



Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

Year 2023 / June / Volume 17 / Issue 2 / 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

Kapak görseli; Dr.S.Haluk Uygur'a aittir. Destekleri için teşekkür ederiz.

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 Çitil (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)

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 Ungan (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)

Graphic Editors

Mustafa Çelik (Ministry of Health, Ankara, Türkiye)

Ömer Tuğrul Çelik (TOBB Eco. And Tech. University, Türkiye)

Scientific Board

Abdullah Sariöz	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	Şerpil Aydın Demirağ
Ahmet Barış Güzel	Deniz Tanyer	Güzel Dişçigil	Nazan Karaoğlu	Seval Akgün
Ahmet Muhtar Şengül	Dercan Gençbaş	Hacer Bozdemir	Nazlı Şensoy	Sevgi Özcan
Ali Batuş	Derya İren Akbiyik	Hacer Yapıcıoğlu	Neşe Akın	Sevgül Dönmez
Ali Deniz	Deya Kaya Şenol	Hakan Kaleağası	Nevin Uslu	Seza Ayşe Inal
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 Mandracıoğlu	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 Egeliolu Cetişli	Sümeyye Akyüz
Arda Yılmaz	Duygu Ayhan 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	Şule Gökyıldız
Asuman İnan	Emre Benlidayı	İbrahim Başhan	Sipahioğlu	Tacettin İnandı
Ayça Şolt Kırcı	Ercan Çalışkan	İbrahim Öztur	Oğuz Tekin	Tamer Edirne
Aydan Gülsüm Genç	Ercüment Erbay	İlhami Ünlüoğlu	Okay Başak	Tamer Tetiker
Ayfer Gemalmaz	Erkan Melih Şahin	İlker Ünal	Onur Dursun	Taşkın Ketenci
Ayla Uzunçek	Erol Kesiktaş	İlknur Aydın Avcı	Onur Öztürk	Timur Ekiz
Aylin Yalçın İrmak	Ertan Mert	İlknur Yeşilçınar	Orçun Yalav	Tijen Şengezer
Aynur Çetinkaya	Esat Veli Karakoç	İrfan Yurdabakan	Orhan Murat Koçak	Tolga Günvar
Aysun Ardiç	Esra Ataoglu	İshak Aydemir	Özge Tuncer	Tonguç Berkol
Ayşe Serpen	Esra Çalık Var	İzzet Fidancı	Özgür Enginyurt	Tuba Özaydın
Ayşe Semra Demir Akca	Eyüp Gencel	Kadir Özdel	Özlem Bulantekin	Tuğba Yıldırım
Ayşegül Özcan	Ezgi Ağadayı	Kevser Tari Selçuk	Düzalan	Tunay Sarpel
Ayşegül Yolga Tahiroğlu	Ezgi Özyılmaz	Kurtuluş Öngel	Özlem Çınar Özdemir	Tunç Ozan
Bahadır Yazıcıoğlu	Fatma Sayiner	Kürşad Akadlı Özşahin	Özlem Güner	Turan Set
Bediye Öztaş	Ferda Dağlı	Mahcubec Cubukcu	Özüm Erkin	Umut R. Gündüz
Behice Kurtaran	Ferdi Tanır	Melahat Demirbilek	Papatya Karakurt	Ülken Tunga Babaoğlu
Bektaş Murat Yalçın	Fahri Özsungur	Mehmet Akman	Pemra C. Ünalın	Ümit Aydoğan
Berrin Telatar	Fatma Gökşin Cihan	M. Mümtaz Mazcıoğlu	Ramazan Akçan	Veli Duyan
Bihter Akın	Fevziye Çetinkaya	Mehmet Karakaş	Recep Civan Yüksel	Vildan Mevsim
Bilge Sümbül	Fevziye Toros	Mehmet Sargın	Recep Erol Sezer	Volkan İzol
Bilgen Başkut	Figen Turan	Mehmet Özen	Refik BURGUT	Yasemin Çayır
Bilgin Yüksel	Fikret Bademkiran	Mehmet Uğurlu	Rengin Güzel	Yasemin Korkut
Binali Çatak	Filiz Adana	Mehmet Ungan	Reşat Dabak	Yasin Şahintürk
Biröl Güvenç	Filiz Polat	Mehtap Evran	Rıza Çıtl	Yavuz Selim Yıldırım
Burcu Avcıbay	Fisun Sözen	Mehtap Kartal	Ruhuşen Kutlu	Yeliz Mercan
Burcu Ceylan	Funda Pınar Çakıroğlu	Melahat Akdeniz	Rukuye Aylaz	Yeltekin Demirel
Burcu Kayhan Tetik	Funda Yıldırım Baş	Melahat Demirbilek	Saliha Bozdoğan Yeşilot	Yener Aydın
Cahit Özer	Fusun Ersoy	Meryem Fırat	Sami hatipoğlu	Yeşim Uncu
Can Öner	Gamze Özcürümez	Meryem Öztürk Haney	Seçil Günher Arıca	Yeter Durgun Ozan
Canan Kaş Güner	Bilgili	Mesut Sancar	Sedef Kuran	Yiğit Akın
Cem Doğan	Giray Kolcu	Mete Korkut Gülmen	Selahattin Gelbal	Yusuf Karataş
Cengiz Eser	Gonca Karataş Karakuş	Metin Ocak	Selçuk Mistik	Yusuf Çetin Doğaner
Cevriye Cansız Ersöz	Gonca Polat	Meyreme Aksoy	Selim Kadioğlu	Yüksel Ersoy
Cüneyt Karaaslan	Gökhan Tümgör	Mikail Özdemir	Selma Çivi	Yüksel Ufuktepe
Çiçek Hocoğlu	Gökmen Özceylan	Mustafa Çelik	Semiha Aydın Özkan	Zeynep Güngörmüşler
Çiğdem Apaydın Kaya	Göknur Kalkan	Mustafa Erol	Semra Çelikli	Zeynep Tuzcular Vural
Cihangir Özcan	Gözde Gökçe İşbir	Mustafa Fevzi Dikici	Semra Saruç	Zuhal Sağlam
Çanturk Capık	Gülşah Yılmaz	Muhammed Oylumlu	Serap Daşbaş	
Damla Bayrak	Gülendam Karadağ	Muhammet Bayraktar	Serap Çifçili	
Deniz Çalışkan	Gülbin Gökçay	Muhteşem Erol Yayla	Serdar Gürel	
Deniz Tanyer	Gülcan Arusoğlu	Nafiz Bozdemir		

International Editorial Board

Afshin Peyrovani, Iran	P.Pandiyani 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 Kitapları; 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.

Original Research

- 1. The Effect Of Women's Health Perceptions On Their Awareness Of Gynecological Cancer A Cross-Sectional Study**
Hatice Gül ÖZTAŞ, Eylem TOKER, Hülya KAMALAK
TJFMPC, 2023; 17 (2) : 210-219 DOI: 10.21763/tjfm.1206594
- 2. Evaluation of causes of death and vaccination status of children under the age of five**
Bahadır Yazıcıoğlu, Muhammet Ali Oruç, Sibel Türkan, Özkan Yaşayancan, Erdiç Yavuz
TJFMPC, 2023; 17 (2) : 220-225 DOI: 10.21763/tjfm.1220680
- 3. The Relationship Between Burnout and Perceived Stress Among Physician Mothers With Children Aged 0-6: A Cross-Sectional Study**
Zeynep DABAN DURGUT , Mustafa Kursat SAHİN
TJFMPC, 2023;17 (2) :226-232 DOI: 10.21763/tjfm.1190036
- 4. How did the pandemic affect outpatient clinic appeals to tertiary family medicine?**
Oktay GÜLSEREN, Yunus Emre KUYUCU
TJFMPC, 2023; 17 (2) : 233-240 DOI: 10.21763/tjfm.1216373
- 5. Determination of Factors that affect Breastfeeding Counseling Providing by Nurses and Midwives Working at the Health Center**
Dilek Konukbay, Selda Eyyublu, Dilek Yıldız
TJFMPC, 2023; 17 (2) :241-252 DOI: 10.21763/tjfm.1098360
- 6. Anxiety and Fear Levels of Confirmed & Possible COVID-19 Cases Isolated at Home**
Yasemin DEMİR AVCI, Ayşegül ILGAZ, Sebahat GÖZÜM
TJFMPC, 2023; 17 (2) :253-261 DOI: 10.21763/tjfm.1138426
- 7. Differences in the Use of Cosmetic Products Depending on Pregnancy Status**
Elif ATEŞ, Deniz AKSU ARICA, Turhan ARAN, Leyla BAYKAL SELÇUK, Turan SET
TJFMPC, 2023; 17 (2) :262-270 DOI: 10.21763/tjfm.1181887
- 8. Determination of Cut-off Value of the Turkish Vaccine Hesitation Scale for Healthcare Workers**
Mehmet Göktuğ KILINÇARSLAN, Cihan COŞKUNTUNCEL, Erkan Melih ŞAHİN
TJFMPC, 2023; 17 (2) :271-275 DOI: 10.21763/tjfm.1248540
- 9. The Relationship Between Chronic Diseases and Healthy Lifestyle Behaviors of Individuals 65 Years and Older**
Özge TUNCER, Levent ERDOĞAN
TJFMPC, 2023;17 (2) :276-282 DOI: 10.21763/tjfm.1249736
- 10. Rational Drug Use Status Of Students At A University Hospital**
Gökben YASLI, Ebru TURHAN
TJFMPC, 2023;17 (2) :283-295 DOI: 10.21763/tjfm.1192151
- 11. Women's experience of terminating unwanted pregnancies in other than official health facility: A qualitative study**
Ayşegül PARLAKYILDIZ BİLECEN, Emel FİLİZ
TJFMPC, 2023; 17 (2) :296-303 DOI: 10.21763/tjfm.1219349
- 12. Experiences of New Graduate Nurses' Transition to Practice During the Covid-19 Pandemic**
Hülya KANKAYA, Emine KARAMAN
TJFMPC, 2023;17 (2):304-312 DOI: 10.21763/tjfm.1239409
- 13. Investigation of Knowledge, Attitudes and Behaviors of Parents with Children 48 Months and Younger towards Childhood Vaccinations**
Yeliz MERCAN, Çiğdem ÖZTEMEL, Seda BULUT
TJFMPC, 2023;17 (2) :313-323 DOI: 10.21763/tjfm.1242007
- 14. Evaluation Of Health Status And Fragility Levels Of The Elderly And Investigation Of Their Relationship With Quality Of Life**
Sabahat ARABACI, Sibel TUNÇ KARAMAN, Okcan BASAT
TJFMPC, 2023; 17 (2) :324-332 DOI: 10.21763/tjfm.1222425
- 15. A New Epidemic Is At The Door: Monkeypox Virus**
Sevinç SÜTLÜ, Binali ÇATAK, A. Selçuk KILINÇ
TJFMPC, 2023; 17 (2) :333-337 DOI: 10.21763/tjfm.1181998



The Effect Of Women's Health Perceptions On Their Awareness Of Gynecological Cancer A Cross-Sectional Study

Kadınların Sağlık Algılarının Jinekolojik Kanser Farkındalıklarına Etkisi Kesitsel Bir Çalışma

Hatice Gül ÖZTAŞ¹ Eylül TOKER² Hülya KAMALAK¹

Abstract

Objective: The purpose of this study was to examine the impact of women's health perspectives on their awareness level about Gynaecologic Cancer.

Material and Methods: This analytical-cross-sectional type study, was conducted with 421 women aged 20-65 years, registered in Family Health Centers located in a city center in the south of Turkey. Data were collected between 12 September 2021 and 20 June 2022. The data was gathered using the Personal Information Form, the Health Perception Scale (HPS), and the Gynaecologic Cancer Awareness Scale (GCAS).

Results: The study indicated that the mean HPS score of the participants was 49.59 ± 5.59 and the mean GCAS score was 155.39 ± 22.04 , both of which were above average. There was a statistically significant difference between the mean scores of HPS and GCAS and the participants' employment status, educational status, income status, weight perception, history of chronic disease, contraceptive use, regular medication use, menopausal status, and knowledge of HPV vaccination ($p < 0.05$). However, while there was no statistically significant difference between the Pap Smear Test and the mean HPS score ($p > 0.05$), a statistically significant difference was found between the mean GCAS scores ($p < 0.05$). At a modest positive level ($p < 0.05$), a statistically significant link was discovered between the mean scores of HPS and GCAS and its sub-dimensions.

Conclusion: It was concluded that when women's health perceptions improved, so did their level of gynaecological cancer awareness.

Keywords: Health Perception; gynecologic cancer; awareness; women's health

Özet

Amaç: Bu çalışmada kadınların sağlık algılarının jinekolojik kanserlere ilişkin farkındalık düzeylerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Analitik-kesitsel tipte tasarlanan bu çalışma, Türkiye'nin güneyinde yer alan bir il merkezinde yer alan Aile Sağlığı Merkezleri'ne kayıtlı 20-65 yaş aralığındaki 421 kadın ile yapılmıştır. Veriler 12 Eylül 2021- 20 Haziran 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Algı Ölçeği (SAÖ) ve Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği (JKFÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada; katılımcıların Sağlık Algı Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamasının $49,59 \pm 5,59$, Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamasının $155,39 \pm 22,04$ olup puanların ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çalışma durumu, eğitim durumu, gelir durumu, kilo algı arı, kronik hastalık öyküsü, doğum kontrol yöntemi kullanma durumu, dü enli ilaç kullanma, menopoza girme durumu, HPV aşısını bilme durumları ile Sağlık Algı Ölçeği puan ortalamaları ve Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Ancak Pap Smear Testi yaptırma durumu ile SAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmaz iken ($p > 0,05$), JKFÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Sağlık Algı Ölçeği ile Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında pozitif yönde orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p < 0,05$).

Sonuç: Kadınların sağlık algılarının artması ile jinekolojik kanserlere ilişkin farkındalık düzeylerinin de arttığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Algısı; jinekolojik kanser; farkındalık; kadın sağlığı

Geliş tarihi / Received: 18.11.2022 Kabul tarihi / Accepted: 06.03.2023

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü,

²Tarsus Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü,

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Hatice Gül ÖZTAŞ, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü,

E-posta: h.gul_akbaba@hotmail.com Tel: 0542 826 76 29

Öztaş HG, Toker E, Kamalak H. *The Effect Of Women's Health Perceptions On Their Awareness Of Gynecological Cancer A Cross-Sectional Study.*

TJF&M&PC, 2023; 17 (2) : 210-219

DOI: 10.21763/tjfmpe.1206594

Giriş

Sağlık algısı, kişinin kendi sağlığına ilişkin öznel değerlendirmesidir.¹ Sağlığı algılama, bireyin kendi sağlığıyla ilgili duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerini içeren bir örüntü olarak da tanımlanabilir.^{2,3} Sağlık algısı, bireye sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması ve devam ettirmesini hedefleyen sağlığın geliştirilmesi süreci ile birebir ilişkilidir.⁴

Farkındalık ise kadınlarda jinekolojik kanserlerden korunmada önemli olan bir durumdur.⁵ Norveç'te yapılan bir araştırmada jinekolojik kanserlerin, meme, hematolojik ve akciğer kanseri gibi diğer kanser türlerine kıyasla daha az bilindiği, cinsiyet ve yaşın kanser türlerinin farkındalığını etkileyen önemli faktör olduğu belirtilmektedir.⁶

Cooper ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların jinekolojik kanser belirtilerini bilmedikleri belirtilmektedir.⁷ Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise, kadınların jinekolojik kanser farkındalıklarının orta düzeyin üzerinde olduğu bildirilmiştir. Aynı zamanda kadınların jinekolojik kanser farkındalıklarının, bazı sosyo-demografik özelliklerden etkilendiği belirtilmiştir.⁸ Oysaki tüm kadınlar jinekolojik kanser riski altındadır ve yaşla birlikte risk artmaktadır (CDC 2021).⁹ Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (IARC) 2020 verilerine göre her 11 kadından 1'i kanser nedeniyle yaşamını yitirmekte ve küresel kanser yükü artmaktadır. Jinekolojik kanser türlerinden serviks kanseri beşinci sırada, over kanseri de dokuzuncu sırada yer almaktadır.¹⁰

Jinekolojik kanser oranlarının giderek artması, bu konu üzerinde daha fazla durulması gerektiğini göstermektedir. Kanser gelişiminin önlenmesinde, sağlık algısının belirlenmesi ve jinekolojik kanser farkındalığının artırılması ile kadının ve ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi de oldukça önemlidir. Bu araştırma kadınların sağlık algısının jinekolojik kanserlere ilişkin farkındalık düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod

Araştırmanın Tipi

Araştırma analitik-kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kahramanmaraş İl merkezinde Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 20-65 yaş arası 196.958 kadın çalışmanın evrenini oluşturmuştur (KDS-Ulusal Sağlık Sistemi, 2021. <https://e-saglik.gov.tr/TR,7079/kds.html>). Araştırmada örneklem sayısının belirlenmesinde Open-Epi (<http://www.openepi.com>) programından yararlanılmıştır. Bu çalışmada evrenin tamamı 196.958 kişiden (Kahramanmaraş İl Merkezi 20-65 yaş arası kadın sayısı) oluşmaktadır, buna ilişkin yapılan hesaplamada %95 güven aralığı, 0.80 testin gücünde çalışmaya en az 384 kişinin alınması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırma kriterlerine uyan tüm kadınlar olasılıksız örnekleme yöntemi ile çalışmaya dâhil edilmiştir.

Araştırma Verilerinin Toplanması

Veriler 12 Eylül 2021- 20 Haziran 2022 tarihleri arasında aile sağlığı merkezine başvuran kadınların iletişim bilgileri alınarak Google anket formu ile toplanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 20-65 yaş aralığında bulunmak,
- İletişim sorunu bulunmamasıdır.

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- Jinekolojik kanser tanısı alma,
- Histerektomi ameliyatı olmaktır.

Veri Toplama Form ve Araçları

Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Sağlık Algı Ölçeği (SAÖ) ve Jinekolojik Kanseler Farkındalık Ölçeği (JİKFÖ) ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan; kadınların sosyo-demografik, obstetrik, jinekolojik özelliklerini ve kanserden korunmaya yönelik bazı özelliklerini değerlendiren 24 sorudan oluşan kişisel bilgi formudur.^{8,11}

Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ)

Ölçek, 2007 yılında Diamond ve ark. tarafından geliştirilmiş,¹² Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından gerçekleştirilmiştir.¹³ SAÖ, dört alt boyutu olan (kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik, sağlığın önemi) ve 15 maddeden meydana gelen 5'li likert tipi bir ölçektir. Bu maddelerden; 1., 5., 9., 10., 11. ve 14. olumlu tutum, 2., 3., 4., 6., 7., 8., 12., 13. ve 15. olumsuz ifadelerdir. SAÖ'den alınabilecek minimum puan 15, maksimum puan 75'tir. Ölçeğin toplam cronbach alfa puanı 0.77 olarak, dört alt boyutu (kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik, sağlığın önemi) için ise sırasıyla: 0,90; 0,91; 0,91; 0,82 olarak bildirilmiştir.¹¹ Bu araştırmada SAÖ'nün cronbach alpha değeri 0,75 olarak bulunmuştur.

Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği (JİKFÖ)

Ölçek, 2017 yılında Dal ve Eritem tarafından 20-65 yaş arası evli kadınlar için geliştirilmiş, dört alt boyutu olan ve 41 maddeden oluşan bir ölçektir. Ölçeğin cronbach alpha değeri 0.94 olarak saptanmıştır. JİKFÖ'nin 20. ile 41. maddeleri "Jinekolojik Kanserlerde Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı (JKRKCHAF)" alt boyutunu oluşturur ve cronbach alpha değeri 0.97'dir. JİKFÖ'nin 3.- 11. maddeleri "Jinekolojik Kanser Riskleri Farkındalığı (JKRF)" alt boyutunu oluşturur ve cronbach alpha değeri 0.84'tür. JİKFÖ'nin 14.-19. maddeleri "Jinekolojik Kanserlerden Korunma Farkındalığı (JKKF)" alt boyutunu oluşturur ve cronbach alpha değeri 0.77'dir. JİKFÖ'nin 1. ve 2., 12. ve 13. maddeleri "Jinekolojik Kanserlerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı (JKETBF)" alt boyutunu oluşturur ve cronbach alpha değeri 0.70'tir. JİKFÖ toplam puan üzerinden değerlendirirken minimum 41 ve maksimum 205 puandır. Kadınların JİKFÖ'nden alınacak puan arttıkça farkındalıkları artmaktadır.⁵ Bu araştırmada JİKFÖ cronbach alpha değeri 0,95 olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlarının cronbach alpha değerleri sırasıyla; JKRF için 0,96; JKRF için 0,85; JKKF için 0,77; JKETBF için 0,79 olarak hesaplanmıştır.

İstatiksel Analiz

Verilerin analizinde SPSS 25 programı kullanılmıştır. Araştırmadaki verilerin normal dağılım olup olmadığı Kolmogorov, Smirnow Testi ile kontrol edilmiştir. Değişkenlerde normal dağılım sağlanmadığı için analizler nonparametrik test yöntemleri ile sürdürülmüştür. Bağımsız ikili gruplarda karşılaştırmalar; normallik varsayımı sağlanmadığı için iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden çok grubun karşılaştırmasında ise Kruskal-Wallis testi kullanılarak analiz yapılmıştır. Karşılaştırma testleri için anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul (Etik Kurul No: 2021/18/Karar no:06) ve kurum izni alınmıştır. Katılımcılara, araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve gerekli onam çalışma öncesinde alınmıştır. Çalışma boyunca Helsinki Deklarasyon ilkelerine uyulmuştur.

Bulgular

Araştırmada kadınların yaş ortalamasının $37,44 \pm 12,72$ olduğu, %39,4'ünün üniversite mezunu olduğu, %80,5'nin çalışmadığı, %61'nin gelirinin giderine eşit olduğu belirtmiştir. Katılımcıların %69,1'inin kilosunu normal olarak değerlendirdiği, %92,9'unun sigara içmediği, %86,2'sinin egzersiz yapmadığı, %78,9'unun kronik bir hastalığının bulunmadığı, %63,7'sinin doğum kontrol yöntemi kullanmadığı, %72'sinin düzenli ilaç kullandığı, %76,7'sinin menopoza girmediği, %99,5'nin cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsünün bulunmadığı, %78,6'sının PAP test yaptırmadığı ve %63,9'unun HPV aşısı hakkında bilgi sahibi olmadığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Demografik Değişkenlerin Dağılımları (N=421)

Tanıttıcı Özellikler	Ort \pm SS	Min - Max
Yaş	37,44 \pm 12,72	17 - 67
Gebelik sayısı	2,53 \pm 2,18	0 - 10
Doğum, sayısı	2,34 \pm 2,01	0 - 9
Yaşayan çocuk sayısı	2,32 \pm 1,99	0 - 9
Kürtaj, sayısı	0,09 \pm 0,35	0 - 2
Düşük sayısı	0,13 \pm 0,41	0 - 3
Menarş yaşı	13,54 \pm 1,59	0 - 18
Değişkenler	n	%
Eğitim Durumu		
Okuryazar	33	7,8
İlkokul	132	31,4
Ortaokul	38	9,0
Lise	52	12,4
Üniversite	166	39,4

Tablo 1(devamı): Demografik Değişkenlerin Dağılımları (N=421)		
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	82	19,5
Çalışmıyor	339	80,5
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	121	28,7
Gelir gidere eşit	257	61,0
Gelir giderden fazla	43	10,2
Kilo Değerlendirme		
Zayıf	17	4,1
Normal	291	69,1
Şişman	113	26,8
Sigara İçme Durumu		
Evet	30	7,1
Hayır	391	92,9
Egzersiz Yapma Durumu		
Evet	58	13,8
Hayır	363	86,2
Kronik Hastalık Varlığı		
Evet	89	21,1
Hayır	332	78,9
Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma		
Evet	153	36,3
Hayır	268	63,7
Düzenli İlaç Kullanma		
Evet	118	28,0
Hayır	303	72,0
Menopoza Girme Durumu		
Evet	98	23,3
Hayır	323	76,7
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon Öyküsü		
Evet	2	0,5
Hayır	419	99,5
PAP Testi Yaptırma Durumu		
Evet	90	21,4
Hayır	331	78,6
HPV Aşısını Bilme Durumu		
Evet	152	36,1
Hayır	269	63,9

Ort; ortalama, SS; standart, sapma, Min; alınan, en düşük puan, Max; alınan, en yüksek puan

*:Kilo durumu kişinin algısına göre verdiği yanıt ifade edilerek yazılmıştır.

Araştırmada kadınların SAÖ'den aldıkları, toplam puan ortalaması $49,59 \pm 5,59$ (Min:35, Max:67) olup, en yüksek alt boyut puan ortalaması Kontrol Merkezi alt boyutundan $15,71 \pm 2,61$ olup, en düşük alt boyut puan ortalaması Öz Farkındalık alt boyutundan $10,81 \pm 2,09$ puan olarak saptanmıştır. Katılımcıların JKfÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması $155,39 \pm 22,04$ olup, JKfÖ alt boyutlarının puan ortalaması sırasıyla, JKrkChaf alt boyutu ortanca değeri $86,55 \pm 14,11$, JKrf alt boyutu puan ortalaması $30,76 \pm 5,72$, JKkf alt boyutu ortanca değeri $21,63 \pm 4,29$ ve Jketbf, alt boyut ortanca değeri ise $16,44 \pm 2,68$ olarak saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların SAÖ ve JKfÖ Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamaları (N=421)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Ort ± SS	Min - Max	Cronbach alfa
Kontrol Merkezi	15,71 ± 2,61	9 - 21	0,615
Öz Farkındalık	10,81 ± 2,09	4 - 15	0,639
Kesinlik	12,04 ± 3,1	6 - 20	0,688
Sağlığın, Önemi	11,03 ± 2,26	3 - 15	0,647
SAÖ Toplam Puanı	49,59 ± 5,59	35 - 67	0,751
Jinekolojik Kanselerde, Rutin Kontrol ve Ciddi Hastalık Algısı Farkındalığı (JKRKCHAF)	86,55 ± 14,11	22 - 110	0,965
Jinekolojik Kanseri Riskleri Farkındalığı (JKRF)	30,76 ± 5,72	9 - 45	0,856
Jinekolojik Kanselerden Korunma Farkındalığı (JKKF)	21,63 ± 4,29	6 - 30	0,775
Jinekolojik ,Kanselerde Erken Tanı ve Bilgi Farkındalığı (JKETBF)	16,44 ± 2,68	6 - 20	0,794
JKfÖ Toplam Puanı	155,39 ± 22,04	63 - 205	0,956

Ort; ortalamaa, SS; standart sapma, Min; alınan, en düşük puan, Max; alınan, en yüksek puan.

Katılımcıların çalışma durumu, eğitim durumu, gelir durumu, kilo algıları, kronik hastalık öyküsü, doğum kontrol yöntemi kullanma durumu, düzenli ilaç kullanma, menopoza girme durumu, HPV aşısını bilme durumuyla SAÖ puan ortalamaları ve JKfÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Öte yandan Pap Smear Testi yaptıрма durumu ile SAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmaz iken ($p > 0,05$), JKfÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Yine sigara kullanma durumu, egzersiz yapma durumu ile SAÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup ($p < 0,05$), JKfÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon öyküsü ile her iki ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0,05$) (Tablo3).

Tablo 3: Katılımcılarını, Tanıtıcı Özellikleri ile SAÖ ve JKFO'den Aldıkları Puan Ortalamalarının, Karşılaştırılması (N=421)

Özellikler	SAÖ	Mi(Min – Max)	Test ve p Değerleri	Fark	JKFO	Mi(Min – Max)	Test ve p Değerleri	Fark
Eğitim Durumu								
Okuryazar (1)	45,39 ± 4,96	44(38-59)			147,88 ± 14,7	146(123-184)		
İlkokul (2)	48,99 ± 5,18	49(38-62)	$\chi^2=33,69$	1-2,	153,91 ± 21,38	158(98-202)	$\chi^2=14,95$	1-3, 1-5
Ortaokul (3)	48,87 ± 5,25	49(39-60)	p=0,001*	1,4, 1-5,	159,26 ± 18,69	162(102-193)	p=0,001*	
Lise (4)	49,96 ± 5,52	49,5(35-66)		2-5	152,29 ± 28,72	158(63-194)		
Üniversite (5)	50,96 ± 5,67	51(35-67)			158,14 ± 21,7	161(69-205)		
Çalışma durumu								
Evet	51,88 ± 5,58	53(40-67)	U=9613,000		164,01 ± 19,61	164(85-201)	U=9613,000	
Hayır	49,04 ± 5,46	49(35-66)	p=0,001*		153,3 ± 22,11	158(63-205)	p=0,001*	
Gelir Durumu								
Gelir giderden az (1)	48,59 ± 5,72	49(35-67)			154,73 ± 21,63	155(90-205)		
Gelir gidere eşit (2)	49,5 ± 5,28	49(35-66)	$\chi^2=20,040$	1-3, 2-3	153,96 ± 22,89	159(63-202)	$\chi^2=14,264$	1-3, 2-3
Gelir giderden fazla (3)	52,98 ± 5,91	53(40-64)	p=0,001*		165,79 ± 14,19	164(125-193)	p=0,001*	
Kilo Değerlendirme								
Zayıf	48,59 ± 3,74	49(43-54)	$\chi^2=17,064$		156,18 ± 30,66	153(63-202)	$\chi^2=20,040$	
Normal	50,29 ± 5,52	50(35-67)	p=0,001*	2,3	158,35 ± 21,79	161(65-205)	p=0,001*	
Şişman	47,96 ± 5,69	47(38-66)			147,64 ± 19,33	150(90-191)		
Sigara İçme Durumu								
Evet	52,13 ± 6,19	51(43-67)	U=4514,50		154,7 ± 25,86	152(98-202)	U=5404,50	
Hayır	49,4 ± 5,51	49(35-64)	p=0,046*		155,44 ± 21,75	159(63-205)	p=0,474	
Egzersiz Yapma Durumu								
Evet	51,64 ± 6,7	52(38-67)	U=8221,0		160,76 ± 24,25	164(69-202)	U=5404,50	
Hayır	49,27 ± 5,34	49(35-66)	p=0,010*		154,53 ± 21,57	158(63-205)	p=0,474	

Tablo 3(devamı): Katılımcıların, Tanıtıcı Özellikleri ile SAÖ ve JKFO'den Aldıkları Puan Ortalamalarının, Karşılaştırılması (N=421)							
Kronik Hastalık Durumu							
Evet	47,64 ± 5,46	47(35-67)	U=10722,500		151,53 ± 21,68	155(85-195)	U=12064,500
Hayır	50,12 ± 5,52	50(35-66)	p=0,006*		156,42 ± 22,05	160(63-205)	p=0,011*
Doğum Kontrol Yöntemi Kullanma Durumu							
Evet	50,29 ± 5,33	50(35-66)	U=18048,500		157,3 ± 21,77	161(63-201)	U=17864,500
Hayır	49,19 ± 5,71	49(35-67)	p=0,043*		154,3 ± 22,15	157(65-205)	p=0,038*
Düzenli İlaç Kullanma Durumu							
Evet	48,39 ± 5,28	48(38-67)	U=14553,500		150,64 ± 21,57	153(69-195)	U=13689,000
Hayır	50,06 ± 5,65	50(35-66)	p=0,001*		157,24 ± 21,98	160(63-205)	p=0,0001*
Menopoza Girme Durumu							
Evet	46,5 ± 5,4	45(38-61)	U=8936,000		151,56 ± 17,13	153(105-193)	U=12439,500
Hayır	50,53 ± 5,31	50(35-67)	p=0,001*		156,55 ± 23,22	160(63-205)	p=0,001*
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon							
Evet	50 ± 2,83	50(48-52)	U=388,500		136,5 ± 0,71	136,5(136-137)	U=128,500
Hayır	49,59 ± 5,61	49(35-67)	p=0,862		155,48 ± 22,05	159(63-205)	p=0,091
Pap Smear Testi							
Evet	49,3 ± 5,54	49(38-62)	U=14216,000		157,04 ± 23,57	160,5(63-202)	U=13586,500
Hayır	49,67 ± 5,62	50(35-67)	p=0,512		154,94 ± 21,62	159(65-205)	p=0,001*
HPV Aşısı Hakkında Bilgi Durumu							
Evet	51,02 ± 5,35	51(40-64)	U=15718,500		161,32 ± 21,01	163(63-205)	U=15454,500
Hayır	48,79 ± 5,58	49(35-67)	p=0,001*		152,04 ± 21,94	157(65-199)	p=0,001*

Ort; ortalama, ss; standart sapma, test değeri; χ^2 :Kruskal Wallis Test Değeri, U: Mann Whitney Test Değeri

SAÖ ile JKfÖ alt boyutlarının puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0,351$; $p=0,001$). SGÖ ile JKfÖ arasında orta düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). (Tablo 4.)

Tablo 4: SAÖ ile JKfÖ ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Değerleri

Puanlar		JKRKCHAF	JKRF	JKKF	JKETBF	JKfÖ
Kontrol Merkezi	r	0,266	-0,080	0,086	0,214	0,224
	p	0,001*	0,051	0,038*	0,010*	0,005*
Öz farkındalık	r	0,418	0,340	0,304	0,304	0,440
	pp	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*
Kesinlik	r	0,034	-0,281	-0,058	0,208	-0,030
	p	0,244	0,001*	0,118	0,013*	0,268
Sağlığın Önemi	r	0,430	0,218	0,399	0,324	0,438
	pp	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*
SAÖ	rr	0,397	0,071	0,264	0,341	0,351
	p	0,001*	0,074	0,001*	0,001*	0,001*

r; spearmannı korelasyonun katsayısı, p değeri; istatistiksel anlamlılığı, * $p<0,05$

Tartışma

Jinekolojik kanserler önemli bir sağlık sorunu olmasına rağmen erken tanı ve tedaviyle ölümler engellenebilir.^{14,15} Sağlık algısı, kişiye sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması ve devam ettirebilmesi için sağlığın geliştirilmesi süreci ile bire bir ilişkilidir.⁴ Bireylerin sağlık algısının yüksek olması bireyin koruyucu ve önleyici tedaviye yönelmesini artırmaktadır.¹⁶

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda; katılımcıların SAÖ puanına göre sağlık algı düzeyinin “iyi” düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2). Literatür incelendiğinde farklı gruplarla yapılan çalışmalarda SAÖ'nün puan ortalamalarının araştırmamızın ilgili sonuçları ile benzerlik gösterdiği görülmektedir.^{11,17,18} Sağlık algısının bireyin sağlıklı yaşam biçimi geliştirmesini etkilediği bilinmektedir.¹⁹ SAÖ alt boyutlarında en yüksek oranda kontrol merkezi olduğu saptanmıştır. Kontrol merkezi alt boyutu; kişinin sağlıklı olmayı kendi dışındaki faktörlere (şans, kader, dini inanç vb.) bağlayıp bağlamadığını ve sağlığını değiştirebilmeye yönelik kendine olan güvenini yansıtmaktadır.⁴ Bu bilgiler ışığında 20-65 yaş arası kadınların sağlık algısının iyi düzeyde olduğunu ve sağlıklarına ilişkin sorumluluklarını üstlendikleri ifade edebiliriz.

Katılımcıların JKfÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasının da “iyi” düzeyde olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda benzer şekilde JKfÖ puan ortalamasının iyi düzeyde^{20,21} olduğu gibi bazı çalışmalarda jinekolojik farkındalıklarının daha düşük olduğu bildirilmiştir.^{7,20,22} Yine JKfÖ alt boyutları da literatürle benzerlik göstermektedir.^{5,7,22} JKfÖ alt boyutlarından JKETBF yüksek bulunmuştur. Dal ve ark.'nın çalışmasında benzer şekilde JKETBF alt boyutu yüksek çıkmıştır. Gözüyeşil ve ark.'nın çalışmasında benzer şekilde bu alt boyutun yüksek olduğu belirlenmiştir.⁸ Ancak Keng ve ark.'nın çalışmasında kadınların düşük farkındalık düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir.²³ Özcan ve Doğan'ın çalışmasında ise, bu çalışmadan farklı olarak JKRF alt boyutu daha yüksek çıkmıştır.¹⁴ Bu farklılıkların sebebi kültürel ve toplumsal yapıların farklılığına bağlanabilir.

Araştırmaya katılan kadınlardan çalışanların, gelir durumu iyi olanların, normal kiloda olanların, sigara kullanmayan, egzersiz yapan, kronik hastalığı olmayan, doğum kontrol yöntemi kullananların, düzenli ilaç kullanmayan, menopozda olmayan, HPV aşısını bilenlerin sağlık algılarının ve jinekolojik farkındalıklarının yüksek olduğu saptanmıştır. Gelir durumu iyi olan kadınların JKfÖ'nün yüksek olması ön görülen bir durumdur. Literatürde benzer şekilde gelir durumu arttıkça kadınların jinekolojik kanser farkındalığının yüksek olduğu saptanmıştır.^{8,24} Yapılan çalışmalarda ekonomik durumun kanser farkındalığı etkileyen önemli bir değişken olduğu bildirilmiştir.^{7,25} Finans durumu sağlık hizmetlerine erişimi de etkilemektedir.

Çalışmada sigara kullanmayan ve egzersiz yapan sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştiren bireylerin SAÖ ve JKfÖ daha yüksektir (Tablo 3). Sağlıklı yaşam tarzı, bireyin sağlığına pozitif katkısı olan davranışların geliştirmesi, sağlığa zararlı davranışlardan uzak durulmasını ve davranışlarının tamamını kontrol edip, normal hayatının bir parçasına dönüştürmesi olarak açıklanabilir. Sağlıklı yaşam tarzı geliştirilmesi bireyin sağlığını korumakta ve sağlığının daha iyi hale gelmesini sağlamaktadır.²⁶ Sağlık algısı, kişilerin sağlıklı davranışlarını ve sağlığı korumaya yönelik sorumluluğunu da etkilemektedir.^{16,27} Sağlık algısı yükselen bu bireylerin kanser gibi ciddi hastalıklar farkındalığının arttığı düşünülmektedir. Ayrıca literatürde sağlıklı olmayan yaşam tarzı davranışlarının jinekolojik kanserleri için önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir.^{30,31} Sağlıklı yaşam biçimi

davranışları geliştirilerek kadınların jinekolojik kanserler için değiştirilebilir risk faktörlerinin ortadan kaldırılması sağlanabilir.³⁰

Jinekolojik kanserler arasında insidans açısından ilk sırada serviks kanseri yer almaktadır.¹⁴ Bu çalışmada Pap Smear Testi yaptıran ve HPV aşısını bilen kadınların JKFO daha yüksek bulunmuştur. Kadınların tarama testi yapılması ve aşı hakkında bilgi sahibi olması jinekolojik kanser farkındalığını artırmaktadır. Ancak yapılan çalışmalar halen Pap Smear Testi yaptırma oranlarının yeterli düzeyde olmadığını göstermektedir.^{31,32} Kadınların Pap Smear Testi yaptırmama nedenleri olarak; yeterli bilgi sahibi olmaması, sağlık algılarının düşük olması ve yanlış tutum içinde olmalarının etkili olabileceği bildirilmektedir.^{30,31} Bu nedenle sağlık profesyonelleri, kadınlara tarama testleri konusunda eğitim vermeli ve bu taramalar yaygınlaştırılmalıdır.

Sağlık Algısı puan ortalaması ile JKFO puan ortalaması arasında pozitif yönde, orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Literatürde sağlık algısı ile jinekolojik farkındalık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Şen ve ark. yaptığı çalışmada SAÖ ile kanser taramaları arasında yaşın sınırlı kısıtlı bir anlamlılık olduğunu bildirmiştir.³² Jinekolojik kanser oranlarını azaltmanın en iyi yolu bireyin jinekolojik farkındalığını artırmaktır; hastalığın seyri, olabilecek komplikasyonları ve hastalıkların genel belirtilerinin bilinmesi, erken tanı ve tarama programlarına katılımı da artırmaktadır.²⁰ Kadınların sağlık algılarını artırmak için eğitim ve danışmanlık daha fazla yapılmalıdır.

Sonuç

Bu çalışmada kadınların iyi düzeyde sağlık algısına ve iyi düzeyde jinekolojik farkındalığa sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadınların sağlık algısı ile jinekolojik farkındalığı arasında pozitif ilişkinin olduğu sağlık algılarının arttığı zaman jinekolojik farkındalığının da arttığı belirlenmiştir. Toplumun temel dinamiği olan kadınların dünyanın en ölümcül kanserleri olan jinekolojik kanserden korumak için sağlık algısı artırılmalıdır. Bu bilgiler ışığında, kadınların farkındalığını artırmak için başta kadın sağlığının temel bakım vericisi olan ebeler olmak üzere tüm sağlık profesyonelleri, kadınların sağlık algısını geliştirilmesi, jinekolojik kanser farkındalığını artırılması için eğitimler planlamalı ve bu eğitimlerde süreklilik sağlamalıdır. Aynı zamanda ülkelerin sağlık politikaları planlanmalı ve jinekolojik tarama programlarının etkinliği ve yaygınlığı artırılmalıdır.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadıklarını beyan etmişlerdir.

Teşekkür

Çalışmamıza katılan tüm kadınlara teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Jang Y, Kim G, Chiriboga DA. Health perception and depressive symptoms among older Korean Americans. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 2006;21:91-102.
2. Çimen Z, Bayık Temel A. Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*.2017;33(3):105-125.
3. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15:3: 181-189.
4. Özdelikara A, Ağaçdiken Alkan S, Mumcu N. Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Algısı, Sağlık Anksiyetesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2018;14:275-82.
5. Alp Dal, Ertem G. Jinekolojik Kanseler Farkındalık Ölçeği Geliştirme Çalışması İnsan ve Toplum Bilimleri. *Araştırmaları Dergisi*. 2017;(6);5:2351-2357.
6. Fonnes T, Telle OI, Forsse, Falck R, Trovik J, Haldorsen SI, Krakstad C. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive*. 2021 256; 25-31 Biology <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211520306904>
7. Cooper CP, Polonec L, Stewart SL, Gelb CA. Gynaecologic cancer symptom awareness, concern and care seeking among us women: A Multi-site qualitative study. *Family Practice*. 2013; 30(1): 96–104.
8. Gözüyeşil E, Arıöz Düzgün A, Taş F. Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Jinekolojik Kanser Farkındalıklarının Değerlendirilmesi. *TJFPMC*2020; 14(2):177-185
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). What is gynecologic cancer? [Internet]. 2021.Available from: https://www.cdc.gov/cancer/gynecologic/basic_info/what-is-gynecologic-cancer.htm erişim Tarihi: 19 Mart 2021.
10. Bouvard, V, Wentzensen N, Mackien A, Berkhof J, Brotherton J, Giorgi-Rossi, P., ... & Lauby-Secretan B. The IARC perspective on cervical cancer screening. *New England Journal of Medicine*. 2021;385(20): 1908-1918.
11. Gür G, Sunal N. Koroner arter hastalarında sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2019; 6(2), 210-219.
12. Diamond JJ, Becker JA, Arenson CA, Chambers CV, Rosenthal MP. Development of a scale to measure adults' perceptions of health: preliminary findings. *Journal of Community Psychology*. 2007;35(5):557-61.
13. Kadioğlu H, Yıldız A. Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe çevriminin geçerlilik ve güvenilirliği .*Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2012;32:47-53
14. Özcan H, Demir Doğan M. Gynecological cancer awareness among women. *Indian Journal of Gynecologic Oncology*. 2021; 19(1), 1-9.
15. Şen SK, Öztürk K. Sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişki. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2020; 24(4), 175-183.
16. Çaka SY, Topal S, Suzan ÖK, Çınar N, Altınkaynak S. Hemşirelik öğrencilerin sağlık algısı ile özgüvenleri arasındaki ilişki. *Journal of Human Rhythm*, 2017;3(4): 198-203. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/johr/issue/33484/373559>.
17. Akça E, Sürücü ŞG, Akbaş M. Gebelerde sağlık algısı, sağlık okuryazarlığı ve ilişkili faktörler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. 2020;8(3): 630-642.
18. Souto TS, Ramires A, Leite A, Santos V, Santo RE. Health perception: validation of a scale for the portuguese population. *Trends in Psychology*. 2018; 26(4): 2185–2201.
19. Altay B, Çavuşoğlu F, Çal A. Yaşlıların sağlık algısı, yaşam kalitesi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016; 15(3): 181-189.
20. Dal N, Akkuzu G, Şen YÇ. Ufuk Üniversitesi Kadın Çalışanlarının Jinekolojik Kanser Farkındalığının İncelenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;3(2): 91-99.
21. Şenol DK, Pola F, Doğan M. Gynecological Cancer Awareness: Reproductive Age and Postmenopausal Women. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2021;15(1): 56-62.
22. Jha N, Panot AH, Singh U. Awareness about Gynecological Cancers amongst Tribal Females. *Asian Pacific Journal of Cancer Care*. 2020; 5(2): 113-118.
23. Keng SL, Wahab SBA, Chiu LB, Yusuf A. Awareness of ovarian cancer risk factors among women in Malaysia: a preliminary study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2015;16(2): 537-540.
24. Şahin D, Sayın NC. Knowledge, attitude and behavior about gynecologic cancers in women admitted to and healthcare staff working at the state hospital in Kırklareli. *Indian Journal of Applied Research*. 2015; 5(3):294-297.
25. Evans REC, Morris M, Sekhon M, Buszewicz M, Walter FM, Waller J et al. Increasing awareness of gynaecological cancer symptoms: A GP perspective. *British Journal of General Practice*. 2014; 372-380.
26. Oral B. Erciyes üniversitesi öğrencilerinin sağlık algısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Tıpta Uzmanlık Tezi, Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı*. 2018:2-4.
27. Tosunöz İK. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Algıları, Sağlığı Geliştirme Dersi ile Geliştirilebilir mi? *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;10(1): 71-83.
28. Burucu R, Kıyak S. Üniversite Öğrencilerinin Jinekolojik Kanser Farkındalıkları ve İlişkili Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2020; 31(3): 172-182.
29. Aydın N. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi. *Black Sea Journal of Health Science*. 2019; 2(1), 21-29.
30. Karadağ G, Güngörmüş Z, Sürücü R, Savaş E ve Biçer F. Awareness and Practices for Breast and Cervical Cancer among Turkish Women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2014; 15, 1093-1098.
31. Bal MD. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Değerlendirilmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2014; 4(3):133-138.
32. Şen SK, Öztürk YK. Sağlık algısı ile kanser taraması farkındalığı arasındaki ilişki. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2020;24;(4); 175-183.



Evaluation of causes of death and vaccination status of children under the age of five **Beş yaş altı çocuk ölümlerinin nedenleri ve aşılanma durumlarının değerlendirilmesi**

Bahadır Yazıcıoğlu¹, Muhammet Ali Oruç², Sibel Türkan³, Özkan Yaşayanca³, Erdinç Yavuz²

Abstract

Aim: Infant and child mortality rates; it is a sensitive indicator of development in countries, the effectiveness of health policies and health interventions. A significant proportion of deaths among children under the age of five are due to diseases that can be prevented or treated with simple and proven measures. It was aimed to evaluate the causes of death and vaccination status of children under the age of five.

Method: The study is a cross-sectional descriptive study. The population of the study consists of a total of 97 child deaths under the age of 5 and completed the age of 1 in Samsun in a 3-year period. Sample selection was not made, and the data of all child deaths were obtained by retrospectively examining. Age, gender and causes of death of the deceased children were noted. Causes such as falling, traffic accident, firearm injury and drowning are traumas; causes such as sepsis, pneumonia, bronchopneumonia, gastroenteritis and encephalitis as infections; Congenital and hereditary diseases were classified as congenital anomalies, and metabolic and chronic diseases were classified under the title of chronic diseases.

Results: A total of 97 child deaths occurred in Samsun in the 3-year period. The most common cause of death was found to be infectious diseases. The most common diagnosis of those who die due to infection is bronchopneumonia. When the vaccination status of the deceased children is examined according to the causes of death; the lowest vaccination rates were found to be deaths from hereditary disease, deaths from infection, and deaths from chronic disease, respectively. It was observed that the frequency of follow-up in the prenatal primary health care services of the mothers of the deceased children was 3.26 times, and the average frequency of follow-up in the secondary care was 2.41 times. The mean number of total follow-ups during pregnancy was found to be 5.67 times. The rate of pregnant women who had pregnancy follow-up at least 4 times in accordance with WHO's recommendation is 77.3%.

Conclusion: The immunization rate of children who die is well below the national immunization rate. The lowest rate of vaccination is in the deaths caused by the inherited disease infection. The most common cause of death is death due to infection. The high number of infection-related deaths indicates that primary health care services such as infection control and preventive medicine should be focused on.

Keywords

Vaccines, Vaccination, Vaccine-preventable diseases, Child mortality, Cause of death

Özet

Amaç: Bebek ve çocuk ölüm oranları ülkelerin gelişmişliğinin, sağlık politikalarının ve sağlık müdahalelerinin etkinliğinin hassas bir göstergesidir. Beş yaş altındaki çocuklar arasındaki ölümlerin önemli kısmı basit ve kanıtlanmış tedbirlerle önlenebilir veya tedavi edilebilir hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Bu çalışmada beş yaş altı çocuk ölümlerinin nedeni ve aşılanma durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metod: Çalışma kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini 3 yıllık sürede Samsun ilinde 5 yaş altında ve 1 yaşını tamamlamış toplam 97 çocuk ölümü oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmayıp bütün çocuk ölümlerine ait veriler retrospektif olarak incelenerek elde edilmiştir. Ölen çocukların yaş, cinsiyet ve ölüm nedenleri not edilmiştir. Düşme, trafik kazası, ateşli silah yaralanması ve suda boğulma gibi nedenler travma; sepsis, pnömoni, bronkopnömoni, gastroenterit ve enfeksiyon gibi nedenler enfeksiyon; doğuma bağlı ve kalıtsal hastalıklar doğumsal anomali ve son olarak metabolik ve kronik hastalıklar da kronik hastalıklar başlığında toplanarak sınıflandırılmıştır.

Bulgular: 3 yıllık dönemde Samsun ilinde toplam 97 çocuk ölümü olmuştur. En sık ölüm nedeni enfeksiyon hastalıkları olduğu görülmüştür. Enfeksiyon nedeniyle ölenlerin en sık tanısı bronkopnömonidir. Ölen çocukların aşılanma durumları ölüm nedenlerine göre incelendiğinde; en düşük aşılanma oranlarının sırasıyla kalıtsal hastalık nedenli ölümler, enfeksiyon kaynaklı ölümler ve kronik hastalık nedenli ölümler olduğu görülmüştür. Ölen çocukların annelerin doğum öncesi birinci basamak sağlık hizmetlerindeki takip sıklığı 3,26 defa, ikinci basamakta takip sıklığı ortalaması 2,41 defa olduğu görülmüştür. Gebelik süresince toplam izlem sayı ortalaması 5,67 defa olduğu bulunmuştur. Gebelerin %77,3'ü DSÖ'nün önerisine uygun şekilde en az 4 kez gebelik izlemi yaptırmıştır.

Sonuç: Ölen çocukların aşılanma oranı ulusal aşılanma oranının çok altındadır. Aşılanma oranı en düşük kalıtsal hastalık enfeksiyon kaynaklı ölümlerdedir. En sık ölüm nedeni enfeksiyon kaynaklı ölümlerdir. Enfeksiyon kaynaklı ölümlerin fazla olması enfeksiyonla mücadele ve koruyucu hekimlik uygulamaları gibi birinci basamak sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesine işaret etmektedir.

Anahtar Kelimeler

Aşılar, Aşılanma, Aşıyla önlenebilir hastalıklar, Çocuk ölümü, Ölüm nedeni

Geliş tarihi / Received: 20.12.2022 Kabul tarihi / Accepted: 23.03.2023

¹Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

²Samsun Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

³Samsun İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Bahadır YAZICIOĞLU, Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

E-posta: bahadiryazicioğlu@gmail.com Tel: +905056560414

Yazıcıoğlu B, Oruç MA, Türkan S, Yaşayanca Ö, Yavuz E. *Evaluation of causes of death and vaccination status of children under the age of five.* TJF&M&PC, 2023; 17 (2) : 220-225

DOI: 10.21763/tjfmpe.1220680

Giriş

Zamanında, uygun ve yeterli sağlık bakımı 5 yaş altındaki çocukların iyi sağlık çıktıklarına ulaşmalarında çok önemlidir. Sağlık hizmetlerine erişim kolaylığı genel çocuk sağlığı ile yakından ilişkilidir. Ebeveynler hem çocuklarının genel sağlık ihtiyaçları, hem de çocukluk çağı hastalıkları için sağlık bakım arayışlarına girmektedir. Sosyoekonomik seviye, sağlık kuruluşlarına ulaşım mesafesi ve tedavi maliyetleri sağlık hizmetlerine ulaşımı etkileyen ana unsurlardır. Birinci basamak sağlık kurumları bu noktada en ulaşılabilir, en uygun ve ücretsiz sağlık hizmeti sunan yerlerdir.¹ Ebeveynlerin sağlık hizmeti arama davranışları, sağlık hizmetlerinden yararlanma tercihleri ve başvuru zamanına etki eden nedenlerin birinci basamak hekimlerince bilinmesi, akut hastalıklara ve enfeksiyonlara bağlı beş yaş altı morbidite ve mortalitenin önlenmesinde çok etkilidir.² Beş yaş altı çocuklar enfeksiyonlara karşı genellikle çok savunmasızdır ve verilen her tür bakımla mortalite arasında doğrudan ters ilişki vardır.³

Bebek ve çocuk ölüm oranları ülkelerin gelişmişliğinin, sağlık politikalarının ve sağlık müdahalelerinin etkinliğinin hassas göstergeleridir.⁴ Beklenen ortalama yaşam süresi gelişmiş ülkelerde uzamış olsa da, beş yaş altı ölüm oranları hala çoğu ülke için çok yüksektir.⁵ Ölüm nedenlerinin doğrulanması ve irdelenmesi, önlenebilir ölümlerin azaltılmasında büyük önem taşımaktadır. Bu amaçla çoğu ülkede çocuk ölümleri komisyonlarca değerlendirilmektedir.⁶ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de anne ve çocuk ölümlerinin incelenmesini tavsiye etmektedir. Ölümlerin incelenmesi sadece ölüm nedenlerinin ortaya çıkarılmasını sağlamakla kalmaz aynı zamanda bu ölümlerin önlenmesi için yol haritaları sunar. Ayrıca ölüm nedenlerini irdeme, ölüm oranlarını düşürmenin ilk aşaması olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda çocuk ölümlerinin nedenlerini irdeme ve çözüm yolları araştırma sağlık çalışanları için duygusal açıdan motive edicidir.⁷

Beş yaş altındaki çocuklar arasındaki ölümlerin önemli kısmı basit ve kanıtlanmış tedbirlerle önlenebilir veya tedavi edilebilir hastalıklardan kaynaklanmaktadır.⁸ Bu önlenebilir nedenlere bağlı ölümler basit müdahalelerle azaltılabilir. Gebelik döneminden itibaren sağlık bakımı gecikmesinin önlenmesi bu müdahalelerden en etkilisidir.⁹ Pnömoni, diare, sepsis ve az gelişmiş ülkelerde bunlara ek olarak HIV/AIDS, 5 yaş altı enfeksiyon kaynaklı ölümlerin ana nedenleridir. Bu ölümleri önlemede çözüm tek bir hastalık için yüklü miktarlarda para ve emek harcamak değil, entegre sağlık bakımını içeren topluma yönelik stratejiler belirlemektir. Toplumsal stratejileri belirlerken hızlı kentleşme dolayısıyla hava kirliliği, aşırı veya yetersiz beslenme ve en önemlisi aşı tereddütü ve aşı reddi gibi konulara önem verilmelidir.¹⁰ Yenidoğan bir bebeğin beşinci yaş gününden önce ölüm riski, bebeğin doğduğu yere göre de farklılık gösterir. Orta Afrika'da 1000 canlı doğumda 123,9 olan ölüm riski, Küba'da 1000 canlı doğumda 5,1'dir. Bu farklılığın nedeni ülkeler arasındaki sağlık hizmetlerine ulaşımındaki heterojenite ve bağışıklama çalışmaları olduğu bulunmuştur. Heterojenitenin azaltılmasında toplumların sosyoekonomik, coğrafik, çevresel ve kültürel özellikleri gibi değişkenlerin hesaba katılması ile oluşturulan modellemelerin etkin olduğu bilinmektedir.¹¹

DSÖ küçük çocukların bakımı, yaygın çocukluk çağı hastalıklarından kaynaklanan mortalite ve morbiditeyi azaltma ve sağlıklı büyüme - gelişmeyi desteklemek amacıyla Entegre Çocuk Hastalıkları Yönetimi (Integrated Management of Childhood Illness - IMCI) stratejisini uygulamaya koymuştur. IMCI'nin stratejisinde sağlık hizmet sunucularına yönelik hizmetlerin reformunu ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite iyileştirmelerini destekleyen temel bir prensip vardır. IMCI ayrıca ebeveynlere de sağlık bakımı için tavsiyelerde bulunur.¹²

Kanıt dayalı uygulamalar, etkin ve düzenli ante-natal bakımların anne sağlığını olumlu etkilediğini, gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonları azalttığını ve dolayısıyla bebek sağlığını doğrudan etkilediğini göstermektedir.¹³ Sağlık hizmeti planlayıcıları çocuk sağlığı hizmet sunumunu planlamak ve izlemek için çocuk ölümlerinin sayısı ve nedenleriyle ilgili doğru ve eksiksiz verilere ihtiyaç duyar. Kanıt dayalı uygulamalar ve koruyucu hekimlik uygulamaları sayesinde çocuk sağlığını geliştirmek mümkün olmaktadır.¹⁴

Bağışıklama çalışmaları çocuk sağlığını geliştirmek için en başarılı ve uygun maliyetli koruyucu hekimlik uygulamalarıdır. DSÖ 1974 yılında önlenebilir hastalıkların görülme sıklığını azaltmak için genişletilmiş bağışıklama programını başlatmıştır.¹⁵ Aşılama önlenebilir hastalıklara bağlı ölümleri engeller. Dünya üzerinde her beş bebekten birinin tam doz aşılama olmadığı bilinmektedir. Bunların önemli bir bölümü gelişmekte olan ülkelere aittir. Her yıl yaklaşık 3 milyon çocuğun aşı ile önlenebilir hastalıklardan kaybedildiği tahmin edilmektedir.¹⁶

Aşılama programları küresel düzeyde mortalite ve morbiditeyi önlemeye yarayan önemli halk sağlığı araçlarıdır. Aşıların önemli başarılarının yanında olumsuz sonuçları da olmuştur. Aşılama ile önlenebilen hastalıkların görülme sıklığındaki dramatik düşüş ile düşük risk algısı oluşmuş ve bu algılar aşı tereddütü ve aşı reddi gibi durumlara yol açmıştır. Yüksek kalitede birinci basamak koruyucu hekimlik hizmeti verilse bile aşı tereddütü ve aşı reddi sebebiyle aşılama oranlarında azalma olabilmektedir.¹⁷⁻¹⁹

Rutin aşılama takviminde bulunan aşılar, toplumu bulaşıcı hastalıklara karşı koruyan etkili ve güvenli araçlardır. Aşılama sayesinde birçok ciddi hastalığın morbidite ve mortalitesi küresel düzeyde büyük ölçüde azalmış, komplikasyonlar ve ölümlerden kaçınılmıştır. Aşılama bireylerden aşılama bireylere olan dolaylı koruma etkisiyle aşıların kapsamı artmış ve bu sayede aşılama bireylerde de korunma açısından olumlu etkiler

görülmüştür.¹⁷ Hastalığa özel yapılan aşılama, ilgili hastalığın görülme sıklığını ve mortalitesini azaltırken aynı zamanda genel mortalitede de azalma sağlamıştır. Aşıların açıklanamayan diğer ilgisiz enfeksiyonları önlemesine aşının “spesifik olmayan etkisi” denir. Bu durum aşıların çapraz immünolojik bağışıklamayı indüklemesine bağlanmaktadır. Canlı aşılar bu etki daha fazladır. Hem hastalığa spesifik, hem de spesifik olmayan etkiler göz önüne alındığında aşılamanın teşvik edilmesi her anlamda önemlidir.^{20,21}

Bu çalışmada beş yaş altı çocuk ölümlerinin nedenleri ve aşılama durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metod

Çalışma kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmanın evrenini 2019, 2020 ve 2021 yıllarındaki 3 yıllık sürede Samsun ilinde ikamet eden 5 yaş altında ve 1 yaşını tamamlamış toplam 97 çocuk ölümü oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmayıp bütün çocuk ölümlerine ait veriler Samsun İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı’ndan elde edilmiştir. Elde edilen veriler retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Ölen çocukların yaş, cinsiyet ve ölüm nedenleri not edilmiştir. Düşme, trafik kazası, ateşli silah yaralanması ve suda boğulma gibi nedenler travma, sepsis, pnömoni, bronk -pnömoni, gastroenterit ve ensefalit gibi nedenler enfeksiyon, doğuma bağlı ve kalıtsal hastalıklar, doğumsal anomali ve son olarak metabolik ve kronik hastalıklar da kronik hastalıklar başlığında toplanarak sınıflandırılmıştır. Ölen çocukların hepsinin Aşı Takip Sistemi üzerinden yapılmış aşılarına bakılmıştır. Ölüm yaşına göre aşı takviminde yapılmış olması gereken aşılarının tamamlanma durumları not edilmiştir. Rutin aşı takvimine göre aşılama zamanı gelmeden vefat eden çocukların o aşıları değerlendirme dışı bırakılmıştır. İlkokul 1. sınıftan 4 yaşa alınan Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak aşılarının oranı da yeni düzenleme dikkate alınarak hesaplanmıştır.

Araştırmaya başlanmadan önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 18.05.2022 tarih ve KAEK-2022/226 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

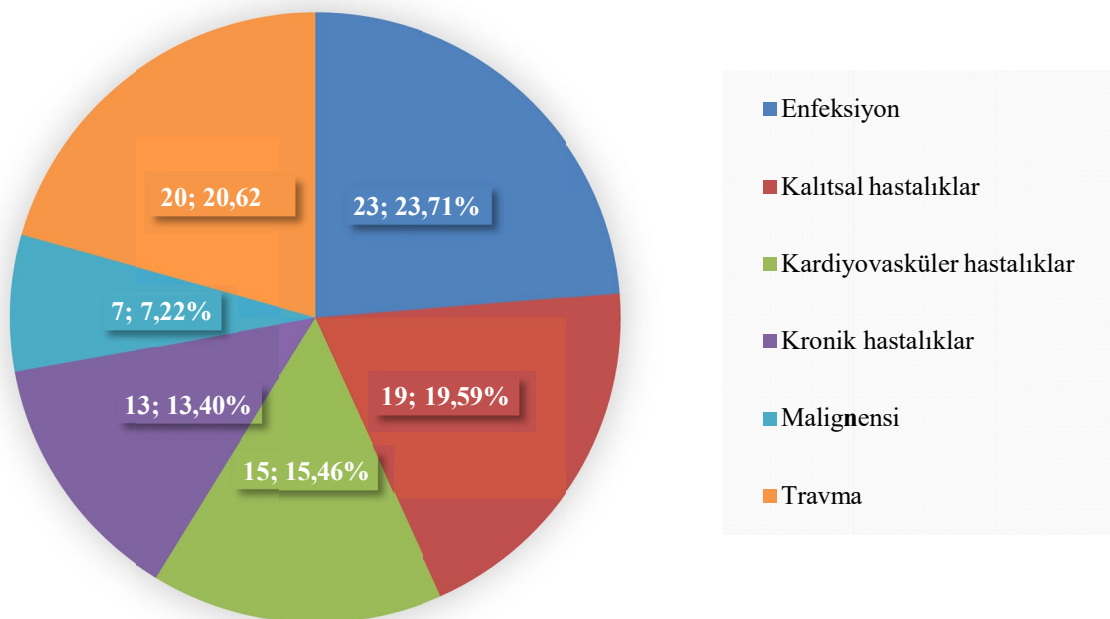
Elde edilen veriler IBM SPSS v25.0 programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, aritmetik ortalama ve oran gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır.

Bulgular

Son 3 yıllık dönemde (2019, 2020 ve 2021) Samsun ilinde toplam 97 (sırasıyla 33, 37 ve 27) çocuk ölümü olmuştur. 2019, 2020 ve 2021 yıllarında Samsun için canlı doğum sayısı; 15652, 14410 ve 13742 olmuştur. 2019, 2020 ve 2021 yılları için çocuk ölüm hızı ise Samsun için; %0,21, %0,24 ve %0,19 olmuştur.

Ölen çocukların 63’ü (%64,9) erkektir. Ölen çocukların ortalama ömrü 29,19±13,93 (min. 12; maks. 60) ay olmuştur. Ölümlerden 84’ü (%86,6) hastanede, 9’u ev (%9,3) ve 4’ü (%4,1) dış mekanda gerçekleşmiştir. Dış mekanda gerçekleşen ölümlerin tamamı travma nedenli ölümlerdir.

En sık ölüm nedenleri %23,7 ile enfeksiyon hastalıkları (n=23), %20,6 ile travma (n=20) ve %19,6 ile kalıtsal hastalıklar (n=19) olduğu görülmüştür. Ölüm nedenlerinin dağılımı Şekil 1’de verilmiştir.



Şekil 1; Ölüm nedenlerinin dağılımı

Enfeksiyon nedeniyle ölenlerin en sık tanısı bronko-pnömonidir (n=11, %47,83). Enfeksiyon hastalıklarından ölenlerin tanılarına ait veriler Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Enfeksiyon nedeni ölenlerin tanıları

Tanılar	n	%
Bronkopnömoni	11	47,83
Pnömoni	4	17,39
Gastroenterit ve kolit	4	17,39
Sepsis	3	13,04
Ensefalit	1	4,35

Ölen çocukların aşılama durumları ölüm nedenlerine göre incelendiğinde en düşük aşılama oranlarının sırasıyla; kalıtsal hastalık nedeni ölümler (%70,74), enfeksiyon kaynaklı ölümler (%73,54) ve kronik hastalık nedeni ölümler (%75,61) olduğu görülmüştür. En yüksek aşılama oranı ise travma nedeni ölen çocuklardadır (n=305, %90,24). Ölüm nedenlerine göre aşı takvimindeki aşılama oranı Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Ölüm nedenlerine göre aşılama durumları

Aşılar	Enfeksiyon		Kalıtsal hastalıklar		Kardiyovasküler hastalıklar		Kronik hastalıklar		Malignensi		Travma	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır
Hepatit B (2. Doz)	21	2	16	3	12	3	9	4	5	2	18	2
BCG	19	4	15	4	13	2	9	4	4	3	18	2
DaBT-İPA-Hib	21	2	16	3	13	2	10	3	6	1	18	2
KPA (1. Doz)	21	2	16	3	13	2	10	3	6	1	18	2
DaBT-İPA-Hib (2. Doz)	18	5	16	3	13	2	11	2	6	1	17	3
KPA (2. Doz)	18	5	16	3	13	2	11	2	6	1	18	2
DaBT-İPA-Hib (3. Doz)	18	5	14	5	12	3	10	3	7	0	19	1
OPA (1. Doz)	19	4	14	5	12	3	10	3	6	1	18	2
KPA (3. Doz)	12	11	8	11	13	2	11	2	5	2	18	2
Hepatit B (3. Doz)	18	5	14	5	12	3	11	2	7	0	18	2
KPA (Rapel Doz)	17	6	10	9	10	5	11	2	6	1	19	1
KKK	16	7	11	8	9	6	11	2	6	1	19	1
Su Çiçeği	16	7	10	9	9	6	10	3	6	1	19	1
DaBT-İPA-Hib (Rapel Doz)	13	10	14	5	9	6	11	2	6	1	18	2
OPA (2. Doz)	12	11	14	5	9	6	10	3	6	1	18	2
Hepatit A (1. Doz)	12	11	14	5	9	6	10	3	5	2	18	2
Hepatit A (2. Doz)	7	2	2	4	4	1	6	4	3	2	10	4
KKK (2. Doz)	0	1	0	1	1	0	0	5	0	1	4	0
Toplam doz	278	100	220	91	186	60	171	52	96	22	305	33
Aşılama oranı (%)	73,54	26,46	70,74	29,26	75,61	24,39	76,68	23,32	81,36	18,64	90,24	9,76

BCG: *Bacillus Calmette–Guerin* (Tüberküloz); DaBT T: Difteri, boğmaca, tetanoz; İPA: İnaktif Poliovirüs aşısı; Hib: *Haemophilus influenza B*; KPA: Konjuge pnömokok aşısı; OPA: Oral Poliovirüs aşısı; KKK: Kabakulak, Kızamık, Kızamıkçık

Tartışma

Bu çalışma ulusal verilere genelleme yapılabilecek ölçüde büyük bir ilde 5 yaş altı çocukların tıbbi ölüm nedenleri ve ölen çocukların aşılama durumları değerlendirilerek yapılmıştır. Beş yaş altı ölüm oranları, ölüm nedenleri, ölen çocukların demografik özellikleri ve aşılama oranları birinci basamak sağlık uygulamaları perspektifinden yorumlanmaya çalışılmıştır.

Samsun ilindeki çocuk ölüm oranları incelendiğinde en sık enfeksiyon kaynaklı ölümlerin olduğu görülmüştür. Önlenbilir ölümlerin azaltılabilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve güçlendirilmesi gereklidir.

Samsun 5 yaş altı ölüm oranları Türkiye verisine benzerlik göstermektedir. TÜİK verilerine göre çalışmanın yürütüldüğü 3 yıl için Türkiye ölüm oranları 2019, 2020 ve 2021 için % 1,11, % 1,06 ve %1,12'dir.²²

Dünya'da 5 yaş altı çocuk ölüm sayısı 1950'li yıllarda 19,6 milyon iken, 2017'de artan küresel nüfusa rağmen bu rakam 5,4 milyona düşmüştür.¹¹ 2015 verilerine göre Güney Afrika'da 5 yaş altı çocuk ölüm hızı 1000 doğumda 37'dir.¹⁴ Bu gerileme küresel sağlığın ilerlemesinin gösterilmesindeki en büyük başarı göstergelerindedir. Türkiye ve Samsun verilerinin Küresel ölçekteki ölüm oranlarından da düşük olması Türkiye'deki birinci basamak sağlık hizmetlerinin gücünden kaynaklandığını düşündürmüştür.

Çalışmamızda 5 yaş altı ölüm nedeni olarak enfeksiyon nedenli ölümler en sık nedendir. Ulusal literatürde güncel 5 yaş altı verisi içeren akademik çalışma yoktur. Dünya üzerindeki 5 yaş altı ölümlerin %60'ının görüldüğü 10 ülke olan Nijerya, Hindistan, Pakistan, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Etiyopya, Çin, Endonezya, Tanzanya, Bangladeş ve Angola'daki en sık görülen ölüm nedenleri; doğumsal durumlar ve enfeksiyonlardır.²³ Bu ülkeler içinde yer alan Hindistan'da yapılan bir çalışmada 5 yaş altı ölümlerin en sık nedenleri doğumsal hastalıklar ve enfeksiyonlar,²⁴ Güney Afrika'da yapılan bir çalışmada kalıtsal hastalıklar ve enfeksiyonlar,¹⁴ ve Meksika'da kronik hastalıklar ve enfeksiyon hastalıklarının neden olduğu görülmüştür.⁹ Gelişen teknoloji ve geniş spektrumlu medikal seçeneklere rağmen enfeksiyonlara bağlı ölümlerin hala yüksek oranda görülmesi, bağışıklama çalışmaları ve enfeksiyonla mücadele gibi koruyucu hekimlik uygulamalarına daha fazla önem verilmesi gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışmada ölümlerin çoğu hastanede gerçekleşmiştir. Güney Afrika'da yapılan çalışmada ölümlerin yarıdan fazlası sağlık kuruluşlarında meydana gelmiştir.¹⁴ Bu yüksek oran ölen çocukların kalıtsal veya kronik hastalıklarının olması aynı zamanda enfeksiyon nedenli ölümlerin genellikle hastane yatışı gerektirecek ölçüde ağır enfeksiyonlar olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmada en yüksek aşılama oranı sağlıklı çocuk olarak nitelendirebileceğimiz travma nedenli ölümlerde, en az aşılama oranı kronik hastalık ve enfeksiyon nedenli ölümlerde. Türkiye'de yapılan bir çalışmada aşı takviminde yer alan aşılarla aşılama oranı %90 ile %99,8 arasında değişmektedir. Türkiye'de aşı takviminde olan aşılarla aşılama oranının çok yüksek olması birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir kazanımıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aşılama çalışmaları için önemi literatürce de desteklenmektedir. Myanmada'da yapılan bir çalışmada 5 yaş altı çocuklarda tam aşılanmış olanların oranının %55,4 olduğu görülmüştür.¹⁵ Etiyopya'da tamamlanmamış aşılama oranı %7,7 olarak bulunmuştur. Aynı çalışmada sağlık tesislerine yakınlık ve ulaşılabilirlik ile aşılama oranı arasında anlamlı derecede olumlu ilişki olduğu gösterilmiştir.²⁵ Ülkeler arasındaki tam doz aşılama oranları arasındaki büyük farklılıklar sağlık hizmetleri içinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde verilen hizmetin nitelik farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu çalışmada da ölen çocukların 2/3'ü erkektir. TÜİK tarafından açıklanan 2019 yılına ait en son verilere göre 5 yaş altı ölümlerde erkek çocuk ölüm oranı %55,1'dir.²² Sahra altı Afrika ülkelerinde erkek çocukların ölüm oranının daha yüksek olduğu gösterilmiştir.²⁶ Erkek cinsiyetin ölüm oranlarının fazla olma nedenlerinin yapılacak genetik çalışmalarla değerlendirilmesi gereklidir.

Sonuç

Ölen çocukların aşılama oranı ulusal aşılama oranının çok altındadır. En düşük aşılama oranı kalıtsal hastalık enfeksiyon kaynaklı ölümlerindedir. En sık ölüm nedeni enfeksiyon kaynaklı ölümlerdir. Enfeksiyon kaynaklı ölümlerin fazla olması enfeksiyonla mücadele ve koruyucu hekimlik uygulamaları gibi birinci basamak sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesine işaret etmektedir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Kagabo DM, Kirk CM, Bakundukize B, Hedt-Gauthier BL, Gupta N, Hirschhorn LR, et al. Care-seeking patterns among families that experienced under-five child mortality in rural Rwanda. *PLoS ONE* 2018;13(1):1–18.
2. Mishra K, Mohapatra I, Kumar A. A study on the health seeking behavior among caregivers of under-five children in an urban slum of Bhubaneswar, Odisha. *J Family Med Prim Care* 2019 Feb;8(2):498–503.
3. Ingole A, Yadav S, Gotorkar S, Choudhari S. Treatment-seeking behaviors of families for under five children in field practice area of Jawaharlal Nehru Medical College, Wardha. *J Datta Meghe Inst Med Sci Univ* 2021;16:36–41.
4. Singh BP, Das UD, Singh S, Singh G. Development of a Discrete Probability Distribution and its application to the pattern of child deaths. *J Sci Res* 2021;65(5):186–90.
5. Ali A, Şentürk İ. Justifying the impact of economic deprivation, maternal status and health infrastructure on under-five child mortality in Pakistan: an empirical analysis *Amjad. BBE* 2019;8(3):140–54.
6. Numaguchi A, Mizoguchi F, Aoki Y, An B, Ishikura A, Ichikawa K, et al. Epidemiology of child mortality and challenges in child death review in Japan. *Pediatrics International* 2022;64(1):1736–50.
7. Kizilirmak A, Başer M. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Appl Nurs Res* 2016;29:19–24.
8. Children and adolescents in the WHO European Region [Internet]. [Erişim Tarihi: 5 Nisan 2022]. Erişim adresi: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/children-and-adolescents-in-the-who-european-region>
9. Hernández-Prado B, Rodríguez-Angulo EM, Palmisano EB, Ojeda-Rodríguez R, Ojeda-Baranda RJ, Andueza-Pecha MG, et al. Factors associated with delays in the search for care in under-5 deaths in Yucatán, Mexico. *Salud Publ Mex* 2021;63(4):498–508.
10. Greenslade L, Ahmar S, Inyang E, Warren S, Oluseyi O. Every breath counts in Nigeria: A coalition to accelerate reductions in child pneumonia deaths. *Pediatr Pulmonol* 2020;55(S1):S22–4.
11. Burstein R, Henry NJ, Collison ML, Marczak LB, Sligar A, Watson S, et al. Mapping 123 million neonatal, infant and child deaths between 2000 and 2017. *Nature* 2019;574(7778):353–8.
12. Children at home and in primary health care [Internet]. [Erişim Tarihi: 5 Nisan 2022]. Erişim adresi: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/children-and-adolescents-in-the-who-european-region/children-at-home-and-in-primary-health-care>
13. Doctor HV, Nkhana-Salimu S, Abdulsalam-Anibilowo M. Health facility delivery in sub-Saharan Africa: Successes, challenges, and implications for the 2030 development agenda. *BMC Public Health* 2018;18(1):1–12.
14. Bamford LJ, Sa F, Mckerrow NH, Sa F, Paed M, Barron P, et al. Child Mortality. *S Afr Med J* 2018;108(March):S25–32.
15. Nozaki I, Hachiya M, Kitamura T. Factors influencing basic vaccination coverage in Myanmar: Secondary analysis of 2015 Myanmar demographic and health survey data. *BMC Public Health* 2019;19(1):1–8.
16. Greenwood B. The contribution of vaccination to global health: past, present and future. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2014;369(1645):20130433.
17. Pezzotti P, Bellino S, Prestinaci F, Iacchini S, Lucaroni F, Camoni L, et al. The impact of immunization programs on 10 vaccine preventable diseases in Italy: 1900–2015. *Vaccine* 2018;36(11):1435–43.
18. Scavone C, Sessa M, Clementi E, Rossi F, Capuano A. Italian immunization goals: A political or scientific heated debate? *Front Pharmacol* 2018;9:574.
19. Hotez P. America and Europe’s new normal: the return of vaccine-preventable diseases. *Pediatr Res* 2019;85(7):912–4.
20. Andersen A, Fisker AB, Rodrigues A, Martins C, Ravn H, Lund N, et al. National immunization campaigns with Oral Polio Vaccine reduce all-cause mortality: A natural experiment within seven randomized trials. *Front Public Health* 2018;8(13):1–10.
21. De Bree LCJ, Koeken VACM, Joosten LAB, Aaby P, Benn CS, van Crevel R, et al. Non-specific effects of vaccines: Current evidence and potential implications. *Semin Immunol* 2018;39:35–43.
22. TÜİK-Türkiye İstatistik Kurumu [Internet]. [Erişim Tarihi: 23 Nisan 2022]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2021-45715>
23. Perin J, Mulick A, Yeung D, Villavicencio F, Lopez G, Strong KL, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–19: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Child Adolesc Health* 2022;6(2):106–15.
24. Liu L, Chu Y, Oza S, Hogan D, Perin J, Bassani DG, et al. National, regional, and state-level all-cause and cause-specific under-5 mortality in India in 2000–15: a systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet Glob Health* 2019;7(6):e721–34.
25. Ali Y, Mekonnen FA, Molla Lakew A, Wolde HF. Poor maternal health service utilization associated with incomplete vaccination among children aged 12-23 months in Ethiopia. *Hum Vaccin Immunother* 2020;16(5):1202–7.
26. Ekholuenetale M, Wegbom AI, Tudeme G, Onikan A. Household factors associated with infant and under-five mortality in sub-Saharan Africa countries. *Int J Child Care Educ Policy* 2020;14(1):10.



The Relationship Between Burnout and Perceived Stress Among Physician Mothers With Children Aged 0-6: A Cross-Sectional Study

Çocuğu 0-6 Yaş Grubu Olan Doktor Annelerde Tükenmişlik ve Algılanan Stres Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Çalışma

Zeynep DABAN DURGUT¹, Mustafa Kursat SAHİN²

Abstract

Objective: This study aims to evaluate the burnout level of physician mothers with children aged 0-6 years and the relationship between burnout and stress.

Materials and Methods: This is a cross-sectional study. It was carried out in Samsun between March and June 2020. Physician mothers with children aged 0-6 were included in the study. A questionnaire form created by the researchers was used. The questionnaire form was applied to the participants online via Google Forms. Snowball sampling was used. Sociodemographic data form, Maslach Burnout Scale, and Perceived Stress Scale were used.

Results: A total of 394 physician mothers participated. 48.5% of the participants were over 35 years old, and 97% were married. 50.0% of the participants had only one child. 59.1% of the mothers worked as day shifts. 47.0% of the participants stated that they feel guilty towards their children because they work, and 53.0% of the mothers do not experience difficulties at work because they are mothers. 68.8% can get social support in the workplace, and 83.5% of the mothers stated that they could easily get permission when there was a situation related to their children. Participants scored 5.8 ± 3.2 points from the depersonalization dimension, 18.2 ± 6.3 points from the emotional burnout dimension, and 11.8 ± 3.5 points from the personal accomplishment dimension of the Maslach Burnout Scale. Depersonalization was higher in mothers with one child. Emotional burnout was higher in mothers who were on duty as physicians compared to mothers who worked during the day. Participants who were over the age of 35 or had more than one child had higher personal accomplishment scores. Those who felt guilty about working and had difficulties at work because they were mothers had higher levels of emotional burnout. Emotional burnout, depersonalization, and perceived stress levels were lower in those who could receive support from their social environment at work and who could easily take leave in situations involving their children. Those with a history of psychiatric illness and those who felt guilty towards their children because they were working mothers had higher levels of perceived stress. The highness of all dimensions of burnout was associated with high levels of perceived stress.

Conclusion: Physician mothers' burnout and perceived stress levels were high during the COVID-19 pandemic. Factors related to the workplace were found to affect stress and burnout. Workplace support mechanisms were found to cause less perceived perception of burnout and stress.

Keywords: burnout, stress, mother, physician

Özet

Amaç: Bu çalışmada 0-6 yaş arası çocuğu olan doktor annelerin tükenmişlik düzeyinin ve tükenmişlik ile stres arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel çalışma, Mart-Haziran 2020 tarihleri arasında Samsun'da yürütüldü. Çalışmaya 0-6 yaş grubu çocuğu olan doktor anneler dahil edildi. Araştırmacılar tarafından oluşturulan bir anket formu kullanıldı. Anket formu Google formlar aracılığıyla çevrimiçi ortamda katılımcılara uygulandı. Kartopu örnekleme kullanıldı. Sosyodemografik veri formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Toplamda 394 doktor anne katıldı. Katılımcıların %48,5'i 35 yaşından büyük ve %97'si evliydi. Katılımcıların %50,0'sinin tek çocuğu vardı. Annelerin %59,1'i gündüz mesaisi şeklinde çalışmaktaydı. Katılımcıların %47,0'si çalıştığı için kendini çocuğuna karşı suçlu hissettiğini, %53,0'u iş yerinde anne olduğu için zorluk yaşamadığını, %68,8'i iş ortamında sosyal destek alabildiğini, %83,5'i çocuğu ile ilgili bir durum olduğunda kolaylıkla izin alabildiğini ifade etti. Katılımcılar, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, duyarsızlık boyutundan $5,8 \pm 3,2$ puan, duygusal tükenme boyutundan $18,2 \pm 6,3$ puan ve kişisel başarı boyutundan $11,8 \pm 3,5$ puan aldı. Duyarsızlaşma tek çocuğu olan annelerde daha fazlaydı. Nöbet tutan doktor annelerin, gündüz mesai şeklinde çalışan annelere göre duygusal tükenmişliği daha fazlaydı. Otuz beş yaş üstü ya da birden fazla çocuğu olan katılımcıların kişisel başarı puanları daha yüksekti. Çalıştığı için suçluluk hisseden ve iş yerinde anne olduğu için zorluk yaşayanların duygusal tükenmişlik düzeyleri daha yüksekti. İş yerindeki sosyal ortamından destek alabilenler ve çocuğu ile ilgili durumlarda kolayca izin alabilenlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve algılanan stres düzeyleri daha düşüktü. Psikiyatrik hastalık öyküsü olan ve çalışan anne olduğu için çocuğuna karşı suçluluk hissedenlerin algılanan stres seviyeleri daha yüksekti. Tükenmişliğin tüm boyutlarının yüksekliği algılanan stres düzeylerinin yüksekliği ile ilişkiliydi.

Sonuç: COVID-19 pandemisinde doktor annelerin tükenmişlik ve algılanan stres düzeylerinin yüksek olduğu bulundu. İş ortamıyla ilgili faktörlerin stres ve tükenmişlik üzerinde etkisi olduğu görüldü. İş ortamındaki destek mekanizmaları tükenmişlik ve stresin daha az algılanmasına neden olduğu saptandı.

Anahtar kelimeler: Tükenmişlik, stres, anne, hekim

Geliş tarihi / Received: 16.10.2022 Kabul tarihi / Accepted: 24.03.2023

¹Olur İlçe Devlet Hastanesi, Olur, Erzurum

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

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Zeynep DABAN DURGUT, Olur İlçe Devlet Hastanesi, Erzurum

E-posta: zeynepdaban@gmail.com Tel: +905060584750

Daban Durgut Z & Şahin MK. *The relationship between burnout and perceived stress among physician mothers with children aged 0-6: A cross-sectional study.* TJFMPC, 2023;17 (2) :226-232

DOI: 10.21763/tjfm.1190036

Giriş

Tükenmişlik sendromu, bireylerin yaşamında iş hayatı ile ilgili uzun süreli strese verilen uygunsuz cevap sonucu ortaya çıkan bir durum olarak Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında tanımlanmıştır.¹ Sağlık çalışanları arasında tükenmişlik sendromu yaygın görülmektedir. Tükenmişlik sendromunun özellikle hekimler arasında yaygın olarak görüldüğü ve hekimlerinin hayat kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğunu bilinmektedir. İş hayatı ile ilgili tükenmişliği tanımlamak için profesyonel tükenmişlik, mesleki tükenmişlik, iş tükenmişliği gibi birçok terim kullanılmaktadır.² Bunların yanında ebeveynlik tükenmişliği de yakın zamanda ortaya çıkan bir terim olup, ebeveynlerin yaşadığı tükenmişliği açıklayan bir terim olarak kullanılmaktadır.³ Son zamanlarda ebeveyn tükenmişliği ile ilgili çalışmalar artmıştır. Bu çalışmalar ebeveyn rolünün bireylerde mesleki tükenmişliğe benzer şekilde tükenmişliğe neden olduğunu göstermektedir.^{4,6}

Toplumların çoğunda özellikle kültürel açıdan çocuk bakımında kadın başrolüdür. Çocuk yetiştirirken annenin sorumluluğunun çok fazla olmasının yanında kadınların aile içinde ve iş hayatında da sorumlulukları vardır. Kadınlar bu kadar çok sorumluluğu göğüslemeye çalışırken, aile ile iş hayatı arasında yaşadıkları çatışmalar, mükemmel anne olmaya çalışmalarının neden olduğu stres ve baskı annelerin ebeveynlik rolünde duygusal tükenme yaşamasında neden olmaktadır. Ebeveynlik stresi ve duygusal tükenme kadınların ruhsal sağlığını olumsuz etkilemektedir.^{7,8} Toplumdaki kadınların önemli bir kısmı günlük ebeveynlik iş yükü nedeniyle yüksek düzeyde strese maruz kalmaktadır. Depresyon, ebeveyn olmanın getirdiği stres ve bireylerin algıladığı stresin ebeveynlik tükenmişliği ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.⁶ Tükenmişlik ve stres arasındaki ilişkinin yönü tam olarak tespit edilemese de stresin tükenmişliğe neden olduğu, tükenmişliğin de stresi artırdığı ve ikisinin de birbirini etkilediği görülmüştür.^{9,10}

Tükenmişlik doktor annelerin hayatını hem sosyal olarak hem de mesleki olarak olumsuz etkilemektedir. İş ortamında yaşanan stres ve annelik ile mesleki hayat arasında yaşanan çatışmalar doktor annelerin maruz kaldığı tükenmişliği artırmaktadır. Uzun çalışma saatleri, gece nöbetleri, insan hayatını doğrudan ilgilendiren hassas bir mesleği icra etmenin beraberinde getirdiği stresin yanı sıra ebeveynlik stresi de doktor annelerin psikolojik sağlığını ciddi ölçüde etkilemektedir. Bu sebeplerle doktor anneler tükenmişlik açısından büyük risk altındadır. COVID-19 karantinasında ebeveynler çalışan bir kadın ve anne olarak birçok zorlukla karşı karşıya kalmıştır. Bu süreçte okul, kreş ve anaokullarının kapalı olması eğitimin ev ortamında ebeveyn gözetiminde devam ettirilmesi ebeveynlerin çocuk bakım iş yükünü artırmıştır. Bu dönemde seyahat kısıtlamaları, enfeksiyon kapma korkusu ya da iş yerinden evdekilere, özellikle büyük anne, büyük babaya enfeksiyon taşıma korkuları gibi nedenlerle aile büyüklerinden sosyal destek alınamamıştır. Özellikle okul öncesi dönemde çocuğu olan aileler daha büyük çocuğu olanlara göre bu dönemde daha yüksek oranda tükenmişlik ve strese maruz kalmıştır. Diğer yandan, evlerde karantinada kalma izole olma durumunun çocukların psikolojik durumunu olumsuz etkilediği de görülmektedir. Çocukların kapalı kaldığında yaşadığı duygusal zorluklar ebeveynlerin yaşadığı stresi de artırmıştır.^{11,12}

İtalya'da pandemi döneminin ebeveynlerin ruhsal sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin incelendiği araştırmanın sonuçlarına göre 2-14 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerin ebeveynlik stresinin bu dönemde arttığı gözlenmiştir.¹¹ Stres düzeyi yüksek saptanan ebeveynler çocuk bakımı ile daha az ilgilenmekte, çocuklarının duygusal gelişiminde daha az etkili olmaktadır. Dahası, karantinada tüm gün evde zaman geçirilmesine karşın ebeveynlerin bu dönemde çocuklarıyla daha az zaman geçirdiği görülmektedir. Çalışmalar da ebeveynlik stresi ne kadar yüksekse çocuğun bakımına ilgi o kadar az ve de çocuğun ihmalinin de o kadar fazla olduğunu göstermektedir.¹³ Okulların kapalı olduğu bu dönemde bakıcı, büyük anne veya büyük babanın sağladığı sosyal desteğin eksikliğinin ebeveynler üzerinde olumsuz etkileri olmuştur. Sosyal desteğin olmayışı, evden çalışma sürecinde ebeveynlerin çocukları ile başa çıkma becerilerinin azalmasının nedeni olduğu düşünülmektedir.¹⁴

Sağlık çalışanlarının maruz kaldığı stres, toplumu birçok açıdan tehdit etmektedir. Pandemi döneminde doktor annelerin hem mesleki açıdan hem de ebeveynlik açısından tükenmişlik durumu ile karşı karşıya kalmış olması muhtemeldir. Bu çalışmanın amacı, 0-6 yaş arası çocuğu olan doktor annelerin tükenmişlik düzeyini ve tükenmişlik ile stres arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Gereç Ve Yöntem

Bu kesitsel çalışma Mart-Haziran 2020 tarihleri arasında Samsun'da yürütüldü. Çalışmaya 0-6 yaş grubu çocuğu olan doktor anneler dahil edildi. Araştırmacılar tarafından oluşturulan bir anket formu kullanıldı. Anket formu Google formlar aracılığıyla çevrimiçi ortamda (e-mail, Facebook, WhatsApp) katılımcılara uygulandı. Anketin başlangıç kısmında, katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilip yazılı onamları alındı. Araştırmaya katılmayı kabul edenler "Evet, araştırmaya katılmayı kabul ediyorum" kutusunu işaretleyerek çalışmaya katıldı. Çevrimiçi anket yaptığımız için kartopu örnekleme yöntemi kullanıldı. Çalışma için etik kurul onayı alındı (OMUKAEK 2019-957).

Anket araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturuldu. Sosyodemografik özellikler, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, Algılanan Stres Ölçeğini içeren 3 bölümden oluşuyordu. Birinci bölümde; yaş (<35 yaş veya >35 yaş),

medeni durum, çocuk sayısı (tek çocuk veya 2 ve daha fazla çocuk), çalışma düzeni (gündüz mesaisi ya da gece nöbeti) ile ilgili soruları içeriyordu. Aynı zamanda bu bölümde, annenin psikiyatrik hastalık öyküsü, çocuğun sağlık problemleri, annenin çalıştığı için çocuğuna karşı kendini suçlu hissetmesi, anne olduğu için iş yerinde zorluk yaşaması, iş ortamında sosyal destek alması ve çocuğu ile ilgili acil bir durum olduğunda kolayca izin alabilmesi hakkında sorular vardı.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Katılımcıların tükenmişlik düzeyleri Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile değerlendirildi. Bu ölçek, Maslach ve Jackson tarafından oluşturulan 3 alt boyutlu, 22 maddeli ve 7'li Likert tipte bir ölçektir.^{1,15} Ölçeğin 9 maddeden oluşan duygusal tükenme, 8 maddeden oluşan duyarsızlaşma, 5 maddeden oluşan kişisel başarı alt boyutları vardır. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar ile kişisel başarı alt ölçeğinden alınan düşük puanlar yüksek düzeyde tükenmişliği göstermektedir. Çalışmamızda kişisel başarı alt ölçeği soruları tersten puanlanmıştır. Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin tarafından yapılmıştır.¹⁶

Algılanan Stres Ölçeği

Cohen ve ark. tarafından oluşturulan 14 maddeli ve 5'li Likert tipte bir ölçektir. Ölçek, kişinin son bir ayda yaşadıklarını göz önünde bulundurarak hayatındaki birtakım durumların ne derece stresli algılandığını değerlendirmektedir.¹⁷ Ölçekten alınan yüksek puanlar algılanan stresin yüksek olduğunu göstermektedir.^{17,18} Bu ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eskin ve ark. tarafından yapılmıştır.¹⁸

İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS Statistic version 21.0 ile analiz edildi. Kategorik veriler sayı, yüzde ve sürekli veriler ortalama, standart sapma olarak sunuldu. Verilerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney-U testi kullanıldı. $p < 0,05$ istatistik olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya toplamda 394 kişi katıldı. Katılımcıların %48,5'i 35 yaşından büyük ve %97,0'si evliydi. Katılımcıların %50,0'sinin tek çocuğu vardı. Annelerin %59,1'i gündüz mesaisi şeklinde çalışmaktaydı. Katılımcıların %47,0'si çalıştığı için kendini çocuğuna karşı suçlu hissettiğini, %53,0'ü iş yerinde anne olduğu için zorluk yaşamadığını, %68,8'i iş ortamında sosyal destek alabildiğini, %83,5'i çocuğu ile ilgili bir durum olduğunda kolaylıkla izin alabildiğini ifade etti (Tablo 1).

Tablo 1 Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=394)

Özellik	Kategori	n (%)
Yaş	≤35 yaş	191 (48,5)
	>35 yaş	203 (51,5)
Medeni durum	Evli değil	12 (3,0)
	Evli	382 (97,0)
Çocuk sayısı	Tek çocuk	197 (50,0)
	≥2 ve daha fazla	197 (50,0)
Çalışma düzeni	Gündüz mesai	233 (59,1)
	Vardiyalı	161 (40,9)
Annenin psikiyatrik hastalık öyküsü	Hayır	362 (91,9)
	Evet	32 (8,1)
Çocuğun hastalık öyküsü	Hayır	373 (94,7)
	Evet	21 (5,3)
Kendini çalıştığı için suçlu hissetmesi durumu	Hayır	209 (53,0)
	Evet	185 (47,0)
İş yerinde zorluk yaşama durumu	Hayır	185 (47,0)
	Evet	209 (53,0)
İş ortamında sosyal destek alabilme durumu	Hayır	123 (31,2)
	Evet	271 (68,8)
Kolaylıkla izin alabilme durumu	Hayır	65 (16,5)
	Evet	329 (83,5)

Katılımcılar, Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlık boyutundan $5,8 \pm 3,2$ puan, duygusal tükenme boyutundan $18,2 \pm 6,3$ puan ve kişisel başarı boyutundan $11,8 \pm 3,5$ puan aldı (Tablo 2).

Maslach Tükenmişlik Ölçeği duyarsızlaşma boyutuna göre bakıldığında yaş, medeni durum, çalışma saatleri, çocuk hastalık öyküsü ve anne psikiyatrik hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ($p > 0,05$). Tek çocuğu olanların duyarsızlaşma boyutu puanları daha yüksekti ($p = 0,011$). Çalıştığı için kendini suçlu hisseden ve anne olduğu için işte zorlanan katılımcıların duyarsızlaşma boyutu puanları diğerlerinden

daha yüksekti ($p < 0,001$, $p=0,008$). Çalışma ortamında sosyal destek alan hekim annelerin duyarsızlaşma puanları diğerlerine göre daha düşüktü ($p=0,048$)(Tablo 2).

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme boyutu açısından bakıldığında gece nöbeti tutarak vardiyalı çalışan katılımcıların gündüz mesai şeklinde çalışanlara göre daha yüksek düzeyde tükenmişlik yaşadıkları saptandı ($p < 0,001$). Kendini suçlu hisseden ve işte zorluk çeken katılımcılar daha yüksek duygusal tükenme puanlarına sahipti ($p < 0,001$; $p < 0,001$). Sosyal destek alabilen ve çocuğu ile ilgili acil durumlarda kolayca izin alabilen katılımcıların duygusal tükenme alt ölçeği puanları diğerlerine göre daha düşüktü (sırasıyla; $p < 0,001$, $p < 0,001$)(Tablo 2).

Otuz beş yaş altındaki katılımcıların kişisel başarı boyutu puanları daha yaşlı olanlara kıyasla daha yüksekti ($p < 0,001$). Birden fazla çocuğu olan katılımcıların kişisel başarı puanları tek çocuğu olanlara göre daha düşüktü ($p=0,002$). Gruplar arasında çalışma düzeni, çocuk hastalık öyküsü, annenin psikiyatrik hastalık öyküsü açısından bakıldığında kişisel başarı puanı açısından bir fark görülmedi ($p > 0,05$). Kişisel başarı puanı kendini suçlu hisseden, iş ortamında sosyal desteği olmayan, iş yerinde anne olduğu için zorluk yaşayanların daha düşüktü (sırasıyla; $p < 0,001$, $p < 0,001$, $p=0,015$) (Tablo 2).

Tablo 2 Katılımcıların özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt ölçeklerinin karşılaştırılması

Özellik	Kategori	Ort±SS	Ortanca	p*	Ort±SS	Ortanca	p*	Ort±SS	Ortanca	p*
			(Min-Maks)			(Min-Maks)			(Min-Maks)	
Yaş	≤35 yaş	6,1 ± 3,3	6 (0 - 17)	0,118	18,1 ± 6,3	18 (3 - 36)	0,869	12,5 ± 3,4	12 (5 - 24)	0,001
	>35 yaş	5,6 ± 3,2	6 (0 - 15)		18,3 ± 6,4	18 (5 - 35)		11,3 ± 3,6	11 (2 - 23)	
Medeni durum	Evli değil	5,1 ± 3,3	6 (0 - 10)	0,58	15,3 ± 6,3	14 (8 - 26)	0,098	10,1 ± 3,5	9 (5 - 15)	0,074
	Evli	5,9 ± 3,3	6 (0 - 17)		18,3 ± 6,3	18 (3 - 36)		11,9 ± 3,6	12 (2 - 24)	
Çocuk sayısı	Tek çocuk	6,3 ± 3,3	6 (0 - 17)	0,011	18,7 ± 6,5	19 (3 - 35)	0,214	12,4 ± 3,4	12 (3 - 20)	0,002
	≥2 ve daha fazla	5,4 ± 3,2	5 (0 - 15)		17,8 ± 6,1	18 (5 - 36)		11,4 ± 3,6	11 (2 - 24)	
Çalışma düzeni	Gündüz mesai	5,7 ± 3,3	6 (0 - 16)	0,321	17,3 ± 6,2	17 (3 - 36)	<0,001	11,9 ± 3,7	12 (2 - 23)	0,464
	Vardiyalı	6,1 ± 3,3	6 (0 - 17)		19,6 ± 6,3	20 (5 - 34)		11,8 ± 3,3	11 (4 - 24)	
Annenin psikiyatrik hastalık öyküsü	Hayır	5,9 ± 3,3	6 (0 - 17)	0,775	18,1 ± 6,4	18 (3 - 36)	0,267	11,8 ± 3,5	12 (2 - 23)	0,382
	Evet	5,9 ± 3,1	6 (0 - 11)		19,5 ± 6,0	19 (8 - 35)		12,6 ± 4,2	12 (5 - 24)	
Çocuğun hastalık öyküsü	Hayır	5,9 ± 3,3	6 (0 - 17)	0,531	18,3 ± 6,3	18 (3 - 36)	0,512	11,9 ± 3,5	12 (2 - 23)	0,332
	Evet	5,5 ± 3,3	5 (0 - 13)		17,1 ± 6,5	17 (7 - 26)		11,3 ± 4,2	11 (4 - 24)	
Kendini çalıştığı için suçlu hissetmesi durumu	Hayır	5,1 ± 2,9	5 (0 - 12)	<0,001	15,8 ± 5,6	16 (3 - 35)	<0,001	11,2 ± 3,3	11 (3 - 20)	<0,001
	Evet	6,8 ± 3,4	7 (0 - 17)		20,9 ± 6,1	21 (5 - 36)		12,6 ± 3,7	12 (2 - 24)	
İş yerinde zorluk yaşama durumu	Hayır	5,4 ± 3,2	5 (0 - 14)	0,008	16,0 ± 5,4	16 (3 - 29)	<0,001	11,1 ± 3,5	11 (2 - 21)	<0,001
	Evet	6,3 ± 3,3	6 (0 - 17)		20,2 ± 6,5	20 (5 - 36)		12,5 ± 3,5	12 (5 - 24)	
İş ortamında sosyal destek alabilme durumu	Hayır	6,3 ± 3,5	7 (0 - 17)	0,048	21,1 ± 6,6	21 (5 - 36)	<0,001	12,5 ± 3,7	12 (5 - 23)	0,015
	Evet	5,6 ± 3,2	5 (0 - 15)		16,9 ± 5,8	17 (3 - 34)		11,6 ± 3,4	11 (2 - 24)	
Kolaylıkla izin alabilme durumu	Hayır	6,3 ± 3,6	7 (0 - 17)	0,288	22,7 ± 6,3	23 (10 - 36)	<0,001	12,2 ± 3,4	12 (5 - 19)	0,341
	Evet	5,8 ± 3,2	6 (0 - 16)		17,3 ± 6,0	18 (3 - 35)		11,8 ± 3,6	12 (2 - 24)	

*İki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Katılımcıların Algılanan Stres Ölçeğinden aldığı puanlar yaş, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma düzeni açısından farklılık göstermedi ($p>0,05$). Psikiyatrik hastalık öyküsü olan annelerin stres düzeyi daha yüksekti ($p=0,001$). Kendini suçlu hisseden katılımcılar ile iş yerinde zorlanan anneler daha yüksek stres düzeyi bildirdi (sırasıyla; $p<0,001$, $p<0,001$). İş yerinde sosyal desteğe sahip hekim anneler ile çocuğunu ilgilendiren durumlar için kolayca izin alabilen annelerin stres düzeyi daha düşüktü (Tablo 3).

Tablo 3 Katılımcıların özelliklerine göre algılanan stres düzeylerinin karşılaştırılması

Özellik	Kategori	Algılanan Stres Ölçeği		p*
		Ort±SS	Ortanca (Min-Maks)	
Yaş	≤35 yaş	28,7 ± 8,3	29 (8 - 52)	0,126
	>35 yaş	27,4 ± 8,5	28 (4 - 47)	
Medeni durum	Evli değil	24,1 ± 8,7	24 (10 - 40)	0,095
	Evli	28,1 ± 8,4	28 (4 - 52)	
Çocuk sayısı	Tek çocuk	28,9 ± 8,4	29 (4 - 52)	0,046
	≥2 ve daha fazla	27,1 ± 8,3	28 (4 - 47)	
Çalışma düzeni	Gündüz mesai	27,6 ± 8,4	28 (4 - 52)	0,253
	Vardiyalı	28,7 ± 8,4	29 (4 - 48)	
Annenin psikiyatrik hastalık öyküsü	Hayır	27,6 ± 8,3	28 (4 - 52)	0,001
	Evet	32,9 ± 8,7	33(8 - 48)	
Çocuğun hastalık öyküsü	Hayır	28,0 ± 8,4	28 (4 - 52)	0,911
	Evet	27,7 ± 8,4	28 (10 - 43)	
Kendini çalıştığı için suçlu hissetmesi durumu	Hayır	25,7 ± 8,2	26 (4 - 48)	<0,001
	Evet	30,6 ± 7,9	31 (8 - 52)	
İş yerinde zorluk yaşama durumu	Hayır	25,4 ± 7,8	26 (4 - 45)	<0,001
	Evet	30,4 ± 8,3	30 (4 - 52)	
İş ortamında sosyal destek alabilme durumu	Hayır	29,7 ± 8,8	29 (10 - 52)	0,032
	Evet	27,2 ± 8,2	28 (4 - 47)	
Kolaylıkla izin alabilme durumu	Hayır	32,3 ± 7,9	32 (17 - 52)	<0,001
	Evet	27,2 ± 8,3	28 (4 - 51)	

*İki grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Algılanan Stres Ölçeği ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği tüm boyutları arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir korelasyon vardı (Tablo 4).

Tablo 4. Algılanan stres ile tükenmişlik ve tükenmişlik alt ölçek puanları arasındaki ilişki

	Algılanan stres	Duyarsızlaşma	Duygusal tükenme	Kişisel başarı
Duyarsızlaşma	0,378*			
Duygusal tükenme	0,555*	0,575*		
Kişisel başarı	0,377*	0,500*	0,421*	

* $p<0,001$

Tartışma

Bu çalışmada 0-6 yaş arası çocuğu olan doktor annelerin tükenmişlik düzeyi ve tükenmişlik ile stres arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Çalışmalarda, evli olmayan ebeveynlerin evli olanlardan daha fazla tükenmişlik yaşadığı belirtilmektedir.^{9,19} Başka bir çalışmada ise sosyodemografik verilerin tükenmişlik üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır.²⁰ Bizim çalışmamızda medeni durum tükenmişliği etkilememiştir. Fakat bu çalışmada evli olmayan katılımcıların sayısı azdı. Türk toplumu aile tabanlı bir yapıya sahip olduğundan evli olsalar da olmasalar da hem anne hem baba çocuk bakımında sorumlulukları paylaşmaktadır. Ülkemizde tek ebeveynli aile ya da yalnızca annenin rol aldığı ebeveynlik nadir görülmektedir. Bu açıdan da örneklemimiz toplumu yansıtmaktadır. Çalışmamızda kişisel başarı alt ölçeğine göre 35 yaş üstü katılımcıların tükenmişliğinin daha az olduğu gözlemlendi. COVID-19 döneminde sağlık çalışanları ile yapılan çalışmalarda 40 yaş üstü bireylerin tükenmişliği 30 yaş altı bireylerin tükenmişliğine göre daha düşüktü.^{21,22} Yine aynı dönemde sağlık çalışanları ile yapılan başka çalışmalarda yaş ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı gösterildi.^{23,24} Bu çalışmada da yaş ile tükenmişlik açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Bunun nedeni örneklemimizi 0-6 yaş grubu doktor annelerin oluşturması olabilir. Bu yaş grubu çocuğu olan annelerin yaşları birbirine yakın olduğu için tükenmişlik seviyelerinde anlamlı fark saptanmamış olması muhtemeldir.

Vardiyalı çalışma ile tükenmişlik arasında anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Vardiyalı çalışan bireylerde özellikle gece nöbeti tutanlarda tükenmişlik yalnız gündüz mesaisi şeklinde çalışanlara göre daha yüksek

bildirilmektedir.²⁵⁻²⁷ Vardiyalı çalışmada, özellikle de gece nöbeti tutan sağlık çalışanlarında algılanan stresin arttığı gösterilmiştir.²⁶ Bu çalışmada da literatüre benzer şekilde vardiyalı çalışıp, gece nöbeti de tutan katılımcıların duygusal tükenme ve algılanan streslerinin daha yüksek olduğu görüldü.

Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkarak hızla tüm dünyaya yayılan COVID-19 pandemisi hızla artan ölümler karantina koşulları gibi durumların insanların ruh sağlığını olumsuz etkilediği bilinmektedir. Ayrıca COVID-19 pandemisinin sağlık çalışanları üstünde olumsuz psikolojik etkilerinin olduğu da görüldü.²⁸ Yapılan bir çalışmada COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarının %44'ünün depresyon, anksiyete, tükenmişlik semptomlarının olduğu ve kadınların depresyon, tükenmişlik ve intihar düşüncesinin erkeklerden daha fazla olduğu gösterildi.²² Kadın sağlık çalışanlarının, özellikle anne olan sağlık çalışanlarının, üzerinde pandeminin negatif etkilerinin olduğu saptanmıştır. Singapur'da COVID-19 salgını döneminde yapılan bir çalışmada, kadınların duygusal tükenme alt ölçeği açısından tükenmişliği erkeklere göre daha yüksek olarak bulunmuştur.²¹

Pandemi döneminde evli olmayan ve yeterince sosyal desteği olmayan annelerin tükenmişlik, stres ve depresyon semptomlarının diğer bireylere göre daha fazla olduğu gözlenmiştir.²⁹ Yaşı genç, tecrübesi az olan, karantina alanlarında uzun süreler çalışmak zorunda kalanların duygusal tükenmişliklerinin daha fazla olduğu görülmektedir.³⁰

Bu çalışma Türkiye'de COVID-19 vakasının ilk görüldüğü zamandan sonra pandeminin erken dönemlerinde yürütüldü. Bu süreçte daha önce yaşanmamış olan bir pandeminin getirdiği belirsizlikler ve bunun getirdiği korku oldukça yüksekti. Yüksek riskli grup olarak tanımlanan sağlık çalışanları da benzer şekilde bir süreçten geçti. Bu dönemde olağanüstü çalışma koşulları ve ailelerine virüs taşıma korkusu nedeniyle çalıştıkları süreçlerde çocuklarından, ailelerinden ayrı yaşamak zorunda kalan doktor anneler oldu. Bu durumların, doktor annelerin tükenmişliğini ve stresini artıran nedenler olduğu düşünülebilir. Pandemi öncesi dönemde, çalıştığı için suçluluk hissetmeni ve iş yerinde zorluk yaşamamanın ebeveyn tükenmişliğini etkilediği gösterilmiştir.³¹ İş ortamı doktor annelerin de hem mesleki hayatını hem de anneliğini çok büyük ölçüde etkilemektedir. Birinci basamakta doktor anneler ile yapılan bir çalışmada katılımcıların ailelerine, çocuklarına ve ev işlerine yeterince zaman ayıramadıkları için kendilerini suçlu hissettikleri belirtilmektedir. Bireylerin yaşadığı bu suçluluk duygusu, ev ile iş arasında yaşadıkları çatışmalar tükenmişlik ve strese neden olmaktadır.³² Bu çalışmada da iş ortamında sosyal desteği olan, kolayca izin alabilen ve iş yerinde anne olduğu için zorluk yaşamayan katılımcıların daha az tükenmişlik ve stres düzeylerine sahip olduğu görüldü. Yüksek tükenmişlik düzeylerine sahip olanların stres seviyelerinin de yüksek olduğu gösterilmiştir.²⁰ Başka bir çalışmada da algılanan stres ve tükenmişliğin paralellik gösterdiği bulunmuştur.³³ Hutchinson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada tükenmişlik ve stres arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Ama duygusal tükenme alt ölçeğindeki yüksek puanların yüksek stres düzeyleri ile ilişkili olduğu görülmüştür.³⁴

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları vardır. Bunlardan biri hekim annelerin branşlarına göre tükenmişlik ve stres açısından değerlendirilmemiş olmasıdır. Evli olmayan anne oranının literatüre göre daha düşük olması çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır. Başka bir kısıtlılık ise katılımcıların ebeveyn tükenmişliği ve ebeveynlik stresi açısından değerlendirilmemesidir. Aynı zamanda pandeminin anne olan ve olmayan kadın doktorlar üstünde yarattığı stres ve tükenmişlik ile ilgili bir değerlendirme yapılamamıştır. Burada yaşanan tükenmişlik ve stresin sadece sağlık çalışanı olmaktan mı yoksa anne olmaktan mı kaynaklandığı bu nedenle değerlendirilememiştir. Gelecekte yapılacak çalışmalarda hem iş tükenmişliği hem de ebeveyn tükenmişliğinin ayrı ayrı ele alındığı kontrol grubunun olduğu çalışmalara ihtiyaç vardır. Çalışmanın sonuçlarının kısıtlı örneklem nedeniyle genellenmesi uygun değildir.

Sonuç

Bu çalışmada, COVID-19 pandemisinde doktor annelerin tükenmişlik ve algılanan stres düzeylerinin yüksek olduğu bulundu. İş ortamıyla ilgili faktörlerin stres ve tükenmişlik üzerinde etkili olduğu görüldü. İş ortamındaki destek mekanizmaları tükenmişlik ve stresin daha az algılanmasına neden olduğu saptandı. Doktor annelere iş ortamında sosyal destek sağlamak, stresi ve tükenmişliği azaltıp hekimlerimizin daha verimli çalışmasını ve de çocuğuna karşı daha verimli olabilmesini sağlayabilir. Çalışma düzenini hekim annelere en uygun şekilde ayarlamak ve çocuğu ile ilgili durumlar için sosyal destek sağlamak, doktor annelerin hem iş yerinde hem de ebeveynlik hayatında yaşadığı stresi ve tükenmişliği azaltabilir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynaklar

1. Maslach C, Jackson SE. The Measurement of Experienced Burnout. *J Occup Behav.* 1981;2(2):99-113.
2. O'Dea B, O'Connor P, Lydon S, Murphy AW. Prevalence of burnout among Irish general practitioners: a cross-sectional study. *Ir J Med Sci.* 2017;186(2):447-453.
3. Pelsma DM, Roland B, Tollefson N, Wigington H. Parent Burnout - Validation of the Maslach Burnout Inventory with a Sample of Mothers. *Meas Eval Couns Dev.* 1989;22(2):81-87.
4. Vigouroux SL, Scola C. Differences in Parental Burnout: Influence of Demographic Factors and Personality of Daban Durgut & Şahin. *TJFPMC* 2023;17(2):226-232

Parents and Children. *Front Psychol.* 2018;9:887.

5. Mikolajczak M, Raes ME, Avalosse H, Roskam I. Exhausted Parents: Sociodemographic, Child-Related, Parent-Related, Parenting and Family-Functioning Correlates of Parental Burnout. *J Child Fam Stud.* 2017;27(2):602-614.
6. Lebert-Charron A, Dorard G, Boujut E, Wendland J. Maternal Burnout Syndrome: Contextual and Psychological Associated Factors. *Front Psychol.* 2018;9:885.
7. Sanchez-Rodriguez R, Orsini E, Laflaquiere E, Callahan S, Sejourne N. Depression, anxiety, and guilt in mothers with burnout of preschool and school-aged children: Insight from a cluster analysis. *J Affect Disord.* 2019;259:244-250.
8. Meeussen L, Van Laar C. Feeling Pressure to Be a Perfect Mother Relates to Parental Burnout and Career Ambitions. *Front Psychol.* 2018;9:2113.
9. Bussing A, Falkenberg Z, Schoppe C, Recchia DR, Poier D. Work stress associated cool down reactions among nurses and hospital physicians and their relation to burnout symptoms. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):551.
10. Reed S, Kemper KJ, Schwartz A, et al. Variability of Burnout and Stress Measures in Pediatric Residents: An Exploratory Single-Center Study From the Pediatric Resident Burnout-Resilience Study Consortium. *J Evid Based Integr Med.* 2018;23:2515690X18804779.
11. Spinelli M, Lionetti F, Setti A, Fasolo M. Parenting Stress During the COVID-19 Outbreak: Socioeconomic and Environmental Risk Factors and Implications for Children Emotion Regulation. *Fam Process.* 2021;60(2):639-653.
12. Spinelli M, Lionetti F, Pastore M, Fasolo M. Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Front Psychol.* 2020;11:1713.
13. Fernandes DV, Canavarro MC, Moreira H. The Mediating Role of Parenting Stress in the Relationship Between Anxious and Depressive Symptomatology, Mothers' Perception of Infant Temperament, and Mindful Parenting During the Postpartum Period. *Mindfulness.* 2021;12(2):275-290.
14. Wang G, Zhang Y, Zhao J, Zhang J, Jiang F. Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet.* 2020;395(10228):945-947.
15. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, Schaufeli WB, Schwab RL. Maslach burnout inventory. In: Vol 21. Consulting psychologists press Palo Alto, CA; 1986:3463-3464.
16. Ergin C. Doktor ve hemsirelerde tukenmislik ve Maslach tukenmislik olceginin uyarlanmasi. VII Ulusal Psikoloji Kongresi 22th September 1992 Ankara (Turkey). 1992:143-154.
17. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav.* 1983;24(4):385-396.
18. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç. [Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi]. *New/Yeni Symposium Journal.* 2013;51(3):132-140.
19. Milenovic M, Matejic B, Vasic V, Frost E, Petrovic N, Simic D. High rate of burnout among anaesthesiologists in Belgrade teaching hospitals: Results of a cross-sectional survey. *Eur J Anaesthesiol.* 2016;33(3):187-194.
20. Fernandez-Sanchez JC, Perez-Marmol JM, Blasquez A, Santos-Ruiz AM, Peralta-Ramirez MI. Association between burnout and cortisol secretion, perceived stress, and psychopathology in palliative care unit health professionals. *Palliat Support Care.* 2018;16(3):286-297.
21. Tan BYQ, Kanneganti A, Lim LJH, et al. Burnout and Associated Factors Among Health Care Workers in Singapore During the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(12):1751-1758 e1755.
22. Sriharan A, Ratnapalan S, Tricco AC, et al. Occupational Stress, Burnout, and Depression in Women in Healthcare During COVID-19 Pandemic: Rapid Scoping Review. *Front Glob Womens Health.* 2020;1:596690.
23. Kealy D, Halli P, Ogrodniczuk JS, Hadjipavlou G. Burnout among Canadian Psychiatry Residents: A National Survey. *Can J Psychiatry.* 2016;61(11):732-736.
24. Van der Walt N, Scribante J, Perrie H. Burnout among anaesthetists in South Africa. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia.* 2015;21(6):27-30.
25. Kang SH, Boo YJ, Lee JS, Han HJ, Jung CW, Kim CS. High occupational stress and low career satisfaction of Korean surgeons. *J Korean Med Sci.* 2015;30(2):133-139.
26. Wang Z, Xie Z, Dai J, Zhang L, Huang Y, Chen B. Physician burnout and its associated factors: a cross-sectional study in Shanghai. *J Occup Health.* 2014;56(1):73-83.
27. Wisetborisut A, Angkurawaranon C, Jiraporncharoen W, Uaphanthasath R, Wiwatanadate P. Shift work and burnout among health care workers. *Occup Med (Lond).* 2014;64(4):279-286.
28. Raudenska J, Steinerova V, Javurkova A, et al. Occupational burnout syndrome and post-traumatic stress among healthcare professionals during the novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol.* 2020;34(3):553-560.
29. Kang L, Ma S, Chen M, et al. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun.* 2020;87:11-17.
30. Zhang Y, Wang C, Pan W, et al. Stress, Burnout, and Coping Strategies of Frontline Nurses During the COVID-19 Epidemic in Wuhan and Shanghai, China. *Front Psychiatry.* 2020;11:565520.
31. Takayama Y, Suzuki E, Kobiyama A, Maruyama A, Sera Y. Factors related to the burnout of Japanese female nurses with children under 3 years old. *Jpn J Nurs Sci.* 2017;14(3):240-254.
32. Petek D, Gajsek T, Petek Ster M. Work-family balance by women GP specialist trainees in Slovenia: a qualitative study. *BMC Med Educ.* 2016;16:31.
33. Makara-Studzinska M, Zaluski M, Tylec A, Panasiuk L. Do Polish doctors suffer from occupational burnout syndrome? An attempt to find an answer - Pilot study. *Ann Agric Environ Med.* 2019;26(1):191-197.
34. Hutchinson TA, Haase S, French S, McFarlane TA. Stress, Burnout and Coping among Emergency Physicians at a Major Hospital in Kingston, Jamaica. *West Indian Med J.* 2014;63(3):262-266.



How did the pandemic affect outpatient clinic appeals to tertiary family medicine?

Pandemi üçüncü basamak aile hekimliği poliklinik başvurularını nasıl etkiledi?

Oktay GÜLSEREN¹, Yunus Emre KUYUCU²

Abstract

Background: The COVID-19 pandemic has affected the entire world for approximately three years, and health services have been negatively impacted during this period. This study aims to contribute to the literature by investigating the effects of the pandemic on appeals to a family medicine outpatient clinic in a tertiary hospital.

Method: Appeals to the Gaziosmanpaşa University School of Medicine Hospital family medicine outpatient clinic between March 15, 2020, and May 31, 2020, were grouped as pandemic period patients. The data of these patients were compared with the data of patients who appealed during the same time period in the previous year (pre-pandemic period). The data were retrospectively analyzed as demographic information, reasons for appeal, diagnosis, and frequency of appeals.

Results: During the pandemic period, 276 patients appealed to our family medicine outpatient clinic, while 899 patients did so in the pre-pandemic period. It was found that the average age of the pandemic period patients was higher than that of the pre-pandemic period patients. In the pandemic period, 26.8% of patients were aged 65 or older, and 54% were male. Additionally, the most common reason for application, with a rate of 43.2%, was to request a prescription.

Conclusion: It is pleasing that outpatient clinic appeals decreased by approximately seventy percent during the pandemic period. However, the predominance of appeals from high-risk groups and the fact that the most common reason for application is to request a prescription indicates that additional measures are needed

Key words: pandemic, family medicine, outpatient clinic appeals

Özet

Giriş: Tüm dünya yaklaşık üç yıldır COVID-19 pandemisinin etkisi altındadır. Sağlık sistemleri de bu süreçten olumsuz etkilenmiştir. Çalışmamızda da üçüncü basamak aile hekimliği poliklinik başvurularının pandemi döneminden nasıl etkilendiğini inceleyerek literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi aile hekimliği polikliniğine 15.03.2020 -31.05.2020 tarihleri arasında yapılan başvurular pandemi dönemi olarak değerlendirildi. Bir yıl önceki aynı tarihlerde yapılan başvurularla karşılaştırıldı. Hastalar demografik bilgilerine, başvuru nedenlerine, tanılarına ve başvuru sıklıklarına göre retrospektif olarak incelenmiştir.

Bulgular: Aile hekimliği polikliniğimize pandemi döneminde 276 başvuru ve pandemi öncesi dönemde ise 899 başvuru yapılmıştır. Pandemi döneminde pandemi öncesi döneme göre başvuran kişilerin yaş ortalamasını arttığı saptandı. Pandemi döneminde yapılan başvuruların %26,8'ini 65 yaş ve üstü ve % 54'ünü de erkekler oluşturmaktadır. Ayrıca en sık başvuru sebebi de %43,2 oranında reçete yazdırmaydı.

Sonuç: Pandemi döneminde poliklinik başvuruların yaklaşık yüzde yetmiş oranında azalması sevindiricidir. Ancak özellikle risk altındaki kişilerin başvurularının ağırlıkta olması ve en sık başvuru sebebinin reçete yazdırma olması ek tedbirlere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Pandemi, aile hekimliği, poliklinik başvuruları

Geliş tarihi / Received: 09.12.2022 Kabul tarihi / Accepted: 27.03.2023

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Kliniği Anabilim Dalı

²Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Oktay GÜLSEREN, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Kliniği Anabilim Dalı

E-posta: drgoktay@hotmail.com Tel: +905058314259

Gülseren O& Kuyucu YE. *How did the pandemic affect outpatient clinic appeals to tertiary family medicine? TJFMPC, 2023; 17 (2) : 233-240*

DOI: 10.21763/tjfm.1216373

Giriş

Salgın hastalıklar tarih boyunca insanlığı etkilemiştir. Salgınlar nedeniyle hem birçok insan yaşamını yitirmiş hem de ekonomik-sosyal hayat olumsuz yönden etkilenmiştir. Geçmişte yaşanan veba, kolera, İspanyol gribi gibi salgınlardan sonra yaklaşık üç yıldır tüm dünya Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) pandemisi etkisi altına girmiştir. Bu süreçte salgın hastalıkların yıkıcı etkisi bir kez daha ortaya çıkmıştır. İlk olarak 31.12.2019'da Çin'in Hubei eyaletinin Wuhan şehrinde etkeni belirsiz pnömoni vakalarının görülmesi ile başlayan süreci 7 Ocak 2020'de etkenin yeni bir koronavirüs (2019nCoV) olarak tanımlanması ve sonrasında hastalığın adının "COVID-19" olarak kabul edilmesi izlemektedir. Vakaların yüzden fazla ülkeye hızlı bir şekilde yayılması nedeniyle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) salgının 11 Mart 2020 tarihinde küresel bir salgına dönüştüğünü belirtmiştir. Ülkemizde ilk vaka 11 Mart'ta görüldü.¹ Ülkeler bu süreçte vaka sayılarının artmaması için çeşitli tedbirler almaya başladılar. Ülkemizde de dönem dönem uygulanan sokağa çıkma yasakları, seyahat kısıtlamaları bu tedbirlerden bazılarıdır. Bunun yanında "Evde kal" çağrıları ve maske uygulamaları ile esas olarak damlacık yoluyla bulaşan virüsün yayılımı azaltılmaya çalışıldı.² Ancak DSÖ veri tabanından 10 Mart 2023 tarihinde elde edilen bilgilere göre tüm dünyada 6.866.434, ülkemizde ise 101.419 insanın COVID-19 nedeniyle yaşamını yitirdiği bildirilmektedir.³ Ülkelerin sağlık sistemleri bu zorlu süreçten en çok etkilenen kısımdı. Bu açıdan uygulanan sağlık politikaları kapsamında çeşitli önlemler alınmaya çalışıldı. Ülkemizde de hazırlanan ayaktan vaka sorgulama kılavuzlarıyla hızlı bir şekilde vakalar ayırt edilmeye çalışıldı. Ayrıca kronik hastalığı olan bireylerde hastalık daha ağır seyrettiği için bu kişilerin ilaç kullanım raporlarının süresinin uzatılması ve reçete düzenlemeksizin eczaneden ilaçların temini yoluna gidilmesine karar verildi.⁴ Evde kal çağrıları ve alınan önlemler hastane başvurularının azalmasına katkı sağlamış ve yapılan çeşitli çalışmalarda da bu durum gözlenmiştir.^{5,6} Aile hekimliği uzmanlığı, yaş, cinsiyet, şikayet ve hastalık ayırımı yapmaksızın tüm sağlık sorunlarını bir bütün içerisinde ele alan koruyucu sağlık hizmetlerinin yanında birinci basamakta tanı, tedavi-izleme yönelik bilgi ve becerilerin kazanılmasını hedefleyen uzmanlık dalı olarak karşımıza çıkmaktadır.⁷ Bu açıdan hasta profili oldukça geniş olan üçüncü basamak aile hekimliği polikliniğimizin başvurularının pandemi sürecinden nasıl etkilendiğini inceleyerek bu zor süreci yönetmek konusunda literatüre katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Yöntem

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine yapılan başvuruların pandemi döneminden nasıl etkilendiğini değerlendirmeye çalıştık. Bu amaçla hastanemiz etik kurulundan (Toplantı tarihi: 20.01.2022, Proje No: 22-KAEK-009) ve başhekimliğinden gerekli izinler alınmıştır. Ülkemizde ilk vakanın 11.03.2020 tarihinde görülmesi sebebiyle 15.03.2020 -31.05.2020 tarihleri arasında polikliniğe başvuran hastalar ile pandemi öncesi döneminin poliklinik başvuruları karşılaştırıldı. Bu amaçla da 1 yıl önce aynı tarihlerde (15.03.2019 -31.05.2019) polikliniğe başvuran hastalar değerlendirildi. Hastalar demografik bilgilerine, başvuru nedenlerine, tanılarına ve başvuru sıklıklarına göre hastane otomasyon sistemi üzerinden retrospektif olarak incelenmiştir.

Veriler değerlendirilirken, kantitatif veriler ortalama ve standart sapma, kalitatif veriler sayı ve yüzde olarak gösterildi. Anket sonuçlarından elde edilen kalitatif verilerin değerlendirilmesi Ki- kare testi ile yapılmıştır. Kantitatif veriler için ise gruplar arası farklar normallik değerlendirmesi sonucunda Bağımsız Örneklem T Testi ile hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Hesaplamalarda SPSS-19 paket programı kullanılmıştır (IBM).

Bulgular

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine yapılan başvuruların pandemi döneminden nasıl etkilendiğini değerlendirdiğimiz çalışmada pandemi döneminde (15.03.2020 -31.05.2020) 276 başvuru ve pandemi öncesi dönemde (15.03.2019 -31.05.2019) ise 899 başvuru yapılmıştır. Pandemi öncesi dönemde yaş ortalaması $36,88 \pm 18,49$ iken pandemi döneminde $48,51 \pm 20,53$ 'tür. Her iki döneme ait yaş, cinsiyet ve başvuru sıklığı ile ilişkili veriler tablo 1 ve 2 de verilmiştir.

Tablo 1: Pandemi öncesi-döneminde yapılan başvuruların yaş ve başvuru sıklığına göre değerlendirilmesi

	Grup										p
	Pandemi öncesi dönem (15.03.2019-31.05.2019) (n=899)					Pandemi dönemi (15.03.2020-31.05.2020) (n=276)					
	Ortalama	SS	Medyan	Min	Mak	Ortalama	SS	Medyan	Min	Mak	
Yaş	36,88	18,49	30,00	1,00	89,00	48,51	20,53	48,00	3,00	91,00	<0,001
Başvuru sıklığı	1,15	0,47	1,00	1,00	5,00	1,10	0,33	1,00	1,00	3,00	0,046

p: Bağımsız Örneklem T Testi

Tablo 2: Pandemi öncesi-döneminde yapılan başvuruların yaş grupları ve cinsiyete göre değerlendirilmesi

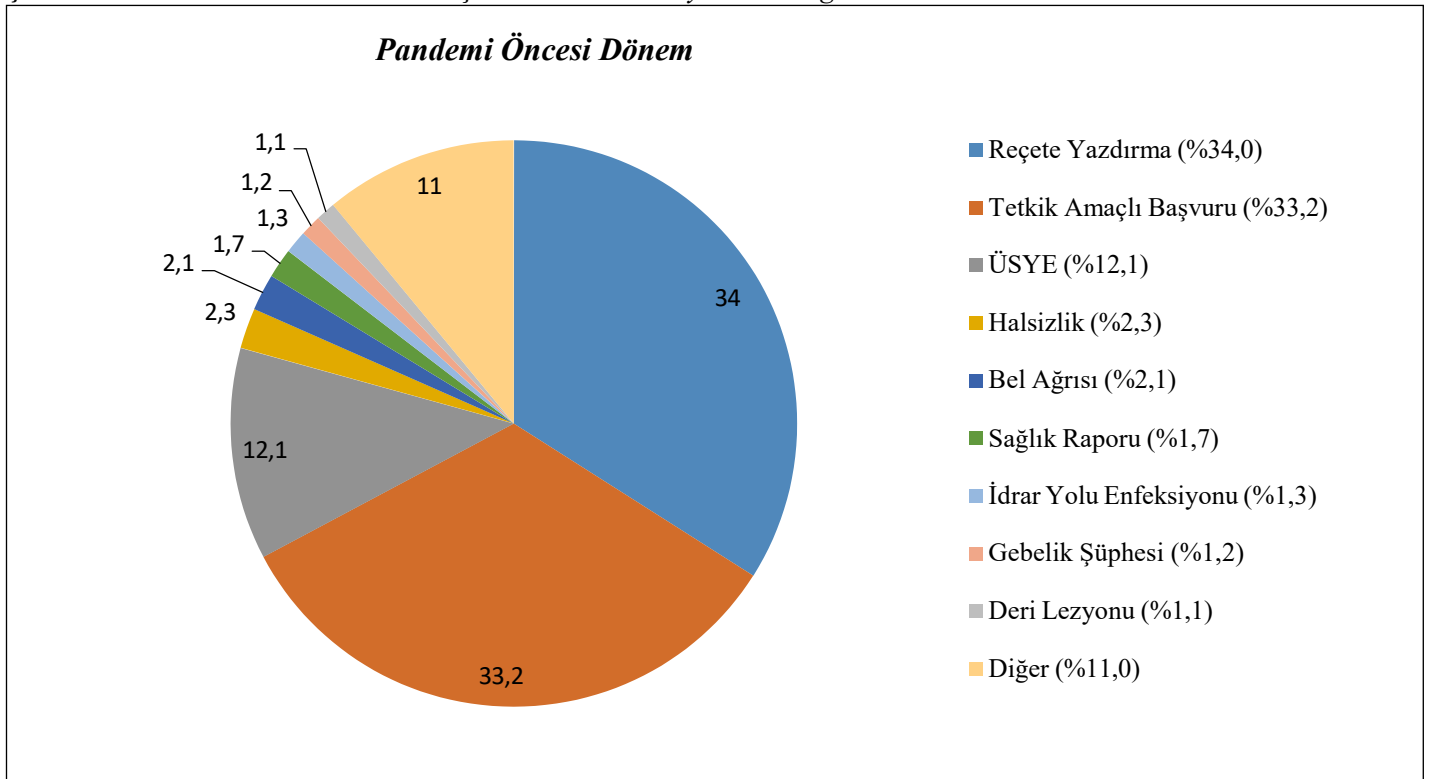
		Grup		p
		Pandemi öncesi dönem n (%)	Pandemi dönemi n (%)	
Yaş Grubu	18 yaş altı	62 (6,9) ^a	12 (4,3) ^a	<0,001
	18-34	429 (47,7) ^a	69 (25,0) ^b	
	35-49	162 (18,0) ^a	69 (25,0) ^b	
	50-64	160 (17,8) ^a	52 (18,8) ^a	
	65 yaş ve üstü	86 (9,6) ^a	74 (26,8) ^b	
Cinsiyet	Kadın	536 (60,1)	127 (46,0)	<0,001
	Erkek	356 (39,9)	149 (54,0)	

p: Ki-Kare Testi

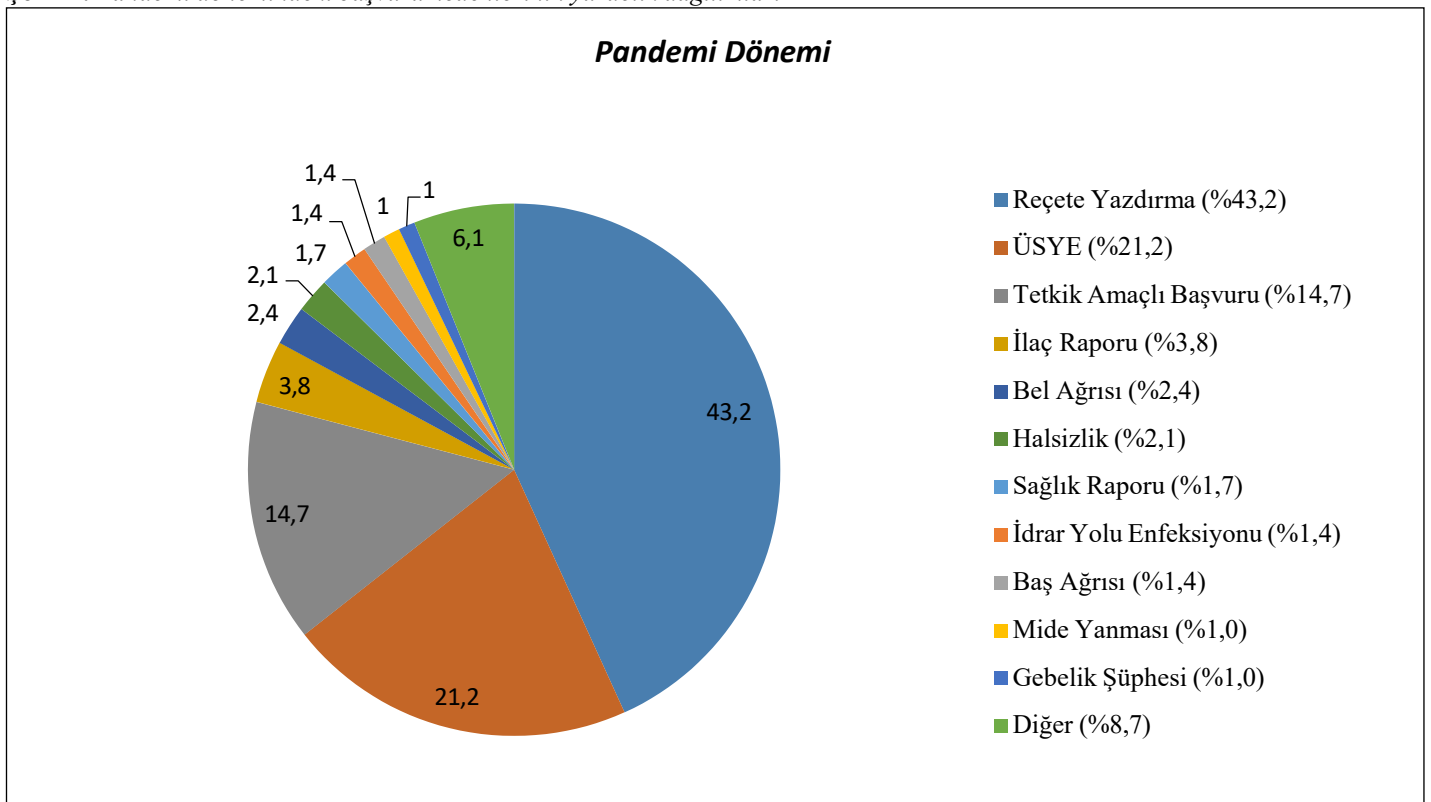
Aynı üst indis istatistiksel farksızlığı göstermektedir

Başvuru nedenlerini incelediğimizde ise pandemi öncesi dönemde en sık başvuru nedenleri %34 oranında reçete yazdırma ve %33,2 oranında tetkik yaptırmak amacıyla yapılan başvurular oluşturmaktadır. Pandemi döneminde ise en sık başvuru nedenleri %43,2 oranında reçete yazdırma ve %21,2 oranında ise üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) bulguları nedeniyle başvurular oluşturmaktaydı. Her iki döneme ait en sık başvuru nedenlerinin yüzdelik dağılımları şekil 1 ve 2 de gösterilmiştir.

Şekil 1: Pandemi öncesi dönemdeki başvuru nedenlerinin yüzdelik dağılımları



Şekil 2: Pandemi dönemindeki başvuru nedenlerinin yüzdelik dağılımları



International Classification of Disease 10-Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10 (ICD-10) hastalık kodlama sistemine göre tanı dağılımlarını incelediğimizde ise pandemi öncesi dönemde en sık konulan tanı kodları %14,2 oranında E55.9 Vitamin D eksikliği tanımlanmamış ve %12,4 oranında J39.9 Üst solunum yolunun hastalığı tanımlanmamış olarak saptanmıştır. Pandemi döneminde ise %48,5 oranında Z04.8- Z04 ile kodlanan Muayene ve gözlem için tanımlanmış ve tanımlanmamış nedenler ile %9,9 oranında ise J39.9 Üst solunum yolunun hastalığı tanımlanmamış en sık konulan tanımlar arasındadır. Her iki döneme ait en sık konulan tanımların yüzdelerik dağılımları tablo 3 ve 4 de gösterilmiştir.

Tablo 3: Pandemi öncesi dönemde en sık konulan tanımların yüzdelerik dağılımları

ICD-10 hastalık kodlama sistemine göre tanı kodları	N	Yüzde %
E55.9 Vitamin D eksikliği, tanımlanmamış	190	14,2%
J39.9 Üst solunum yolunun hastalığı, tanımlanmamış	166	12,4%
R68.8 Genel semptom ve belirtiler diğer, tanımlanmış	90	6,7%
D64.9 Anemi, tanımlanmamış	88	6,6%
E53.9 Vitamin B eksikliği, tanımlanmamış	53	4,0%
I10 Esansiyel hipertansiyon O10.0 Hipertansiyon, önceden mevcut olan, esansiyel, gebelik, doğum ve lohusalıkta devam eden	51	3,8%
R52.0 Akut ağrı R52.9 Ağrı, tanımlanmamış	49	3,7%
Z04.8 Muayene ve gözlem için diğer tanımlanmış nedenler Z04.9 Muayene ve gözlem için tanımlanmamış nedenler	46	3,4%
J06.9 Akut üst solunum yolu enfeksiyonu	45	3,4%
E03.9 Hipotroidizm, tanımlanmamış E89.0 Hipotroidizm, girişim sonrası gelişen E03.8 Hipotroidizm tanımlanmış, diğer	40	3,0%

Tablo 4: Pandemi döneminde en sık konulan tanımların yüzdelerik dağılımları

ICD-10 hastalık kodlama sistemine göre tanı kodları	N	Yüzde %
Z04.8 Muayene ve gözlem için diğer tanımlanmış nedenler Z04.9 Muayene ve gözlem için tanımlanmamış nedenler	161	48,5%
J39.9 Üst solunum yolunun hastalığı, tanımlanmamış	33	9,9%
I10 Esansiyel hipertansiyon O10.0 Hipertansiyon, önceden mevcut olan, esansiyel, gebelik, doğum ve lohusalıkta devam eden	12	3,6%
K29.7 Gastrit tanımlanmamış K29 Gastrit ve duodenit K30 Dispepsi	8	2,4%
K27.7 Kronik peptik ülser, yeri tanımlanmamış, hemoraji veya perforasyon yok K27.3 Akut peptik ülser, yeri tanımlanmamış, hemoraji veya perforasyon yok	7	2,1%
D64.9 Anemi, tanımlanmamış	6	1,8%
M54.5 Bel ağrısı M54.4 Lumbago, siyatik ile	5	1,5%
R10.4 Karın ağrısı diğer ve tanımlanmamış	5	1,5%
Z01.7 Laboratuvar muayenesi	5	1,5%

Tartışma

COVID-19 pandemisinde neredeyse üç yılı geride bıraktık. Dünya genelinde toplam vaka sayısının yedi yüz elli milyonu geçtiği bugünlerde pandemilerin geçmişte olduğu gibi günümüzde de önemli sağlık sorunlarına neden olduğu bir kez daha ortaya çıkmaktadır.³ Bu nedenle de pandemi döneminde izlenecek politikaların belirlenmesinde bu dönemde yapılmış çalışmalar yol gösterici olacaktır. Bu amaç doğrultusunda pandeminin ilk dönemlerinde aile hekimliği polikliniğimize yapılan başvuruları pandemi öncesi dönemle karşılaştırdığımız çalışmamızda poliklinik başvurularının pandemi öncesi döneme göre yüzde yetmiş oranında azaldığı, başvuran kişilerin yaş ortalamasını arttığı ve erkek hasta başvurularının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Aile hekimliği uzmanlığı diğer uzmanlık dallarından yaş, cinsiyet, şikayet ayırt etmeksizin tüm sağlık sorunlarını ele almasıyla ayrılmaktadır. Bu anlamda polikliniklerimiz geniş bir hasta profiline sahiptir. Ancak ülkemizde ilk vakanın görülmesinden kısa bir süre sonra uygulanan sokağa çıkma sınırlandırmasının-yasağının 20 yaş altı ile 65 yaş-üstü ile kronik rahatsızlığı olanları kapsadığını bilmekteyiz.² Ayrıca pandemi döneminde alınan tedbirlerden bir diğeri de randevusu olan hastaların öncelikle olarak bakılması bunun yanında randevusu olmayan ve acil olmayan vakaların ise randevu almasının sağlanarak poliklinik yoğunluğunun azaltılmasına çalışıldı.⁸ Pandeminin poliklinik yoğunluğuna etkisi çeşitli çalışmalarla ortaya konmaya çalışılmıştır. Çalışmamızla benzer dönemleri ele alan Batman'da biri devlet üçü özel hastanenin başvurularının incelendiği çalışmada poliklinik başvurularının yaklaşık olarak yarıya düştüğü saptanmıştır.⁹ Benzer dönemleri karşılaştıran bir diğer çalışmada ise eğitim aile sağlığı merkezinin poliklinik hizmetlerinin pandemi döneminde yaklaşık olarak yarıya düştüğü saptanmıştır.¹⁰ Çalışmamızda da literatürle uyumlu olarak pandemi döneminde poliklinik başvuruların yaklaşık yüzde yetmiş oranında azaldığını görmektediriz.

COVID-19 pandemisi sürecinde yapılan çeşitli çalışmalarla risk faktörleri ortaya konmaya çalışıldı. Saptanan bu risk faktörlerinden birisi de yaştır. Yaşlıların hem hastalığa yakalanma açısından hem de hastalığın ölümcül seyretmesi açısından risk altında olduğu belirtilmiştir.^{11,12} Çalışmamızda pandemi döneminde pandemi öncesi döneme göre başvuran kişilerin yaş ortalamasını arttığı ve başvurular içerisinde 65 yaş ve üstü kişilerin oranının da arttığı saptandı. Elazığ Şehir Hastanesinde 2019 ve 2020 yıllarının Nisan ayı içerisindeki göz poliklinik başvurularının değerlendirildiği çalışmada ise yaş ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmadığı belirtilmektedir.⁵ İç hastalıkların poliklinik başvurularına pandeminin etkisinin değerlendirildiği diğer çalışma ise Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesinde yapılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre poliklinik başvurularında yüzde kırk üçlük bir azalma olduğu ve bu azalışın 65 yaş ve üstü kişilerde ve kadın cinsiyette özellikle görüldüğü belirtilmiştir.¹³ Yapılan çalışmalardan farklı olarak çalışmamızda pandemi döneminde başvuran kişilerin yaş ortalamasındaki artış dikkat çekicidir. Ülkemizde pandemi başlarından beri 65 yaş ve üstündeki kişilere sokağa çıkma sınırlandırılması uygulandığını biliyoruz. Bu yanında sosyal izolasyonun da ruhsal sağlığı olumsuz etkileyebileceği de çeşitli çalışmalar ortaya konmaya çalışılmıştır. Ülkemizde pandemiden yaklaşık bir yıl sonra 65 yaş ve üstü- 306 kişi ile yapılan bir çalışma da kişiler Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiş ve yaklaşık dört kişiden biri gerek anksiyete gerekse depresyon alt ölçeklerinden eşik üstü puan almıştır.¹⁴ Bu nedenle bulaş riskini azaltırken kişilerin ruhsal sağlığının korunması için de önlemler alınmalıdır. Ancak hastaneler bulaş riski açısından yüksek riskli yerlerdir. Bu açıdan tele-tıp uygulamalarının yaygınlaştırılması gibi hastane başvuruların azaltılmasına yönelik tedbirlerin alınması bunun yanında sosyal izolasyonun olumsuz etkilerinden korunmaları açısından da ek tedbirlere ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

COVID-19 enfeksiyonu için diğer bir risk faktörü de erkek cinsiyettir. Elli dokuz araştırmanın dahil edildiği bir meta-analiz de toplam 36.470 hasta verisinin sonucuna göre COVID-19 enfeksiyon riski, ciddi hastalık riski, yoğun bakım ihtiyacı ve ölüm riskinin erkeklerde daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁵ Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi psikiyatri polikliniğinde yapılan çalışmada, çalışmamızla benzer dönemler ele alınmış ek olarak ülkemizde görülen ilk vakadan önceki üç ayda değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre pandemi öncesi ele alınan iki dönem ve pandemi dönemindeki başvurularda dönemler arasında cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmadığı belirtilmiştir.⁶ Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesinde kulak burun boğaz polikliniğinde yapılan diğer bir çalışmada ise 01.01.2019-31.05.2021 tarihleri arasında yapılan başvurular incelenmiştir. Çalışmamızda pandemi dönemi olarak değerlendirilen dönemdeki başvurular ele alındığında erkek hasta başvurularının daha fazla olduğu görülmekle beraber Ocak 2021den itibaren pandemi öncesi döneme benzer şekilde kadın hasta başvurularının arttığı görülmektedir.¹⁶ Çalışmamızda da pandemi döneminde erkek hasta başvurularının kadın hastalara göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Pandeminin ilk dönemlerinde özellikle erkek hasta başvurularının ağırlıkta olmasında okulların kapalı olmasının dolayısıyla çocukların evde olmasının kadın hasta başvurularının azalmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

COVID-19 hastalığına yakalanma ve prognoz açısından kişideki eşlik eden komorbid durumların varlığı da oldukça önemlidir. Çin'de yapılan bir çalışmada 552 hastaneden 1099 COVID-19 hastasının verileri incelemiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, maruz kalma geçmişleri benzer olmakla beraber şiddetli hastalık geçiren grupta şiddetli geçirmeyenlere göre komorbidite durumların daha yaygın olduğu saptanmıştır.¹⁷ Ülkemizde kronik

hastalığa sahip olanların da sokağa çıkma sınırlandırılması kapsamında yer almalarındaki amaçta risk altındaki nüfusun korunmasıdır. Ancak bu süreçte ruhsal sağlığın korunmasına da dikkat edilmelidir. Bunun yanında kişiler

zorunlu hallerde dışarıya çıkabilmekteydi. Örneğin, raporlu ilaçların eczaneden temini gibi önlemlerle hastane gelişleri azaltılmaya çalışıldı. Bu durumun özellikle reçete yazdırmak amacıyla yapılan başvuruları azaltması beklenmekteydi. Buna karşın polikliniğimize pandemi öncesi dönemde yaklaşık üç kişiden biri reçete yazdırmak yada tetkik yaptırmak amacıyla başvururken, pandemi döneminde başvuranların yaklaşık yarısının reçete yazdırmak, yüzde on beşinin de tetkik yaptırmak amacıyla başvurduğu saptandı. Ayrıca pandemi öncesi dönemde en sık konulan tanı kodları (ICD-10 hastalık kodlama sistemi) vitamin D eksikliği iken pandemi döneminde en sık konulan tanı ise Z04.8 ve Z04.9 ile kodlanan Muayene ve gözlem için tanımlanmış ve tanımlanmamış nedenlerdir. Türk Tabiplerinin birliğinin 07.08.2020 tarihinde yayınladığı basın bildirgesinde 53 il ve 410 aile sağlığı merkezinde yürütülen çalışmanın sonuçlarına göre aile sağlığı merkezlerinin büyük çoğunluğunda tahlil ve kanser taraması amacıyla yapılan başvuruların azaldığı belirtilmiştir.¹⁸ Çalışmamızla benzer dönemleri ele alan eğitim sağlığı merkezinde yapılan çalışmada da muayene sayısının pandemi döneminde azaldığı ve özellikle sağlık raporu almak amacıyla yapılan başvuruların azaldığı belirtilmiştir.¹⁰ Çalışmamızda pandemi döneminde başvuran kişi sayısının az olması ve tetkik yaptırmak amacıyla başvuranların oranının pandemi öncesi dönemde yüzde otuz dört olmasına karşın pandemi döneminde yüzde on beş olması literatürü destekler niteliktedir. Ancak başvuran kişilerin yaklaşık yarısının reçete yazdırmak amacıyla başvurması ek önlemler alınması gerektiğini düşündürmektedir.

Sonuç

Sonuç olarak pandemi döneminde başvuran kişi sayısının yaklaşık yüzde yetmiş oranında azalması alınan tedbirlerin etkili olduğunu göstermesi açısından sevindiricidir. Ancak çalışmamızda özellikle yaş ve cinsiyet olarak risk altındaki kişilerin başvurularının ağırlıkta olması düşündürücüdür. Ayrıca reçetesiz bir şekilde raporlu ilaçlarının eczaneden temin edildiği bir dönemde halen en sık başvuru sebebinin reçete yazdırmak olması ek önlemlere ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarla pandemi sürecinde yapılan başvuruların nedenlerinin irdelenmesi alınacak önlemlere ışık tutması açısından önem arz etmektedir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü . Covid-19 (Sars-CoV-2 Enfeksiyonu) Genel Epidemiyoloji ve Tanı. 7 Aralık 2020, Ankara. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66337/genel-bilgiler-epidemiyoloji-ve-tani.html>. Erişim tarihi:01.11.2022
2. Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı. Türkiye'nin koronavirüsle etkin mücadelesi. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.iletisim.gov.tr/images/uploads/dosyalar/T%C3%BCrkiyenin_koronavir%C3%BCsle_etkin_m%C3%BCcadelesi_compressed.pdf. Erişim tarihi:03.11.2022
3. World Health Organization. WHO Coronavirus (Covid-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/table>. Erişim tarihi: 10.03.2023
4. Türk Eczacıları Birliği. SGK'nın kronik Hastalığı nedeniyle sağlık raporu olan hastaların ilaç teminine ile ilişkin duyurusu hakkında. <https://www.teb.org.tr/news/8709/SGK'nın-Kronik-Hastalığı-Nedeniyle-Sağlık-Raporu-Olan-Hastaların-İlaç-Teminine-İlişkin-Duyurusu-Hakkında>. Erişim tarihi:15.11.2022.
5. Fırat M. Covid-19 Pandemisinin 3. Basamak Göz Kliniğinde Etkileri. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi 2022; 5 (1): 1-11. <https://doi.org/10.51536/tusbad.957937>
6. Çelikbaş Z, Batmaz S, Akpınar Aslan E, Eser B, Güneysu İ, Savaş A E.ve ark. COVID-19 pandemisi Türkiye'deki bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğine olan ayaktan başvuruları ve konsültasyon istemlerini nasıl etkiledi?. J Psychiatric Nurs 2021;12(4):324-332. DOI: 10.14744/phd.2021.48108
7. T.C Sağlık Bakanlığı Tıpta Uzmanlık Kurulu. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) .Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı 11.09.2019. <https://tuk.saglik.gov.tr/TR,50055/aile-hekimligi.html>. Erişim tarihi:05.02.2021
8. Türk Eczacıları Birliği. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Poliklinik ve Sağlık Raporları Hakkında Alınacak Tedbirler” konulu duyuru hakkında. <https://www.teb.org.tr/news/8743/TC-Sa%C4%9Flu%C4%B1k-Bakanl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-Taraf%C4%B1ndan-Yay%C4%B1mlanan-%EF%BF%BD%EF%BF%BDPoliklinik-ve-Sa%C4%9Flu%C4%B1k-Raporlar%C4%B1-Hakk%C4%B1nda-AI%C4%B1nacak-Tedbirler%EF%BF%BD%EF%BF%BD-Konulu-Duyuru-Hakk%C4%B1nda>. Erişim Tarihi:15.11.2022
9. Yıldız A, Bulut S. COVID-19 Pandemi Döneminde Sağlık Hizmetleri Kullanımının Değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri J Health Sci. 2021;6(4):928-38. DOI: 10.5336/healthsci.2020-79427
10. Esmeray O, Öner C, Çetin H, Şimşek E E. Bir eğitim aile sağlığı merkezinin covid-19 pandemi deneyiminin incelenmesi. Acta Medica Nicomedia 2021; June 4(2): 56-63.
11. Wu Z, McGoogan JM. Çin'deki Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19) Salgınının Özellikleri ve Önemli Dersleri: Çin Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nden 72.314 Vaka Raporunun Özeti. JAMA. 2020;323(13):1239-1242. doi:10.1001/jama.2020.2648
12. Rashedi J, Mahdavi Poor B, Asgharzadeh V, Pourostadi M, Samadi Kafil H, Vegari A, et al. Risk Factors for COVID-19. Infez Med 2020 Dec 1;28(4):469-474
13. Börekçi E, Ulman C. Covid 19 Pandemisinin İç hastalıkları Poliklinik Başvurularına ve Başvuran Hasta Profiline Etkisi. Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2022; 2 (1):14-20. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/maunabd/issue/70456/1136387>
14. Yücens B, Büber A. Covid-19 salgının ileri yaştaki kişilerde psikolojik etkileri. Pamukkale Tıp Dergisi 2022;15:345354.
15. Pijls BG, Jolani S, Atherley A, Derckx RT, Dijkstra JI R, Franssen GHL, et al. Demographic risk factors for COVID-19 infection, severity, ICU admission and death: a meta-analysis of 59 studies. BMJ Open. 2021;11(1):e044640. doi:10.1136/bmjopen-2020-044640
16. Atıcı-Turan G, Emre S. Pandemi Öncesinde ve Pandemi Sürecinde KBB Polikliniklerine Giden Hasta Sayılarının Karşılaştırılması: Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi Örneği. Electronic Turkish Studies 2022;17(.3): 459 – 471. <https://doi.org/10.7827/TurkishStudies.54922>
17. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382:1708-20. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032
18. Türk Tabipleri Birliği. TTB Haberler 07.08.2020. TTB, “Birinci Basamak'ta COVID-19 pandemisine ilişkin durum araştırması”nın sonuçlarını açıkladı: Birinci basamak pandemi sürecinin dışına atıldı! https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=75bb5538-d89f-11ea-9c50-7fbc39e4ca48#. Erişim tarihi:15.11.2022



Determination of Factors that affect Breastfeeding Counseling Providing by Nurses and Midwives Working at the Health Center

Aile Sağlığı Merkezinde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Emzirme Danışmanlığı Vermelerini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Dilek Konukbay¹, Selda Eyyublu², Dilek Yıldız¹

Abstract

Objective: This research was applied to determine the family affecting the breastfeeding counseling of nurses and midwives working in the family health center.

Method: This descriptive study was conducted between June and September 2021 with 280 nurses and midwives working in Family Health Centers affiliated to Ankara Yenimahalle District Health Directorate. Data were collected with a 32-item data form.

Results: Mean age of participants was 38.27±7.05 (year) (min:22, max:59), 183 (65.3%) undergraduates and 117 (41.8%) have been working over 10 years in the family health center. 229 (81.8%) participants had a breastfeeding counseling education. Only 182 (65.0%) of 229 (81.8%) participants had the certificate of breastfeeding counseling. 229 (81.8%) participants indicated that they did not have enough time for breastfeeding counseling. The reasons was workload for 212 (92.6%) participants and time limitations for 187 (81.7%) participants. 170 (60.7%) of nurses and midwives had difficulty for providing breastfeeding counseling, these participants specified the time problems, 140 (82.4%) of participants defined that there was not enough place for breastfeeding counseling and the other activities were performed at the same place in health center. There was found a statistically significant relation of the difficulty in giving breastfeeding counseling of nurses and midwives with the time of training ($\chi^2=7,345$; $p=0.025$) and also with awareness of taking enough time ($\chi^2=13,211$; $p=0.000$) Also the relation between the availability of special place for the consultancy and the ability to devote enough time was statistically significant ($\chi^2=10,279$; $p=0,001$).

Conclusion: As a result of the study, insufficient time and workload were indicated priorly as factors affecting breastfeeding counseling. The participants had difficulty giving breastfeeding counseling because of insufficient time. In addition to the majority of whom are trained in breastfeeding counseling, the training was received recently and the creature of special area for breastfeeding consultancy affected breastfeeding counseling positively. These results can support information for the other studies about increasing the effectiveness of breastfeeding counseling giving by nurses and midwives.

Keywords: Breastfeeding, breastfeeding counseling, nurse, midwife

Özet

Amaç: Bu araştırma, aile sağlığı merkezinde çalışan hemşire ve ebelerin emzirme danışmanlığı vermelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Ankara Yenimahalle İlçe Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı aile sağlığı merkezlerinde çalışan 280 hemşire ve ebe ile Haziran-Eylül 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Veriler 32 maddelik bir veri formu ile toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 38,27±7,05 (yıl) (min:22, maks:59), 183'ü (%65,3) lisans mezunu ve 117'sinin (%41,8) aile sağlığı merkezinde çalışma süresi 10 yılın üzerindedir. İki yüz yirmi dokuzu (%81,8) emzirme danışmanlığı eğitimi almış, 182'sinin (%65,0) emzirme danışmanlığı sertifikası vardır. İki yüz yirmi dokuzu (%81,8) emzirme danışmanlığına yeterli zaman ayıramadığını, zaman ayıramama nedeni olarak 212'si (%92,6) iş yükü ve 187'si (%81,7) zaman yetersizliğini bildirmiştir. Hemşire ve ebelerin 170'i (%60,7) emzirme danışmanlığı vermekte güçlük yaşadığını, yaşadıkları güçlük olarak 170'i (%100) zaman problemini, 140'ı (%82,4) danışmanlık verilen alanda başka uygulamaların yapılıyor olmasını belirtmişlerdir. Hemşire ve ebelerin emzirme danışmanlığı vermekte güçlük yaşama durumu ile eğitim alınan zaman ($\chi^2=7,345$; $p=0,025$) ve yeterli zaman ayırdığını düşünme durumu arasında ($\chi^2=13,211$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca emzirme danışmanlığı için özel bir alan bulunma durumu ile, emzirme danışmanlığına yeterli zaman ayıramama arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($\chi^2=10,279$; $p=0,001$).

Sonuç: Çalışma sonucunda, emzirme danışmanlığını etkileyen faktörler olarak öncelikli olarak iş yükü ve zaman yetersizliğinin belirtildiği, emzirme danışmanlığına yeterli zaman ayıramayanların emzirme danışmanlığı verirken güçlük yaşadıkları görülmüştür. Ayrıca çoğunluğunun emzirme danışmanlığı eğitimi aldığı, alınan eğitimin yakın zamanda olması ve emzirme danışmanlığı için özel bir alan bulunmasının emzirme danışmanlığını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu sonuçlar hemşire ve ebelerin verdikleri emzirme danışmanlığının etkinliğini artırmaya yönelik bir dizi girişim için yol gösterici olabilir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme, emzirme danışmanlığı, hemşire, ebe

Geliş tarihi / Received: 04.04.2022 Kabul tarihi / Accepted: 28.03.2023

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Doktora Programı, Ankara, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Dilek Konukbay, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Hemşirelik Fakültesi, General Doktor Tevfik Sağlam Caddesi, Pk: 06010, Etilik, Keçiören, Ankara, Türkiye E-posta: dilek.konukbay@sbu.edu.tr Tel: +90 5058972446

Konukbay D, Eyyublu S, Yıldız D *Determination of Factors that affect Breastfeeding Counseling Providing by Nurses and Midwives Working at the Health Center. TJFMPC, 2023; 17 (2) :241-252*

DOI: 10.21763/tjfmpe.1098360

Giriş

Emzirmenin bebekler ve anneleri için kısa ve uzun vadeli birçok faydası olduğu bilinmektedir. Emzirme anneleri kanser ve kronik hastalıklara karşı korumakta, bebeklerin ise büyüme ve gelişmesini sağlamanın yanı sıra yaşamın ilerleyen dönemlerinde obezite ve kronik hastalık riskini azaltmaktadır.^{1,2} Ayrıca emzirme, anne-bebek arasındaki bağlanmayı ve optimal bilişsel gelişimi de desteklemektedir.³ Bu nedenle emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi, desteklenmesi ve tüm bu unsurları içeren emzirme danışmanlığı önemlidir. Dünya’da ve ülkemizde emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi için çalışmalar yapılmasına rağmen, emzirme sürelerinin hedeflenen düzeyde olmadığı görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), tüm dünyada ilk altı ay sadece anne sütü verme oranının yaklaşık %44 olduğunu belirtmiştir.⁴ Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 raporuna göre, Türkiye’deki bebeklerin %97’si belli süre emzirilmektedir. İlk 6 ay sadece anne sütü ile emzirme oranı %41 civarında iken, sadece anne sütü alan bebeklerin ortanca emzirme süresi ise 1,8 aydır.⁵ Bu veriler emzirme oranlarının ülkemizde yüksek olmasına karşın, sadece anne sütü ile emzirme oranının düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu veriler anne sütü, emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve desteklenmesi ile hemşire ve ebeler tarafından verilen nitelikli emzirme danışmanlığının önemini göstermektedir.

Emzirme danışmanlığı, bu konuda yetkin kişiler tarafından emzirme ile ilgili yaşanabilecek tüm sorunları çözmeyi, zorlukların üstesinden gelmelerinde destek olmayı ve bu şekilde emzirme sürecini başarılı bir şekilde yönetmeyi içermektedir.⁶ Ülkemizde, emzirme danışmanlığı sağlık profesyonelleri tarafından çoğunlukla da hemşire ve ebeler tarafından verilmektedir. Çalışmalar, emzirme danışmanlığının antenatal dönemde başlayıp, postpartum dönemde, yenidoğan döneminde ve sonrasında ihtiyaç duyulduğunda verilmesi gerektiğini desteklemektedir.⁷⁻⁹ Doğumdan sonraki ilk günler ve haftalardaki destek çok önemlidir, çünkü bu dönem laktasyon sürecinin uygun şekilde kurulması için hassas bir dönemdir.⁷ Gebe ve yeni doğum yapmış annelerle, hastanede çalışan sağlık profesyonellerinden sonra en çok aile sağlık merkezlerinde çalışan hemşire ve ebeler iletişim halindedir. Bu nedenle aile sağlık merkezlerinde çalışan hemşire ve ebeler, emzirmenin sürdürülmesi ve desteklenmesinde önemli rol oynarlar. Başer ve arkadaşlarının çalışmasında, aile sağlığı merkezi çalışanlarının anne sütü ve emzirme ilgili bilgi düzeylerine yönelik soruların %87,1’ini doğru cevapladıkları belirlenmiştir.¹⁰ Ayrıca yapılan çalışmalarda emzirme sürecinde hemşireler ve ebeler tarafından verilen emzirme danışmanlığının önemi ve katkısı belirtilmiştir.¹¹⁻¹⁴ Ancak emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve desteklenmesinde büyük katkısı olan hemşire ve ebelerin emzirme danışmanlığı vermelerini bazı faktörler etkileyebilmektedir. Hemşire ve ebelerin emzirme danışmanlığı vermelerini etkileyen bu faktörlerin belirlenmesi ve çözüm önerilerinin geliştirilmesi verilen emzirme danışmanlığının daha etkin ve başarılı olmasını sağlayacaktır. Bu çalışma ile aile sağlığı merkezinde çalışan hemşire ve ebelerin emzirme danışmanlığı vermelerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, Ankara Yenimahalle İlçe Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşire ve ebelerin katılımı ile online veri toplama formu uygulanarak Haziran-Eylül 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini Ankara Yenimahalle İlçe Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı Aile Sağlığı Merkezleri’nde çalışan hemşire ve ebeler oluşturmaktadır. Yenimahalle İlçe Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı 48 aile sağlığı merkezi vardır. Bu aile sağlığı merkezlerinde toplam 345 hemşire ve ebe görev yapmaktadır. Araştırmada, tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir bu nedenle örneklem hesabına gidilmemiştir. Yenimahalle İlçe Sağlık Müdürlüğü’ne bağlı aile sağlığı merkezlerinde çalışan, çalışmaya katılmayı gönüllü kabul eden ve online veri formunu dolduran 280 hemşire ve ebe ile çalışma yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Uygulanması

Çalışmada, araştırmacılar tarafından aile sağlığı merkezinde çalışan hemşire ve ebelerin emzirme danışmanlığı vermelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla oluşturulan veri toplama formu, Google Formlar üzerinden online uygulanmıştır. Veri toplama formu linki hemşire ve ebelere kayıtlı oldukları kapalı sosyal medya platformu (Whatsapp) üzerinden iletilmiş ve veriler toplanmıştır. Veri toplama formunun ilk bölümünde çalışmanın amacı ve verilerin nasıl kullanılacağı açıklanarak hemşireler ve ebeler çalışmaya katılmaya davet edilmiş olup, çalışmaya katılmayı kabul eden hemşire ve ebelerin isim vermeden formu doldurmaları istenmiştir. Veri toplama formunda hemşire ve ebelerin yaşı, eğitimi, çalışma süreleri, emzirme danışmanlığı vermelerini etkileyen faktörler ile ilgili 32 soru maddesi yer almaktadır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için Ankara Yenimahalle İlçe Sağlık Müdürlüğü ve Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Kurumları'ndan kurum izinleri ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul onayı alınmıştır (Toplantı No:2021/12 Proje/Karar No:2021/250, 46418926 sayılı). Veri toplama formunun ilk bölümünde, çalışmanın amaçları ve verilerin nasıl kullanılacağı açıklanarak hemşire ve ebeler çalışmaya katılmaya davet edilmiş ve katılıp katılmak istemedikleri sorulmuştur. Çalışmada, isim ve benzeri kimlik bilgisi alınmamıştır, katılım gönüllülük esasına dayalı olup, katılımcıların istedikleri zaman veri toplama formunu doldurmayı bırakabilecekleri belirtilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma verilerinin istatistiksel analizleri IBM SPSS Statistics 24.0 adlı paket program kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler frekans dağılımı ve yüzde olarak sunulmuştur. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. İki nitel değişken arasındaki ilişkilerin incelenmesinde beklenen Pearson- χ^2 ve Yates süreklilik düzeltmesi çapraz tabloları kullanılmıştır. Birden fazla şık işaretlenebilen çoklu cevaplar için Multiple Response Crosstabs analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık olarak $p < 0.05$ alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçlarının, sadece çalışmanın yapıldığı aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşire ve ebeleri temsil etmesi araştırmanın sınırlılığıdır.

Bulgular

Çalışmada, hemşire ve ebelerin yaş ortalaması $38,27 \pm 7,05$ (yıl) (min-maks:22-59 yaş)'dir. Doksanının yaşı (%32,2) 35 yaşın altında ve 183'ü (%65,3) lisans mezunudur. Yüz on yedisi (%41,8) aile sağlığı merkezinde 10 yıldan fazla çalışmaktadır. (Ayrıntılar Tablo 1'de verilmiştir).

Tablo 1. Hemşire ve ebelerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Değişken (n=280)	n	%
Yaş [*]		
<35	90	32,2
35-39	69	24,6
40-44	66	23,6
≥ 45	55	19,6
Eğitim düzeyi		
Lise	15	5,4
Ön lisans	48	17,1
Lisans	183	65,3
Lisansüstü	34	12,2
Medeni durum		
Evli	243	86,8
Bekar	37	13,2
Çocuk varlığı		
Var	235	83,9
Yok	45	16,1
Çocuk sayısı		
1	69	29,4
2	128	54,5
3 ve üzeri	38	16,1
Mesleki çalışma süresi (yıl)		
2-5	9	3,2
6-10	41	14,6
>10	230	82,2
Aile sağlığı merkezinde çalışma süresi (yıl)		
≤ 1	14	5,0
2-5	73	26,1
6-10	76	27,1
>10	117	41,8

*: Ortalama \pm S.S.: Standart sapma, Min-Maks: Minimum-Maksimum *

Katılımcıların 182'sinin (%65,0) emzirme danışmanlığı sertifikası vardır. Yüz seksen beşinin (%66,1) çalıştığı aile sağlığı merkezinde sadece emzirme danışmanlığı için kullanılan özel bir alan bulunmaktadır. Yüz doksan dördü (%69,3) emzirme danışmanlığına 10 dakika ve daha az vakit ayırabilmektedir. İki yüz yirmi dokuzu (%81,8) emzirme danışmanlığına yeterli zaman ayıramadığını belirtmektedir. İki yüz on ikisi (%92,6) yeterince zaman ayıramama nedeninin iş yükü olduğunu bildirmiştir (Ayrıntılar Tablo 2'de verilmiştir).

Tablo 2. Hemşire ve ebelerin emzirme danışmanlığıyla ilgili özelliklerinin dağılımı

Değişken (n=280)	n	%
Emzirme danışmanlığı eğitimi alma durumu		
Eğitim alan	229	81,8
Eğitim alamayan	51	18,2
Emzirme danışmanlık eğitimi üzerinden geçen zaman		
1 yıl veya daha az zaman önce	31	14,2
2-5 yıl	139	63,5
>5 yıldan uzun zaman önce	49	22,3
Son alınan emzirme danışmanlığı eğitimi süresi		
1 gün	128	55,9
2 gün	31	13,5
3 gün ve üzeri	70	30,6
Emzirme danışmanlığı sertifikası		
Var	182	65,0
Yok	98	35,0
Emzirme danışmanlığı ile ilgili bilimsel etkinliklere katılma		
Katılabilen	25	8,9
Katılamayan	255	91,1
Emzirme danışmanlığına yeterli zaman ayırma durumu		
Yeterli zaman ayırabilen	51	18,2
Yeterli zaman ayıramayan	229	81,8
Emzirme danışmanlığına ayrılabilen vakit		
≤10 dakika	194	69,3
11-20 dakika	66	23,6
21-30 dakika	18	6,4
31-40 dakika	2	0,7
Emzirme danışmanlığına yeterince zaman ayıramama nedenleri*		
İş yükü	212	92,6
Zaman yetersizliği	187	81,7
Uygun alanının olmaması	75	32,8
Emzirme danışmanlığında kullanılan yöntem*		
Görsel materyal	142	50,7
Uygulama	199	71,1
Sözlü anlatım	270	96,4
Broşür	159	56,8
Geri bildirim	95	33,9
Emzirme danışmanlığı vermelerini etkileyen faktörler*		
İş yükü	229	81,8
Zaman yetersizliği	215	76,8
Bilgi eksikliği	26	9,3
Hizmet içi eğitim eksikliği	58	20,7
Ebeveynlerin zaman ayıramaması	136	48,6
Ebeveynlerin emzirmeye karşı istek ve tutumları	115	41,1
Emzirme danışmanlığı ile ilgili güncel takip edilen kaynaklar*		
Kitap	131	46,8
Dergiler	62	22,1
İnternet	221	78,9
Veri tabanları	50	17,9
Sosyal paylaşım siteleri	118	42,1
Sağlık ile ilgili kuruluşlar (WHO gibi)	147	52,5
Hemşirelik ile ilgili kuruluşlar (ICN gibi)	94	33,6
Emzirme danışmanlığının etkinliğini değerlendirme*		
Emzirme davranışını gözlemleyerek	210	75,0
Bebeğinin genel durumu/kilo takibini değerlendirerek	243	86,8
Emmenin etkinliğini değerlendirerek	154	55,0
Aile sağlığı merkezinde emzirme danışmanlığı için özel alan		
Var	185	66,1
Yok	95	33,9

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Çalışmada aile sağlığı merkezinde çalışan 241 (%86,1) hemşire ve ebe, emzirme danışmanlığına baba ve aile üyeleri dahil edilmesi ve 222'si (%79,3) emzirme danışmanlığının doğum öncesi dönemde başlayıp sonrasında devam etmesi gerektiğini düşünmektedir. 170'i (%60,7) emzirme danışmanlığı vermekte güçlük yaşamaktadır. Yaşadıkları güçlük olarak 170'i (%100,0) zaman problemini belirtmiştir. (Ayrıntılar Tablo 3'de verilmiştir).

Tablo 3. Hemşire ve ebelerin emzirme danışmanlığına ilişkin görüşleri

Değişken (n=280)	n	%
Emzirme danışmanlığına baba ve aile üyeleri dahil edilmelidir		
Evet dahil edilmeli	241	86,1
Hayır dahil edilmemeli	39	13,9
Emzirme danışmanlığını etkileyen aile ile ilgili faktörler*		
Ebeveynlerin bilgi almaya istekli olmaları	239	85,4
Annelerin öz yeterlilik ve motivasyonu	231	82,5
Emzirme danışmanlığı verilme zamanı	172	61,4
Emzirmenin desteklenmesi	234	83,6
Emzirme danışmanlığında güçlük yaşama		
Güçlük yaşayan	170	60,7
Güçlük yaşamayan	110	39,3
Emzirme danışmanlığı verirken yaşanan güçlükler*(n=170)		
Ortamin uygun olmaması	120	70,6
Zaman problemi	170	100,0
Danışmanlık verilen alanın küçük olması	76	44,7
Gerekli görsel materyalin olmaması	81	47,6
Danışmanlık alanı içerisinde başka uygulamalar	140	82,4
Ebeveynlerin dikkatinin çabuk dağılması	90	52,9
Annelerin emzirmeye karşı olumsuz tutumları	73	42,9
Aile ile olan iletişim problemleri	68	40,0
Eşi/annenin yanındaki diğer aile üyelerinin tutumları	127	74,7
Emzirme danışmanlığına başlamaya uygun olduğu düşünülen zaman		
Doğum öncesi dönemde	42	15,0
Doğum öncesi dönemde başlar ve devam eder	222	79,3
Doğum sonrası dönemde	16	5,7

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.

Çalışmada, hemşire ve ebelerin emzirme danışmanlığı vermekte güçlük yaşama durumu ile aldıkları emzirme danışmanlık eğitimi üzerinden geçen zaman ($\chi^2=7,345$; $p=0,025$) ve emzirme danışmanlığına yeterli zaman ayırma durumları arasında ($\chi^2=13,211$; $p=0,000$) istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Emzirme danışmanlığı vermekte güçlük yaşadığını belirten 88 çalışanın (%63,8), emzirme danışmanlığı eğitimi almaları üzerinden geçen zamanın 2-5 yıl ve 35 çalışanın (%71,4) ise 5 yıl ve üzeri olduğu saptanmıştır. Ayrıca emzirme danışmanlığı vermekte güçlük yaşadığını belirten 151 çalışanın (%65,9), emzirme danışmanlığına yeterli zaman ayıramadığı belirlenmiştir (Ayrıntılar Tablo 4'de verilmiştir).

Tablo 4. Hemşire ve ebelerin emzirme danışmanlığı güçlük yaşama durumu ile bazı değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi

Emzirme danışmanlığında güçlük yaşama Değişken	Güçlük yaşayan (n=170)		Güçlük yaşamayan (n=110)		İstatistiksel analiz** Olasılık
	n	%	n	%	
Yaş					
<35	58	64,4	32	35,6	$\chi^2=1,137$ p=0,768
35-39	42	60,9	27	39,1	
40-44	37	56,1	29	43,9	
≥45	33	60,0	22	40,0	
Eğitim düzeyi					
Lise	5	33,3	10	66,7	$\chi^2=6,255$ p=0,100
Ön lisans	27	56,3	21	43,7	
Lisans	118	64,5	65	35,5	
Lisansüstü	20	58,8	14	41,2	
Medeni durum					
Evli	147	60,5	96	39,5	$\chi^2=0,037$ p=0,847
Bekar	23	62,2	14	37,8	
Çocuk varlığı					
Var	140	59,6	95	40,4	$\chi^2=0,527$ p=0,468
Yok	30	66,7	15	33,3	
Mesleki çalışma süresi (yıl)					
2-5	5	55,6	4	44,4	$\chi^2=0,104$ p=0,949
6-10	25	61,0	16	39,0	
>10	140	60,9	90	39,1	
Aile sağlığı merkezinde çalışma süresi (yıl)					
≤1	5	35,7	9	64,3	$\chi^2=4,937$ p=0,176
2-5	42	57,5	31	42,5	
6-10	50	65,8	26	34,2	
>10	73	62,4	44	37,6	
Emzirme danışmanlık eğitimi alma					
Eğitim alan	141	61,6	88	38,4	$\chi^2=0,216$ p=0,642
Eğitim alamayan	29	56,9	22	43,1	
Emzirme danışmanlık eğitimi üzerinden geçen zaman					
1 yıl veya daha az	13	41,9	18	58,1	$\chi^2=7,345$ p=0,025***
2-5 yıl	88	63,8	51	36,2	
>5 yıl	35	71,4	14	28,6	
Danışmanlık eğitim süresi					
1 gün	74	57,8	54	42,2	$\chi^2=4,059$ p=0,131
2 gün	24	77,4	7	22,6	
3 gün ve üzeri	39	60,9	25	39,1	
Bilimsel etkinliklere katılma					
Katılabilen	15	60,0	10	40,0	$\chi^2=0,006$ p=0,939
Katılamayan	155	60,8	100	39,2	
Emzirme danışmanlığı sertifikası					
Var	113	62,1	69	37,9	$\chi^2=0,411$ p=0,521
Yok	57	58,2	41	41,8	
Emzirme danışmanlık için özel alan					
Var	113	61,1	72	38,9	$\chi^2=0,031$ p=0,861
Yok	57	60,0	38	40,0	
Emzirme danışmanlığına yeterli zaman ayırma durumu					
Yeterli zaman ayırabilen	19	37,3	32	62,7	$\chi^2=13,211$ p=0,000***
Yeterli zaman ayıramayan	151	65,9	78	34,1	
Emzirme danışmanlığında kullanılan yöntem*					
Görsel materyal	79	55,6	63	44,4	$\chi^2=2,303$ p=0,680
Uygulama	125	62,8	74	37,2	
Sözlü anlatım	166	61,5	104	38,5	
Broşür	100	62,9	59	37,1	
Geri bildirim	59	62,1	36	37,9	

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.

**İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 çapraz tabloları" kullanılmıştır. Multiple Response Crosstabs analizi çoklu cevaplar için kullanılmıştır.

***p<0,05

Çalışmada, emzirme danışmanlığına yeterli zaman ayırma durumu ile danışmanlık için özel alan bulunma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($\chi^2=10,279$; $p=0,001$) (Ayrıntılar Tablo 5’de verilmiştir).

Tablo 5. Hemşire ve ebelerin emzirme danışmanlığına yeterli zaman ayırma durumu ile bazı değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi

Emzirme danışmanlığına yeterli zaman ayırma durumu Değişken	Yeterli zaman ayırabilen (n=51)		Yeterli zaman ayıramayan (n=229)		İstatistiksel analiz** Olasılık
	n	%	n	%	
Yaş					
<35	12	13,3	78	86,7	$\chi^2=2,230$ $p=0,526$
35-39	15	21,7	54	78,3	
40-44	13	19,7	53	80,3	
≥ 45	11	20,0	44	80,0	
Eğitim düzeyi					
Lise	5	33,3	10	66,7	$\chi^2=2,738$ $p=0,434$
Ön lisans	7	14,6	41	85,4	
Lisans	33	18,0	150	82,0	
Lisansüstü	6	17,6	28	82,4	
Medeni durum					
Evli	44	18,1	199	81,9	$\chi^2=0,014$ $p=0,095$
Bekar	7	18,9	30	81,1	
Çocuk varlığı					
Var	42	17,9	193	82,1	$\chi^2=0,016$ $p=0,898$
Yok	9	20,0	36	80,0	
Mesleki çalışma süresi (yıl)					
2-5	2	22,2	7	77,8	$\chi^2=0,486$ $p=0,784$
6-10	6	14,6	35	85,4	
>10	43	18,6	187	81,3	
Aile sağlığı merkezinde çalışma süresi (yıl)					
≤ 1	1	7,1	13	92,9	$\chi^2=2,151$ $p=0,542$
2-5	16	21,9	57	78,1	
6-10	12	15,8	64	84,2	
>10	22	18,8	95	81,2	
Bilimsel etkinliklere katılma					
Katılabilen	5	20,0	20	80,0	$\chi^2=0,059$ $p=0,806$
Katılamayan	46	18,0	209	82,0	
Emzirme danışmanlık eğitimi alma					
Eğitim alan	40	17,5	189	82,5	$\chi^2=0,236$ $p=0,627$
Eğitim alamayan	11	21,6	40	78,4	
Emzirme danışmanlık eğitimi üzerinden geçen zaman					
1 yıl veya daha az	9	29,0	22	71,0	$\chi^2=3,410$ $p=0,182$
2-5 yıl	21	15,2	117	84,8	
>5 yıl	8	16,3	41	83,7	
Emzirme danışmanlık eğitimi süresi					
1 gün	18	14,1	110	85,9	$\chi^2=2,452$ $p=0,294$
2 gün	7	22,6	24	77,4	
3 gün ve üzeri	14	21,9	50	78,1	
Emzirme danışmanlığı sertifikası					
Var	34	18,7	148	81,3	$\chi^2=0,013$ $p=0,910$
Yok	17	17,3	81	82,7	
Emzirme danışmanlık için özel alan					
Var	44	23,8	141	76,2	$\chi^2=10,279$ $p=0,001$***
Yok	7	7,4	88	92,6	
Emzirme danışmanlığında kullanılan yöntem*					
Görsel materyal	34	23,9	108	76,1	$\chi^2=2,331$ $p=0,675$
Uygulama	38	19,1	161	80,9	
Sözlü anlatım	49	18,1	221	81,9	
Broşür	33	20,8	126	79,2	
Geri bildirim	21	22,1	74	77,9	

* Birden fazla şık işaretlenmiştir.

**İki nitel değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde “Pearson- χ^2 çapraz tabloları” kullanılmıştır. Multiple Response Crosstabs analizi çoklu cevaplar için kullanılmıştır.

*** $p<0,05$

Tartışma

Bu çalışma, aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşire ve ebelerin emzirme danışmanlığı vermelerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. Emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve devamlılığı için nitelikli emzirme danışmanlığının önemi bilinmektedir. Bireylerin daha kolay ulaşabildiği birinci basamak sağlık hizmetinin verildiği aile sağlığı merkezlerinde verilen emzirme danışmanlığı, aileler için önemli bir yere sahiptir. Ülkemizde, emzirme danışmanlığı sağlık personeli tarafından çoğunlukla da hemşire ve ebeler tarafından verilmektedir. Öztürk ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, annelerin %56'sı bilgi edinmek için ilk sırada sağlık personellerini tercih ettiklerini belirtmiştir.¹⁵

DSÖ, emzirme danışmanlığının etkili olması için, emzirme danışmanlarına verilecek eğitim ve rehberlik programının önemli olduğunu ve annelere eğitim verecek olan sağlık profesyonellerinin emzirme konusunda en az 18 saatlik eğitim almaları gerektiğini belirtmiştir.¹⁶⁻¹⁸ Yine Amerika Kadın Sağlığı Obstetrik ve Yenidoğan Hemşireler Birliği (AWHONN), hemşireler ve ebelerin emzirme konusunda profesyonel eğitim almalarının önemini vurgulamıştır.¹⁹ Başer'in (2018) çalışmasında, hemşire ve ebelerin emzirme konusunda eğitim almalarının emzirmeyi olumlu etkilediği saptanmıştır.¹⁰ Duran yaptığı (2010) çalışmada, başarılı emzirmeyi etkileyen en önemli faktörün hemşire ve ebelerin anne sütü ve emzirme konusunda eğitim almalarının olduğunu belirtmiştir.²⁰ Kavle ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da, emzirme danışmanlarının emzirme sorunlarıyla başa çıkma konusundaki bilgi ve becerilerini güncellemek için hizmet içi eğitimin önemi vurgulanmıştır.²¹ Literatürle uyumlu olarak yapılan çalışmada, hemşire ve ebelerin çoğunluğunun emzirme danışmanlığı eğitimi aldığı görülmektedir. Ancak çoğunluğunun emzirme danışmanlığı eğitimini 2-5 yıl içerisinde aldığı, çok az kısmının ise bu eğitimi 1 yıl içerisinde aldığı belirlenmiştir. Emzirme danışmanlığı birimleri ülkemizde "Bebek Dostu Hastane" olma kriterleri gereği olarak, her geçen gün artmaktadır. Emzirme danışmanlığı sertifika programları ise, yılın belirli zamanlarında T.C Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından düzenlenmektedir. Ayrıca, bazı özel kurum ve üniversiteler tarafından da bu eğitimler verilmektedir. Emzirme danışmanlığı eğitiminin ülkemizde klinik staj zorunluluğu yoktur. Bu eğitimlerin toplam süresi kurumlara göre de farklılık göstermektedir. Emzirme danışmanlığı sertifikalarının yenilenmesi gibi bir zorunluluk da bulunmamaktadır.²² Ancak Uluslararası Emzirme Danışmanları Adayları Kurulu'nun (IBLCE) emzirme sertifikası için emzirmeye yönelik teorik eğitim ve klinik uygulama şartı bulunmaktadır. Bu şartlar tamamlandıktan sonra uygulanan sınavın başarılması ile sertifika verilmektedir. Bu sertifika beş yıl geçerli olmaktadır.²³ Emzirme Politikası ve Uygulaması Akademisi (ALPP) sertifikası ise 3 yılda bir yenilenmektedir.²⁴ Raisler (2000) çalışmasında, emzirme konusunda bilgilerin sürekli yenilenebilir olduğunu belirterek, hemşire ve ebelerin emzirmeye güçlü bir katkı sağlamak için güncel bilgilerle donatılmaları gerektiğini belirtmiştir.²⁵ Arça ve Işık'da çalışmasında, hemşire ve ebelerin emzirmenin korunması, özendirilmesi ve desteklenmesi için güncel bilgileri takip etmelerinin, konu ile ilgili hizmet içi eğitim almalarının ve araştırmaları incelemelerinin önem taşıdığını ifade etmişlerdir.²⁶ Bu çalışmada, alınan emzirme danışmanlığı eğitimi zamanının emzirme danışmanlığı vermede güçlük yaşama durumlarına etkisi incelendiğinde, aralarında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Eğitim alalı 1 yıl veya daha az zaman olan ebe ve hemşireler, eğitimleri üzerinden geçen sürenin 2-5 yıl ve 5 yıl ve üzeri olanlara göre danışmanlık verirken daha az güçlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışma bulguları, eğitim üzerinden geçen zaman arttıkça güçlük yaşama oranının arttığını göstermektedir. Bu sonuç, literatürle paralel olarak emzirme danışmanlarının başarılı bir emzirme sürecini yürütmelerinde bilgi ve becerilerini güncellemek için düzenli aralıklarla verilecek eğitimlerin önemini göstermektedir. Dolayısıyla ülkemizde verilen emzirme danışmanlığı eğitimlerinin düzenli aralıklarla güncellenmesinin yararlı olacağı değerlendirilmektedir.

Çalışma kapsamına alınan hemşire ve ebelerin tamamına yakınının (%91,1) emzirme danışmanlığı ile ilgili bilimsel etkinliklere katılmadığı görülmektedir. Uslu ve Kızılkaya'nın çalışmasında (2021), bilimsel etkinliklere her zaman katıldığını belirten hemşirelerin, bazen katılan ya da hiçbir zaman katılmadığını ifade eden hemşirelere göre "Hemşirelerin Profesyonel Değerleri Ölçeği"nden daha yüksek puan aldıkları saptanmıştır.²⁷ Dikmen ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da, çalışmaya katılan hemşirelerin sadece %18'inin hemşirelik mesleğine yönelik düzenlenen bilimsel etkinliklere katıldığı belirtilmiştir. Ayrıca bilimsel etkinliklere katılan hemşirelerin profesyonel tutumlarının, katılmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.²⁸ Çalışma sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Hemşire ve ebelerin alanları ile ilgili kongre/sempozyum gibi bilimsel etkinliklere katılmalarının teşvik edilmesinin önemli ve faydalı olacağı düşünülmektedir.

Konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, sağlık sistemindeki iş yükünün hemşire ve ebelerin performanslarını etkilediği görülmektedir. Karaaslan ve arkadaşlarının (2016), hastane ve aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşire ve ebeler ile yaptıkları çalışmada, hemşire ve ebelerin %54.3'ü iş yükünün fazla olduğunu belirtmişlerdir.²⁹ İncelenen diğer çalışmalarda da, hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanlarının iş yüklerinin fazla olduğu, sağlık personeli başına düşen hasta sayısının yüksek olmasından dolayı hastaların tanı ve tedavisine için yeterli zaman ayıramadığı, sağlık hizmetlerindeki yetersizliklerle personelin dengesiz dağılımının iş yükünü artırdığı ve iş yükünün bakımın kalitesini olumsuz yönde etkilediği tüm bu etkenlerin de olumsuz sonuçlara neden olabileceği

belirtilmektedir.³⁰⁻³⁴ Kavle ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, iş yükünün ve hasta sayısının çokluğunun nitelikli emzirme danışmanlığının önünde engel oluşturduğu ve emzirme danışmanlığı eğitim seanslarının 1-14 dakika arasında gerçekleştiği belirtilmiştir. Bu sürenin emzirme öyküsü, emzirmenin değerlendirilmesi ve emzirme danışmanlığı becerilerinin kazandırılması için kısa ve yetersiz olduğu ifade edilmiştir.²¹ Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda, hemşire ve ebelerin tamamına yakını emzirme danışmanlığına 10 dakika ve daha az zaman ayırabildiklerini ve bu süreyi emzirme danışmanlığı gibi önemli bir eğitim için yetersiz bulduklarını belirtmişlerdir. Ayrıca emzirme danışmanlığına yeterli zaman ayıramayanların emzirme danışmanlığı verirken daha fazla güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Emzirme danışmanlığına yeterince zaman ayıramamalarının nedeni olarak ilk sırada iş yükü ve zaman yetersizliğini belirtmişlerdir. İş yükünün, emzirme danışmanlığını vermelerini olumsuz etkileyen önemli bir faktör olduğunu ifade etmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan hemşire ve ebelerin yarısından fazlası emzirme danışmanlığı verirken güçlük yaşadığını belirtmiştir. Yaşadıkları güçlükler olarak en çok zaman problemi ile danışmanlık verilen alanda başka uygulamalarında yapılıyor olması ve ortamın uygun olmamasını belirtmişlerdir. Emzirme danışmanlığına yeterli zaman ayıramadığını belirten hemşire ve ebelerin çoğunluğu da, yine sadece emzirme danışmanlığı için kullanılan özel bir alanları olmadığını ifade etmişlerdir. Ülkemizde bebek dostu sağlık kuruluşları olma kriterleri içerisinde emzirme odalarının nitelikleri belirtilmektedir.³⁵ Ayrıca aile hekimliği mevzuatında da emzirme alanı veya odası bulunur ifadesi olmakla birlikte, emzirme alanının kriterleri aile hekimliği gruplarına göre değişmektedir.³⁶ Bazı aile sağlığı merkezlerinde emzirme danışmanlık eğitim alanı tıbbi müdahale odası içinde yer almakta ve emzirme danışmanlığı eğitimleri, aşı, enjeksiyon gibi işlemlerin yapıldığı alanda eş zamanlı verilebilmektedir. Emzirme danışmanlığı gibi önemli bir eğitim verilirken, aynı alanda başka uygulamalarında yapılıyor olması eğitimin etkinliğini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu nedenle aile sağlığı merkezlerinde emzirme danışmanlığı eğitimi için görsel materyallerin ve maketlerin yer aldığı eğitim vermeye uygun ayrı bir alanın olması önem arz etmektedir. Yapılan çalışmada, emzirme danışmanlığı için yeterli zaman ayırabildiğini belirten hemşire ve ebelerin çoğunluğunun danışmanlık için özel alanlarının olduğu belirlenmiştir. Çalışmanın sonucu aile sağlığı merkezlerinde sadece emzirme danışmanlığı için kullanılan özel alanların bulunmasının danışmanlık için zaman ayırmayı olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Bu konudaki yapılacak iyileştirmelerin hemşire ve ebelerin verdikleri emzirme danışmanlığı hizmetlerinin daha etkin olmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

Emzirme danışmanlığı eğitiminde kullanılan eğitim yöntemlerinin çeşitliliği, eğitimin başarısını ve etkinliğini artırır. Video, yazılı materyaller, bireysel veya grup eğitim oturumları, ev ziyaretleri, akran danışmanı desteği, web tabanlı programlar ve kuramlara dayalı programlar gibi yöntemlerin kullanılmasının önemi belirtilmektedir.^{37,38} Gölbaşı ve arkadaşlarının çalışmasında, postpartum dönemde emzirme danışmanlığı verilen annelerden girişim grubuna dahil edilenler taburculuk sonrası aranıp, hastanede verilen danışmanlık eğitimi pekiştirilmiş, ayrıca taburcu olduktan sonraki sekizinci haftaya kadar belirli aralıklarla emzirme danışmanlığında verilen bilgiler kısa mesaj olarak gönderilmiştir. Bu annelerin ilk altı ay emzirme oranlarının oldukça yüksek olduğu belirlenmiştir.³⁹ Çalışmamızda, hemşire ve ebelerin emzirme danışmanlığı verirken en çok sözlü anlatım tekniğini kullandıkları saptanmıştır. Bu nedenle, emzirme danışmanlığında önerilen diğer eğitim-öğretim yöntemlerinin, aile sağlığı merkezlerinde görev yapan hemşire ve ebeler tarafından kullanılmasının nitelikli emzirme danışmanlığı için yararlı olacağı düşünülmektedir.

Emzirme danışmanlığı, antenatal dönemde başlayıp, postpartum dönemde de devam etmektedir.^{8,9} Kanıtlar emzirme danışmanlığı hizmetlerinin, doğum öncesi, doğum sonrası erken ve yenidoğan döneminde ve sonrasında ihtiyaç duyulduğunda sunulması gerektiğini desteklemektedir.⁷⁻⁹ Emzirme danışmanlığında doğumdan sonraki ilk günler ve haftalardaki destek çok önemlidir, çünkü postpartum dönem anne ve bebek etkileşimi ile laktasyon sürecinin uygun şekilde başlatılıp sürdürülmesi için özellikli bir dönemdir.⁷ İnce'nin (2017) çalışmasında, gebelik döneminde ve/veya doğum sonrasında emzirme danışmanlığı alan annelerin LATCH Emzirme Tanılama Ölçeği'nden yüksek puan alarak emzirme başarılarının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir.⁴⁰ Literatürle uyumlu olarak çalışmamızda, hemşire ve ebelerin büyük çoğunluğu, emzirme danışmanlığına doğum öncesi dönemde başlanması ve sonrasında devam etmesi gerektiğini belirtmişlerdir.

Çalışma kapsamına alınan hemşire ve ebelerin çoğunluğu, emzirme danışmanlığına baba ve aile üyelerinin dahil edilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Literatür incelendiğinde, çalışma sonucu ile uyumlu olarak babaların emzirme etkinliklerine dahil edilmesinin önemini vurgulandığı görülmektedir.^{37,41} Lee ve arkadaşlarının (2006), çalışmasında annelerin emzirmeye başlama ve emzirme süreçlerinde en çok etkisi olan grup, eşler olarak belirlenmiştir.⁴² Lok ve arkadaşlarının (2017), çalışmasında sadece emzirmeyi planlayan annelerin özellikle eşlerinin bebek besleme tercihlerinin, annelerin bu niyetlerini güçlü bir şekilde etkilediği, bu annelerin %70'inin bebeklerini sadece anne sütü ile beslemeyi tercih ettikleri bildirilmiştir.⁴³ Metin'in çalışmasında (2020) eşine destek veren babaların çocuklarının tamamının ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslendiği ve eşine destek veren babaların çocuklarının tamamına yakınının, toplam anne sütü ile beslenme sürelerinin 2 yıl ve üzerinde olduğu saptanmıştır.⁴⁴ Bu sonuçlar, emzirme danışmanlığına aile üyeleri özellikle de babaların dahil edilmesinin önemini göstermektedir.

Sonuç

Sonuç olarak araştırma kapsamına alınan hemşire ve ebelerin emzirme danışmanlığını etkileyen faktörler olarak, ilk sırada iş yükü ve zaman yetersizliğini belirttikleri ve çoğunluğunun emzirme danışmanlığı ile ilgili bilimsel etkinliklere katılmadıkları belirlenmiş, emzirme danışmanlığına yeterli zaman ayıramayanların ise emzirme danışmanlığı verirken güçlük yaşadıkları saptanmıştır. Ayrıca hemşire ve ebelerin çoğunluğunun emzirme danışmanlığı eğitimi aldığı, alınan emzirme danışmanlık eğitiminin yakın zamanda olmasının ve emzirme danışmanlığı için özel bir alan bulunmasının, emzirme danışmanlığını olumlu yönde etkilediği görülmektedir. Etkin bir emzirme danışmanlığı için hemşire ve ebelere yönelik verilen emzirme danışmanlığı eğitimlerinin düzenli aralıklarla tekrarlanması, aile sağlığı merkezlerinde emzirme danışmanlığı eğitimi için özel alanların oluşturulması ve iş yükünün azaltılmasına yönelik planlamaların yapılması önerilmektedir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadıklarını beyan etmişlerdir.

Teşekkür

Çalışmaya katılan tüm hemşire ve ebelere teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Maharlouei N, Pourhaghighi AH, Raesi Shahraki H, Zohoori D, Lankarani KB. Factors affecting exclusive breastfeeding, using adaptive lasso regression. *International Journey Community Based Nurs Midwifery* 2018; 6 (3):260-271.
2. Basrowi RW, Sastroasmoro S, Sulistomo AW, Bardosono S, Hendarto A, Dewi S Soemarmo DS, et al. Developing a workplace lactation promotion model in Indonesia using Delphi technique *Archives of Public Health* 2018;76:70 <https://doi.org/10.1186/s13690-018-0312-2>.
3. Meek JY, Hatcher AJ. AAP Section On Breastfeeding. The breastfeeding-friendly pediatric office practice. *Pediatrics* 2017;139(5): e20170647. doi: 10.1542/peds.2017-0647.
4. World Health Organization (WHO) Breastfeeding.(2021) https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1.Erişim tarihi:03.01.2022.
5. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. TÜBİTAK, Ankara, Kasım, 2018 Availablefrom:[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/ rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf). Erişim tarihi:10.01.2022.
6. Mc Fadden A. Siebel TL, Marshal JL. Gavine A. Girard LC, Symon A, Mac Gillivray S. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis *International Breastfeeding Journal* 2019;(14):42 <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0235-8>.
7. Perez-Escamilla R, Buccini G, Segura-Pérez, S, Piwoz E. Should exclusive breastfeeding still be recommended for 6 months? *American Society for Nutrition (in press)* 2019; 10: 931–943. <https://doi.org/10.1093/advances/nmz039>.
8. Onat G. Emzirmeyi kolaylaştırıcı uygulamalar ve laktasyonel bakım. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing- Special Topics* 2018;4(2):131-146.
9. Dyson L, MC Cormick FM, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;(2):1-42.30. doi: 10.1002/14651858.CD001688.pub2
10. Başer DA, Sönmez C, Arslan M. Kocaeli ilindeki aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi düzeyleri. *Konuralp Tıp Dergisi* 2018;10(1):34-40. doi: 10.18521/ktd.343021.
11. Cohen SS, Alexander DD, Krebs NF, Young BE, Cabana MD, Erdmann P, et al. Factors associated with breastfeeding initiation and continuation: A meta-analysis. *Journal of Pediatrics* 2018;203:190-196. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.08.008>.
12. Hallowell SG, Spatz DL, Hanlon AL, Rogowski JA, Lake ET. Characteristics of the NICU work environment associated with breastfeeding support. *Advances in Neonatal Care* 2014 August; 14(4): 290–300. doi:10.1097/ANC.000000000000102.
13. Özkara H, Fidancı BE, Yıldız D, Kaymakamgil Ç. Emzirme danışmanlığı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2016;15(6):551-556. doi: 10.5455/pmb.1-1436701913.
14. Onbaşı Ş, Duran R, Çiftdemir NA, Vatanserver Ü, Acunaş B, Süt N. Doğum öncesi anne adaylarına verilen emzirme ve anne sütü eğitiminin emzirme davranışları üzerine etkisi. *Türk Pediatri Arşivi* 2011;46, 75-82. doi: 10.4274/tpa.46.13.
15. Öztürk Ö, Sarıkaya P, Özdemir Ş, Çikendin Z, Zübül N. Anne sütü ve emzirme anne sütü ve emzirme ile ilgili anneler tarafından bilinen doğrular ve yanlışlar. *Güncel Pediatri* 2018;16: (2):40-54.
16. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) From The First Hour of Life. Making the case for improved infant and young child feeding Every October2016.<https://www.unicef.org/media/49801/file/From-the-first-hour-of-life-ENG.pdf>.Erişim tarihi:25.12.21.
17. Fourth meeting of the network for global monitoring and support for implementation of the international code of marketing of breast-milk substitutes and subsequent relevant WHO resolutions (NetCode). World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/news-room/events/detail/2019/04/10/default-calendar/4th-meeting-netcode-who-resolution>. Erişim tarihi:20.01.2022.
18. World Health Organization (WHO) Guideline: Counseling Women to Improve Breastfeeding Practises. 2018. <https://>

/www.who.int/publications/i/item/9789241550468: Erişim tarihi:20.01.22.

19. Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses (AWHONN) (2014). Position Statement: Breastfeeding. <https://awhonn.org/consumer-resources/breastfeeding-resources-for-nurses/>. Erişim tarihi:14.09.21
20. Duran S, Duran R, Şahin EM, Dağdeviren N, Güzel A. Ebe ve hemşirelerin anne sütü ve emzirme konusundaki bilgi ve tutumlarının, danışmanlık verdikleri annelerin bebeklerini anne sütü ile beslenme davranışlarıyla karşılaştırılması. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010;27(1):11-17.
21. Kavle JA, Picolo M, Buccini G, Barros I, Dillaway CH, Pe rez-Escamilla R. Strengthening counseling on barriers to exclusive breastfeeding through use of job aids in Nampula, Mozambique. *Plos One*2019;14(12): e0224939 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224939>
22. Emzirme Danışmanlığı Eğitimi T.C. Sağlık Bakanlığı, Uzaktan Sağlık Eğitim Sistemi. <https://egitim.saglik.gov.tr/Egitim/Emzirme-Danismanligi-Egitimi-a189b180>. Erişim tarihi:10.05.2022.
23. Candidate information guide. International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE) 2022. https://iblce.org/wp-content/uploads/2022/05/2022_March_25_Candidate-Information-Guide_FINAL.pdf. Erişim tarihi:25.01.2022.
24. Candidate handbook & application certified lactation counselor certification. Academy of Lactation Policy and Practice (ALPP) 2021. <https://www.alpp.org/pdf/CLC-Candidate-Handbook.pdf>. Erişim tarihi:25.01.2022.
25. Raisler J. Midwives helping mothers to breastfeeding: food for thought and action. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2000; 45(3), 202-204. [https://doi.org/10.1016/S1526-9523\(00\)00015-5](https://doi.org/10.1016/S1526-9523(00)00015-5).
26. Arça G, Işık HF, Anne sütü ve emzirmeye ilişkin ebe ve hemşirenin rolü; derleme. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 2019; 1(3):221-228.
27. Uslu Ö, Kızılkaya M. Hemşirelerin profesyonel değerlerinin belirlenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2021;8(2):192-202.
28. Dikmen YD, Yönder M, Yorgun S, Usta YY, Umur S, Aytekin A. Hemşirelerin profesyonel tutumları ile bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17(3) :158-164.
29. Karaaslan S, Şahin HG, Keskin S, Günbatır N, Akyiğit E. Van'da çalışan ebe ve hemşirelerin iş memnuniyet düzeylerinin araştırılması. *Van Tıp Dergisi* 2016;23(2):192-197.
30. Jung HS. Establishment of overall workload assesment technique for various tasks and workplaces. *International Journal of Industrial Ergonomics*2001;28(6)341-353. [https://doi.org/10.1016/S0169-8141\(01\)00040-3](https://doi.org/10.1016/S0169-8141(01)00040-3).
31. Kılıç SS, Avcı İA, İsmailoğlu AA, Yazar S. "Klinik hemşirelerin çalışma saatlerinde iş yüklerinin ve sürelerinin tanımlanması". *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;3(4):1032-1044.
32. Yıldırım S, Öner M, Yenihan B. Hemşirelerin iş-aile çatışması ve yaşam tatmini düzeyleri: demografik özellikler açısından bir değerlendirme. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi* 2014;2(3): 165-182.
33. Mæstada, O, Torsvik GB, Aakvik A. Overworked? On the relationship between workload and health worker performance. *Journal of Health Economics* 2010; 29:5, 686-698. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.05.006>
34. Dağdeviren M, Eraslan E, Kurt M. Çalışanların toplam iş yükü seviyelerinin belirlenmesine yönelik bir model ve uygulaması. *Gazi Üniversitesi Mühendislik ve Mimarlık Fakültesi Dergisi* 2005;20 (4): 517-525.
35. Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı, Bebek ve Küçük Çocuk Beslenme Programları Uygulama Rehberi 2021. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/anne-s%C3%BCt%C3%BCn%C3%BCn-te%C5%9Fviki-ve-bebek-dostu-sa%C4%9F1%C4%B1k-kurulu%C5%9Flar%C4%B1-program%C4%B1.html> Erişim tarihi: 10.01.2022.
36. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim tarihi: 20.02.2022.
37. Durmazoğlu G, Okumuş H. Yenilikçi ve güncel eğitim yöntemlerinin kullanıldığı emzirme eğitimlerini incelenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;4(1):23-31.
38. Khorshidifard M, Amini M, Dehghani MR, Zaree N, Pishva N, Zarifsanaiy N. Assessment of breastfeeding education by face to face and small-group education methods in mothers' self-efficacy in Kazeroun Health Centers in 2015. *Women's Health Bulletin* 2017 4(3):2-6 doi: 10.5812/whb.41919.
39. Gölbaşı Z, Tuğut N, Karataş M, Çetin A. Kısa mesaj ve telefon aramaları ile desteklenen postpartum emzirme danışmanlığının ilk altı aydaki emzirme davranışına etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019; 10(1):33-41 <https://doi.org/10.31067/0.2018.52>
40. İnce T, Aktaş G, Aktepe N, Aydın A. Annelerin emzirme öz yeterlilikleri ve emzirme başarılarını etkileyen özelliklerin değerlendirilmesi. *Journal of Dr.z Behcet Uz Children's Hospital* 2017; 7(3):183-190. doi:10.5222/buchd.2017.183
41. Kondolot M, Yalçın SS, Yurdakök K. Sadece anne sütü alım durumuna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2009; 52:122-7.
42. Lee WT, Lui SS, Chan V, Wong E, Lau J. A population-based survey on infant feeding practice (0-2 years) in Hong Kong: breastfeeding rate and patterns among 3,161 infants below 6 months old. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 2006; 15 (3): 377-87.
43. Lok KYW, Bai DL, Tarrant M. Family members' infant feeding preferences, maternal breastfeeding exposures and exclusive breastfeeding intentions. *Midwifery* 2017;53 (1):49-54.
44. Metin A. Altınkaynak S. Babaların sosyodemografik özelliklerinin eş desteği ve emzirme başarısına etkisi. *Journal of Academic Research in Nursing* 2020;6(1):109-16 doi:10.5222/jaren.2020.68552.



Anxiety and Fear Levels of Confirmed & Possible COVID-19 Cases Isolated at Home

Evde İzole Edilen COVID-19 Kesin & Olası Vakaların Anksiyete ve Korku Düzeyleri

Yasemin DEMİR AVCI¹, Ayşegül ILGAZ¹, Sebahat GÖZÜM¹

Abstract

Aim: This study aimed to determine anxiety and fear levels of confirmed and possible COVID-19 cases isolated at home and the influencing factors.

Methods: This descriptive study was conducted with 387 confirmed and possible cases in a province in southern Turkey between January-June 2021. The data were collected online via the snowball method using the Fear of COVID-19 Scale and the Coronavirus Anxiety Scale.

Results: Of the participants, 50.9% were “confirmed COVID-19 cases” and 49.1% were “possible COVID-19 cases”. It was determined that COVID-19 anxiety was low and fear of COVID-19 was high. COVID-19 anxiety was 2.57 times greater in women, 2.51 times greater in those whose educational level was primary school and below, 2.63 times greater in those living with others at home, and 1.93 times greater in those who had no room to go into isolation at home alone. Fear of COVID-19 was 2.62 times greater in those with low educational levels and 1.82 times greater in those who were married ($p<0.05$). Women’s fear of COVID-19 was on the statistical significance margin ($OR=1.62$; 95% CI:0.99-2.62, $p=0.051$).

Conclusion: Confirmed and possible COVID-19 cases have low anxiety and high fear. Disadvantaged groups like women, those with low educational levels and those with inappropriate home conditions for isolation have more apparent anxiety and fear. It is recommended that COVID-19 fear of confirmed and possible cases followed at home be brought to a realistic level.

Key words: Anxiety; COVID-19; fear; isolated at home; home care.

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, evde izole edilen COVID-19 kesin ve olası vakaların anksiyete ve korku düzeyleri ile ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı olarak yapılan bu çalışma, 387 kesin veya olası vakanın katılımı ile gerçekleştirilmiştir. Çalışma Ocak-Haziran 2021 tarihleri arasında Türkiye’nin güneyinde yer alan bir ilde gerçekleştirilmiştir. Veriler kartopu yöntemi ile online olarak Koronavirüs Korku Ölçeği ve Koronavirüs Anksiyete Ölçeği ile toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %50,9’u COVID-19 “kesin vaka” %49,1’i “olası vaka”dır. COVID-19 anksiyetesinin düşük, COVID-19 korkusunun yüksek olduğu belirlenmiştir. COVID-19 anksiyetesi kadınlarda 2,57 kat, eğitim düzeyi ilkokul ve altı olanlarda 2,51 kat, evde başkası ile yaşayanlarda 2,63 kat, evde tek başına izole olabileceği odası olmayanlarda 1,93 kat daha fazla bulunmuştur. COVID-19 korkusu ise eğitim seviyesi düşük olanlarda 2,62 kat, evli olanlarda 1,82 kat daha fazla saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca kadınların COVID-19 korkusu istatistiksel anlamlılık sınırında bulunmuştur ($OR=1,62$; 95% CI: 0,99-2,62, $p=0,051$).

Sonuç: COVID-19 kesin ve olası vakaların anksiyetesi düşük olup korkusu yüksektir. Kadınlar, eğitim düzeyi düşük olanlar, ev koşulları izolasyon için uygun olmayanlar gibi dezavantajlı grupların anksiyete ve korkusu daha belirgindir. Evde takip edilen kesin ve olası vakaların COVID-19 korkusunun gerçekçi düzeye getirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Anksiyete; COVID-19; korku; evde izolasyon; evde bakım.

Geliş tarihi / Received: 30.06.2022 Kabul tarihi / Accepted: 30.03.2023

¹Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı,

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ayşegül ILGAZ, Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Antalya, Türkiye.

E-posta: ailgaz@akdeniz.edu.tr Tel: +90 543 540 30 91

Demir Avcı Y, Ilgaz A, Gözüm S. *Anxiety and Fear Levels of Confirmed & Possible COVID-19 Cases Isolated at Home. TJF&MPC, 2023; 17 (2) :253--261*

DOI: 10.21763/tjfmpe.1138426

Introduction

The increase in the number of COVID-19 cases continues in all countries. In many countries, epidemic management guidelines have been prepared to combat the COVID-19 epidemic. It is stated in the guidelines that certain and probable cases with mild clinical course and no risk factors for serious diseases should be isolated at home if there is no indication for hospitalization.^{1,2} In Turkey, most confirmed and possible COVID-19 cases are followed at home. Confirmed and possible COVID-19 cases are followed at home by filiation teams and family practitioners.³

Increased rate of prevalence of COVID-19, inability to take the virus under control, the emergence of variant strains, continuation of the pandemic, and increase of restrictions during this period increase the fear and anxiety levels of individuals.^{4,5} This is even more apparent for individuals who have been infected with COVID-19 and those who are in close contact and contact with individuals infected. Since possible cases have a higher potential of testing positive for COVID-19 compared to other people, their anxiety and fear levels may increase. People may experience emotions like depression, anxiety, and fear due to the thought of being infected. Also when confirmed COVID-19 cases and close contacts go into isolation or quarantine, they may face problems like loneliness, social isolation, stress, and stigma besides the aforementioned problems. The World Health Organization has made suggestions for people isolated during the pandemic. These suggestions are maintaining communication via social networks (using social media and telephone, doing video conferences), healthy nutrition, adequate sleep, regular exercise, and keeping away from rumors and news discomfoting the individual.²

In the literature, it is stated that psychological problems are common in confirmed cases. It was found that anxiety and depressive symptoms were more common among confirmed COVID-19 cases in China. Also, low sleep quality and the presence of two or more physical symptoms are risk factors for anxiety.⁶ In another study, it was indicated that COVID-19 patients have developmental problems due to anxiety, fear, and isolation and these problems are intertwined with physical symptoms and this was the most important problem.⁷ In the study by Chen et al., people had experiences like fear of being infected with COVID-19, a sense of stigma; impatience and irritability, and tranquility.⁸

Besides anxiety and fear experienced by confirmed and possible cases, their experiences during the pandemic are also noteworthy. How these people feel, from whom they obtain information to manage the process, and what kind of interventions they make to overcome the disease should be determined. In the studies conducted, the frequency of anxiety and depression in hospitalized patients was examined, but no study was found that investigated the anxiety, and depression levels of probable and definite cases at home and their experiences at home in this process. This study may not only guide people currently experiencing the process of planning the interventions but also prepare people for future crises. The study aimed to determine the anxiety and fear levels of confirmed and possible COVID-19 cases isolated at home and the influencing factors. The research questions were as follows:

What are the anxiety and fear levels of confirmed and possible COVID-19 cases receiving home treatment?

What are the factors affecting the anxiety and fear levels of individuals concerning COVID-19?

What are the experiences of individuals in the home environment during the isolation?

Methods

Design and setting

The method of the study was prepared according to the STROBE Checklist (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology).⁹ The study was conducted in XXX between January-June 2021.

Participants

The population of the study consisted of confirmed and possible COVID-19 cases in central four districts of Antalya. According to the “infinite population formula” with unknown prevalence (50%), the target sample size was calculated to be 384 individuals.¹⁰ At the end of the study, 387 confirmed and possible cases were reached. In the study, the snowball method which is among the improbable sampling methods was used.^{10,11}

Inclusion criteria

Confirmed and possible COVID-19 cases isolated at home

Being a confirmed COVID-19 case (being diagnosed by the PCR test in healthcare organizations)

Being a possible COVID-19 case (being in close contact/contact with individuals testing positive)

Being able to complete the online survey

Measurements

The data were collected based on the self-report of the individuals by sending the link of a survey created via Google forms to their phones. The instrument consists of two parts. First, the descriptive characteristics were collected from the questionnaire with 20 items, such as the presence of confirmed and possible cases, age, gender, education, financial and educational status, with whom they live at home and with how many people, smoking

status and presence of a chronic illness. Besides the day of the COVID-19 isolation, COVID-19 symptoms, infection way of COVID-19, medications used outside the prescribed treatment for COVID-19, presence of a room to go into isolation at home alone, special methods used for managing this process at home outside the treatment and physiological and psychological problems experienced at home during the isolation were questioned. Second, COVID-19 anxiety and fear were measured using the Fear of COVID-19 Scale and the Coronavirus Anxiety Scale.

The Coronavirus Anxiety Scale: The scale was developed by Lee (2020) and adapted into Turkish by two groups.^{12,13} It measures the frequency of individuals experiencing anxiety related to coronavirus within the past two weeks. The scale is a five-point likert scale with five items. The items comprise statements as; ‘0’= *Never*, ‘1’= *Rare, one or two*, ‘2’= *A few days*, ‘3’= *More than 7 days*, ‘4’= *Less than a day nearly every day within the past two weeks*. Each item score is summed (0-20 points). As the score increases, the anxiety related to coronavirus-19 increases.

The Fear of COVID-19 Scale: The scale was developed by Ahorsu et al., (2020) and adapted into Turkish by Bakioğlu et al., (2020). It measures the fear experienced by individuals related to the coronavirus.¹⁴ The scale is a five-point likert scale with seven items. The items comprise of statements as; ‘1’= *Strongly disagree*, ‘2’= *Disagree*, ‘3’= *Undecided*, ‘4’= *Agree*, ‘5’= *Strongly agree*. Items are not rated reversely. The lowest and highest scores on the scale are 5 and 35, respectively. Higher scores signify that the fear related to coronavirus-19 increases.

Bias

As the snowball method was used in collecting the data for the study, the presence of bias can be considered. On the other hand, the surveys were completed in online forms based on the self-report of the individuals. Therefore, the individuals were not under any influence when completing the surveys.

Ethical considerations

For the study, the ethics committee approval (Number: 70904504/37, Date: 29.01.2021) and informed consent of the individuals were received. Before completing the data collection tools, information about the study was given on the first page of the online form. Participation was voluntary. In case the individuals agreed to participate, they were asked to mark “I agree to participate in the study”. Other questions opened following this approval marking. A "thank you for your time" message was automatically sent by google forms to the participants who chose the "I disagree" option. The individuals were ensured that they were not to be charged any fee.

Statistical analysis

Statistical analyses were conducted using IBM SPSS Statistics 23.0. The descriptive data were given with numbers, percentages, mean, standard deviation, median, minimum, and maximum values. Whether the dependent variables (anxiety and fear of COVID-19) were normally distributed or not was evaluated using the Kolmogorov-Smirnov test and it was found that they were not normally distributed. The correlation between anxiety and fear of COVID-19 was analyzed using Spearman’s correlation test. The factors affecting the scores obtained from the COVID-19 anxiety and fear scales were analyzed using the Mann-Whitney U and the Kruskal-Wallis tests. In these analyses, the significant variables were included in the logistic regression analysis. In the univariate analyses, the variables with significant values were included in the logistic regression. Since there was no difference between the anxiety and fear scores of the confirmed and possible COVID-19 cases, the logistic regression analysis was conducted based on all participants. In the logistic regression analysis, the COVID-19 anxiety and fear variable was coded according to the median value of the scale. The statistical significance value was taken as 0.05.

Results

It was determined that 68.5% of the participants were female, 96.9% were under the age of 60, 91.5% were secondary school graduates and above, 52.5% were married and 89.1% had a middle and high-income level. 76.5% of the participants did not smoke, 77.5% had no chronic illness, 91.7% did not live alone and 85.3% had room to go into isolation alone in case of COVID-19 (Table 1).

Table 1. Characteristics of sociodemographic the participants (n= 387)

Characteristic		n	%
Gender	Female	265	68.5
	Male	122	31.5
Age (year)	18-29	172	44.4
	30-59	203	52.5
	60 +	12	3.1
Educational level	Primary school or less	33	8.5
	Secondary school or higher	354	91.5
Marital status	Married	203	52.5
	Single	184	47.5
Economic status	Bad	42	10.9
	Moderate	244	63.0
	Good	101	26.1
Smoking status	Yes	91	23.5
	No	296	76.5
Number of cigarettes consumed in a day	1-10	39	42.9
	11-20	35	38.5
	21-30	13	14.3
	31 or more	4	4.3
Presence of chronic disease *	Yes	87	22.5
	No	300	77.5
Chronic disease (n=87)*	Diabetes Mellitus	25	28.7
	Hypertension	20	22.9
	Asthma	11	12.6
	Cancer	5	5.7
	Chronic heart disease	4	4.6
Who does she/he live with at home?	Alone	32	8.3
	With others	355	91.7
The presence of a room in the house where it can be isolated alone	Yes	330	85.3
	No	57	14.7

It was found that 50.9% of the participants were “confirmed cases” testing COVID-19 positive and 49.1% were “possible cases” in close contact and contact. 52.5% of them took supplementary nutrients and vitamins outside the prescribed medications, 91.5% had practices (such as ventilating the house, attaching importance to cleaning, having a regular and balanced diet) to manage the process at home outside the medical treatment, 40.1% had lost their friends and relatives due to COVID-19 and 45.7% had relatives/friends hospitalized (Table 2).

Table 2. Data of participants on COVID-19		n	%
Situation regarding COVID-19 (Possible/confirmed)	Confirmed COVID-19	197	50.9
	Possible Case		
	Close contact (high-risk)	92	23.8
	Contacted (low-risk)	98	25.3
Presence of symptoms related to COVID-19	Yes	281	72.6
	No	106	27.4
Symptoms related to COVID-19 (n=281)	Fever	96	34.2
	Cough	127	45.2
	Throat ache	130	46.3
	Dyspnea	70	24.9
	Weakness	184	65.5
	Headache	149	53.0
	Vomiting	9	3.2
	Diarrhea	21	7.5
	Stomach ache	15	5.3
	Joint pain	5	1.8
	Back pain	7	2.5
	Inability to smell	9	3.2
	Other	14	4.9
COVID-19 transmission cause (n=197)	Not using the mask regularly	14	7.1
	Disobeying the distance rule	155	78.7
	Other	28	14.2
Use of supplements and vitamins except for prescription drugs	Yes	203	52.5
	No	184	47.5
Existence of applications to manage the process at home other than medical treatment	Yes	354	91.5
	No	33	8.5
Applications to manage the process at home other than medical treatment (n=354) *	Paying attention to nutrition	300	84.7
	Sleep regularly	196	55.4
	Ventilate the house	289	81.6
	Paying more attention to cleanliness	270	76.3
	Using a double mask at home	97	27.4
	Talking to relatives on the phone	155	43.8
Situation in friends and relatives due to COVID-19 *	Other	7	1.9
	Death	155	40.1
	Hospitalization in intensive care	114	29.5
	Hospitalization in the clinics	177	45.7
	Spend the process at home	121	31.3

* There are those who have more than one chronic disease. More than one option is ticked.

The participants' mean scores were 2.98 ± 3.69 on the Coronavirus Anxiety Scale and 19.48 ± 6.58 on the Fear of COVID-19 Scale. There was no difference between the anxiety and fear scores of the confirmed and possible (in contact or close contact) COVID-19 cases ($p > 0.05$) (Table 3). There was a positive moderate significant correlation between coronavirus anxiety and fear ($r = 0.521$, $p < 0.01$).

Table 3. Coronavirus anxiety and fear scale scores

	Mean (sd)	Median (min-max)	Confirmed COVID-19	Possible COVID-19	Z*	p
Coronavirus Anxiety Scale (0-20 points)	2.98 (3.69)	2.00 (0.00-20.00)	3.07(3.63)	2.88(3.76)	-0.73	0.462
Fear of COVID-19 Scale (5-35 points)	19.48(6.58)	20.00 (7.00-35.00)	19.86(6.70)	19.06(6.44)	-1.16	0.243

*Mann Whitney U test

In the univariate analyses, the COVID-19 anxiety scores were found to be statistically significantly higher in the participants who were female, were aged 60 years and older, were primary school graduates and below, did not smoke, had a chronic illness, did not live alone and had no room to go into isolation alone ($p < 0.05$). Marital status, financial status, and presence of COVID-19 symptoms did not affect anxiety ($p > 0.05$). For the confirmed COVID-19 cases; gender, age, educational level, marital status, presence of a chronic illness, living with others, having room to go into isolation alone, and presence of COVID-19 symptoms affected anxiety. In the confirmed COVID-19 cases, financial status, and smoking status did not affect anxiety. In the possible cases, variables outside the gender variable did not affect COVID-19 anxiety (Table 4).

Table 4. Factors affecting COVID-19 anxiety and fear according to logistic regression analysis

Anxiety of COVID-19*			
	Odds Ratio	95% CI	p
Gender (Female:1, male:0)	2.57	1.54-4.27	<0.01
Educational level (Primary school or less:1, secondary school or higher:0)	2.51	1.08-5.81	0.032
Who does she/he live with at home? (Alone:0, with others:1)	2.63	1.04-6.57	0.039
The presence of a room in the house where it can be isolated alone (yes:0, no:1)	1.93	1.04-3.53	0.034
Constant	-2.38	-	<0.01
Omnibus test: Chi-square=42.57, df=7, $p < 0.01$; Hosmer Lemeshow test: Chi-square=3.86, $p > 0.05$			
Fear of COVID-19**			
	Odds Ratio	95% CI	p
Educational level (Primary school or less:1, secondary school or higher:0)	2.62	1.11-6.15	0.027
Marital status (Married:1, single:0)	1.82	1.17-2.82	0.008
Constant	-1.31	-	<0.01
Omnibus test: Chi-square=31.03, df=6, $p < 0.01$; Hosmer Lemeshow test: Chi-square=8.26, $p > 0.05$			

* Dependent variable: Anxiety of COVID-19; According to the median value, 0-2 points were coded as 0 (no anxiety), and 3-20 points were coded as 1 (having anxiety). Independent variables: sex, age, educational level, smoking status, presence of chronic disease, Who does she/he live with at home? The presence of a room in the house where it can be isolated alone.

** Dependent variable: Fear of COVID-19; According to the median value, 5-20 points were coded as 0 (no fear), and 21-35 points were coded as 1 (having fear). Independent variables: sex, age, educational level, marital status, smoking status, and presence of chronic disease.

It was found that among all participants, those who were female, were aged 60 years and older, were primary school graduates and below, were married, did not smoke, had a chronic illness, and did not live alone had higher COVID-19 fear scores ($p < 0.05$). Financial status, having room to go into isolation alone, and the presence of COVID-19 symptoms did not affect fear ($p > 0.05$). In confirmed COVID-19 cases, educational level, marital status, smoking status, and presence of a chronic illness were variables affecting fear. In possible cases, gender, educational level, marital status, and living with others were variables affecting fear. Age, financial status, smoking status, presence of a chronic illness, having room to go into isolation alone, and presence of COVID-19 symptoms did not affect fear in possible cases ($p > 0.05$) (Table 4). According to the logistic regression analysis, anxiety about COVID-19 was found to be 2.57 times greater in women, 2.51 times greater in those whose educational level was a primary school and below, 2.63 times greater in those living with others at home and 1.93 times greater in those who had no room to go into isolation at home alone ($p < 0.05$). Fear of COVID-19 was 2.62 times greater in those with low educational levels and 1.82 times greater in those who were married ($p < 0.05$). Also, women's COVID-19 fear was on the statistical significance margin (OR=1.62; 95% CI:0.99-2.62, $p = 0.051$). The other independent variables did not affect COVID-19 anxiety and fear ($p > 0.05$, Table 4).

Discussion

Besides being a pandemic threatening the lives of people worldwide, COVID-19 has brought a state of uncertainty affecting their whole life. Together with this state of uncertainty, negative feelings such as being diagnosed with COVID-19 or having a suspicion of the diagnosis, anxiety about infecting others, isolation at home and unemployment have caused individuals to experience fear and anxiety.¹⁵ Anxiety and fear levels of individuals who are diagnosed with COVID-19 or have a high risk of being a possible case due to contact and are treated and followed isolated at home in this process, their experiences, and the influencing factors comprised the aim of this study.

In the study, it was determined that the confirmed and possible cases had low COVID-19 anxiety and high COVID-19 fear. There was a directly proportional and moderate correlation between fear and anxiety of the individuals. In the individuals who were confirmed to have COVID-19 and contact, the sense of anxiety might have been replaced by fears related to the disease. A high fear level may be associated with the high fatality of the disease and being far from the full surveillance of healthcare professionals at home.¹⁶ Low anxiety levels in the confirmed and possible COVID-19 cases may be associated with the removal of uncertainty. This can explain the lack of anxiety related to obscurity in the individuals who had a test, had an established final diagnosis, or were confirmed to be a possible case due to being in contact. The mobile application of “Hayat Eve Sığar”, which is defined as the identity number of every citizen in Turkey, provides the risk condition of the individual concerning COVID-19 and a risk map of their region, detects those in contact and has interfaces directed to family practitioners and filiation teams, might have prevented anxiety by providing confidence in the confirmed and possible cases. Family physicians and nurses working in the Family Health Centers can also deliver health information to society online to reduce the anxiety and fear of society. They can often follow individuals with mental sensitivity frequently during times of crisis such as COVID-19.

COVID-19 anxiety was found to be 2.57 times greater in women, 2.51 times greater in those whose educational level was a primary school and below, 2.63 times greater in those living with others at home, and 1.93 times greater in those who had no room to go into isolation at home alone. This is compatible with the previous studies suggesting that COVID-19 anxiety is higher among women.¹⁷ Female gender is an effective sociodemographic characteristic in studies investigating anxiety and fear related to COVID-19.¹⁸⁻²² This finding is compatible with the results of other studies suggesting that women experience psychological problems more often than men.²³

It was determined that low educational level was an important variable predicting both COVID-19 anxiety and COVID-19 fear. This can be explained by the fact that people with low educational levels have low health literacy and weaker coping capacity.^{24,25} Previous studies also reported that people with low educational levels had higher COVID-19 anxiety and fear.^{26,27}

The fact that people living with others at home and having no room to go into isolation alone had higher COVID-19 anxiety indicated that they had anxiety about infecting others. Also, the fact that COVID-19 fear was higher in married ones indicates that they have anxiety that the home environment and environmental area will increase the risk of infection. This may indicate that confirmed and possible cases cared about the health of the people they lived with.

Besides physiological and psychological problems experienced by confirmed and possible COVID-19 cases during the isolation at home; social and financial consequences of issues related to the pandemic such as uncertainty, social distancing, isolation and lockdown, and staying at home for a long time may affect the mental health of individuals negatively. In a study conducted to investigate the effects of COVID-19 on the mental health of individuals, it was determined that negative emotions (such as anxiety, depression, and anger) and social risks increased.

When examining the experiences of the participants in the home environment during the isolation, it was determined that the participants cared about nutrition, slept regularly, ventilated their house, attached more importance to cleaning, and used double masks at home to promote and regain their health at home. These behaviors and experiences are in agreement with the guidelines written for COVID-19 and measure suggestions made by health authorities.^{2,28,29} In infectious diseases, an adaptation of the participants to healthy nutrition, regular sleep, ventilating the home environment, and home hygiene rules, which accelerate the recovery process indicates their active and correct participation in the recovery process.

The isolation at home signifies getting out of the routine. Telephone interview of participants with their relatives and friends during the 14-day isolation related to COVID-19 is among other home experiences. Online interviews via social networks during the isolation are consistent with both recommendations for the COVID-19 pandemic period and the important place of visitation in Turkish culture.²⁸

Limitations

It is possible to mention two limitations of the study. The first one is that the data were collected in only one province. Therefore, they cannot be generalized to the whole country. The second one is that the advanced age group with low technology literacy could not be reached because the data were collected online.

Conclusion

COVID-19 is a state of uncertainty that affects the whole life, negative emotions such as being diagnosed with COVID-19 or being a possible case, anxiety about infecting others, and isolation at home have affected the level of fear and anxiety of individuals. In the second year of the COVID-19 pandemic, the individuals who are treated and followed at home due to being confirmed and possible cases have low anxiety and high fear of COVID-19 during the isolation. Those who were female, had a low educational level, had no room to go into isolation at home and were living with others at home experienced higher anxiety and fear. Family health workers (physicians and nurses) working in primary care centers such as Family Health Centers and Community Health Centers must inform/raise awareness of the public with evidence-based information. In addition, they should evaluate the fear and anxiety levels of the individuals they provide health care services and identify individuals who may be at risk in terms of mental problems in the early period. It should be taken into consideration that confirmed and possible COVID-19 cases who are treated and followed during isolation at home may have fears due to being away from the health authority and this may affect the recovery process negatively. To reduce fears during isolation at home, applications making individuals feel safe should be conducted.

References

1. WHO. Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts. [https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts), 2020. [Accessed 02 March 2021].
2. WHO. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>, 2020. [Accessed 30 September 2021].
3. Ministry of Health RoT. Minisitary of Health. Department of Public Health. COVID-19 (SARS-CoV-2 Infection) Contact follow-up (possible cases), outbreak management, home patient monitoring and filiation. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39605/0/covid-19rehberitemaslitakibievdehastazlemivefilyasyonpdf.pdf>, 2020. [Accessed 05 January 2021].
4. Aşkın R, Bozkurt, Y., Zeybek, Z. Covid-19 pandemic: psychological effects and therapeutic interventions. *Istanbul Commerce University Journal of Social Sciences*. 2020;19(37): 304-318.
5. Fardin MA. COVID-19 and anxiety: A review of psychological impacts of infectious disease outbreaks. *Archives of Clinical Infectious Diseases*. 2020;15(COVID-19):e102779. doi: 10.5812/archcid.102779.
6. Dai L-L, Wang X, Jiang T-C, Li P-F, Wang Y, Wu S-J, et al. Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jiangnan Fangcang Shelter Hospital in Wuhan, China. *Plos One*. 2020;15(8):e0238416. doi: 10.1371/journal.pone.0238416.
7. Jesmi A-A, Mohammadzade-Tabrizi Z, Rad M, Hosseinzadeh-Younesi E, Pourhabib A. Lived experiences of patients with COVID-19 infection: a phenomenology study. *Med Glas (Zenica)*. 2021;18(1): 18-26. doi: 10.17392/1247-21
8. Chen D, Song F, Tang L, Zhang H, Shao J, Qiu R, et al. Quarantine experience of close contacts of COVID-19 patients in China: A qualitative descriptive study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;66:81-88. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2020.07.006.
9. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *PLoS Med*. 2007; 4(10): e296. doi: 10.1371/journal.pmed.0040296.
10. Sümbüloğlu K, Sümbüloğlu K. Biostatistics. Ankara: Hatiboğlu Publisher; 2019, pp.360.
11. Kılıç S. Sampling methods. *Journal of Mood Disorders*. 2013;3(1):44-46. doi: 10.5455/jmood.20130325011730.
12. Akkuzu H, Yumuşak, F. N., Karaman, G., Ladikli, N., Türkkkan, Z., & Bahadır, E. The reliability and validity of Turkish version of Coronavirus Anxiety Scale. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry and Psychology*. 2020;2(2):63-67.
13. Evren C, Evren B, Dalbudak E, Topcu M, Kutlu N. Measuring anxiety related to COVID-19: A Turkish validation study of the Coronavirus Anxiety Scale. *Death Stud*. 2020;46(5):1052-1058. doi: 10.1080/07481187.2020.1774969.
14. 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*. 2021;19(6):2369-82. doi: 10.1007/s11469-020-00331-y.
15. Cullen W, Gulati G, Kelly BD. Mental health in the COVID-19 pandemic. *QJM*. 2020;113(5):311-312. doi: 10.1093/qjmed/hcaa110.
16. Bulut C, Kato Y. Epidemiology of COVID-19. *Turk J Med Sci*. 2020;50(5):563-570. doi: 10.3906/sag-2004-172.
17. Memiş Doğan M, Düzel B. Fear-anxiety levels in Covid-19. *Turkish Studies*. 2020;15(4):739-752. doi: 10.7827/TurkishStudies.44678.
18. Gencer N. Coronavirus (Covid-19) Fear of individuals during the pandemia: Çorum sample. *International Journal of Social Sciences Academy*. 2020;2(4):1153-1173. doi: 10.47994/usbad.791577.
19. Hyland P, Shevlin M, McBride O, Murphy J, Karatzias T, Bentall RP, et al. Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;142(3):249-56. doi: 10.1111/acps.13219.
20. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Saleminck E, Engelhard IM. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March 2020. *J Anxiety Disord*. 2020;74: 102258. doi: 10.1016/j.janxdis.2020.102258.

21. Rodríguez-Hidalgo AJ, Pantaleón Y, Dios I, Falla D. Fear of COVID-19, stress, and anxiety in university undergraduate students: a predictive model for depression. *Front Psychol.* 2020;11:591797. doi: 10.3389/fpsyg.2020.591797.
22. Savitsky B, Findling Y, Ereli A, Hendel T. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Educ Pract.* 2020;46:102809. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102809.
23. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos M, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun.* 2020;87:172-176. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.040.
24. Ilgaz A. Bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing.* 2021; 8(2):151-159. doi: 10.31125/hunhemsire.966349.
25. Turk F, Kul A, Kılınç E. Depression-anxiety and coping strategies of adolescents during the Covid-19 pandemic. *Turkish Journal of Education.* 2021; 10(2):58-75. doi: 10.19128/turje.814621.
26. Lei L, Huang X, Zhang S, Yang J, Yang L, Xu M. Comparison of prevalence and associated factors of anxiety and depression among people affected by versus people unaffected by quarantine during the COVID-19 epidemic in Southwestern China. *Med Sci Monit.* 2020;26:e924609. doi: 10.12659/MSM.924609.
27. Nguyen HT, Do BN, Pham KM, Kim GB, Dam HTB, Nguyen TT, et al. Fear of COVID-19 Scale-associations of its scores with health literacy and health-related behaviors among medical students. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(11): 4164. doi: 10.3390/ijerph17114164.
28. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, et al. Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *J Nutr Health Aging.* 2020;24(9):938-47. doi: 10.1007/s12603-020-1469-2.
29. UNICEF. Caring for someone with COVID-19 at home Isolation advice to keep families safe. <https://www.unicef.org/rosa/stories/caring-someone-covid-19-home>, 2021. [Accessed 30 January 2022].



Differences in the Use of Cosmetic Products Depending on Pregnancy Status

Kozmetik Ürünlerin Gebelik Durumuna Göre Kullanım Farklılıkları

Elif ATEŞ¹, Deniz AKSU ARICA², Turhan ARAN³, Leyla BAYKAL SELCUK², Turan SET¹

Abstract

Method: This cross-sectional study which was performed between May 2017 and January 2018 at a family medicine, dermatology, and obstetrics and gynecology outpatient clinic, evaluated differences in the use of nine cosmetic procedures, and 38 different cosmetic and personal care products depending on pregnancy status.

Results: The pregnant group and the non-pregnant comparison group both consisted of 219 women. The two most frequently used products in the pregnant group were toothpaste and shampoo (99.1% and 98.1% respectively). The frequencies of use of all the examined products were lower in pregnant women than in non-pregnant women, except for hair gel, shampoo, soap, toothpaste, and vaginal cleansing agents. Compared to a pregnant group, being non-pregnant increases the risk of using ten or more cosmetic products 5.8 times fold. Our findings indicated that pregnant women's use of products declined, except for general hygiene products.

Discussion and conclusion: Knowing which products are used most often and which products pregnant women intend to continue to use can guide physicians in terms of advising pregnant women and investigating product exposure.

Keywords: Cosmetics, Pregnant Women, Feminine Hygiene Products, Epidemiology, Maternal-Fetal Relations

Özet:

Yöntem: Aile hekimliği, dermatoloji, kadın doğum ve kadın hastalıkları polikliniklerinde, Mayıs 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında gerçekleştirilen bu kesitsel çalışmada, gebelik durumuna bağlı olarak dokuz kozmetik işlem ve 38 farklı kozmetik ve kişisel bakım ürününün kullanım farklılıkları değerlendirildi.

Bulgular: Gebe olan grup ve gebe olmayan karşılaştırma grubunun her ikisi de 219 kadından oluşuyordu. Gebe grupta en sık kullanılan iki ürün diş macunu ve şampuanı (sırasıyla %99,1 ve %98,1). Saç jölesi, şampuan, sabun, diş macunu ve vajinal temizlik maddeleri dışında incelenen tüm ürünlerin kullanım sıklığı gebelerde, gebe olmayanlara göre daha düşüktü. Bulgularımız, hamile kadınların genel hijyen ürünleri dışında ürün kullanımının azaldığını gösterdi.

Tartışma ve Sonuç: Hangi ürünlerin daha sık kullanıldığını ve gebe kadınların hangi ürünleri kullanmayı sürdürmek istediğini bilmek, hekimlere gebe kadınlara tavsiyede bulunma ve ürün maruziyetini araştırma konusunda rehberlik edebilir.

Anahtar Kelimeler: Kozmetik, Gebe Kadınlar, Kadın Hijyen Ürünleri, Epidemiyoloji, Maternal-Fetal İlişkiler

Geliş tarihi / Received: 30.09.2022 Kabul tarihi / Accepted: 12.04.2023

¹Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Karadeniz Technical University, Trabzon, Turkey

²Department of Dermatology, Faculty of Medicine, Karadeniz Technical University, Trabzon, Turkey

³Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Karadeniz Technical University, Trabzon, Turkey

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Elif ATEŞ, Karadeniz Technical University, School of Medicine Department of Family Medicine C Blok, No: 25 61080 Trabzon, Turkey

E-posta: drealtunbas@yahoo.com Tel: +90 532 584 07 72

Ateş E, Aksu Arıca D, Aran T, Baykal Selçuk L, Set T. *Differences in the Use of Cosmetic Products Depending on Pregnancy Status.*

TJF&M&PC, 2023; 17 (2) :262-270

DOI: 10.21763/tjfm.1181887

Introduction

Cosmetics, or personal care products, are defined as any substance or mixture that comes into contact with the outer parts of the body (skin, hair, lips, nails, and external genital organs) and the oral cavity (teeth and mucous membranes) for purposes such as cleansing, changing appearance and odor, and protecting the relevant area and keeping it in good condition.¹ Cosmetic products are frequently used in daily life. These contain very different chemicals such as preservatives, perfumes, and additives, as well as active ingredients. Studies show that cosmetics are one of the most important sources of exposure to environmental chemistry.^{2,3}

The effect of environmental factors on fetal development during pregnancy is unknown. However, many chemical products have severe impacts on human health and affect embryonic and fetal development during pregnancy. Some of these chemicals have been linked to the endocrine system and neurotoxicity.⁴ The frequency of use of cosmetic and personal care products in pregnancy needs to be accurately determined for the accurate evaluation of exposure to cosmetic products and their potential effects on pregnancy, and studies should be planned accordingly. The results of our study can make a significant contribution to the counseling given to pregnant women.

At present, data on personal care product use patterns in pregnancy are limited. Studies have largely focused on the use of products containing certain special chemicals, such as butyl-paraben, isobutyl-paraben, methyl-paraben, propyl-paraben, ethyl-paraben, benzyl-paraben, mono-n-butyl phthalate, monoethyl phthalate, diethyl phthalate, di-n-butyl phthalate, and other phthalate metabolites concentrations, and on their post-use levels and potential effects.⁵⁻⁸

One cross-sectional study of 179 pregnant women identified general hygiene products such as toothpaste, shampoo, and soap as the most commonly used products in pregnancy. These were followed by hand cream, wet wipes, shower gel, hair cream, and moisturizer, all products remaining on the skin.⁴

The purpose of this study was to evaluate differences in the use of personal care and cosmetic product among pregnant women compared with a non-pregnant group.

Methods

Study design

This cross-sectional study was performed between May 2017 and January 2018. The study group was selected from patients admitted to the family medicine, dermatology, and venereal diseases and obstetrics and gynecology outpatient clinics of a university medical faculty in Turkey. During the data collection period, all patients attending these clinics were invited to take part in the study until the sample size was reached. Volunteers who met the inclusion criteria were enrolled in the study.

Data collection

A questionnaire prepared by our research team was applied to participants using the face-to-face interview technique. This consisted of questions about participants' demographics, skin types, frequency of cosmetic procedures, and use of cosmetic and personal care products. Additionally, we asked the pregnant group if they had planned the current pregnancy or not, and about the mode of conception, whether spontaneous or through medical assistance.

Inclusion criteria

1. Age 18-49
2. In at least the 20th week of pregnancy in the case of the pregnant group

Exclusion criteria

1. Presence of a dermatological problem capable of affecting cosmetic product use

Participants were asked about nine cosmetic procedures (Botox, peeling, dermal fillers, mesotherapy, laser epilation, needle epilation, permanent makeup, tattoos, and solarium), and about 31 cosmetics and personal care products (hair dye, hair spray, hair gel, shampoo, hair conditioner, shower gel, soap, wet wipes, sunscreen cream, facial moisturizing cream, hand cream, tanning cream, perfume, deodorant, lipstick, lip moisturizer, foundation cream, powder, eye makeup, makeup remover, eye makeup remover, nail polish, varnish, nail polish remover, depilatory wax, bleaching cream, depilatory cream, toothpaste, mouthwash, dental floss, vaginal cleansing agent, and sanitary napkins). Product usage was investigated using direct, closed "yes" or "no" questions. Women who responded "Yes" to any product were regarded as using that product regularly, irrespective of the frequency of use. Skin types were evaluated based on the Fitzpatrick skin type classification developed in 1975. This system classifies skin types based on genetic predisposition, tanning habits, and the skin's reaction to sunlight.⁹

Main outcomes

The primary outcome was to compare frequencies of cosmetic procedures, and cosmetic and personal care product use among pregnant and non-pregnant women.

The secondary outcome was to evaluate differences in frequencies of cosmetic procedures, and cosmetic and personal care product use between spontaneous and medically assisted pregnancies, and in terms of whether or not the pregnancy was planned.

Sample size

A sample size of 196 was calculated for each group, with 95% reliability and a 0.07 sampling error, based on a frequency of cosmetic use of 50%. The sample size was determined using Open Epi Version 3 software.

Data analysis

The study data were analyzed on SPSS Version 18 software. Pearson's Chi-square or Fisher's exact test was applied as appropriate for qualitative variables and to compare differences between the groups. We created a cosmetic score for cosmetic product use, by counting the types of cosmetic products. The median of the score was 10; to make a logistic regression model, we organized a categorical variable according to the number of products they used. We divided participants who use ten or more products and those who use less than ten products. We performed a logistic regression model to assess the factors affecting the risk of using ten or more cosmetic products. While the level of education was added to the model as an ordinal variable, age was added to the interval, and, pregnancy and employment status were added as nominal variables. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Ethics approval

This study was preapproved by the local ethics committee of Karadeniz Technical University (2017/245-24.04.2017). Written consent was sought and obtained from all participants prior to inclusion in the study.

Results

Two hundred nineteen pregnant women and 219 non-pregnant women in the comparison group were enrolled. Mean ages were 30.63 ± 5.48 years in the pregnant group and 27.83 ± 8.70 in the non-pregnant group ($p < 0.001$). The mean gestational week was 30.92 ± 5.79 . Eighty-nine percent ($n=187$) of pregnancies were planned, and 11.00% ($n=23$) were unplanned. There was no significant difference in terms of educational level and or employment status between planned and unplanned pregnancies ($p=0.571$ and $p=0.507$, respectively). Additionally, 94.60% ($n= 193$) of pregnancies were spontaneous, while 5.40 % ($n= 11$) were medically assisted. No significant differences were observed between spontaneous and medically assisted pregnancies in terms of educational level or employment status ($p=0.860$ and $p=0.749$, respectively). In terms of education, 42.90% ($n= 90$) of the pregnant women were primary school graduates, while 50.00% ($n= 105$) of the non-pregnant group had bachelor's degrees at least. Employment rates were 36.20% ($n=77$) in the pregnant group and 85.70% ($n=180$) in the non-pregnant group. Significant differences were determined between the pregnant and non-pregnant groups in terms of education level, the average amount of monthly income, and working status (p values < 0.001 , Table 1). Participants' skin types and descriptions are shown in Table 1.

Table 1. Participants' descriptives and skin types

	Pregnant group n (%)	Non-pregnant group n (%)	p value
Educational level			<0.001
Primary school graduate	90 (42.90)	17 (8.10)	
High school graduate	63 (30.00)	88 (41.90)	
University and over graduate	57 (27.10)	105 (50.00)	
Working status			<0.001
Employed	77 (36.20)	180 (85.70)	
No occupation	136 (63.80)	30 (14.30)	
Skin type			0.885
Type 1	3 (1.40)	3 (1.40)	
Type 2	51 (23.40)	44 (20.60)	
Type 3	138 (63.30)	143 (66.80)	
Type 4	26 (11.90)	24 (11.20)	

* tl, mean±SD: Turkish liras, mean ± Standard deviation

The most frequent cosmetic procedure was laser epilation in both groups. Other cosmetic procedures are shown in Table 2. A significant difference was determined between the groups in terms of laser epilation ($p < 0.001$, Table 2).

Table 2. *Frequencies of cosmetic procedures*

	Pregnant group (noun / %)	Non-pregnant group (noun / %)	p value
Botox	0 (0.00)	4 (1.80)	0.123
Peeling	0 (0.00)	5 (2.30)	0.061
Dermal fillers	1 (0.50)	0 (0.00)	1.000
Mesotherapy	0 (0.00)	2 (0.910)	0.499
Laser epilation	6 (2.70)	50 (22.80)	<0.001
Needle epilation	1 (0.50)	5 (2.30)	0.216
Permanent makeup	0 (0.00)	1 (0.50)	1.000
Tattoo	4 (1.80)	1 (0.50)	0.372
Solarium	1 (0.50)	0 (0.00)	1.000

χ^2 =Chi-square test

Cosmetic and personal care product use rates in the pregnant and non-pregnant groups are shown in Table 3. The two most commonly used products in the pregnant group were toothpaste and shampoo (99.1% and 98.1%, respectively), compared to shampoo and toothpaste, in that order, in the non-pregnant group (99.5% and 99.1%, respectively). Significant differences were determined between pregnant and non-pregnant women in terms of all parameters except for hair gel, shampoo, soap, toothpaste, and vaginal cleansing agents. Of the cosmetic and personal care products, gum use was significantly higher in the pregnant group ($p = 0.028$, Table 3). Use of the other products was significantly lower in pregnant women than in non-pregnant women (Table 3).

Table 3. Frequencies of cosmetic and personal care product use in the study groups

Products	Pregnant group n (%) *	Non-pregnant group n (%) **	p value
Hair dye	34 (15.50)	67 (30.60)	<0.001
Hair spray	3 (1.40)	25 (12.80)	<0.001
Hair gel	7 (3.30)	5 (2.70)	0.779
Shampoo	212 (98.10)	209 (99.50)	0.372
Hair conditioner	64 (29.90)	67 (45.60)	0.003
Shower gel	74 (34.40)	130 (63.40)	<0.001
Soap	167 (77.70)	161 (78.50)	0.906
Wet wipes	108 (49.50)	147 (71.70)	<0.001
Sunscreen cream	35 (16.10)	94 (48.50)	<0.001
Facial moisturizing cream	111 (51.60)	143 (71.10)	<0.001
Hand cream	132 (60.80)	160 (74.80)	0.002
Tanning cream	0 (0.00)	12 (6.30)	<0.001
Perfume	72 (33.80)	172 (83.90)	<0.001
Deodorant	69 (32.40)	131 (63.30)	<0.001
Lipstick	39 (18.00)	150 (70.80)	<0.001
Lip moisturizer	31 (14.50)	111 (54.40)	<0.001
Foundation cream	33 (15.40)	94 (44.80)	<0.001
Powder	26 (12.20)	47 (23.60)	0.003
Eye makeup	55 (25.70)	162 (75.70)	<0.001
Makeup remover	16 (7.50)	139 (66.20)	<0.001
Eye makeup remover	18 (8.50)	90 (51.70)	<0.001
Nail polish, varnish	8 (3.80)	80 (41.70)	<0.001
Nail polish remover	7 (3.30)	78 (41.50)	<0.001
Depilatory wax	52 (24.50)	92 (47.70)	<0.001
Bleaching cream	0 (0.00)	10 (5.20)	0.001
Depilatory cream	0 (0.00)	13 (7.00)	<0.001
Toothpaste	215 (99.10)	211 (99.10)	1.000
Mouthwash	18 (8.50)	66 (33.30)	<0.001
Dental floss	32 (15.20)	60 (30.30)	<0.001
Vaginal cleansing agent	5 (2.40)	7 (3.70)	0.560
Sanitary napkin	66 (31.40)	122 (59.50)	<0.001

*% in the pregnant group **% in the non-pregnant group, χ^2 =Chi-square test

In terms of the effect of pregnancy planning status, hair dye use was significantly higher in the unplanned pregnancy group than in the planned pregnancy group ($p = 0.017$). Facial moisturizing cream use was significantly higher in the planned pregnancy group than in the unplanned group ($p = 0.029$). There was no significant difference in terms of the use of other products (Table 4).

Table 4. Effects of planning and the manner in which pregnancy occurred on cosmetics and personal care product use

Products	Planned pregnancy n (%)	Unplanned pregnancy n (%)	p value	Spontaneous pregnancy n (%)	Medically assisted pregnancy n (%)	p value
Hair dye	26 (13.30)	8 (33.30)	0.017	30 (14.90)	4 (36.40)	0.079
Hair spray	3 (1.60)	0 (0.00)	1.000	3 (1.50)	0 (0.00)	1.000
Hair gel	6 (3.20)	1 (4.20)	0.571	7 (3.50)	0 (0.00)	1.000
Shampoo	190 (98.40)	22 (95.70)	0.365	196 (98.00)	11 (100.00)	1.000
Hair conditioner	57 (29.80)	7 (30.40)	1.000	56 (28.40)	7 (63.60)	0.020
Shower gel	64 (33.20)	10 (45.50)	0.343	65 (32.80)	7 (63.60)	0.050
Soap	149 (77.60)	18 (78.30)	1.000	155 (77.90)	9 (90.00)	0.693
Wet wipes	96 (49.20)	12 (52.20)	0.828	97 (48.30)	7 (63.60)	0.367
Sunscreen cream	29 (15.00)	6 (25.00)	0.238	33 (16.40)	1 (9.10)	1.000
Facial moisturizing cream	104 (54.50)	7 (29.20)	0.029	104 (52.30)	6 (54.50)	1.000
Hand cream	118 (61.10)	14 (58.30)	0.827	121 (60.20)	8 (72.70)	0.534
Perfume	61 (32.10)	11 (47.80)	0.162	68 (34.50)	3 (27.30)	0.752
Deodorant	61 (32.10)	8 (34.80)	0.816	62 (31.50)	5 (45.50)	0.337
Lipstick	34 (17.60)	5 (20.80)	0.778	37 (18.50)	1 (9.10)	0.693
Lip moisturizer	27 (14.20)	4 (16.70)	0.759	31 (15.70)	0 (0.00)	0.375
Foundation cream	29 (15.30)	4 (16.70)	0.771	30 (15.20)	3 (27.30)	0.386
Powder	22 (11.60)	4 (16.70)	0.506	24 (12.20)	2 (18.20)	0.632
Eye makeup	45 (23.70)	10 (41.70)	0.080	49 (24.90)	4 (36.40)	0.477
Makeup remover	13 (6.90)	3 (12.50)	0.400	15 (7.60)	1 (9.10)	0.595
Eye makeup remover	15 (8.00)	3 (12.50)	0.439	18 (9.20)	0 (0.00)	0.604
Nail polish, varnish	6 (3.20)	2 (8.30)	0.224	8 (4.10)	0 (0.00)	1.000
Nail polish remover	5 (2.70)	2 (8.30)	0.181	7 (3.60)	0 (0.00)	1.000
Depilatory wax	45 (23.90)	7 (29.20)	0.616	47 (24.00)	5 (45.50)	0.148
Toothpaste	192 (99.00)	23 (100.00)	1.000	199 (99.50)	11 (100.00)	1.000
Mouthwash	15 (8.00)	3 (12.50)	0.439	17 (8.70)	1 (9.10)	1.000
Dental floss	28 (15.00)	4 (17.40)	0.760	30 (15.50)	1 (9.10)	1.000
Vaginal cleansing agent	5 (2.70)	0 (0.00)	1.000	3 (1.50)	1 (9.10)	0.199
Sanitary napkin	59 (31.70)	7 (29.20)	1.000	62 (32.00)	3 (27.30)	1.000

χ^2 =Chi-square test

In terms of the effect of the mode of conception, the frequency of hair conditioner use was significantly higher in the medically assisted pregnancy group than in the spontaneous pregnancy group ($p = 0.020$, Table 4). Due to the lack of tanning cream, bleaching cream, and depilatory cream users in the pregnant group, no comparisons of these were possible (Table 3). The median cosmetic score was 10.00 (min:1-max:28).

The logistic regression model revealed that being non-pregnant increases the risk of using ten or more cosmetic products 5.8 times fold compared to a pregnant group. With one unit increase in each education level, the risk of using ten or more cosmetic products increases 1.6 times. Being employed increases the risk of using ten or more cosmetic products 2.1 times fold. (Table 5).

Table 5. Factors affecting the risk of using ten or more cosmetic products

Variables	Odds Ratio	95% Confidence Interval	p value
Age	0.941	0.910-0.974	0.001
Pregnancy status			
Pregnant	1.0		
Non-pregnant	5.751	3.408-9.703	<0.001
Level of education	1.623	1.105-2.382	0.013
Employment status			
Non-employed	1.0		
Employed	2.072	1.092-3.930	0.026

Omnibus test of model coefficients <0.001, Nagelkerke R Square =0.444, Hosmer and Lemeshow Test p=0.754.

Discussion

It is essential to identify factors that may be detrimental to a healthy pregnancy and healthy babies. This study elicited information about the use frequencies of potentially unhealthy cosmetic and personal care products. Our results show that pregnant women reduce their use of almost all the products we investigated. The only products in which we observed no difference in use rates were hair gel, shampoo, soap, toothpaste, and vaginal cleansing agents. In addition, if the pregnancy is planned, the use of hair dye decreases, and the use of face moisturizer increases.

No difference was determined between pregnant and non-pregnant women in terms of skin types, one of the factors affecting cosmetic product use, and this permitted us to submit the results to statistical comparisons.

Definitive recommendations regarding the safety of cosmetic procedures during pregnancy are not possible. However, there is considerable evidence supporting the safety during pregnancy of carbon dioxide laser therapy for the treatment of genital condylomas.¹⁰⁻¹² Miscarriages have even been attributed to Botox injection in the literature, although the procedure does not appear to be associated with maternal or fetal harm.¹¹ Although no adverse effect on the fetus has been reported to date, botulinum toxin A should nevertheless be avoided during pregnancy.¹³ The use of dermal fillers in pregnancy may also be safe,¹¹ although to the best of our knowledge, no studies have been performed to confirm this. In the present study, the only procedure that was performed significantly less frequently among pregnant women was laser epilation, which was nevertheless the most common procedure in that group. Controlled trials are needed to establish the safety of cosmetic procedures.

Toothpaste followed by shampoo were the two most commonly used products in the pregnant group in this study, compared to shampoo followed by toothpaste in the non-pregnant group. In a study involving a French population, reported rates in a pregnant group were shampoo use 98%, shower gel use 92%, and mascara use 83%, compared to 98%, 91%, and 71%, respectively, in the non-pregnant population.¹⁴ In a cohort study describing patterns of personal care product use among 80 pregnant women, general hygiene products were the most commonly used items. Pregnant women continued to use general hygiene products, while cosmetic product use declined as the pregnancy progressed.³ Pregnant French women seemed to use more cosmetic products than the non-pregnant female population.¹⁴ In the present study, the use of cosmetic and personal care products was lower among pregnant women than non-pregnant women. No differences in use were detected only in some general hygiene products, such as shampoo, soap, and toothpaste. It may therefore be concluded that pregnant women tend to reduce their use of products other than those they consider essential. However, gum use was significantly higher in the pregnant group than in the non-pregnant group in our study. This may be a result of concern over oral hygiene. In one study protocol, the authors sought to evaluate the effect of mouthwash on improving neonatal outcomes.¹⁵

Analysis of the effect of pregnancy planning status and spontaneous or medically assisted pregnancies revealed a significantly higher frequency of hair dye use in unplanned pregnancies. One study reported that 70% of women in the general population in developed countries had used hair dye at least once.¹⁶ In the light of concerns about the potential harm to fetal development from maternal exposure to hair dyes, one previous study reported an odds ratio (OR) of 1.78 (95% C.I. 1.13-2.81) between acute lymphocytic leukemia and exposure to hair dyes in the first trimester of pregnancy.¹⁷ Another study showed a strong association between hypospadias and maternal household use of hair cosmetics, with an OR of 9.6 (95% CI: 1.4-66.1).¹⁸ Hair dye, which has been linked to potentially harmful effects in some studies, was used more commonly among unplanned pregnancies in our study. This shows that explaining possible harmful effects must continue to occupy an important place in the counseling provided for pregnant women. It is also important for women of reproductive age to think about the possibility of pregnancy before deciding to use hair dye.

Rates of face cream used in the present study were 51.6% among pregnant and 71.1% among non-pregnant women, 54.5% among planned pregnancies, and 29.2% among unplanned pregnancies. The differences were statistically significant. The reported prevalence of face cream use in adult women was 95.9% in a study conducted among Swiss-German adults.¹⁹ Our rates were lower than those in that study. Greater face cream use among planned pregnancies may suggest that women who are planning to become pregnant also pay more attention to their daily care.

When we consider factors such as age, pregnancy status, level of education, and employment status that affect the risk of using ten or more products, it is seen that not being pregnant is the most affecting factor. As the level of education increases, the risk of using ten or more products increases, suggesting that employed women attach more importance to their care. But being pregnant is the most determinant factor.

The principal limitation of this study was the presence of significant differences in terms of sociodemographic characteristics, such as age and educational level between the groups. Although our comparison group was selected from among women of the same age group, of childbearing age, education levels, and age still differed significantly between the groups. This may perhaps be due to the comparison group being selected from our family medicine and dermatology outpatient clinics, which tend to see younger individuals, including students. Another limitation is that we were unable to ask about the time of cosmetic procedures. In this study, we inquired whether participants used cosmetic products during their present pregnancy. The majority of previous studies have focused on investigating the effects of active ingredients in blood or urine samples from participants who have been asked whether they used certain products 24-48 h prior to taking part in the survey. Our second strength was its sample size.

Conclusion

Our findings indicate that the use of cosmetic and personal care products decreases with conception, except for general hygiene products. We also observed an increase in the use of hair dye, one of the most harmful products investigated in the literature, among planned pregnancies.

No scientific publications are recommending the use of cosmetic products. Physicians should be informed about the possible harmful effects of cosmetic products on pregnancy and should be able to provide appropriate advice on this subject. Identifying which products are used more often and those which women intend to continue to use after learning that they are pregnant will help researchers identify which products they should investigate first.

Acknowledgment

This study previously appeared as an oral presentation at the 17th International Eastern Mediterranean Family Medicine Congress in Adana, Turkey, in 2018.

Conflict of interest: The authors report no conflicts of interest nor any competing financial interests in this work. This investigation did not receive any financial support from outside companies or institutions, and the authors have no conflicts of interest to declare.

References

1. Marie C, Cabut S, Vendittelli F, Sauvart-Rochat MP. Changes in Cosmetics Use during Pregnancy and Risk Perception by Women. *Int J Env Res Pub He.* 2016;13(4).
2. Koch HM, Lorber M, Christensen KL, Pålme C, Koslitz S, Brüning T. Identifying sources of phthalate exposure with human biomonitoring: results of a 48 h fasting study with urine collection and personal activity patterns. *International journal of hygiene and environmental health.* 2013;216(6):672-81.
3. Lang C, Fisher M, Neisa A, MacKinnon L, Kuchta S, MacPherson S, et al. Personal Care Product Use in Pregnancy and the Postpartum Period: Implications for Exposure Assessment. *Int J Env Res Pub He.* 2016;13(1):105.
4. Arica DA, Baykal Selçuk L, Aran T, Ateş E, Yaylı S, Bahadır S. The Use of Cosmetics and Personal Care Products During Pregnancy. *Turk Dermatoloji Dergisi.* 2017;11(1):22-7.
5. Braun JM, Just AC, Williams PL, Smith KW, Calafat AM, Hauser R. Personal care product use and urinary phthalate metabolite and paraben concentrations during pregnancy among women from a fertility clinic. *J Expo Sci Env Epid.* 2014;24(5):459-66.
6. Buckley JP, Palmieri RT, Matuszewski JM, Herring AH, Baird DD, Hartmann KE, et al. Consumer product exposures associated with urinary phthalate levels in pregnant women. *J Expo Sci Env Epid.* 2012;22(5):468-75.
7. Fisher M, MacPherson S, Braun JM, Hauser R, Walker M, Feeley M, et al. Paraben Concentrations in Maternal Urine and Breast Milk and Its Association with Personal Care Product Use. *Environ Sci Technol.* 2017;51(7):4009-17.
8. Parlett LE, Calafat AM, Swan SH. Women's exposure to phthalates in relation to use of personal care products. *J Expo Sci Env Epid.* 2013;23(2):197-206.
9. Fitzpatrick, T. B. (1988). The validity and practicality of sun-reactive skin types I through VI. *Archives of dermatology*, 124(6), 869-871).
10. Lee KC, Korgavkar K, Dufresne RG, Higgins HW. Safety of cosmetic dermatologic procedures during pregnancy. *Dermatologic Surgery.* 2013;39(11):1573-86.
11. Goldberg D, Maloney M. Dermatologic surgery and cosmetic procedures during pregnancy and the post-partum period. *Dermatologic therapy.* 2013;26(4):321-30.
12. Trivedi M, Kroumpouzou G, Murase J. A review of the safety of cosmetic procedures during pregnancy and lactation. *International journal of women's dermatology.* 2017;3(1):6-10.
13. Murase JE, Heller MM, Butler DC. Safety of dermatologic medications in pregnancy and lactation: Part I. Pregnancy. *Journal of the American Academy of Dermatology.* 2014;70(3):401. e1-. e14.
14. Flicheux A, Wesolek N, Chevillotte G, Roudot A. Consumption of cosmetic products by the French population. First part: frequency data. *Food and Chemical Toxicology.* 2015;78:159-69.
15. Jiang H, Xiong X, Buekens P, Su Y, Qian X. Use of mouth rinse during pregnancy to improve birth and neonatal outcomes: a randomized controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth.* 2015;15(1):311.
16. Guerra-Tapia A, Gonzalez-Guerra E. Hair Cosmetics: Dyes. *Actas dermo-sifiliograficas.* 2014;105(9):833-9.
17. Couto AC, Ferreira JD, Rosa AC, Pombo-de-Oliveira MS, Koifman S, Leukemia BCSGoIA. Pregnancy, maternal exposure to hair dyes and hair straightening cosmetics, and early age leukemia. *Chemico-biological interactions.* 2013;205(1):46-52.
18. Haraux E, Braun K, Buisson P, Stéphan-Blanchard E, Devauchelle C, Ricard J, et al. Maternal Exposure to Domestic Hair Cosmetics and Occupational Endocrine Disruptors Is Associated with a Higher Risk of Hypospadias in the Offspring. *Int J Env Res Pub He.* 2016;14(1):27.
19. Manová E, von Goetz N, Keller C, Siegrist M, Hungerbühler K. Use patterns of leave-on personal care products among Swiss-German children, adolescents, and adults. *Int J Env Res Pub He.* 2013;10(7):2778-98.



Determination of Cut-off Value of the Turkish Vaccine Hesitation Scale for Healthcare Workers

Sağlık Çalışanları İçin Türk Aşı Tereddüt Ölçeği Kesme Değerinin Belirlenmesi

Mehmet Göktuğ KILINÇARSLAN¹, Cihan COŞKUNTUNCEL¹, Erkan Melih ŞAHİN¹

Abstract

Introduction: Physician advice is the most crucial factor in accepting vaccines. Therefore, evaluating the vaccine hesitancy of healthcare workers has gained more significance. This study aimed to determine the cut-off values of the Turkish vaccine hesitancy scale for healthcare workers.

Method: This cross-sectional study was conducted in a tertiary hospital. There were 1281 staff at the hospital and 891 were included in the study. The survey which consisted of vaccine rejection history and the Turkish Vaccine Hesitancy Scale was applied to participants. Precision-recall plot and F1 score were used to determine the cut-off value.

Results:

Of the total 891 participants, 525(58.9%) were female. The mean age was 31.3±8.1 years. The number of participants who have rejected a vaccine at least once in their life was 91(10.2%). The area under the ROC curve was 0.727 (95% CI:0.665-0.790), p<0.001. The threshold point which has the highest F1 score (0.3587) was 44.5.

Conclusion

Healthcare workers who get 45 or higher points from the Turkish Vaccine Hesitancy Scale can be grouped as vaccine-hesitant while others who get lower than 45 points can be grouped as vaccine acceptor.

Keywords: health personnel; vaccine hesitancy; tertiary hospital; ROC analysis

Özet

Giriş: Doktor tavsiyesi, aşıları kabul etmede en önemli faktördür. Bu nedenle sağlık çalışanlarının aşı tereddütlerinin değerlendirilmesi daha da önem kazanmıştır. Bu çalışmada sağlık çalışanları için Türk Aşı Tereddüt Ölçeğinin kesme değerlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışma üçüncü basamak bir hastanede yapılmıştır. Hastanedeki 1281 personelden 891 kişi çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara aşı reddi öyküsü ve Türkiye Aşı Tereddüt Ölçeğinden oluşan anket uygulandı. Precision-recall grafiği ve F1 skoru kesme değerini belirlemek için kullanıldı.

Bulgular: Toplam 891 katılımcının 525'i (%58,9) kadındı. Ortalama yaş 31,3±8,1 idi. Hayatında en az bir kez aşığı reddeden katılımcı sayısı 91(%10,2) oldu. ROC eğrisi altındaki alan 0,727 (%95 GA:0,665-0,790), p<0,001 idi. En yüksek F1 puanına (0,3587) sahip kesme değeri 44,5'tir.

Sonuç: Türkiye aşı tereddüt ölçeğinden 45 ve üzeri puan alanlar aşı çekingen, 45 puanın altında olanlar ise aşı kabul eden olarak gruplandırılabilir.

Anahtar kelimeler: sağlık personeli; aşı kararsızlığı; üçüncü basamak hastane; AİÖ analizi

Geliş tarihi / Received: 08.02.2023 Kabul tarihi / Accepted: 14.04.2023

¹Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Canakkale Onsekiz Mart University, Canakkale, Turkey

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Mehmet Göktuğ KILINÇARSLAN, Health Research Hospital of Canakkale Onsekiz Mart University, B Blok Oda:5042, 17100, Merkez, Çanakkale/TURKEY
E-posta: goktugmk@gmail.com Tel: +90 05066108540

Kılınçarslan MG, Coşkuntuncel C, Şahin EM. *Determination of Cut-off Value of the Turkish Vaccine Hesitation Scale for Healthcare Workers. TJFPMC, 2023; 17 (2) :271-275*

DOI: 10.21763/tjfmpe.1248540

INTRODUCTION

Vaccines generally have been accepted as the most effective public health interventions.¹ Even small declines in vaccination coverage due to vaccine hesitancy may have significant public health and economic consequences.² Vaccine hesitancy is defined as a “delay in acceptance or refusal of vaccines despite availability of vaccination services” by the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE).³ Vaccine hesitancy includes a heterogeneous group that can extend from accepting all vaccines to rejecting all vaccines.⁴ To determine people's attitudes in the range from vaccine-hesitant to vaccine-acceptor, the first scale in the Turkish language was developed by Kılınçarslan et al.⁵ Turkish Vaccine Hesitancy Scale was developed in 2020 for people older than 18 years old. It has two forms as the long form with 21 items and 4 factors while the short form is with 12 items and 3 factors. Explained variances by the long form and the short form were 57.4% and 65.3%, respectively. Cronbach alpha values for the long form and the short form were 0.905 and 0.855, respectively. But in the literature, there are no cut-off values for the scale to classify people as vaccine-hesitant or vaccine-acceptor.

Low vaccination coverage among healthcare workers may lead to the spread of nosocomial infections and may increase absenteeism.^{6,7} Vaccination remains the main element of protection from infectious diseases for healthcare workers, their patients, and healthcare institutions and their colleagues.⁸

It has been shown that physician advice is the most crucial factor in accepting vaccines.⁹ So addressing determinants of vaccine hesitancy in healthcare workers may exhibit the great potential to handle vaccine hesitancy in the general population.¹⁰ Therefore evaluating vaccine hesitancy of healthcare workers has gained more attention recently. Vaccine hesitancy levels of healthcare workers must be measured, and they should be classified accurately to lead interventions that would have a better impact. This study aimed to determine the cut-off values of the Turkish Vaccine Hesitancy Scale⁵ for the healthcare workers.

METHOD

Setting and Participants

This cross-sectional study was conducted in a tertiary hospital between November and December 2020. All staff who works in the tertiary hospital were selected for the study except those who didn't give consent to participate. There were a total of 1281 staff but only 891 could be reached due to night shifts and rotational working. None of the participants rejected to give consent.

Data Measurement and Variables

A survey was applied to participants which consists of socio-demographic variables, a question of “Have you ever rejected to be vaccinated when suggested?” and the Turkish Scale of Vaccine Hesitancy. Participants had choices of 1. Never suggested, 2. No, 3. Yes, to answer the question of “Have you ever rejected to be vaccinated when suggested?”. Healthcare workers who gave the answer “yes” were vaccine rejectors

The long-form of Turkish Vaccine Hesitancy Scale was developed by Kılınçarslan et. al.⁵ Turkish Vaccine Hesitancy Scale has 4 factors and 21 questions. Points that can be obtained from the scale vary from 21 to 105. A higher point means higher levels of vaccine hesitancy.

Statistics

Continuous variables are presented as mean \pm standard deviation while categorical variables are presented as frequency. The precision-Recall curve was used to determine the threshold to differentiate people as vaccine-hesitant or vaccine acceptor. Receiver operating characteristics (ROC) plots are generally used to determine the cut-off values for scales, but precision-recall plots are more appropriate to evaluate binary classifiers on imbalanced datasets (few numbers of positives with high number of negatives or vice-versa).¹¹ F1 score is the harmonic mean of precision and recall and it provides equilibrium between precision and recall. A higher F1 score for the classifier means a better classification performance. In this study, the threshold which has the highest F1 score was determined as the cut-off point for classification of participants into vaccine-hesitant or vaccine-acceptor. Healthcare workers who rejected vaccination against the suggestion of applying were accepted as a positive group for calculation of the F1-score.

Ethics and Consents

This study was approved by the Clinical Research Ethics Committee of ***** ***** **** University by the ID number of 2020-12. Informed consents were obtained from all participants.

RESULTS

Of the total 891 participants, 525(58.9%) were female. The mean age was 31.3±8.1 years. Number of participants who have rejected a vaccine at least once in their life was 91(10.2%). The profession of participants and vaccine rejection rate in each profession were given in Table 1 with detail.

Table 1: Profession of participants

Profession	Number	Percent	Frequency (Ever vaccine rejected)	Percentage (Ever vaccine rejected)
Medical staff-academic	72	8.1	5	6.9
Medical residents	173	19.4	13	7.5
Medical students	80	9.0	3	3.8
Nurse/Midwife	175	19.6	22	12.6
Medical technician	54	6.1	18	33.3
Administrative staff	55	6.2	9	16.4
Cleaning staff	146	16.4	4	2.7
Other	136	15.3	17	12.5
Total	891	100	91	10.2
Other: psychologist, cafeteria staff, nutritionist, security officer, secretary etc.				

Participants' mean scores on the Turkish Vaccine Hesitancy Scale was 37.8±11.4. Area under the ROC curve was 0.727 (95% CI:0.665-0.790), $p < 0.001$. The threshold points which have highest F1 score (0.3587) was 44.5. The cut-off value as 45 for the Turkish Vaccine Hesitancy Sscale shows 53.8% sensitivity, 26.9% precision, and 83.4% specificity when grouping participants into vaccine-hesitant. Sensitivity, precision, F1 score, and specificity for all cut-off points were given in Table 2.

Table 2: Sensitivity, precision, F1 score, and specificity for all cut-off points

Cut-off	Precision	Sensitivity	F1 score	Specificity	Cumulative percent of participants under the cut-off
20	0.102	1	0.1851	0	0
21.5	0.104	1	0.1884	0.016	1.5
22.5	0.103	0.989	0.1866	0.021	2.0
23.5	0.103	0.978	0.1864	0.027	2.7
24.5	0.103	0.967	0.1862	0.037	3.7
25.5	0.102	0.934	0.1839	0.061	6.2
26.5	0.104	0.923	0.1869	0.091	9.0
27.5	0.106	0.912	0.1899	0.124	12.0
28.5	0.110	0.901	0.1961	0.167	16.0
29.5	0.114	0.890	0.2021	0.215	20.4
30.5	0.121	0.868	0.2124	0.280	26.5
31.5	0.129	0.846	0.2239	0.350	33.0
32.5	0.137	0.835	0.2354	0.403	37.8
33.5	0.151	0.813	0.2547	0.479	44.9
34.5	0.154	0.780	0.2572	0.514	48.4
35.5	0.167	0.769	0.2744	0.565	53.1
36.5	0.178	0.747	0.2875	0.609	57.2
37.5	0.191	0.736	0.3033	0.645	60.6
38.5	0.202	0.714	0.3149	0.679	63.9
39.5	0.215	0.703	0.3293	0.707	66.6
40.5	0.216	0.648	0.3240	0.733	69.4
41.5	0.232	0.615	0.3369	0.769	73.0
42.5	0.247	0.582	0.3468	0.797	75.9
43.5	0.255	0.560	0.3504	0.814	77.6
44.5	0.269	0.538	0.3587	0.834	79.6
45.5	0.275	0.505	0.3561	0.849	81.3
46.5	0.273	0.462	0.3432	0.860	82.7
47.5	0.279	0.451	0.3447	0.868	83.5
48.5	0.301	0.440	0.3575	0.884	85.1
49.5	0.303	0.407	0.3474	0.894	86.3

Table 2(continuation): Sensitivity, precision, F1 score, and specificity for all cut-off points

50.5	0.307	0.385	0.3416	0.901	87.2
51.5	0.323	0.352	0.3369	0.916	88.9
52.5	0.319	0.330	0.3244	0.920	89.5
53.5	0.337	0.308	0.3218	0.931	90.7
54.5	0.351	0.286	0.3152	0.940	91.7
55.5	0.379	0.275	0.3187	0.949	92.6
56.5	0.381	0.264	0.3119	0.951	92.9
57.5	0.390	0.253	0.3069	0.955	93.4
58.5	0.404	0.253	0.3111	0.958	93.6
59.5	0.415	0.242	0.3057	0.961	94.1
60.5	0.449	0.242	0.3145	0.966	94.5
61.5	0.419	0.198	0.2689	0.969	95.2
62.5	0.368	0.154	0.2171	0.970	95.7
63.5	0.378	0.154	0.2188	0.971	95.8
64.5	0.343	0.132	0.1906	0.971	96.1
65.5	0.364	0.132	0.1937	0.974	96.3
66.5	0.400	0.132	0.1985	0.978	96.6
67.5	0.320	0.088	0.1380	0.979	97.2
68.5	0.348	0.088	0.1405	0.981	97.4
69.5	0.350	0.077	0.1262	0.984	97.8
70.5	0.412	0.077	0.1298	0.988	98.1
71.5	0.375	0.066	0.1122	0.988	98.2
72.5	0.333	0.055	0.0944	0.988	98.3
73.5	0.273	0.033	0.0589	0.990	98.8
74.5	0.300	0.033	0.0595	0.991	98.9
76.5	0.333	0.033	0.0600	0.993	99.0
79.5	0.250	0.022	0.0404	0.993	99.1
82	0.286	0.022	0.0409	0.994	99.2
84	0.333	0.022	0.0413	0.995	99.3
86.5	0.250	0.011	0.0211	0.996	99.6
89	0.333	0.011	0.0213	0.998	99.7
93	0	0	-	0.999	99.9
97	0	0	-	1	100.0

DISCUSSION

The most appropriate cut-off point of the Turkish vaccine hesitancy scale was determined as 44.5 to classify healthcare workers into vaccine-hesitant or vaccine acceptor. Healthcare workers who get 45 or higher points on the Turkish vaccine hesitancy scale can be grouped as vaccine-hesitant while others who get lower than 45 points can be grouped as vaccine acceptor.

Vaccine hesitancy is one of the most important public health problems. Healthcare workers have an incontrovertible role in handling this problem.^{10,12} So, attitudes of healthcare workers towards vaccine hesitancy should be evaluated. Unless it can be measured, no one can be aware of there is a problem.¹³ To measure the vaccine hesitancy levels of Turkish people, Kılınçarslan et al.⁵ developed the first scale of vaccine hesitancy in the Turkish language. In this study, a cut-off value was determined to classify healthcare workers as vaccine-hesitant or vaccine-acceptor. Healthcare workers who get 45 or more on the Turkish Vaccine Hesitancy Scale can be classified as vaccine-hesitant.

While deciding cut-off values, some criteria should be considered. Sensitivity, precision, and specificity are the most important criteria. While deciding the cut-off value, each should be taken into account. Standardized methods such as the F1 score can be used to find the optimum point when determining the cut-off value. F1 score ensures equilibrium between sensitivity and precision. The highest F1 score means the better classification.

In this study, the cut-off value for the Turkish Vaccine Hesitancy Scale was determined as 45 by F1 score. At this threshold, sensitivity of 53.8% sounds low. There were other cut-off points which have higher sensitivity but in return of lower precision or specificity. To obtain higher sensitivity, lower scores should be determined as the cut-off but it means labelling much higher percentage of healthcare workers as vaccine-hesitant. For the cut-off value of 45, only 20.4% of healthcare workers can be classified as vaccine-hesitant while if we decided the cut-off value as 40 (higher sensitivity), this would lead to classifying 33.4% of healthcare workers as vaccine-hesitant (Table 2).

The cut-off level determined in this study probably will be used to decide which group should undergo interventions so classifying at least one third of healthcare workers as vaccine-hesitant would be impractical for interventions. According to both our view and standardized method (F1 score), the cut-off value (45) has best equilibrium between sensitivity, precision, and specificity. Moreover, it can give a lead to feasible interventions by classifying optimal amount of healthcare workers as vaccine-hesitant.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declare no conflicts of interest.

FUNDING

The authors declare that no funds, grants, or other support were received during the preparation of this manuscript.

REFERENCES

1. Orenstein, WA, Ahmed, R. Simply put: vaccination saves lives. *Proc Natl Acad Sci USA* 2017;114(16):4031-4033.
2. Lo NC, Hotez PJ. Public health and economic consequences of vaccine hesitancy for Measles in the United States. *JAMA Pediatr* 2017;171(9):887-892.
3. MacDonald, Noni E; SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015;33(34):4161-4164.
4. Gust D, Brown C, Sheedy K, Hibbs B, Weaver D, Nowak G. Immunization attitudes and beliefs among parents: beyond a dichotomous perspective. *Am J Health Behav* 2005;29(1):81-92.
5. Kılınçarslan MG, Sarıgül B, Toraman Ç, Şahin EM. Development of valid and reliable scale of vaccine hesitancy in Turkish language. *Konuralp Medical Journal* 2020;12(3):420-429.
6. Perl TM, Talbot TR. Universal Influenza vaccination among healthcare personnel: yes we should. *Open Forum Infect Dis* 2019;6(4):ofz096. doi: 10.1093/ofid/ofz096.
7. Amodio E, Restivo V, Firenze A, Mammina C, Tramuto F, Vitale F. Can influenza vaccination coverage among healthcare workers influence the risk of nosocomial influenza-like illness in hospitalized patients? *J Hosp Infect.* 2014;86(3):182-187.
8. Sydnor E, Perl TM. Healthcare providers as sources of vaccine-preventable diseases. *Vaccine* 2014;32(38):4814-4822.
9. The Lancet Child Adolescent Health. Vaccine hesitancy: a generation at risk. *Lancet Child Adolesc Health* 2019;3(5):281.
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Let's talk about hesitancy. Stockholm: ECDC; 2016.
11. Saito T, Rehmsmeier M. The precision-recall plot is more informative than the ROC plot when evaluating binary classifiers on imbalanced datasets. *PLoS One* 2015;10(3):e0118432. doi: 10.1371/journal.pone.0118432.
12. Smith LE, Amlôt R, Weinman J, Yiend J, Rubin GJ. A systematic review of factors affecting vaccine uptake in young children. *Vaccine* 2017;35(45):6059-6069.
13. Salmon DA, Dudley MZ, Glanz JM, Omer SB. Vaccine hesitancy: causes, consequences, and a call to action. *Am J Prev Med* 2015;49(6 Suppl 4):391-398.



The Relationship Between Chronic Diseases and Healthy Lifestyle Behaviors of Individuals 65 Years and Older

65 Yaş ve Üstü Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Kronik Hastalıklarla İlişkisi

Özge TUNCER¹, Levent ERDOĞAN²

Abstract

Aim: This study is designed to examine the differences in health habits among individuals aged 65 and over, based on chronic diseases.

Method: All individuals aged 65 and over registered to Unit 13 of Gazikent Family Health Center No. 3 in Gaziemir, Izmir constitute the study group. There were 300 eligible individuals and three of them rejected to participate and the study was completed with 297 participants. Data were collected with Questionnaire Form and Healthy Lifestyle Scale (HLSS). Data were analyzed with Variance analysis, Student t test, Mann-Whitney U test and Kruskal Wallis analysis.

Results: The average age of the elderly is 71.9 ± 6.5 (65-94) and 84.2% of them had at least one chronic disease (CD). Mean total HLSS score was 141 ± 20 . The lowest mean score was obtained from the physical activity subgroup. HLS general and subgroup mean scores of those with CD were significantly lower ($p < 0.05$). A significant difference was found between mean scores of HLSS and habits, socio-demographic and clinical characteristics ($p < 0.05$).

Conclusion: In this study, it was determined that CD is quite common among the elderly and this group has difficulties in maintaining healthy lifestyle.

Keywords: Geriatrics, chronic diseases, healthy lifestyle

Özet

Amaç: Bu araştırma, 65 yaş ve üzeri bireylerde sağlık alışkanlıklarının kronik hastalıklara göre farklılıklarının incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. İzmir Gaziemir 3 No'lu Gazikent Aile Sağlık Merkezi 13 No'lu birimine kayıtlı olan tüm 65 yaş ve üzeri bireyler ($n = 300$) araştırma grubunu oluşturmuştur. Çalışmaya katılmaya onay vermeyen 3 kişi çalışma dışı bırakılarak 297 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Verilerin toplanmasında Anket Formu ve Sağlıklı Yaşam Tarzı Ölçeği (SYTÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Varyans analizi, Student t testi, Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $71,9 \pm 6,5$ (65-94)'dır ve %84,2'sinin en az bir kronik hastalığı vardı. SYTÖ toplam puan ortalaması 141 ± 20 idi. En düşük puan ortalaması fiziksel aktivite alt grubundan elde edildi. Kronik hastalığı olanların SYTÖ genel ve alt grup puan ortalamaları anlamlı düzeyde düşük idi ($p < 0,05$). SYTÖ puan ortalamaları ile yaşlıların alışkanlıkları, sosyo-demografik ve klinik özellikleri arasında anlamlı düzeyde farklılık bulundu ($p < 0,05$).

Sonuç: Bu çalışmada yaşlılar arasında kronik hastalığın oldukça yaygın olduğu ve bu grubun sağlıklı yaşam alışkanlıklarını sürdürmede zorlandıkları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Geriatri, kronik hastalıklar, sağlıklı yaşam tarzı

Geliş tarihi / Received: 10.02.2023 Kabul tarihi / Accepted: 23.04.2023

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²İzmir Gaziemir 3 No'lu Gazikent Aile Sağlığı Merkezi

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Özge TUNCER, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

E-posta: dr.ozgeucman@gmail.com Tel: +905059311328

Tuncer Ö & Erdoğan L. *The Relationship Between Chronic Diseases and Healthy Lifestyle Behaviors of Individuals 65 Years and Older*

Introduction

Scientific and technological developments in healthcare, early diagnosis and treatment of diseases and decreasing death rate have led to a prolongation of human life and an increase in the population aged 65 and over in the total population. Especially in developed countries, while the elderly population constitutes 20% of the general population, increasing life expectancy has also highlighted the phenomenon of "aging".¹⁻⁴ According to the data of the United Nations, the population aged 60 and over, was 600 million in 2000 and increased to 700 million in 2006 and it has been stated that it is expected to reach 2 billion in 2050 and will constitute 22% of the world population.⁵ The increase in life expectancy is likely to continue in older ages, but unless there is a fundamental change in a healthy lifestyle (regular diet, exercise, sleep, interpersonal communication, stress management, abstinence from smoking and alcohol, etc.), it is unlikely to delay old age or improve health.⁶ In the 2000 report of the World Health Organization (WHO), the term "chronic diseases" (CD) was defined as a serious public health problem under the name of non-communicable diseases. It is stated that almost all of the elderly population aged 65 and over have at least one CD (such as cancer, diabetes, cardiovascular diseases, chronic lung disease and dementia). In addition, it was reported in this report stated that the increase in CD rates poses a serious economic burden, especially for developing countries, and that multi-sectoral national programs should be carried out on the understanding, prevention and control of the underlying determinants of these diseases.⁵

The quality of life of the elderly decreases due to the pathological changes brought about by aging and accompanying CDs decreases, thus increasing their need for care and support. All this information shows that CDs are one of the current and most important health problems that should be evaluated in the health system today.^{6,7} In this sense, health-related attitudes and behaviors of elderly individuals significantly affect themselves, their families, and society in coping with CDs.⁸⁻¹⁰

Material and Methods

This study was designed as cross-sectional and descriptive in order to determine the relationship between CD status and health habits of individual's aged 65 and over. The population of the study consists of all individuals aged 65 and over registered in Gazikent Family Health Center No. 13, Unit No. 3 in Izmir, Gaziemir. There were 300 eligible individuals and three of them rejected to participate and the study was completed with 297 participants. Ethics Committee Approval (Ethics Committee No: 302.14.01) for Non-Interventional Clinical Research dated 02/07/2020 was obtained from the Health Sciences University and İzmir Bozyaka Health Education and Research Hospital Directorate in order to conduct the study. In addition, legal permission was granted by the institution management. The necessary permissions have also been obtained from the Provincial Health Directorate. In accordance with the Declaration of Helsinki, all participants gave written consent, which included permission to be interviewed.

The data were collected by using two different forms; The Survey Form and Healthy Lifestyle Scale (HLSS). The data were collected by the researcher via face-to-face interviews with individuals in the patient room of the Family Health Center where the study was conducted. Filling out the questionnaires took approximately 15-20 minutes for each patient.

The Survey Form: The form was prepared by researcher using relevant literature and consisted of 17 questions in total. Variables includes socio-demographic characteristics of individuals aged 65 and over (age, gender, occupation, educational status, marital status, place of residence, income status, social security status and cohabitants), health-related habits (cigarette and alcohol use) and some medical characteristics (additional disease status, what type of CD, when to be diagnosed with CD, regular drug use, and frequency of going to health check-ups) by the researcher, using the literature.

Healthy Lifestyle Scale (HLSS): This scale was developed by Walker et al. to determine health-promoting behaviors in elderly individuals. The Cronbach α reliability coefficient of the scale was determined as 0.94.¹¹ The Turkish validity and reliability study of the scale was performed by Bahar et al.⁽¹²⁾ The lowest score for the whole scale is 52, and the highest score is 208. The scale consists of 6 subscales; spiritual development (9 items), health responsibility (9 items), physical activity (8 items), nutrition (9 items), interpersonal relationships (9 items) and stress management (8 items). High scores obtained from the scale are interpreted as positive healthy lifestyle behaviors. All items of the scale are positive expressions. The rating is in the form of a 4-point Likert. The Cronbach Alpha coefficient of the scale is 0.92 and it has a high degree of reliability.

In the analysis of the data, descriptive statistical tests were applied in the evaluation of demographic data by using the IBM SPSS 20 statistical package program. The Kolmogorov-Smirnov test was used to assess normal distribution. When examining the differences between groups, One-way Analysis of Variance and Student's t test were used for continuous data with normal distribution, and Man-Whitney U test or Kruskal Wallis test was used for those without normal distribution. $P < 0.05$ value was considered statistically significant.

Results

Slightly more than half (55.9%) of the participants were women and most (71.7%) of them were between the ages of 65-74. The mean age was 71.9 ± 6.5 (65-94). With respect to other sociodemographic variables, 57.6% were married, 43.7% were high school graduates, and 94.9% had children. Many participants (69.3%) stated that they have medium income. Although 94.8% had social security, only 4.4% were actively working. The majority of the group (87.0%) consists of nuclear families (Table 1). The vast majority (91.5%) of the participants did not use tobacco or alcohol.

Table I. *Distribution of the participants according to their socio-demographic characteristics*

Socio-demographic Features		N	%
Gender	Male	131	44.1
	Female	166	55.9
Age 71.9±6.5 (65-94)	65-74	213	71.7
	75-84	66	22.2
	≥85	18	6.1
Education	Literate	28	8.7
	Primary	110	37.5
	High school	127	43.7
	University	32	10.1
Marriage	Married	171	57.6
	Single	15	5.1
	Widow& divorced	111	37.4
Children	Yes	282	94.9
	No	15	5.1
Residence	Urban	224	75.6
	Rural	73	24.4
Employment	Yes	13	4.4
	No	284	95.6
Income	Poor	34	11.5
	Medium	206	69.3
	Good	57	19.3
Social security	Yes	279	94.8
	No	18	5.2
Family type	Extended	40	13.0
	Nuclear	257	87.0
Total		297	100.0

Table 2 shows that, 84.2% of the participants had at least one CD, whereas 36.0% had two and 30.4% had three or more. A small proportion (15.8%) of participants stated that they do not have any chronic disease. The comorbidity rate was 62.3%. Diabetes mellitus (DM) was 25.0%, hypertension (HT) was 66.9%, and coronary artery disease (CAD) was 14.5%. For 55.2% of the participants, their chronic diseases were diagnosed more than 10 years ago.

Table 2. *Distribution of participants according to the characteristics of CD*

CD Features		N	%
CD number*	1	250	84.2
	2	90	36.0
	≥3	76	30.4
CD diagnosis period (year)	≤1	10	4.0
	2-9	102	40.8
	≥10	138	55.2
DM	+	75	25.0
	-	222	75.0
HT	+	199	66.9
	-	98	33.1
CAD	+	43	14.5
	-	254	85.5
Osteoporosis	+	37	12.5
	-	260	87.5
Comorbidity	+	185	62.3
	-	112	37.7
Total		297	100.0

*n more than one option is marked.

Table 3 shows that, 47.4% of the participants visits a health institution when they ran out of their medication and 39.9% of them consult a physician when they had a complaint. Most of them (81.5%) had prescribed their medications regularly. Vision and hearing problems were mentioned by 24.5% and 9.4% of the participants respectively. More than half of the participants (56.4%) reported that they were vaccinated. Of these, 43.1% had influenza, 12.8% had tetanus, and 38.7% had pneumococcal vaccine.

The total mean score of the HLSS was 141.3±20.1. The mean scores of the scale subgroups were as follows: 23.6±3.7 for "health responsibility", 16.2±5.0 for "physical activity", 24.8±2.9 for "nutrition", 26.6± 4.5 for "spiritual development", 27.0±4.1 for "interpersonal relationships" and 22.8±4.2 for "stress management". The lowest mean score of HLSS was obtained from the "physical activity" subgroup, and the highest from the "interpersonal relations" subgroup.

Table 3. *Distribution of the participants according to their clinical characteristics*

Clinical Features		N	%
Regular Check up	<1 month	22	6.9
	>6 month	19	5.8
	On complaint	118	39.9
	Out of medicine	140	47.4
Regular medicine	Yes	239	81.5
	No	58	18.5
Vision problems	Yes	73	24.5
	No	224	75.5
Hearing problems	Yes	28	9.4
	No	269	90.6
Total		297	100.0

Table 4 shows HLSS scores with respect to the age group of the participants. Mean scores of total and all subgroups of HLSS differed significantly between age groups ($p < 0.05$). Mean scores of health responsibility, physical activity and interpersonal relations subgroups were significantly higher in the 65-74 age group. Nutrition and spiritual development were higher in the 85-year-old group, and stress management scores were higher in the 75-84-year-old group.

Table 4. HLSS score distributions by age

Age	N	Mean	SD	F**	p
Health responsibility	65-74	213	24.38	21.724	0.001*
	75-84	66	22.20		
	≥85	18	19.78		
Physical activity	65-74	213	23.62	23.853	0.001*
	75-84	66	17.36		
	≥85	18	14.27		
Nutrition	65-74	213	10.78	8.662	0.001*
	75-84	66	16.27		
	≥85	18	25.23		
Spiritual development	65-74	213	24.02	19.659	0.001*
	75-84	66	22.89		
	≥85	18	24.82		
Interpersonal relationships	65-74	213	27.51	16.172	0.001*
	75-84	66	25.33		
	≥85	18	21.56		
Stress management	65-74	213	26.66	9.748	0.001*
	75-84	66	27.74		
	≥85	18	25.95		
Total	65-74	213	22.78	26.039	0.001*
	75-84	66	27.04		
	≥85	18	23.38		

* $p < 0,05$, ** Kruskal Wallis test

Table 5 shows HLSS scores with respect to the presence of a chronic disease. Mean scores of all subgroups and total scale were significantly higher in participants without any chronic disease ($p < 0.05$).

Table 5. HLSS score distributions according to chronic disease

CD	N	Mean	SD	t**	p
Health responsibility	Yes	250	23.35	-2.948	0.003*
	No	47	25.06		
Physical activity	Yes	250	15.37	-7.750	0.001*
	No	47	21.06		
Nutrition	Yes	250	24.41	-5.773	0.001*
	No	47	27.00		
Spiritual development	Yes	250	25.92	-6.873	0.001*
	No	47	30.60		
Interpersonal relationships	Yes	250	26.56	-4.823	0.001*
	No	47	29.64		
Stress management	Yes	250	22.31	-5.640	0.001*
	No	47	25.94		
Total	Yes	250	137.92	-7.220	0.001*
	No	47	159.30		

* $p < 0,05$, ** Mann-Whitney U test

Discussion

In this study, it was determined that a significant proportion of the elderly individuals was diagnosed with a CD (84%). WHO stated that more than two-thirds of elderly individuals were diagnosed with at least one CD.¹³ In the study of Gulbayrak et al, the prevalence of CD in elderly individuals was found to be 50%, and in the study of Dudak et al. with 1472 elderly people, this ratio was 79.4%.^{14,15} In the light of all these findings, it can be said that CDs constitute a very common social problem in the elderly. Despite some strategies developed in our country, the incidence of CD and their complications remains to be an important problem. However, in parallel with scientific, technological, political and economic achievements in developed countries, significant progress has been made in the management of CD.¹⁶⁻²⁰

Most CDs result from preventable risk factors. In particular, individuals' health behaviors and lifestyles related to their disease management skills have become increasingly important to improve health outcomes. In order to increase the effectiveness of preventive services, more information is needed about individuals' perceptions of CD as well as disease-specific management skills and behaviors.²¹ In the present study, the mean healthy lifestyle behavior score of the elderly was 141 ± 20.2 . The highest score to be obtained from the original scale was 208, so the general health habits of the study group could be rated as "moderate". In addition, according to the statistical analyzes performed in this study, it was concluded that negative health lifestyle behaviors had a significant effect on the presence of CD. In other studies examining healthy lifestyle behaviors of elderly individuals, general health score averages were 117 ± 18 in the study of Annaç, 127 ± 20 in the study of Küçükberber et al., 153 ± 22 in the study of Kuru & Piyal, and 128 ± 22 in the study of Savaşan et al. In these studies, a strong relationship was found between CD and health lifestyle behaviors.²²⁻²⁵

In this study, when the distribution of the HLSS subgroups was examined, the scores of the "interpersonal relations" subgroup were found to be higher than the other subgroups. This showed that social behaviors contributing to individual development were at a better level in older individuals. The lowest mean score of HLSS was in the "physical activity" subgroup. Results regarding prominent subscale groups show similarities^{23,24} and differences with other studies.²⁵ It is thought that this situation arises from the different adult age groups in the studies. In this study, most of the participants were retired and they may adopt a less physically active lifestyle. On the other hand, it can be said that this result reflects attitude against physical in-activity in our society. This attitude shows itself in either individual factors such as not to create enough time for exercise or social factors such as insufficiency of physical activity programs. However, inactivity leads to many CDs, as it will accelerate circulatory problems and fat increase in the body. Therefore, supporting the active participation of elderly individuals in social life within the framework of their limitations is of vital importance in the management of CDs.²⁶ As a matter of fact, in this study, the general scores of HLSS and physical activity subgroup scores of retired individuals were found to be lower. Decreased productivity with aging can lead to substantial changes in the social roles of the individual and even resulting in the loss of role. This result is also consistent with the results in the literature.¹⁸

When the relationship between age and mean HLSS subgroup scores was examined, it was seen that health behaviors related with "health responsibility" and "physical activity" were significantly lower whereas, behaviors related with "spiritual development" and "stress management" were significantly higher in older age group. In general, individuals in the older age group may have difficulty in coping with self-care activities due to increased inactivity, changes in the level of dependency, and loss of cognitive and physical functions. Considering that the older age group is generally retired, they are expected to experience less work stress and devote more time to spiritual activities. On the other hand, this result may also reflects the one's come to awareness of his/her mortality and fatalism. The findings of the study are similar to the literature.^{23,24}

According to other studies on the subject, various services such as home care services, mentoring, peer support groups, clinical guides, technological tools and instruments that improve the patient's independence and assist hygiene requirements. Smart cards, subcutaneous nano-technological sensors, virtual reality applications, media communication tools and biotechnological telemedicine reduces clinical hospitalizations. In addition, these services positively affect patients' adaptation to the disease process, quality of life and patient satisfaction.^{19,21,26}

Conclusion and Recommendations

In this study, it was concluded that CD is quite common, positive lifestyle behaviors are not at the expected level, especially low physical activity levels, and this situation is associated with CD. It is recommended to determine the most effective methods in which self-management programs for elderly individuals can be applied.

Limitations

The research is limited to elderly individuals affiliated with the family health center, the results cannot be generalized. The answers given to the forms used in the research are limited to the subjective perceptions of the individuals participating in the research.

Acknowledgment

The authors acknowledge the contributions of the involved patients who expended time and energy to assist in the implementation of this study.

Funding

No funding was used in this study.

References

1. Suzman R, Beard JR, Boerma T, Chatterji S. Health in an Ageing World-What Do We Know?, *Lancet*. 2015; 385(9967):484-486.
2. Karadakovan A. Yaşlı Sağlığı ve Bakım. 1. Baskı, İstanbul, Akademisyen Tıp Kitapevi. 2014; 123-160.
3. World Health Organization-WHO. Noncommunicable diseases progress monitor 2017. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258940/9789241513029-eng.pdf;sequence=1>. (AD: 03.10.2022).
4. World Health Organization-WHO. Noncommunicable diseases country profiles 2018. <file:///C:/Users/USER/Downloads/9789241514620-eng.pdf>. (AD: 03.10.2022).
5. World Health Organization-WHO. Global health estimates 2013: deaths by cause, age, sex and regional grouping, 2000-2012, In: World Health Organization, Global health estimates Geneva, http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en.(AD:08.09.2022)
6. Durna, Z. Kronik Hastalıklar ve Önemi. Durna Z.(Ed.), Kronik hastalıklar ve bakım İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri. 2012; 1-7.
7. Kumsar KA, Yılmaz TF. Kronik Hastalıklarda Yaşam Kalitesine Genel Bakış. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2014; 2(2):62-70.
8. Newsom JT, Huguet N, McCarthy MJ et al. Health Behavior Change Following Chronic Illness in Middle and Later Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012; 67(3): 279–288.
9. Altındiş M. Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı. İstanbul Tıp Kitapevi. 2013; 97-110.
10. Tel H, Tay BN, Canbay M, Akaya İ, Yalçınkaya S. Kronik Fiziksel Hastalıklı Yaşlılarda Yeti Yitimi ve Depresyon. *F.N. Hem Derg*. 2014; 22 (2): 69-75.
11. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric Evaluation of The Health Promoting Lifestyle Profile II. University of Nebraska Medical Center, 1996. https://www.unmc.edu/nursing/docs/HPLPII_Abstract_Dimensions.pdf.(AD:09.09.2022)
12. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kısıl A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;12:1-13.
13. World Health Organization-WHO. World Report on Ageing and Health 2015, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf.(AD:01.10.2022)
14. Gülbayrak C, Açık Y, Oğuzöncül AF, Deveci SE, Ozan AT. Yenimahalle Eğitim Araştırma Sağlık Ocağına Başvuran Yaşlılarda Kronik Hastalıkların Sıklığı Ve Maliyeti. *The Eurasian Journal of Medicine*. 2003; 35: 7-12.
15. Dudak AH, Çakıl E, Aykut M, Çetinkaya F, Günay O, Öztürk Y. Kayseri İl Merkezindeki Yaşlıların Mediko-Sosyal Sorunları Ve Yaşam Memnuniyetlerini Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2006; 9 (4): 202-212.
16. Softa HK, Bayraktar T, Uğuz C. Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*. 2016; 9(1): 1-12.
17. Vallis M, Bagglely DL, Sampalli T et al. Integrating Behaviour Change Counselling into Chronic Disease Management: A Square Peg In A Round Hole? A System-Level Exploration in Primary Health Care. *Public Health*. 2019; 175: 43-53.
18. Smith SA, Ansa B. A Systematic Review of Lifestyle Interventions For Chronic Diseases in Rural Communities. *JGPHA*. 2016; 5(4): 304-10.
19. Allagante JP, Wells MT, Peterson JC. Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annu Rev Public Health*. 2019. 40:127–46.
20. Sell KA, Amella EJ, Andrews JA, Mueller M & Wachs J. Use of Social Cognitive Theory To Assess Salient Clinical Research in Chronic Disease Self-Management For Older Adults:An Integrative Review. *Open Journal of Nursing*. 2016; 6: 213-228.
21. Vallis M, Bagglely DL, Sampalli T et al. Integrating Behaviour Change Counselling into Chronic Disease Management: A Square Peg in a Round Hole? A System-Level Exploration in Primary Health Care. *Public Health*. 2019; 175: 43-53.
22. Annaç S. Koroner Arter Hastalığı Olan Bireylerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi. SBE. Yüksek Lisans tezi. Gaziantep, 2018.<https://hdl.handle.net/20.500.11782/1766>. (AD:15.10.2022)
23. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi: Anadolu Kardiyoloji Dergisi. 2011; 11: 619-626.
24. Kuru N, Piyal B. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Eğitim Hastanesi'ne Başvuran Koroner Arter Hastalığı Tanılı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012; 11(3): 287-298.
25. Savaşan A, Ayten M, Ergene O. Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Umutsuzluk. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013; 4(1): 1-6.
26. Kent K, Johnson JD, Simeon K, Frates EP. Case Series in Lifestyle Medicine: A Team Approach To Behavior Changes. *AJLM*. 2016; 10(6):388-397.



Rational Drug Use Status Of Students At A University Hospital

Bir Üniversite Hastanesinde Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanım Durumu

Gökben YASLI¹, Ebru TURHAN²

Abstract

Objective: Irrational drug use is a significant global and public health issue, including in Turkey Turk. This study aims to assess the knowledge and attitudes of students toward rational drug use .

Methods: The study population comprised of 1909 students enrolled in Bakırçay University's 2019-2020 academic year. The sample size of the study was 780 students selected through stratified random sampling from each faculty. Data were collected using the "Rational Drug Use Form," which included demographic characteristics, background, drug use attitudes and behaviors, and the Rational Drug Use Scale. The data were analyzed using SPSS 23.0, and a p-value of <0.05 was considered statistically significant.

Results: Of the students, 74.4% were female, and 42.3% were male, with a mean age of 19.9. Of the students, 28.2% self-medicated before consulting a doctor when sick, and 57.6% used medication for headaches without consulting a doctor. Additionally, 73.6% of them primarily used over-the-counter painkillers. Based on the Rational Drug Use Scale score of ≥ 35 , which is considered the cut-off point in the literature, 491 students (73.3%) knew about rational drug use

Conclusion: The students' knowledge of rational drug use was found to be above the average. However, campus courses and projects must be organized, and medical units should be supported, despite students' awareness of rational drug use

Keywords: Rational use of medicine, drug, student

Özet

Amaç: Akılcı olmayan ilaç kullanımı dünyada olduğu gibi Türkiye'de de önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çalışmanın amacı; öğrencilerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarını değerlendirmektir.

Yöntemler: Evreni, Bakırçay Üniversitesi 2019-2020 sınıfında öğrenim gören 1909 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışma örneklemini 780 öğrenciyi içermektedir. Ankete katılan öğrenciler her bir fakülteden tabakalı tesadüfi örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Araştırmada veri toplamak için "Akılcı İlaç Kullanım Formu" kullanılmıştır. Akılcı İlaç Kullanım Formu" sosyodemografik özellikler, özgeçmiş, madde kullanma tutum ve davranışlarını ve Akılcı İlaç Kullanım Ölçeğini içermektedir. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 23.0 programı ile yapılmıştır. $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin %74.4'ü kız, %42.3'ü erkektir. Yaş ortalaması 19.9'dur Araştırmaya katılan öğrencilerin %28,2'si hasta olduklarında doktora başvurmadan önce kendi kendine tedavi için ilaç kullanmakta, %57, 6'sı ise doktora danışmadan baş ağrısı için ilaç kullanmaktadır. %73, 6'sı çoğunlukla reçetesiz ağrı kesici kullanmaktadır. Literatürde belirtilen kesme noktasına (Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği Puanı ≥ 35) göre Akılcı İlaç Kullanımı bilen öğrenci sayısı 491'dir (%73, 3).

Sonuç: Öğrencilerin Akılcı İlaç Kullanımı ile ilgili bilgi düzeylerinin ortalamanın üzerinde olduğu görülmüştür. Öğrencilerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki farkındalığına rağmen, kampüslerde kurslar ve projeler düzenlenmeli, mediko üniteleri desteklenmelidir.

Anahtar kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, ilaç, öğrenci

Geliş tarihi / Received: 20.10.2022 Kabul tarihi / Accepted: 24.04.2023

¹İzmir Provincial Directorate of Health Non-Communicable Diseases Unit, İzmir, Turkey

²Department of Public Health, Faculty of Medicine, Bakırçay University, İzmir, Turkey

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gökben YASLI, İzmir Provincial Directorate of Health Non-Communicable Diseases Unit, İzmir, Turkey

E-posta: gokben.yasli@gmail.com Tel: +905055645747

Yaslı G & Turhan E. *Rational Drug Use Status Of Students At A University Hospital. TJF&MPC, 2023;17 (2) :283-295*

DOI: 10.21763/tjfmpe.1192151

Introduction

The World Health Organization (WHO) has defined medicine as a product or substance intended for the benefit and improvement of an individual in a pathological or physiological condition. Drugs are products derived from chemical, herbal, or biological sources that are used to diagnose and cure disease. While the misuse of drugs can result in fatal consequences, their appropriate use can help to alleviate life-threatening situations, making them an essential component of the healthcare system. These definitions highlight the importance of drugs in the medical field and the need for their responsible use to prevent adverse effects.^{1,2}

Undoubtedly, drugs are the essential weapon in human hands in the struggle to prevent and cure diseases. Therefore, accessibility to drugs is a fundamental right of humans. Also, according to the World Health Organization (WHO) (2002), easy drug access is one of the basic human rights. Ensuring equality and accessibility is an essential part of drug use policies in the long term. The Alma-Ata Declaration of 1978 states the highest level of healthcare possible is to be provided as both a fundamental human right and one of the most significant social targets in the world. Redundant, invalid, expensive, or misuse of drugs may cause many possible problems. These problems are an increase in morbidity and mortality rates, increasing the risk of drug-related effects, and misuse of resources in consumption.³ Hence, multiple ways of solutions have been generated and developed. Thus, Rational Drug Use (RDU) research occurred. The WHO convention in 1985 in Nairobi is considered the beginning of the study on RDU. RDU is defined by the WHO as the accessibility of the appropriate drug, with a reasonable duration and dose, with the least cost possible and easy, based on their individual characteristics and clinical findings. Rational drug use enables more effective, safe, and economical administration of drug therapy with its implementation and follow-up processes. The World Health Organization estimates that more than 50% of medicines are improperly prescribed, procured, or sold. Half of the patients cannot use their medications properly.⁴ Non-Rational Drug Use (NRDU) can be defined as not implementing the procedures and rules the RDU requires. It contains excessive use of drugs, redundant use of expensive drugs, unnecessary use of injectable forms, redundant antibiotics, wrong indications, inappropriate doses, wrong durations of treatment, and others. Moreover, a lack of communication with the patient or an inability to inform the patient clearly and comprehensively can also lead to misuse of drugs.⁵ Therefore, increase in morbidity and mortality rates, an increase in the risk of the side effects of drugs, a decrease in accessibility of drugs and even the essential drugs due to wrong consumption of resources, increase in economic and social costs of treatment based on resistance to emergency and essential medicines and others can be considered as consequences of the Non-Rational Drug Use.⁶ In conclusion, NRDU increases the risks of mortality and morbidity, hence applications to the hospital for outpatient or inpatient treatments. This leads to a burden on the economy and the healthcare system while reducing public trust in the healthcare system.^{7,8,9} Hence, multiple ways of solutions are being developed in the world. Therefore, Rational Drug Use research has begun (RDU National Action Plan, 2014-2017). With the "RDU National Action Plan 2014-2017" fieldwork starting in Turkey, the 17.629 billion Turkish liras annual expense in medicine in 2014 turned to 16.951 billion Turkish liras yearly cost in 2015, as reported.¹⁰ The most common medicine in NRDU is antibacterial drugs, cardiovascular system drugs, oral anticoagulants, theophylline, and antineoplastic drugs.¹¹ The reasons for Non-Rational Drug Use (NRDU) are considered as a lack of of both users and providers, insufficiency of the medical curriculum, lack of communication between healthcare professionals and patients, lack of diagnostic facilities, patient demands on prescription, non-efficient regulations on drugs and promotion activities of pharmaceutical companies.¹²

The research applied to university students have shown that university students use medicine without a prescription and most of those medicines are painkillers. It is observed that university students do not use their medication properly and they do not read the prospectus.^{13,14,15} As an incentive for rational drug use, the WHO suggested adding pharmacotherapy on university curriculums.¹⁶ In addition to the mandatory classes on the rational drug use on university curriculums, the awareness and knowledge of the students can be raised by panels, lectures, and conferences. This study aims to assess the knowledge levels and attitudes of university students at Bakırçay University regarding rational drug use.

Material and Method

Study Design

This study was designed as descriptive and cross-sectional.

Population and sample of the research

The population of the research is 1909 students studying at the Menemen Vocational School, Faculty of Arts and Sciences, Faculty of Law, Faculty of Health Sciences, Faculty of Engineering and Architecture, Faculty of Economics and Administrative Sciences of Bakırçay University in the 2019-2020 academic year. The sample consists of 780 students who voluntarily participated in the study from this universe. The sample size was calculated using the sample size method with the unknown population size, accepting the incidence of the event as 50%, the margin of error of 0.03, and the reliability level of 97%. As a result of the calculations, 780 students of the Bakırçay University for survey application were projected. The students from each faculty-student group were selected by stratified random sampling method. After stratification, equal proportions of samples were selected from each school department using the simple random method. The criteria to be included in the study is volunteer and to be discluded is not filling out the survey properly.

The permission of the Bakırçay University Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee (19.06.2020; 39) was obtained. To use the rational drug use scale in the study, permission was obtained from the author. During data collection, necessary explanations were made and consent forms were obtained from the students. The data collection form was distributed to the students at the end of the course and collected back after completion.

Statistical Analysis

Statistical analyzes were made with the IBM SPSS 23.0 program. The mean \pm standard deviation is given in summarizing the numerical variables. Categorical variables are summarized as numbers and percentages. The Kolmogorow-Smirnov test was used to determine whether the data were suitable for normal distribution. The Chi-square test was used in the comparison and compared by counting between groups. $p < 0.05$ value was accepted as the statistical significance level.

Data Collection Tools

As a data collection tool, the "Rational Drug Use Form" created by the researchers by scanning the literature was used for data collection in the study (49 questions). "Rational Drug Use Form" consists of three parts. The first part contains questions (14 questions) about sociodemographic characteristics and personal history characterized, educational status, income level, the presence of physician-diagnosed chronic disease (regular drug use). The second part contains questions (21 questions) about the attitude and behavior of using the drug in the appropriate form, amount, and time in case of illness. The third part includes the Rational Drug Use Scale, which evaluates the level of knowledge about rational drug use (21 questions). Cronbach's alpha internal consistency coefficient was calculated as 0.782. The rational Drug Use Scale was developed by Demirtaş et al.¹⁷ Permissions that are required were obtained for the use of the scale. The answers given to the scale are scored using points; Yes: 2 points, I don't know: 1 point, No: 0 points. Items 2, 5, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 19, 20 are reverse propositions and scored vice versa. As the scores obtained from the scale increase, the level of knowledge of rational drug use increases. The predictive vehicle is stated as 34 points, and it can be evaluated as knowing rational drug use with 35 points or more or as the level of rational drug use increases as the score obtained from the scale increases. The participants were informed beforehand to apply the questionnaire and the scale, and their verbal consent will be taken. The questionnaire form was administered by the method of self-filling under the supervision of the researchers.

Results

57.4% Of the students, 57.4% are female and 42.6 % are male. The average age is 19.9 years, 61.1% are first-grade students. Of them, 97.9% of are single. The faculties of the students are as in percentage: 27.6% Health Sciences, 23.3% Arts and Sciences, 19.5% Engineering and Architecture, 17.2% Economics and Administrative Sciences, 6.2% Law, and 6.1% Menemen Vocational School. The income status of the families of the students participating in the research is 83.5% medium. Education level of 75.6% of mothers are primary, secondary, or high school graduates, and 70.9% of them are not working. The education level of 71.3% of the fathers is a primary, secondary, or high school graduates, and 77.9% of them are not working, 75.3% of the students have health insurance, and 86.8% do not have a chronic disease (Table 1).

Table 1. Distribution of demographic characteristics of the students

		n	%
Age(years)		19.9±1.9	
Gender	Female	386	57.4
	Male	287	42.6
Faculty	Faculty of Arts and Sciences	157	23.3
	Faculty of Law	42	6.2
	Faculty of Economics and Administrative Sciences	116	17.2
	Faculty of Architecture and Engineering	131	19.5
	Faculty of Health Sciences	186	27.6
	Menemen Vocational School	41	6.1
Grade	1 st grade	411	61.1
	2 nd grade	136	20.2
	3 rd grade	85	12.6
	4 th grade	41	6.1
Marital status	Single	659	97.9
	Married/Engaged	14	2.1
Income status of the family	Low	90	13.4
	Medium	562	83.5
	High	21	3.1
Education level of the mother	??Illiterate	70	1.4
	Elementary/Middle/High school	509	75.6
	Vocational school/University	94	14.0
Employment status of the mother	Employed	196	29.1
	Unemployed	477	70.9
Education level of the father	00/ ??Illiterate	27	4.0
	Elementary/Middle/High school	480	71.3
	Vocational school/University	166	24.7
Employment status of the father	Employed	524	77.9
	Unemployed	149	22.1
Health insurance	No	166	24.7
	Yes	507	75.3
The living status of the participant student	With family	198	29.4
	Home alone / home with a roommate	212	31.5
	Dormitory/hostel/with another family/ others	263	39.1
Chronic diseases	No	584	86.8
	Yes	89	13.2

Of the students, 28.2% use medication for self-treatment before consulting a doctor when they are ill, 57.6% of them mostly do without consulting a doctor for a headache, 73.6% of them use painkillers the most, and 64.0% of them use unprescribed medicine when it is the medicine they used before (Table 2).

Table 2. Characteristics of the attitudes and behaviors of the students participating in the research about what they do in case of illness

		n	%
Do you use medication to treat yourself before consulting a doctor when you are sick?	Yes	189	28.2
	No	225	33.6
	Often	256	38.2
For which of your diseases do you most often use medicine without consulting a doctor?	I do not use medicine without consulting a doctor	97	16.6
	Headache	336	57.6
	Flu	89	15.3
	Menstruation pain	28	4.8
	Acid reflux/stomach pain	21	3.6
	Others	12	2.1
Which drugs do you use most without consulting a doctor?	I do not use medicine without consulting a doctor	75	12.8
	Pain killers	430	73.6
	Antibiotics	4	0.7
	Flu medicines	54	9.2
	Vitamins	17	2.9
	Others	4	0.7
If so, what is your reason for using unprescribed medication?	I do not use drugs without prescription	203	30.8
	Because I used the medicine before	422	64.0
	Because I did not have time to see a doctor because I studied hard	19	2.9
	Economic reasons	3	0.5
	Because I do not have insurance	2	0.3
	Others	10	1.5
Do you use drugs on the advice of people other than health personnel (relatives, friends, neighbors, etc.)?	Yes	101	15.1
	No	410	61.1
	Often	160	23.8
Would you recommend drugs to others (relatives, friends, neighbors, etc.) to use?	Yes	83	12.4
	No	463	69.0
	Often	125	18.6
Do you want information from the doctor about the medicines prescribed?	Yes	431	64.2
	No	88	13.1
	Often	152	22.7
Before you start using the prescribed medicine, do you read the explanations on the medicine box and the prospectus/explanations on the medicine?	Yes	455	76.8
	No	59	8.8
	Often	157	23.4
Do you take your medicine the way the doctor recommended you?	Yes	615	91.7
	No	9	1.3
	Often	47	7.0
Before using the medicine, do you check the expiration date of the medicine?	Yes	480	71.6
	No	78	11.6
	Often	112	16.7
When you take your medicine from the pharmacy, do you check that the medicine is the same as the prescribed medicine?	Yes	356	53.1
	No	209	31.1
	Often	106	15.8
Do you ask for a prescription to keep medicine at home?	Yes	154	23.0
	No	365	54.5
	Often	151	22.5
If you take some of the prescribed medicine but not all of them, can you explain why?	I use all of them	301	46.1
	I do not get the ones that I already have at home	232	35.5
	I do not take the unnecessary ones	41	6.3
	I do not get the expensive ones	18	2.8
	I do not take all of them because too much medicine is unhealthy for my body	30	4.6
	Because of the side effects	27	4.1
	Others	4	0.6

Table 2 (continued). Characteristics of the attitudes and behaviors of the students participating in the research about what they do in case of illness

Who do you prefer primarily to get information about medicine?	Doctor	434	67.4
	Pharmacist	108	16.8
	Nurse	4	0.6
	People that I know who used that medicine before	20	3.1
	Prospectus	42	6.5
	Internet	34	5.3
	Others	2	0.3
When do you stop taking medicine after you start taking it?	When the symptoms disappear	285	44.2
	When the duration advised by the doctor ends	327	50.7
	When I decide the duration recommended is too much	7	1.1
	When I forget	18	2.8
	When I do not want to take medicine anymore	7	1.1
	Others	1	0.2
Who do you consult primarily when you experience an unwanted side effect?	I do not consult	41	6.2
	Doctor	546	82.9
	Pharmacist	29	4.4
	People I know that used the medicine before	24	3.6
	Others	19	2.9
What do you do when you do not feel the benefit from the medicine?	I quit taking the medicine	164	25.3
	I consult the doctor	309	47.7
	I keep using it	43	6.6
	I quit taking medicine and consulted the doctor	131	20.2
	Others	1	0.2
Where do you keep your medicine?	At the room temperature	264	40.5
	In a medicine cabinet	101	15.5
	In the fridge	160	24.5
	Depending on the temperature, the fridge in the summer and medicine cabinet in the winter	82	12.6
	I check the temperature recommended on the box	43	6.6
	Others	2	0.3
What do you do with the leftover medicine after the treatment?	I do not keep them	43	6.5
	I will keep them in case I need to use them again	497	75.2
	I throw them in the garbage	88	13.3
	I give them away to people who need the medicine	5	0.8
	I return them to the health facilities	24	3.6
	Others	4	0.6
Do you use the medicine if you feel distressed, sad, stressed, or depressed?	Yes	47	7.1
	No	581	87.5
	Often	36	5.4
When ill, do you use alternative treatments (nutritional supplements, herbal treatments, acupuncture, etc.)?	Yes	362	54.5
	No	170	25.6
	Often	132	19.9

The answer was "The doctor" to the question "Who do you consult primarily when you experience an unwanted side effect?" by 82.3% of the 1st graders, 88.1% of the 2nd graders, 72.9% of the 3rd graders, and 92.3 of the 4th graders (p=0.039). To the question "What do you do with the leftover medicine after the treatment?" the answer was "I will keep them in case I need to use them again" by 75.6% of the first graders, 73.7% of the 2nd graders, 85.4% of the 3rd graders and 55.0% of the 4th graders (p=0.000) (Table 3).

Table 3. Student's behavior in the case of an illness according to their sociodemographic attributes

		I do not use medicine without consulting a doctor	Headache	Flu	Menstruation pain	Acid reflux/stomach pain	Others	p
		%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	%(n)	
For which of your diseases do you most often use medicine without consulting a doctor?	Female	11.4(36)	59.9(190)	15.5(49)	8.5(27)	2.8(9)	1.9(6)	
	Male	22.9(97)	57.6(336)	15.3(89)	0.4(1)	4.5(12)	2.3(6)	p<0.001
		I do not use medicine without consulting a doctor	Painkillers	Antibiotics	Flu medicines	Vitamins	Others	
Which drugs do you use most without consulting a doctor?	Female	8.0(26)	80.2(259)	0.9(3)	8.7(28)	1.9(6)		p<0.001
	Male	18.8(49)	65.5(171)	0.4(1)	10.0(26)	4.2(11)		
		I do not use drugs without prescription	Because I used the medicine before	Because I did not have time to see a doctor because I studied hard	Economic reasons	Because I do not have health insurance	Others	
If so, what is your reason for using unprescribed medication?	Female	23.5(89)	72.5(274)	2.1(8)	0.5(2)	0(0.0)	1.3(5)	
	Male	40.6(203)	64.0(422)	2.9(19)	0.4(1)	0.7(2)	1.8(5)	p<0.001
		I use all of them	I do not get the ones that I already have at home	I do not take the unnecessary ones	I do not get the expensive ones	I do not take all of them because too much medicine is unhealthy for my body	Because of the side effects	
If you are taking some of the prescribed medicine but not all of them, can you explain the reason for this?	Female	42.9(161)	40.5(152)	5.9(22)	2.1(8)	4.8(18)	3.7(14)	0.017
	Male	50.4(140)	28.8(80)	6.8(19)	3.6(18)	4.3(12)	4.7(13)	
		I quit taking the medicine	I consult the doctor	I keep using it	I quit taking medicine and consulted the doctor	Others		
What do you do if you don't feel the benefit from the medicine?	Female	26.0(97)	44.5(166)	4.8(18)	24.7(92)	0(0.0)		
	Male	24.4(67)	52.0(143)	9.1(25)	14.2(39)	1(0.4)		0.003

Table 3 (continued). Student's behavior in the case of an illness according to their sociodemographic attributes

		I do not consult	Doctor	Pharmacist	People I know that used the medicine before	Others		
Who do you consult primarily when you experience an unwanted side effect?	1 st grade	6.5(26)	82.3(330)	5.0(209)	4.0(16)	2.2(9)		
	2 nd grade	3.7(5)	88.1(118)	3.7(5)	1.5(2)	3.0(4)		0.039
	3 rd grade	11.8(10)	72.9(62)	4.7(4)	7.1(6)	3.5(3)		
	4 th grade	0.0(0)	92.3(36)	0.0(0)	0.0(0)	7.7(3)		
		I do not keep them	I will keep them in case I need to use them again	I throw them in the garbage	I give them away to people who need the medicine	I return them to the health facilities	Others	
What do you do with the leftover medicine after the treatment?	1 st grade	6.9(28)	75.6(307)	14.3(58)	0.5(2)	2.5(10)	0.2(1)	
	2 nd grade	3.0(4)	73.7(98)	13.5(18)	1.5(2)	7.5(10)	0.8(1)	p<0.001
	3 rd grade	4.9(4)	85.4(70)	6.1(5)	1.2(1)	0(0.0)	2.4(2)	
	4 th grade	17.5(7)	55.0(22)	17.5(7)	0(0.0)	10.0(4)	0(0.0)	
		I do not use medicine without consulting a doctor	Painkillers	Antibiotics	Flu medicines	Vitamins	Others	
Which drugs do you use most without consulting a doctor?	Does not have a health insurance	20.3(31)	68.6(105)	0(0.0)	9.2(14)	2.0(3)		0.023
	Has a health insurance	10.2(44)	75.4(325)	4(0.9)	9.3(40)	0(0.0)		
		I do not use drugs without prescription	Because I used the medicine before	Because I did not have time to see a doctor because I studied hard	Economic reasons	Because I do not have health insurance	Others	
If so, what is your reason for using unprescribed medication?	Does not have a health insurance	40.2(66)	53.7(88)	2.4(4)	0.6(1)	1.2(2)	1.8(3)	0.006
	Has a health insurance	27.7(137)	67.5(334)	3.0(15)	0.4(2)	0(0.0)	1.4(7)	
If you take some of the prescribed medicine but not all of them, can you explain why?		I use all of them	I do not get the ones that I already have at home	I do not take the unnecessary ones	I do not get the expensive ones	I do not take all of them because too much medicine is unhealthy for my body	Because of the side effects	
	Does not have a health insurance	39.0(64)	36.0(59)	9.8(16)	5.5(9)	4.9(8)	4.3(7)	0.050
	Has a health insurance	48.5(237)	35.4(173)	5.1(25)	1.8(9)	4.5(22)	4.1(20)	

Row percentage is taken. A Chi-square test was used, with a significance level of $p < 0.05$

Table 4. *Distribution of the students' answers to the questions on rational drug use*

	Yes (%/n)	No(%/n)	I don't know(%/n)
1) Only doctors can advise medicine.	69,1(455)	19,9(131)	10,9(72)
2) Advancing medicine to people with similar complaints is no harm.	13,2(87)	11,7(77)	75,1(494)
3) The doctor obtains if we need medical treatment or not when we are ill.	95,6(627)	2,9(19)	1,5(10)
4) Medicine can have negative effects as much as they have positive.	97,6(641)	1,5(10)	0,9(6)
5) All the medicines have the same side effects.	3,7(24)	92,4(607)	4,0(26)
6) There is no harm in taking medicine more frequently than the doctor advised.	9,0(59)	81,5(536)	9,6(63)
7) It can be learned from the prospectus if you need to use the medicine on an empty or full stomach.	77,9(5)	9,4(62)	12,6(83)
8) It may prevent healing if you do not use the medicine for the specific duration the doctor advised.	76,7(504)	12,8(84)	10,5(69)
9) Herbal products can replace medicine.	26,4(174)	42,2(278)	31,3(206)
10) There is no harm in consuming herbal products as much as wanted.	9,3(61)	71,3(467)	19,4(127)
11) We should consult our doctor if we experience an unwanted side effect.	98,2(645)	1,1(7)	0,8(5)
12) We should inform our doctor while he is planning our treatment.	97,4(640)	0,8(5)	1,8(12)
13) We can quit taking our medicine if we feel better during the treatment.	26,3(173)	51,6(339)	22,1(145)
14) We can ask our pharmacist to keep our medicine at home.	88,1(577)	6,1(40)	5,8(38)
15) The duration of the treatment is the same for all medicines	13(2,0)	94,5(622)	3,5(23)
16) Herbal products are completely harmless.	21(3,2)	76,7(504)	20,1(132)
17) Medicines can be used in the same amount for all age groups.	2,0(13)	93,6(613)	4,4(29)
18) Rather than using a lot of drugs, using sufficient drugs contributes to our healing.	90,7(596)	3,5(23)	5,8(38)
19) More expensive drugs are more efficient.	3,5(23)	90,3(594)	6,2(41)
20) Any medicine can be taken during pregnancy.	1,7(11)	91,8(604)	6,5(43)
21) Some medicines tend to cause addiction.	77,5(510)	3,8(25)	18,7(123)

In the study, the internal consistency coefficient (Cronbach alpha) of the RDUQ (Rational Drug Use Questionnaire) was obtained as 0.782. The total RDUQ score obtained from the answers of the students varies between 17 and 47, and the median of the RDUQ score is 37. According to the cut-off point specified in the literature (RDUQ score \geq 35), The number of students with RDU knowledge is 491 (73.3%).

While 80.1% of the female students participating in the research had a high level of knowledge in RDU, 72.0% of the male students had a high level of knowledge in RDU ($p=0.017$). Fifty percent of the participants whose fathers are illiterate/literate, have a high level of knowledge on RDU, while 77.2% of the participants whose fathers' education level is elementary/middle/high school have high knowledge on RDU ($p=0.006$)(Table 5).

Table 5. *The relevance between sociodemographic characteristics of the students and their behavior of rational drug use*

		Low level of information		High level of information		p
		N	%	n	%	
Gender	Female	74	19,9	298	80,1	0,017
	Male	75	28,0	193	72,0	
Age (years)	18-19	69	24.5	213	75.5	0.528
	20 and higher	80	22.3	278	77.7	
Faculty	Faculty of Arts and Sciences	36	23,8	115	76,2	0,945
	Faculty of Law	9	22,0	32	78,0	
	Faculty of Economics and Administrative Sciences	24	20,9	91	79,1	
	Faculty of Engineering and Architecture	32	26,2	90	73,8	
	Faculty of Health Sciences	40	23,3	132	76,7	
	Vocational School	8	20,5	31	79,5	
Grade	1 st Grade	91	23,5	296	76,5	0,837
	2 nd Grade	32	24,2	100	75,8	
	3 rd Grade	16	19,5	66	80,5	
	4 th Grade	10	25,6	29	74,4	
Education level of the father	Illiterate/Literate	12	50.0	12	50.0	0.006
	Elementary/Middle/High School	105	22.8	355	77.2	
	Vocational school/University	32	20.5	124	79.5	
Education level of the mother	Illiterate/Literate	20	29.9	47	70.1	0.358
	Elementary/Middle/High School	111	22.9	374	77.1	
	Vocational school/University	18	20.5	70	79.5	
Income	Low	22	25.9	63	74.1	0.151
	Medium	119	22.2	416	77.8	
	High	8	40.0	12	60.0	
The employment status of the mother	Employed	36	19.1	152	80.9	0.111
	Unemployed	113	25.0	339	75.0	
The employment status of the father	Employed	117	23.5	380	76.5	0.772
	Unemployed	32	22.4	111	77.6	
Chronic diseases	No	129	23.2	426	76.8	0.954
	Yes	20	23.5	65	76.5	

Row percentage is taken. A Chi-square test was used, with a significance level of $p < 0.05$

Discussion

In this study conducted with Bakırçay University students, the knowledge level of the students on RDU was found above the average, 28.2% of the students who participated in the research use medicine without consulting a doctor, 57.6% of them mainly for headaches. The reason for using unprescribed medicine is 73.6% because it is painkillers and 64.0% because they have used the medicine before. 59.9% of the female and 57.6% of the male students have given the answer "Headache" to the question "For which of your diseases do you most often use medicine without consulting a doctor?". To the question "Which drugs do you use most without consulting a doctor?", 68.6% of the participants that have no health insurance and 75.4% of the participants who have health insurance have given the answer "Painkillers." In the study conducted by Pınar N with the medical school students, the question "Do you use medicine without consulting a doctor?" was answered as "Yes" by 22.2% of the female and "Often" by 55.6% while 28.6% of the male answered as "Yes and 44.4% of them responded as "Often."¹⁸ In the study conducted by Karakurt et al. amongst university students, it was obtained that 70.3% of the students use unprescribed medicine when they have a headache, 61.5% of them use analgesic medicine without a prescription, 64.1% of them stated that they use unprescribed medicine in case they use a medicine they used before, and 66.8% of them mostly use unprescribed medicine for a headache.¹⁹ This may be a result of painkillers being known as they have milder side effects, are more affordable, and are able to be purchased without a prescription. Moreover, it is significant that students do not use without a doctor's advice, and no side effects and drug resistance occur.

In response to the question "If so, what is your reason for using unprescribed medication?", 53.7% of the students who do not have health insurance and 67.5% who have health insurance have answered, "Because it is a medicine I used before." 80.2% of the females and 65.5% of the participants responded as "Painkillers" to the question "Which drugs do you use most without consulting a doctor?", 72.5% of the female and 64.0% of the male participants have stated their reason for using unprescribed medicine is they do it if they had used the medicine before. In the study conducted by Deniz S. in Istanbul, 52.3% of the male students and 54.4% of the female students did not use over-the-counter drugs, 82.3% of them used painkillers without a prescription, 20.3% of them stated that they had experience with that drug.²⁰ In the study by Kuyifatih et al. at Ankara University, 60.2% of the participants stated that they use unprescribed medicine and the most common use of unprescribed medicine is with the percentage 52.1% painkillers.²¹ While this study is evaluated with the other studies, the conclusion is that participants do consult a doctor while they're ill but partially behave through their previous experiences. Especially younger age groups tend to behave this way more than the other age groups. The reason may be their unwillingness to go through the hospital bureaucracy or their carelessness on their symptoms. Especially the analgesics being frequently used unprescribed may have the reason this medicine is affordable without a prescription, but the side effects and medical resistance should also be considered.

In the study, 61.1% of the students have given the answer "No" to the question "Do you use drugs on the advice of people other than health personnel (relatives, friends, neighbors, etc.)?" and 69.0% of them responded as "No" to the question "Do you recommend medicine to other people?". In the study conducted by Deniz S., 28.4% of the participants use medicine on the advice of other people than health personnel.²⁰ In the study Pınar N. conducted in Mustafa Kemal University Medical School, the percentage of not using the medicine on friends' advice is 55.6%, while the percentage of not advising medicine family and friends is 66.7%.¹⁸ These two studies concluded similar results. The study conducted by Kukula in medical school stated that 87.5% of the students only use the medicines that were advised by a doctor.²² It can be said that students do not get advice from other people when it is a significant subject like health.

To the question "Do you ask for further information from the doctor about the medicine prescribed" 64.2% of the students, to the question "Before you start using the prescribed medicine, do you read the explanations on the medicine box and the prospectus/explanations on the medicine?" 76.8% of the students, to the question "Do you take your medicine the way the doctor recommended you?" 91.7% of the students, to the question "Do you check the expiration date before using the medicine" 71.6% of the students, to the question "When you take your medicine from the pharmacy, do you check that the medicine is the same as the prescribed medicine?" 53.1% of the students answered "Yes." To the question "Who do you consult primarily when you experience an unwanted side effect?" 82.3% of the 1st-grade students, 88.1% of the 2nd-grade students, 72.9% of the 3rd-grade students, and 92.3% of the 4th-grade students have responded "the doctor." In the study of Kuyifatih and Karakurt et al., similar to the results of this study, it was shown that a high percentage of students rely on doctors as a source to obtain the drug and read the instructions about the drug^{21,24}. These results show that young people have positive attitudes towards drug use. For the expected effect of medicine to occur, it is significant to know the correct way of use and to check the expiration date. In addition, it greatly impacts the country's economy in terms of not wasting resources and not increasing public health expenditures

Of the students, 54.5% responded as "No" to the question "Do you ask for a prescription to keep medicine at home?", 46.1% of them use all the medicine prescribed, while 67.4% prefer the doctor primarily to consult for further information on their medicine. To the question "If you are taking some of the prescribed medicine, but not all of them, can you explain the reason for this?", 39% of the students without health insurance and 48.5% of the students with health insurance have answered, "I use all of them." In the literature, it is observed that the existence of social security

and economic status are determinants in the supply of drugs.^{24,25} The ratio of selecting medicine out of prescription to use is higher among the students without health insurance. This may be a result of health expenses, they may be selecting the more affordable medicines in their prescription. Hence, their income level affects their behavior of drug use. In this research, it is also a high percentage of students who ask for a prescription to keep medicine at home. Keeping medication at home is a habit caused either by non-compliance with treatment or by prescribing too many medications. In this case, it does not comply with rational drug approaches.

Of the students, 50.7% quit their medicine at the end of the duration that their doctor has recommended, and 47.7% consult their doctor first if they do not feel the benefit of the medicine. Karakurt et al. found that 47.9% of university students quit their medicine once they did not feel the symptoms.²⁴ In the study by Deniz S. in Istanbul, the result is 48.6% for using the medication according to the duration that the doctor has recommended.²⁰ In general sense, students quit their medicine once they feel the symptoms are done. However, following the doctor's advice and using the medication as the doctor recommended is highly significant to ensure success in treatment and prevent the diseases from reoccurring.

While 40.5% of the participants in the study kept their drugs at room temperature, 75.2% of them left drugs at home after treatment in case they had to use it again. When asked whether they used medication when they were distressed, sad, stressed or depressed, 7.1% answered "Yes" when asked whether they used alternative treatments when they were sick, and 54.5% answered "Yes". Karakurt et al. found that 7.8% of the students used drugs when they were stressed.²⁴ In Pinar N.'s study among medical faculty students, 45.8% of females and 31.9% of males stated that they use herbal medicine, which is lower than our results since this study was conducted with medical school students.¹⁴ In this study, 42.9% of females and 50.4% of males answered "I use all of them" to the question "If you are taking some of the prescribed medications, can you explain why?". To the question "What do you do with the leftover medicine after treatment?" 75.6% of the 1st grade students, 73.7% of the 2nd grade students, 85.4% of the 3rd grade students and 55.0% of the 4th year students stated that they keep the medicine at home in case if they need to use it again. To the question "What do you do when you don't see any benefit from the medicine?" 44.5% of the female and 52.0% of the male replied as "I consult to a doctor". However, behaviors such as not benefiting from medical treatment, using traditional and complementary medicine practices, changing the dose and number of drugs, discontinuing the use of medicines at the end of the symptom, and using the medicines that are kept at home without a prescription in case of illness can be classified as irrational drug use behaviors

In this study, the median total score obtained from the answers of students in the NRDU (National Rational Drug Use) questionnaire was found to be 37, which is similar to the result reported in the study conducted by Kurt et al. The level of knowledge was significantly different between students with uneducated fathers (50.0%) and those with educated fathers (77.2%). The female gender and father's education were found to be significant factors affecting RDU behavior. This result is higher than the result of the study conducted by Akkaya and Kocaşlı among students at Gümüşhane University²⁶ The participants' sociodemographic characteristics such as age, faculty, grade, mother's education, income status, mother and father's employment statuses, and existence of chronic disease did not have a statistically significant effect on RDU behavior.

However, the research has some limitations, such as being conducted by researchers from two different institutions and the difficulty in arranging the course hours for the students to answer the questionnaires. Despite these limitations, the participation rate of 86% is considered quite high. The study is important as it draws attention to the issue of rational drug use and provides support to the existing literature.

Conclusion

The study found that the students' level of knowledge regarding rational drug use (RDU) was higher than the average. Therefore, it is recommended that universities should strengthen the knowledge of their students by organizing events such as conferences, lectures and panel discussions. Additional guidance and counseling programs should be developed to promote rational drug use.

Abbreviations

WHO: World Health Organization, RDU: Rational Drug Use, NRDU: Non-Rational Drug Use.

Acknowledgments

Thank you to all students who patiently answered our survey questions.

Funding

No specific funding for received for this study.

Conflicts of Interest

The authors declare that they have no competing interests.

References:

1. Barutçu İA, Tengilimoğlu D, Naldöken Ü. Citizens rational use of drugs, evaluation of knowledge and attitude: the case of Ankara province metropol districts. *Journal of Ankara Hacı Bayram Veli University Faculty of Economics and Administrative Sciences*. 2017; 19(3):1062.
2. Pınar N. Pharmaceutical expenditures in our countr. *Journal of Inonu University Medical Faculty*. 2012; 19(1):59-65.
3. Gürhan B. Evaluation of patients applying to a university hospital in terms of rational drug use principles, specialization thesis in medicine. T.C. Ankara University Faculty of Medicine. 2016;1-82.
4. World Health Organization. The rational use of drugs: report of the conference of experts Nairobi, 1985;1-12. World Health Organization. 1987.
5. World Health Organization (WHO). Effective public education. Promoting rational drug use. WHO programme on essential drugs and international network for the rational use of drugs, Nairobi. 1987;1-101.
6. Republic of Turkey ministry of health Turkey medicines and medical devices agency, rational use of medicines <https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/ilac/akilci-ilac-utilimi>. Access Date: 27.06.2022.
7. De Vries, T. P. G. M, Henning, R. H, Hogerzeil, Hans V, Fresle, D. A WAP on ED. Guide to good prescribing: a practical manual. WHO/DAP/94. World Health Organization. 1994;1-142.
8. Hogerzeil H V. Promoting rational prescribing: an international perspective. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 1995; 39: 1-6.
9. Jatinder S. International network for rational use of drugs. *Indian Journal of Pharmacology*. 2003; 35(2):125-126.
10. Pharmaceutical industry employers union basic indicators. Turkish pharmaceutical market <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari>. Accessed on: 20.06.2022.
11. Krähenbühl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krähenbühl S. Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. *Drug Safety*. 2007; 30:379-407.
12. İSaygılı M, Ozer O. Evaluation of physicians knowledge, attitudes and behaviors towards rational drug use. *Hacettepe Journal of Health Administration*. 2015; 18(1):35-46.
13. Açıksoz, S, Kurt, G. ve Seyfi, M. (2020). "Hemşirelik Öğrencilerinin Reçetesiz İlaç Kullanma Durumları". *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17 (1), 17-23. doi:10.5222/HEAD.2020.017
14. Kurt, O, Oğuzöncül, A. F, Deveci, S. E. ve Pirinççi, E. (2020). "Bir Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi". *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5 (1), 62-72.
15. Karaman, A, Ayoğlu, T, Aydoğan, MN. ve Kuğu, E. (2019). "Hemşirelik Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanma Durumları". *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 27 (2), 143-156.
16. World Health Organization. (2002). "WHO Policy Perspectives on Medicines. Promoting Rational Use of Medicines: Core Components". Geneva, Sep. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67438/WHO_EDM_2002.3.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Erişim tarihi: 19.02.2022).
17. Demirtaş Z, Dağtekin G, Sağlan R, Alaiye M, Önsüz MF, Işıklı B, et al. Rational drug use scale was developed by Demirtaş et al. *ESTUDAM Journal of Public Health*. 2018;3(3):37-46.
18. Pınar N, Determination of rational drug use habits of Mustafa Kemal university medical faculty students. *Mustafa Kemal University Medical Journal*. 2017; 8(29): 34-40.
19. Karakurt, P, Hacıhasanoğlu, R, Yıldırım, A. and Sağlam. R. drug use in university students, *TAF Prev Med Bull*. 2010; 9 (5): 505-512.
20. Deniz S, A research on the determination of attitudes and behaviors regarding rational drug use. *Hacettepe journal of health administration*, 2019; 22(3): 619-632.
21. Kuyifatih, A. Yenimahalleli Y, Günaltay M. M. rational drug use: an application at Ankara university faculty of health sciences. *Fiscaoeconomy*. 2022; 6 (1): 251-277.
22. Kukula O. Evaluation of knowledge and behaviors of students in faculty of medicine towards rational drug use. *Turk J Clin Lab*. 2019; 11: 294-300.
23. Kuyifatih, A. Yenimahalleli Y, Günaltay M. M. Rational drug use: an application at Ankara university faculty of health sciences. *Fiscaoeconomy*. 2021; 2 (3):156-162.
24. Kurt, O, Oğuzöncül, A. F, Deveci, S. E., and Pirinççi, E. (2020). Assessment of knowledge and behavior of students of a vocational school of social sciences on rational drug use. *ESTUDAM Journal of Public Health*. 2020; 5 (1): 62-72.
25. Gökalp O, Mollaoğlu, H. Improper drug use. *Journal of Süleyman Demirel University Faculty of Medicine*. 2003;10 (2): 17-20.
26. Akkaya A, Koçaşlı S. Determination of the level of rational drug use knowledge of students at the faculty of health sciences of a university. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*. 2022; 11 (1): 246-256.



*Women's experience of terminating unwanted pregnancies in other than official health facility:
A qualitative study*

**Kadınların istenmeyen gebeliklerini resmi sağlık kuruluşu dışında sonlandırma deneyimi:
Nitel bir çalışma**

Ayşegül PARLAKYILDIZ BİLECEN¹, Emel FİLİZ²

Abstract

Aim: The purpose of this qualitative study is to describe the conditions that constitute the process of voluntarily terminating unintended pregnancies by women other than the official health institutions.

Method: The study group consisted of 13 women who had experience of unintended pregnancy/intentional abortion, determined by snowball and purposeful sampling method. Questions about their miscarriage experiences were asked to the women by in-depth interview method through a semi-structured interview form. The data obtained from the interviews were categorized by hand coding and themes were reached.

Results: In the study, four main themes were identified as (i) inability to benefit from health services effectively, (ii) low knowledge and awareness in this regard, (iii) fear of stigmatization due to unwanted pregnancies and (iv) the risk of resorting to abortion under the same conditions. Although it is free and accessible in primary care, it is seen that women cannot effectively benefit from family planning services. Although women experience health problems after abortion/abortion, they are at risk of resorting to miscarriage/abortion again under the same conditions.

Conclusion: Primary health care workers should be aware of the barriers to women's access to family planning services. Every woman of childbearing age should be evaluated for unmet need for family planning. The need for abortion/abortion should be determined in the early period of women who have had an unwanted pregnancy, and they should be provided with access to services in healthy conditions.

Keywords: Unintended pregnancy, induced abortion, unsafe abortion, health care

Özet

Amaç: Bu nitel çalışmanın amacı, kadınların istenmeyen gebeliklerini sağlık kuruluşları dışında isteyerek düşükle sonlandırma sürecini betimlemektir.

Yöntem: Çalışma grubunu, kartopu ve amaçlı örneklem yöntemi ile belirlenen, istenmeyen gebelik/isteyerek düşük deneyimi olan 13 kadın oluşturmuştur. Kadınlara yarı yapılandırılmış görüşme formu aracılığıyla düşük deneyimlerine ilişkin sorular derinlemesine görüşme yöntemi ile sorulmuştur. Görüşmelerden elde edilen veriler elle kodlama yapılarak kategorize edilmiş ve temalara ulaşılmıştır.

Bulgular: Çalışmada, (i) kadınların sağlık hizmetlerinden etkili bir şekilde yararlanamadığı, (ii) bu konuda bilgi ve farkındalıklarının düşük olduğu, (iii) istenmeyen gebelikleri nedeniyle damgalanma korkusu yaşadıkları ve (iv) deneyimledikleri düşük/kürtaj sonrası sağlık sorunları yaşamalarına rağmen aynı koşullarda tekrar düşük/kürtaja başvurma riski taşıdıkları belirlenmiştir.

Sonuç: Birinci basamakta ücretsiz ve ulaşılabilir olmasına rağmen aile planlaması hizmetlerinden kadınların etkili bir şekilde yararlanamadığı görülmektedir. Kadınlar aynı koşullarda tekrar düşük/kürtaja başvurma riski taşımaktadırlar. Bulgularımız, birinci basamak sağlık çalışanlarının kadınların aile planlaması hizmetlerine erişiminin önündeki engellerin farkında olması, doğurganlık çağındaki her kadını karşılanamayan aile planlaması gereksinimi yönünden değerlendirmesi ve istenmeyen gebelik yaşayan kadınların düşük/kürtaj hizmetine erken dönemde ve sağlıklı koşullarda erişimlerini sağlaması gerektiğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: İstenmeyen gebelik, isteyerek düşük, güvenli olmayan düşük, sağlık hizmeti

Geliş tarihi / Received: 15.12.2022 Kabul tarihi / Accepted: 25.04.2023

¹Konya Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı,

²Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü,

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ayşegül PARLAKYILDIZ BİLECEN, Konya Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı, Konya

E-posta: aysegul.prlyldz@gmail.com Tel: +90554 440 0853

Parlakyıldız Bilecen A, Filiz E., *Women's experience of terminating unwanted pregnancies in other than official health facility:
A qualitative study TJF&PC, 2023; 17 (2) :296-303*

DOI: 10.21763/tjfmpc.1219349

Giriş

İstenmeyen gebelikler, doğum öncesi bakım yetersizliği, anne-bebek ölümleri, düşük doğum ağırlıklı bebek gibi pek çok ciddi sorunu beraberinde getirmektedir. Bu gebeliklerin yaklaşık yarısı isteyerek düşükle sonuçlanmaktadır. İstemeyen gebelik ve isteyerek düşüklerin yüksek oranda gözlenmesi, sağlık hizmet sunumundaki yetersizliğin ve özellikle karşılanmayan aile planlaması (AP) hizmeti gereksiniminin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.¹ Düşük işleminin sağlıklı ve güvenli olmayan koşullarda yapılması anne ölümlerinin önemli bir nedenidir.² Dünya Sağlık Örgütü'ne göre düşük/kürtaj sadece gebelik süresine uygun şekilde yapıldığında ve düşük/kürtajı yapan veya yardımcı olan kişiler eğitilmiş olduğunda güvenlidir. Güvenli olmayan düşük/kürtaj, gerekli becerilere sahip olmayan kişiler tarafından ve/veya minimum tıbbi standartlara uygun olmayan ortamda bir gebelik sonlandırıldığında ortaya çıkan durumdur.³ İstenmeyen gebeliklerin güvenli koşullarda sonlandırılması ve istenmeyen gebelik sebepli anne ölümlerinin engellenmesi Birleşmiş Milletler Binyıl Hedefleri ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri içerisinde yer almaktadır.⁴

Türkiye'de 1983 yılında 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkındaki Kanun ile gebeliğin 10. haftasına kadar isteğe bağlı olarak, daha ileri haftalarda da anne ve doğacak çocuğun sağlığını korumak amacıyla gebeliği sonlandırma işlemi serbest bırakılmıştır.⁵ Bu yasanın uygulanmaya başlaması ve AP hizmetlerinin yıllar içinde başarılı bir şekilde verilmesine bağlı olarak anne ölümleri içinde düşük payının giderek azalmasına rağmen, Türkiye'de isteyerek düşük/kürtaj hizmetlerinde hala karşılanamayan gereksinimin olduğu bilinmektedir.⁶ Aile planlaması hizmetlerine erişimin azalması, isteyerek düşük ihtiyacını artırmaktadır. İsteyerek düşük hizmetlerine erişimin azalmasının sonuçları olarak da istenmeyen gebelikler ve hayati sonuçları olan güvenli olmayan düşüklerde artış ortaya çıkmaktadır.⁷

Kadınların resmi sağlık kuruluşları dışında gerçekleştirdikleri isteyerek düşük deneyimleri hakkında çok az bilgi bulunmaktadır. Kadınları uygun olmayan koşullarda düşük/kürtaj yapmaya iten faktörleri anlamak, özellikle birinci basamakta verilen AP hizmetlerinin planlanması, etkinliğinin değerlendirilmesi ve güvenli düşük/kürtaja erişimin önündeki engellerin belirlenmesi açısından önemlidir.

Yöntem

Araştırmanın türü ve amacı

Bu nitel çalışmanın amacı, kadınların istenmeyen gebeliklerini resmi sağlık kuruluşları dışında isteyerek düşükle sonlandırma sürecini betimlemektir. Resmi sağlık kuruluşu, Sağlık Bakanlığının denetimi ve gözetimi altındaki kuruluşlardır.

Çalışma grubu

Çalışmanın katılımcıları, amaçlı örnekleme ve kartopu örnekleme yöntemi ile belirlenen, son iki yılda istenmeyen gebelik yaşayan ve bu gebeliğini resmi sağlık kuruluşları dışındaki yerlerde isteyerek düşükle sonlandıran, okuma-yazma bilen 18-49 yaş aralığındaki kadınlardan oluşmuştur. Resmi sağlık kuruluşu, Sağlık Bakanlığının denetimi ve gözetimi altındaki kuruluşlardır.

Veri toplama aracı ve yöntemi

Literatür^{8,9,10} taramaları sonrasında hazırlanan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile ve derinlemesine görüşmeler yapılarak veriler toplanmıştır. Formda sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler, aile planlaması yöntem kullanımı ile ilgili özellikler ve istenmeyen gebelik/düşük deneyimini ortaya koyan sorular yer almaktadır (Tablo 1). Görüşme sırasında sorular belirli bir sıraya göre değil, konuşmanın gidişatına göre sorulmuş ve açıklığa kavuşturulması gereken durumlarda ilave sorular yöneltilmiştir.

Tablo 1. Yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan sorular

Konu/Temel Soru ve İlave Sorular
1. Demografik ve Obstetrik Bilgiler <i>Bana kendinizden bahseder misiniz? (Yaşı, öğrenim durumu, ekonomik durum, medeni durum, resmi nikâh varlığı, sosyal güvence, meslek, çalışma durumu, yaşamının çoğunu geçirdiği yer ...)</i> <i>Gebeliğinizden/gebeliklerinizden bahseder misiniz? (İlk gebelik yaşı, son gebelik yaşı, kaç gebeliğiniz oldu, kaç doğum yaptınız...)</i>
2. Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu <i>Gebelikten korunmak için AP yöntemi kullanıyor musunuz?</i> <i>İstenmeyen gebelik öncesi hangi yöntemi kullanıyordunuz?</i> <i>İstenmeyen gebelik sonrası hangi yöntemi kullanıyorsunuz?</i> <i>Bu konuda danışmanlık aldınız mı? Anlatır mısınız?</i>
3. Düşük/Kürtaj Konusunda Bilgi <i>Ülkemizde hangi haftaya kadar ve hangi koşullarda düşük/kürtaj yapıldığı ile ilgili fikriniz nedir?</i> <i>Gebeliğinizin sonlandırılması konusunda sağlık hizmetine erişim sürecini anlatır mısınız?</i>
4. En Son Yaşadığı Düşük/Kürtaja Karar Verme Süreci <i>En son düşükle sonlanan gebeliğinizden bahseder misiniz?</i> <i>Yaşadığınız hangi koşullar sizi gebeliği sonlandırma kararı vermeye zorladı?</i> <i>İstenmeyen gebeliğinizi sonlandırma kararınızı etkileyen faktörler nelerdir?</i> <i>Gebeliğinizi öğrendiğinizde gebeliğinizi sonlandırmakla ilgili biriyle konuştunuz mu?</i> <i>Bu kararı kiminle aldınız?</i>
5. Sağlık Arama Davranışı <i>Gebeliğinizi sonlandırmak için geçirdiğiniz süreci anlatır mısınız?</i> <i>Gebeliğinizi sonlandırmak için nasıl bir yol izlediniz?</i> <i>Gebeliğin sonlandırılmasının başkası tarafından yapılmasına karar verdiyseniz, kimsenin adını vermeden işlemin gerçekleştiği yer hakkında bilgi verebilir misiniz?</i> <i>Gebeliği kendiniz sonlandırmaya çalıştıysanız kullanacağınız yönteme nasıl karar verdiniz?</i> <i>İlaçla gebeliği sonlandırdıysanız isim vermeden, ilacı nasıl temin ettiğinizden ve ilacın kullanımı ile ilgili bilgileri nereden aldığınızdan bahseder misiniz?</i> <i>Gebelik sorunsuz bir şekilde sonlandırıldı mı?</i> <i>İstenmeyen gebeliğin sonlandırılmasından sonra sorunuz oldu mu?</i> <i>Gebeliğin isteyerek sonlandırılmasından sonra herhangi tıbbi veya başka bir yardım aldınız mı?</i>
6. Düşük/Kürtaj Sonrası Düşünceler <i>Gebeliğin sonlandırılması ve yaşadıklarınız hakkında ne hissettiniz?</i> <i>İstenmeyen gebelik yaşayan birisi sizden yardım/ bilgi istese ve ne yapması gerektiğini sorsa, ona ne söylemek isterdiniz?</i>

Görüşmeler kadınların her birinin uygun olduğu gün ve saatte, onların belirledikleri yerde yüz yüze yapılmıştır. Katılımcılarla ilk tanışmadan sonra kendilerini rahat hissettikleri ve anlatmaya hazır oldukları zamanda görüşmeye başlanmıştır. Görüşme formundaki sorular kadınlara güvenli bir sohbet ortamı oluştuktan sonra yöneltilmiştir. Öncelikle katılımcılara izin vermeleri durumunda ses kaydı veya not alınarak görüşmenin kayıt altına alınacağı bilgisi verilip, bilgilerin gizliliği ve bilimsel araştırma için kullanılacağı açıklamasından sonra onamları alınmıştır. Görüşmeler konuşmanın seyrine göre yaklaşık 60-90 dakika arasında sürmüştür. Görüşme sonunda katılımcılara, araştırmacıların iletişim bilgilerinin yer aldığı kartlar verilmiş, istenmeyen gebelik/düşük deneyimi yaşayan ve bu çalışmaya katılmak isteyen tanıdıklarına bu kartları vermeleri istenmiştir.

Araştırmanın etik yönü ve izinler

Araştırma Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 24.02.2021 tarih ve 2021/133 karar numarası ile etik kurul izni alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm katılımcıların gizliliğe dayalı bilgilendirilmiş yazılı onamları alınmıştır.

Verilerin analizi

Katılımcıların görüşlerini yansıtabilmek için betimleyici ve tematik analizden yararlanılmıştır. Öncelikle kadınlarla derinlemesine görüşmeler yapılmış, bu görüşmeler not olarak yazılmış veya izin verilen konuşmalar ses kayıt cihazı ile kaydedilmiştir. Görüşmeler bittikten sonra tüm kayıtlar Microsoft Word programında yazıya geçirilmiştir. Bu programa tüm görüşme soruları yazılmış ve bu soruların altına kadınların verdiği yanıtlar kelimesi kelimesine yerleştirilmiştir. Elle kodlama yapılarak kategoriler, alt temalar ve ana temalar oluşturulmuştur. Çalışma verilerinin özgün haline bağlı kalmış ve yer yer katılımcıların ifadelerinden doğrudan alıntı yapılarak veriler sunulmuştur.

Çalışmanın geçerliliği ve güvenilirliği

Çalışmanın geçerliliği için öncelikle görüşme formu literatürden yararlanılarak hazırlanmış, formun anlaşılabilirliği iki öğretim elemanı tarafından değerlendirilerek forma son hali verilmiştir. Görüşme öncesinde katılımcılara açıklamada bulunularak güven ortamı oluşturulmuştur. Görüşme süresi yeterli uzunlukta tutulmuştur. Katılımcıların ifadeleri doğrudan alıntı şeklinde bulgular bölümünde yer almıştır. Çalışmada görüşmeleri yapan araştırmacı birinci basamak sağlık kuruluşunda ebe ve diğer araştırmacı Halk Sağlığı lisansüstü derecesine sahip olduklarından çalışmanın amacına uygun bireylerdir. Ayrıca, nitel araştırma konusunda uzman bir öğretim üyesinin görüşlerine başvurulmuştur. Çalışmanın güvenilirliğini sağlamak için izin verilmesi durumunda kayıt cihazı kullanılmış, böylece veri kaybı önlenmiştir. Kayıt cihazı kullanımına izin vermeyen (6 kadın) katılımcıların ifadeleri yazılarak kaydedilmiştir. Katılımcılar görüşme sırasında ortamda başka birinin olmasını istemediğinden veriler bir araştırmacı tarafından kaydedilmiştir. Katılımcıların çoğunun görüşmenin başında tedirgin ve mesafeli olduğu hissediliyordu. Bazı katılımcılar gizlilik konusunda sık sık araştırmacıdan teminat istedi. Bir katılımcı, araştırmacının kendisini yaptıklarından dolayı yargılamaması için görüşmeye başlamadan önce şöyle uyardı: “Sakın, sakın! anlatacaklarımı duyunca sen de bana gözünü belertme tamam mı?” İlk 5-10 dakikadan sonra kadınların rahatladıkları ve yaşadıklarını anlatma konusunda istekli oldukları gözlemlendi.

Veriler yorum yapılmadan yazıya dökülmüş ve tekrarlı okumalar sonucunda kodlamalar oluşturulmuştur. Kodlamalar iki araştırmacı tarafından yapılmıştır. Kodlama tutarsızlıkları tartışılarak fikir birliğine varılmıştır.¹¹

Bulgular

Çalışma grubunu oluşturan kadınların demografik özellikleri Tablo 2’de yer almaktadır. Tüm katılımcılar istenmeyen gebelik yaşamıştır ve düşükle sonuçlanan gebeliklerden 4’ü kadınların ilk gebeliğidir. Kadınların ilk gebeliği 18-29 yaş arasında ve son gebeliği 19-41 yaş aralığında gerçekleşmiştir.

Tablo 2. Katılımcılara ait demografik bilgiler

Kod	Yaş	Öğrenim Durumu	Medeni Durum	Gelir Durumu	Sosyal Güvence	Çalışma Durumu	Evde Yaşayan Kişi Sayısı
B-1	26	Lise	Bekâr	Orta	Var	Çalışıyor	5
E-1	41	İlkokul	Evli	Orta	Var	Hiç çalışmamış	6
E-2	33	Lise	Evli	İyi	Var	Çalışıyor	4
B-2	22	Üniversite	Bekâr	Orta	Yok	Hiç çalışmamış	4
E-3	34	Ortaokul	Evli	Orta	Yok	Hiç çalışmamış	5
E-4	28	Ortaokul	Evli	Düşük	Var	Çalışıyor	3
E-5	34	Ortaokul	Evli	Düşük	Var	Hiç çalışmamış	5
E-6	28	Lise terk	Evli	Orta	Var	Hiç çalışmamış	6
E-7	20	Ortaokul	Evli	İyi	Var	Hiç çalışmamış	5
B-3	22	Lise	Bekâr	İyi	Var	Çalışıyor	1
E-8	20	Ortaokul	Evli	Düşük	Yok	Çalışıyor	6
D-1	34	Üniversite	Dul/Boşanmış	Orta	Var	Hiç çalışmamış	3
D-2	30	Lise	Dul/Boşanmış	Orta	Var	Çalışıyor	2

Çalışmadaki kadınların tamamının ilk düşük/kürtaj deneyimi idi. Kadınlar istenmeyen gebeliklerini sonlandırma sürecinde sosyal ve ekonomik zorluklar yaşadıklarını belirtmiştir. Kadınlar yaşadıkları düşük deneyimini her ne kadar “olumsuz durum” olarak ifade etseler de sonucun tatmin edici olduğunu ve gerektiğinde bu konuda başka kadınlara destek verebileceklerini belirtmişlerdir. Bu durum kadınların aynı koşullarda istenmeyen gebelik yaşayabileceğini ve benzer yöntemlerle gebeliği sonlandırmaya çalışabileceklerini göstermektedir. Çalışmanın ana temaları olarak; (i) kadınların sağlık hizmetlerinden etkili bir şekilde yararlanamadığı, (ii) bu konuda bilgi ve farkındalıklarının düşük olduğu, (iii) istenmeyen gebelikleri nedeniyle damgalanma korkusu yaşadıkları ve (iv) deneyimledikleri düşük/kürtaj sonrası sağlık sorunları yaşamalarına rağmen aynı koşullarda tekrar düşük/kürtaja başvurma riski taşıdıkları belirlenmiştir.

Sağlık Hizmetlerinden Etkili Bir Şekilde Yararlanamama

Kadınların istenmeyen gebelikleri öncesinde ve düşük/kürtaj sürecinin herhangi bir aşamasında resmi sağlık kuruluşlarından yeterli hizmet alamadığı görülmüştür.

Etkili AP danışmanlığı alamama

Kadınların çoğunun etkili bir AP danışmanlığı ve eğitimi almadığı anlaşılmaktadır. Bazı kadınlar ise kendilerine verilen bilgilerin yetersizliğine ve eksikliğine vurgu yapmıştır: “*Yok almadım (AP danışmanlığı). Aslında bu konuda hep sorun yaşadım Eşim değişik biriydi farklı şeyleri vardı (gebe kalmaması için uyguladığı yöntemler) gerçekten hatırlamak bile istemiyorum (başını öne eğip utanarak). Eskiden o kadar bilgisizmişim ki ve çekingen, keşke şimdiki gibi olabilsem*”(D-2)). “*Bekârlar alabilir mi onu da bilmiyorum*” Hem nereden alacağım ki bekar olduğum için böyle şeylere başvurmak uygun mu?”(B-2). “*Spiral takmadan önce anlatmışlardı. Spiral sizi korur en etkililerinden sıkıntı olmaz denildi*”(E-2). *Danışma almıştım ama kocam istemez izin vermez normal olmalıymış* (E-3).

Düşük/kürtaj sürecinde sağlık hizmetlerine erişimde sorunlar

Kadınların ifadelerinden sağlık sisteminde düşük/kürtaj hizmetlerine erişimde zorlandıkları anlaşılmaktadır. Bu hizmetlere nasıl ulaşacaklarını bilemedikleri, gizlilik konusunda endişe yaşadıkları, hizmet alabileceklerine inanmadıkları, hizmetin ücretini karşılayamayacakları ve hizmete ulaşabilmek için sadece kendi kararlarının yetmediği görülmektedir: “*Yalnızsınız kime söyleyeceğinizi bilemiyorsunuz. Süreç hakkında belki fikriniz var ama neler yaşayacağınızı, nasıl yapacağınızı bilmiyorsunuz*”(B-3). *Kocam olmadan çocuk aldırılmazmışım hastanede. Param yok. Yeni bir çocuğum daha olsa rezil olacağız olmazdı. Mecbur kocamın haberi olmadan yaptım*(E-3).

Kadınlar yaşadıkları düşük/kürtaj sonrasında kramp, karın ağrısı, kanama, bulantısı/kusma, kötü kokulu akıntı gibi birçok rahatsızlık yaşamalarına rağmen bunların önemli sorunlar olmadığı algısı ve başkalarının öğrenebileceği korkusu ile herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmamışlardır: “*Birinin duymaması lazımdı o yüzden kendim bir şeyler denedim evde. Ben kendimde deneyince herhalde çok acılı oldu, karnımda, kasıklarımnda çok ağrı oldu kramp oldu, kanamam oldu, bide kötü kokuyordu. ...Yok, ne sağlık kuruluşu biri öğrenirse ne olacak sakın kesinlikle gitmedim*” (E-5). “*Tabii ki gitmedim. Evdeki ağrı kesicileri içtim*”(E-6)). “*Zaten birinin öğrenmesini istemiyorduk. Gittiğimiz yerde ilaç vermişlerdi zaten*”(E-1). “*Halsizlik, kusma, baş ağrısı, karın ağrısı gibi şikâyetlerim oldu. Elimdeki kolumdaki bağ çözüldü gibi hissettim. Doktora gitmedim, ağrılarım kanamam olsa da sabrettim* (D-1) “*Karnım ağrıdı, kanama oldu bir de hiç halim yoktu, bacaklarım ağrıyordu. 'Ağrı kesici içebilirsin' demişti ondan attım*”(E-8). “*Mide bulantım ve ağrım oldu ama herhangi bir yere gitmedim*”(E-1). “*Hassasiyet ve kramp çok fazla oldu. Tabii ağrı, halsizliğim baya kötü oldu*”(E-3). “*Ağrılarım kanamam olsa da sabrettim*”(E-7).

Bilgi ve Farkındalığın Düşük Olması

Düşük/kürtaj için yasal olarak izin verilen süreyi bilmeme

Kadınlar Türkiye’de kürtajın yasal olduğunu bilmekle birlikte, çoğu düşük/kürtajın yapılabileceği yasal süreyi bilmediklerini veya bu süreçte öğrendiklerini belirtmiştir: “*Bu süreçte onları da öğrenmiş olduk. Bilmiyorduk tabii. Türkiye’de normalde 10 haftaya kadar olan gebeliklerde yasalmış. Diğer türlü tabii ki sıkıntılı*”(B-2). “*Evet yasal. Ama ne kadar (süre) bilmiyorum*”(D-2). *Yani böyle şeylerde yasal olmak nasıl pek de anlayamadım. Böyle şeylerin olduğunu araştırmak aklıma gelmedi ki* (E-3).

İstenmeyen gebelik öncesinde ve sonrasında AP yöntem bilgi eksikliği

Kadınların AP yöntemleri ve yöntemlerin etkililiği konusunda bilgi ve farkındalıklarının düşük olduğu görüldü. İstenmeyen gebelik yaşayan kadınların 7’si kullandığı AP yönteminin başarısız olduğunu, 6’sı ise AP yöntemi kullanmadığını belirtmiştir: “*Spiral vardı aslında nasıl olmuş ben de bilmiyorum*”(E-2). “*Korunma bilmiyordum o zaman. Daha doğrusu bana evlenirken kimse anlatmadı ki eşim de işte normaldi (çok bilgisi yoktu)*”(E-8). “*Kondom kullanırken gebe kaldım*”(D-1). “*Yok kullanmadım. Yani işte. Aslında bu konuda hep sorun yaşadım*”(D-2).

İstenmeyen gebelik öncesinde olduğu gibi, kürtaj/düşük sonrasında da yöntem kullanımında sorunlar olduğu görülmektedir. İstenmeyen gebelik sonrasında AP yöntemi kullanmama nedenleri arasında, eşin yöntem kullanmak istememesi, bekâr olma, eşinin yanında olmaması veya evliliğin sona ermesi yer almaktadır: “*Korunmadım hiç. Eşim şehir dışında 3 yıldır pek gelip gitmiyor zaten. İlk başlarda 3-4 ayda bir olsa da geliyordu 1-2 hafta kalıp gidiyordu. 3 yıldır ayrı gibiyiz*”(E-5). “*Bekâr olduğum için herhangi bir yöntemi kullanmıyorum*”(B-1). *Yok. Kocam yine de bir şey kullanmak istemedi ki. Bana da 'Gerek yok biliyoruz nasıl olacağımı' dedi* (E-7). Kadınlar istenmeyen gebeliklerini AP yöntem başarısızlığına ve yöntem kullanmamaya bağlamakla birlikte, düşük sonrasında da etkili AP yöntem kullanımı arayışına girmemişlerdir.

Güvenilir olmayan bilgi kaynaklarına başvurma

Gebeliğini kendisi sonlandıran kadınlar yüksekte atlama, karnı yumruklama, ağır kaldırma, bitkisel çaylar ve ilaç içme gibi yöntemler kullanmışlardır. Kadınlar kullandıkları bu yöntemleri kendilerinin daha önce bildiğini veya arkadaş/komşu ve internetten öğrendiklerini belirtmişlerdir: “Güvendiğim 1-2 ablaya sordum. Bazılarına sorarken başka bir arkadaş veya hastayla ilgiliymiş gibi sorular sorarak araştırdım”(B-3). “Gebe kalınca da mahvoldum. Ama hiç belli etmedim. İnternette kadın sitelerinden bir sürü benim gibi kadınla konuştum, fikir aldım. İnternette araştırdım, bir yer buldum. Düşük yapmak için bir sürü yöntem vardı. Ben ilaç istedim. Nasıl kullanacağımı anlattılar. Güveneyim mi bilemedim ama ödemeyi kapıda da yapabilirsin deyince aldım. 300 TL ödedim. Renkli renkli haplardı. İlacı koydum ara ara sonra da kendi oldu zaten.”(E-6). “Ne yapacağımı bilemedim. Daha öncelerde gördüğüm (internette) ilanların birinde bu durumlarda yardımcı olan poliklinikten bahsediyordu. Elimden geldiğince araştırdım”(B-1).

Damgalanma Korkusu

Katılımcıların tamamının olayın gizli kalması, özellikle diğer aile bireyleri ve yakın çevre tarafından bilinmemesi yönünde çaba harcadığı görülmüştür. Bu durum işlemin nasıl yapılacağı ve işlemin yapılacağı yerin seçiminde etkili olmuştur. Düşük/kürtaj kararı alan kadınlar işlemin gerçekleştirilmesine yönelik olarak aile hekimlerine veya diğer resmi sağlık kuruluşlarına başvurmayı tercih etmemişlerdir. Bir kısmı kendi yöntemleri ile evde düşük yaparken diğerleri “özel klinik” olarak tanımladıkları yerlere başvurmuştur. Bir “özel klinik”te düşük yapan kadınların tamamında özel kliniklerin gizliliğe resmi kurumlarından daha fazla dikkat ettiği düşüncesi bulunmaktaydı. “Gebe olduğumu anladığımda başımdan kaynar sular döküldü. Ne yapacağımı bilemedim, olduğum yerde kalmışım. Kendimi çok suçlu ve pişman hissettim. Ailemin veya başka birinin öğrenme düşüncesi bile beni bitirmişti”(B-2). “Elalem duyarsa ne yaparız ne deriz diye korkarken o özel bir yer bulmuş beraber gittik”(E-5). “Kimsenin bilmesini istemediğimiz için nasıl yapacağımızı bilemedik. İşyerinde duyulacak, oradan memlekette duyulursa diye korktum. Özel klinikte yaptırmaya karar verdim”(B-3).

Tekrar Düşük/Kürtaja Başvurma Riskinin Olması

Düşük/ kürtaj sonrasında duyular

Kadınların gebeliklerini sonlandırma şekilleri onların duygusal ve inanç yönünden zorluklar yaşadıklarını göstermektedir. Yaşadıkları tüm sıkıntılara rağmen sonucun olumlu olduğunu düşünmekteydiler: “İşlem tahmin ettiğimden daha kısa sürdü. İlk defa orada üzülmediğimi fark ettim. O kadar endişe, telaş, korku ve düşüncenin arasından bir anda sıyrılıp rahatlamıştım”(B-3). “Günah olduğunu bile bile yapmak çok daha kötüydü. Ama çaresiz ve güçsüz hissediyordum kendim,i belki de bu teselli benim için. Ama rabbim kimseye bunu yaşatmasın. Pişmanlık, acı, üzüntü her şeyi hissediyorsun”(E-3). “Üzgündüm ama içimde korku daha fazlaydı. Ama rahatlamıştım biliyor musunuz? Gebeyken daha cesaretsiz gibiydim. Ama yapmasaydım şimdiki durumda olamazdım ki eşime geri döndüm ben o da kabul etti çocuklarımız var. Şimdi daha iyiyim artık”(E-6). “Üzülsem de sonrası bi rahatlama oldu. Sanki içinde bulunduğum çıkmazdan kurtulmak için bir umut ışığı doğmuştu. Elimdeki kolumdaki bağ çözüldü gibi hissettim”(E-7).

Başkaları için düşünceler

Kadınlar yaşadıkları deneyimi kendileri ile aynı durumda olan başka kadınlara önermeyeceklerini söylemekle birlikte, mecbur kalınması durumunda bu kadınlara destek verebileceklerini belirtmişlerdir: “Tabii de kimseye tavsiye etmem ama ya benim gibi zor durumda olan, başka çaresi olmayan birisi olursa ne yapacağız? Ben yapmasaydım nasıl olurdu şimdi hiç bilmiyorum ama çok kötü olursa da belki tavsiye veririm”(E-5). “Önermem ama benim gibi zor durumda olup başka çaresi olmayana belki söyleyebilirim”(B-3). “Asla kimseye tavsiye etmek istemem. Çok zor olan bir şey yani. Bu bir tecrübe değil”(D-2). Hayır etmem diyeceğim ama çok zor bir durum, çaresiz kalıyorsunuz, o an canıma bir şey gelir diye düşünmüyorsunuz, bişey olmaz gibi geliyor (E-3).

Tartışma

AP hizmetlerinin yaygınlığının artmasına ve hizmetlere erişim konusunda yasal bir engel bulunmamasına rağmen bazı kadınların bu hizmetlerden etkili şekilde yararlanamadıkları görülmektedir. TNSA 2018 sonuçlarına göre kadınlar gerçekleşen gebeliklerinin %11’inin daha sonra olmasını tercih ettiğini ve %15’i de gebeliği istemediğini belirtmiştir. Türkiye’de halen evli kadınların %12’si karşılanmamış AP ihtiyacı içerisinde. ⁸ Çetinkaya ve Mercan çalışmalarında her 5 kadından birinin istenmeyen gebelik yaşadığını, 10 kadından birinin isteyerek düşük yaptığını ve kadınların %54’ünün Türkiye’de isteyerek düşük/kürtajın yasal olduğunu bilmediklerini belirlemiştir. ¹² Bu çalışmada da kadınların çoğu daha önce düşük/kürtajın yapılabileceği yasal süreyi bilmediklerini veya bu süreçte öğrendiklerini belirtmiştir. Ayrıca kadınlar düşük/kürtaj sonrası önemli sağlık problemleri yaşamışlar ve bu süreçte sağlık hizmeti talep etmemişlerdir. Geleneksel yöntemlerle sağlıksız koşullarda yapılan düşükler ciddi komplikasyonlarla hatta ölüme sonuçlanabilmektedir. ¹⁹ İsteğe bağlı düşüklerin yasal hale gelmesi ve kadınların

güvenli düşük hizmetlerine ulaşabilmelerinin sağlanması ile düşüğe bağıli komplikasyonların ve anne ölümlerinin önemli oranda azaldığı birçok ülke örneğinde görölmektedir.¹³

Çalışmaya katılan kadınların son iki yıl içerisinde yaşadıkları düşük/kürtaj deneyimlerinde sosyal ve ekonomik koşulların etkili olduğu görölmüştür. Katılımcılar sıklıkla toplumda kadın olmanın zorluklarını ve ekonomik sıkıntılarını vurgulamışlardır. Türkiye’de kadınların %15’inin yaşamları boyunca en az bir kez isteyerek düşük/kürtaj yaptığı tahmin edilmektedirler.⁸ Gelir düzeyi düşük kadınlar özellikle risk altındadırlar.¹²

Bu çalışmada göröldüğü gibi düşük/kürtaj ihtiyacı ortaya çıktığında kadınlar güvenli ve ücretsiz olan kamu hizmetlerine kolayca erişemedikleri zaman, mahremiyetlerinin korunacağı düşüncesiyle özel hekimleri ve klinikleri tercih etmektedirler. Özellikle genç ve bekâr kadınlar, damgalanma korkusuyla ücretsiz ve daha güvenli olan kamu hizmetlerini tercih etmek yerine maliyeti daha yüksek olan ve kimi zaman güvenli olmayan koşullarda verilen “özel” hizmetleri tercih edebilmekte veya kendi yöntemleriyle düşük yapabilmektedirler.¹⁴ Böyle ortamlarda yapılan ve güvenli olmayan uygulamalar, isteyerek düşük/kürtaj hakkında gerçek verilerin elde edilmesini de zorlaştırmaktadır.¹⁵

Bu çalışmada istenmeyen gebelik deneyimi olan kadınların çoğu evliydi. Bekâr olarak tanımladığımız kadınlar, hiç evlenmemiş kişiler olup eşi ölmüş veya boşanmış kadınlar bu tanıma dahil edilmemiştir. Bekâr kadınlara daha az ulaşılması, evli olmayanların gebeliğinin, kültürel olarak onaylanmayan bir durum olarak kabul edilmesinden kaynaklanabilir. Bekâr kadınlar da sıklıkla istenmeyen gebelik yaşamaktadırlar.^{16,17} Bu gebelikler genellikle üreme sağlığı konularında bilgi eksikliği, hizmetlere ulaşamama, hizmetin yanlış kullanımı veya kullanılan yöntemin başarısızlığı sonucu ortaya çıkmaktadır. Özellikle evli olmayan kadınlarda istenmeyen gebelik/isteyerek düşüklerin sonuçları daha ağır olmaktadır. Sağlık personelinin tutumundan çekinme, utanma, kültürel engeller ve bilgi eksikliği bu kadınların sağlık merkezlerinden hizmet alamamalarına ve buna bağıli olarak da güvenli olmayan koşullarda düşük yapmalarına yol açabilmektedir.¹⁸ Birinci basamakta üreme sağlığı ile ilgili hizmetler verilirken sadece evli olanların değil doğurganlık çağındaki tüm kadınların bu kapsama alınması önemlidir.

Kadınlar yaşadıkları düşük deneyimini her ne kadar “olumsuz durum” olarak ifade etseler de sonucun tatmin edici olduğunu ve gerektiğinde bu konuda başka kadınlara destek verebileceklerini belirtmişlerdir. Bu durum kadınların aynı koşullarda istenmeyen gebelik yaşayabileceklerini ve benzer yöntemlerle gebeliği sonlandırmaya çalışabileceklerini göstermektedir. Daha önce isteyerek düşük yapan kadınların tekrar bu yöntemle başvurma olasılığı bulunmaktadır.²⁰ Bu nedenle, sağlık kuruluşunda veya kendi yöntemleriyle düşük yaptığı tespit edilen kadınlar risk grubu olarak izlenmelidir.

Sonuç

Bu çalışmada gebeliğini resmi sağlık kuruluşları dışında bir yerde düşük/kürtajla sonlandıran kadınların deneyimleri ortaya koyulmuştur. Kadınların AP hizmetlerinden etkili bir şekilde yararlanamadığı, bu konuda bilgi ve farkındalıklarının düşük olduğu, istenmeyen gebelikleri nedeniyle damgalanma korkusu yaşadıkları ve deneyimledikleri düşük/kürtaj sonrası sağlık sorunları yaşamalarına rağmen aynı koşullarda tekrar düşük/kürtaja başvurma riski taşıdıkları belirlenmiştir. Birinci basamakta özellikle sosyoekonomik düzeyi ve öğrenim düzeyi düşük kadınların AP hizmetlerine erişimi dikkatli bir şekilde değerlendirilmeli ve erişimleri gerçekleştirilmelidir. İstenmeyen gebelik yaşayan kadınların düşük/kürtaj gereksinimi erken dönemde belirlenerek sağlıklı koşullarda hizmete erişimleri sağlanmalıdır. Bu çalışmaya katılan kadınlar AP hizmeti ihtiyacı karşılanamadığından istenmeyen gebelik yaşamış ve yeniden sağlık hizmet talebinde bulunmayarak ya da bulunamayarak gebeliklerini resmi sağlık kuruluşu dışında sonlandırmıştır.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadıklarını beyan etmişlerdir

Kaynaklar

1. Akın A, Terzi Ö. İstenmeyen Gebelikler ve İsteyerek Düşükler. Türkiye Sağlık Raporu 2020;151-163.
2. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Global Health* 2014;2(6): 323–333.
3. World Health Organization (WHO 2020). Preventing unsafe abortion. Erişim tarihi 25 Eylül 2021; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332334/WHO-SRH-20.11-eng.pdf>.
4. World Health Organization (WHO 2015). Health in 2015: Health-related Millennium Development Goals. Erişim tarihi 20 Aralık 2021, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/170250>.
5. Resmi Gazete, 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Hakkında Kanun. Erişim tarihi 20 Aralık 2021 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-462/rg-tarihi: 27.05.1983-rg-sayisi 18059-2827-sayili-nufus-pla.html>.
6. Akın A. Türkiye'de Değişen Nüfus ve Sağlık Politikaları Doğrultusunda, İsteyerek Düşükler ve Üreme Sağlığı Hizmet Sunumunda Geleceğe Bakış. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2012; 10(1): 43-60.
7. Telli P, Cesuroğlu T, Aksu Tanık F. How Do Pronatalist Policies Impact Women's Access to Safe Abortion Services in Turkey *International Journal of Health Services*, 2019; 49(4), 799-816.
8. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2020. s. 159-170. Erişim tarihi 20 Aralık 2021. <http://www.openaccess.hacettepe.edu.tr>.
9. Moseson H, Herold S, Filippa S, Baum S.E, Gerds C. Self-managed abortion: A systematic scoping review *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2020; 63, pp. 87-110.
10. Gerds C, Raifman S, Daskilewicz K, Roberts S, Harries J. Women's experiences seeking informal sector abortion services in Cape Town, South Africa: A descriptive study. *BMC Women's Health* 2017; 17-9.
11. Yıldırım, A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri.9. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık 2013, s. 289-296.
12. Çetinkaya M Mercan Y. Spontaneous and Induced Abortions and Its Determinants in Women Aged 15-49. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2021 15(3), 490-500
13. Durukan E, Yanık Bilgin F, Akın A. Güvenli Olmayan Düşükler ve Türkiye'de Durum. *Sağlık ve Toplum* 2015;25 (1), 25-47.
14. Pekurnaz, D, Ökem ZG, Çakar M. Türkiye'de isteyerek düşük için kadınların tercihini anlamak. *Sağlık Politikası* 2021;125 (10), 1385-1392.
15. World Health Organization (WHO 2012). Sexual and reproductive health 2012. Erişim tarihi 20 Aralık 2021. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/clinical/en/index.html>.
16. Worku S, Fantahun M. Unintended Pregnancy and Induced Abortion in a Town with Accessible Family Planning Services: The Case of Harrar in Eastern Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development* 2006;20(2): 79-83.
17. Savaş N, İnandı T, Arslan E, Peker E, Durmaz E, Erdem M. ve ark. Hatay'da Hastanelere Doğum ya da Düşük Nedeniyle Başvuran Kadınlarda İstenmeyen Gebelikler. 17. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Edirne 2014; ss.1095-96.
18. Giray H, Kılıç B. Bekar Kadınlar ve Üreme Sağlığı. *Sted*, 2004;13:286-9.
19. Şenoğlu A, Çoban A, Karaçam Z. İstenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşüklerin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2019; 28(4), 300-305.
20. Mazuy M, Toulemon L, Baril É. Recourse to abortion is decreasing, but repeat abortions are more frequent. *Population Societies*, 2015, 1: 1-4.



Experiences of New Graduate Nurses' Transition to Practice During the Covid-19 Pandemic

Covid-19 Pandemi Döneminde Mesleğe Başlayan Hemşirelerin Deneyimleri

Hülya KANKAYA¹, Emine KARAMAN¹

Abstract

Aim: Transition to practice during an pandemic that affects the world brings many different experiences for new graduate nurses. The aim of the study was to determine the experiences of new graduate nurses' transition to practice during the covid-19 pandemic.

Method: This descriptive and qualitative study was conducted with 21 new graduate nurses. Data were collected using a descriptive questionnaire and a semi- structured questionnaire.

Results: For nurses' statements, three main (positive, negative, complex effects) and 10 sub-themes (positive effects: increasing self-confidence, providing rapid orientation and helping coping, negative effects: fear, anxiety, stress and fatigue/burnout, complex effects: excitement, curiosity, and uncertainty/surprise) were determined.

Conclusion: It was concluded that new graduate nurses who started practice during the pandemic period experienced more negative but also positive and complex emotions and experiences in this process.

Key words: Covid-19, nurse, transition to practice.

Özet

Amaç: Dünyayı etkileyen bir pandemi döneminde meslek yaşamına adım atmak, hemşireler için birçok farklı deneyimi beraberinde getirmektedir. Araştırmada Covid-19 pandemi sürecinde mesleğe yeni başlayan hemşirelerin deneyimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve niteliksel tipte olan araştırma, 21 hemşire ile yürütülmüştür. Veriler "Tanıtıcı Form" ve "Yarı Yapılandırılmış Soru Formu" kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Hemşirelerin ifadeleri doğrultusunda üç ana (olumlu, olumsuz, belirsizlik), 10 alt tema (olumlu etkiler: özgüveni arttırması, mesleğe hızlı uyumu sağlaması ve baş etmeyi kolaylaştırması, olumsuz etkiler: korku/tedirginlik, endişe, stres ve yorgunluk/tükenmişlik, belirsizlik: heyecan, merak ve şaşkınlık) belirlenmiştir.

Sonuç: Pandemi döneminde mesleğe başlayan hemşirelerin bu süreçte olumsuz, olumlu ve belirsiz duygu ya da deneyimler yaşadıkları sonucuna varılmıştır.

Anahtar kelimeler: Covid-19, hemşire, mesleğe başlama.

Geliş tarihi / Received: 19.01.2023 Kabul tarihi / Accepted: 29.04.2023

¹Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Emine KARAMAN, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye,

E-posta: emine.karaman@ege.edu.tr Tel: 0232 311 56 16

Kankaya H & Karaman E. *Experiences of New Graduate Nurses' Transition to Practice During the Covid-19 Pandemic TJFMPC, 2023;17 (2):304-312*

DOI: 10.21763/tjfmpe.1239409

Giriş

Bulaşıcı hastalıklar; vücuda giren, çoğalan ve enfeksiyona neden olabilen mikroorganizmaların (bakteri, virüs ve mantar gibi) neden olduğu hastalıklardır. Bazı bulaşıcı hastalıklar kişiden kişiye doğrudan yayılırken; bazıları hava, su, yiyecek, toprak ya da vektörler aracılığı ile yayılabilmektedir.¹ Tarihte, veba, kolera, çiçek, İspanyol gribi, ağır akut solunum yolu yetersizliği sendromu (SARS), domuz gribi, Ortadoğu Solunum Sendromu (MERS) gibi birçok bulaşıcı enfeksiyon hastalığı salgınlara neden olmuştur.² Günümüzde küreselleşme, yaygın ticaret ağı, insan, hayvan etkileşimleri, ulaşım imkanlarının artması, turizm etkinlikleri ile uluslararası sınırları aşılması gibi nedenler ortaya çıkan bulaşıcı hastalıkların sınır ötesine geçişini kolaylaştırmış ve pandemileri gündeme getirmiştir.^{3,4}

Çin'in Wuhan kentinde Aralık 2019 tarihinde başlayan yeni tip korona virüsü (Covid 19) kısa zamanda tüm dünyayı etkilemiş ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bir pandemi olarak adlandırılmıştır.^{5,6} Hastalığın yayılımı dünyada tahmin edilenden hızlı gerçekleşmiştir. Vaka sayısının hızla artmasıyla birlikte artan iş yükü karşısında sağlık çalışanları birçok güçlüklerle karşılaşmıştır. Ülkelerin sağlık ve yönetim sistemlerinin hazırlıksız yakalandığı bu dönemde sağlık personelleri de kendilerini yetersiz ve korunmasız hissetmiştir.⁷⁻⁹ Bu duyguya neden olan faktörlerden bazıları, hastalık ile ilgili bilimsel bilgilerin yetersizliği, koruyucu malzeme eksikliği, sağlık personelinin virüs ile enfekte olma ve bulaştırma riskidir.^{10,11} Bu nedenlerle stres altında olan ve görevini devam ettirmeye çalışan sağlık profesyonelleri, birçok fiziksel ve psikolojik güçlüklerle karşı karşıya kalmıştır.⁷ Sağlık profesyonelleri arasında hastalarla en fazla iletişime giren ve onlarla zaman geçiren kişiler hemşirelerdir.⁷ Her meslek grubunda olduğu gibi hemşirelik mesleğine adım atmada ilk deneyimin yaşanması kişileri birçok yönde etkileyebilmekte ve meslek yaşamlarına yön verecek durumlara zemin hazırlamaktadır. Bununla birlikte dünyayı etkileyen bir salgın döneminde meslek yaşamına adım atmak, hemşireler için birçok farklı deneyimi beraberinde getirmektedir. Hemşirelerin bu duruma daha iyi uyum sağlamaları ve olumsuz etkileri en aza indirmek için oryantasyon programları/egitimlerinin bu yönüyle düzenlenmesi önem taşımaktadır. Ülkemizde hemşirelerin pandemi döneminde yaşadığı deneyimleri konu alan birçok çalışma yapılmıştır.¹²⁻¹⁴ Ancak bu dönemde mesleğe adım atan hemşirelerin deneyimlerine ilişkin çalışmaya rastlanmamıştır. Uluslararası literatürde bu dönemde hemşirelerin mesleğe geçişlerine yönelik çalışmalar bulunmaktadır.¹⁵⁻¹⁸ Bu nedenle çalışmamızın ülkemiz için önemli bir veri kaynağı olacağı düşünülmüştür. Araştırma, Covid-19 pandemi sürecinde mesleğe başlayan hemşirelerin deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tasarımı ve Örneklemi

Araştırma, tanımlayıcı ve fenomenolojik (olgu bilimi) niteliksel tiptedir. Araştırmanın evrenini Covid-19 pandemi sürecinde mesleğe yeni başlayan hemşireler oluşturmuştur. Niteliksel araştırmalar için belirli bir örneklem hesaplama yöntemi bulunmamaktadır. Örneklem, benzeşik (homojen) ve ölçüt örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Bu yöntemin amacı, önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan örneklem grubuyla çalışılmasıdır.¹⁹ Ölçütler araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Örneklem seçiminde, verilerin doygunluğa ulaşması durumu rehber alınmış, veriler tekrar etmeye başladığında veri toplama sonlandırılmıştır. Çalışma, Aralık 2021-Şubat 2022 tarihleri arasında elektronik haberleşme araçlarını kullanan ve pandemi döneminde mesleğe yeni başlamış, araştırmaya katılmayı kabul eden 21 hemşire ile yürütülmüştür.

Verilerin Toplanması

Veri toplamada "Tanıtıcı Form" ve "Yarı Yapılandırılmış Soru Formu" kullanılmıştır. Hemşirelere elektronik haberleşme araçları kullanılarak ulaşılmış; iletilen Google Form bağlantısına deneyimlerini, oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formuna yazı ile dökmeleri istenmiştir. Bu görüşmelerden elde edilen kayıtlar dijital olarak saklanmıştır. Toplanan veriler kopyalanmış; kopyalar, orjinal kaydetmeye ve düzeltmeye karşı tekrar kontrol edilmiştir. Sonrasında nitel araştırmaların analizlerinde kullanılan temel yöntemlerden olan içerik analizi (content analysis) yöntemi kullanılmıştır. Analiz sürecinde tümevarımcı bir anlayış izlenerek üzerinde durulan konuyla ilgili ifade edilen kavramların ve düşüncelerin temalaştırılması; görüşmenin çözümlendiği metnin alt amaçlarına göre kodlanıp gruplandırılması yapılmıştır. Elde edilen ana tema, alt tema ve orjinal metinden elde edilen bulgular, araştırmacılar tarafından gözden geçirilmiştir. Çalışmanın niteliğini ve güvenilirliğini arttırmak amacıyla hemşirelerin ifadelerinden alıntılar yapılmıştır.

Tanıtıcı Formu: Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanan form; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, birlikte yaşanan kişi, mesleğe başlama zamanı, pandemi servisinde çalışma durumu

ve süresi, covid-19 ile enfekte olma, zamanı ve tedavi şekli, yakınlarının covid-19 ile enfekte olma durumunu içeren 12 sorudan oluşmaktadır.¹⁴⁻¹⁸

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu: Araştırmada, Covid-19 pandemi döneminde mesleğe başlayan hemşirelerin deneyimlerini belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılmıştır. Görüşme formu; araştırma konusu ile ilgili literatür taraması yapılarak oluşturulmuştur.^{15-18,20-22}

Covid-19 pandemi döneminde mesleğe başlayan hemşirelerin deneyimlerini belirlemek amacıyla 5 soru hazırlanmıştır. Görüşme formunun son sorusunda hemşirelere görüşme bitmeden önce söylemek istediği başka şeyler olup olmadığı şeklinde bir adet kapanış sorusu sorulmuştur.

Sorular:

- Mesleğe başladığınız gün neler hissettiniz?
- Pandemi döneminde mesleğe başlamanız sizi nasıl etkiledi?
- Pandemi döneminin mesleğe başlama deneyiminizi nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?
- En çok etkilendiğiniz olumlu ya da olumsuz deneyimlerinizden bahseder misiniz?
- Eklemek istediğiniz bir şey varsa lütfen belirtiniz.

Yarı yapılandırılmış görüşme formunda yer alan soruların amaç, anlam ve kapsam açısından değerlendirilmesini yapmak amacıyla hemşirelik alanında bir iki öğretim üyesi ile görüşülmüştür. Uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra araştırmanın iki ön uygulaması yapılmıştır. Bu aşamalardan sonra elde edilen bilgilerden yararlanılarak forma son hali verilmiş, sonrasında veri toplama aşamasına geçilmiştir.

Verilerin Analizi

Tanımlayıcı veriler, paket bir istatistik programında analiz edilmiştir. Kesikli verilerin sayısı, yüzde değerleri hesaplanmıştır. Aynı zamanda sürekli verilerin normal dağılıma uymaması nedeniyle ortanca, minimum ve maximum değerleri bunun yanı sıra ortalama ve standart sapma değerleri bulunmuştur.

Yarı yapılandırılmış görüşme formundan elde edilen verilerin analizinde, içerik analizi yönteminde yer alan tümevarımcı yaklaşım kullanılmıştır. Tümevarımcı yaklaşım, kodlama yapılarak verilerin kavram/kategorilere ayrılmasını sağlamak ve bu kategoriler arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmaktadır.¹⁹ Verilerin analizinde, kod listesi geliştirilmiş, veriler bu listeye göre kodlanmış, kategoriler ve alt kategoriler oluşturulmuş, veriler bunlar çerçevesinde düzenlenmiştir. Verilerin çözümlenmesi araştırmacılar tarafından oluşturulan kodlama ile gerçekleştirilmiştir.

Verilerin analizinde araştırmacılar dışında bir uzman görüşü daha alınmıştır. Verilerden elde edilen benzer kodlar bir araya getirilmiş, alt kategoriler ve kategoriler oluşturularak bütüncül bir resme ulaşılmaya çalışılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulu (No: 21-11.1T/33, Tarih:18.11.2021) ve T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden gerekli izin alınmıştır. Veri toplamanın başlangıcında anket formunun ilk bölümünde bilgilendirilmiş gönüllü olur ifadesine yer verilmiş ve katılımcıların onamları alınmıştır.

Bulgular

Hemşirelerin yaş ortalaması 24,5±1,50 yaş, %85,7'si kadın ve bekar. Katılımcılar içerisinde çocuk sahibi olan bulunmamaktadır. Hemşirelerin %66,7'si pandemi servisinde çalıştığını, %47,6'sı Covid-19 tanısı aldığını belirtmiştir. Katılımcılara ilişkin diğer tanıtıcı özellikler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n = 21)

Tanıtıcı Özellikler	Ortalama±SS*	Median (min-Max)
Yaş ortalaması	24,5±1,50	24 (23-29)
Mesleğe başlama zamanı (ay)	6,67±4,48	8 (1-14)
Pandemi servisinde çalışma süresi (ay)	5,80±4,31	5 (1-12)
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	18	85,7
Erkek	3	14,3
Medeni Durum		
Evli	3	14,3
Bekar	18	85,7
Çocuk sahibi olma		
Evet	-	-
Hayır	21	100,0
Birlikte Yaşadığı kişiler		
Aile	12	57,1
Arkadaş	3	14,3
Yalnız	6	28,6
Pandemi servisinde çalışma		
Evet	14	66,7
Hayır	7	33,3
Covid 19 olma durumu		
Evet	10	40,0
Hayır	11	60,0
Covid 19 geçirme zamanı		
Mesleğe başlamadan önce	4	40,0
Mesleğe başladıktan sonra	6	60,0
Covid 19 tedavi şekli		
Evde ilaç içerek	9	90,0
Hastaneden tedavi ile	-	-
Yoğun bakım ünitesinde tedavi ile	-	-
Evde ilaç kullanmadan	1	10,0
Toplam	21	100,0

*Standart Sapma

Elde edilen bulgular doğrultusunda, üç ana, 10 alt tema belirlenmiştir (Tablo 2). Alt temalar ve verilerden seçilen alıntılar Tablo 3, Tablo 4 ve Tablo 5’te ayrıntılı olarak verilmiştir.

Tablo 2. *Belirlenen Ana ve Alt Temalar*

Ana Temalar	Alt Temalar
Olumlu etkiler	Özgüveni arttırması Mesleğe hızlı uyumu sağlaması Baş etmeyi kolaylaştırması
Olumsuz etkiler	Korku/Tedirginlik Endişe Stres Yorgunluk/Tükenmişlik
Belirsizlik	Heyecan Merak Şaşkınlık

Olumlu etkiler

Bu ana temaya özgü alt temalar, “özüveni arttırması, mesleğe hızlı uyumu sağlaması ve baş etmeyi kolaylaştırması” olarak belirlenmiştir. Hemşireler, zor koşulların onları güçlendirdiğini, özüvenlerini arttırdığını ve mesleğe çok hızlı uyum sağlamalarına yardımcı olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 3. *“Olumlu Etkiler” Ana Temasına İlişkin Bulgular*

Alt temalar	Örnek İfadeler
Özüveni arttırması	K 1:Başlangıçta işe başlama konusunda stresliydim. Nasıl yapacağım diyordum. Başladıktan sonra anladım. Pandemi koşullarında çalıştıktan sonra her yerde çalışabilirim dedim... Kendime güvenim geldi... K 7: Çok zor bir dönemdi. Çok zor şartlarla karşı karşıya kaldık. Çok hasta kaybettik ama olumlu olarak kötü şartları bile yönetmeyi öğrendim. Bunu yaptıysam her şeyi yapabilirim gibi geldi... K 2: Tam bir kriz ortamıyla karşı karşıya kaldık...Karşılaştığım bu durum kriz anlarını yönetme, problem çözebilme becerilerimi geliştirdi. Başlangıçta korku olsa da sürece alıştım.
Mesleğe hızlı uyumu sağlaması	K 15: Çok yoğun bir ortama girdim. Her şey o kadar hızlıydı ki anlamadığım bir şekilde işleri öğrenmeye başladım...İş yoğunluğundan dolayı kısa sürede birçok şey tecrübe ettim. K 3: Her şey çok hızlı gelişti. Çok kısa sürede çok fazla hasta kaybettik, çok fazla şey gördük. Sirkülasyonun fazla olması sebebi ile daha uzun sürede görülecek girişimlerin daha kısa sürede görülmesi mesleki açıdan olumlu etkiledi.
Baş etmeyi kolaylaştırması	K 2: Önce ne yapacağımı şaşırđım. Baş etmede zorlanacağımı düşündüm... Çoğu yönden bu dönemin beni daha güçlü kılacağımı düşünüyorum. Artık daha kolay baş edeceğime inanıyorum. K 7: Hasta yönetiminde otokontrolümü artırdı ve dayanıklılık düzeyimle yüzleştim.

Olumsuz etkiler

“Olumsuz etkiler” ana temasına özgü alt temalar, “korku/tedirginlik, endişe, stres ve yorgunluk/tükenmişlik” olarak belirlenmiştir. Hemşireler, bu süreçte enfekte olma, yakınlarına bulaştırma korkusu hissettiğini, mesleği yapabilme endişesi yaşadığını, zorlu çalışma şartlarının onları tükenmişliğe götürdüğünü belirtmişlerdir (Tablo 4).

Tablo 4. “Olumsuz Etkiler” Ana Temasına İlişkin Bulgular

Alt temalar	Örnek İfadeler
Korku/ Tedirginlik	K 17: Korku oluştu, hastalık kapma ve yakınlarıma bulaştırma korkusu K 11: Çok zor çalışma şartları vardı. Bu tedirginlik beni yıprattı diyebilirim. K 6: Bu zor şartlarda çalışabilecek miyim, nasıl devam edeceğim korkusu oluştu. K 3: Çok korktum ve tedirgin hissettim. K 11: O kadar çok korktum ki bir süre, enfeksiyon bulaşma korkusundan dolayı hastalara dokunmak istemedim.
Endişe	K 5: Çok endişeliydim... Yapabilecek miyim, Etrafıma bulaştıracak mıyım? K 7: Çok yoğun şartlarda ve oryantasyon eğitimi olmadan yoğun bakımlarda endişeyle çalıştık. K 12: Adaptasyon sürecimi uzattı. Kaygı derecemi çok arttırdığı için duygusal olarak çok etkilendim.
Stres	K 1: Stresle yoğun bakımlarda çalıştık.” K 21: Çok yoğun stres yarattı. Yoğun çalışma koşulları ve koruyucu ekipmanlar çok zorluyordu. K 8: Yeni başlamıştım...Sürekli çok stresliydim... Olumsuz olarak diğer meslektaşlar tarafından yadırgandım.
Yorgunluk/ Tükenmişlik	K 13: Diğer dönemlerde başlayan meslektaşlarımıza göre daha çabuk yoruldu ve yıprandım. K 15: Aşırı yorgunluktan ve iş yükünden dolayı psikolojik açıdan kendimi çok kötü hissettim.Her mesaide durup düşündüğüm anlar oluyor. Olumlu ya da olumsuz. Bunun sebebi daha çok insanların düşüncesiz davranışları oldu. K 12: Kesinlikle kötü etkiledi. Mesleğin kötü yönlerine odaklanmama sebep oldu. Kısa sürede tükenmişlik sendromuna girdiğimi düşünüyorum. K 16: Mesleğimi sorguladım. Neden hemşire oldum diye isyan ettim. K 21: Hasta yoğunluğu ve genç yaşta hastaların covid sebebiyle acı verici tedaviler görmesi ve genç hataları kaybetmemiz beni yıprattı. K 4: Covid 19 döneminde çalışan hemşirelere kesinlikle sosyal destek ve liderler tarafından daha çok destek verilmesi kanaatindeyim.

Belirsizlik

“Heyecan, merak ve şaşkınlık” alt temaları bu ana tema içerisinde belirlenmiştir. Hemşireler, yaşadıkları stres, korku ve mesleğe başlama heyecanının onlarda belirsizliğe neden olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 5).

Tablo 5. “Belirsizlik” Ana Temasına İlişkin Bulgular

Alt temalar	Örnek İfadeler
Heyecan	K 18: Yeni başlamıştım.Heyecanım, stres ve korkuyla birleşti. Çok karmaşık duygular yaşadım. K 9: Karmaşık bir dönemde başladığım için heyecanlıydım. Tüm duyguları bir arada yaşadım diyebilirim.
Merak	K 5:merak vardı yapabilecek miyim korkusuyla birlikte K 2: Normal şartlarda çalışmaya başlamadık. Olağanüstü bir durumdu. Pandemisiz bir süreçteki performansımı görmeliyim, merak ediyorum.
Şaşkınlık	K 2: Kendimi boşluğa düşmüş hissettim. K 4: Bana kendimi hazırlıksız hissettirdi. K 10: Belirsizlik ve mesleğe adım atma bana karmaşık duygular yaşattı.

Tartışma

Çalışma sonuçları, olumlu, olumsuz ve belirsizlik etkiler temaları kapsamında tartışılmıştır.

Olumlu etkiler

Çalışmada, Covid 19 pandemi sürecinde mesleğe başlayan hemşireler, zorlu çalışma şartlarına kısa sürede uyum sağlamak zorunda kaldıklarını, bunun için daha fazla çaba sarf ettiklerini ve az sürede daha fazla olguyla karşılaşarak hızlı tecrübe kazandıklarını ifade etmişlerdir. Bu dönemde mesleğe yeni başlayan hemşirelerle yapılan diğer çalışmalarda da, hemşireler artan iş yükü ve sorumlulukların uyumlarını hızlandırdığını, her şeyi kendi kendilerine çok hızlı öğrenmek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir.^{15,16,23,24} Mesleğe uyum, beklenen bir durum olmasına karşın; bu dönemde hızlı gerçekleşerek sağlık çalışanlarına kısa zamanda birçok tecrübe kazandırmıştır.

Mesleğe başlayan hemşirelerde görülen duygulardan biri de hata yapma korkusu ve endişesidir. Pandemi döneminde hızlı bir geçişle mesleğe başlayan hemşirelerde de artan iş yükü ile birlikte bu duygunun görülmesi beklenmektedir. Yapılan bir çalışmada, mesleğe başlayan hemşirelerin hata yapma korku ve endişelerini “kendilerine güvensizlik” olarak adlandırdığı belirlenmiştir.¹⁸ Bunun yanı sıra, yapılan diğer çalışmalarda, hemşireler, zor şartlarda çalışmanın rollerini bağımsız yönetmelerini sağladığını, sınırların ötesinde mücadele edebildiklerini, bunun da özgüvenlerini arttırdığını ifade etmişlerdir.^{16,23,25} Çalışmamızda da, mesleğe başlayan hemşireler, bu zor şartlarda çalıştıktan sonra özgüvenlerinin arttığını belirtmişlerdir. Bu sonuçlar doğrultusunda zor şartların olumsuz etkilerinin yanında bireylerin özgüveni artırma gibi olumlu etkisinin olduğu söylenebilir. Özgüven artışının bir nedeni de zorluklarla baş edebilme yetisinin gelişmesidir. Çalışmamızda hemşireler, zorlukların onları daha dayanıklı ve güçlü kıldığını bildirmişlerdir. Farklı kültürlerde yapılan çalışmalarda da, hemşirelerin pandemi dönemi şartlarının onları daha dayanıklı hale getirdiğini, kendi kendilerine bazı şeyleri öğrenmek zorunda kaldıklarını ve daha kolay stresle baş edebildiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir.^{17,25}

Bahsedilen bu olumlu etkilerin dışında, yapılan çalışmalarda hemşireler yaptıkları karşısında kendilerini fedakar gördüklerini, mücadeleciler ve sabırlı olduklarını, endişe ve korkularının yanında kendileri ile gurur duyduklarını ifade etmişlerdir.^{14,16,24}

Olumsuz etkiler

Ülkemizde ve dünyada yapılan birçok çalışmada, pandemi döneminde görev yapan hemşirelerin çoğunda benzer olumsuz duygular yaşandığı belirlenmiştir. Bu olumsuz duyguların başında; korku, stres, endişe, yorgunluk, tükenmişlik, dışlanma hissi, terk edilmişlik duygusu, değersizlik hissi ve çaresizlik gelmektedir.^{13,14,17,18,23,25}

Çalışmamızda pandemi döneminde mesleğe yeni başlayan hemşireler, enfeksiyon bulaşma ve yakınlarına bulaştırma korkusu ve tedirginlik hissettiğini ifade etmiştir. Aynı nedenle endişeli, zor, yoğun ve uzun saatlerde/şartlarda çalışma stresi, artan iş yükü nedeniyle yorgunluk, beraberinde getirdiği psikolojik etkilere bağlı tükenmişlik gibi olumsuz duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir. Smith ve ark. (2021)'nin çalışmasında, bu dönemde mesleğe geçiş yapan hemşireler; eğitim dönemlerinin bir kısmının pandemide geçtiğini, yetersiz klinik uygulama yaparak mesleğe başladıklarını, bu nedenle kendilerine olan güvenin az olduğunu, tüm bunların onlarda korku ve endişe yarattığını ifade etmişlerdir. Bunun yanı sıra aynı çalışmada, yeterli oryantasyon programlarına alınmadan mesleğe başlamanın hemşireleri tedirgin ettiği görülmüştür.¹⁸ Çalışma sonucu, araştırmamız sonuçlarıyla benzerlik göstermiş; bizim çalışmamızda da oryantasyon eğitimi yetersizliğinin endişe yarattığı bildirilmiştir.

Çalışmamızda hemşirelerin en büyük korkusunun enfeksiyon bulaşma ve yakınlarına bulaştırma olduğu saptanmıştır. Benzer çalışmalarda da hemşirelerin birçoğunun bu dönemde en çok dile getirdikleri korkunun bu olduğu belirlenmiştir.^{13,14,16,17,24-27}

Yoğun tempoya hızlı başlangıç yapılması nedeniyle hemşirelerin birçoğu mesleğin başında yorulduğunu, hatta tükenmişlik hissettiklerini ifade etmiştir. Bu his mesleğe karşı olumsuz duygulara da neden olmuştur. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu nedenle hemşireler; fiziksel yorgunlukları, uyku bozuklukları, evinden ayrı olmanın verdiği dinlenememe hissi, tükenmişliğin eşliğine gelme, zaman zaman mesleği bırakma düşüncesi, değersizlik hissi, dışlanma, takdir edilmeme gibi düşüncelerden bahsetmişlerdir.^{13-17,23,25}

Belirsizlik

Çalışmamızda, pandemi döneminde mesleğe başlamanın hemşireler üzerinde yarattığı olumlu ve olumsuz etkilerin yanında karmaşık/belirsiz duygulara neden olan etkileri olduğu da belirlenmiştir. Bunlar; kriz ortamında mesleğe adım atmanın verdiği heyecan, yaşadıkları korkuyla birlikte işlerini yapabileceklerine dair meraktır.

Çalışmamızda hemşirelerin ifade ettiği belirsiz etkilerden biri de şaşkınlıktır. Covid 19 dünyada hızla yayılırken, hem bireylerde, hem sağlık kurumlarında ve ülke yönetimlerinde bir belirsizlik ve şaşkınlığa neden olmuştur. Hemen hemen her ülke bu duruma hazırlıksız yakalanmıştır.²⁸ Sağlık sisteminde yaşanan bu belirsizlik ve şaşkınlık bu dönemde mesleğe başlayan sağlık çalışanlarını da etkilemiştir. Çalışmamıza katılan hemşireler, bu durumun kendilerini hazırlıksız ve şaşkın hissettirdiğini, kriz ortamı mesleğe başlama heyecanı ile birleşince karmaşık duygular oluşturduğunu belirtmişlerdir.

Sonuç olarak, ülke ve kültür farklılıkları olsa da pandemi şartlarında mesleğine başlayan hemşirelerin mesleğe uyumları sürecinde benzer olumlu ya da olumsuz duygu ve deneyimler yaşadıkları görülmüştür. Hemşirelerin benzer duygu ve deneyimleri yaşamalarına neden olan faktörlerin, pandeminin tüm dünyada hızla yayılması ve ülkelerin sağlık sistemlerinin benzer zorluklarla karşı karşıya kalmasından kaynaklandığı söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Elde edilen veriler kapsamında, Covid 19 pandemi döneminde mesleğe başlayan hemşirelerin bu süreçte olumsuz, olumlu ve belirsiz duygu ya da deneyimler yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Hemşirelerin mesleğe adım attıkları bu kriz ortamında kısa sürede birçok zorlukla karşı karşıya kaldıkları, uyum sağlamaya çalıştıkları, yaşadıkları olumsuz duygu ve deneyimlere karşı baş etme yöntemleri geliştirdikleri, zaman zaman kendilerini yorgun ve tükenmiş hissetseler de kendilerini güçlü hissettikleri görülmüştür. Sonuçlar doğrultusunda;

- Lisans eğitiminin mesleğe başlamadan hemen önceki süreç olan son sınıflarında pandemi durumlarına yönelik eğitimlerin artırılması,
- Sağlık sisteminin en önemli üyelerinden biri olan hemşirelerin bu durumlara hazırlıklı olmalarına yönelik mesleğe başlangıç aşamasında oryantasyon programlarının oluşturulması önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Pandemi süreci nedeniyle bulaş riski ve yoğun çalışma şartlarında zaman kaybını azaltmak amacıyla veriler online ve yazılı olarak toplanmıştır.

Etik Kurul Onayı: Bu çalışma için etik kurul onayı Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulundan (No: 21-11.1T/33, Tarih:18.11.2021), diğer izinler T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden alınmıştır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynaklar

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID). Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/ncezid/who-we-are/index.html#:~:text=Infectious%20diseases%20are%20illnesses%20caused,from%20one%20person%20to%20another>. Erişim Tarihi: 20.12.2022
2. Türken M, Köse Ş. COVID-19 Bulaş yolları ve önleme. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi. 2020; 30(Ek sayı): 36-42.
3. Fidan G, Odabaş D. Covid-19 salgını sürecinde hemşirelerin algılanan stres düzeylerinin belirlenmesi: Sosyal ağ tabanlı tanımlayıcı bir çalışma. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2022; 38(1): 21-28.
4. Karadağ G, Öztürk N. Pandemielerde filyasyonun önemi ve hemşirenin Rolü: Covid-19 süreci. International Social Sciences Studies Journal. 2020; 6(69): 3956-3966.
5. Ciotti M, Ciccozzi M, Terrinoni A, Jiang WC, Wang CB, Bernardini S. The COVID-19 pandemic. Critical reviews in clinical laboratory sciences 2020; 57(6): 365-388.
6. Güneş M, Demirer B, Şimşek A. Covid-19 Özelinde immün sistemi güçlendirici beslenme ve fiziksel aktivite stratejileri. In: N. Ulutaşdemir (ed.). Covid-19 tedavi belirleyicileri. Ankara: Iksad Yayıncılık; 2020: 125-158.
7. Karasu F, Çopur E. COVID-19 Vakaları artarken salgının ön safındaki bir yoğun bakım hemşiresi: "Cephede Duran Kahramanlar". Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2020; 24(1): 11-14.
8. Ng K, Poon BH, Kiat Puar TH, Shan Quah JL, Loh WJ, Wong YJ, et al. COVID-19 and the Risk to Health Care Workers: A Case Report. Annals of internal medicine 2020; 172(11): 766-767.
9. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019 The New England journal of medicine 2020; 382(8): 727-733.
10. Schwartz, J, King CC, Yen MY. Protecting healthcare workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) Outbreak: Lessons From Taiwan's Severe Acute Respiratory Syndrome Response. Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America 2020; 71(15): 858-860.
11. The Novel Coronavirus Pneumonia Emergency Response Epidemiology Team The Epidemiological Characteristics of an Outbreak of 2019 Novel Coronavirus Diseases (COVID-19)-China, 2020. China CDC weekly. 2020; 2(8): 113-122.
12. Çayır Yılmaz M, Uysal N. Klinisyen hemşirelerde COVID-19 korkusu ve mesleğe bağlılık düzeyinin belirlenmesi. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi. 2021; 4(3): 316-325.
13. Gürer A, Gemlik HN. Covid-19 pandemisi sürecinde sahada olan sağlık çalışanlarının yaşadıkları sorunlar ve çözüm önerileri üzerine nitel bir araştırma. Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi 2020; 4(2): 45-52.
14. Ketten Edis E. COVID-19 Sürecinde yoğun bakım hemşirelerinin deneyimleri: nitel bir çalışma. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2022; 11(2): 476-486.
15. Casey K, Oja KJ, Makic MBF. The lived experiences of graduate nurses transitioning to professional practice during a pandemic. Nursing outlook 2021; 69(6): 1072-1080.
16. Crismon D, Mansfield KJ, Hiatt SO, Christensen SS, Cloyes KG. COVID-19 pandemic impact on experiences and perceptions of nurse graduates. Journal of professional nursing: official journal of the American Association of Colleges of Nursing 2021; 37(5): 857-865.
17. García-Martín M, Roman P, Rodríguez-Arrastia M, Díaz-Cortés MDM, Soriano-Martín PJ, Ropero-Padilla C. Novice nurse's transitioning to emergency nurse during COVID-19 pandemic: A qualitative study. Journal of nursing management 2021; 29(2): 258-267.
18. Smith SM, Buckner M, Jessee MA, Robbins V, Horst T, Ivory CH. Impact of COVID-19 on New Graduate Nurses' Transition to Practice: Loss or Gain?. Nurse educator, 2021; 46(4): 209-214.
19. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. 8.baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2011. p. 101-114, 221-250.
20. DuBois CA, Zedreck Gonzalez JF. Implementing a Resilience-Promoting Education Program for New Nursing Graduates. Journal for nurses in professional development 2018; 34(5): 263-239.
21. Galehdar N, Kamran A, Toulabi T, Heydari H. Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study. BMC Psychiatry 2020; 20(1): 489.
22. Gardiner I, Sheen J. Graduate nurse experiences of support: A review. Nurse education today 2016; 40: 7-12.
23. Carnesten H, Wiklund Gustin L, Skoglund K, Von Heideken Wägert P. Battling extraordinary situations and conflicting emotions-A qualitative study of being a newly graduated Registered Nurse in the emergency department during the COVID-19 pandemic. Nursing Open 2022; 9(5): 2370-2380.
24. Sarnkhaowkhom C, Promkanya A, Pomisrikeaw S, Ritthapanya N. "Novice nurse and novel coronavirus"-experiences of novice nurses caring for patients diagnosed with COVID-19 in Thailand. Nursing Open 2022; 9(6): 2887-2898.
25. Rossi S, Cosentino C, Bettinaglio GC, Giovanelli F, Prandi C, Pedrotti P, Preda D, D'Ercol, A, Sarli L, Artioli G. Nurse's identity role during Covid-19. Acta bio-medica: Atenei Parmensis 2021; 92(S2): e2021036.
26. Kıraner E, Terzi B. Covid-19 Pandemi sürecinde yoğun bakım hemşireliği. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2020; 24(EK-1): 83-88.
27. Kıraner E, Terzi B, Türkmen E, Kebapçı A, Bozkurt G. Türk yoğun bakım hemşirelerinin covid-19 salgınındaki deneyimleri. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2020; 17(3): 284-286.
28. Güreşçi M. Covid-19 Salgınında Türkiye'de kriz yönetimi iletişimi: T.C. Sağlık Bakanlığı. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi 2020; 7(5): 53-65.



Investigation of Knowledge, Attitudes and Behaviors of Parents with Children 48 Months and Younger towards Childhood Vaccinations

48 Ay Ve Daha Küçük Çocuğu Olan Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının İncelenmesi

Yeliz MERCAN¹, Çiğdem ÖZTEMEL², Seda BULUT²

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to examine the knowledge, attitudes and behaviors of parents who have children 48 months and younger towards childhood vaccinations.

Method: This cross-sectional study was conducted with 158 parents living in Kırklareli, with children aged 18 years and older, 48 months and younger. The data were collected with the Descriptive Information Form prepared by the researchers and the Parent Attitudes about Childhood Vaccines Scale.

Results: 84.2% of the participants with a mean age of 31.81±5.07 were women. 97.5% of the participants know that the vaccine is necessary, 73.4% know that a child with a fever above 38 degrees will not be vaccinated, 77.2% of them know that vaccines have side effects. 94.3% of the parents reported that the agenda they heard about anti-vaccination or hesitation did not affect them. 98.1% of the research group declared that their last child was vaccinated on time. When examined for each vaccine according to the National Vaccination Calendar; 78.3-98.7% of the research group stated that their last child was vaccinated on time, and 0.7-8.0% stated that they had their last child vaccinated even if it was delayed. The rates of those who do not have their vaccinations are between 1.3-19.6%. Those who think that vaccines are necessary and those who are not affected by the agenda about vaccine opposition or hesitation ($p<0.01$) have low mean rank in total and all sub-dimensions of Parent Attitudes about Childhood Vaccines scale. While the mean rank in the behavior sub-dimension of those younger than 35 years old was low ($p=0.018$), the mean rank was found high in the Safety & Effectiveness sub-dimension. Behavior ($p=0.001$) and general attitude ($p=0.039$) mean rank of parents who had a total of 3 children were found to be high. Total ($p=0.006$) and general attitude ($p=0.001$) mean rank of those who knew the newborn vaccination time correctly were found to be low.

Conclusion: It has been found that parents who think that vaccines are necessary and who are not affected by the agenda about vaccine opposition or vaccine hesitancy have a positive attitude toward childhood vaccines.

Keywords: Childhood vaccinations, Vaccination, Parents, Knowledge, Attitude, Behavior, Anti-vaccination, Vaccine hesitancy

Özet

Amaç: Bu araştırmada 48 ay ve daha küçük çocuğu olan ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırma Kırklareli’nde yaşayan 18 yaş ve üzeri 48 ay ve daha küçük çocuğa sahip 158 ebeveyn ile yürütülmüştür. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan Tanımlayıcı Bilgi Formu ve Çocuk Aşıları Konularındaki Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği ile toplanmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 31,81±5,07 olan katılımcıların %84,2’si kadındır. Katılımcıların %97,5’i aşının gerekli olduğunu, %73,4’ü ateşi 38 derecenin üzerinde olan bir çocuğa aşı yapılmayacağını, %77,2’si aşıların yan etkisi olduğunu bilmektedir. Ebeveynlerin %94,3’ü aşı karşıtlığı veya tereddütü ile ilgili duyduğu gündemin kendisini etkilemediğini bildirmiştir. Araştırma grubunun %98,1’i son çocuğuna aşıların zamanında yapıldığını beyan etmiştir. Ulusal Aşı Takvimine göre her bir aşı için incelendiğinde; araştırma grubunun %78,3-%98,7’si son çocuğuna aşıların zamanında yapıldığını, %0,7-%8,0’ı aşılarını gecikmeli olsa da yaptırdığını ifade etmiştir. Aşılarını yaptırmayanların oranları ise %1,3-%19,6 arasındadır. Aşıların gerekli olduğunu düşünenlerin ve aşı karşıtlığı veya tereddütü ile ilgili duyduğu gündemden etkilenmeyenlerin ($p<0,01$) Çocuk Aşıları Konularındaki Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği toplam ve tüm alt boyutlarda sıra ortalamaları düşük saptanmıştır. 35 yaşından küçük olanların davranış alt boyutunda sıra ortalaması düşük iken ($p=0,018$) ve Emniyet & Etkililik alt boyutunda sıra ortalaması yüksek saptanmıştır. Toplam üç çocuğa sahip olan ebeveynlerin davranış ($p=0,001$) ve genel tutum ($p=0,039$) sıra ortalamaları yüksek saptanmıştır. Yenidoğan aşı zamanı doğru bilenlerin toplam ($p=0,006$) ve genel tutum ($p=0,001$) sıra ortalamaları düşük saptanmıştır.

Sonuç: Aşıların gerekli olduğunu düşünen, aşı karşıtlığı veya aşı tereddütü ile ilgili duyduğu gündemden etkilenmeyen ebeveynlerin çocukluk aşılarına karşı olumlu tutum sergiledikleri bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Çocukluk çağı aşıları, Aşı, Ebeveynler, Bilgi, Tutum, Davranış, Aşı karşıtlığı, Aşı tereddütü

Geliş tarihi / Received: 25.01.2023 Kabul tarihi / Accepted: 29.04.2023

¹Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

²Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Yeliz MERCAN, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

E-posta: mercan.yeliz@gmail.com Tel: 05072392995

Mercan Y. Öztemel Ç. Bulut S. *Investigation of Knowledge, Attitudes and Behaviors of Parents with Children 48 Months and Younger towards Childhood Vaccinations. TJF&M&PC, 2023;17 (2) :313-323*

DOI: 10.21763/tjfmpe.1242007

Giriş

Aşılarda sağlıklı çocuklar yetiştirmek ve sağlıklı toplumlara ulaşmak açısından büyük önem taşımaktadır. Bulaşıcı hastalıkları önlemek, aşı ile bu hastalıklara karşı bağışıklama sağlamak ve bu hastalıklara bağlı oluşabilecek mortalite ve morbitide oranlarını en aza indirmek için aşı programları düzenlenmiştir. Temel halk sağlığı hizmetleri bireysel bağışıklama ile toplumsal bağışıklığa aşı ile ulaşmayı amaçlamaktadır. Bu yüzden toplumdaki aşılanma oranını %95'in üzerinde tutmayı hedeflemektedir. Gerek dünyada gerekse ülkemizde bağışıklama hizmeti, aşıyla önlenebilir hastalıkların ve buna bağlı sakatlık ve ölümlerin önlenmesi açısından en önemli ve en az maliyet olarak etkili toplum sağlığı müdahaleleri arasında yer almaktadır.¹

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1974 yılında başlatılan, başta çocuklar olmak üzere tüm riskli gruplar için oluşturulan Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) ile ülkeler arasında koordineli bir şekilde çalışılarak rutin aşılanma programı ile bağışıklama programı evrensel olarak yürütülmektedir. Ülkemizde de 1981 yılından itibaren yürütülen GBP ile 13 bulaşıcı hastalığa karşı aşılanma programı yürütülmektedir. Bu hastalıklar arasında Boğmaca, Difteri, Tetanoz, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit-B, hemofilus influenza tip b'ye bağlı hastalıklar ile streptokokus pnömoniya'ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıklar yer almaktadır. GBP ile bu hastalıklardan kaynaklanan bebek - çocuk ölümlerinin ve sakatlıkların engellenmesi amaçlanmaktadır.²⁻⁴

1980-2019 yılları arasında rutin bağışıklama programını değerlendirmek için yapılan bir çalışmada hiç aşılanmayan çocuk sayısının GBP ile %75 oranında azaldığı görülmüştür. Ayrıca her yıl dünya genelinde yaklaşık olarak 116 milyonun üzerinde çocuk aşı ile 20 den fazla aşı ile önlenebilir hastalıklara karşı aşılanmaktadır.^{5,6} DSÖ'nün Mart 2018 de yayınlanan raporuna göre son yıllarda %85 civarında bir küresel bağışıklama oranına ulaşıldığı ve böylelikle 2-3 milyon ölümün önüne geçebileceği düşünülmektedir. İstenilen %90-95 aşılanma oranlarına ulaşılması durumunda yılda 1,5 milyon kadar daha ölümün önüne geçilebileceği öngörülmektedir.⁷

Her yıl dünyaya gelen tüm bebeklerin aşılanması gerekmektedir. Buna göre ülkemizde TÜİK 2021 doğum istatistikleri verilerine göre canlı doğan bebek sayısı 1 milyon 79 bin 842 olup, aşılanması gereken bebek sayısı da aynıdır.⁸ Türkiye geneline bakıldığında aşılanma hizmetleri ücretsiz olarak aile sağlığı merkezlerinde birinci basamak hizmetleri doğrultusunda aile sağlığı elemanları ve aile sağlığı hekimleri tarafından uygulanmaktadır. Aşılanma bütüncül bir hizmettir ve aşılanma ile birçok bulaşıcı hastalığın önüne geçilebilmektedir. Türkiye'de uygulanan aşılanma programı ile 2009 yılı itibarı ile yenidoğan tetanozu, 2002 yılında ise çocuk felci ortadan kaldırılmıştır. Salgınları önlemek, toplumda bağışıklığı sağlamak, bulaşıcı hastalıklardan kaynaklı çocuk ölümlerini ortadan kaldırmak için oldukça önemli olan bağışıklama programını sürdürmek için tüm toplumun aşılanma konusunda bilgilendirilmesi ve eğitilmesi gerekmektedir.⁹⁻¹¹ Çakıcı (2022)'nin yürüttüğü çalışmada da Sağlık Bakanlığı ile işbirliği halinde ailelere yönelik eğitimlerin düzenlenmesi, toplumun geneline verilecek eğitimlerin topluma yönelik kuruluşlar tarafından yapılması gerekliliği vurgulanmıştır.¹²

Son yıllarda artan aşı reddi ile aşılanma ile önlenebilir hastalıklarda artış olduğu gözlenmiştir. Aşılardaki olumsuz kanaatin ve yanlış bilgilerin halk arasında giderek yaygınlaşması bağışıklama oranlarının düşmesine neden olmuştur. Bunun en temel nedeni ise ailelerin aşıları reddetmesi olarak bildirilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarına duyulan güvensizlik, daha önceki olumsuz aşı deneyimleri, aşı sonrası oluşabilecek risk algısı, dini inançlar ve akran çevresinin etkisi de bu faktörler arasında yer almıştır.⁹ Altuntaş ve Şahin'in 2021 yılında yapmış oldukları çalışmada aşı karşıtlığının toplum için önemli olduğu, aşılanma programlarına uyulmaması durumunda aşı ile önlenebilir hastalıklarda artış olabileceği ve bu konuyla ilgili çalışmaların yetersiz olduğu belirtilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının bu konuyla ilgili eğitimlerinin yetersiz olduğu ve düzenli eğitim ve güncel eğitimler verilmesi gerektiği ifade edilmiştir.¹³ Dünya genelinde geçmiş yıllara oranla aşı karşıtlığının hızla artması, ülkeler arasında farklılık göstermesi ve aşılanma oranlarının dünya genelinde hızla düşmesi üzerine DSÖ 2019 yılında "Küresel Sağlığa Yönelik 10 Tehdit" içine aşı reddini dahil etmiştir.^{14,15}

Yüksel ve Kara Uzun'un 2021 yılında yürüttükleri ebeveynlerin çocukluk çağı aşıları hakkındaki bilgi, davranış ve tutumları ile ilgili araştırmada annelerin Ulusal Aşı Takvimi'nde yer alan aşıları uygulatma oranı yüksek çıkmış olup araştırma yapılan bölgede aşı reddi ve kararsızlığıyla karşılaşmadığı rapor edilmiştir.¹⁶

Covid-19 pandemisi nedeniyle virüsün belirtilerine ilişkin belirsizlik durumu, yüksek bulaş, ölüm oranları, salgının sonuçları, süresi ile ilgili belirsizlik durumu ailelerde tedirginlik yaratmıştır. Bu süreçte ailelerin kendilerini ve çocuklarını korumak amacı ile evlerinden dışarı çıkmamaları, sağlık kurumlarının riskli olacağını düşünmeleri nedeni ile özellikle 0-2 yaş grubundaki çocukların aşılanmasında eksiklikler veya gecikmeler olabileceği düşünülmüştür.³ Covid-19 aşısına yönelik tutumlar ölçeği ile yapılan bir araştırmada rutin çocukluk çağı aşılarına karşı tereddütü olmayan ebeveynlerin, tereddütü olan ebeveynlere göre Covid-19 aşısına karşı daha olumlu tutum sergilediği görülmüştür.¹⁷ Turan (2022)'in yaptığı başka bir çalışma da ise pandemi sürecinin ailelerin çocukluk çağı aşılarına yönelik davranışlarını olumsuz etkilediği belirtilmiştir.¹⁸ Bu nedenlerle çalışmamızda 48 ay ve daha küçük çocuğu olan ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Araştırma tasarımı

Kesitsel tipteki bu araştırma Mart- Haziran 2022 tarihleri arasında Kırklareli ilinin Pınarhisar ilçesinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Kırklareli ilinin Pınarhisar ilçesine yaşayan 18 yaş ve üzeri 48 ay ve daha küçük çocuğa sahip yetişkinler oluşturmuştur. Ulaşılması gereken minimum örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.9.4 programında 0,30 etki büyüklüğüne göre Korelasyon analizi için $\alpha=0,05$ ve %80 güçle 82 olarak hesaplanmıştır.¹⁹ Olası veri kaybı nedeniyle örnek büyüklüğü %50 arttırılmış, araştırmaya katılmaya gönüllü 123 kişiye ulaşılması hedeflenmiş, araştırma sonunda 158 kişiye ulaşılmıştır.

Veri toplama araçları ve veri toplama yöntemi

Veriler, Google form yardımıyla sosyal medya (WhatsApp) aracılığıyla toplanmıştır. Çevrimiçi uygulanan anketin ilk sorusu olarak çalışmaya gönüllü katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul edenlerin, sonrasında anketi yanıtlamaları sağlanmıştır. Anket formu araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Anket Formunun ilk bölümünde tanımlayıcı özellikler ile ilgili sorular, ikinci bölümünde çocukluk aşılı hakkında ebeveyn bilgi düzeyine ve ebeveyn uygulamalarına yönelik sorular ve son bölümde Çocuk Aşılı Konularındaki Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği yer almaktadır. Ölçeğin kullanımı için yazardan izin alınmıştır.

Çocuk Aşılı Konularındaki Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği

Çocukluk Aşılına Yönelik Ebeveyn Tutumları (Parent Attitudes about Childhood Vaccines- PACV) Ölçeği Opel ve arkadaşları (2011) tarafından geliştirilmiş, Ataseven Bulun ve Acuner (2020) tarafından Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır.^{20,21} Onbeş sorudan oluşan ölçeğin Davranış, Genel Tutumlar ve Emniyet & Etkililik olmak üzere üç alt boyutu vardır. Ataseven Bulun ve Acuner (2020) tarafından ölçeğin Cronbach's alfa katsayısı 0,84 olarak bulunmuş²¹; bu araştırmada Cronbach's alfa katsayısı 0,74 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin analizi

Çözümlemede tanımlayıcı testlerden sayı (n), yüzde (%), ortalama (ort.) ve standart sapma (ss)'dan yararlanılmıştır. Dağılımın normalliği Kolmogorov-Smirnov testi ile sınanmış, verilerin güvenilirliği Cronbach's alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. İki bağımsız grup ortalamasının karşılaştırması için Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla bağımsız grup ortalamasının karşılaştırması için Kruskal-Wallis varyans analizi uygulanmıştır. Veriler SPSS 26.0 istatistik paket programında analiz edilmiş, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik onam

Araştırma için Kırklareli Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik onam alınmıştır (11/04/2022- E-35523585-302.99-45743).

Bulgular

Tablo 1'de katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı sunulmuştur. Yaş ortalaması $31,81 \pm 5,07$ yıl (Min= 18, Maks= 45 yıl) olan katılımcıların %84,2'si kadın ve %99,4'ü evlidir. Katılımcıların %54,4'ü üniversite ve üzeri eğitilmiş, %44,3'ü ev hanımıdır ve %70,9'u gelirini orta düzeyde algılamaktadır. Araştırma grubunun %91,8'i çekirdek aileye sahip, %84,8'inin ebeveyn rolü annedir. Grubun toplam çocuk sayısı ortalaması $1,50 \pm 0,63$ (Min= 1, Maks= 3), 48 aydan küçük çocuk sayısı ortalaması $1,08 \pm 0,31$ (Min=1, Maks=3)'dir.

Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n:158).

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	133	84,2
Erkek	25	15,8
Yaş		
<29	61	38,6
30-34	50	31,6
35+	47	29,7
Medeni durumunuz		
Evli	157	99,4
Boşanmış	1	0,6
Eğitim		
İlköğretim	21	13,3
Lise	51	32,3
Üniversite ve üzeri	86	54,4
Meslek		
Memur	46	29,1
İşçi	25	15,8
Ev hanımı	70	44,3
Esnaf/ Serbest meslek	17	10,8

Tablo 1 (Devamı). Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (n:158).

Algılanan gelir		
İyi	40	25,3
Orta	112	70,9
Kötü	6	3,8
Aile tipi		
Çekirdek	145	91,8
Geniş	12	7,6
Parçalanmış	1	0,6
Ebeveyn rolü		
Anne	134	84,8
Baba	24	15,2
Toplam çocuk sayınız		
1	90	57,0
2	57	36,0
3	11	7,0
48 aydan küçük kaç çocuğa sahipsiniz		
1	148	93,7
2	8	5,1
3	2	1,2
Toplam	158	100,0

Tablo 2’de ebeveynlerin çocukluk aşuları hakkında ebeveyn bilgi düzeylerinin dağılımı verilmiştir. Katılımcıların %97,5’i aşının gerekli olduğunu, %73,4’ü ateşi 38 santigrat derecenin üzerinde olan bir çocuğa aşı yapılmayacağını, %77,2’si aşuların yan etkisi olduğunu ve %62,0’i yenidoğana doğum sonrası hemen aşı yapıldığını bilmektedir. Ebeveynlerin %94,3’ü aşı karşıtlığı veya tereddütü ile ilgili duyduğu gündemin kendisini etkilemediğini ve çocuklarını aşılattığını bildirmiştir. Araştırma grubunun %98,1’i son çocuğuna aşuların zamanında yapıldığını beyan etmiştir. Gecikme nedenleri arasında %12,0’si çocuğun ateşli hastalığının olmasını, %10,8’i pandemiyi ve %10,1’i aşı zamanını unutmasını göstermiştir. Katılımcıların %70,9’u ücretli olarak herhangi bir aşuyu yaptırdığını ve bunlardan %66,5 oranla en fazla Rota virüs aşısını yaptırdığını ifade etmiştir.

Tablo 2. Ebeveynlerin Çocukluk Aşuları Hakkında Ebeveyn Bilgi Düzeyi

	n	%
Aşı gerekli midir?		
Evet	154	97,4
Hayır / kararsızım	4	2,6
Aşı ne için yapılır?*		
Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için	130	82,3
Bağışıklığı güçlendirmek için	90	57,0
Hastalıklardan sonra oluşacak sakatlıkları veya sağlık sorunlarını önlemek için	78	49,4
Hastalıkları daha az şiddette geçirmek için	120	75,9
Aşuların yapılmaması durumunda çocuklarda görülebilecek zararlar nelerdir?*		
Hastalıklara erken yakalanırlar	81	51,3
Sık sık hastalanırlar	81	51,3
Hastalıkları ağır geçirirler	126	79,7
Enfeksiyon riski artar	74	46,8
Hiç bir şey olmaz	3	1,9
Bilmiyorum / Fikrim yok	4	2,5
Ateşi 38 derecenin üzerinde olan çocuğa aşı yapılır mı?		
Doğru biliyor (yapılmaz)	116	73,4
Yanlış biliyor veya bilmiyor	42	26,6
Aşuların yan etkisi var mıdır?		
Doğru biliyor (evet)	122	77,2
Yanlış biliyor veya bilmiyor	36	22,8

Tablo 2 (devamı). Ebeveynlerin Çocukluk Aşuları Hakkında Ebeveyn Bilgi Düzeyi

Aşıların yan etkileri neler olabilir?*		
Ateş	148	93,7
Ağrı	108	68,4
Alerji	89	56,3
Bilmiyorum/ Fikrim yok	3	1,9
Yeni doğmuş bir bebeğe ilk aşısı ne zaman yapılır?		
Doğru biliyor (doğum sonrası hemen)	98	62,0
Yanlış biliyor veya bilmiyor	60	38,0
Aşılar nerelerde yapılır?*		
Aile Sağlığı Merkezi/ Aile Hekimliği	157	99,4
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) merkezlerinde	37	23,4
Hastane	93	58,9
Bilmiyorum/ Fikrim yok		
Aşılar kim tarafından yapılır?*		
Uzman doktor	59	37,3
Aile hekimi	48	30,4
Ebe/Hemşire	154	97,5
Aşı karşıtlığı veya tereddütü ile ilgili duyduğunuz gündem sizi etkiliyor mu?		
Etkilemiyor	149	94,3
Etkiliyor	9	5,7
Aşılar hakkında nereden bilgi aldınız?*		
Hekim	9	5,7
Ebe/ Hemşire	147	93,0
İnternet aracılığıyla öğrendim	79	50,0
Televizyon gibi görsel medyadan dinledim	19	12,0
Komşu, arkadaş veya tanıdıklardan öğrendim	23	14,6
Son çocuğunuzun aşıları yaşına uygun yapıldı mı?		
Evet	155	98,1
Hayır	2	1,3
Bilmiyorum/ Fikrim yok	1	0,6
Son çocuğunuzun aşıları eksik, yapılmamış veya gecikmeli yapılmış ise nedeni nedir?*		
Aşılar hakkında yeterli bilgim olmadığı için	6	3,8
Aşı içerik bilgisine güvenmediğim için	7	4,4
Aşının yan etki yapabileceğini düşündüğüm için	4	2,5
Çocuğun ateşli hastalığı nedeniyle yaptıramadım	19	12,0
Pandemi nedeniyle gidemedim	17	10,8
Aşı zamanını unuttum	16	10,1
Ulaşım olanaklarım yok	1	0,6
Ekonomik yetersizlikler	5	3,2
Çocuğum çok sağlıklı olduğu için	4	2,5
Nedenini hatırlamıyorum	24	15,2
Son çocuğunuza ücretli olarak herhangi bir aşı yaptırdınız mı?		
Evet	112	70,9
Hayır	44	27,8
Hatırlamıyorum	2	1,3
Son çocuğunuza ücretli olarak hangi aşıları yaptırdınız?*		
İshal aşısı (Rota virüs aşısı veya Rotarix)	105	66,5
Menejit aşısı (Meningokok aşısı)	60	38,0
Grip aşısı (İnfluenza aşısı)	1	0,6
Diğer (Hayır yaptıradım, hatırlamıyorum, aşı zamanı gelmedi)	47	29,7

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3'te ulusal aşı takvimine uygun olarak son çocuğa aşılarda yapıldığı durumları gösterilmiştir. Her bir aşının zamanının gelmiş olma durumuna göre araştırma grubunun %78,3-%98,7'si aşılarda Ulusal Aşı Takvimine göre zamanında yapıldığını beyan etmiştir. Grubun %0,7- %8,0'ı aşılarda gecikmeli olsa da yaptırmıştır. Aşılarda yaptırmayanların oranları ise %1,3-%19,6 arasındadır.

Tablo 3. Ulusal aşı takvimine uygun olarak son çocuğa aşılarda yapıldığı durumları

	Zamanında yapıldı		Ertelendi, ancak sonrasında yapıldı		Yapılmadı	
	n	%	n	%	n	%
Hep B - I	156	98,7	0	0,0	2	1,3
Hep B - II	155	98,7	0	0,0	2	1,3
Hep B - III	136	96,5	3	2,1	2	1,4
BCG	149	98,0	1	0,7	2	1,3
DaBT-İPA-Hib - I	148	96,7	1	0,7	4	2,6
DaBT-İPA-Hib - II	140	94,0	6	4,0	3	2,0
DaBT-İPA-Hib-III	137	96,5	3	2,1	2	1,4
DaBT-İPA-Hib - R	88	88,9	7	7,1	4	4,0
KPA - I	148	96,7	2	1,3	3	2,0
KPA - II	140	94,0	6	4,0	3	2,0
KPA - R	113	92,6	5	4,1	4	3,3
KKK - I	113	92,6	5	4,1	4	3,3
KKK - II	36	78,3	1	2,2	9	19,6
DaBT-İPA - R	36	78,3	1	2,2	9	19,6
OPA - I	135	95,1	3	2,1	4	2,8
OPA - II	88	88,9	7	7,1	4	4,0
Hep A - I	88	88,0	8	8,0	4	4,0
Hep A - II	72	87,8	5	6,1	5	6,1
Suçiçeği - I	112	91,8	6	4,9	4	3,3

Tablo 4'te ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerinin ve bazı bilgi düzeylerinin PACV skalası toplam ve alt boyutları ile karşılaştırması verilmiştir. Aşılarda gerekli olduğunu düşünenlerin ve aşı karşıtlığı veya tereddütü ile ilgili duyduğu gündemden etkilenmeyenlerin ($p<0,01$) PACV skalası toplam ve tüm alt boyutlarda sıra ortalamaları düşük saptanmıştır. 35 yaşından küçük olan ebeveynlerin davranış alt boyutunda sıra ortalaması düşük iken ($p=0,018$) ve Emniyet & Etkililik alt boyutunda sıra ortalaması yüksek saptanmıştır. Toplam üç çocuğa sahip olan ebeveynlerin davranış ($p=0,001$) ve genel tutum ($p=0,039$) sıra ortalamaları yüksek saptanmıştır. Yenidoğan aşı zamanını doğru bilenlerin toplam ($p=0,006$) ve genel tutum ($p=0,001$) sıra ortalamaları düşük saptanmıştır. PACV skalası toplam ve alt boyutları ile cinsiyet, eğitim, meslek, algılanan gelir, aile tipi, ebeveyn rolü, 48 aydan küçük çocuk sayısı, 38 dereceden yüksek ateşi olan çocuğa aşılarda yapıldığı yapılmayacağı bilgisi, aşılarda yan etkisi olup olmadığı bilgisi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. Ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerinin ve bazı bilgi düzeylerinin Çocuk Aşılarda Konularındaki Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği toplam ve alt boyutları ile karşılaştırması

		Toplam	Davranış	Genel Tutumlar	Emniyet & Etkililik
	n	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank
Cinsiyet ¹					
Kadın	132	78,26	77,94	79,09	79,43
Erkek	24	79,81	81,58	81,66	79,86
<i>z</i>		-0,155	-0,641	-0,262	-0,043
<i>p</i>		0,877	0,522	0,793	0,965
Yaş ¹					
<35	109	82,68	75,31	80,84	86,39
35+	47	68,81	85,90	76,33	63,23
<i>z</i>		-1,766	-2,369	-0,577	-2,935
<i>p</i>		0,077	0,018	0,564	0,003

Tablo 4(Devamı). Ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerinin ve bazı bilgi düzeylerinin Çocuk Aşuları Konularındaki Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği toplam ve alt boyutları ile karşılaştırması

Eğitim ²					
İlköğretim	21	88,31	83,38	87,62	83,86
Lise	49	73,05	78,79	75,52	74,40
Üniversite ve üzeri	86	79,21	77,15	79,88	81,46
χ^2		1,737	1,008	1,092	1,000
p		0,420	0,604	0,579	0,607
Meslek ²					
Memur	46	72,00	77,66	70,58	79,38
İşçi Esnaf/ Serbest meslek	41	78,72	78,21	83,21	78,27
Ev hanımı	69	82,70	79,23	83,14	80,31
χ^2		1,562	0,111	2,559	0,054
p		0,458	0,946	0,278	0,974
Algılanan gelir ¹					
İyi	40	71,10	82,68	76,66	68,44
Orta/ Kötü	116	81,05	77,06	80,46	83,25
z		-1,206	-1,195	-,462	-1,786
p		0,228	0,232	0,644	0,074
Aile tipi ¹					
Çekirdek	143	79,24	78,84	79,98	79,95
Geniş/ Parçalanmış	13	70,38	74,81	74,19	74,46
z		-0,679	-0,542	-0,445	-0,418
p		0,497	0,588	0,657	0,676
Ebeveyn rolü ¹					
Anne	133	78,44	78,44	78,90	79,54
Baba	23	78,85	78,85	82,83	79,27
z		-0,040	-0,070	-0,395	-0,027
p		0,968	0,944	0,693	0,979
Toplam çocuk sayınız ²					
1	89	76,21	74,18	77,60	79,89
2	56	76,76	80,35	76,11	76,76
3	11	105,91	104,05	112,64	90,50
χ^2		4,394	13,742	6,467	0,862
p		0,111	0,001	0,039	0,650
48 aydan küçük kaç çocuğa sahipsiniz ²					
1	146	78,47	78,06	79,10	79,41
2	8	81,75	88,88	83,06	87,38
3	2	67,50	69,00	94,75	54,50
χ^2		0,161	1,628	0,292	0,851
p		0,923	0,443	0,864	0,654
Aşı gerekli midir? ¹					
Evet	152	76,55	77,26	77,59	77,54
Hayır / Kararsızım	4	152,63	125,63	153,00	155,13
z		-3,337	-3,725	-3,313	-3,380
p		0,001	<0,001	0,001	0,001
Ateşi 38 derecenin üzerinde olan çocuğa aşı yapılır mı? ¹					
Doğru biliyor (yapılmaz)	115	79,45	79,92	80,33	79,42
Yanlış biliyor veya bilmiyor	41	75,83	74,52	77,21	79,73
z		-0,443	-1,157	-0,385	-0,038
p		0,658	0,247	0,700	0,970
Aşıların yan etkisi var mıdır? ¹					
Doğru biliyor (evet)	121	79,16	76,64	78,38	83,27
Yanlış biliyor veya bilmiyor	35	76,21	84,93	83,31	66,71
z		-0,341	-1,685	-0,578	-1,927
p		0,733	0,092	0,563	0,054

Tablo 4 (Devamı). Ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerinin ve bazı bilgi düzeylerinin Çocuk Aşıları Konularındaki Ebeveynlerin Tutumları Ölçeği toplam ve alt boyutları ile karşılaştırması

Yeni doğmuş bir bebeğe ilk aşısı ne zaman yapılır? ¹					
Doğru biliyor (doğumda)	97	70,85	78,64	69,96	75,14
Yanlış biliyor veya bilmiyor	59	91,08	78,27	95,08	86,63
<i>z</i>		-2,722	-0,087	-3,411	-1,546
<i>p</i>		0,006	0,931	0,001	0,122
Aşı karşıtlığı veya tereddütü ile ilgili duyduğunuz gündem sizi etkiliyor mu? ¹					
Etkilemiyor	147	74,95	76,39	76,11	76,62
Etkiliyor	9	136,44	113,00	135,61	127,22
<i>z</i>		-3,979	-4,159	-3,857	-3,253
<i>p</i>		<0,001	<0,001	<0,001	0,001

¹Mann–Whitney U Testi. ²Kruskal–Wallis varyans analizi.

Tartışma

Bu çalışmada Kırklareli ili Pınarhisar ilçesinde 48 ay ve daha küçük çocuğu olan ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarına yönelik bilgi, tutum ve davranışları incelenmiştir. Çalışmadaki amaç ailelerin çocukluk çağı aşılarına bakış aşılarını belirlemek, özel aşılar, aşı karşıtlığı, aşı tereddütü gibi durumlarda davranış ve tutumları hakkında bilgi edinmektir. Yaklaşık 300 yıldan fazladır insan sağlığı üzerinde önemli bir yere sahip olan aşılar bulaşıcı hastalıkları önlemek için bilimin en önemli buluşlarından olmuştur.²²

Bu araştırmada ebeveynlerin tamamına yakını aşının gerekli olduğunu ifade etmiş, aşı karşıtlığı ve aşı tereddütü ile ilgili duyduğu gündemin kendilerini etkilemediğini bildirmiştir. Literatür incelendiğinde Çıklar ve Döner Güner (2020)' in yaptığı benzer bir çalışmada katılımcıların %98'inin aşıları gerekli bulduğu ve bu katılımcıların çocuklarını tam olarak aşılattığı belirlenmiştir.²³ Benzer olarak yapılan başka bir çalışmada ise katılımcıların %97,7'si aşıların gerekli olduğunu bildirdiği rapor edilmiştir.¹⁶ Sonucumuzun diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği ve ebeveynlerin aşılama konusunda ilgili oldukları görülmüştür.

Bu araştırmada ebeveynlerin %98,1'i çocuklarının aşılarını zamanında yaptırdığını beyan etmiş, ancak rutin aşı takvimi dikkate alındığında bu oranların %78,3-%98,7 olduğu görülmüştür. Çalışmamızda ailelerin son çocuğunun aşılarını gecikmeli olarak yaptırma oranı ise %0,7-%8,0 oranında bulunmuştur. Hiç aşı yaptırmayanların oranı ise %1,30-%1,96 arasındadır. Ayrıca aşı yaptırmama nedenleri arasında ise çocuğun ateşli olma durumu, pandemi ve aşı zamanını unutmaya yer almıştır. Hekimlerle yapılan bir çalışmanın, bizim çalışmamızla benzerlik gösterdiği bulunmuştur. İncelenen çalışmada çocuğa aşı yapılmama durumları arasında ateşli hastalıklar gelmektedir. Hekimlerin %18,3'ü çocuğun ateşli olduğu durumlarda rutin aşı takviminde uygulanacak aşıların yapılmaması gerektiğini düşünmektedir.²⁴ Literatürü incelediğimizde 38,5 santigrat derece altında seyreden hafif üst solunum yolu hastalıkları gibi durumlarda aşıların yapılabileceği, fakat böyle durumlarda mutlaka çocuğun ateşinin takip edilmesi gerektiği ve 38,5 santigrat derece üzerindeki ateşli hastalık durumlarında ise aşının ertelenmesi gerektiği belirtilmektedir.²⁵

En önemli koruyucu sağlık hizmeti olan aşılar; aşı uygulandıktan sonra istenmeyen bazı yan etkilere sahiptirler. Aşı sonrası oluşabilecek yan etkilere baktığımızda sistemik, alerjik ve lokal yan etkiler olmak değerlendirilebilmektedir. En sık karşılaşılan yan etki lokal reaksiyonlar olup, bunlar aşılama yerinde oluşabilecek kızarıklık, şişkinlik ve ağrı gibi lokal reaksiyonlardır.²⁶ Çalışmamıza katılan ebeveynlerin dörtte üçünden fazlası aşıların yan etkileri olduğunu bildirmiştir. Benzer nitelikte 350 anne ile yapılan başka bir çalışmada ebeveynlerin aşı sonrası yan etkilerin oluşabileceği bildirdikleri görülmüştür.²³ İstanbul'da yürütülen bir başka çalışmada ise ebeveynlerin %73,6'sının aşıların yan etkileri olduğunu düşündükleri, bu yan etkiler arasında kızarıklık, ağrı ve ateş olabileceği belirtilmiştir.¹⁵ Bizim çalışmamızda ise %68,4 ağrı olabileceği, %93,7 ise ateş olabileceğini ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda ailelerin aşı sonrası oluşabilecek yan etkiler konusunda bilgi düzeylerinin diğer çalışmalar ile benzerlik gösterdiği ve bu konuda bilgi sahibi oldukları görülmüştür.

Covid -19 pandemisinin Mart 2020'den beri hayatımızda olması, salgının belli dönemlerde hız kazanması, başta ülkemiz olmak üzere tüm dünyada sağlık sistemi ve aşı kampanyalarını etkilemiştir. Çalışmamızda pandemi nedeniyle çocuğunu aşıya getirmeyenlerin oranı %10,8 olarak bulunmuştur. Bu durum aşılama oranına yansımamış; ailelerin gecikmeli olsa da çocuklarını aşılattıkları görülmüştür. Ailelerin Sars-COV2'den çocuklarını korumak istemeleri aşıya ulaşımı zorlaştırmıştır. Fakat dünya geneline baktığımızda durum biraz farklıdır. 2021 yılının Temmuz ayında DSÖ'nün açıklamış olduğu 2020 aşılama verilerine göre dünya genelinde aşılama

oranlarında düşüş olduğu görülmüştür. Örneğin çocuk felci (OPA) aşısı 2019 yılında %86 iken, 2020 yılında bu %83'e düşerken, Hepatit B aşısı da yaklaşık olarak aynı oranlarda düşüş göstermiştir. Yüzde olarak aşılama oranlarındaki azalma az gibi görünse de aslında 2009 yılından bu yana toplam 23 milyon çocuk aşılanmamıştır. Bu durum ülkeden ülkeye de farklılık göstermektedir.²⁷

Bulaşıcı hastalıklara karşı oldukça yüksek risk oluşturan yenidoğan bebeklerin aşılanması, oluşabilecek enfeksiyonların önlenmesi için büyük önem taşımaktadır. Bu konuda ailelerin bilgilendirilmesi çocukluk dönemi aşılarının sürdürülebilirliği için gereklidir.²⁸ Çalışmamıza katılan ebeveynlerin %62'si yenidoğan bebeklerin doğum sonrası hemen aşılanması gerektiğini bilmektedir. Kürtüncü ve ark. (2017) yaptığı çalışmada ebeveynlerin yenidoğmuş bebeğin aşılarını bilme oranı %92,2 olup çalışmamızdan daha iyi düzeyde bilme oranına sahiptir.²⁹ Bu fark ebeveynlerin eğitim düzeyinden kaynaklanmış olabilir. Kaufman ve arkadaşları (2018) yaptığı bir çalışmada ailelerin aşı konusunda bilgisinin olması, aşı bilincinin oluşması ve ailelerin sağlık profesyonellerin tarafından bilgilendirilmesi ebeveynlerin aşılarla karşı tutumlarını olumlu yönde etkilemiş olup bizim çalışmamız uyumlu bulunmuştur.³⁰ Ebeveynlerin bebeklik aşıları konusunda bilgili olması çocukluk dönemi rutin aşılarına karşı tutumlarını olumlu yönde etkileyerek aşıları zamanında yaptırmalarını sağlamaktadır.

Üzüm ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada ailedeki çocuk sayısının aşılama oranlarını olumsuz yönde etkilediğini, kardeş sayısı arttıkça ailelerin daha önce yaşadığı aşı deneyimleri, aşılama için vakit ayıramama gibi durumlardan dolayı düzenli aşı yaptırmadıkları görülmüştür.³¹ 0-24 ay çocukların aşılanma durumlarına yönelik Gülgün ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada da kardeş sayısı arttıkça aşılanma oranlarının düştüğü gözlenmiştir.³² Bizim çalışmamızda da üç ve daha fazla çocuğa sahip olan ebeveynlerin davranış ve tutumlarının olumsuz yönde etkilendiği saptanmıştır. Bu konuda aileler bilgilendirilmeli, aşılama takibi sağlık profesyonelleri tarafından takip edilmeli ve aşılanma konusunda ebeveynler desteklenmelidir.

Çocuklarda mortalite ve morbiditenin en sık sebepleri arasında yer alan gastroenteritler, DSÖ'nün 2015 verilerine göre çocuk ölümlerinin %9'unu oluşturmaktadır.³³ Akyıldız ve arkadaşlarının (2020) Zonguldak'ta yapmış oldukları bir çalışmada ailelerin %27,7'sinin rota virüs aşısını yaptırdığı bulunmuştur. Köksal ve Köksal (2012)'in yapmış olduğu bir çalışmada rota virüs aşısının yaptırma oranı %33 saptanmıştır. Yurtdışı verilerinden Napoli'de 2018 yılında yapılan bir çalışmada aşının ücretsiz teminin sağlandığı, fakat buna rağmen aşı yaptırma oranının %15,3'te kaldığı saptanmıştır.³³⁻³⁵ Çalışmamız da rota virüs aşısı yaptırma oranı diğer çalışmalara oranla yüksek olduğu belirlenmiş olup, bu durumun bölgede yaşayan ebeveynlerin eğitim durumlarındaki yükseklikten kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda 35 yaş altı anneler aşı hakkında olumlu davranış sergilerken, aynı yaş grubu annelerin emniyet ve güvenlik açısından olumsuz tutumlara sahip olduğu bulunmuştur. Yüksel ve Kara Uzun (2021)'un araştırmasında annelerin yaşlarıyla aşı yaptırma oranları arasında bir ilişki bulunamamıştır.¹⁶ Malatya'da aşı tereddütü yaşayan ailelerle ilgili yapılan bir çalışmada aşı tereddütü yaşayan ebeveynlerin yaş ortalaması kadınlarda 26 iken, erkeklerde bu oran 30 olarak saptanmıştır.³⁶ Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada 30-49 yaş ebeveynlerinin çocukluk aşılarına olan güvenleri olumlu olarak saptanmıştır.³⁷ Hindistan'da yapılan bir çalışmada genç ebeveynlerde aşı tereddütü yaşama oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.³⁸ Çalışmamızla benzer olan bu sonuçların toplumda genç olan kesimin sosyal medya ve arkadaş ortamlarından edilen yanlış bilgilerden kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Verilerin sosyal medya aracılığı ile toplanması nedeniyle katılımcıların evreni temsil etmemesi çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. 48 ay ve daha küçük çocuğu olan ebeveynlerin çocukluk aşılarına yönelik bilgi tutum ve davranışların araştırıldığı bu çalışma yerel sağlık yöneticilerine rehber oluşturması açısından çalışmanın üstün yönünü oluşturmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Ebeveynler çocukluk aşıları konusunda bilgi sahibidirler. Aşıların gerekli olduğunu düşünenlerin ve aşı karşıtlığı veya tereddütü ile ilgili duyduğu gündemden etkilenmeyenlerin çocukluk aşılarına karşı ebeveynlerin olumlu tutum sergiledikleri bulunmuştur.

Aşı ile önlenabilir hastalıklardan korumak, bağışıklama hizmetlerini sürdürülebilmek ve daha fazla çocuğu aşılayabilmek için ailelere uygulanan aşılar ve aşı programı hakkında yeterli bilgi verilmesi ve eğitimler düzenlenmesi son derece önemlidir. Çalışmamızda sonuç olarak aşı karşıtlığı ve aşı reddi oranı yüksek olarak bulunmamış olup bu durum bölgede çalışan sağlık personellerinden kaynaklandığı düşünülebilir. Sağlık personellerin konu ile ilgili eğitimlerinin devamlılığının sağlanması gerekmektedir. Medya ve internet ortamında aşı karşıtlığı ve reddi konularında kişilerin yanlış bilgi edinilmesine sebep olacak paylaşımlar bulunulabilmektedir. Bu durumda sağlık personellerine çok önemli görevler düşmektedir. Ayrıca medyadan bu konulardaki doğru bilgilere nasıl ulaşabilecekleri hakkında yayınlar yapılabilir. Aile Sağlığı Merkezlerinde gebelik kaydı yapılan her gebeye rutin aşı takvimi tanıtılıp detaylı bilgi ve broşürler aşılar hakkında bilgi verilebilir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynaklar

- 1- Gür E. Vaccine hesitancy - vaccine refusal. Turk pediatri arşivi, 2019;54(1):1–2. <https://doi.org/10.14744/TurkPediatriArs.2019.79990>
- 2- Köseli A, Esin A, Cesur K, Şimşek E. Aşı Tereddütü, Aşı Reddi ve Aşı Karşıtı Hareket: Etki ve Çıkarımlar. Uluslar Arası Çocuk Merkezi, 2021
- 3- UNICEF. Bağışıklama programı. 2020. <https://www.unicef.org/immunization>. <https://www.unicef.org/turkiye/hikayeler/a%C5%9F%C4%B1lama-ve-covid-19-ebeveynlerin-bilmesi-gerekenler>. Erişim tarihi:15/08/2022
- 4- Gür E. Vaccine hesitancy - vaccine refusal. Turk pediatri arşivi, 2019;54(1):1–2. <https://doi.org/10.14744/TurkPediatriArs.2019.79990>
- 5- Köseli A, Esin A, Cesur K, Şimşek E. Aşı Tereddütü, Aşı Reddi ve Aşı Karşıtı Hareket: Etki ve Çıkarımlar. Uluslar Arası Çocuk Merkezi, 2021
- 6- UNICEF. Bağışıklama programı. 2020. <https://www.unicef.org/immunization>. <https://www.unicef.org/turkiye/hikayeler/a%C5%9F%C4%B1lama-ve-covid-19-ebeveynlerin-bilmesi-gerekenler>. Erişim tarihi:15/08/2022
- 7- World Health Organization (WHO). Ten threats to global health in 2019. 2021. <https://www.who.int/campaigns/world-health-day>. Erişim tarihi: 19/07/2022
- 8- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Doğum İstatistikleri, 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-İstatistikleri-2021> Erişim tarihi: 11/08/2022
- 9- Çapanoğlu E. Sağlık çalışması ve ebeveyn perspektifinden çocukluk çağı aşılarının reddi niteliksel bir araştırma. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2018, sy:1-166. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/494483>
- 10- Özceylan G, Toprak D, Esen ES. Vaccine rejection and hesitation in Turkey. Human vaccines & immunotherapeutics, 2020;16(5): 1034–1039. <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1717182>
- 11- Eskiocak M, Marangoz B. Türkiye’de bağışıklama Hizmetlerinin Durumu, 16.12.2020, Ulusal Halk Sağlığı Kongresi.
- 12- Çakıcı, Y. (2022). *Zonguldak İlinde Yaşayan 24-36 Aylık Çocukların Tam Aşılama Düzeylerinin Ve Ebeveynlerin Aşılama Karşı Tutumlarının Belirlenmesi: Toplum Tabanlı Kesitsel Çalışma*. Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek lisans tezi.
- 13- Altuntaş, M., & Şahin, M. K. Çocukluk Çağı Aşı Tereddütü ile Karşılaşma Sıklığı, Nedenleri ve Çözüm Önerileri: Samsun İli Aile Sağlığı Merkezlerindeki Sağlık Çalışanlarıyla Kesitsel Bir Çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(4), 761-771.
- 14- Hasar M, Özer ZY, Bozdemir N. Aşı reddi nedenleri ve aşılar hakkındaki görüşler. Cukurova Medical Journal, 2021;46(1):166-176. <https://doi.org/10.17826/cumj.790733>
- 15- Özdemir İR. Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşılarına Karşı Bilgi, Tutum ve Davranışları. Marmara Üniversitesi Yüksek Lisans Tezi, 2017, sy:1-65. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- 16- Yüksel F, Kara Uzun A. Ebeveynlerin Çocukluk Çağı Aşıları Hakkındaki Bilgi, Davranış ve Tutumları. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi, 2021;15(1): 35-42. <https://doi.org/10.12956/tchd.825092>
- 17- Karaca Arslan T.(2022). Ebeveynlerin Çocuklarına Rutin Çocukluk Dönemi Aşılarını Yaptırma Durumları ile Covid 19 Aşılarına Karşı Olan Tutumları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.
- 18- Turan, F. D. Ulusal Aşılama Programında Yer Alan Çocukluk Çağı Aşılarına Yönelik Ebeveynlerin Tutumları: Aksaray Örneği. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(3), 239-250.
- 19- Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 2007;39:175-191.
- 20- Opel DJ, Taylor JA, Mangione-Smith R, Solomon C, Zhao C, Catz S, Martin D. Validity and reliability of a survey to identify vaccine-hesitant parents. *Vaccine*, 2011;29(38): 6598–6605. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.06.115>
- 21- Ataseven Bulun M, Acuner D. Turkish Adaptation and Reliability and Validity Study of Parent Attitudes About Childhood Vaccines Survey. *J Pediatr Res* 2020;7(4):323-30. <https://doi.org/10.4274/jpr.galenos.2020.92260>
- 22- Plotkin S. History of vaccination. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 2014;111(34): 12283–12287. <https://doi.org/10.1073/pnas.1400472111>
- 23- Çıklar S, Döner Güner P. Knowledge, Behavior and Attitude of Mother’s about Childhood Immunization and Reasons of Vaccination Rejection and Hesitancy: A Study of Mixt Methodology. *Ankara Med J*. 2020; 20(1): 180-195. <https://doi.org/10.2147/PHMT.S295378>
- 24- Yılmaz Akar S, Zeren Öztürk G. Hekimlerin Aşı ve Aşı Karşıtlığı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *FLORA*, 2020;25(4): 516-526. <https://doi.org/10.5578/flora.69060>
- 25- Sağlık Bakanlığı (SB). Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, 2008. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1117,gbp Genelge2008pdf.pdf?0> Erişim tarihi:15/0/2022

- 26- Türk Tabipleri Birliği (TTB). Birinci Basamak Sağlık alışanları için Aşı Rehberi, 2018. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/asi_rehberi.pdf Erişim Tarihi 15.08.2022.
- 27- Maltezou HC, Medic S, Cassimos DC, Effraimidou E, Poland GA. Decreasing routine vaccination rates in children in the COVID-19 era. *Vaccine*, 2022; 40(18): 2525–2527. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.03.033>
- 28- Flannery DD, Wade KC. Immunization in the Neonatal Intensive Care Unit. *Clinics in perinatology*, 2021;48(2), 393–412. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2021.03.010>
- 29- Kürtüncü M, Alkan I, Bahadır , Arslan N. Zonguldak’ın Kırsal Bir Bölgesinde Yaşayan ocukların Aşılanma Durumu Hakkında Annelerin Bilgi Dzeleri. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2017;7(1): 8-17.
- 30- Kaufman J, Ryan R, Walsh L, Horey D, Leask J, Robinson P, Hill S. Face-to-face interventions for informing or educating parents about early childhood vaccination. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2018;5(5):CD010038. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010038.pub3>
- 31- zm , Eliaçık K, rsdemir HH, ncel EK. Ebeveynlerin aşı yaklaşımlarını etkileyen faktörler: Bir eğitim araştırma hastanesine ilişkin değerlendirme. *ocuk Enfeksiyon Dergisi*, 2019;13(3): 144-149. DOI: 10.5578/ced.68398
- 32- Gülgün M, Fidancı K, Karaoğlu A, Güneş , Kesik V, Altun S, et al. Bir askeri hastanenin ocuk polikliniğine başvuran çocukların 0-24 ay arasındaki aşılama durumlarının değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2014;56:13-6. <https://doi.org/10.5455/gulhane34179>
- 33- Ayyıldız T, Altıntaş HK, Aydın C, Minaz E, Yrk T. 0-5 yaş çocuklarda rotavirüs sıklığı ve anne-babaların rotavirse yönelik bilgi düzeyleri ve uygulamaları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2020;13(3): 124-130. <https://doi.org/10.46483/deuhfed.569185>
- 34- Köksal AO, Köksal T. Ankara da ebeveynlerin rotavirüs hakkında bilgi düzeyleri ve çocukların rotavirüs aşılanma oranları. *Gaziantep Medical Journal*, 2012;18(3): 151-154. DOI: 10.5455/GMJ-30-2012-104
- 35- Bonanni P, Conforti G, Franco E, Gabutti G, Marchetti F, Mattei A, et al. Fourteen years’ clinical experience and the first million babies protected with human live-attenuated vaccine against rotavirus disease in Italy. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 2021;17(11):4636-4645. <https://doi.org/10.1080%2F21645515.2021.1955611>
- 36- Gökçe A, Karakaş N, zer A, Bentli R. Türkiye'nin bir doğu ili olan Malatya'da çocukluk ağı aşılarını reddeden ebeveynlerin bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Orta Avrupa Halk Sağlığı Dergisi*, 2021;29 (3): 183-186.
- 37- Alshammari SZ, AlFayyad I, Altannir Y, Al-Tannir M. Parental awareness and attitude about childhood immunization in Riyadh, Saudi Arabia: a cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021;18(16): 8455. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168455>
- 38- Repalust A, Šević S, Rihtar S, Štulhofer A. Hırvatistan'da çocuklukta ařı reddi ve tereddüt niyetleri: nüfusa dayalı bir alıřmadan elde edilen bilgiler. *Psikoloji, sađlık ve tıp*, 2017,22 (9): 1045-1055.



Evaluation Of Health Status And Fragility Levels Of The Elderly And Investigation Of Their Relationship With Quality Of Life

Yaşlıların Sağlık Durumları İle Kırılabilirlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi Ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisinin İncelenmesi

Sabahat ARABACI¹, Sibel TUNÇ KARAMAN¹, Okcan BASAT¹

Abstract

Introduction: This study aimed to evaluate the general health status and fragility levels of elderly individuals and to examine their relationship with quality of life. In this way, it was planned to identify people in need of comprehensive geriatric evaluation (CGE) and refer them to the relevant centers.

Methods: This cross-sectional study was conducted with individuals aged 65 and over who applied to the family medicine outpatient clinic of a tertiary hospital between October and December 2021, and met the inclusion criteria. Data were collected through the Patient Information Form, G8-Geriatric Screening Tool (G8-GST), Edmonton Frailty Scale (EFS), and Older People Quality of Life-Brief (OPQOL-Brief) were used. Significance was evaluated at the $p < 0.05$ level.

Results: The mean age of 145 participants was 72.74 ± 7.01 (min:65-max:97) years. The mean scores obtained from the scales were 13.44 ± 2.43 for G8-GST; 6.11 ± 3.13 for EFS, and 47.06 ± 5.63 for OPQOL-Brief. Of them, 43.4% (n=63) had any degree of frailty according to the EFS, 59.3% (n=86) had a G8-GST score of ≤ 14 . There was an inverse significant relationship between G8-GST and EFS scores, a positive correlation between OPQOL-Brief scores, and an inverse significant relationship between OPQOL-Brief scores and EFS scores ($p < 0.001$ for all). Those who had a history of falling and hospitalization in the last 1 year had lower G8-GST and OPQOL-Brief scores, while their EFS scores were higher (for G8-GST; $p < 0.001$ and $p < 0.001$, for OPQOL-Brief; $p < 0.014$ and $p < 0.030$ for EFS; $p < 0.001$ and $p < 0.001$). Those with chronic diseases had higher EFS scores ($p < 0.043$).

Conclusion: According to our study, 43.4% of elderly individuals were frail at any level, and their general health status and quality of life were moderate. More than half of them needed CGE. As the general health status improved, frailty decreased and quality of life improved. The history of falling and hospitalization were factors that negatively affected elderly individuals and increased the need for CGE. Family physicians, who are the first contact point with elderly individuals, should determine the needs of all elderly individuals and necessary interventions should be planned.

Keywords: Comprehensive Geriatric Evaluation, Elderly, Fragility, Quality of Life.

Özet

Giriş: Bu çalışmada yaşlı bireylerin genel sağlık durumları ile kırılabilirlik düzeylerinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlandı. Bu sayede kapsamlı geriatrik değerlendirme (KGD) ihtiyacı olan kişilerin belirlenip ilgili merkezlere yönlendirilmesi planlandı.

Yöntem: Bu kesitsel çalışma üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğine Ekim-Aralık 2021 tarihleri arasında başvuran 65 yaş ve üzeri kişilerden dahil etme kriterlerini karşılayanlar ile gerçekleştirildi. Verileri elde etmede Hasta Bilgi Formu, G8-Geriatrik Tarama Ölçeği (G8-GTÖ), Edmonton Kırılabilirlik Ölçeği (EKÖ) ve Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form (YYK-KF) kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 145 kişinin yaş ortalaması $72,74 \pm 7,01$ (min:65-maks:97) yılı idi. Ölçeklerden alınan ortalama puanlar G8-GTÖ için $13,44 \pm 2,43$ iken; EKÖ için $6,11 \pm 3,13$ ve YYK-KF için $47,06 \pm 5,63$ idi. Katılımcıların %43,4'ü (n=63) EKÖ'ye göre herhangi bir düzeyde kırılabilir idi, %59,3'ünün (n=86) G8-GTÖ puanı ≤ 14 idi. G8-GTÖ ile EKÖ puanları arasında ters yönlü, YYK-KF puanı arasında pozitif yönlü, YYK-KF ile EKÖ puanları arasında ise ters yönlü anlamlı ilişki bulundu (hepsi için $p < 0,001$). Son 1 yılda düşme ve hastaneye yatış öyküsü olanların G8-GTÖ ve YYK-KF puanları daha düşük iken EKÖ puanları ise daha yüksekti (G8-GTÖ için; $p < 0,001$ ve $p < 0,001$, YYK-KF için; $p < 0,014$ ve $p < 0,030$, EKÖ için; $p < 0,001$ ve $p < 0,001$). Kronik hastalığı olanların EKÖ puanları daha yüksekti ($p < 0,043$).

Sonuç: Çalışmamıza göre; yaşlı bireylerin %43,4'ü herhangi bir düzeyde kırılabilir olup, genel sağlık durumları ve yaşam kaliteleri orta düzeyde idi. Yarısından fazlasında KGD ihtiyacı vardı. Genel sağlık durumu iyileştikçe kırılabilirlik azalmakta, yaşam kalitesi ise iyileşmekte idi. Düşme ve hastaneye yatış öyküsü yaşlı bireyleri olumsuz etkileyen ve KGD ihtiyacını artıran faktörlerdi. Yaşlı bireylerle ilk temas noktası olan aile hekimleri tarafından tüm yaşlı bireylerin KGD ihtiyacı belirlenmeli ve gerekli girişimler planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kırılabilirlik, Kapsamlı Geriatrik Değerlendirme, Yaşam Kalitesi, Yaşlılık.

Geliş tarihi / Received: 21.12.2022 Kabul tarihi / Accepted: 26.05.2023

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Sibel TUNÇ KARAMAN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Türkiye

E-posta: drsibeltunc@hotmail.com Tel: +905057154699

Arabacı S. Tunç Karaman S. Basat O. *Evaluation Of Health Status And Fragility Levels Of The Elderly And Investigation Of Their Relationship With Quality Of Life*. TJFMPC, 2023; 17 (2) :324-332

DOI: 10.21763/tjfmpe.1222425

Giriş

Yaşlanma; fizyolojik fonksiyonların zamanla azaldığı, genetik ve çevresel etkenlere bağlı, ilerleyici ve geri dönüşümsüz bir süreçtir. Tüm dünyada yaşlı bireylerin nüfusu giderek artmaktadır. 2015 ile 2050 arasında, dünyada 60 yaş üstü nüfus oranının neredeyse iki katına (%12'den %22'ye) çıkacağı öngörülmektedir.¹

Yaşlandıkça ortaya çıkan bazı fizyolojik değişiklikler sonucu fonksiyonel kapasitede azalma ve kırılabilirlik artışı ile kişilerin günlük yaşamı ve bağımlılık düzeyi olumsuz etkilenmektedir.² Kırılabilirlik kavramı, fizyolojik rezervlerde azalma ile birlikte nöromusküler, metabolik ve immün sistemde fonksiyon kaybı sonucu savunmasızlığa neden olan bir multisistem bozukluk olarak tanımlanmaktadır.³ Altmış beş yaş üstü kişilerin %11-25'inde herhangi bir düzeyde kırılabilirlik görülebilirken, 85 yaş üstünde bu oran yaklaşık %50'ye yükselmektedir.⁴ Kadın cinsiyet, düşük sosyoekonomik düzey, akut ve kronik hastalıkların varlığı, malnütrisyon, ve duygusal stres gibi çevresel ve yapısal etkenler kırılabilirliğe yönelik riski artırmaktadır.⁵

Kırılabilirliği olan yaşlı bireylerde ortaya çıkan kemik kaybı, beslenme, denge ve yürüme bozuklukları, düşme, morbidite ve mortaliteye yönelik riskleri artırmaktadır. Yaşlı bireylerde bunlara ek olarak ortaya çıkabilen zihinsel ve sosyal alanlarda gerilemeler ile birlikte yaşam kalitesinde bozulmalar olması da kaçınılmazdır. Erken dönemde yapılacak değerlendirmeler ile kırılabilirliğin sebep olduğu bu riskler tanımlanabilmektedir.⁶

Yaşlı bireylerin bütüncül yaklaşım ile kapsamlı geriatrik değerlendirme (KGD) ihtiyacı açısından değerlendirilmesi oldukça önem arz etmektedir. Olası ve mevcut problemlerinin tanımlanması ve yapılacak erken müdahaleler; hem sağlığı korumaya ve iyileştirmeye hem de yaşam kalitesini artırmaya olanak sağlayacaktır.⁷

Bu çalışmada, üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğine başvuran yaşlı bireylerin genel sağlık durumları ile kırılabilirlik düzeylerinin değerlendirilmesi ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu sayede KGD ihtiyacı olan yaşlı bireyler de belirlenebilecek, risk faktörleri açısından değerlendirme yapılabilecek ve ilgili merkezlere yönlendirilebilecektir.

Yöntem

Bu çalışma tek merkezli ve kesitsel bir araştırma olarak planlandı. 21.10.2021-21.12.2021 tarihleri arasında üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş ve üzeri kişilerden çalışmaya dahil etme kriterlerine uyan 145 kişi ile gerçekleştirildi. G*Power programı kullanılarak yapılan hesaplamada cinsiyete göre kırılabilirlik oranları arasındaki fark Δ :%30, testin gücü %80 ve α :0.05 olarak alındığında tespit edilen örneklem sayısı minimum 100 kişi idi. Çalışmaya dahil edilecek katılımcılar detaylı olarak bilgilendirildikten sonra sözlü ve yazılı onayları alındı. Tüm prosedürler Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak yürütüldü. Çalışma yerel etik kuruldan alınan onay ile gerçekleştirildi (Tarih:20.10.2021, No:359).

Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

Çalışmaya 65 yaş ve üzeri bireylerden, majör hastalıkları (akut ciddi enfeksiyon, kardiyak ve solunumsal hastalıklar, malignite vb.) veya fiziksel engelleri (ekstremitte amputasyonları, inmeye bağlı sekel, işitme ve konuşma bozuklukları vb.) olmayan, sorulan soruları anlama ve cevap verebilme kabiliyeti yeterli olan ve çalışmaya katılmayı kabul edenler dahil edildi.

Çalışmaya dahil edilmeme kriterleri:

Yukarıda belirtilen majör hastalıklara ve/veya fiziksel engellere sahip olanlar, son 1 ay içerisinde hastanede yatmış olanlar, koopere olamayanlar, ileri evre demansı, organik psikoafektif bozukluğu vb. durumlar sebebiyle sorulan soruları anlama ve cevap verebilme kabiliyeti yeterli olmayanlar çalışma dışında bırakıldı.

Veri Toplama Araçları

Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerini değerlendirmede Hasta Bilgi Formu, genel sağlık durumlarını değerlendirmede G-8 Geriatrik Tarama Ölçeği (G8-GTÖ), kırılabilirlik düzeylerini ölçmede Edmonton Kırılabilirlik Ölçeği (EKÖ) ve yaşam kalitesi düzeylerini ölçmede Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form (YYK-KF) kullanıldı.

Hasta Bilgi Formu:

Tarafımızca literatürden faydalanılarak oluşturulan Hasta Bilgi Formu ile katılımcıların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çocuk sayısı, kiminle yaşadığı) ve tıbbi öyküleri (sigara ve alkol kullanımı, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanımı, son bir yıl içinde düşme ve hastanede yatış öyküsü) sorgulandı.

G-8 Geriatrik Tarama Ölçeği:

G8-GTÖ; Bellera ve ark. tarafından 2012 yılında KGD ihtiyacı olan onkoloji hastalarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir.⁸ Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2021'de Çavuşoğlu ve ark. tarafından yapılmıştır. Dilimize kanserli olmayan kişilere de uygulanabilecek şekilde uyarlanmıştır.⁹ KGD öncesi bir tarama testi niteliğinde olan ölçek; yaş, son 3 aydaki besin alımı, kilo kaybı, beden kitle indeksi (BKİ), hareketlilik durumu, nöropsikiyatrik problemler, kullanılan ilaç sayısı ve sağlık durumuna yönelik öz bildirim olmak üzere sekiz parametreden

oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 17 arasında olup 14 ve daha düşük puan alan yaşlı bireye KGD yapılması gerektiğini ifade etmektedir.^{8,9}

Edmonton Kırılma Ölçeği:

2006'da Rolfson ve ark.'nın geliştirdiği EKÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2013 yılında Aygör ve ark. tarafından yapılmıştır. Ölçek; bilişsel durum, genel sağlık durumu, fonksiyonellik, sosyal destek, ilaç kullanımı, beslenme, ruh hali, fiziksel performans ve kontinans durumunu sorgulayan 9 ögeden oluşmaktadır. Fonksiyonel bilişsel durumu değerlendirmek için zamanlı kalk ve yürü testi ile saat testi uygulanmaktadır. Alınan puana göre '0-5: kırılma değil, 6-7: hassas, 8-9: hafif kırılma, 10-11: orta derece kırılma ve 12-17: aşırı kırılma' şeklinde sınıflama yapılabilmektedir. Cronbach alfa katsayısı ölçeğin orijinal formunda 0,62, Türkçe formunda 0,75 bulunmuştur.^{10,11}

Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form:

Bowling ve ark. tarafından 2009'da Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeğinin 35 maddelik uzun formu geliştirilmiş, daha sonra 13 maddelik kısa form (YYK-KF) oluşturulmuştur.¹² YYK-KF; Türkçe'ye Çalışkan ve ark. tarafından uyarlanmıştır.¹³ Ölçekte genel yaşam kalitesini değerlendiren ve skorlamaya dahil edilmeyen bir ön soru bulunmaktadır. Tek maddeli bu soru 'Çok iyi'den (5 puan) 'Çok kötü'ye (1 puan) kodlanır. Diğer sorular 'Kesinlikle katılıyorum' (5 puan), 'dan 'Kesinlikle katılmıyorum' (1 puan)'a değişen beşli Likert tipte derecelendirilmektedir. Ölçekten 13-65 arası puan alınabilmekte olup daha yüksek puan daha iyi yaşam kalitesini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,876' dır.^{12, 13}

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizleri için IBM SPSS Statistics 22 programı kullanıldı. Bulgular tanımlayıcı istatistiksel metodlar (ortalama, standart sapma, frekans) ile sunuldu. Parametrelerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro Wilks testleri ile değerlendirildi. Gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılım gösteren parametreler için One-way Anova testi, normal dağılım göstermeyen parametreler için Kruskal Wallis testi kullanıldı. Farklılığa neden olan grubun tespitinde Tukey HSD testi kullanıldı. İki grup arası karşılaştırmalarda normal dağılım gösteren parametreler için Student t test, normal dağılım göstermeyen parametreler için Mann Whitney U test kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk gösteren parametreler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirildi. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Bu çalışma yaşları 65 ile 97 arasında değişen (ort:72,74±7,01) 145 kişi ile gerçekleştirildi. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de sunulmaktadır (Tablo-1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ve tıbbi öykülerine yönelik verilerin dağılımı

		n	%
Yaş grupları	65-74	101	69,7
	75-84	29	20
	85 ve üzeri	15	10,3
Cinsiyet	Kadın	61	42,1
	Erkek	84	57,9
Medeni durum	Evli	103	71
	Bekar	42	29
Eğitim durumu	Okuryazar	51	35,2
	İlkokul mezunu	61	42,1
	Ortaokul mezunu	18	12,4
	Lise mezunu	13	9
	Üniversite mezunu	2	1,4
Gelir durumu	Gelir gidere denk	64	44,1
	Gelir giderden az	75	51,7
	Gelir giderden fazla	6	4,1

Tablo 1.(Devamı) Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ve tıbbi öykülerine yönelik verilerin dağılımı

Birlikte yaşanan kişiler	Eşi ile	46	31,7
	Ailesi ile	78	53,8
	Yalnız	21	14,5
Sigara kullanımı	Aktif içici	21	14,5
	Eski içici	60	41,4
	Hiç içmemiş	64	44,1
Kronik hastalık varlığı	Var	134	92,4
	Yok	11	7,6
Sürekli ilaç kullanımı	Var	127	87,6
	Yok	18	12,4
Son bir yıl içinde düşme öyküsü	Var	36	24,8
	Yok	109	75,2
Son 1 yıl içinde düşme sayısı (n=36)	1 kere	17	47,2
	2-4 kere	14	38,9
	5 ve daha fazla	5	13,9
Son bir yıl içinde hastanede yatarak tedavi görme	Evet	51	35,2
	Hayır	94	64,8
Son 1 yıl içinde hastaneye yatış sayısı (n=51)	1 kere	30	58,8
	2-4 kere	19	37,3
	5 ve daha fazla	2	3,9

Katılımcıların G8-GTÖ toplam puanı 5,5 ile 17 arasında değişmekte olup, ortalama $13,44 \pm 2,43$ idi. YYK-KF toplam puanı ortalama $47,06 \pm 5,63$ (min:33-maks:61) iken EKÖ toplam puanı ortalama $6,11 \pm 3,13$ (min:0-maks:14) idi. EKÖ'ye göre katılımcıların %26,2'si (n=38) görünürde savunmasız, %23,4'ü (n=34) hafif düzeyde, %11,7'si (n=17) orta düzeyde ve %8,3'ü (n=12) şiddetli düzeyde kırılgan olarak değerlendirildi. Seksen altı kişinin (%59,3) G8-GTÖ'den aldığı puan ≤ 14 olup KGD ihtiyacı bulunmaktaydı. Katılımcıların %55,2'si yaşam kalitesini "iyi" olarak tanımlamakta idi. Ölçeklerden alınan puanlara yönelik betimsel istatistikler Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2: Ölçeklerden alınan toplam puanların değerlendirilmesi

		Min-Maks	Ort±SS (Medyan)
G8-GTÖ toplam skoru		5,5-17	13,44±2,43 (14)
YYK-KF toplam skoru		33-61	47,06±5,63 (48)
EKÖ toplam skoru		0-14	6,11±3,13 (6)
EKÖ'ye göre kırılma seviyesi	n (%)	Min-Maks	Ort±SS (Medyan)
Kırılma değil	44 (30,3)	0-4	2,64±1,37 (3)
Görünürde savunmasız	38 (26,2)	0-8	5,55±1,35 (6)
Hafif kırılma	34 (23,4)	3-13	7,56±1,35 (7,5)
Orta kırılma	17 (11,7)	9-10	9,41±0,51 (9)
Şiddetli kırılma	12 (8,3)	11-14	11,83±0,94 (12)

Ort: Ortalama; SS: Standart Sapma, G8-GTÖ: G8-Geriatrik Tarama Ölçeği, EKÖ: Edmonton Kırılma Ölçeği, YYK-KF: Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form

Tablo 3'te ölçek toplam puanlarının korelasyonunun incelenmesi görülmektedir. G8-GTÖ puanı ile EKÖ puanı arasında ters yönlü, YYK-KF puanı arasında ise pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmakta idi (her ikisi için p:0,001). YYK-KF puanı ile EKÖ puanı arasında ise de ters yönlü anlamlı bir ilişki bulunmakta idi (p:0,001) (Tablo-3).

Tablo 3. Ölçeklerden alınan toplam puanların korelasyonunun incelenmesi

	R	p
G8-GTÖ- EKÖ toplam skorları	-0,601	0,001*
G8-GTÖ- YYK-KF toplam skorları	0,266	0,001*
EKÖ- YYK-KF toplam skorları	-0,489	0,001*

Pearson korelasyon analizi G8-GTÖ: G8-Geriatrik Tarama Ölçeği, EKÖ: Edmonton Kırılma Ölçeği, YYK-KF: Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form

Yaş ile G8-GTÖ puanı arasında ters yönlü anlamlı ilişki bulunmakta idi (p:0,001). Tablo 4'te görüldüğü üzere sürekli ilaç kullananların, son 1 yıl içinde düşme öyküsü olanların ve hastanede yatarak tedavi görenlerin G8-GTÖ toplam puanları anlamlı düzeyde düşüktü (p:0,040; p:0,001; p:0,001 sırasıyla). Kronik hastalığı olanların, son bir yıl içinde düşme öyküsü olanların ve hastanede yatarak tedavi görenlerin EKÖ puanları anlamlı düzeyde yüksekti (p:0,043; p:0,001; p:0,001, sırasıyla). Eğitim durumuna göre EKÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmakta idi (p:0,007). Son bir yılda düşme ve hastanede yatış öyküsü olanların YYK-KF puanları da daha düşüktü (p:0,014 ve p:0,030) (Tablo-4).

Tablo 4. Katılımcılara ilişkin sosyodemografik ve tıbbi öykülerine yönelik değişkenler ile ölçek puanlarının değerlendirilmesi

		G8-GTÖ	EKÖ	YYK-KF
		Ortanca (Min-Maks)	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet	Kadın	13 (5,5-17)	6,69±3,12	47,31±5,47
	Erkek	14 (8-17)	5,69±3,09	46,88±5,76
	p	¹ 0,056	*0,058	*0,651
Medeni durum	Evli	14 (8-17)	6,17±3,12	47,03±5,66
	Bekar	14 (5,5-17)	5,95±3,20	47,14±5,60
	p	¹ 0,888	*0,700	*0,913
Eğitim durumu	Okuryazar	13 (5,5-17)	7,18±2,58	45,57±5,62
	İlkokul	14 (7-17)	5,75±3,20	47,59±5,97
	Ortaokul	13,5 (8-17)	5,78±3,32	48,06±4,41
	Lise ve üzeri	16 (10,5-17)	4,33±3,42	48,80±4,74
	p	² 0,380	**0,007	**0,104
Gelir durumu	Gelir gidere denk	14 (5,5-17)	6,02±3,40	47,83±5,07
	Gelir giderden az	14 (8-17)	6,35±2,85	46,07±5,91
	Gelir giderden fazla	13,5 (12-16)	4,17±3,31	51,33±5,05
	p	² 0,901	**0,249	**0,029
Birlikte yaşanan kişiler	Eşi ile	13,75 (8-17)	6,30±3,13	47,24±5,77
	Ailesi ile	14 (5,5-17)	5,88±3,20	47,06±5,39
	Yalnız	14 (7-17)	6,52±2,96	46,67±6,38
	p	² 0,525	**0,626	**0,929
Sigara içme durumu	Aktif içici	15 (8-17)	6,29±3,48	45,62±6,64
	Eski içici	14 (5,5-17)	5,70±3,22	48,00±5,16
	Hiç içmemiş	13 (7-17)	6,44±2,94	46,66±5,63
	p	² 0,296	**0,411	**0,185
Kronik hastalık varlığı	Var	13,75 (5,5-17)	6,26±3,09	47,07±5,62
	Yok	15 (8-17)	4,27±3,20	46,91±5,94
	p	¹ 0,155	*0,043	*0,926
Sürekli ilaç kullanımı	Evet	13,5 (5,5-17)	6,24±3,11	46,98±5,70
	Hayır	15,5 (8-17)	5,17±3,24	47,67±5,17
	p	¹ 0,040	*0,173	*0,628
Son bir yılda düşme	Evet	12 (5,5-16)	8,36±2,86	45,08±5,83
	Hayır	14 (8-17)	5,37±2,86	47,72±5,43
	p	¹ 0,001	*0,001	*0,014
Düşme sayısı (n=36)	1 kere	12,5 (9-16)	6,94±2,25	47,53±3,91
	2-4 kere	12 (5,5-15)	10,00±2,77	41,93±5,33
	5 ve daha fazla	11,5 (8-14)	8,60±2,88	45,60±9,13
	p	² 0,384	**0,008	**0,023
Son bir yılda hastanede yatarak tedavi görme	Evet	12 (5,5-16)	8,12±2,88	45,69±5,59
	Hayır	14,25 (8-17)	5,02±2,71	47,81±5,53
	p	¹ 0,001	*0,001	*0,030
Yatış sayısı (n=51)	1 kere	13 (5,5-16)	7,07±2,80	47,33±4,96
	2-4 kere	12 (7-15)	9,32±2,16	43,84±5,76
	5 ve daha fazla	11,5 (11-12)	12,50±2,12	38,50±2,12
	p	² 0,464	**0,001	**0,016

¹Mann Whitney U testi ²Kruskal Wallis testi. *Student t testi **One-way ANOVA testi Ort: Ortalama; SS: Standart sapma p<0,05 anlamlı kabul edildi. G8-GTÖ: G8-Geriatrik Tarama Ölçeği, EKÖ: Edmonton Kırılglanlık Ölçeği, YYK-KF: Yaşlılarda Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Form Arabacı et al. TJFPMC 2023;17(2):324-332

Tartışma

Yaşlı bireylerin genel sağlık durumları ile kırılabilirlik düzeylerinin değerlendirilmesini ve yaşam kalitesi ile ilişkisinin incelenmesini amaçladığımız çalışmamızdan elde edilen verilere göre; yaşlı bireylerin %43,4'ü herhangi bir düzeyde kırılabilir olup, genel sağlık durumları ve yaşam kaliteleri orta düzeyde idi. Yarısından fazlasında KGD ihtiyacı vardı. Genel sağlık durumu iyileştikçe kırılabilirlik azalmakta iken yaşam kalitesi ise artmakta idi. Son 1 yıl içinde düşme ve hastaneye yatış olması hem genel sağlık durumu, hem de kırılabilirlik ve dolayısıyla yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerdi.

Yaşam süresindeki artış ve doğum oranındaki azalmaya paralel olarak, tüm dünyada ve özellikle ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde 65 yaş ve üzeri kişi sayısı hızla artmaktadır.¹ Yaşlı bireylerin genel sağlık durumunu ve KGD ihtiyacını belirlemek; kırılabilirlik, morbidite ve mortaliteye yönelik eğilimleri tanımlamak ve erken müdahale açısından önem arz etmektedir. Bu parametreleri değerlendirmede kullanılan pek çok yöntem bulunmakla birlikte çalışmamızda kullanılan G8-GTÖ bunlardan biridir.⁹

G8-GTÖ ilk olarak kanserli hastaların KGD'ne yönelik ihtiyacını değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur. Nitekim literatürde kanser tanılı yaşlı bireyler ile yapılan çok sayıda araştırmada kullanıldığı göze çarpmaktadır. Bu çalışmalarda genel olarak kanserli hastalarda KGD ihtiyacını belirleyen en önemli faktörler, ileri yaş, hastalık ağırlığı ve yaygınlığı olarak bildirilmiştir.^{14,15} Düşük G8-GTÖ skorlarının kanser tanısı olan yaşlı bireylerde hayatta kalma oranlarını ve tedaviyle alakalı komplikasyonları öngörebileceği gösterilmiştir.¹⁶ Kanserli hastalarda ve sağlıklı gönüllülerde G8-GTÖ'nin sonuçlarını karşılaştıran bir çalışmada; iki grup arasında anlamlı bir fark olmamakla birlikte ölçülen KGD ihtiyacı açısından bir ön değerlendirme aracı olarak kullanımı uygun bulunmuştur.¹⁷ Ölçek Türkçeye kanser tanısı olmayan kişilere de uygulanabilecek şekilde uyarlanmış olup orijinal formda olduğu gibi 14 ve daha düşük puan alınması halinde KGD ihtiyacı olduğunu ifade etmektedir.^{9, 14}

Bizim çalışmamızda katılımcıların G8-GTÖ toplam skoru ortalaması 13,44±2,43 olup %59,3'ünün KGD ihtiyacı olduğu saptandı. Çalışmamızda literatüre benzer şekilde yaşlı ileri olanlarda ve sürekli olarak ilaç kullananlarda KGD ihtiyacı daha fazla idi. Ayrıca hastalık ağırlığına benzer şekilde genel sağlık durumunun bozulmasına sebep olan durumların (son 1 yıl içinde düşme ve hastanede yatarak tedavi görme öyküsü) KGD ihtiyacını artırdığı gözlemlendi. Bu bağlamda çalışmamızın literatür ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Şu anki bilgimize göre çalışmamıza benzer şekilde kanser tanısı olmayan yaşlı bireylerde G8-GTÖ ile değerlendirme yapılan araştırmalar kısıtlı olup genel yaşlı popülasyonunda yapılacak daha fazla araştırmaya ihtiyaç bulunmaktadır.

Yaşlı bireylerin kırılabilirlik açısından risk faktörlerini bilmek ve gereken müdahaleleri yapmak kırılabilirliğin erken tanınmasını, azaltılmasını ve/veya geciktirilmesini sağlamaktadır.¹⁸ Literatürde yaşlı bireylerde kırılabilirliği değerlendiren birçok çalışma bulunmakta olup kırılabilirlik derecelerinin değişkenlik gösterdiği göze çarpmaktadır. Örneğin, EKÖ'nün Türkçeye uyarlandığı çalışmada yaşlı bireylerin %13,1'inin şiddetli düzeyde kırılabilirlikleri olduğu bildirilmiştir.¹¹ Düzgün ve ark.'nın 111 yaşlı ve hasta bireyi dahil ettikleri bir çalışmada EKÖ'ye göre kişilerin %19,8'inde şiddetli kırılabilirlik saptanmıştır.¹⁹ 2019'da Polonya'da yapılan bir çalışmada kişilerin %19,8'inin EKÖ puanı 11 ve üzeri bulunmuş olup şiddetli düzeyde kırılabilir oldukları belirlenmiştir.²⁰ Bizim çalışmamızda ise EKÖ'ye göre katılımcıların %43,4'ü herhangi bir düzeyde (%23,4'ü hafif, %11,7'si orta ve %8,3'ü şiddetli kırılabilir) kırılabilir olarak değerlendirildi. Şiddetli kırılabilirlik düzeyleri literatüre göre biraz daha düşük olsa da genel popülasyona göre kırılabilirlik oranının yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Araştırmalarda katılımcıların genel sağlık durumlarının farklılığından dolayı farklı sonuçlar elde edilebilmektedir.

Kırılabilirlik gelişimini ve şiddetini etkileyen birçok faktör (yaş, cinsiyet, tıbbi özellikler, sosyoekonomik durum, vb.) tanımlanmıştır. Komorbidite varlığı ve genel sağlık durumunun bozuk olmasının bu açıdan oldukça önemli olduğu söylenebilir. Düzgün ve ark.'nın çalışmasında bu durumu destekler şekilde kırılabilirlik ile genel sağlık durumunun bozukluğuna sebep olabilecek faktörler (kronik hastalıklar ve sürekli ilaç kullanımı) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.¹⁹ Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde kronik hastalığı olanlarda kırılabilirlik daha fazla bulundu.

İleri yaş gruplarında kırılabilirlik düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir.^{11, 19} Yang ve ark. da yaşlı bireylerde yaş ilerlemesinin kırılabilirlik düzeyinde artışa sebep olduğu sonucuna varmışlardır.²¹ Bizim çalışmamızda ise yaş ilerledikçe genel sağlık durumunun bozulduğu ve KGD ihtiyacı arttığı gözlemlense de literatürden farklı olarak kırılabilirlik ile yaş arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

Cinsiyetler açısından değerlendirildiğinde yaşlı bireylerde kırılabilirlik açısından farklı sonuçlar elde edilse de sıklıkla kadınların daha yüksek kırılabilirlik düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Kadınlarda yaşam süresinin daha uzun olması kırılabilirliğin daha sık ortaya çıkma nedeni olarak kabul görmektedir.^{11,20} Düzgün ve ark. ise çalışmalarında kadınların kırılabilirlik puanlarını daha yüksek bulsa da bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.¹⁹ Bizim çalışmamızda da kadınların EKÖ toplam puanları, erkeklerden daha yüksek olsa da Düzgün ve ark.'na benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı değildi.

Düşük sosyoekonomik seviyedeki kişilerde de kırılabilirlik düzeylerinin daha yüksek olduğu bilinmektedir. Hartgen ve ark.'ın gelir düzeylerine göre farklı ülkelerdeki yaşlı bireylerde kırılabilirliği inceledikleri çalışmada, düşük eğitim ve gelir düzeyine sahip kişilerin kırılabilirlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.²² Düzgün ve ark. da benzer şekilde kırılabilirlik ile düşük eğitim ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptamıştır.¹⁹ Bizim çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak düşük eğitim düzeyine sahip olanlarda kırılabilirlik

daha fazla idi.

Farklı kırılma düzeyleri ile düşme sıklığı arasındaki ilişkinin incelendiği bir meta-analizde kırılma yaşlı bireylerin tekrarlayan düşmeler yaşama olasılıklarının olduğu saptanmıştır.²³ Düzgün ve ark. da son bir yılda düşme öyküsü olan yaşlı bireylerde daha yüksek düzeyde kırılma olduğunu saptamıştır.¹⁹ Bizim çalışmamızda da son bir yıl içinde düşme öyküsü olanlarda genel sağlık durumlarının daha bozuk olup kırılmanın daha fazla olması literatürü destekler nitelikte idi.

Yaşlı bireylerde sağlık açısından kırılma ile birlikte önemli olan bir diğer kavram da yaşam kalitesidir. Yaşlılıkta yaşın ilerlemesi, sağlık sorunlarının artışı, gelir azalması, bilişsel becerilerde azalma ve sosyal izolasyon yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.²⁴ Yaşam kalitesini ölçmeye yarayan birçok ölçme aracı olsa da YYK-KF gibi yaşlı bireylere özgü olanlar sınırlı sayıdadır. Literatürde daha çok YYK ölçeğinin 35 soruluk uzun formu ile yapılmış çalışmalar bulunmaktadır.^{12,25} Bilotta ve ark. tarafından İtalya’da yapılan bir prospektif kohortta, genel yaşam kalitesi ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin toplumda yaşayan yaşlı bireylerde bir yıllık takipte olumsuz sağlık sonuçlarını tahmin etme yeteneğini değerlendirmek amaçlanmıştır. Ölçek toplam puanının bir yıl içinde birkaç olumsuz sağlık sonucunun bağımsız tahminicisi olabildiği tespit edilmiştir.²⁵ Ölçeğin kısa formu ile yapılmış çalışmaya sık rastlanmamakla birlikte YYK-KF’nin Türkçeye uyarlandığı ana çalışmada Çalışkan ve ark. tarafından total skor ortalama 53 bulunmuştur.¹³

Bizim çalışmamızda yaşam kalitesi katılımcılar tarafından daha sıklıkla ‘iyi’ olarak tanımlanmış olup YYK-KF toplam skoru ortalama 47,06 idi. Elde edilen sonuç Çalışkan ve ark.’dan düşük bulunsada genel olarak ‘orta-iyi’ olarak değerlendirildi. Çalışmamızda ayrıca eğitim seviyesi arttıkça yaşam kalitesinin arttığı saptanmış olup bu bağlamda literatürle benzerdi. Diğer sosyodemografik değişkenler ve tıbbi özellikler ile yaşam kalitesi arasında ise ilişki saptanmadı.

Kısıtlılıklar:

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Birincisi, tek merkezli bir çalışma olması ve az sayıda yaşlı bireyin katılmasıdır. İkincisi, fiziksel engelleri olan, ağır ve akut hastalığı olanlar ile iletişim engeli olan yaşlı bireylerin çalışma dışında tutulmasıdır. Bu bağlamda kırılma ve ilişkili faktörler ile ilgili sonuçlar genel popülasyona yönelik gerçek yaygınlığı yansıtmayabilir. Daha geniş katılımcı gruplarının olduğu ve katılımcıların kırılma ve yaşam kalitesi yönünden gidışatının takip edilebileceği araştırmalar yapılarak literatüre katkı sağlanmalıdır.

Sonuç

Çalışmamızda yaşlı bireylerin genel sağlık durumları ve yaşam kaliteleri orta düzeyde bulunmuş, %43,4’ünün herhangi bir düzeyde kırılma olduğu ve yarısından fazlasının KGD ihtiyacı bulunduğu saptanmıştır. Genel sağlık durumu iyileştikçe kırılmanın azaldığı, yaşam kalitesinin ise iyileştiği gözlenmiştir. Bu bağlamda başta yaşı ileri, kronik hastalığı ve düşme öyküsü olanlar olmak üzere tüm yaşlı bireylerin KGD ihtiyacı belirlenmelidir. Aile hekimleri, yaşlı bireyler için ilk temas noktası olması ve izlemde sürekliliği sağlayabilmesi açısından önemlidir. Risk faktörleri bulunan yaşlı bireylerin belirlenerek ilgili merkezlere yönlendirilmesi ile etkin yaşlı hasta izleminin sağlanacağı ve toplum sağlığına katkıda bulunulacağı düşünülmektedir.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynaklar

1. WHO Ageing and health <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> Erişim tarihi 20.12.2022
2. Ağar A. Yaşlılarda ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi 2020;3(3):347-54.
3. WHO Clinical Consortium on Healthy Ageing. Report of consortium meeting 1–2 December 2016 in Geneva, Switzerland. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/FWC/ALC/17.2). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Hoover M, Rotermann M, Sanmartin C, Bernier J. Validation of an index to estimate the prevalence of frailty among community-dwelling seniors. Health Rep 2013; 24(9):10-17.
5. Alkan ŞB, Rakıcıoğlu N. Kırılğan yaşlılarda beslenme nutrition in frail elderly patients. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;10(2):184-88
6. Özdemir S, Öztürk ZA, Türkbeyler İH, Şirin F, Göl M. Geriatrik hastalarda farklı ölçekler kullanılarak kırılğanlık prevalansının belirlenmesi. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2017;12(3):1-5.
7. Tuncel B, Tuz C, Akturan S, Kartçı SA. Aile hekimlerinin 'kırılğanlık'bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi; Kesitsel bir çalışma. The Journal of Turkish Family Physician 2020;11(4):171-78.
8. Bellera CA, Rainfray M, Mathoulin-Pelissier S, Mertens C, Delva F, Fonck M, et al. Screening older cancer patients: first evaluation of the G-8 geriatric screening tool. Ann Oncol. 2012;23(8):2166-72.
9. Çavuşoğlu Ç, Demirkol ME. Yaşlılarda bağımlılık. Bağımlılık Dergisi 2018;19(3):59-69.
10. Rolfson DB, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Tahir A, Rockwood K. Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. Age Ageing 2006;35(5):526-29.
11. Aygör Eskiizmirli H, Fadiloğlu Ç, Şahin S, Aykar Şenuzun F, Akçiçek F. Validation of Edmonton Frail Scale into elderly Turkish population. Arch Gerontol Geriatr 2018;76: 133-37.
12. Bowling A, Hankins M, Windle G, Bilotta C, Grant R. A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life Questionnaire (OPQOL-brief). Arch Gerontol Geriatr 2013;56(1):181-87.
13. Çalışkan H, Ayçiçek GS, Özsürekeçi C, Tuna Doğrul R, Balcı C, Sümer F, et al. Turkish validation of a new scale from older people's perspectives: Older People's Quality of Life-Brief (OPQOL-brief). Arch Gerontol Geriatr 2019;83:91-95.
14. Hamaker ME, Mitrovic M, Stauder R. The G8 screening tool detects relevant geriatric impairments and predicts survival in elderly patients with a haematological malignancy. Ann Hematol 2014;93(6):1031-40.
15. Hamaya T, Hatakeyama S, Momota M, Narita T, Iwamura H, Kojima Y, et al. Association between the baseline frailty and quality of life in patients with prostate cancer (FRAQ-PC study). Int J Clin Oncol 2021;26(1):199-206.
16. Van Walree IC, Scheepers E, van Huis-Tanja L, Emmelot-Vonk MH, Bellera C, Soubeyran P, et al. A systematic review on the association of the G8 with geriatric assessment, prognosis and course of treatment in older patients with cancer. J Geriatr Oncol 2019;10(6): 847-58.
17. Smets IH, Kempen GI, Janssen-Heijnen ML, Deckx L, Buntinx FJ, van den Akker M. Four screening instruments for frailty in older patients with and without cancer: A diagnostic study. BMC Geriatr. 2014;14(1):14-26.
18. Choi YS, Kim MJ, Lee GY, Seo YM, Seo AR, Kim B, et al. The association between frailty and disability among the elderly in rural areas of Korea. Int J Environ Res Public Health 2019 Jul 11;16 (14):2481.
19. Düzgün G, Üstündağ S, Karadakovan A. Assessment of frailty in the elderly. Florence Nightingale J Nurs 2021 Feb 1;29(1):2-8.
20. Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz B, Kujawska-Danecka H, Nowicka-Sauer K, Chudiak A, Dudek K, et al. Assessment of frailty syndrome using Edmonton Frailty Scale in Polish elderly sample. The Aging Male 2019;22(3):177-86.
21. Yang L, Jiang Y, Xu S, Bao L, Parker D, Xu X, et al. Evaluation of frailty status among older people living in urban communities by Edmonton Frail Scale in Wuhu, China: A cross-sectional study. Contemp Nurse 2018 Dec;54(6):630-39.
22. Harttgen K, Kowal P, Strulik H, Chatterji S, Vollmer S. Patterns of frailty in older adults: comparing results from higher and lower income countries using the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) and the Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE). PLoS One 2013;8(10):e75847.
23. Cheng MH, Chang SF. Frailty as a Risk Factor for Falls Among Community Dwelling People: Evidence From a Meta-Analysis. J Nurs Scholarsh 2017;49(5):529-536.
24. Aydın Boylu A, Terzioğlu G. Ailelerin yaşam kalitelerini etkileyen bazı objektif ve subjektif göstergelerin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2008;26(2):1-27.
25. Bilotta C, Bowling A, Nicolini P, Casè A, Pina G, Rossi SV, et al. Older People's Quality of Life (OPQOL) scores and adverse health outcomes at a one-year follow-up. A prospective cohort study on older outpatients living in the community in Italy. Health Qual Life Outcomes 2011 Sep 5;9:72.



A New Epidemic Is At The Door: Monkeypox Virus

Yeni Bir Salgın Kapıda: Monkeypox Virüs

Sevinç SÜTLÜ¹, Binali ÇATAK², A. Selçuk KILINÇ³

Abstract

Monkeypox is a rare infectious disease caused by the monkeypox virus. However, since 1 January 2022, 16,000 cases of monkeypox and 5 deaths have been reported by the World Health Organization from 75 member states. Monkeypox is spreading at an unexpected rate throughout the world. Since there is no specific treatment, awareness studies should be planned for risk groups and the public regarding prevention measures.

Key words: monkeypox virüs, contagious disease, prevention, diagnosis

Özet

Monkeypox, maymun çiçeği virüsü ile oluşan nadir bir enfeksiyon hastalığıdır. Ancak 1 Ocak 2022 tarihinden bu yana Dünya Sağlık Örgütü tarafından 75 üye devletten 16.000 maymun çiçeği vakası ve 5 ölüm bildirilmiştir. Maymun çiçeği hastalığı dünya genelinde beklenmeyen bir hızda yayılmaktadır. Özel bir tedavisi bulunmaması nedeniyle korunma önlemleri konusunda risk grupları ve halka yönelik farkındalık çalışmaları planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: bulaşıcı hastalık, korunma, maymun çiçeği virüsü, tanı

Geliş tarihi / Received: 29.09.2022 Kabul tarihi / Accepted: 29.04.2023

¹Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

²Kars Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi

³Burdur İl Sağlık Müdürlüğü

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Sevinç SÜTLÜ, Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

E-posta: ssutlu@mehmetakif.edu.tr Tel: +905053781458

Sütlü S. Çatak B. Kılınç A.S. *A New Epidemic Is At The Door: Monkeypox Virus*. TJFMPC, 2023; 17 (2) :333-337

DOI: 10.21763/tjfm.1181998

Giriş

Monkeypox, maymun çiçeği virüsü ile oluşan nadir bir enfeksiyon hastalığıdır. İlk kez 1958 yılında araştırma için tutulan maymun kolonilerinde ortaya çıkan çiçek hastalığı benzeri bir salgında keşfedilmiştir. İnsanda ilk maymun çiçeği vakası ise 1970 yılında görülmüştür. Geçmişte görülen çiçek hastalığına benzer semptomlar gösteren ancak çiçek hastalığına göre kliniği daha az şiddetli bir tablo oluşturan, hayvandan insana bulaşan viral bir zoonozdur. Maymun çiçeği olarak adlandırılmasına rağmen hayvan konakları arasında Afrika kemirgenleri ve insan olmayan primatlar bulunmaktadır. Orta ve Batı Afrika'da tropikal yağmur ormanları yakınlarında görülmekle birlikte bu ülkelere yapılan uluslararası seyahatler ve hayvan ithalatının bir sonucu olarak Afrika dışında görülür hale gelmiştir. Ancak 1 Ocak 2022 tarihinden başlayarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 5 bölgesinde 75 üye devletten 16.000 maymun çiçeği vakası ve 5 ölüm bildirilmiştir.¹ Bu, Batı ve Orta Afrika ülkeleriyle doğrudan ya da dolaylı epidemiyolojik bağlantıları olmayan ülkelerde vakaların ve bulaş zincirinin ilk kez ortaya çıktığı bir durumdur.²

Monkeypox virüsünün yapısı

Monkeypox virüsü (MPXV) poxvirüs ailesi içinde orthopoxvirüs cinsinde yer alır. Poxvirüs ailesi, enfekte hücrelerin stoplazmalarında çoğalan geniş, çift sarmallı DNA virüsleridir.^{3,4}

Poxvirüs ailesi chordopoxvirinae ve entomopovirinae olmak üzere 2 alt aileye bölünmüştür. Bunlardan omurgalıları enfekte eden alt cinsleri arasında maymun virüsünün yer aldığı orthopoxvirus da yer almaktadır. Orthopoxvirus ailesinde insanlar için patojen olan dört alt grup belirlenmiştir. Bunlar 1980'lerde eradike edilmiş olan çiçek hastalığı etkeni olan vario major virüsü, variola minör virüsü, sığır çiçeği virüsü ve MPXV'dir. MPXV; elektron mikroskobu ile bakıldığında 200- 400 nm boyutunda, tuğla şeklinde veya oval yapıda görülür. MPXV'nin Batı Afrika ve Orta Afrika olmak üzere iki genetik bölümü tanımlanmıştır.⁵ Böceklerde, sürüngenlerde, kuşlarda ve memelilerde bulunmaları nedeniyle eski virüsler olarak adlandırılırlar.^{6,7,8}

MPXV Hastalığının Klinik Özellikleri

MPXV ile teması takip eden kuluçka süresi 6 ile 13 gün kabul edilmekle birlikte 5-21 gün arasında değişebilmektedir. Hastalık tipik olarak prodromal ve döküntü dönemi olmak üzere 2 aşamalı seyretmektedir.

Prodromal dönem 1- 5 gün sürmektedir. Hastalarda ateş, baş ağrısı, sırt ağrısı, halsizlik, kas ağrıları ve lenfodanepati (LAP) görülmektedir. LAP, MPXV enfeksiyonunu suç çiçeği, kızamık, çiçek gibi benzer hastalıklardan ayırmada önemli bir tanı kriteridir.

Ateşin ortaya çıkmasından 1-3. gün sonra döküntü dönemi başlamaktadır. Döküntüler gövdeden ziyade ekstremite ve yüzü tutma eğilimindedir. Vakaların %95'inde yüz tutulumu, %75'inde el içi ve ayak tabanı, %70'inde oral mukoza, %30'unda genital bölge, %20'sinde konjonktiva ve kornea tutulumu görülmüştür.

Döküntüler sırasıyla makül, papül, vezikül ve püstüllere, sonrasında kuruyup dökülen kabuklara dönüşür. Farklı formlardaki döküntüler aynı zamanda bulunabilmekte, eritem veya hiperpigmente alanlarla çevrilmiş şekilde görülebilmektedir. Döküntüler birkaç taneden birkaç bin adete dek değişen sayılarda olabilmekte, bazı vakalarda döküntüler birleşerek geniş deri alanlarının dökülmesine yol açabilmektedir.^{9,10}

MPXV hastalığı kendi kendini sınırlayabilmekte ve genellikle 2-4 hafta sürmektedir. Şiddetli vakalar daha çok çocuklarda görülmektedir. Virüsle karşılaşma süresi, bireylerin sağlık seviyesi ile komplikasyonlar vakaların seyrini etkilemekte, immün yetmezlik durumları daha kötü seyirlere sebep olabilmektedir. Daha önceki zamanlarda çiçek hastalığına karşı yapılmış aşılarda hastalık gelişimini engelleyebilmektedir. Öte yandan çiçek aşılama kesilmesi sonrası doğmuş bugünün 50-60 yaş kohortu MPXV enfeksiyonuna karşı daha duyarlı olabilmektedir.

MPXV enfeksiyonu komplikasyonları olarak sekonder enfeksiyonlar, bronkopnomoni, sepsis, ensefalit ve görme kaybına giden kornea enfeksiyonları, gastrointestinal tutulum, kusma ve ishal ile dehidratasyon ortaya çıkabilmektedir. Asemptomatik olarak hastalığın geçirilip geçirilmeyeceği bilinmemektedir.^{11,12}

Salgınlarda vaka ölüm oranları %0-11 arasında değişmiştir. Daha çok küçük çocuklar ve genç erişkinlerde meydana gelmiştir. İmmün sistemi baskılanmış olanlarda ciddi hastalık tablosu daha sık görülmüştür. Son zamanlarda vaka ölüm oranının %3-6 arasında değiştiği bildirilmiştir.⁹

Bulaş Yolu

MPXV'nün insandan insana bulaşı cilt veya mukokutanöz lezyonlarla doğrudan temas ile gerçekleşebilmektedir. Bu temas yüz yüze, deri teması, ağız teması, ağızla cilde temas veya solunum damlacıkları şeklinde olabilmektedir. Solunum damlacıklarıyla bulaş için uzun süreli yakın temas gerektiren kısa menzilli aerosollere ihtiyaç bulunmaktadır. Virüs vücuda hasarlanmış deri, mukozal yüzeyler (oral, faringeal, genital) veya solunum yoluyla girebilmektedir.^{13,14}

Enfeksiyöz periyod değişebilmekle birlikte hastalar genellikle deri lezyonları kabuklanana, kabuklar düşüp/dökülüp altından sağlam deri tabakası oluşana dek bulaşıcı kabul edilmektedir. Enfeksiyöz cilt partiküllerinin gıysi veya

çarşaf lar yoluyla çevreye yayılmasının sonucu olarak insanlara bulaş meydana gelebilmektedir. Buna *formit* bulaşı denilmektedir. Giysi veya çarşaf ların silkelmesiyle partiküller havaya dağılmakta; solunum veya hasarlı deri-mukozal düzeyler vasıtasıyla bulaş görülebilmektedir. Ayrıca bir sağlık personelinin kontamine yatakla teması sonrası MPXV hastalığına yakalandığı rapor edilmiştir.¹⁵ Solunum yoluyla bulaş için yakın temas ve uzun süre maruz kalım gerekmektedir. Birkaç vakada hastaların semeninde virüs bulunmuştur. Ancak seminal veya vaginal sıvılar yoluyla cinsel bulaşın gerçekleşme durumu tam olarak anlaşılamamıştır.^{16,17} Virüsün gebelikte transplasental olarak fetüse geçişi ve konjenital enfeksiyon oluşumu görülebilmektedir.¹⁸

Sürveyans Vaka Tanımları

DSÖ tarafından vaka tanımları yayınlanmakta ve salgın süresince yeni veriler ışığında güncellenmektedir.²

Şüpheli vaka: 1 Ocak 2022 tarihinden itibaren açıklanamayan akut döküntüsü veya diğer akut cilt lezyonlarıyla başvuran herhangi bir yaştaki kişi

VE

Aşağıdaki belirti ve semptomlardan bir veya birkaçının varlığı;

- Baş ağrısı
- Ani başlangıçlı ateş (38,5 ° C)
- Lenfadenopati
- Myalji
- Sırt ağrısı
- Derin halsizlik

VE

Suçiçeği, zoster, herpes zoster, herpes simpleks, kızamık, bakteriyel cilt enfeksiyonları, yaygın gonokokal enfeksiyonlar, frengi, şankroid, lenfograduloma venorum, granuloma inguinale, molluscum contagiosum, alerjik reaksiyonlar ve diğer bilinen papüler ve veziküler döküntü nedenleriyle açıklanamayan akut döküntü veya deri lezyonları.

Vakayı şüpheli olarak sınıflandırmak için sık görülen nedenlere yönelik negatif laboratuvar testi görülme zorunluluğu bulunmamaktadır. Ayrıca hikâye/klinik bulgular veya şüpheli temas varlığında döküntü nedeni olan alternatif patojenin tanımlanması ko-enfeksiyon görülebileceği için MPXV araştırmaya engel değildir.

Olası vaka: şüpheli vaka kriterlerini karşılamak

VE

Aşağıdakilerden bir veya birkaçının bulunması,

- Semptomların başlamasından 21 gün öncesinde olası veya doğrulanmış MPXV vakasıyla epidemiyolojik bir bağlantı varlığı (uzun süre yakın mesafede solunum maruziyeti, sağlık personelinin kişisel koruyucu ekipman kullanmadan teması; cinsel temas dahil cilt ve cilt lezyonlarıyla doğrudan fiziksel temas; giysi, yatak çarşaf ları, mutfak eşyaları gibi kontamine materyalle temas gibi)
- Semptomların başlamasından 21 gün öncesinde birden fazla veya tanımadığı kişilerle cinsel ilişkide bulunmuş olmak
- Çiçek, MPXV veya diğer OPXV türlerine karşı yakın zamanda yapılmış aşılama olmadan; saptanabilir düzeyde anti-orthopoxvirüs (OPXV) IgM antikorun bulunması (döküntülerin başlamasının takip eden 4-56 gün arasında); veya akut (5-7 güne kadar) ve nekahat dönemi (21. günden itibaren) örneklerinde Ig G düzeylerinde 4 kattan fazla artış gözlemlenmesi
- OPXV enfeksiyonuna yönelik pozitif test sonucunun olması (MPXV dışı OPXV'e özgü PCR pozitifliği)

Doğrulanmış Vaka:

Gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu ve/veya sekanslama ile MPXV'nün özgün viral DNA dizininin laboratuvar da tespiti

Ekarte edilmiş vaka:

Lezyon sıvıları, deri numuneleri veya yara kabuklarından yapılan laboratuvar analizlerinde MPXV spesifik PCR ve/veya sekansların negatif bulunduğu şüpheli veya olası vakalar

Bu durumun tersine geriye doğru tespit edilmiş olan olası vakalardan kabukların dökülmesi nedeniyle numune alınamayan ya da PCR (+) sonuç bulunan numunesi olmayanlar olası vaka olarak takibe devam edilecektir.

Bu tanımlamalar vakaların tespiti ve enfeksiyon zincirinin kırılmasının sağlanması amacıyla yapılmıştır. Halk sağlığına aşırı yük bindirecek, teşhis ve tedavi kaynaklarını zora sokacak aşırı hassas tanımlardan kaçınılmıştır.

SÜRVEYANS

Günümüz mevcut şartlarında sürveyans ve vaka araştırmaları ile enfeksiyon kümelenmeleri ve enfeksiyon kaynaklarını mümkün olan en kısa sürede tespit etmek ve sonrasında optimal klinik bakımı sağlamak; bulaşı engellemek için vakaları izole etmek; enfeksiyonun erken belirtilerini tanıyabilmek için temaslıları belirlemek, yönetmek ve takip etmek; sağlık çalışanlarını korumak; risk gruplarını belirlemek; en yaygın olarak bilinen bulaş yollarına yönelik kontrol ve önleme tedbirlerini belirlemek hedeflenmektedir.

Tek bir maymun çiçeği vakası bile salgın olarak kabul edilmektedir.

Sürveyans kalitesini izlemek için; eksiksiz olarak demografik bilgileri toplanmış vakaların oranı, yapılan laboratuvar testlerinde şüpheli vakaların oranı, eksiksiz klinik ve risk faktörü bilgisi olan vakaların oranı kullanılmalıdır.²

TANI

Bulaş zincirinin kırılabilmesi ve salgının durdurulabilmesi için enfeksiyonun zamanında ve doğru bir şekilde tanımlanmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Bu da laboratuvar testleri ile mümkün olabilmektedir.

MPXV enfeksiyonunun doğrulaması virüse özgü DNA dizinlerinin saptanması için gerçek zamanlı veya geleneksel polimeraz zincir reaksiyonu (polymerase chain reaction-PCR) kullanılarak nükleik asit amplifikasyonu testi ile yapılmaktadır.

Numune cilt lezyonlarından alınmalıdır. Eksüda sürüntüleri, lezyon yüzeyi ve kabukları numune almak için uygun yerlerdir.

MPXV spesifik Ig M hastalığın 5. gününde, Ig G pozitifliği ise 8. gününde alınan serumlarda tespit edilebilir.^{10,19}

TEDAVİ

Destekleyici bakım, sekonder enfeksiyonların engellenmesi ve semptomatik yönetim ana önerilerdir. iek hastalığı için geliştirilen tekovirimat isimli ilaç 2022 yılında Avrupa İlaç Ajansı tarafından lisanslanmış olmakla birlikte yaygın kullanımı bulunmamaktadır. Ağır hastalık seyrine sebep olan immün yetmezlik durumlarında önerilmektedir.^{9,10,20}

ÖNLEME ve KORUNMA

İnsandan insana bulaşı engellemek için, sürveyans ve yeni vakaların hızlı tanılanması kritik öneme sahiptir. Enfekte kişilerle yakın temas en önemli risk faktörüdür. Enfekte kişilerin cilt döküntüleri ve kişisel malzemeleri ile temastan kaçınılmalıdır. Enfekte kişiyle aynı evde yaşayan ve onlardan numune alıp bakımlarını veren sağlık çalışanları en yüksek riske sahip olan gruptur. Özellikle numune alan sağlık çalışanlarının kişisel koruyucu ekipman kullanması sağlanmalıdır. iek hastalığına karşı kullanılmış olan aşıнын %85 oranında çapraz koruyuculuğu olduğu bilinmektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının iek virüsüne karşı aşılanması önerilmektedir.^{9,21,22}

Zoonotik bulaşı engellemek için yabani hayvanlarla özellikle hasta ve ölü hayvanlarla korumasız temastan kaçınılmalıdır. Hayvan eti ve parçalarının iyi şirilerek tüketilmesi gerekmektedir. Özellikle endemik bölgelerde primat ve kemirgenlerle temastan kaçınılmalıdır.^{9,22}

AŞILAMA

Gözlemsel çalışmalarda iek virüsü aşılarına karşı geliştirilmiş aşıların MPXV enfeksiyonlarına karşı %85 koruyucu olduğu bildirilmiştir. iek hastalığının dünya üzerinden eradikasyonunu takiben cilt üzerine çizilerek uygulanan birinci nesil aşıların halka açık kullanımı sonlandırılmıştır. Modifiye edilmiş atenüe aşı suşlarına (Ankara suşu) karşı geliştirilen bir MPXV aşısı 2019 yılında onay almıştır. Bulunabilirliği sınırlı kalmış bir aşı olup iki doz olarak uygulanmaktadır.²³⁻²⁵

Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) tarafından lisanslanmış iki adet aşı bulunmaktadır; ACAM 2000 ve JYNNEOS.

ACAM 2000 replikasyon yetkinliği olan canlı bir virüs aşısıdır. atallı bir iğne ile çoklu delikler oluşturularak perkutan uygulanır. Bağışıklık gelişimi maksimum 4 hafta sürer.

JYNNEOS insan hücrelerinde etkin bir şekilde oğalamayan canlı virüs aşısıdır. Dört hafta arayla 2 kez subkutan uygulanması önerilir. Bağışıklık 2. dozun uygulanmasından 2 hafta sonra gelişir.²⁶

Sonuç olarak, maymun çiçeği hastalığı dünya genelinde beklenmeyen bir hızda yayılmaktadır. Özel bir tedavisi bulunmaması nedeniyle risk faktörleri konusunda farkındalığı arttırmak, virüse maruziyeti azaltmak için alınması gereken önlemleri belirlemek ve bu konuda eğitimler yapmak önlemenin temel unsurlarını oluşturmaktadır.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). Multi-country monkeypox outbreak: situation update. <https://www.who.int/news-room/speeches/item/who-director-general-s-statement-on-the-press-conference-following-IHR-emergency-committee-regarding-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox--23-july-2022>. (accessed June 25, 2022)
2. World Health Organization (WHO). Surveillance. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Surveillance-2022.2>. (accessed June 25, 2022)
3. Barrett J.W., McFadden G. Origin and Evolution of Viruses. Elsevier Ltd.; Singapore: 2008. Origin and Evolution of Poxviruses; pp. 431–446.
4. Hughes A.L., Irausquin S., Friedman R. The evolutionary biology of poxviruses. *Infect. Genet. Evol.* 2010; 10:50–59. doi: 10.1016/j.meegid.2009.10.001SS
5. Diven D.G. An overview of poxviruses. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2001;44:1–16. doi: 10.1067/mjd.2001.109302.
6. Odom M.R., Curtis Hendrickson R., Lefkowitz E.J. Poxvirus protein evolution: Family wide assessment of possible horizontal gene transfer events. *Virus Res.* 2009; 144:233–249. doi: 10.1016/j.virusres.2009.05.006.
7. Lefkowitz E.J., Wang C., Upton C. Poxviruses: Past, present and future. *Virus Res.* 2006; 117:105–118. doi: 10.1016/j.virusres.2006.01.016.
8. Faye O, Pratt CB, Faye M, et al. Genomic characterisation of human monkeypoxvirus in Nigeria. *Lancet Infect Dis* 2018;18:246.
9. World Health Organization (WHO). Monkeypox Key facts. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/monkeypox>. (accessed June 28, 2022)
10. Petersen, Eskild, et al. "Human monkeypox: epidemiologic and clinical characteristics, diagnosis, and prevention." *Infectious Disease Clinics* 2019; 33.4: 1027-1043.
11. Gordon SN, Cecchinato V, Andresen V, et al. Smallpox vaccine safety is dependent on T cells and not B cells. *J Infect Dis*, 2011;203:1043–53.
12. Huhn GD, Bauer AM, Yorita K, et al. Clinical characteristics of human monkeypox, and risk factors for severe disease. *Clin Infect Dis*, 2005; 41:1742–51.
13. Nolen LD, Osadebe L, Katomba J, et al. Extended human-to-human transmission during a monkeypox outbreak in the Democratic Republic of the Congo. *Emerg Infect Dis*, 2016; 22:1014–21.
14. Damon IK. Status of human monkeypox: clinical disease, epidemiology and research. *Vaccine* 2011;29(Suppl 4): D54–9.
15. World Health Organization (WHO). Clinical management and infection prevention and control for monkeypox: Interim rapid response guidance, 24 June 2022. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Clinical-and-IPC-2022.1> (accessed June 28, 2022).
16. Antinori A, Mazzotta V, Vita S, et al. Epidemiological, clinical and virological characteristics of four cases of monkeypox support transmission through sexual contact, Italy, May 2022. *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin* 2022; 27: 2200421.
17. Noe, S. Z., et al. Clinical and virological features of first Monkeypox cases in Germany. *Research square*, 2022. DOI:10.21203/rs.3.rs-1725831/v1.
18. Mbala PK, Huggins JW, Riu-Rovira T, et al. Maternal and Fetal Outcomes Among Pregnant Women With Human Monkeypox Infection in the Democratic Republic of Congo. *J Infect Dis* 2017; 216: 824–8.).
19. World Health Organization (WHO). Laboratory testing for the monkeypox virus: Interim guidance. 2022; published online May 23. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-laboratory-2022.1> (accessed June 21, 2022).
20. Center for Disease Control and Prevention.(CDC). Clinical Guidance for the Treatment of Monkeypox <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/treatment.html>. (accessed June 29, 2022)
21. Fine PE, Jezek Z, Grab B, et al. The transmission potential of monkeypox virus in human populations. *Int J Epidemiol* 1988; 17:643–50.
22. Center for Disease Control and Prevention. (CDC). Isolation and Prevention Practices for People with Monkeypox. <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/prevention.html>. (accessed June 30, 2022).
23. Neff, John, et al. Monitoring the safety of a smallpox vaccination program in the United States: report of the joint Smallpox Vaccine Safety Working Group of the advisory committee on immunization practices and the Armed Forces Epidemiological Board. *Clinical infectious diseases*, 2008, 46.Supplement_3: S258-S270.
24. Gilchuk I, Gilchuk P, Sapparapu G, et al. Cross-neutralizing and protective human antibody specificities to poxvirus infections. *Cell* 2016; 167:684–94.
25. World Health Organization (WHO). Vaccines and immunization for monkeypox: Interim guidance <https://www.who.int/publications/i/item/who-mpx-immunization-2022.1>. (accessed June 30, 2022)
26. Center for Disease Control and Prevention. (CDC). Monkeypox Vaccine Information for Healthcare Professionals. <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/considerations-for-monkeypox-vaccination.html>. (accessed June 30, 2022)