ancak hâkim olağanüstü durumlarda ve pek önemli bir nedenle 16 yaşını doldurmuş olan erkek veya kadının evlenmesine izin verebilir. Olanak buldukça karardan önce ana, baba ya da vasi dinlenir'.¹⁶ Yaş engeli yüzünden resmi nikahla gerçekleşemeyen evlilikler dini nikah ile gerçekleşmekte ve bu durum bir hukuki sorun oluşturmaktadır.¹²

Bir çocuğun erken veya zorla evlendirilmekten korunmasına yönelik işlemler, çocuk koruma hukukunun genel kuralları çerçevesinde yürütülmektedir. Bu durum hakkında bilgisi olan herkesin durumu bildirim yükümlülüğü vardır. Çocuklarla çalışan kamu görevlileri; çocuk yaşta evlendirilme riski olabilecek durumları bilmeli ve bildirim mekanizmasını kullanabilmelidir.²

Erken ve zorla evlendirme eylemleri aynı zamanda suçtur. Eylem özelliğine göre birden fazla suç tipini içerebilir. Cinsel suçlar diğer suçlara kıyasla daha fazla öne çıkmaktadır. Fail, çocukla arasında evlenme yasağı olan bir kişiye eylemin soruşturulması için şikâyete gerek yoktur. Diğer durumlarda bu suçun soruşturulması yalnızca mağdurun şikâyetine bağlıdır.²

Eylemin bazı durumlarının soruşturulması için şikâyete gerek olsa bile, bu eylemi öğrenen kişiler bir suçu öğrendikleri için bildirmekle yükümlüdürler. Türk Ceza Kanunu'na göre suçu bildirmemek suçtur.²

COVID-19 Salgınının Çocuk Evliliklerini Sonlandırma Çabaları Üzerindeki Etkisi

Küresel ölçekte çocuk evliliklerinin oranının son yıllarda azaldığı, son on yılda 25 milyon çocuğun evlenmesinin engellendiği daha önce belirtilmiştir. Ancak COVID-19 salgınıyla bu süreçte aksamlar yaşanmıştır. Bu evlilikleri azaltmaya yönelik çabaların, özellikle birçok ülkede uygulanan sosyal izolasyon önlemleri sonucunda olumsuz etkileneceği öngörülmektedir. Salgından önce bu evlilikleri azaltmak için bir önleme paketi oluşturulmaktaydı. Bu pakette, çocuk evlilikleriyle ilgili sosyal ve kültürel kalıpların ele alınması ve kız çocuklarına sürdürülebilir eğitim verilmesi planlanmaktaydı. Paketin zamanında uygulanmasıyla 2020-2030 yılları arasında bu evliliklerin sayısının yaklaşık 60 milyon azalabileceği öngörülmekteydi. Paketin yalnızca bir yıl geç uygulanması, 7,4 milyon çocuğun evliliğinin engellenememesi anlamına gelmektedir. Salgının planlanan müdahalelerin etkinliğini ve içine aldığı hedef toplumu azaltmasının yanında, tüm dünyada ekonomik sıkıntılara neden olması beklenmektedir. Bunun sonucunda bu evliliklerin sık görüldüğü gelir düzeyi düşük ülkelerdeki yoksulluğun olumsuz etkileneceği varsayılmaktadır.

Yoksulluğun bu evliliklerin en önemli nedenlerinden biri olmasından dolayı olumsuz ekonomik etkilerin savunmasız topluluklardaki bu tip evliliklerin oranlarını artıracığı düşünülmektedir.¹⁷

Sonuç

Çocuk ihmali ve istismarı sosyal politikanın temel konularından biridir. Türkiye’de ve dünyada çocuk ihmali ve istismarı içerisine giren konulardan olan çocuk yaşta zorla yapılan evlilikler çok önemlidir. Bu tür evliliklerin nedenlerine eğitim düzeyinin düşük olması, yoksulluk ve gelenek örnek verilebilir.¹⁰ Genellikle kız çocuklarını etkileyen toplumsal bir sorun olan çocuk evlilikleri aile, okul, sosyal hizmetler, sağlık ve hukuk sistemlerinin çocuğun yüksek yararı ilkesini işletemediği durumlarda ortaya çıkmaktadır.² Türkiye’nin batısından doğusuna gidildikçe çocuk evlilikleri artmaktadır. Bu durum bölgeler arasındaki gelişmişlik farkıyla açıklanmaktadır. Son yıllarda çocuk evlilikleri azalmış olsa da Türkiye için hala önemli bir sorundur.¹⁰

Çocuk yaşta yapılan evlilikler, çocukta, ailede ve toplumda sosyal, psikolojik sorunlara ve sağlık sorunlarına sebep olmaktadır.¹⁰ Çocuğun evliliğe 'anatomik, fizyolojik, psikolojik ve sosyal hazır olmayışı' sağlık sorunlarına zemin hazırlamaktadır. Bu tür evlilikler çocuğun, annenin ve babanın yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.²

Çocuk evliliklerini önlemek için multidisipliner çalışmalar gereklidir. Öncelikle toplum bu tür evlilikler hakkında bilgilendirilmeli ve toplumda farkındalık oluşturulmalıdır. Kız çocuklarının eğitim düzeyi yükseltilmeli ve okula devamlılıkları sağlanmalıdır. Kız çocuklarının okula devam durumunu izlenmelidir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ortadan kaldırılmalı ve kadın güçlendirilmelidir. Ailelerin sosyoekonomik açıdan güçlendirilmesi de ailenin gönenç düzeyini artırarak kız çocuklarının erken yaşta evlenmesini engelleyebilir. Çocuk evlilikleriyle karşılaşıldığında yasal işlemlerin yaptırılması gerekmektedir. Yasalara uymama durumunda yaptırımlar uygulanmalıdır. Çok boyutlu bir sorun olan çocuk evliliklerinin önlenmesinde ailenin, toplumun ve devletin önemli görevleri vardır.

Çıkar çatışması

Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Kaynaklar

1. Ergöçmen AB, Keskin F, Kaptanoğlu İ. Türkiye’de Çocuk Yaşta, Erken ve Zorla Evlilikler, 1993-2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Veri Analizi. In: Vol Aralık. Nüans Kitapevi; 2020. p.13-17.
2. Köseli A, Çelik K. Çocuk Yaşta, Erken ve Zorla Evliliklerin Sağlık Riskleri ve Sonuçlarına Çok Sektörlü Yaklaşım Erişim tarihi: 18.12.2021. Erişim: <https://turkey.unfpa.org/en>
3. UNFPA. Dünya Nüfusunun Durumu 2013:Çocuklukta Annelik(İnternet). Erişim Tarihi:21.02.2022. Erişim:<https://www.unfpa.org/press/state-world-population-2013-motherhood-childhood>.
4. Mangiaterra V., Pendse R., McClure K., Rosen J. Adolescent Pregnancy. MPS Notes. 2008;1(1):1-4.
5. T.C. Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Aile Yapısı Araştırması (TAYA) 2016.p.38.
6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü(2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.p.49.
7. Ergöçmen AB, Keskin F, Kaptanoğlu İ. Türkiye’de Çocuk Yaşta, Erken ve Zorla Evlilikler, 1993-2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Veri Analizi. Vol Aralık. Nüans Kitapevi; 2020. p.27-29.
8. Ergöçmen AB, Keskin F, Kaptanoğlu İ. Türkiye’de Çocuk Yaşta, Erken ve Zorla Evlilikler, 1993-2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları Veri Analizi. Vol Aralık. Nüans Kitapevi; 2020. p.30-48.
9. Boran P, Gökçay G, Devicioğlu E, ve ErenT. Çocuk gelinler. Marmara Medical Journal, 26, 58-62.
10. Yüksel H, Yüksel M. Çocuk İhmali ve İstismarı Bağlamında Türkiye’de Çocuk Gelinler Gerçeği. Journal of Institute of Social Sciences. 2014;5(2):1-24.
11. Duman N, Coşkun BN. 'Çocuk Yaşta Evlilik' ya da 'Çocuk Gelin' Olgusuna Psikososyal Bir Bakış. Journal of International Scientific Researches. 2019;4(2):268-277. doi:10.21733/ibad.536029
12. Özcebe H, Küçük Biçer B. Önemli Bir Kız Çocuk ve Kadın Sorunu: Çocuk Evlilikler. Türk Pediatri Arşivi. 2013;48(02):86-93. doi:10.4274/tpa.1907
13. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Aile Yapısı Araştırması(TAYA) 2011.p56-98.

14. Durdu Z, YelboğaY. Türkiye’de Çocuk Gelinler Üzerine Bir Araştırma: Mersin Örneği. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi, 9(44), 800-807.
15. Can M, Öncül S, Deşdemir A. TBMM Kadın Erkek Fırsat Eşitliği Komisyonunun 13/05/2009 Erken Yaşta Evlilikler Hakkında İnceleme Yapılmasına Dair Raporu:13-17, Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2012.
16. 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu, Md. 124.T.C. Resmi Gazete(24607,08.12.2001).
17. UNFPA. COVID-19 Salgınının Toplumsal Cinsiyete Dayalı Şiddeti, Kadın Sünnetini ve Çocuk Yaşta Evliliği Sona Çabaları İle Aile Planlaması Üzerindeki Etkisi.; 2020. Accessed December 18, 2021. <https://www.unfpa.org/child-marriage#readmore-expand>