



Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

Year 2024 / September / Volume 18 / Issue 3 / e-ISSN: 1307-2048

Official Journal of Family Medicine Academy

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

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

Electronic Journal (e-ISSN: 1307-2048)

Owner/ İmtiyaz Sahibi

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

Editor in Chief/ Baş Editör

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

E-mail

tjfmpe@gmail.com

Tel: 90-507-2618148

Publisher/Yayıncı

Aile Hekimliği Akademisi Derneği

Publisher Address/Yayıncı Adresi

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

Kapak görseli; Doç.Dr.Özden Gökdemir'e 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 Çıtil (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	Serpil 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 Kırca	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	Tamer Tetiker
Ayla Uzunchek	Erol Kesiktaş	İlknur Aydın Avcı	Onur Öztürk	Taşkın Ketenci
Aylin Yalçın İrmak	Ertan Mert	İlknur Yeşilçinar	Orçun Yalav	Timur Ekiz
Aynur Çetinkaya	Esat Veli Karakoç	İrfan Yurdabakan	Orhan Murat Koçak	Tijen Şengezer
Aysun Ardiç	Esra Ataoglu	İshak Aydemir	Özge Tuncer	Tolga Günvar
Ayşe Serpen	Esra Çalık Var	İzzet Fidancı	Özgür Enginyurt	Tonguç Berkol
Ayşe Semra Demir Akca	Eyüp Gencel	Kadir Özdel	Özlem Bulantekin	Tuba Özaydın
Ayşegül Özcan	Ezgi Ağadayı	Kevser Tarı Selçuk	Düzalan	Tuğba Yıldırım
Ayşegül Yolga Tahiroğlu	Ezgi Özyılmaz	Kurtuluş Öngel	Özlem Çınar Özdemir	Tunay Sarpel
Bahadır Yazıcıoğlu	Fatma Sayiner	Kürşad Akadlı Özşahin	Özlem Güner	Tunç Ozan
Bediye Öztaş	Ferda Dağlı	Mahcubec Cubukcu	Özüm Erkin	Turan Set
Behice Kurtaran	Ferdi Tanır	Melihat Demirbilek	Papatya Karakurt	Umut R. Gündüz
Bektaş Murat Yalçın	Fahri Özsungur	Mehmet Akman	Pemra C. Ünal	Ülken Tunga Babaoğlu
Berrin Telatar	Fatma Gökşin Cihan	M. Mümtaz Mazcıoğlu	Ramazan Akçan	Ümit Aydoğan
Bihter Akın	Fevziye Çetinkaya	Mehmet Karakaş	Recep Civan Yüksel	Veli Duyan
Bilge Sümbül	Fevziye Toros	Mehmet Sargın	Recep Erol Sezer	Vildan Mevsim
Bilgen Başkut	Figen Turan	Mehmet Özen	Refik BURGUT	Volkan İzol
Bilgin Yüksel	Fikret Bademkiran	Mehmet Uğurlu	Rengin Güzel	Yasemin Çayır
Binali Çatak	Filiz Adana	Mehmet Ungan	Reşat Dabak	Yasemin Korkut
Biroi Güvenç	Filiz Polat	Mehtap Evran	Rıza Çıtlı	Yasin Şahintürk
Burcu Avcıbay	Fisun Sözen	Mehtap Kartal	Ruhuşen Kutlu	Yavuz Selim Yıldırım
Burcu Ceylan	Funda Pınar Çakıroğlu	Melihat Akdeniz	Rukuye Aylaz	Yeliz Mercan
Burcu Kayhan Tetik	Funda Yıldırım Baş	Melihat Demirbilek	Saliha Bozdoğan Yeşilot	Yeltekin Demirel
Cahit Özer	Fusun Ersoy	Meryem Fırat	Sami hatipoğlu	Yener Aydın
Can Öner	Gamze Özcürümez	Meryem Öztürk Haney	Seçil Günher Arıca	Yeşim Uncu
Canan Kaş Güner	Bilgili	Mesut Sancar	Sedat Kuleci	Yeter Durgun Ozan
Cem Doğan	Giray Kolcu	Mete Korkut Gülmen	Sedef Kuran	Yiğit Akın
Cengiz Eser	Gonca Karataş Karakuş	Metin Ocak	Selahattin Gelbal	Yusuf Karataş
Cevriye Cansız Ersöz	Gonca Polat	Meyreme Aksoy	Selçuk Mistik	Yusuf Çetin Doğaner
Cüneyt Karaaslan	Gökhan Tümgör	Mikail Özdemir	Selim Kadioğlu	Yüksel Ersoy
Çiçek Hocoaoğlu	Gökmen Özceylan	Mustafa Çelik	Selma Çivi	Yüksel Ufuktepe
Çiğdem Apaydın Kaya	Göknur Kalkan	Mustafa Erol	Semiha Aydın Özkan	Zeynep Güngörmüşler
Cihangir Özcan	Gözde Gökçe İşbir	Mustafa Fevzi Dikici	Semra Çelikli	Zeynep Tuzcular Vural
Çanturk Capık	Gülşah Yılmaz	Muhammed Oylumlu	Semra Saruç	Zuhal Sağlam
Damla Bayrak	Gülendam Karadağ	Muhammet Bayraktar	Serap Daşbaş	
Deniz Çalışkan	Gülbin Gökçay	Muhteşem Erol Yayla	Serap Çifçili	
Deniz Tanyer	Gülcan Arusoğlu	Nafiz Bozdemir	Serdar Gürel	

International Editorial Board

Afshin Peyrovani, Iran	P.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 Manuel 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. Araştırmacının 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 tjfmipc@gmail.com e mail adresine gönderilmelidir.

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

Yazı hazırlama kuralları:

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

Bir yazı şu bölümlerden oluşmalıdır:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yabancı dilde yayımlanan kitap:

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

Türkçe kitap:

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

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

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

Çeviri kitap:

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

Letter to The Editor

1. An Evaluation on the Concepts of Healthy Life, Healthy Life Tourism, and Healthy Life Medicine
Salih Kenan ŞAHİN, Yeter USLU, Emre YILMAZ
TJFMPC, 2024; 18 (3) :236-248 DOI: 10.21763/tjfmpe.1400113

Original Research

2. The Follow-up of the Anxiety Levels of the Elderly During the 'COVID-19' Pandemic: A Prospective Primary Care Study
Öznr Kübra ODABAŞ, Ezgi AĞADAYI, Duygu AYHAN BAŞER
TJFMPC, 2024; 18 (3):249-258 DOI: 10.21763/tjfmpe.1362999
The Relationship Between Pandemic Anxiety and Mother-Baby Battle and Postpartum Depression
Meryem ÖZTÜRK HANEY, Arda ŞENYİĞİT, Gülbahar ÇELİK, Doğuhan ÇİL, Mehmet Birhan YILMAZ
TJFMPC, 2024; 18 (2) :139-147 DOI: 10.21763/tjfmpe.1280949
3. Assessment Of The Scale And Reasons Of Violence Towards Family Physicians And Family Health Staff In Edirne Province
Serap KARSLI, Zümrüt YILAR ERKEK
TJFMPC, 2024; 18 (3) :259-267 DOI: 10.21763/tjfmpe.1403215
4. The Effect Of Genital Hygiene Training Provided To Women With A History Of Vulvovaginal Candidiasis On Genital Hygiene Behaviors And Self-Care Agency
Esra SABANCI BARANSEL, Tuba UÇAR, Sibel AKGÜL KARTAL
TJFMPC, 2024; 18 (3) :268-275 DOI: 10.21763/tjfmpe.1407750
5. Vaccine Hesitancy and Opposition; Healthcare Professionals Opinion in a University Hospital in Turkey in COVID-19 Pandemic
Ahmet Gürhan POÇAN, Meriç Yavuz ÇOLAK
TJFMPC, 2024; 18 (3) :276-284 DOI: 10.21763/tjfmpe.1259730
6. Breastfeeding Related Posts on Instagram: A Content Analysis
Serpil ABALI ÇETİN, Şeyda BİNAY YAZ, Hale SEZER
TJFMPC, 2024; 18 (3) :285-292 DOI: 10.21763/tjfmpe.1363562
7. Reproductive Autonomy Scale: Turkish Validity and Reliability Study
Rukiye SULU DURSUN, Ebru GOZUYESİL
TJFMPC, 2024; 18 (3) :293-302 DOI: 10.21763/tjfmpe.1369040
8. Investigation Of The Factors Causing Fear Of Birth In Pregnant Women
Zeynep ASLAN HİŞMİOĞULLARI, Hüseyin AKSOY
TJFMPC, 2024; 18 (3) :303-311 DOI: 10.21763/tjfmpe.1410785
9. The Relationship Between Students' Attitudes Towards Violence Against Women And Their Depression
Nurdilan ŞENER ÇETİN, Ayşe Nur YILMAZ, Maral KARGIN
TJFMPC, 2024; 18 (3):312-320 DOI: 10.21763/tjfmpe.1280900
10. Assessing Compliance with Driver Behavior Improvement Training (DBET): A Study on ADATC Data
Neşe Burcu BAL
TJFMPC, 2024; 18 (3) :321-326 DOI: 10.21763/tjfmpe.1410008
11. Turkish Validity and Reliability of Family Eating and Activity Habits Questionnaire
Gizem ASLAN, Hatice KURDAK, İlker ÜNAL
TJFMPC, 2024; 18 (3) :327-335 DOI: 10.21763/tjfmpe.1402728
12. The Relationship Between The Self-Care Agency And Psychological Well-Being Of Elderly Individuals:
An Example Of A Nursing Home
Burak HAYIRKUŞ, Ahmet ÇAPAR
TJFMPC, 2024; 18 (3) :336-345 DOI: 10.21763/tjfmpe.1423785
13. The Effect of Cognitive Flexibility and Cognitive Emotion Regulation of Women in the Early Postpartum Period on Their Maternal Role: A Cross-Sectional Web-Based Study
Habibe BAY ÖZÇALIK, Süreyya KILIÇ, Sema DERELİ YILMAZ
TJFMPC, 2024; 18 (3) :346-356 DOI:10.21763/tjfmpe.1396608
14. The Effect Of Weight Loss With Lifestyle Changes On LDL Cholesterol: Retrospective Cohort Study
Hülya GÜÇ, Neslişah GÜREL KÖKSAL, Mehmet SARGIN
TJFMPC, 2024; 18 (3) :357-363 DOI: 10.21763/tjfmpe.1412471
15. Investigation Of The Relationship Between Fatalism and Cancer Screening Attitudes of Women Applying to a Family Health Center
Neşe İŞCAN AYYILDIZ, Hasan EVCİMEN
TJFMPC, 2024; 18 (3) :364-370 DOI: 10.21763/tjfmpe.1381248
16. The Evaluation of Women's Domestic Violence Awareness, Attitudes to Violence and Coping Attitudes
Ayşe İNEL MANAV, Derya ATİK, Ejdane COŞKUN, Adile BOZKURT TONGUÇ
TJFMPC, 2024; 18 (3) :371-380 DOI: 10.21763/tjfmpe.1358466
17. Knowledge and Attitudes of Family Physician Residents About Human Papillomavirus Vaccines
Aslıhan Şahin, İlayda Su Büber Düztaş, Elçin Keser, Eda Sarı Koç, Dilek Yılmazlı, Kurtuluş Öngel, Haluk Mergen, Eda Karadağ Öncel
TJFMPC, 2024; 18 (3) :381-387 DOI: 10.21763/tjfmpe.1363517



Letter to the editor / Editöre mektup

An Evaluation on the Concepts of Healthy Life, Healthy Life Tourism, and Healthy Life Medicine

Sağlıklı Yaşam, Sağlıklı Yaşam Turizmi ve Sağlıklı Yaşam Hekimliği Kavramları Üzerine Bir Değerlendirme

Salih Kenan ŞAHİN¹, Yeter USLU², Emre YILMAZ²

Abstract

The increase in life expectancy and the rise in chronic diseases require different approaches to health. The root cause of chronic diseases is related to lifestyle and lifestyle change is the first priority in treatment plans at all stages. This increases the need for studies on healthy lifestyle. Healthy lifestyle medicine is practiced by teams of health professionals such as physicians, dieticians, physiotherapists, nurses, and psychologists instead of an individual approach. The service is not limited to the health facility, but all areas of life are targeted. Healthy life tourism has emerged as a new type of tourism that involves traveling to different regions to improve the health and well-being of individuals. Instead of diseases, diagnoses and medicines, healthy individuals and individualized natural health approaches come to the fore. However, there is no standardization and consensus in this field yet. The concepts of holistic medicine, functional medicine, and healthy lifestyle medicine are just taking shape. These approaches lead to new perspectives and needs regarding education, practice, and health professions. Current medical and health sciences education is insufficient in this regard. Diversifying medical education is one solution. As a type of medical education, healthy life medicine seems to be a solution. Healthy life medicine aims at improving the lifestyles and health habits of individuals by going beyond traditional medical approaches. The realization of the regulations related to this profession will also support the academic studies on healthy life and will enable the improvement of the quality and content of activities related to healthy living. In this study, the concepts of healthy life, healthy life tourism, and healthy life medicine will be discussed, and it will be examined how healthy life is more than just a physical condition, how it can be used to increase the quality of life and well-being of individuals, and how it can contribute to the health goals of societies.

Key Words: Healthy life, Health tourism, Healthy life medicine

Özet

Beklenen yaşam süresindeki artış ve kronik hastalıklardaki yükseliş, sağlık konusunda farklı yaklaşımları gerektirmektedir. Kronik hastalıkların kök sebebi yaşam biçimi ile ilişkilidir ve tüm evrelerdeki tedavi planlarında yaşam biçimi değişikliği ilk sıradadır. Bu durum sağlıklı yaşam tarzı konusundaki çalışmalara ihtiyacı artırmaktadır. Sağlıklı yaşam tıbbi bireysel yaklaşım yerine hekim, diyetisyen, fizyoterapist, hemşire, psikolog gibi sağlık profesyonellerince oluşacak takımlar ile uygulanmaktadır. Hizmet sağlık tesisi ile sınırlanmamakta, tüm yaşam alanları hedeflenmektedir. Sağlıklı yaşam turizmi ise bireylerin sağlık ve refahlarını geliştirmek için farklı bölgelere seyahat etmeyi içeren yeni bir turizm türü olarak ortaya çıkmıştır. Hastalık, teşhis, ilaç, yerine sağlıklı birey ve bireye özel doğal sağlık yaklaşımları öne çıkmaktadır. Ancak bu alanda henüz standardizasyon ve uzlaşma yoktur. Bütüncül tıp, fonksiyonel tıp, sağlıklı yaşam tarzı tıbbi kavramları yeni yeni şekillenmektedir. Bu yaklaşımlar, eğitim, uygulama ve sağlık meslekleri ile ilgili yeni bakış açıları ve ihtiyaçlara yol açmaktadır. Mevcut tıp ve sağlık bilimleri eğitimleri bu konuda yetersiz kalmaktadır. Tıp eğitimi çeşitlendirmek çözümlerden biri olabilir. Tıp eğitiminin bir çeşidi olarak da sağlıklı yaşam hekimliği dikkat çekmektedir. Sağlıklı yaşam hekimliği, geleneksel tıp yaklaşımlarının ötesine geçerek bireylerin yaşam tarzlarını ve sağlık alışkanlıklarını iyileştirmeyi hedeflemektedir. Bu meslekle ilgili düzenlemelerin hayata geçirilmesi, sağlıklı yaşam akademik çalışmalarını da destekleyecek, sağlıklı yaşamla ilgili faaliyetlerin kalitesinin ve içeriğinin iyileştirilmesine imkân sağlayacaktır. Bu çalışmada sağlıklı yaşam, sağlıklı yaşam turizmi ve sağlıklı yaşam hekimliği kavramları ele alınarak; sağlıklı yaşamın sadece fiziksel bir durumdan çok daha fazlasını ifade ettiği, bireylerin yaşam kalitesini ve iyilik halini artırmada nasıl kullanılabileceği ve toplumların sağlık hedeflerine nasıl katkı sağlayabileceği de incelenecektir.

Anahtar Kelimeler: Sağlıklı yaşam, Sağlık turizmi, Sağlıklı yaşam hekimliği

Geliş tarihi / Received: 04.12.2023 Kabul tarihi / Accepted: 25.05.2024

¹ İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

² İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Yeter USLU. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Göztepe Mh. Atatürk Cd. No:40 Beykoz/İSTANBUL E-posta: yuslu@medipol.edu.tr Tel: +90532 557 69 73

Şahin SK, Uslu Y, Yılmaz E. *An Evaluation on the Concepts of Healthy Life, Healthy Life Tourism, and Healthy Life Medicine*. *TJFMPC*, 2024; 18 (3) :236-248

DOI: 10.21763/tjfmpe.1400113

Giriş

Yirmi birinci yüzyılın başından itibaren kronik hastalıkların artışı, sağlık sistemleri üzerinde büyük bir yük oluşturarak sağlığın sürdürülebilmesi ve teşvik edilmesi konusundaki zorlukları da beraberinde getirmiştir. Sağlıklı yaşam, insanların sadece uzun ömürlü olmalarını değil, aynı zamanda yaşam süreleri boyunca yaşam kalitelerini ve iyilik hallerini en üst seviyeye çıkarmalarını hedeflemektedir.¹ Sağlıklı yaşam turizmi, bireylerin sağlık ve refah düzeylerini geliştirmek için farklı bölgelere seyahat etmelerini içeren yeni bir turizm türü olarak ortaya çıkmıştır. Bireyler, tatil deneyimlerini sadece dinlenme ve eğlence ile sınırlı görmemekte, aynı zamanda sağlık düzeylerini iyileştirmeye ve korumaya da odaklanmaktadır. Sağlık destinasyonları, termal ve spa hizmetlerinden yoga kamplarına kadar çeşitli seçenekler sunarak bireylerin sağlık ve refahlarını iyileştirmeyi amaçlar.² Sağlıklı yaşam hekimliği ise, geleneksel tıp yaklaşımlarının ötesine geçerek bireylerin yaşam tarzlarını ve sağlık alışkanlıklarını iyileştirmeyi hedeflemektedir. Bu yaklaşım, bireylerin hastalıkları tedavi etmeye odaklanmaktan ziyade hastalıkların önlenmesine ve sağlıklı yaşam biçimlerinin teşvik edilmesine yardımcı olur. Sağlıklı yaşam hekimleri, bireylerin beslenme, egzersiz, stres yönetimi gibi sağlık faktörlerini nasıl optimize edebileceklerine dair rehberlik yapar.³

Bu çalışmada sağlıklı yaşam, sağlıklı yaşam turizmi ve sağlıklı yaşam hekimliği kavramları ele alınarak sağlıklı yaşamın sadece fiziksel bir durumdan çok daha fazlasını ifade ettiği, bireylerin yaşam kalitesini ve iyilik halini artırmada nasıl kullanılabileceği ve toplumların sağlık hedeflerine nasıl katkı sağlayabileceği incelenecektir. Ayrıca gelecekteki araştırma, uygulama ve politika geliştirme açısından potansiyel fırsatları da vurgulamaktadır.

Sağlık ve Hastalık

Sağlık kavramı bireyin beden, zihin, ruh, enerji gibi tüm boyutlarda iyilik halinde olmasını ifade etmektedir. Fiziksel, zihinsel, duygusal, duygusal ve sosyal olarak oldukça geniş bir yelpazeyi kapsayan sağlık, iyileşebilme, değişimlere uyum sağlayabilme, büyüyebilme ve yaşlanabilme yeteneği olarak da tanımlanmaktadır.⁴ Sağlık ve hastalık iç içe geçmiş birbirini tamamlayan iki kavramdır. Sağlık; hastalıktan uzak, fiziksel, zihinsel, duygusal denge ve iyi bir durum iken, hastalık ise bu denge ve iyilik halinin bozulmasıdır. Hastalık sağlığın bozulduğu bir durumu temsil eder ve çeşitli nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir. Sağlık ve hastalık arasındaki bu denge hem bireyin yaşam kalitesini hem de toplum sağlığını önemli ölçüde etkiler. Dolayısıyla, bu kavramların doğru anlaşılması ve yönetilmesi elzem konulardır.⁵

Yakın tarih, sağlık alanındaki olağanüstü gelişmelere şahitlik etmiştir. Sanayi devrimi sonrasında yaşanan bilimsel ilerlemeler, mikrobiyolojik keşifler, hijyen önlemleri toplum sağlığını büyük ölçüde iyileştirmiştir. Büyük salgınlar önlenerek mikrobik hastalıklardan ölümler azalmıştır. Anestezinin ve cerrahi tekniklerin gelişmesi, farmakoloji ve kimya alanındaki ilerlemeler, aşıların ve bağışıklığın anlaşılması gibi faktörler de önemli ilerlemelere yol açmıştır. Kan grupları, aşılar ve bağışıklık ile ilgili gelişmeler, dijital teknolojilerin etkin kullanılması tıp alanında önemli başarıları ortaya koymuştur.⁶ İleri tıbbi tedaviler, sağlık hizmetlerine erişimin genişlemesi, sağlık eğitiminin yaygınlaşması gibi etkenler ile birçok hastalık kontrol altına alınmıştır. Bebek ölüm hızının düşmesi, doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması ve yaşam kalitesinin artması sağlık alanındaki başarıların somut birer göstergesidir.⁷

Kronik Durumlar

Modern tıbbın başarılarına ve sağlık alanında elde edilen ilerlemelere rağmen kronik hastalıklar artarak devam etmektedir. Kronik durumlar ya da bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH) olarak da ifade edilen kronik hastalıklar, uzun süreli olup, bazıları yaşam boyu devam etmektedir. Hipertansiyon, diyabet, obezite, romatizmal hastalıklar, kronik solunum yolu hastalıkları başlıca kronik hastalıklardır.⁸ Yaşamın ilerleyen dönemlerinde birçok insan, kronik sağlık sorunlarıyla karşılaşabilmektedir. Ancak giderek tüm yaş gruplarından, bölgelerden ve ülkelerden insanlar BOH'dan etkilenmektedir. Bu koşullar genellikle ileri yaş gruplarıyla ilişkili olsa da kanıtlar yıllık 17 milyon BOH ölümünün 70 yaşından önce meydana geldiğini göstermektedir. Bu erken ölümlerin %86'sının düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği tahmin edilmektedir.⁸

Kronik durumları hastalık olarak görmeyen yaklaşımlar da mevcuttur. Bu yaklaşımlara göre, yüksek kan şekeri veya yüksek tansiyon gibi semptomlar, vücudumuzda dengenin bozulduğunu veya bir sorunun olduğunu ifade etmektedir. Başka bir deyişle semptomlar yolunda gitmeyen durumlar için bedenimizin alarmıdır. Bedenin verdiği sinyalleri doğru anlamlandırmak ve altında yatan kök nedenleri keşfetmek için semptomlar fırsat olarak değerlendirilebilir. Gerçek bir iyileşme, kök nedenin ortadan kaldırılması ve vücudun dengesinin korunması ile mümkündür. Hastalıkların önlenmesi, sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirmek, refahı desteklemek ve yaşam kalitesini yükseltmek için de kritik bir adımdır.⁹ Kronik sağlık sorunlarının temelinde küreselleşen olumsuz yaşam tarzı faktörleri yer almaktadır.⁸ Sağlığı koruma imkanlarının oluşmadığı ve sağlıklı yaşam kültürünün gelişmediği plansız kentleşmiş toplumlarda yaşam tarzı kaynaklı problemler öne çıkmaktadır. Yanlış beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivitenin yetersizliği, psikolojik baskılar, aşırı hızlı tempoda ve stresli hayat gibi faktörler uzun dönemde sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır.¹⁰ Özellikle rafine ve işlenmiş gıdaların ağırlıklı olduğu diyet, vücudun ihtiyaç duyduğu besin maddelerinin eksik alınmasına yol açabilmektedir Aynı zamanda obezite,

diyabet, kalp hastalıkları gibi kronik hastalıkların riskini artırabilmektedir. Fiziksel aktivitenin azalması, oturarak geçirilen uzun saatler, hareketsizlik gibi faktörler de kilo artışına ve sağlık sorunlarına sebep olabilmektedir.¹¹ Teknolojinin hızlı gelişimi ve dijital ortamların yaygınlaşmasının da sağlık üzerinde olumsuz etkileri olmaktadır. Sosyal medya bağımlılığı ve gece geç saatlere kadar ekran başında kalmak, uyku düzenini bozmaktadır. Vücut için yenilenme olanağı sağlayan kaliteli uykunun eksikliği bedensel ve psikolojik pek çok soruna yol açmaktadır. Stres, modern yaşamın vazgeçilmez bir parçası haline gelse de kronik stres ve buna bağlı olarak yüksek kortizol seviyeleri, bağışıklık sisteminin zayıflamasına, hormon dengesinin bozulmasına ve pek çok sağlık sorununun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Yaşamın gerçekleriyle denge kuramamak, gerçekçi olmayan hedeflerin peşinde koşmak, sosyal bir kişilik olduğunu kabul etmeyip toplum içerisinde yalnızlaşmak da bireylerin psikolojik dengesini bozmaktadır. Giderek artan bağımlılıklarımız da sağlıksız yaşamın önemli bir bileşenidir.¹²

Kronik Durumların Yönetiminde Yaklaşımlar

Kronik hastalıkların azaltılması için sağlık, finans, ulaştırma, eğitim, tarım, planlama başta olmak üzere tüm sektörlerin; riskleri azaltmak, bu riskleri önlemek ve kontrol etmek için iş birliği yapmasına ihtiyaç vardır.⁸ Hastalığı tedavi etmeyip, sadece semptomları ilaçlarla baskılayan yaklaşımlar, kronik hastalıkları azaltmamakta, tersine yaygınlaştırmaktadır. İlaç kullanımının merkezde olduğu bu yaklaşımlarda, hastaların semptomları kısa sürede hafifletilebilirken, hastalığın altında yatan temel nedenlerin çözümü göz ardı edilebilmektedir. Kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetiminde, esas neden olan sağlıksız yaşam tarzının düzeltilmesine odaklanmayan yaklaşımlar yetersiz kalabilmektedir.¹³ Kronik hastalıkların bireyler ve toplum üzerindeki etkisini azaltmak farklı yaklaşımlar ile mümkündür.¹⁴ Günümüzde standardize edilmemiş, üzerinde uzlaşa sağlanmamış birçok yeni yaklaşım mevcuttur.^{15 16 17}

Fonksiyonel Tıp ve Bütüncül Tıp

Kronik hastalıklar konusunda yeni yaklaşımlar giderek popüler olmaya başlamıştır. Fonksiyonel tıp, bütüncül tıp, sağlıklı yaşam tıbbi gibi uygulama ve bakış açıları kronik hastalıklar için farklı şifa pencereleri açmanın çabası içindedir. Fonksiyonel tıp, bütüncül tıp, sağlıklı yaşam tıbbi gibi yaklaşımlar, hastalıkların semptomları kadar, temel nedenlerini ele almayı amaçlar. Hastaların bireysel sağlık durumlarına, yaşam tarzlarına ve genetik özelliklerine odaklanarak, kişiye özgü tedavi planları oluşturulmasını hedeflerler.¹⁸

Fonksiyonel tıp (FT), bireye özgü olmak şartı ile hastalığının altında yatan nedenlerini bulmak ve bu bilgileri tekrardan bireyle el ele vererek, kronik kompleks hastalıkların önlenmesi, erken safhada saptanması ve tedavisinde kullanılabilir. Bireye has temel biyolojik dengesizliklere çok sayıda birbirinden farklı planda ve eş zamanlı olarak müdahaleler ile hastalığını geldiği yoldan geri çevirmeye yönelik olarak kullanmayı amaçlanmaktadır.¹⁹

Fonksiyonel tıp bakım modeli, kronik hastalık yönetimine hasta merkezli bir yaklaşım sunar. “Neden hastasın?” sorusunun cevabını arar. Böylece bireyin ihtiyaçlarına yönelik kişiye özel etkili yaklaşım oluşturulabilir. Fonksiyonel tıp yaklaşımı; yetersiz beslenme, stres, toksinler, alerjenler, genetik ve mikrobiyom gibi tetikleyiciler de dahil olmak üzere tıbbi geçmişinize ait derin analiz ve değerlendirmeleri, hastalığın temel nedenini/nedenlerini tanımlamak için kullanır.²⁰

Fonksiyonel tıp, özellikle semptomların altında yatan temel nedenleri bulmayı hedefler. Laboratuvar testleri ve detaylı hastalık öyküsü incelenerek, bireyin biyokimyasal, genetik ve çevresel faktörleri anlaşılmasına çalışılır. Tedavi planı da kişinin ihtiyaçlarına göre düzenlenir. Beslenme, yaşam tarzı değişiklikleri, takviyeler gibi faktörler öncelikli olarak ele alınır. Bütüncül tıp, beden, zihin ve ruhun bir bütün olarak değerlendirilmesini savunur. Hastalıkların fiziksel, duygusal, zihinsel ve çevresel faktörlerden etkilendiği düşüncesi üzerine kuruludur. Sadece semptomlara odaklanmak yerine, kişinin yaşam biçimi, beslenme alışkanlıkları, duygusal durumu, stres yönetimi ve çevresel etkiler dikkate alınarak tedavi planı oluşturulur.²¹

Fonksiyonel tıp ve bütüncül tıp yaklaşımları arasında birçok benzerlik bulunmaktadır. Bu yaklaşımlar hastanın bireysel sağlık durumunu daha geniş bir perspektiften ele alarak tedavi etmeyi ön görmektedir. Her iki yaklaşım da kişiye özel tedavi planları oluşturmayı amaçlamaktadır. Temel hedef, hastalıkların nedenlerini bulup düzelterek bireyin sağlık durumunu iyileştirmektir. Hem fonksiyonel tıp hem de bütüncül tıp, hastaların aktif katılımını ve bilinçli tercihlerini teşvik eder.²² Bu yaklaşımların temel farkı, vurgu noktaları ve odak alanlarındadır. Ancak sonuçta hem fonksiyonel tıp hem de bütüncül tıp, bireylerin sağlık durumlarını daha bütünsel bir bakış açısıyla ele alarak, hastalıkların temel nedenlerini bulmaya çalışmaktadır. Hangi yaklaşımın birey için daha etkili olacağı, duruma ve bireyin tercihlerine bağlı olarak değişebilir.^{21 22}

Kişiselleştirilmiş Tıp, Hassas Tıp

Her birey moleküler düzeylerde, fizyolojik, davranışsal ve çevresel maruziyet açısından benzersiz özelliklere sahiptir. Kişiselleştirilmiş tıp (personalized medicine), hastalık hallerinde bireylerin sahip oldukları bu benzersiz özelliklere göre uyarlanmış müdahalelerin gerekebileceği inancına dayanmaktadır.²³ Bu terimin bilimsel platformlarda yer bulması, insan genomu projesi ile gerçekleşmiştir.²⁴

Kişiselleştirilmiş tıp, hastaların genetik analiz veya diğer biyo-belirteçlerden gelen bilgilerle tedavilerinin planlanması ve gerçekleştirilmesi olarak da tanımlanabilir.²⁵ Diğer bir yandan kişiselleştirilmiş tıp, genetik verilere

dayanarak doğru hastaya doğru ilacın reçete edilmesi anlamında da kullanılmaktadır.²⁶ Bu inanç DNA dizilimi, proteomik, görüntüleme protokolleri ve kablosuz sağlık izleme cihazları gibi yeni ortaya çıkan teknolojilerin uygulanmasıyla bir dereceye kadar doğrulanmıştır.²³

İnsan genomu çalışmaları ilerledikçe tek bir genom dizisinin genetik varyasyonların tamamını çözmeye yeterli olmadığı fark edilerek popülasyonlar arasında genetik varyasyonlar ve haplotipleri tanımlamayı amaçlayan hapmap projesi başlatılmıştır. Hassas tıp (precision medicine) ise hastalığı önlemek veya tedavi etmek için en iyi yaklaşımın belirlenmesine yardımcı olmak amacıyla, kişinin genetiğini, çevresini ve yaşam tarzını birlikte kullanmayı savunan bir yaklaşımdır.²⁷ Herhangi bir hastalığın sezgiye güvenmek yerine daha kesin bir şekilde teşhis edilmesine olanak sağlayan bu proje sonrasında hassas tıp terimi 2008 yılında bilimsel sözlüklere girmiştir.²⁵

Sağlıklı Yaşam Tarzı Tıbbı

Sağlıklı yaşam tarzı tıbbı (healthy lifestyle medicine), kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetilmesinde sistematik bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, sürekli olarak ve sürdürülebilir bir şekilde bireyin kendisine özel sağlıklı yaşam tarzını benimsemesi ve hayata geçirmesinin, sağlığa gerçek bir yatırım olacağını savunmaktadır. Ayrıca kişinin kendi yaşam tarzını düzenlemesini ve sağlık sorunlarını önlemeye odaklanmasını teşvik eder. Sağlık, yaşam biçimi haline getirildiğinde yeni hastalıkların oluşması önlenilebileceği gibi, vücudun iyileştirici mekanizmalarının devreye girmesi ile kronik sağlık problemlerini tersine çevirmenin mümkün olduğunu iddia etmektedir.²⁸

Çalışmalar, sağlıklı bir yaşam tarzının teşvik edilmesinin, kanser, kardiyovasküler hastalık ve diyabet dahil olmak üzere birçok kronik hastalığa yakalanma riskini azaltacağını ve hastaliksız yaşam beklentisini uzatarak sağlık hizmetleri yükünün azaltılmasına yardımcı olacağını göstermektedir.²⁹

Sağlıklı yaşam tarzı tıbbının temel özellikleri;

- Sağlıklı yaşam bir bütündür; bedenen, ruhen, psikolojik ve sosyal olarak iyi olmak hedefidir.
- Sağlıklı yaşam tarzı, daima sağlığı korumak, sağlıklı kalmak ve bunu hayat boyu sürdürmektir.
- Sağlıklı yaşam tarzı bireysel bir öz sorumluluktur ve benimseme süreci kişisel bir yolculuktur.
- Sağlıklı yaşam tarzı tıbbının genel yaklaşımları olsa da her birey farklıdır, kişiye özel yaklaşım gerekir.
- Sağlıklı yaşam sabit olmayıp değişkendir, bireysel durumlar ve çevresel şartlardan etkilenir.
- Sağlıklı yaşam tarzının benimsenmesi hastalıkları geriletir ve gelişimini engeller.
- Kalıcı ve uzun vadeli sağlık için sebat sabır ve tutarlılık gerekir.
- Sağlık için son bir noktayı değil, bireyin yaşamı boyunca sağlığını en iyi noktaya taşımasını ifade eder.³⁰

Sağlıklı Yaşam Tarzı Tıbbı Öncelikli Başlıkları;

- Sağlıklı Beslenme: Doğru ve dengeli beslenme, sağlığın temel taşlarından biridir. Yeterli besin öğelerini içeren, işlenmiş gıdalardan uzak duran, taze ve doğal gıdaları tercih eden, kişiye özel bir beslenme alışkanlığı sağlığı destekler.
- Fiziksel Aktivite: Düzenli egzersiz yapmak, kardiyovasküler sağlığı artırır, kilo kontrolüne yardımcı olur, enerji seviyelerini yükseltir ve genel sağlığı iyileştirir.
- Dinlendirici Uyku: Yeterli ve kaliteli uyku, bedenin yenilenmesi ve onarılmasını sağlar. Sağlıklı yaşamın bir parçası olarak düzenli uyku alışkanlıklarını geliştirmek gerekir.
- Stres Yönetimi: Stres, kronik hastalıkların gelişimini hızlandırabilir. Stresi yönetmeyi öğrenmek, zihinsel ve fiziksel sağlığı olumlu yönde etkiler.
- Bağımlılıklardan Kaçınma: Sigara, alkol ve uyuşturucu gibi bağımlılık yapan maddelerden kaçınmak veya bu alışkanlıkları sınırlamak sağlığı koruma açısından vazgeçilmezdir.
- Sosyal Bağlantılar: Sağlıklı ilişkiler kurmak ve sosyal bağlantılar geliştirmek, duygusal ve zihinsel sağlığı destekler.³⁰

Yaşam tarzı tıbbı uygulaması, çoklu sağlık riski davranışlarını ele alma ve öz yönetimi geliştirme konusunda beceri ve yeterlilik gerektiğine inanmaktadır. Sağlıklı yaşam tarzını benimseme ve sürdürme, kuşkusuz birçok zorluğu beraberinde getirebilir. Özellikle mevcut toplumsal ve kültürel yapı, reklam ve tüketim odaklı birçok faktör, sağlıksız yaşam tarzını desteklerken; sağlıklı yaşamı teşvik etmek oldukça zordur.³¹

Finansman ve sağlık politikaları, sağlıklı yaşam tarzının yaygınlaştırılması konusunda önemlidir. İlaçların hızlı semptom giderici etkileri karşısında, sağlıklı yaşam tarzı uygulamalarının kronik hastalıkların gelişimini uzun sürede engellemesi, sağlık politikaları ve finansmanı açısından cazip gözükmemektedir. Bu nedenle finansman sağlamak ve politika yapımcıları ikna etmek önemli bir mücadele gerektirmektedir.³²

Bütün bu olumsuzluklara karşın toplumda artan ilgi ve yükselen talep büyük bir potansiyel sunmaktadır. 2020 yılı rakamlarıyla sağlıklı yaşam ekonomisi dünyada 4,5 trilyon dolara ulaşmıştır.³³ Sağlıklı yaşam ekonomisinin büyümesi, bu alana olan ilginin ve farkındalığın arttığını göstermektedir.

Sağlıklı Yaşam (Wellness) Ekonomisi

Küresel Sağlıklı Yaşam (Global Wellness) Enstitüsü, wellness (sağlıklı yaşam) ekonomisini tüketicilerin sağlıklı yaşam aktivitelerini ve yaşam tarzlarını, günlük yaşamlarına dahil etmelerine olanak tanıyan endüstriler olarak tanımlamaktadır. Sağlıklı yaşam ekonomisi 11 alt sektörü kapsamaktadır. Bu alt sektörler aşağıda açıklanmıştır.³³

Zihinsel Sağlık: Zihinsel sağlık hususunda bireylere yardımcı olabilecek faaliyetlere, ürünlere ve hizmetlere yapılan tüketici harcamalarıdır.

Fiziksel Aktivite: Boş zaman ve rekreasyon sırasında gerçekleştirilen bilinçli fiziksel aktivitelerle ilişkili tüketici harcamaları içermektedir.

Sağlıklı Yaşam Gayrimenkulleri: Tasarımlarında, malzemelerinde ve binalarında planlı bir şekilde sağlıklı yaşam unsurları içeren konut, ticari ve kurumsal mülklerin inşasına yönelik harcamaları ifade etmektedir.

İşyerinde Sağlıklı Yaşam: İşverenlerin, çalışanlarının sağlığını ve refahını iyileştirmeyi amaçlayan program, hizmet, etkinlik ve ekipmana yönelik harcamaları içermektedir.

Wellness Turizmi: Konaklama, yiyecek-içecek, geziler, alışveriş ve ülke içi ulaşım harcamaları da dahil olmak üzere, wellness turistlerinin yaptığı tüm harcamaların toplamıdır.

Spa Ekonomisi: Spa tesislerinin ve spa işletmelerini destekleyen ve olanak sağlayan ilgili sektör kümesinin gelirlerini içermektedir.

Termal/Maden Suları: Termal su, maden suyu ve deniz suyu gibi özel nitelikli suların sağlık, rekreasyonel ve tedavi amaçlı kullanımıyla ilgili işyerlerinin gelirlerini kapsamaktadır.

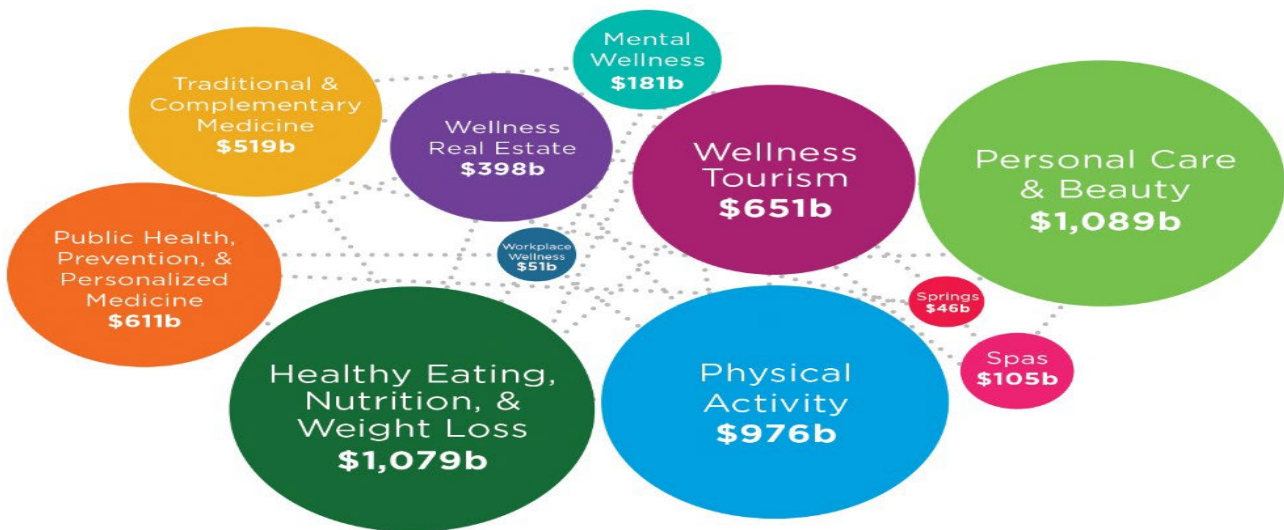
Sağlıklı Beslenme, Besinler Ve Kilo Verme: Vitaminler, takviyeler, besinler, doğal ve organik gıdalar, sağlıklı gıdalar, sporcu beslenmesi, beslenme ve diyet hizmetleri ile kilo verme ve yönetmeye yönelik ürün ve hizmetlere ilişkin tüketici harcamalarını içermektedir.

Kişisel Bakım Ve Güzellik: Güzellik ve salon hizmetlerine ilişkin tüketici harcamalarını içermektedir. Bu harcamalar arasında; cilt, saç ve tırnak bakım hizmetleri ve ürünleri, kişisel bakım ürünleri, dermatoloji ve cilt bakımına yönelik reçeteli ilaçlar yer almaktadır.

Önleyici Ve Kişiselleştirilmiş Tıp Ve Kamu Sağlığı: İnsanları "iyi" etmeye, hastalıkları önlemeye veya risk faktörlerini tespit etmeye odaklanan tıbbi hizmetlere ilişkin harcamaları içermektedir. Hastalıkları önlemek, teşhis etmek, risk faktörlerini veya koşullarını yönetmek ve tedavi etmek için özel yaklaşımlar sağlamak üzere bireysel hastalar için karmaşık bilgi ve verileri kapsamaktadır.

Geleneksel Ve Tamamlayıcı Tıp: Homeopat, naturopat, kayropratik dahil olmak üzere genel olarak geleneksel tıbbın veya baskın sağlık bakım sisteminin bir parçası olarak kabul edilmeyen çeşitli sağlık hizmetleri, bütünsel ve zihinsel veya manevi temelli sistemlere, hizmetlere ve ürünlere ilişkin harcamaları kapsamaktadır.³³

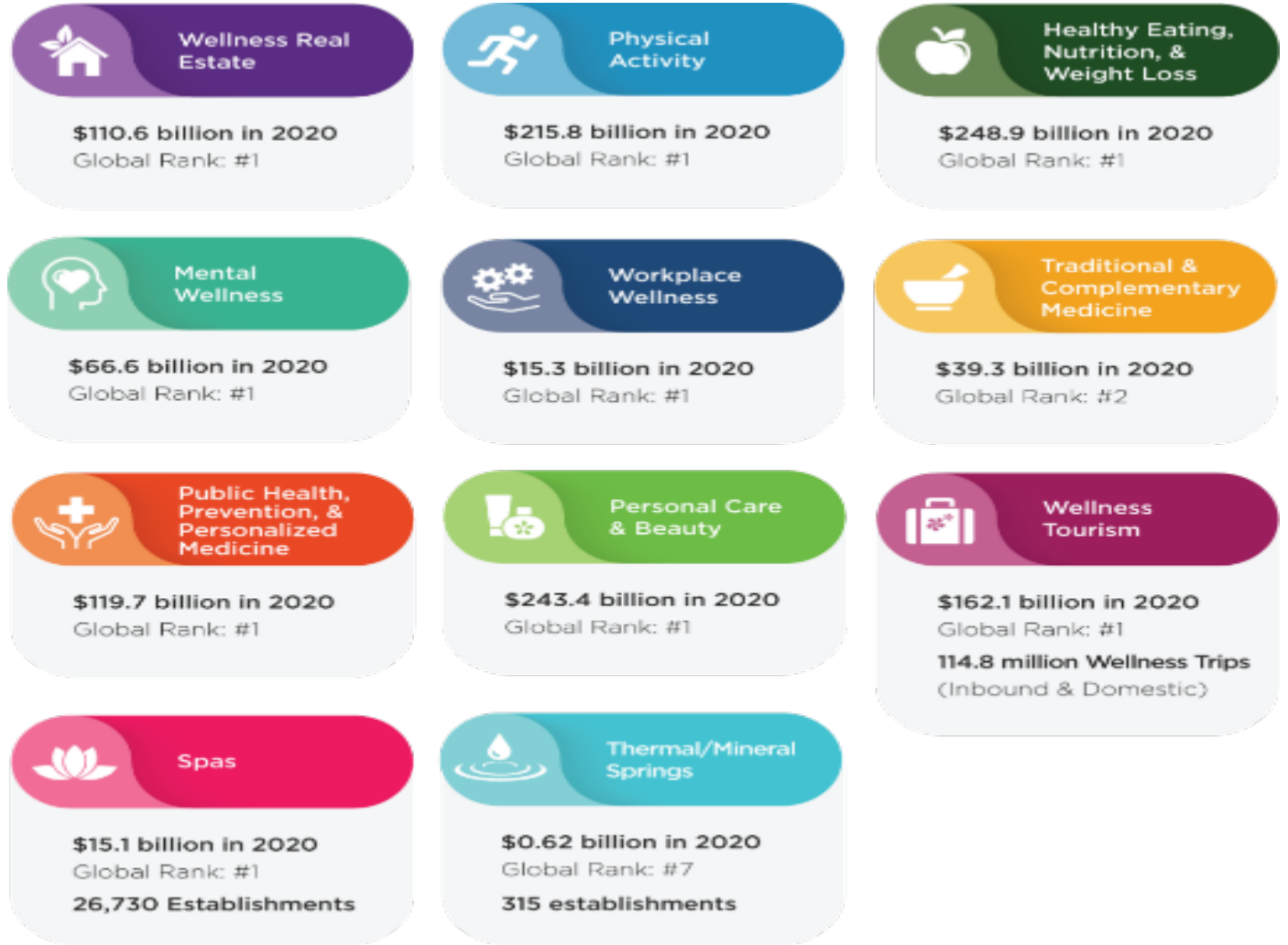
THE GLOBAL WELLNESS ECONOMY GROWS TO \$5.6 TRILLION IN 2022



Note: Numbers do not add to total due to overlap in sectors.
Source: Global Wellness Institute

Resim 1. Küresel Sağlıklı Yaşam "Wellness" Ekonomisi 2022 itibariyle 5.6 trilyon dolarlık bir hacme ulaştığı tahmin edilmektedir.³³

Küresel sağlıklı yaşam ekonomisi her geçen yıl büyüme göstermektedir. Şekil 1’de görüldüğü gibi, 2020 yılında 4,4 trilyon dolarlık bir büyümeye ulaşmıştır. ABD 11 alt kategorinin dokuzunda lider konumdadır. Söz konusu durum, aşağıda Resim 2’de ayrıntılarıyla görülmektedir.



Resim 2. Sağlıklı Yaşam (Wellness) Ekonomisinde ABD Gelir Sıralaması 2020³³

Tablo 1. 2020 Küresel Sağlıklı Yaşam “Wellness” Ekonomisi ve ABD Sıralaması

2020 Küresel sağlıklı yaşam (Wellness)ekonomisi	Dünya Pazarı (milyar \$)	ABD Geliri (milyar \$)	ABD sıralama
Sağlıklı beslenme, gıda, kilo verme	946	248.9	1
Kişisel bakım ve güzellik	955	243.4	1
Fiziksel aktivite	738	215.8	1
Wellness turizm	436	162.1	1
Halk sağlığı, koruma ve kişiselleşmiş tıp	375	119.7	1
Wellness devre mülk	275	110.6	1
Mental wellness	131	66.6	1
Geleneksel ve tamamlayıcı tıp	413	39.3	2
İşyeri sağlığı	49	15.3	1
Spa	68	15.1	1
Termal/mineral kaplıca	39	0.62	7

Küresel Sağlıklı Yaşam (Global Wellness) Enstitüsü raporuna göre ABD 2020 yılında yaklaşık 1 trilyon 237 milyar dolar gelir elde etmiştir. Amerika’nın bu pazarda liderliğini sağlayan önemli özellikleri mevcuttur. Örneğin sağlıklı

yaşam tedavileri ve terapileri arayanlar için ABD’de, 26.000’den fazla spa mevcuttur. Ülkede sağlıklı yaşama öncelik veren çok sayıda şehir oteli bulunmaktadır. Bu oteller; yalnızca spor salonları ve spalarla donatılmakla kalmamakta, aynı zamanda iyi uyumaya ve sağlıklı beslenmeye yardımcı olmaya da büyük öncelik vermektedir. Birçok şehirde kamusal sanat enstalasyonları, kamusal rekreasyon alanları, kentsel yollar bulunmaktadır. Hem fiziksel veya zihinsel sağlığı geliştirmek için doğada bulunma, hem de sanat veya sosyal bağlantılar aracılığıyla zihni ve ruhu yeniden canlandırma hedefleri için wellness fırsatları bol ve erişilebilirdir.³⁴

Türkiye sağlık turizmi pazarının lider ülkelerinden biridir.³⁵ Ülkemizde tedavi edici sağlık hizmetlerinde önemli başarılar ortaya konmaktadır. Yaklaşık yüz milyar dolarlık sağlık turizmi pazarının ilk etapta %5’ine ulaşmak hedeflenmektedir. Önemli ölçüde hedefler gerçekleştirilmiştir.³⁶ Ancak sağlıklı yaşam (wellness) pazarında Türkiye’nin etkinliği oldukça zayıftır.^{37 38} Ülkemiz açısından bu alanda önemli hedefler ortaya konulmalı ve bu doğrultuda kısa, orta ve uzun vadeli planlar yapılmalıdır.

Tablo 2’ye bakıldığında sağlıklı yaşam turizmi projeksiyonuna yönelik öngörüler paylaşılmaktadır. Sağlıklı yaşam turizmi genellikle ortalama 1-4 hafta ve daha uzun süreli konaklamalar ile sağlanmaktadır. Ayrıca yüksek talebin yaz sezonu dışında olması önemli bir avantajdır. Yaz sezonu dışında 25 hafta boyunca 80.000 yatak kullanımı sağlanabilir. Bu da haftalık turist başına 2500 USD gelir ve 2.000.000 turist anlamına gelmektedir. Her hafta 80.000 aktif sağlıklı yaşam turisti, yaz sezonu dışında da çok sayıda turizm sektörü çalışanına istihdam imkanı sağlayabilir. Ayrıca ihtiyaç duyulan sağlıklı yaşam hizmetleri için de asgari 40.000 hekim, fizyoterapist, hemşire, beslenme diyet uzmanı, psikolog gibi sağlık profesyoneline ihtiyaç duyulacaktır. Ülkemiz için sezon dışında 80.000 yatak kapasitesine kadar herhangi bir sorun yoktur. Ancak sağlıklı yaşam alanında yetişmiş sağlık profesyoneli ülkemiz için de önemli bir ihtiyaçtır.³⁹

Tablo 2. Türkiye İçin Sağlıklı Yaşam Turizmi Projeksiyonu

Faaliyet Başlığı	Tahmini Hedef
Misafir başına haftalık gelir hedefi	2500\$
Sezon dışı asgari hafta	25 hafta
Ortalama misafir kalış süresi	1-4 hafta
Yıllık wellness misafir hafta hedefi	2 milyon hafta misafir /yıl
İhtiyaç duyulan yatak sayısı	80.000 yatak /hafta
Yıllık gelir hedefi	5 milyar \$
2 kişiye bir sağlık personeli	40.000 sağlık çalışanı istihdamı

Sağlıklı Yaşam Düzenlemelerinde Temel Konular

Mevcut yaşam alışkanlıkları içinde sağlığı kaybetmek kolay, sağlıklı kalmak ise oldukça zordur. Hastalık odaklı sağlık sistemleri esas olarak tıbbi ve cerrahi tedavi üzerine odaklanmaktadır. Bireyler ancak hasta olunca hekime başvurumaktadırlar. Bununla birlikte hekimler de sadece hastalıkları iyileştirmektedirler. Sağlık profesyonellerinin uzmanlıkları bile hastalıklara göre tasarlanmıştır. Bu uzmanlık alanlarını; enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları, iç hastalıkları vb. şeklinde sıralamak mümkündür. Hekim ve hasta ilişkisi de buna göre yerleşmiş, eğitim, kurallar, teamüller, mevzuatlar da buna göre geliştirilmiştir. Tıp disiplinlerinin neredeyse tamamı hastalıklara odaklıdır. Çoğu kronik hastalıkların kök nedeni yaşam biçimi ile ilişkilidir.⁴⁰ Kronik hastalıkların tüm evrelerindeki tedavi planlarında yaşam biçimi değişikliği ilk sıradadır. Ancak uygulamada yaşam biçimi değişikliği yapılması bir hayli zordur. Bireylerin yaşam tarzı değişikliklerini yaparken karşılaştığı en büyük zorluk, bu değişikliklerin kişisel, sürekli ve uzun vadeli olmasıdır. Bu süreçte, sağlık profesyonellerinin rolü önemli olsa da asıl değişim bireyin kendi çabası ve kararlılığı ile gerçekleşir. Hekimlerin sağlıklı yaşam başlığında yaklaşım, bilgi ve deneyim eksikliği açık bir gerçekliktir. Farklı uzmanlık alanlarının bir arada çalışmasını gerektiren ekiplerin oluşturulma ihtiyacı, sağlık sistemindeki takım çalışması kültürünün eksikliğiyle birleştiğinde başarıya ulaşmayı engellemektedir. Ayrıca hekim sayısındaki yetersizlikler, mevcut hekimlerin bu alana teşvik edilmemesi, hatta bariyerler konulması da bu süreçte kritik rol oynamaktadır. Yaşam biçimi değiştirme programlarının sadece sağlık kurumlarıyla sınırlanamaması da uygulama sürecini etkilemektedir. Her bireyin yaşam tarzı farklı olduğundan, her birey benzersizdir ve kişisel ihtiyaçlarına uygun farklı programlara gerek duymaktadır. Kitlelere yönelik halk sağlığı yaklaşımları maalesef sağlığını kaybetmiş gruplarda etkili olmamaktadır. Bu bağlamda söz konusu bireylerin kişisel özelliklerinin yanında ailesi, iş hayatı, kültürel ve sosyal özellikleri dikkate alınarak etkili programlar oluşturulup uygulanabilir. Sürecin başarısı için, bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını üstlenmelerine ve genel yaşam tarzı seçimlerini bilinçli bir şekilde yapmalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Yaşam biçimi değişikliği programlarında, zihniyet değişimi, kararlılık ve yakın çevre desteği başarı için kritiktir.^{41 42} Fisher vd. (2017) tarafından diyabet hastalarının davranış değişikliğine yönelik katılımı ve motivasyonunu artırmayı amaçlayan

çalışmada, bireylerin motivasyonunu sağlamada sağlık profesyonelleri ile iş birliği içerisinde olmasının önemli olduğu ifade edilmektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla yaşam biçiminin değiştirilmesi her yaşta özel bir çaba gerektirir. Bu durumda profesyonellerden destek almak zor olanı kolaylaştırabilir. Bu destekle birlikte bireylere rehberlik eden bir yaklaşım benimsenmelidir. Profesyonellerin rehberliği, bireyin hedeflerine ve ihtiyaçlarına uygun bir plan oluşturulmasına olumlu katkı sağlayabilir.⁴²

Hastalıkların tedavisi için hekimler vazgeçilmez olsa da sağlığın korunması da bir hekimlik faaliyetidir. Tun (2019) tarafından yapılan çalışmada, hekimin başarısı için bakış açısı değişiminin şart olduğu ifade edilmiştir. Yani hekim hastalığı tedavi etmek yerine hastayı iyileştirmeye odaklanmalı, semptom gidermek yerine, hastalık önleyici, kalıcı şifa arayışında olmalıdır. Sağlıklı yaşam, sadece hastalıkların önlenmesine odaklanmakla da kalmamalı, aynı zamanda bireylerin yaşam kalitesini artırarak genel refahlarını geliştirmeyi de amaçlamalıdır. Ancak tıp eğitimi, müfredatı ve uygulaması içinde bu başlıktaki eğitimler oldukça sınırlıdır.⁴³ Bozhüyük vd. (2012) tarafından yapılan çalışmada sağlıklı yaşam biçimi konusunda hekimlere büyük görevler düştüğü ifade edilmektedir. Sağlıklı yaşam konusunda eğitilmiş ve bu işe odaklı hekimlerin liderliğinde; beslenme ve diyet uzmanları, fizyoterapist, psikolog gibi sağlık profesyonellerinin bir araya gelerek ekip çalışması yapmaları, bilgi ve deneyimlerini paylaşmaları, bireylerin sağlık hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olabilir. Aynı zamanda hekimler bu takıma liderlik etmenin yanı sıra, hastaların tıbbi geçmişini ve özelliklerini göz önünde bulundurarak uygun yaşam tarzı önerileri, destekleyici takviye uygulamalarını önerebilirler. Bununla birlikte, psikologlar, stres yönetimi, ruh sağlığı ve motivasyon konularında destek sağlayabilirler. Fizyoterapistler, fiziksel aktivite programları ve hareketli yaşam alışkanlıklarını geliştirme konusunda yardımcı olabilir.⁴⁰ Gonzalez vd. (2019) tarafından yapılan çalışmada da beslenme ve diyet uzmanlarının kişiye özel beslenme planları oluşturarak sağlıklı beslenme konusunda yol gösterebilecekleri ifade edilmiştir.⁴⁴

Bu hizmetleri verecek tüm sağlık profesyonellerinin sürece odaklanmalarının yanı sıra uygun güncel eğitimleri alarak kendilerini geliştirmeleri beklenmektedir. Takım kaptanlığını yapacak hekimler, kişinin sağlık durumunun değerlendirilmesi, desteklerin etkili kullanımı, beslenmenin düzenlenmesi, fiziksel sağlık ve aktivitenin yönetimi, stresle başa çıkma ve zihinsel sağlık, uyku yönetimi, sosyal ilişkilerin desteklenmesi gibi temel başlıkları etkili düzeyde bilmeli ve bu konularda kendilerini sürece odaklamalıdır. Nitekim sağlık ekibi kavramı farklı görüşlere sahip fakat ortak değerleri ve hastanın iyilik hali gibi özel bir hedefi paylaşan ve farklı disiplinlerden gelen bir profesyonel grup olarak tanımlanmaktadır.⁴⁵

Türkiye’de Sağlıklı Yaşam Uygulamaları

Sağlık Bakanlığı, sağlıklı hayat merkezleri (SHM) ile gerçekten de önemli bir adım atmıştır. SHM’ler, Toplum Sağlığı Merkezine bağlı ek hizmet birimi olarak faaliyet göstermektedirler. Bakanlığın internet sitesindeki kayıtlara göre Türkiye çapında toplam 246 birim bulunmaktadır. Bu merkezler, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi amacıyla birçok farklı hizmeti bir araya getirerek sağlık hizmetlerinin daha etkili ve erişilebilir bir şekilde sunulmasını hedeflemektedir. Sağlıklı hayat merkezleri (SHM); sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan çok amaçlı yapılardır. Söz konusu merkezler ile ülke genelinde aile hekimliği hizmetlerini desteklemeyi ve güçlendirmeyi (sağlık danışmanlığı, röntgen, laboratuvar gibi), birinci basamakta hekimlik dışı sağlık hizmetlerine (diyetisyenlik hizmetleri, psiko-sosyal destek hizmetleri, fizyoterapi, çocuk gelişimine yönelik hizmetler gibi) erişimi kolaylaştırarak hastaneye yığılmanın önüne geçmeyi, sigara ve benzeri zararlı maddelerin yol açtığı sağlık riskleri ve tehditleri ile mücadele etmeyi, halihazırda sağlıklı beslenme ve hareketli yaşam programı çerçevesinde yürütülen hatalı beslenme alışkanlıkları ve obezite ile mücadele etmeyi ve toplumun yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıkları kazandırmayı amaçlamaktadır.⁴⁶

Bu kapsamda Sağlık Bakanlığının dokümanları değerlendirildiğinde sağlıklı hayat merkezleriyle ilgili beklentiler olağanüstüdür. Tüm bunların aynı ekiplerle bir arada yapılması oldukça zordur. Tedavi edici, genel koruyucu ve bireysel yaşam biçimi değiştirme programları farklı bakış açıları gerektirir. Hekim ve diğer sağlık profesyonellerinin hekim liderliğinde entegre çalıştığı stratejisi ve taktikleri belli bir yaklaşım henüz etkin olarak ortaya konulamamıştır. Uygulamada hekim liderliğinde sağlık profesyonellerinin oluşturduğu sınırlı takımlar; özel muayenehaneler, hastaneler veya tıp merkezleri düzeyinde yaşam tarzı değişimi hizmeti sunulmaya çalışılmaktadır. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp (GETAT) sertifikalı hekimler bu süreçte daha aktif rol oynamakla birlikte kısmi sağlıklı yaşam tarzı düzenleme hizmeti verilmekte, ağırlıklı olarak geleneksel usulde tedavi hizmeti sunulmaktadır. GETAT eğitimleri, sağlık profesyonellerinin eğitimine ve yetkinliğine yönelik bir çaba olsa da sağlıklı yaşam tarzına özel belirgin bir yaklaşımı içermemektedir.^{47 48}

Halk sağlığı programları da sağlıklı yaşam tarzını topluma benimsetme amacı gütsen de kitlelerin genel sağlığına yönelik yaklaşımlar ileri sürmektedir. Bu durum elbette belli bilinç ve kararlılığa sahip olan bireyler için oldukça yararlıdır. Ancak yaşam biçimi bozukluğu nedeniyle kronik hastalığa sahip olan kişiler için sonucu pek de olumlu etkilememektedir. Sağlıksız yaşam biçimi nedeniyle kronik hastalığa sahip bireyler farkındalıkları eksik, bireysel

ve sosyal nedenlerle sağlıklı yaşam biçimine sahip olabilirler. Bu durum kişinin aile, iş ve sosyal çevresini de ele alan bireysel yaklaşımları zorunlu kılar.

Aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın ve her bir birey için kapsamlı ve sürdürülebilir sağlık hizmeti vermekle yükümlüdürler. Bununla birlikte aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabipler gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti vermekte ve tam gün esasına göre çalışmaktadırlar. Aile hekimi, kendisine kayıtlı kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunar. Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir. Bu bağlamda aile hekimliği, hastalıkların yönetimi, tedavisi ve önlenmesi ile, hastaların genel sağlık durumlarını anlamaya odaklanır. Aile hekimliği, bireyi ailesi ve yakın çevresi ile ele alması, kapsamlı bir şekilde değerlendirip ve tedavi süreçlerinde bütüncül bir hizmet sunması açısından önemlidir.⁴⁰ Aile hekimleri aynı anda birçok işi bir arada yürütmek mecburiyetindedir. Hem tedavi etme hem toplumsal koruma hem de bireysel yaşam biçimi düzenleme bir arada yapılabilecek nitelik ve nicelikte değildir. Baykan vd. (2014) tarafından, aile hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini ve bu duruma etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, iş yükü ve stresin aile hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini artırdığı saptanmıştır.⁵⁰ Zaten sayısal olarak yetersiz ve iş yükü fazla olan bir hekimden sık aralıklarla, uzun süreli takip gerektiren bir hizmette başarılı olmasını beklemek yanlış olur. Sağlıklı yaşam tarzında değişiklik yapmak bu alana odaklanmayı gerektirir. Alandaki gelişmeleri yakından takip etmek, diğer disiplinlerle akademik ve uygulama iş birlikleri içinde olmak başarıyı ortaya çıkarabilir. Fakat sosyal güvenlik kurumlarının uygulama tebliğlerindeki sınırlılıklar, klasik tedavi kılavuzlarına uyum yükümlülükleri aile hekiminin kişiye özgü yaklaşım farklılaşmasının önündeki engeller arasında sayılabilir. Yaşam biçimi değiştirme alanında ihtiyaç duyulan fizyoterapist, psikolog, beslenme-diyet uzmanı gibi sağlık profesyonellerinin mesleki bilgi ve yeterliliklerindeki eksikliklerini kapatması ve takım çalışmasına odaklanması kısa vadede sürece entegrasyonu kolaylaştıracaktır. Bu bağlamda, Akman ve Ayhan Başer (2023) tarafından yapılan çalışmada da aile hekimliği uygulamalarının sürdürülebilirliği için ekip çalışmasına ihtiyaç duyulduğu ifade edilmiştir.⁵¹ Yaşam biçimi değiştirme yaklaşımları için eğitim eksikliği, uygulama yönergelerinin olmayışı da süreci olumsuz etkileyen unsurlar arasında sayılabilir. Her ne kadar bazı saha uygulamalarında aile hekimleri takım çalışmasına yönelmek isteseler de çeşitli formal, kurumsal kısıtlar, profesyonellerin yetkinlik eksikleri ve hizmet talebinin fazlalığı gibi nedenlerle kişiye özel sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerine yeterince etkin uygulayamayarak bu konudaki cevap verebilirlikleri sınırlı kalmaktadır. Tay vd. (2014) tarafından yapılan çalışmada aile hekimlerinin sayıca yetersiz olduğu belirtilmiştir. Sağlıklı yaşam alanındaki yaklaşım, insan kaynağı ve mevzuat eksiklikleri giderilmediğinde alan boş kalmamaktadır. Sağlık profesyonelleri dışında, yurt dışından aldığı sertifikalarla veya sertifikasız, farklı disiplinlerden eğitilmiş ya da eğitimsiz kişiler bu hizmeti verilebilmektedir.⁴⁹ Söz konusu rol belirsizlikleri, tanımsızlıklar ve yeterli sayıda profesyonelin konuya kafa yormaması alanın gelişimi sürecinde önemli engeller olarak sayılabilir. İlgili süreçlerin paydaşları sıfatıyla, Sağlık Bakanlığı, kamu ve özel sağlık finansmanı düzenleyici kuruluşların teknik katkıları, sağlıklı yaşam hizmetlerinin tanımlanmasında, kalitesinde ve güvenilirliğinde hep birlikte politikalar oluşturmak suretiyle olumlu katkı sunabilirler. Bu hem toplum sağlığını korumak hem de sağlık hizmeti sunan kişilerin ve kuruluşların sorumluluklarını netleştirmek adına önemlidir. Konunun toplumdaki ihtiyacı, gelişim potansiyeli ve etki değeri göz önünde bulundurulduğunda bireylerin memnuniyetini ve beklentilerini sağlaması noktasında hızlıca aksiyon alınması önemlidir. Nitekim sağlık durumunun göstergesi ve diğer bir ifade ile iyilik hali olarak da kabul edilen bireysel memnuniyet, Dünya Sağlık Örgütüne göre; hizmetlerin güvenilirliği ve uygun şartlarda sunumu, hizmeti talep edenin ihtiyaçlarıyla uyumlu ve sorumluluk anlayışı içinde verilmesi, hizmeti alana karşı saygı gösterilmesi, güvenlik ve hasta kayıtlarının güvenliğidir.⁵²

Naturopatik Tıp

Farklı ülkelerde de sağlıklı yaşam tarzı tıbbi yaklaşımını uygulamaya yönelik yukarıda ifade edilen sorunların benzerleri yaşanmaktadır. Ülkeler bu konuda değişik çözümler üretmeye çalışmaktadır. Örneğin, wellness turizm pazarı lideri olarak anılan Amerika'da, medikal doktor dışında naturopatik doktor, osteopat doktor, kayropraktör (chiropraktör) doktor gibi farklı hekimlik alanları, tanımları ve meslekleri geliştirilmiştir.⁵³

Naturopati, vücudun kendi kendini iyileştirme kapasitesini destekleyen ve doğal kaynaklardan faydalanan bir yaklaşımdır. Naturopatik doktorlar, geleneksel tıp yöntemlerinin yanı sıra doğal tedavi yöntemlerini de hastalarına sunarak daha bütünsel bir sağlık bakış açısı benimserler. Naturopatik tıp ABD uygulamasıyla, modern bilimsel bilgiyi geleneksel ve doğal tıp biçimleriyle harmanlayan bir temel sağlık sistemi olarak ifade edilebilir. Sağlıklı yaşamı geliştirmek ve hastalıkları tedavi etmek için beslenme, yaşam tarzı danışmanlığı ve tıbbi bitkiler gibi doğal yöntemlerin kullanımını önerirler. Naturopatik doktorlar, semptomları hafifletmeye odaklanmak yerine, vücudun iyileştirme gücünü uyarmak ve hastalığın altında yatan nedenleri ele almak gibi yaklaşımları içeren naturopatik tıbbin prensiplerine göre çalışırlar.⁵⁴ Pek çok naturopatik doktor, geleneksel tıp doktorları gibi birinci basamakta görev alırken, bazıları uzmanlaşmayı veya uygulamalara odaklanmayı tercih edebilmektedir. Pediatri,

endokrinoloji, çevresel tıp, gastroenteroloji, parenteral tedaviler, psikiyatri ve onkoloji alanlarında uzmanlık seçenekleri mevcuttur. Naturopatik doktorlar, akredite naturopatik tıp fakültelerinde eğitimlerini tamamlamaktadır. Şu anda ABD ve Kanada'da yedi akredite okul bulunmaktadır. Akredite naturopatik tıp okulları, en az 4.100 saatlik sınıf ve klinik eğitimden oluşan dört yıllık, yatılı, uygulamalı tıp programlarıdır.⁵⁵ Naturopatik doktorların genel eğitim yapısı, geleneksel tıp doktorları ve osteopatik doktorların eğitim yapısıyla karşılaştırılabilir. Her üç tıp programında da ilk yıl anatomi ve biyokimya gibi biyomedikal bilimlere ağırlık verilmektedir. İkinci yıl dersleri, kanıta dayalı tıp ve fizyolojik değerlendirme gibi alanlar da dahil olmak üzere teşhis bilimlerine odaklanmaktadır. Naturopatik tıp fakültesi eğitimi alan öğrenciler, temel tıp müfredatına ek olarak, hastalıkların önlenmesi ve klinik teknikleri inceler, klinik beslenme, akupunktur, homeopatik tıp, botanik tıp, fiziksel tıp ve danışmanlık gibi disiplinlerde de eğitimlerini tamamlarlar. Ayrıca, biyomedikal bilimlerin yanı sıra doğal terapi konusunda da eğitim alırlar. Naturopatik tıpta uygulamalı klinik deneyimin önemi nedeniyle, tıp fakültesi öğrencilerinin çevrim içi eğitim programlarından alınan dereceleri tanınmamaktadır.

Eğitimin ilk iki yılında, naturopatik tıp fakültesi müfredatı temel biyomedikal ve klinik bilimlere odaklanmaktadır. Naturopatik tıp programının en az son iki yılı boyunca, öğrenciler lisanslı tıp uzmanlarının yakın gözetimi altında klinik ortamlarda staj yaparlar ve klinik kurslara katılırlar (Tablo 3)⁵⁵

Tablo 3. Naturopat Fakülteleri Temel Bilimler ve Klinik Bilimler Müfredatı

Temel Bilimler	Klinik Bilimler
Biyokimya	Klinik beslenme
İnsan fizyolojisi	Tıbbi bitkiler ve fitoterapi
Histoloji	Yaşam tarzı danışmanlığı
İnsan anatomisi	Zihin-beden tıbbı
Mikrobiyoloji	Laboratuvar ve tanısal tıp
İmmünoloji	Küçük cerrahi ve ofis işlemleri
İnsan patolojisi	Geleneksel Çin tıbbı - Geleneksel Dünya tıbbı
Nörobilim	Farmakoloji
Farmakoloji	Fiziksel tıp
	Hidroterapi - Homeopati

Sağlıklı Yaşam Hekimliği

Sağlıklı yaşam hizmetlerinin, hekimin liderliğinde sağlık profesyonellerinden oluşacak bir ekip tarafından verilmesinin yararlı olacağı anlaşılır bir durum olmakla beraber nasıl bir hekime ihtiyaç duyulduğu konusu tartışmalıdır. Çünkü tıp fakültesi müfredatlarında da görüleceği üzere sağlıklı yaşam tarzına yönelik dersler yeterli değildir. Tıp eğitimi ve sonrası uzmanlık eğitimlerinin müfredatı da çoğunlukla tedavi odaklıdır. Aydan (2023) tarafından yapılan çalışmada da hekimlerin hem nicelik hem de nitelik açısından yeterli olmadığı belirtilmiştir. Özellikle kamu sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde mevcut hekimlerin sağlıklı yaşam hekimliği açısından hem sayısı hem de mesleki becerileri hala yeterli değildir.⁵⁶ Artan nüfus ve yükselen sağlık hizmeti talebi dikkate alındığında uzunca bir süre daha yetersizlik devam edecek gibi görünmektedir. Bu durumun çözümü için farklı çözüm önerileri gerekmektedir. ABD örneği özelinde düşünüldüğünde, alanın yeni bir mesleğe evrildiği, alan için belirlenen ve önerilen yetkinlikte-yeterlilikte hekim yetiştirilmesi iyi bir seçenek olarak değerlendirilebilir. Literatürde yer alan çalışmalar da benzer bir şekilde yaşam tıbbı eğitimlerine ağırlık verilerek bu alana yeni uzmanların dahil edilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Trilk vd. (2021) tarafından yapılan çalışmada da aynı şekilde yaşam tıbbına yönelik eğitimler verilerek bu alanda uzman bireylerin yetiştirilmesi gerektiği ifade edilmiştir.⁵⁷ Yine Rea vd. (2021) tarafından yapılan çalışmada sağlıklı yaşam tıbbı eğitimi hususunda eksiklikler olduğu tespit edilmiştir. Sağlıklı yaşam tıbbına ilişkin eğitim ve sertifikasyonların düzenlenmesi ve bu anlamda ortak bir dilin oluşturulması gerekliliği ifade edilmektedir.⁵⁸ Konu ülkemiz açısından değerlendirildiğinde tıp fakültesi dışında hekim yetiştiren diş hekimliği fakültelerinde, tıp fakülteleri müfredatına benzer temel tıp bilimleri eğitimleri genellikle ilk yıllarda verilmekte; sonraki yıllarda aldıkları teorik ve klinik eğitimlerle birlikte diş hekimi unvanı ile mezun olarak sağlık hizmetinin önemli bir parçası olarak hizmet vermektedirler.⁵⁹ Dünyadaki örnekler de göz önüne alındığında diş hekimliği eğitiminin temel tıp bilimleri müfredatının içine sağlıklı yaşam hekimliğine yönelik dersler de eklenebilir.

İhtiyaçların ve mevcut kaynakların değerlendirilmesi, süreç eğitim programlarının oluşturulması, sertifikasyonların tasarlanması gibi adımlar birbirini tamamlayan bir alt sistemler bütünü olarak değerlendirilebilir. Sağlık otoriteleri, sağlık profesyonelleri, akademisyenler ve toplum temsilcileri ile iş birliği yaparak, sağlıklı yaşam hekimliği yaklaşımının nasıl uygulanabileceğini ve sürdürülebilir hale getirilebileceğini değerlendirmek sistemin bütünü için faydalı olacaktır.⁵⁷

Bu kapsamda, orta ve uzun vadeli bir yaklaşım olarak tıp fakültelerinden ayrı sağlıklı yaşam hekimliği fakültelerinin kurulması önerilebilir. Ayrı bir fakülte önerisi, tıp doktoru ihtiyacı (nitel-nicel), planlaması ve istihdamı gibi zorlu alanlarda tartışma altyapısının oluşmasını engelleyebilir. Sağlık alanındaki bu yeni durum, yeni bir meslek oluşumunu sağlayacak, tıp ve sağlık alanında eğitim görmek isteyen bireyler için de yeni bir kariyer alanı oluşturulacaktır. Bu disiplinde amaç, dünya örneklerinde olduğu gibi, tedavi yaklaşımından ziyade sağlığı korumak ve geliştirmek olmalıdır. Literatürde yer alan çalışmalarda da benzer şekilde sağlıklı yaşam hekimliği eğitimlerinin müfredata dahil edilmesi gerektiği ifade edilmektedir. Trilk vd. (2021) tarafından yapılan çalışmada, sağlıklı yaşam tarzı tıbbının mezuniyet öncesi tıp eğitimine entegrasyonunu desteklemek için müfredatı ana hatlarıyla belirlemek gerektiğinin altı çizilmiştir.⁵⁷ Rea vd. (2021) tarafından yapılan çalışmada sağlıklı yaşam hekimliği konusunda tıp eğitiminin yeterli olmadığı ifade edilmiştir. Aynı zamanda sağlıklı yaşam tarzı tıbbının sürekli eğitimler ve sertifikasyonlarla desteklenmesi gerektiği ifade edilmiştir.⁵⁸ Pasarica vd. (2022) çalışmasında ise tıp eğitimi müfredatına sağlıklı yaşam tarzı tıbbının dahil edilmesine yönelik güncel uygulamalar incelenmiştir. Çalışma kapsamında sağlıklı yaşam tarzı eğitimini müfredata entegre edebilmek için yüksek sonuç gösteren mevcut kaynakların kullanılması gerektiği belirtilmiştir.⁶⁰ Sağlıklı yaşam hekimliği alanının oluşturulması, fakültelerinin kurulması, sağlık sisteminin gelişimi ve bireylerin sağlık bilincinin artırılması için önemli bir adım olabilir. Eğitim ve klinik uygulamalar sırasında sağlıklı yaşam, beslenme, egzersiz, stres yönetimi gibi konulara odaklanan dersler ve uygulamalı eğitimlerin verilmesi, bu konuda akademik çalışmalar yapılması sağlıklı yaşam tarzı hizmetine katkı sağlayabilir. Üniversite çatısı altındaki bu akademik faaliyetlerle birlikte, kişiye özel sağlık durumunu iyileştiren programlar, toplumda sağlıklı yaşam tarzının teşvik edilmesinde de topyekûn rol alabilir. Keyes ve Gardner (2020) tarafından 2016-2017 akademik yılı içerisinde Amerika'da yapılan bir çalışmada, pilot bir uygulama ile tıp öğrencilerine sağlıklı yaşam tarzı eğitimi verilmiştir. Çalışma neticesinde öğrencilerin sahte bir hasta profili için sağlıklı yaşam tarzı reçetesini başarılı bir şekilde sunabildikleri görülmüştür.⁶¹ Sağlıklı yaşam hekimliği eğitimleri verilerek hem tıp fakültesi öğrencilerinin hem de halihazırda hekimlik yapan bireylerin farkındalık düzeyleri artırılabilir. Pasarica ve Kay (2020) tarafından yapılan çalışmada da tıp eğitimine sağlıklı yaşam tarzı eğitiminin dahil edilmesi gerektiği ifade edilmiştir.⁶² Bu sayede toplumun sağlık bilincinin artması ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının benimsenmesi desteklenmiş olacaktır. Bu alanda ülke olarak ivme kazanmak hem halk sağlığını iyileştirebilir hem de uluslararası düzeyde tercih edilen bir sağlık destinasyonu olmaya imkân tanıyabilir. Sağlıklı yaşam turizmi gibi büyüyen bir pazarda ülkemizin var olması, ülke ekonomisine olumlu katkı sağlayacaktır. Toplumumuza pek çok açıdan katkısı olabilecek yenilikçi ve bütünsel sağlık çözümleri geliştirme amacı taşıyan bu önerilerin sağlık otoriteleri, akademik çevreler, sağlık profesyonelleri ve toplum temsilcileri ile iş birliği içinde değerlendirilmesi ve uygulanabilirliğinin tartışılması hayati bir konudur.

Sonuç

Dünyada genelinde doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların artmasıyla birlikte sağlık alanında farklı yaklaşımlara olan ihtiyaç her geçen gün artmaktadır. Bütüncül ve geleneksel bakış açısı içeren yaklaşımlar yeni bir sağlıklı yaşam kavramının şekillenmesine yol açmıştır. Bu da yeni ürünleri, uygulama modellerini, meslekleri, iş birliklerini gerekli kılmaktadır. Ülkemizdeki uygulamalar farklı ülkelerdeki örneklerle (naturopat doktorluğu) kıyaslandığında, sağlıklı yaşam alanında hizmet verebilecek sağlık meslek mensuplarına liderlik edecek yeni bir hekimlik yaklaşımına ihtiyaç duyulmaktadır. Gerek saha uygulayıcılarının deneyimleri, gerekse hizmeti talep edenlerin beklentileri dikkate alındığında sağlıklı yaşam hekimliği bakış açısının sektörde önemli bir boşluğu kapatacağını belirtmek yanlış olmayacaktır. Sağlıklı yaşamla ilgili tüm faaliyetlerin standartlarının, kalitesinin ve içeriğinin oluşturularak ülkemiz özelinde de sağlıklı yaşam hekimliği fakültelerinin akademik hayata katılması konunun stratejik bir bakış açısı ile ele alınması gerektiğini vurgular niteliktedir. Bu süreçte uzun vadeli ve kalıcı yaklaşımların yanında uygulamanın başarısı için bir geçiş süreci de tasarlamak atılacak adımların sağlamlığı noktasında proaktif bir yaklaşım olarak değerlendirilebilir. Bunun için öncelikle bu alanda ihtiyaç duyulan temel yetkinlikler tanımlanarak, yetkinlikler için gerekli eğitim programları (hedef kitle, süre, içerik, eğitici, mekân) gibi temel başlıklar tasarlanmalıdır. Yine geçiş sürecinde ihtiyacı karşılamak amacıyla, hekim ve diş hekimi gibi temel tıp eğitimi almış olan bireylerin, yeterlilikleri örnek ülke uygulamalarından yola çıkılarak belirlenecek kriterlere göre değerlendirildikten sonra sağlıklı yaşam hekimi adaylarının yukarıda belirtilen teorik ve pratik eğitim süreçlerine tabi tutulmaları önerilebilir. Ayrıca ilgili eğitim sürecini destekleyecek iş birliği içeren yüksek lisans programları da tasarlanabilir.

Özetle, sağlıklı yaşam turizmi pazarının her geçen gün hızlı bir şekilde büyümesi ekonomik anlamda önemli fırsatlar sunmaktadır. Ülkemizin gerek sağlıkla gerekse turizmle ilgili politikalarına bakıldığında durumun önemi açıkça ortaya çıkmaktadır. Sağlıklı yaşam alanında istihdam edilecek nitelikli hekimler, bireylerin sağlık hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olurken aynı zamanda sağlıklı yaşam yaklaşımının toplumda yaygınlaşmasında, genel sağlığın iyileştirilmesinde ve hizmet standardizasyonun sağlanmasında lider bir rol üstleneceklerdir. Bu konuda sektörün paydaşları (yasa yapıcılar, akademisyenler, politikacılar vd.), kamu otoritelerinin iş birliği içinde

ve takım ruhuyla bir bütün olarak çalışmasına şiddetle ihtiyaç vardır. Alanda oluşturulacak standartlar (eğitim ve uygulama), ülkemizin sağlık turizmindeki potansiyeli de göz önüne alındığında özgün bir sağlıklı yaşam turizmi markasını da beraberinde getirebilir. Uluslararası düzeyde pazarı olan bu alanın büyümesi ve gelişmesi hizmet kalitesinde standardizasyonun sağlanması ile sürekli düzenleme ve denetimleri de gerekli kılar. Bu sebeple sağlık turizmi endüstrisinde etik standartlar ve yönergeler gözden geçirilerek adı geçen markanın oluşumu hızlandırılabilir. Uygulama (teorik ve pratik) standartlarının açıklığı, tutarlılığı, uygulanabilirliği ve sürdürülebilirliği için bir sonraki adım, hizmeti veren sağlıklı yaşam tesislerinin teknik ve yapısal altyapılarının sürece entegrasyonu ile ilgili sertifikasyon, akreditasyon vb. programları gerekli kılabilir.

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. Saylor C. The circle of health: a health definition model. *J Holist Nurs.* 2004;22(2):97-115.
2. Toprak L, Elsaied HH, Mahmood SA. Turizmin yükselen trendi: sağlık turizmi ve Güneydoğu Anadolu bölgesi örneği. *Elektron Sosyal Bilimler Dergisi* 2014;13(50). doi:10.17755/esosder.74594.
3. IsHak WW. *The handbook of wellness medicine.* Cambridge University Press; 2020:45.
4. Illich I. *Sağlığın gaspı.* 2. baskı. Ayrıntı Yayınları; 2011:180-181.
5. Yorulmaz R, Ramazan E. Sağlıklı yaşam üzerine kavramsal bir çerçeve. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi* 2021;7(1):57-74.
6. Scott BK, Miller GT, Fonda SJ, et al. Advanced digital health technologies for COVID-19 and future emergencies. *Telem e-Health.* 2020;26(10):1226-1233.
7. Romero T, Ponomarev B. The effect of medicaid expansion on access to healthcare, health behaviors and health outcomes between expansion and non-expansion states. *Eval Program Plann.* 2023;99:102304.
8. World Health Organization (WHO). Bulaşıcı olmayan hastalıklar. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases/> Erişim Tarihi: 09.12.2023.
9. Delany-Moretlwe S, Cowan FM, Busza J, et al. Providing comprehensive health services for young key populations: needs, barriers and gaps. *J Int AIDS Soc.* 2015;18:19833.
10. Pacholko AG, Wotton CA, Bekar LK. Poor diet, stress, and inactivity converge to form a “perfect storm” that drives Alzheimer’s disease pathogenesis. *Neurodegener Dis.* 2019;19(2):60-77.
11. Park JH, Moon JH, Kim HJ, Kong MH, Oh YH. Sedentary lifestyle: overview of updated evidence of potential health risks. *Korean J Fam Med.* 2020;41(6):365.
12. Horigian ve, Schmidt RD, Feaster DJ. Loneliness, mental health, and substance use among US young adults during COVID-19. *J Psychoactive Drugs.* 2021;53(1):1-9.
13. Novak M, Costantini L, Schneider S, Beanlands H. Kronik hastalıklarda öz yönetim yaklaşımları. *Diyaliz Seminerlerinde.* 2013;26(2):188-194.
14. Clarke JL, Bourn S, Skoufalos A, Beck EH, Castillo DJ. An innovative approach to health care delivery for patients with chronic conditions. *Popul Health Manag.* 2017;20(1):23-30.
15. Chowdhuri PD, Kundu K. Factors determining choice of complementary and alternative medicine in acute and chronic diseases. *J Complement Integr Med.* 2020;17(3):20190105.
16. Shahjalal M, Chakma SK, Ahmed T, et al. Prevalence and determinants of using complementary and alternative medicine for the treatment of chronic illnesses: a multicenter study in Bangladesh. *PLoS One.* 2022;17(1):e0262221.
17. Mongiovi J, Shi Z, Greenlee H. Complementary and alternative medicine use and absenteeism among individuals with chronic disease. *BMC Complement Altern Med.* 2016;16:1-12.
18. Yeh BI, Kong ID. The advent of lifestyle medicine. *J Lifestyle Med.* 2013;3(1):1.
19. Atasoy M. Fonksiyonel tıp nedir? Fonksiyonel Tıp Akademisi. <https://www.fonksiyoneltip.com/fonksiyonel-tip-nedir/> Erişim Tarihi: 09.12.2023.
20. Hyman M. What is functional medicine? Cleveland Clinic Center for Functional Medicine. <https://my.clevelandclinic.org/departments/functional-medicine/about/> Erişim Tarihi: 09.12.2023.
21. Rippe JM (Ed.). *Lifestyle medicine.* CRC Press; 2019.
22. Guthrie G. Definition of lifestyle medicine. In: Rippe JM, ed. *Lifestyle Medicine.* 3rd ed. CRC Press; 2019:961-968.
23. Goetz LH, Schork NJ. Personalized medicine: motivation, challenges, and progress. *Fertil Steril.* 2018;109(6):952-963. doi:10.1016/j.fertnstert.2018.05.006.
24. Carrasco-Ramiro F, Peiró-Pastor R, Aguado B. Human genomics projects and precision medicine. *Gene Ther.* 2017;24(9):551-561.
25. Baklacı D. Kişiselleştirilmiş tıptan hassas tıba dönüşüm. Sanofi Türkiye. <https://www.campus.sanofi/tr/ilacin-otesinde/makaleler/hassas-tip/> Erişim Tarihi: 06.12.2023
26. Salari P, Larijani B. Ethical issues surrounding personalized medicine: a literature review. *Acta Med Iran.* 2017;55(3):209-217.
27. Sisodiya SM. Precision medicine and therapies of the future. *Epilepsia.* 2021;62(2). doi:10.1111/epi.16539.
28. Kushner RF, Sorensen KW. Lifestyle medicine. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2013;20(5):389-395. doi:10.1097/01.med.0000433056.76699.5d.

29. Li Y, Schoufour J, Wang DD, et al. Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer, cardiovascular disease, and type 2 diabetes: prospective cohort study. *BMJ*. 2020;368. doi:10.1136/bmj.l6669.
30. Global Spa Summit. Spas and the global wellness market: synergies and opportunities. Prep. by SRI Int. 2010. <https://globalwellnessinstitute.org/industry-research/spas-global-wellness-market/> Erişim Tarihi: 10.12.2023
31. Freudenberg N. The manufacture of lifestyle: the role of corporations in unhealthy living. *J Public Health Policy*. 2012;33:244-256.
32. Stegeman I, Godfrey A, Romeo-Velilla M, et al. Encouraging and enabling lifestyles and behaviours to simultaneously promote environmental sustainability, health and equity: Key policy messages from inherit. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):7166.
33. Global Wellness Institute. What is the Wellness Economy? GWI. <https://globalwellnessinstitute.org/what-is-wellness/what-is-the-wellness-economy/> Erişim Tarihi: 10.12.2023
34. Global Wellness Institute. Wellness economy by sector in the U.S.A. GWI. <https://globalwellnessinstitute.org/geography-of-wellness/wellness-in-usa/> Erişim Tarihi: 15.11.2023
35. Özkan ME. Sağlık Turizmi Kapsamında Türkiye'nin Medikal Turizm Potansiyeline Yönelik Bir Değerlendirme. *Turizm Ekonomi ve İşletme Araştırmaları Dergisi*. 2019;1(1):50-64.
36. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. Sağlık Turizm Nedir? Ankara; 2017:21-22.
37. Global Wellness Institute. The Global Wellness Tourism Economy Report 2013 an 2014. 2015.
38. Dinçer MZ, Karataş Ö, Şahin G. Mental turizm açısından Türkiye'nin potansiyelinin değerlendirilmesi. *Uygulamalı Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020;4(1):1-13.
39. Uslu YD, Kedikli E, Yılmaz E, Çiçek A, Karataş M, Aydın S. Developing strategies for increasing market share of Turkey on health tourism by using fuzzy AHP method. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;10(2):159-171.
40. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, et al. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turk J Fam Med Prim Care*. 2012;6(1).
41. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Saf*. 2003;29(11):563-574.
42. Fisher L, Polonsky WH, Hessler D, Potter MB. A practical framework for encouraging and supporting positive behaviour change in diabetes. *Diabet Med*. 2017;34(12):1658-1666.
43. Tun S. Fulfilling a new obligation: teaching and learning of sustainable healthcare in the medical education curriculum. *Med Teach*. 2019;41(10):1168-1177.
44. González-Rodríguez LG, Perea-Sánchez JM, Veiga-Herreros P, Suárez ÁP. Personalized Nutrition Education to the Adherence to Dietary and Physical Activity Recommendations. *Trends in Personalized Nutrition*. 2019:277-307.
45. Poulton BC, West MA. The Determinants of Effectiveness in Primary Health Care Teams. *Journal of Interprofessional Care*, 1999; 13(1): 7-18.
46. Sağlıklı Hayat Merkezi (SHM). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. <https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html/> Erişim Tarihi: 15.12.2023
47. Peltzer K, Pengpid S. A survey of the training of traditional, complementary, and alternative medicine in universities in Thailand. *J Multidiscip Healthc*. 2019:119-124.
48. Patel SJ, Kemper KJ, Kitzmiller JP. Physician perspectives on education, training, and implementation of complementary and alternative medicine. *Adv Med Educ Pract*. 2017:499-503.
49. Tay Z, Nur Tuncal A, Atasoylu G, Sertel M, Köroğlu G. Manisa ilinde aile hekimlerinin 2011 yılındaki iş yükü ve insan gücünün değerlendirilmesi. *Turk J Fam Pract/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2014;18(1).
50. Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. *Türk Aile Hekimleri Dergisi* 2014;18(2):121-132
51. Akman M, Başer DA. Aile Hekimliği Uygulama Alanında Yönetim, Ekip Çalışması ve Birlikte Çalışma Kültürü. *Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*. 2023;14(1):8-14.
52. WHO. World Health Report 2000: Health Systems-Improving Performance. 2000: Geneva, Switzerland.
53. Cherkin DC, Deyo RA, Sherman KJ, et al. Characteristics of visits to licensed acupuncturists, chiropractors, massage therapists, and naturopathic physicians. *J Am Board Fam Med*. 2002;15(6):463-472.
54. Council on Naturopathic Medical Education (CNME). What is naturopathic medicine? <https://cnme.org/naturopathic-medicine-an-overview/#what-is/> Erişim Tarihi: 20.12.2023
55. American Association of Naturopathic Physicians (AANP). What is a naturopathic doctor? <https://naturopathic.org/page/WhatisaNaturopathicDoctor/> Erişim Tarihi: 21.12.2023
56. Aydan SE D A. Hekim Göçü Açısından Türkiye'nin Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2023;26(3):887-912.
57. Trilk JL, Worthman S, Shetty P, Studer KR, Wilson A, Wetherill M, et al. Undergraduate medical education: lifestyle medicine curriculum implementation standards. *Am J Lifestyle Med*. 2021;15(5):526-530.
58. Rea B, Worthman S, Shetty P, Alexander M, Trilk JL. Medical education transformation: lifestyle medicine in undergraduate and graduate medical education, fellowship, and continuing medical education. *Am J Lifestyle Med*. 2021;15(5):514-525.
59. Karaca B, Atalayın Özkaya Ç, Aykut Yetkiner A, Gürkan A, Dindaroğlu F, Ersin N. Mezuniyet Öncesi Dış Hekimliği Eğitim Programının Ulusal Çekirdek Eğitim Programına Göre Uyumlandırılması: Ege Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Deneyimi. *Ege Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2022;43(3):211-218.
60. Pasarica M, Boring M, Lessans S. Current practices in the instruction of lifestyle medicine in medical curricula. *Patient Educ Couns*. 2022;105(2):339-345.
61. Keyes SA, Gardner A. Educating physician-assistant students as agents of lifestyle medicine. *Clin Teach*. 2020;17(6):638-643.
62. Pasarica M, Kay D. Teaching lifestyle medicine competencies in undergraduate medical education: active collaborative intervention for students at multiple locations. *Adv Physiol Educ*. 2020;44(3):488-495.



Original Research / Orijinal Araştırma

The Follow-up of the Anxiety Levels of the Elderly During the 'COVID-19' Pandemic: A Prospective Primary Care Study

Yaşlıların 'COVID-19' Pandemisi Dönemindeki Anksiyete Düzeylerinin Takibi: Prospektif Birinci Basamak Çalışması

Öznur Kübra ODABAŞ¹, Ezgi AĞADAYI², Duygu AYHAN BAŞER³

Abstract

Aim: The COVID-19 outbreak became the first pandemic caused by coronaviruses. As the epidemic spread rate gradually increased in Turkey, curfews were imposed on individuals aged 65 and over. We thought that both the pandemic and the curfew caused anxiety in the elderly. This study investigated the follow-up of the anxiety levels in the elderly during the pandemic and the factors affecting their anxiety.

Method: The anxiety status of the individuals aged 65 years and older who were registered to the family health center was evaluated at the beginning of the pandemic, after 15 days and 6 months during the pandemic by using the Geriatric Anxiety Scale via phone call after informed consent had been obtained.

Results: The mean score of the first Geriatric Anxiety Scale was 1.0 ± 2.4 , the second score applied on the 15th day was 0.5 ± 2.1 , and the third score applied in the sixth month was 0.3 ± 1.8 . There was a significant difference between the three measurements ($p= 0.002$).

Conclusions: Total anxiety scores of our sample were low and a significant difference was detected among the three measurements. Gender, education level, living alone, and house type were found to be the factors influencing anxiety.

Keywords: SARS-CoV-2, Pandemics, Test Anxiety Questionnaire, Geriatric Assessment, Primary Health Care

Özet

Amaç: Dünyada pandemiye sebep olan COVID-19 virüsü 2020 yılı başlarında ülkemizde görülmeye başlanmış, zamanla vaka sayılarında artış yaşanmıştır. Virüs yayılımının hızlandığı dönemde 65 yaş ve üstü popülasyonda dışarı çıkma yasağı uygulanmıştır. Bu çalışmada hem pandeminin hem de dışarı çıkma yasağının yaşlılarda oluşturmuş olabileceği anksiyete durumu, anksiyete seviyesinin zaman içindeki değişimi ve anksiyeteyi etkileyen faktörler incelenmiştir.

Yöntem: Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı olan 65 yaş üstü hastalar pandemi başında, 15 gün sonra ve 6 ay sonra, kayıtlı oldukları aile hekimleri tarafından aranarak onamları alınan kişilere Geriatrik Anksiyete Skalası uygulanmıştır.

Bulgular: İlk yapılan Geriatrik Anksiyete Skalası skoru 1.0 ± 2.4 , ikinci sonuç 0.5 ± 2.1 , üçüncü sonuç ise 0.3 ± 1.8 idi. Ölçümler arasında anlamlı değişiklik saptandı ($p= 0.002$).

Sonuç: Örneklemimizin total anksiyete skoru düşüktü ve aralıklı yapılan ölçümler arasında anlamlı değişiklik saptandı. Cinsiyet, eğitim durumu, yalnız yaşama, yaşanan ev tipi anksiyeteyi etkileyen faktörler olarak saptandı.

Anahtar sözcükler: SARS-CoV-2, Pandemi, Test Anksiyete Anketi, Geriatrik Değerlendirme, Birinci Basamak Sağlık Bakımı,

Geliş tarihi / Received: 20.09.2023 Kabul tarihi / Accepted: 21.03.2024

¹ Ankara Bala Family Medicine Center

² Sivas Cumhuriyet University Faculty of Medicine, Department of Medical Education

³ Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Öznur Kübra ODABAŞ, Ankara Bala Family Medicine Center

E-posta: oznurkubraodabas@gmail.com Tel: +905431515103

Odabaş ÖK, Ağadayı E, Ayhan Başer D. *The Follow-up of the Anxiety Levels of the Elderly During the 'COVID-19' Pandemic: A Prospective Primary Care Study*. TJFMPC, 2024; 18 (3):249-258

DOI: 10.21763/tjfm.1362999

Introduction

Coronaviruses cause respiratory infections ranging from common cold to pneumonia in humans. Especially since 2000, coronaviruses began to manifest themselves with more severe flu-like respiratory tract infections rather than the common cold.¹ A pandemic is an epidemic of an infectious disease that has spread across a large region, for instance, multiple continents or worldwide, affecting a substantial number of people.² The COVID-19 (Coronavirus disease- 2019) outbreak caused by the SARS-CoV-2 virus, which occurred in Wuhan, Hubei province of China on December 31, 2019, quickly spread to hundreds of countries and became the first pandemic caused by coronaviruses.^{1,2} COVID-19 is primarily transmitted from symptomatic people to others who are in close contact through respiratory droplets, by direct contact with infected persons, or by contact with contaminated objects and surfaces.² Asymptomatic cases play a role in the spread of the disease, while most of the time it is transmitted through sick people.³ Especially in the elderly and individuals with chronic diseases, the disease is more severe and causes deaths.^{2,3} The best way to avoid COVID-19 is social distancing and washing hands frequently. In Turkey, social distancing was initially implemented voluntarily. After a rapid increase in cases, the Turkish government has taken strict measures to stop the spread of the virus. Besides the hygiene and social isolation rules, the government brought some limitations on work, schools, universities, public events, social gatherings, restaurants, hotels, and public parks. However, as the epidemic spread rate gradually increased, curfews were imposed on individuals aged 65 and over as of March 21, 2020.⁴

Above 65 years of age is often used for geriatric people known as a fragile group of population. What is meant by fragility is the state of being easily affected physically and mentally.⁵ During the pandemic, a high level of anxiety was detected in the geriatric population.⁶ Nationwide lockdowns can produce acute panic, anxiety, obsessive behaviors, hoarding, paranoia, depression, and post-traumatic stress disorder (PTSD) in the long run. Fake information from the media can also lead to uncertainty and increased anxiety.^{6,7} The anxiety levels of this age group and the factors affecting this issue have been wondered due to reasons such as showing the elderly as the group at risk in the pandemic and including these people more in the bans. While this is the case, it has been predicted that a curfew applied only to the elderly may cause some changes in the mood of these old people.

To investigate this situation, we planned to detect the change in anxiety levels over time during the COVID-19 pandemic of individuals aged 65 and over enrolled in a family health center unit. Additionally, we aimed to monitor the changes in their anxiety levels in the period.

Materials and Methods Participants and study design

This study is a prospective cross-sectional survey study. The research was carried out at Ankara Bala Family Health Center (FHC) between July 2020 and February 2021. There are 250 people aged 65 and over who are registered in the FHC. People aged 65 and over were contacted by telephone. If they agreed to participate in the study after being informed about the research, a questionnaire was applied to the patients a total of 3 times (T₀, 15th day, and 6th month). The first questionnaire consisted of 43 questions, 15 questions were research-specific data collection tools, and 28 questions were Geriatric Anxiety Scale (GAS). The same patients were called on the 15th day and a GAS scale was reapplied. The patients were called again 6 months later, and a 12-question questionnaire and GAS scale were applied to question the situations that have changed since the previous search (Figure 1).

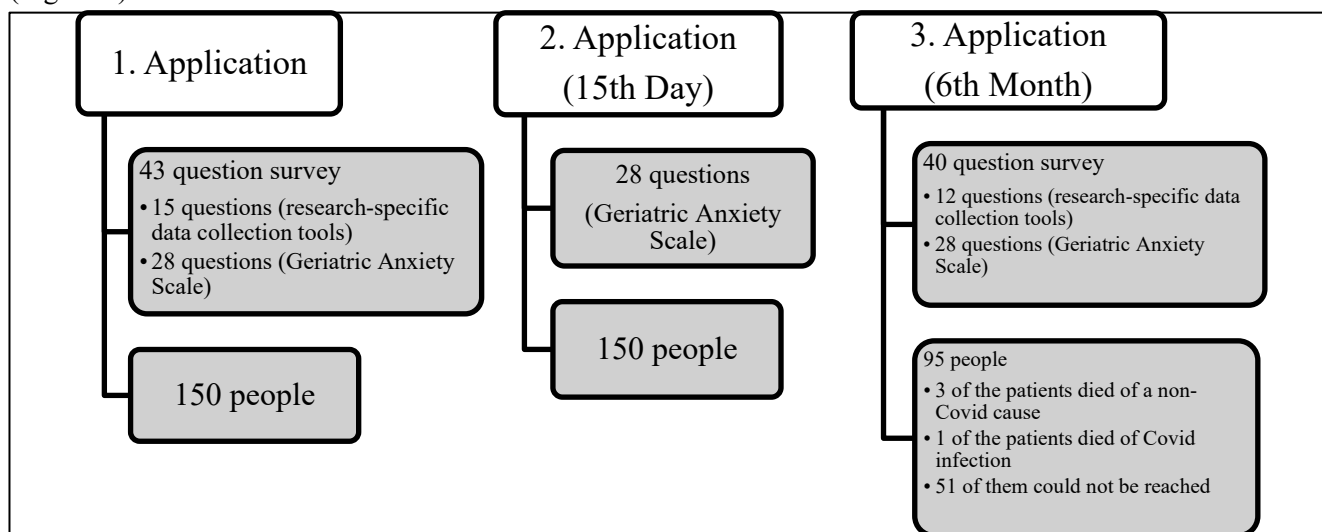


Figure 1. Flow chart

Inclusion criteria for this research were being aged 65 and over, being enrolled at Bala FHC, and having cognitive and auditory competencies that can hear, understand, and answer questions. Exclusion criteria from the research were not accepting to participate in the research, being under the age of 65, and having hearing, speaking, and cognitive disability.

In the study, it was planned to reach all patients without selecting a sample. For the first and the second phases, the universe (N=250) was phoned and 213 people were reached, 150 of these individuals met the inclusion criteria and volunteered to participate. In the 6th month, 150 elderly subjects were called again, and 51 could not be reached, 3 of the patients died due to non-COVID-causes and 1 due to COVID-19 infection. GAS was applied to 95 patients. Patients were reached by researcher Odabas O.K. who is their family physician. The survey was applied to everyone by the same person.

Instruments

The data collection tool used in T0 consisted of 15 questions and included the following questions; age, sex, education level, household members, chronic diseases, whether they use their medicines regularly during the pandemic process, the source of information about the epidemic, frequency of talking about the pandemic in the home, compliance with the curfew, history of COVID-19 in their family or themselves, history of losing any of their relatives due to COVID-19, the situation of admitting to the hospital during pandemic (if yes, the reason for hospital admission), type of house (flat/detached house), and whether there is any occupation at home

The data collection tool used in 6th month consisted of 12 questions and included the following questions (in the past six months); level of compliance with social measures, COVID-19 infection status, severity level if suffered from the disease, history of COVID-19 disease in their family, history of losing any of their relatives due to COVID-19, smoking status before the pandemic and now, being aware of about COVID-19 vaccines, where they get information about COVID-19 vaccines, whether they trust COVID-19 vaccines, whether they are thinking of getting COVID-19 vaccine, whether they had the flu and pneumonia vaccines.

In addition to these questions, the Geriatric Anxiety Scale's Turkish version(28 questions) was applied.

Geriatric Anxiety Scale

The Turkish validity and reliability study of the Geriatric Anxiety Scale, which was developed in 2010 by Segal et al.⁸ in English, was conducted by Karahan et al⁹ in 2018. The Turkish form of the scale consists of 28 items. The participants are asked how often they experienced each symptom during the past week. The first 23 items are scorable. Each symptom is rated on a 4-point scale ranging from 0 (not at all) to 3 (all the time). There is no reverse scoring. Higher scores correspond to higher levels of anxiety. Items between 24-28 are used by clinicians to determine the area of anxiety. These items are not included in the total score of this scale and subscales. Scoring provides a total score and subscale scores (somatic, cognitive, and affective). The total score is the sum of items between 1 and 23. The total score ranges from 0 to

75. Subscales include somatic subscale (7 items), sum of items 1, 6, 7, 15, 19, 20, 21; cognitive subscale (8 items), sum of items 2, 3, 10, 14, 16, 17, 22, 23; and affective subscale (8 items), sum of items 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 18. The internal consistency of the Turkish scale was measured with Cronbach α and its value was determined as 0.91.

Statistical Analysis

SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows version 25 package program was used for statistical analysis. Shapiro-Wilk test was used to determine if the data had a normal distribution. Frequencies for categorical variables and measures of central tendency (mean \pm standard deviation) for continuous variables were calculated. The chi-square test was used to analyze the categorical data. For data with non-normal distribution, the Mann-Whitney U test was used to compare two independent groups. Repeated measures ANOVA test was used to compare repetitive measurements (first, second, and third measurement of GAS, and subscale scores). Post-hoc multiple

comparisons were performed by the Bonferroni test for unequal samples. A p-value of less than 0.05 was considered for statistical significance, with a 95% confidence interval.

Results

Hundred and fifty people met the inclusion criteria and volunteered to participate in the study. The mean age of the participants was 73.3 years (SD= 0.5; range 65-93), 62.0% (n = 93) were female and 38.0% (n = 57) were male. Most of the participants (60.0%; n = 90) were illiterate, and 18.0% (n = 27) of them lived alone at home. The proportion of people who live in the same house with their spouse was 70.0% (n = 105). 90.0% (n = 135) of the participants had at least one chronic disease. Information about the demographic variables of the participants is shown in Table 1.

Table 1. *The demographic variables of the participants*

	Total	Woman	Man	p
Age (Mean ± SD)	73.3±0.5	72.4±5.5	74.9±6.7	0.017
Education level (n, %)				
Illiterate	90, 60%	86, 95.6%	4, 4.4%	<0.001
Primary school	53, 35.3%	6, 11.3%	47, 88.7%	
Secondary school	6, 4.0%	1, 16.7%	5, 83.3%	
High school	1, 0.7%	0, 0%	1, 100%	
Relatives who lived with at home (n, %)**				
Alone	27, 18.0%	24, 88.3%	3, 11.1%	0.001
Spouse	105, 70.0%	53, 50.5%	52, 49.5%	<0.001
Children	38, 25.3%	25, 65.8%	13, 34.2%	0.361
Grandchildren	20, 13.3%	10, 50.0%	10, 50.0%	0.173
Chronic diseases (n, %)				
Hypertension	102, 68.0%	71, 69.6%	31, 30.4%	0.005
Diabetes mellitus	36, 24.0%	24, 66.7%	12, 33.3%	0.324
Chronic lung disease	23, 15.3%	16, 69.6%	7, 30.4%	0.285
Chronic artery disease	29, 19.3%	14, 48.3%	15, 51.7%	0.135
Cancer	5, 3.3%	2, 40.0%	3, 60.0%	0.281
Other*	45, 30.0%	31, 68.9%	14, 31.1%	0.170
Using their medicines regularly during the pandemic process (n, %)				
Yes	122, 89.1%	76, 62.3%	46, 37.7%	0.593
Sometimes	7, 5.1%	4, 50.0%	4, 50.0%	
No	8, 5.8%	4, 57.1%	3, 42.9%	

* Cerebrovascular disease, hypothyroidism, hyperlipidemia, osteoporosis, chronic kidney failure, benign prostatic hyperplasia, glaucoma, vertigo, rheumatic diseases

**This question has multi sectional answers. Some participants had chosen more than one option.

When the sources of information about the COVID-19 pandemic are questioned, the answers given are TV/radio (n = 132, 88.0%), family (n = 34, 22.7%), friend (n = 33, 22.0%), health workers (n = 3, 2.0%), and the internet (n = 1, 0.7%). Participants' frequency of talking about the pandemic at their homes: 0.7% (n = 1) rarely, 30.6% (n = 46) sometimes, 42.0% (n = 63) frequently, 26.7% (n = 40) very often. 85.3% (n = 128) of them said that they obeyed the curfew, 10.0% (n = 15) sometimes obeyed, and 4.7% (n = 7) did not. Only 1 (0.7%) of the individuals had relatives who had COVID-19 in their family, and no one lost their relatives due to COVID-19 infection. During the pandemic period, 13.3% (n = 20) applied to the hospital for various reasons. Reasons for applying to the hospital; 20.0% (n = 4) for COVID-19 suspicion, 35.0% (n = 7) for medication or non-urgent reasons, 15.0% (n = 3) falls, and 30.0% (n = 6) for other emergency reasons. The difficulties and occupational situations experienced by the participants during the curfew due to the pandemic are shown in Table 2.

Table 2. *The difficulties and occupational situations experienced by the participants during the curfew due to the pandemic*

	Percent (%)	Number (n)
Having an extra occupation at home		
Have	34.7	52
Do not have	65.3	98
Their occupation		
Garden work	57.3	86
Housework	42.7	64
Types of houses		
Flat	16.0	24
Detached House	84.0	126
Being affected by the curfew		
Pleased	73.3	110
Do not affected	18.0	27
Bored	8.7	13
The most difficult thing in this process		
Do not feel difficulty	63.3	95
Staying at home	22.0	33
Not meeting with relatives	17.3	26
Not being able to go to the health institution	6.7	10
Not reaching basic needs	2.7	4
Financial difficulty	5.3	8

Of the 95 people who could be reached in the 6th month, 82.1% (n = 78) stated that they fully complied with social precautions within this period. 83.2% (n = 79) of them said that they did not have any COVID-19 infection during this period. Of the 16 patients with infection, 50.0% (n = 8) were mild, 25.0% (n = 4) were hospitalized, 12.5% (n = 2) were asymptomatic, 6.3% (n = 1) had severe symptoms at home, and 6.3% (n = 1) stated that he survived with intensive care treatment. 20.0% (n = 19) had a close relative in their family who had a COVID-19 infection. 1.1% (n = 1) had lost his/her close relative due to COVID-19. Of the 15 individuals who stated that they smoked before the pandemic, 26.7% (n = 4) quit, 26.7% (n = 4) decreased, 26.7% (n = 4) continued in the same way, 20.0% (n = 3) 'increased the amount of consumption. 24.2% (n = 23) of them stated that they had information about COVID-19 vaccines, 71.6% (n = 68) of them said they had partial knowledge. Information resources were TV/media (80.0%; n = 76), family (34.7%; n = 33), and healthcare workers (1.1%; n = 1). 80.0% (n = 76) of the participants stated that they trust COVID-19 vaccines. 86.3% (n = 82) said that they wanted to be vaccinated. 50.5% (n = 48) of the participants had pneumococcus and 34.7% (n = 33) had the fluvaccine.

While the mean score of the first Geriatric Anxiety Scale was 1.0 ± 2.4 , the mean score after 15 days was 0.5 ± 2.1 . The mean GAS scale score applied in the sixth month was 0.3 ± 1.8 . The change in Geriatric Anxiety Scale scores over time is shown in Table 3.

Table 3. Change of geriatric anxiety scale mean of the participants over time

	T ₀	T ₁	T ₂	p	F
GAS	1.0±2.3	0.5±2.2	0.3±1.8	0.016^a	4.198
Somatic	0.3±1.1	0.2±1.0	0.1±0.6	0.115	2.188
Cognitive	0.5±1.1	0.1±0.7	0.1±0.8	0.001^{a,b}	7.729
Affective	0.1±0.6	0.1±0.7	0.1±0.4	0.528	0.640

GAS, Geriatric anxiety scale; Somatic, Somatic subscale score of GAS; Cognitive, Cognitive subscale score of GAS; Affective, Affective subscale score of GAS T₀, first; T₁, 15th day; T₂, 6th month

Tamhane post-hoc analyzes; a difference between T₀ and T₂, b difference between T₀ and T₁

The differences between the measurement times and the various factors affecting the Geriatric Anxiety Scale have been shown in Table 4.

Table 4. The differences between the measurement times and the various factors affecting the Geriatric Anxiety Scale

	GAS			p	Somatic			P	Cognitive			p	Affective			p
	T ₀	T ₁	T ₂		T ₀	T ₁	T ₂		T ₀	T ₁	T ₂		T ₀	T ₁	T ₂	
Sex																
Woman	1.2±2.4	0.3±1.3	0.1±0.3	0.024^a	0.5±1.5	0.2±0.9	0±0	0.033^a	0.7±1.2	0.1±0.6	0.1±0.3	0.058	0.1±0.3	0±0	0±0.1	0.330
Man	0.7±2.1	0.7±3.0	0.7±2.6		0.1±0.5	0.2±1.2	0.2±1.0		0.4±1.0	0.2±0.8	0.3±1.2		0.2±0.8	0.3±1.1	0.1±0.6	
Education level																
Illiterate	1.4±2.5	0.6±2.8	0.1±0.3	0.047^a	0.5±1.5	0.4±1.4	0±0	0.042^b	0.7±1.2	0.2±0.8	0.1±0.3	0.140	0.1±0.6	0.1±0.8	0.0±0.2	0.045^b
Primary school	0.6±2.0	0.2±1.1	0.6±2.3		0.1±0.5	0.1±0.3	0.1±0.4		0.3±0.9	0.1±0.4	0.2±1.1		0.1±0.7	0.1±0.3	0.2±0.7	
Elementary school	0.8±1.3	1.3±2.4	0.7±4.0		0.1±0.4	0.2±0.4	1.0±2.4		0.7±1.2	0.5±0.8	0.7±1.6		0±0	0.7±1.6	0±0	
Living alone																
Yes	2.4±3.7	0.6±2.1	0.4±0.9	0.018^a	1.1±2.2	0.2±0.8	0±0	0.006^a	1.2±1.7	0.4±1.3	0.1±0.3	0.020^a	0.1±0.2	0±0	0.1±0.3	0.383
No	0.7±1.9	0.5±2.3	0.4±1.9		0.2±0.8	0.2±1.1	0.1±0.7		0.4±0.9	0.1±0.6	0.1±0.9		0.1±0.6	0.1±0.8	0.1±0.4	
Having an occupation at home																
Have	0.9±2.2	0.3±1.2	0.1±0.5	0.517	0.2±0.6	0.3±1.5	0.3±1.2	0.133	0.7±1.3	0.3±0.9	0.4±1.4	0.198	0.3±1.0	0.5±1.3	0.2±0.7	0.191
Do not have	1.2±2.5	1.1±3.6	0.9±3.1		0.4±1.3	0.2±0.8	0±0		0.5±1.0	0.1±0.6	0.1±0.2		0.1±0.2	0±0	0±0.1	
Doing gardening																
Yes	1.1±2.3	0.3±1.3	0.1±0.6	0.222	0.5±1.4	0.2±0.8	0±0	0.064	0.5±1.1	0.1±0.6	0.1±0.3	0.512	0.1±0.3	0±0	0±0.1	0.291
No	0.9±2.2	0.9±3.2	0.7±2.7		0.2±0.5	0.3±1.3	0.2±1.0		0.5±1.1	0.2±0.8	0.3±1.2		0.2±0.9	0.3±1.1	0.1±0.6	
Doing housework																
Yes	1.5±3.0	0.6±1.8	0.1±0.5	0.102	0.8±1.9	0.4±1.2	0±0	0.026^{a,b}	0.6±1.3	0.2±0.9	0±0.1	0.288	0.1±0.4	0±0	0±0.1	0.455
No	0.8±1.9	0.5±2.4	0.5±2.1		0.2±0.6	0.2±1.0	0.1±0.8		0.5±1.0	0.1±0.6	0.2±1.0		0.1±0.7	0.2±0.9	0±0.5	
Types of houses																
Flat	0.5±0.8	0.7±1.8	0.9±3.0	0.022^{a,b}	0.1±0.3	0.1±0.3	0.5±1.8	0.090	0.4±0.6	0.3±0.6	0.4±1.2	0.810	0±0	0.4±1.2	0±0	0.107
Detached House	1.1±2.4	0.5±2.3	0.3±1.6		0.4±1.2	0.2±1.1	0±0.3		0.5±1.2	0.1±0.7	0.1±0.8		0.2±0.6	0.1±0.6	0.1±0.4	
History of passing COVID-19 infection																
Yes	1.4±3.1	0.4±1.7	0.8±3.5	0.514	0.2±0.7	0.1±0.5	0.2±0.7	0.624	1.0±1.7	0.2±0.7	0.4±1.7	0.266	0.3±0.1	0.1±0.5	0.2±1.0	0.387
No	1.0±2.1	0.5±2.3	0.3±1.2		0.4±1.2	0.2±1.1	0.1±0.6		0.4±0.9	0.2±0.7	0.1±0.5		0.1±0.5	0.1±0.8	0±0.1	
History of passing COVID-19 infection in their relative family																
Yes	1.0±2.7	0.4±1.6	1.0±3.2	0.240	0.2±0.7	0.2±0.5	0.2±0.6	0.701	0.5±1.3	0.2±0.6	0.5±1.6	0.256	0.3±0.9	0.1±0.4	0.3±0.9	0.117
No	1.0±2.2	0.5±2.4	0.2±1.2		0.4±1.2	0.2±1.1	0.1±0.6		0.5±1.1	0.2±0.7	0.1±0.5		0.1±0.5	0.1±0.8	0.1±0.1	

Note.

GAS, Geriatric anxiety scale total score; Somatic, Somatic subscale score of GAS; Cognitive, Cognitive subscale score of GAS; Affective, Affective subscale score of GAS; T₀, first; T₁, 15th day; T₂, 6th month

Tamhane post-hoc analyzes; a difference between T₀ and T₁, b difference between T₀ and T₂

Discussion

Prolonged social isolation of the elderly during the COVID-19 pandemic may cause medium and long-term secondary damages and this condition must be considered in the risk assessment. This study identifies the difficulties, occupational situations, and changing anxiety status of the elderly during the COVID-19 curfew. According to our study, although the vast majority (85.3%) of older people stated that they complied with the curfew, their anxiety levels were low and anxiety levels decreased significantly after the 15th day and sixth months. It is well known that social isolation among the elderly puts them at greater risk of depression and anxiety.¹⁰ Meng et al. represented in their study that 37.1% of the seniors during COVID-19 experienced depression and anxiety.¹¹ Qiu et al. have recently shown the emotional reaction of the aged (over 60 years old) is more obvious.¹² In our study, we evaluated older people's anxiety status at an interval of 15 days and six months during the COVID-19 pandemic. Incompatible with our hypothesis, the total anxiety scores of our sample were low. Also, there was a significant difference between the three measurements, anxiety level was found to decrease at 15th days and sixth months. Maggi et al. performed a follow-up study during and after quarantine and measured anxiety levels at the 15-day interval and there was no significant difference in mental health scores between the two measurements.¹³ When the subscales of the scale were compared, there was no significant difference in the affective subscale between the three measurements; there was a significant difference in somatic and cognitive subscale and there was a decrease. As the time passed in the curfew period of the pandemic, it was thought that the elderly may have reduced their anxiety for many reasons. More studies show that elderly people have lower anxiety levels than youngsters during the pandemic.¹⁴⁻¹⁷ Having a relative with these diseases in their environment or having had this disease may have increased the perception towards this disease and also affect anxiety levels.¹⁸ In our study, the number of people whose relatives had COVID-19 infection was very few and no one had COVID-19 or lost one of her/his relatives due to COVID-19 at the first and second calls. However, in our study, no significant difference was found between exposure to COVID-19 and anxiety.

We determined anxiety levels by using the Geriatric Anxiety Scale and evaluated the home business, struggles in this process, type of home, being affected by the curfew, and the most difficult things for older people in this process. Also, these factors were related to social activities, and in the literature, it was documented that the association of higher prevalence of anxiety and depression in the elderly was associated with limited social activity.¹⁹ Sirin et al. presented a study measuring anxiety by using the Geriatric Anxiety Scale during the pandemic curfew period in Turkey and they also found female gender, economic loss, uncertainty, and the time participants spent following news about the COVID-19 pandemic were the risk factors of anxiety. Higher education levels, hobbies, and regular physical activity were protective factors against anxiety.²⁰ Another study conducted on geriatric anxiety during the same period in Turkey by Yildirim et al. used the Trait Anxiety Inventory and Geriatric Depression Scale and had similar results.²¹ In Ireland, Hyland et al. used GAD-7 and PHQ-9 scales to determine the anxiety levels of the elderly and they found anxiety was associated with younger age, female sex, loss of income due to COVID-19, experiencing COVID-19 infection, and higher perceived risk of COVID-19 infection.²² In London, Robb et al. used the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) for the same population at the same period to determine anxiety and found a strong negative association between anxiety and loneliness.²³ Studies from different countries using different scales for the elderly found that anxiety has a positive correlation with economic loss and loneliness.^{14,24,25}

One of the reasons for the overall low level of anxiety in our study was that a major part of our participants was living in houses with gardens. Isolation was imported as one of the anxiety triggers of older people.¹⁰ In an individual who lives in a garden house, the effects of isolation may be less visible due to reasons such as gardening or coming together with nature. In our opinion, one of the most important factors of these low anxiety scores in our study is related to the fact that the elderly are less exposed to the negative effects of the pandemic due to the characteristics of the place where they live. In our study, nearly three-quarters of participants were happy to have a curfew because of thinking of the benefits to their health, two-thirds of participants stated that they had no difficulty in this process.

Older people may face unprecedented difficulties while seeking help from healthcare facilities.²⁶ In our study, 13.3% of the elderly applied to the hospital for any reason during the pandemic process. 20.0% of the hospital admissions were made due to the suspicion of COVID-19. According to our study, gender, education level, living alone, and house type were found to be related to changes in anxiety scores. In women, T0 anxiety scores were higher than those of men, however, the anxiety scores were seen to be decreased in women in the latter scores. By our study, Meng et al. and Alsharji KE found women experiencing more anxiety and depression than men during the COVID-19 pandemic.^{11,20-22,27,28} Also, gender differences in anxiety were examined in many studies, and there was a preponderance of females among current and recovered anxiety disorder cases.^{29,30} In our study, anxiety scores were found to be higher in those who lived alone at the first follow-up, in other follow-ups, the scores decreased. At the beginning of the pandemic, it was thought that explanations about an unknown disease from

various sources and the infodemic may have increased the level of anxiety in individuals who lived alone because they could not find support as presented in the literature.^{20,21} Our population had higher anxiety levels at the beginning of the pandemic. In the follow-ups, it was observed that the level of anxiety of those living in village houses decreased and those living in apartments increased. The fact that there are social areas such as gardens in village houses in general and the fact that such facilities are fewer in apartments and this situation has become more important due to the curfews in the pandemic may have affected the results of the study.

Some limitations should be considered when interpreting the results. First, these findings were based on self-reported data, which implies the possibility of self-report bias. Second, using phone calls for data collection could limit respondents' ability to express themselves due to time constraints or lack of a physical questionnaire. Third, the sample was selected from the same region, so there was not a variety of people, and we don't have a comparison with people living in the city center. Fourth, because of the number and the selection criteria of the sample, these results cannot be generalized to all older people.

The strengths of the study include the specific sample (older people), the prospective design with validated scales for anxiety, and the same researcher applying the questionnaires during follow-ups. Despite the challenges of doing research in rural areas like less communication skills of people or less willingness to participate in studies they don't understand, this research was conducted successfully. It is seen that the number of studies conducted in rural areas is low, and it is aimed to support academic studies in this field.

Conclusions

In our study, we evaluated the anxiety status of the elderly with an interval of 15 days and six months during the COVID-19 pandemic. Incompatible with our hypothesis, the total anxiety scores of our sample were low. There was a significant difference between the three measurements, anxiety was seen to decrease at the 15th day and the sixth month. When the subscales of the scale were compared, there was no significant difference in the affective subscale between the three measurements, there was a significant decrease in somatic and cognitive subscales. As the time passed in the curfew period of the pandemic, it was thought that the elderly may have reduced their anxiety for many reasons. Gender, education level, living alone, and house type were found to be related to the changes in anxiety scores. In our opinion, one of the most important factors of these low anxiety scores in our study is related to the fact that the elderly living in rural areas are less exposed to the negative effects of the pandemic due to the characteristics of the place where they live.

Ethical Considerations

Permission was obtained to use the scale in the study from Karahan, the author of the Turkish validity study of this scale. Before the research, ethics committee approval was obtained from the COVID-19 Scientific Research Evaluation Commission, which is affiliated with the Ministry of Health of the Republic of Turkey. Ethics committee approval was obtained from the Ankara City Hospital Non-interventional Clinical Research Ethics Committee (Approval date-number: May 28,2020-E1/692/2020).

Funding

There are no funding sources available.

Conflict of Interest

The authors report no conflict of interest.

Disclosure: A preprint of this work has previously been published and is publicly available at www.authorea.com website (DOI : 10.22541/au.162257531.11274816/v1)

References

1. Weiss SR, Leibowitz JL. Coronavirus pathogenesis. *Adv Virus Res.*2011;81:85-164.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, *N Engl J Med.* 2020 Feb 20; 382(8):727–733.
3. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA.* 2020 May 12; 323(18):1775-1776.
4. Kazancı H. Turkey eases COVID-19 curfew for 65+, youngsters. Available from: <https://www.aa.com.tr/en/health/turkey-eases-covid-19-curfew-for-65-youngsters/1831723>
5. Besdine RW. Introduction to geriatrics. *Merck Manual Professional Version.* [cited 2021 April 30] Available from: <https://www.merckmanuals.com/professional/geriatrics/approach-to-the-geriatric-patient/introduction-to-geriatrics>

6. Liu X, Luo WT, Li Y, Li CN, Hong ZS, Chen HL, et al. Psychological status and behavior changes of the public during the COVID-19 epidemic in China. *Infect Dis Poverty*. 2020;9(1):58
7. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr*. 2020;14(5):779-788.
8. Segal D.L., Granier K.L., Pifer M.A., Stone L.E. Geriatric Anxiety Scale. In: Gu D., Dupre M. (eds) *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. 2019:1-7
9. Sanal-Karahan F, Hamarta E, Karahan AY. The Turkish adaptation and psychometric properties of the Geriatric Anxiety Scale. *Ment Illn*. 2018; 10:1-5
10. Santini ZI, Jose PE, York Cornwell E, Koyanagi A, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *Lancet Public Health*. 2020 Jan;5(1): e62-e70
11. Meng H, Xu Y, Dai J, Zhang Y, Liu B, Yang H. Analyze the psychological impact of COVID-19 among the elderly population in China and make corresponding suggestions. *Psychiatry Res*. 2020; 289:112983.
12. Qiu J., Shen B., Zhao M., Wang Z., Xie B., Xu Y. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. *Gen. Psych*. 2020;33(2): e100213.
13. Maggi G., Baldassarre I., Barbaro A., Cavallo N.D., Cropano M., Nappo R., et al. Mental health status of Italian elderly subjects during and after quarantine for the COVID-19 pandemic: a cross-sectional and longitudinal study. *Psychogeriatrics*, 2021; 21: 540-551.
14. García-Fernández L, Romero-Ferreiro V, López-Roldán PD, Padilla S, Rodríguez-Jimenez R. Mental Health in Elderly Spanish People in Times of COVID-19 Outbreak, *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2020;28(10):1040-1045.
15. Nwachukwu I, Nkire N, Shalaby R, Hrabok M, Vuong W, Gusnowski A, et al. COVID-19 Pandemic: Age-Related Differences in Measures of Stress, Anxiety and Depression in Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(17):6366.
16. Das S., Arun P., Rohilla R., Prasar K., Roy A. Anxiety and depression in the elderly due to COVID-19 pandemic: a pilot study. *Middle East Curr Psychiatry* 2021;28(67).
17. Losada-Baltar A, Márquez-González M, Jiménez-Gonzalo L, Pedroso-Chaparro MDS, Gallego-Alberto L, Fernandes-Pires J. Differences in anxiety, sadness, loneliness and comorbid anxiety and sadness as a function of age and self-perceptions of aging during the lock-out period due to COVID-19. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2020;55(5):272-278.
18. Coughlin, S.S. Anxiety and Depression: Linkages with Viral Diseases. *Public Health Rev* 2012;34(2):7.
19. Grammatikopoulos I., Koutentakis C. Social activity and participation as determinants of anxiety and depression among elderly in primary care. *Ann Gen Psychiatry* 2010; 9:137.
20. Sirin H, Ahmadi AA, Ketrez G, Ozbeyaz C, Dikmen AU, Ozkan S. Assessment of anxiety in elderly population during the COVID-19 pandemic and the impact of compulsory homestay in the central districts of Ankara, Turkey: A quantitative, qualitative mixed method study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2021;36(11):1785-1794.
21. Yildirim H, Isik K, Aylaz R. The effect of anxiety levels of elderly people in quarantine on depression during covid-19 pandemic. *Soc Work Public Health*. 2021;36(2):194-204.
22. 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. 2020;142(3):249-256.
23. Robb CE, de Jager CA, Ahmadi-Abhari S, Giannakopoulou P, Udeh-Momoh C, McKeand J, et al. Associations of Social Isolation with Anxiety and Depression During the Early COVID-19 Pandemic: A Survey of Older Adults in London, UK. *Front. Psychiatry* 2020; 11:591120.
24. Lábadi B, Arató N, Budai T, Inhof O, Stecina DT, Sík A, et al. Psychological well-being and coping strategies of elderly people during the COVID-19 pandemic in Hungary. *Aging Ment Health*. 2022 Mar 29; 26(3):570-577.
25. Guner TA, Erdogan Z, Demir I. The Effect of Loneliness on Death Anxiety in the Elderly During the COVID-19 Pandemic [published online ahead of print, 2021 Apr 20]. *Omega (Westport)*. 2021;302228211010587.
26. Rahman, S., Afroze, L., Rahman, S. COVID-19 Pandemic and Older People in Bangladesh. *Dr. Sulaiman Al Habib Medical Journal* 2020;2(3):83-84.
27. Alsharji KE. Anxiety and depression during the COVID-19 pandemic in Kuwait: the importance of physical activity. *Middle East Current Psychiatry, Ain Shams University*. 2020;27(1):60.
28. Yurumez Korkmaz B, Gemci E, Cosarderelioglu C, Yigit S, Atmis V, Yalcin A, et al. Attitudes of a geriatric population towards risks about COVID-19 pandemic: in the context of anxiety and depression. *Psychogeriatrics*. 2021 Sep;21(5):730-737.
29. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. 2011;45(8):1027-1035.
30. Lewinsohn PM, Gotlib IH, Lewinsohn M, Seeley JR, Allen NB. Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *J Abnorm Psychol*. 1998;107(1):109-117.



Original Research / Orijinal Araştırma

The Relationship Between Pandemic Anxiety and Mother-Baby Battle and Postpartum Depression

Pandemi Kaygısı ile Anne Bebek Bağlanması ve Postpartum Depresyon Arasındaki İlişki

Serap KARSLI¹, Zümrüt YILAR ERKEK²

Abstract

Objective: The research, which was conducted to determine the relationship between pandemic anxiety, mother-infant attachment, and postpartum depression, was designed as descriptive and relationship-seeking.

Material method: The research was conducted with 413 mothers in family health centers between January 2022 and April 2022. Research data were collected using the Introductory Information Form, the Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS), the Mother-Infant Attachment Scale (MIAS), and the Coronavirus Anxiety Scale (CAS).

Results: In the study, the mothers' mean EPDS score was 11.85±6.86, the mean MIAS score was 3.48±3.92, and the mean CAI score was 3.77±5.18. When the CAI cut-off score was ≥5, 32% of the mothers; If ≥9 is taken, 18.2% of them have coronavirus anxiety. According to the EPDS cut-off point (12), 52.1% of the mothers were found to be at risk for postpartum depression. The study found a statistically significant and positive weak correlation between the mothers' CSI and the mean EPDS and MIAS scores.

Conclusion: In line with the findings, it was concluded that some mothers experienced coronavirus anxiety, more than half of them were at risk for postpartum depression, and their maternal attachment levels were good. In addition, it was determined that the pandemic anxiety of the mothers increased the risk rates of postpartum depression and the level of maternal attachment problems. In case of future epidemics, the results of studies on mothers' anxiety, postpartum depression, and maternal attachment processes should be evaluated, and appropriate policies should be established, especially for health professionals, to prevent the problems experienced.

Keywords: Pandemic Anxiety, Maternal Attachment, Postpartum Depression.

Özet

Amaç: Pandemi kaygısı ile anne bebek bağlanması ve postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte dizayn edilmiştir.

Materyal-Metot: Araştırma aile sağlığı merkezlerinde Ocak 2022-Nisan 2022 tarihleri arasında 413 anne ile yapılmıştır. Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu (TBF), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ), Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) ve Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmada da annelerin EDDÖ puan ortalaması 11,85±6,86, ABBÖ puan ortalaması 3,48±3,92 ve KAÖ puan ortalaması 3,77±5,18 olarak bulunmuştur. KAÖ'nin kesim puanı ≥ 5 alındığında annelerin %32'sinin; ≥9 alındığında ise %18,2'sinin koronavirüs anksiyetesine sahip olduğu; EDDÖ kesme noktasına göre (12) annelerin %52,1'inin postpartum depresyon açısından risk altında olduğu tespit edilmiştir. Araştırmada annelerin KAÖ ile EDDÖ ve ABBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde zayıf bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Araştırmada; bazı annelerin koronavirüs anksiyetesi yaşadığı, postpartum depresyon açısından yarısından fazlasının risk altında olduğu ve maternal bağlanma düzeylerinin iyi olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca annelerin pandemi kaygılarının postpartum depresyon risk oranlarını ve maternal bağlanma problem düzeyini artırdığı belirlenmiştir. İleriye yönelik ortaya çıkabilecek salgın durumlarında annelerin anksiyete, postpartum depresyon ve maternal bağlanma süreçlerine yönelik çalışma sonuçları değerlendirilerek yaşanan aksaklıkların önlenmesi için özellikle sağlık profesyonellerine yönelik uygun politikaların oluşturulması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Pandemi Kaygısı, Maternal Bağlanma, Postpartum Depresyon

Geliş tarihi / Received: 11.12.2023 Kabul tarihi / Accepted: 24.03.2024

¹Yüksek Lisans Öğrencisi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik AD, Taşlıçiftlik Kampüsü, 60250 Tokat, Türkiye

²Doçent Doktor, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Taşlıçiftlik Kampüsü, 60250 Tokat, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Zümrüt YILAR ERKEK. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Taşlıçiftlik Kampüsü, 60250 Tokat, Türkiye

E-posta: zyilar@hotmail.com Tel: +90 530 710 9265

Karlı S. Yılar Erkek Z. *The Relationship Between Pandemic Anxiety and Mother-Baby Battle and Postpartum Depression.*

TJF&M&PC, 2024; 18 (3) :259-267

DOI: 10.21763/tjfm.1403215

Giriş

COVID-19 salgını dünya çapında yaşam koşullarında büyük değişikliklere yol açmıştır. Karantinalar, kendi kendine izolasyon, sosyal mesafe, maske takma, uzaktan çalışma, ve çevrimiçi eğitim gibi benzeri görülmemiş önlemler uygulanmıştır.¹ Enfeksiyon korkusu, mali ve ekonomik sonuçlarla ilgili belirsizlikler, sosyal izolasyon ve artan ev içi iş yükü, duygusal sıkıntının önemli faktörleri olarak ortaya çıkmıştır. Yaşanan bu değişiklikler genel popülasyonun ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemiştir.² Depresyon yaygınlığı yedi kat artarak, 2017'de %3,44'ten 2020'de %25'e ulaşmıştır¹. Bu olumsuz süreç tüm popülasyonla birlikte gebeleri de etkilemiştir. COVID-19 pandemisi önce, perinatal depresyonun prevalansı %11,9 olarak bulunmuşken 2022 itibarıyla bu oranın %34'e çıktığı ve doğum sonrası depresyon prevalansında %24'e varan bir artış olduğu tespit edilmiştir.^{1,3} Bu nedenle COVID-19 salgını, gebe ve doğum sonrası kadınlar arasında, genel popülasyondan bile daha fazla, önemli ölçüde daha yüksek depresyon prevalansı ile ilişkilendirilmiştir. Bu bulgu, hamile ve doğum sonrası kadınların, küresel felaketler sırasında ruh sağlığı endişeleri için daha fazla dikkat gerektiren savunmasız bir nüfus olduğunu göstermektedir.⁴

Anneliğe geçiş hassas bir dönemdir ve kadınların ruhsal hastalıklara, özellikle de depresif belirtilere karşı daha savunmasız oldukları bir aşama olarak algılanmıştır. Gebelikte ve doğum sonrası dönemde kadınlar, COVID-19 nedeniyle morbidite, mortalite ve artan ruh sağlığı semptomları açısından yüksek risk altındadır. Doğum öncesi anne kaygı bozuklukları, doğumdaki komplikasyonlar, sosyal destek eksikliği, olumsuz yaşam olayları, anne stresi ve annelik ile ilgili hayal kırıklıkları olumlu anne-bebek bağına engelleyebilmektedir.² Pandemi sırasında anne adayları, eşlerinin hastanede yanlarında olmamasından veya kendilerinden veya çocuklarına hastanede COVID-19 bulaşmasından endişe duyduklarını belirtmişlerdir.⁵ Pandemi sırasında gebe kadınlar ile pandemiden önce gebe olan kadınlara kıyasla önemli ölçüde daha yüksek doğum korkusuna sahip olduğu bazı çalışmalarda belirlenmiştir.^{2,5} Kadınların doğumu yaklaştıkça, COVID-19 ile ilgili kaygı ve endişelerinin doğum kokusu yaşamalarına ve sonraki süreçte de ruh sağlıklarının olumsuz yönde etkilenmesine sebep olabileceği bildirilmektedir. Bu nedenle bir pandemi sürecinde olan gebeler; doğum korkularını ve postpartum depresyona (PPD) yatkınlıklarını en aza indirmek için yakından izlenmesi gereken yüksek riskli, duyarlı bir grubu temsil etmektedir.⁶

COVID-19 salgınının milyonlarca gebeyi doğrudan etkilediği ve araştırmacıların gelecekteki viral salgınlara veya endemilerin muhtemel olduğunu tahmin ettiği göz önüne alındığında, gebe ve doğum sonrası kadınlarda pandeminin ruh sağlığı üzerindeki etkilere ilişkin bir anlayış geliştirmek kritik öneme sahiptir. Küresel pandemilerde gebeler için düzenli tarama uygulamaları yapmak, semptomları yüksek olan bireyler için gerekli desteği organize ederek veya sanal sosyal desteği artırarak başarılabilir. Bu stratejileri önleyici olarak dahil etmek, gelecekteki pandemilerde olumsuz maternal ve fetal sonuçları önleyebilir.⁷ Bu planlamaların yürütülmesinde ise gebelik, doğum ve doğum sonrası sürecin yönetiminde özellikle bu konuya yönelik danışmanlık hizmetlerinin sürdürülmesinde ebelere önemli roller düşmektedir. Bu noktada; araştırma pandemi kaygısı ile anne bebek bağlanması ve PPD arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmanın soruları; 1) Annelerin pandemi kaygısı, PPD riski ve anne bebek bağlanma düzeyleri nasıldır? 2) Annelerin pandemi kaygısı, PPD riski ve anne bebek bağlanması arasında bir ilişki var mıdır?

Gereç Ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Gaziantep İli'nin Şehitkamil İlçesi'nde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM), kura yöntemi ile belirlenen 5 ASM'de Ocak 2022- Nisan 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini, Gaziantep İli'nin Şehitkamil İlçesi'nde 01 Ocak – 31 Aralık 2021 yılında doğum yapan 7040 anne oluşturmaktadır. Örneklem sayısının belirlenmesinde evreni bilinen örneklem hesaplama yöntemi kullanılmış ($n = N \cdot t_2 \cdot pq / y_2 \cdot (N-1) + t_2 \cdot pq$) araştırmanın örneklemi %95 güven aralığı ve ± 5 sapma değeri ile 364 anne oluşturmaktadır.⁸ Araştırmada olası kayıplar göz önüne alınarak 413 anne ile çalışma yürütülmüştür.

Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, araştırma verilerinin toplandığı tarihlerde 4-8 hafta arası bebeğe sahip olan, mental sorunu olmayan ve Türkçe üzerinde yeterli hakimiyeti olan anneler ile çalışma yürütülmüştür. Araştırmaya katılmaya rızası olmayan, iletişim sorunu olan ve doğum sonrası depresyon tanısı alan anneler çalışmaya dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri Tanıtıcı Bilgi Formu (TBF), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ), Anne Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ), Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Tanıttıcı Bilgi Formu: TBF araştırmacılar tarafından literatür⁹⁻¹⁵ taranarak oluşturulmuştur. Form kadınların; sosyo-demografik (yaşı, öğrenim durumu, çalışma durumu), obstetrik (gebelik sayısı, doğum şekli, doğum öncesi bakım alma durumu) ve pandemi sürecine (COVID-19 geçirme, karantinada kalma, kayıp yaşama, aşılama) ilişkin özelliklerini içeren sorulardan oluşmaktadır. Formda toplamda 16 soru yer almaktadır.

Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ): ABBÖ, doğumdan sonraki ilk günden itibaren uygulanabilecek bir ölçektir. Annenin bebeğine olan duyguları ile kurduğu bağ arasındaki ilişkiyi göstermektedir. Taylor ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlilik çalışması 2016'da Aydemir Karakulak ve Alparıan tarafından yapılmıştır. Sekiz maddeden oluşan Likert tipindeki ölçekten en düşük puan 0 en yüksek puan 24 alınmaktadır. Değerlendirmede her madde, "(0) çok fazla" ile "(3) Hiçbir zaman" uçlarına sahip derecelendirme skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. Olumlu ve olumsuz duygu ifadelerinden oluşan ölçekte Birinci, 4. ve 6. maddeler olumlu; 2.,3.,5.,7. ve 8. maddeler ise olumsuz olup ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması anne-bebek bağlanma problemi göstergesi kabul edilmektedir. Orijinal ölçeğin ilk gün içindeki Cronbach Alfa katsayısı 0,69 ve postpartum dönem 8-10 hafta içindeki Cronbach alfa katsayısı 0,68 olarak hesaplanmıştır.¹⁶ Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur.

Koronavirüs Anksiyete Ölçeği (KAÖ): Lee tarafından 2020'de geliştirilen KAÖ'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Koç ve Arıan tarafından 2021 yılında yapılmıştır. Beş maddeden oluşan ölçekte ters medde bulunmamaktadır. Bireylerin son iki haftadaki deneyimlerine göre "0-Hiç", "1-Nadir, bir veya iki günden az", "2-Birkaç gün", "3-Yedi günden fazla", "4-Son iki hafta içinde hemen hemen her gün" şeklinde puanlaması yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 20'dir. Alınan yüksek puanlar kaygı düzeyinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Koç ve Arıan tarafından yapılan çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısı 0,81 bulunmuştur.¹⁷ Bu çalışmada ise iç tutarlılık 0,96 olarak hesaplanmıştır.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ): Doğum sonrası dönemde annelerin depresyon risklerinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Engindeniz ve arkadaşları tarafından 1996'da yapılmıştır. On madde ve dörütlü Likert tipinde ölçeğin 3, 5, 6, 7, 8, 9 ve 10. maddeleri 3, 2, 1, 0 biçiminde puanlanarak giderek azalan şiddeti; 1. 2. ve 4. madde puanlaması ise 0, 1, 2, 3 şeklinde giderek artan şiddeti göstermektedir. Ölçekten en düşük 0, en yüksek 30 puan alınmaktadır. EDDÖ'nün iç tutarlılık katsayısı 0,79, kesme puanı 12/13 olarak belirlenmiştir.¹⁸ Bu araştırmada ölçeğin kesme noktası 12 olarak belirlenmiş, Cronbach's alfa değeri 0,91 bulunmuştur.

Araştırmanın Uygulanması

Araştırma verileri; araştırmacı tarafından, annelere araştırmanın amacına ve anket formuna yönelik bilgi verildikten sonra, yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Anket formunun işlerliğini saptamak amacıyla araştırma kriterlerine uyan 10 gebeye ön uygulama yapıldıktan sonra örneklem grubuna veri toplama formları uygulanmıştır. Anketler annelere; uygunlukları ve rahat bir şekilde doldurabilmeleri için sakin ve yalnız olabilecekleri bir mekanda (ASM'lerdeki emzirme veya aşı odalarında) uygulanmıştır. Her bir anketin uygulanması yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi (Analizi)

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı verilerin analizinde sayı, yüzde, minimum, maksimum, medyan, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin normallik analizi değerlendirilirken verilerin hangi dağılımdan geldiğini belirlemek için; Kolmogorov-Smirnov testi istatistik ve p değeri, çarpıklık ve basıklık katsayıları incelenmiş, p değerinin 0.05'ten büyük olması veya çarpıklık ve basıklık katsayılarının ± 2 sınırları içinde bulunması durumunda verilerin dağılımının normal sınırlar içerisinde olduğu kabul edilmiřtir¹⁹. Normal dağılım gösteren veriler için ortalama ve standart sapma, normal dağılım göstermeyen veriler için medyan, minimum, maksimum değerleri verilmiştir. Normal dağılım gösteren verilerin değerlendirilmesinde parametrik testlerden bağımsız gruplarda t testi ve Tek Yönlü (One Way) Anova Analizi ve Post-Hoc testlerinden (Tukey HSD) ve Tamhane's yararlanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans testi ve çözümlenme sonucunda gruplar arasında beliren anlamlı farkın kaynağını belirlemek amacıyla da posthoc test istatistiklerinden Bonferroni testi kullanılmıştır. Veriler arasındaki ilişkiyi incelemek için Sperman Korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan istatistiksel testlerde %95 güven aralığı ve $p < 0,05$ anlamlılık seviyesi olarak alınmıştır.

Araştırmanın Etiği

Araştırma öncesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulundan etik onay (Karar No: 2511 – 10.12.2021 tarih ve 105475 sayılı) ve araştırmanın yapıldığı kurumlardan kurum izni (2021-11-05T20_08_51) alınmıştır. Annelere araştırmanın amacı, toplanılan verilerin isim kullanılmaksızın yalnızca bir bilimsel araştırmada kullanılacağı ve araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları açıklanmıştır. Annelerden, sözlü ve yazılı onam alınmıştır. Ayrıca ASM'lerde çalışan personele de çalışmanın yapılma amacına ve uygunluğuna yönelik bilgi verilmiştir. Araştırma, "Aydınlatılmış Onam, Gizlilik ve Gizliliğin Korunması ve Özerklik Saygı" etik ilkelerine ve Helsinki Bildirgesine uygun yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni

Araştırma çalışmanın yapıldığı bölgede ve tarihlerde başvuran, araştırma kriterlerine uyan anneler ile sınırlandırılmıştır.

Bulgular

Pandemi kaygısı ile anne bebek bağlanması ve PPD arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 413 anne ile yapılan araştırmanın bulguları bu bölümde verilmiştir. Annelerin bazı sosyodemografik ve obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1'de gösterilmiştir. Tabloya göre kadınların %59,1'inin 18-27 yaş arasında olduğu ve %44,8'inin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Annelerin çalışma durumu ve aile tipine bakıldığında, %70'inin çalışmadığı ve %77,7'sinin çekirdek ailesiyle yaşadığı belirlenmiştir. Obstetrik özelliklerine bakıldığında; gebelerin %52,1'inin normal doğum yaptığı, %36,6'sının 1. gebeliği, %51,1'inin gebeliğinin planlı olduğu, %5,8'inin ölü doğum, %22,3'ünün düşük öyküsü olduğu belirlenmiştir. Annelerin %25,9'unun gebelik döneminde sağlık problemi yaşadığı, %39,7'sinin gebeliğini etkileyebilecek stres faktörüne sahip olduğu (yakın kaybı, iş değişikliği, ev değişikliği vs. gibi), %14,5'inin ise daha önce PPD yaşadığı görülmüştür

Tablo 1. Annelerin Bazı Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n=413)

Değişkenler	n	%	
Yaş	18-30 yaş	244	59,1
	31-35 yaş	133	32,2
	36-49 yaş	36	8,7
Eğitim durumu	İlkokul	98	23,7
	Ortaokul	59	14,3
	Lise	71	17,2
	Üniversite	185	44,8
Çalışma durumu	Çalışıyor	124	30,0
	Çalışmıyor	289	70,0
Aile tipi	Çekirdek aile	321	77,7
	Geniş aile	92	22,3
Doğum şekli	Normal doğum	215	52,1
	Sezaryen	198	47,9
Ölü doğum öyküsü	Evet	24	5,8
	Hayır	389	94,2
Kaçınıcı gebeliği olduğu	1. gebelik	151	36,6
	2. gebelik	104	25,2
	3. gebelik	86	20,8
	4. ve üzeri gebelik	72	17,4
Düşük öyküsü	Evet	92	22,3
	Hayır	321	77,7
Gebelik döneminde sağlık problemi yaşama	Evet	107	25,9
	Hayır	306	74,1
Gebelik döneminde hayatı etkileyebilecek stres	Evet	164	39,7
	Hayır	249	60,3
Doğum sonu depresyon öyküsü	Evet	60	14,5
	Hayır	202	48,9
Son gebeliğin planlanmamış bir gebelik olması	Evet	211	51,1
	Hayır	202	48,9

Annelerin COVID-19 özelliklerine ilişkin bulguları Tablo 2'de gösterilmiştir. Buna göre annelerin %13,6'sının gebelik döneminde COVID-19 geçirdiği, %36,1'inin COVID-19 enfeksiyonuna bağlı olarak karantinada kaldığı, %21,1'inin ailesinde COVID-19 enfeksiyonuna bağlı kayıp yaşandığı ve %46,5'inin COVID-19 aşısı yaptırmadığı belirlenmiştir.

Tablo 2. Annelerin bazı COVID-19 Özelliklerinin Dağılımı

		n	%
Gebelik döneminde COVID-19 geçirme	Evet	56	13,6
	Hayır	357	86,4
COVID-19 enfeksiyonuna bağlı karantinede kalma	Evet	149	36,1
	Hayır	264	63,9
Ailede COVID-19 enfeksiyonuna bağlı kayıp yaşama	Evet	87	21,1
	Hayır	326	78,9
COVID-19 aşısı yaptırma	Evet	221	53,5
	Hayır	192	46,5

Annelerin EDDÖ, ABBÖ ve KAÖ puan ortalamaları Tablo 3'te gösterilmiştir. Buna göre annelerin EDDÖ puan ortalaması 11,85±6,86, ABBÖ puan ortalaması 3,48±3,92 ve KAÖ puan ortalaması 3,77±5,18 olarak bulunmuştur. EDDÖ kesme noktasına (12) göre annelerin % 52,1'inin açısından risk altında olduğu belirlenmiştir. KAÖ kesim puanı ≥ 9 alındığında kadınların % 18,2'sinde, kesim puanı ≥ 5 alındığında ise % 32'sinde COVID-19'a ilişkin anksiyetenin mevcut olduğu bulunmuştur.

Tablo 3. Annelerin EDSÖ, ABBÖ ve KAÖ Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Ort± SS	Medyan	Min-Maks
EDSDÖ	11,85±6,86	12	0-29
ABBÖ	3,48±3,92	2	0-19
KAÖ	3,77±5,18	1	0-20

Annelerin KAÖ ile ABBÖ ve EDDÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4'te gösterilmiştir. Tabloya göre; KAÖ ile EDDÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzeyde pozitif bir ilişki ($r=0,315$; $p<0,05$); KAÖ ile ABBÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı ve zayıf düzeyde pozitif bir ilişki bulunmuştur ($r=0,110$; $p<0,05$). Buna göre; KAÖ puan ortalaması arttıkça EDDÖ ve ABBÖ puan ortalamaları da artmaktadır.

Tablo 4. Annelerin KAÖ ile ABBÖ ve EDDÖ Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

		ABBÖ	EDSDÖ
KAÖ	r	0,110*	0,315**
	p	0,025	0,001

r: Serman's korelasyon katsayısı

*p: Zayıf düzeyde pozitif anlamlı ilişki

**p: Orta düzeyde pozitif anlamlı ilişki

Tartışma

Pandemi kaygısı ile anne bebek bağlanması ve PPD arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmanın bulguları literatürde benzer çalışmalar ile tartışılmıştır.

DSÖ'nün 13 Mart 2020'de yayınladığı rehberde COVID-19 enfeksiyonunun gebeler ve çocuklarda görülme sıklığının daha düşük olduğunu, gebeler ile gebe olmayan kadınlar kıyaslandığında hastalığın yayılımı ve belirtileri yönünden anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir. Hastalık Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) 15-44 yaş aralığında, COVID-19 tanısı almış ve semptom gösteren kadınların %5,7 sinin gebe olduğunu bildirmiştir.²⁰

Çalışmada annelerin %13,6'sının gebelik döneminde COVID-19 geçirdiği belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalarda ise oranlar %3,04 ile %58,6 arasında farklılık göstermektedir.²¹⁻²³ Bu durumun çalışmaların yıllarının ve bölgelerinin farklılık göstermesine, ilerleyen dönemlerde aşılama ve virüsün mutasyonuna bağlı olarak enfeksiyonun yaygınlığının değişmesine, uygulanan karantina önlemlerinin farklılığına ve tutulan istatistik kayıtlarındaki farklılığa bağlı olabileceği düşünülmüştür.

Yüksek prevalansı ve zararlı sonuçları nedeniyle PPD, son on yılda ciddi küresel halk sağlığı sorunlarından biri olarak tanımlanmıştır. Önceki araştırmalar, afetler, salgın gibi kriz durumlarında, doğum sonrası kadınlar arasında ruhsal bozuklukların yaygınlık oranlarının önemli ölçüde yüksek olduğunu bulmuştur. Bununla birlikte, COVID-19 pandemisinin doğum sonrası dönemdeki kadınlar için PPD ve risk faktörleri üzerindeki etkisi net olarak açıklanamamıştır. Çoğu gelişmiş ülkelerde yapılan, toplam sekiz meta analizi içeren çalışmada PPD prevalansı, COVID-19 pandemisi sırasında %34 olarak tespit edilmiş ve bu oranın pandemi öncesi yapılan araştırma

sonuçlarından çok daha yüksek olduğu belirlenmiştir.³ Çalışmada annelerin EDDÖ puan ortalaması 11,85±6,86 olarak hesaplanmış, ölçeğin kesme noktasına göre (12) annelerin %52,1'inin PPD açısından risk altında olduğu bulunmuştur. Türkiye' de bu oranın %5 ile %61,8 arasında değiştiği, salgın öncesi Türkiye genelinde PPD prevalansının ise ortalama %23,8 olduğu belirlenmiştir²⁴. Gelişmiş illerde yapılan 17 çalışmada PPD oran %21,2 iken gelişmekte olan 35 ilde yapılan çalışmada ki oran %25²⁴ belirlenmiştir. Ülkeler bazında yapılan çalışmalarda ise Avustralya'da %21, Asya'da %16, Kuzey Amerika'da %16, Afrika'da %11 ve Avrupa'da %8²⁵ bulunmuştur. Bu çalışmanın sonucunun ise Türkiye ortalamasında verilen çalışmalardaki oranlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmalardaki farklılıkların özellikle araştırma verilerinin toplandığı dönemde COVID-19 enfeksiyonunun şiddetine, aşı yaptırma ile ilgili yaşanan endişelere ve bu süreçte bebekle ilgili yaşanan kaygıya bağlı olarak değişiklik gösterdiği; bu çalışmadaki oranın yüksek bulunmasının da veri toplama sürecinin bu döneme denk gelmesiyle açıklanabilir. Ayrıca gebelerin sosyo-demografik özellikleri, yaşadıkları bölge farkı ve ölçeğin kesme noktasının da oranları etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bağlanma, anneler ve bebekler, eşler, aile veya arkadaşlar arasındaki özel bir bağlantıdır. Anne-bebek bağı, bir annenin bebeğine karşı sevgisi, duyguları ve tutumları ile ilgilidir. Bağlanma, anne ve çocuk arasındaki duygusal bağ, bebeklerin yakın ilişkiler için ilk modelini oluşturur ve bebeğin hayatta kalması ve gelecekteki bilişsel gelişimi ile güçlü bir şekilde ilişkilidir.²⁶ Çalışmada annelerin ABBÖ puan ortalaması 3,48±3,92 olarak bulunmuş ve bu sonuca göre; anne-bebek bağlanma probleminin olmadığı görülmüştür. Literatürdeki Özşahin ve ark.⁸ 2020'deki çalışmasında ABBÖ toplam puan ortalaması 2,49±3,65; Çilesiz'in¹³ 2021'deki çalışmasında ise 1,12± 1,842 bulunmuştur.

Gebelik ve sonrası süreçte pandemiye bağlı stres ve kaygının yanı sıra ruh sağlığının kalitesini etkileyen çok sayıda faktör bulunmaktadır. Bu nedenle gebelikte stres ve anksiyete prevalansının genel nüfusa göre arttığı bilinmektedir (%15-23'e karşı %3-5).^{27,28} Pandeminin son dönemlerinde yürütülen bu çalışmada annelerin KAÖ puan ortalaması 3,77±5,18; kesim puanı ≥ 5 alındığında annelerin %32'sinin; ≥ 9 alındığında ise %18,2'sinin koronavirüs anksiyetesine sahip olduğu tespit edilmiştir. Süntar tarafından Eylül 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında bir hastanenin aile hekimliği, kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran gebe kadınlarla yapılan çalışmada KAÖ puan ortalaması 2,92±4,07; KAÖ kesim puanı ≥ 9 olarak alındığı zaman %13,24; ≥ 5 olarak alındığı zaman %23,47 bulunmuştur.²⁹ Kalaycık'ın Ocak 2020 - Kasım 2021 tarihleri arasında bir hastanenin kadın doğum polikliniklerine başvuran gebelerle yaptığı çalışmasında KAÖ puan ortalaması 6,93±2,81; ölçeğin kesim değeri ≥ 9 alındığında koronavirüs anksiyetesi %21,7 bulunmuştur.³⁰ Efe'nin çalışmasında (2022) KAÖ kesim puanı ≥ 9 alındığında yaklaşık her 12 gebe kadından birinde, kesim puanı ≥ 5 alındığında ise yaklaşık her 5 gebe kadından birinde COVID-19'a ilişkin anksiyetesinin mevcut olduğu bulunmuştur.¹⁵ Eşsiz Selimoğlu ve Beydağ'ın (2022) çalışmasında KAÖ toplam puan ortalaması 8,01 ± 1,44 olarak bulunmuştur.³¹ Lebel ve arkadaşları Nisan 2020'de COVID-19 pandemisi sırasında gebe bireyler arasında yüksek depresyon ve anksiyete belirtilerini inceledikleri çalışmalarında ise katılımcıların %46,3'ünde orta derecede yüksek anksiyete semptomları ve % 10,3'ünde ciddi derecede yüksek anksiyete semptomları bulmuştur.³² Liu ve arkadaşları (2020) Wuhan'da 932 ve Chongqing'da 1015 gebe katılımcı ile yaptığı çalışmada, gebe kadınlarda kaygı oranını %10,4 ile %24,5 arasında değişen değerlerde saptamışlardır.³³ Berthelot ve arkadaşları (2020) gebe kadınların COVID-19 pandemisi öncesine oranla stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinde artış olduğunu belirtmişlerdir.³⁴ Çalışma sonuçlarındaki bu farklılıklar, çalışmaların pandeminin farklı dönemlerinde (dalga-normalleşme süreci veya pandeminin başlangıç-ilerleyen dönemi), farklı örneklerde, farklı ortamlarda ve farklı özellikte ölçme araçlarıyla yapılmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca Avrupa İlaç Ajansı ve Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi özel bir sağlık problemi olmadığı sürece bir doktor tarafından değerlendirilerek gebelik planlayan, gebe ve emziren annelere, COVID-19 aşısının yapılmasını önermektedir.²³ Bu durum COVID-19 hastalığı ve hastalığa yakalanmaya ilişkin anksiyetenin azalmasına neden olmuş olabilir. Diğer taraftan ülkemizde araştırmaların yürütüldüğü tarihlerde COVID-19 pandemi sürecinde kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan gebelerin, gebeliğinin 24.haftasından 32.haftasına kadar olan süre içerisinde idari izinli olarak evden çalışmasına olanak verilmesi, araştırmanın pandeminin ilerleyen dönemlerinde yapılması ve aşının bulunmasından dolayı hem kendilerinin hem de bebeklerinin güvende olduğunu düşünmeleri nedeniyle hastalığa ilişkin daha az anksiyete yaşamış olabilirler.

Literatürde pandemi sürecinde annelerin koronavirüs kaygısı, PPD riski ve maternal bağlanma durumlarını birlikte değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiye ait bulgular bu süreçte aynı ya da benzer ölçekleri kullanan araştırmaların bulguları ile karşılaştırılmıştır. Çalışmada annelerin koronavirüs anksiyeteleri arttıkça doğum sonrası depresyon risklerinin ve anne bebek bağlanma puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Çalışmanın bu sonucuna göre; pandemi sürecinde yaşanan olumsuzluklara bağlı anksiyete düzeyleri artan annelerde beklendiği şekilde PPD riski artarken bu süreçte yaşanan anksiyete ve korku onların bebeklerine olan korumacı yaklaşımından dolayı maternal bağlanma problemlerini de artırmış olabilir. Farklı açılardan bakıldığında; yaşanan PPD bağlanma problemlerini de artırmış olabilir; bağlanma problemleri PPD'na zemin hazırlamışta olabilir ya da bu durumlara pandemi anksiyetesi de neden olmuş olabilir.

Literatürde³⁵ farklı olarak annelerin kaygı ve korku düzeyleri, travmaya uğrama ihtimalleri artmasının onların PPD'a olan yatkınlığını artırırken; mükemmeliyetçilik ve kontrol düzeylerinin yüksek olmasının maternal bağlanmayı artırdığı görülmüştür.

Karakuş Turan'ın çalışmasında da (2021) prenatal dönemdeki anksiyete ile maternal bağlanma arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur.³⁶ Bu çalışmanın sonucundan farklı olarak; Kurt ve Çelikkaya Söyler'in çalışmasında (2022) annelerin maternal bağlanma düzeyleri ile perinatal anksiyete puanları arasında negatif yönde bir ilişki bulunmuştur.³⁷ Yapılan başka bir çalışmada gebelerin ruh halinin bağlanma düzeyini etkilemediği bildirilmiştir.³⁸ Dymecka ve arkadaşları (2021), COVID-19 korkusu, algılanan stres ile doğum korkusu arasında anlamlı ilişki olduğunu bildirmişlerdir.³⁹ Özçalkap ve Uçar (2022) ile Çelik ve Öztürk Çopur (2023) benzer şekilde annelerin COVID-19 kaygısı arttıkça maternal bağlanmanın negatif yönde etkilendiğini belirtmişlerdir.^{40,41}

Annelerde COVID-19 kaygısı arttıkça PPD riskinin de artmasında; COVID-19'un sürecinin devam etmesi, stres, korku, anksiyete ve zorlu yaşam koşulları gibi faktörlerin depresyon üzerinde etkisinin olduğu ve PPD oranlarını arttırdığı bildirilmiştir.^{14,38,42} Bu çalışmada da benzer şekilde COVID-19 anksiyetesi arttıkça annelerin PPD riskleri de artmıştır. Pandemi sürecinde annelerin kendilerinden ziyade bebeklerini korumaya yönelik karantina önlemlerine sadık kalmak onları bir yönden rahatlatırken diğer taraftan sağlık kontrol planlarındaki aksamalar, ayrıca sosyal destek sistemlerindeki yetersizlik, hastalanma ve ölüm korkusunun çok fazla kaygıya neden olabileceği düşünülmektedir. Koronavirüs salgını sırasında farklı ülkelerde ve ülkemizde yürütülen çalışmada da, bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde Koronavirüs anksiyetesi arttıkça annelerin PPD riskinin de arttığı gözlenmiştir.^{11,32,38,42-45}

Sonuç Ve Öneriler

Araştırmada; bazı annelerin koronavirüs anksiyetesi yaşadığı, PPD açısından yarısından fazlasının risk altında olduğu ve maternal bağlanma düzeylerinin iyi olduğu sonucuna varılmıştır. Annelerde koronavirüs anksiyetesi arttıkça doğum sonrası depresyon riskinin ve anne bebek bağlanma problemlerinin de arttığı tespit edilmiştir. Araştırmanın sonuçları doğrultusunda ileride ortaya çıkabilecek salgın durumlarında annelerin anksiyete, PPD ve maternal bağlanma süreçlerine yönelik çalışma sonuçları doğrultusunda yaşanan aksaklıkların giderilmesi için özellikle sağlık profesyonellerine yönelik uygun politikalar oluşturulmalıdır. Gebelere verilecek eğitim ve danışmanlığın aksamaması ve hastaneye başvurarak temasa maruz kalmaması için ebelerin tele-ebelik yoluyla gebelere hizmet vermesi bu sürecin yönetiminde önerilebilir bir seçenek olabilir. Kanıt temelli uygulamaların, resmi kılavuzların, ulusal ve uluslararası önerilerin gebe kadınlara ulaştırılarak doğru bilgilendirme yapılması, ayrıca niteliksel çalışmalar ile gebe kadınların pandemi sürecindeki yaşadıkları süreçlerin ele alınması önerilmektedir. Ayrıca, olası salgın veya felaket durumlarına ait oluşturulan ölçeklerin toplumun özelliklerine uygun olarak planlanması ve yapılan araştırmalarda da buna dikkat edilmesinin çalışmaların sonuçlarının kalitesi ve güvenilirliği açısından önerilmektedir.

Teşekkür

Bu çalışma yüksek lisans tezi olarak yayımlanmıştır. Çalışmaya katılan tüm annelere teşekkür ederiz.

Çıkar Çatışması

Yazar, bu makalenin araştırılması, yazarlığı ve/veya yayınlanmasıyla ilgili olarak herhangi bir potansiyel çıkar çatışması beyan etmemektedir.

Yazar Katkısı

Plan, tasarım: SK, ZYE; Gereç, yöntem ve veri toplama:SK, ZYE; Veri analizi ve yorumlar: SK; Yazılışı ve düzeltmeleri:SK,ZYE.

Finansman

Çalışmanın bir finansmanı bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., López-Antón, R., & Santabárbara, J. Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP*. 2021;21(1), 100196. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
2. Schaming, C., & Wendland, J. Postnatal mental health during the COVID-19 pandemic: Impact on mothers' postnatal sense of security and on mother-to-infant bonding. *Midwifery*. 2023;117,103557. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103557>
3. Yang, S.-T., Yang, S.-Q., Duan, K.-M., Tang, Y.-Z., Ping, A.-Q., Bai, Z.-H., Gao, K., Shen, Y., Chen, M.-H., Yu, R.-L., & Wang, S.-Y. The development and application of a prediction model for postpartum depression: Optimizing risk assessment and prevention in the clinic. *Journal of Affective Disorders*. 2022;296, 434-442. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.09.099>
4. DiGregory, S., Githere, N., Crites, K., Rouse, C., & Shanks, A. The Impact of COVID-19 on postpartum depression and the responsibility of the healthcare system. *Cureus*. 2022; 14(8), e27805. <https://doi.org/10.7759/cureus.27805>
5. Ashokka, B., Loh, M.-H., Tan, C. H., Su, L. L., Young, B. E., Lye, D. C., Biswas, A., Illanes, S. E., & Choolani, M. Care of the pregnant woman with coronavirus disease 2019 in labor and delivery: Anesthesia, emergency cesarean delivery, differential diagnosis in the acutely ill parturient, care of the newborn, and protection of the healthcare personnel. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020; 223(1), 66-74.e3. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.04.005>
6. Low, S. R., Bono, S. A., & Azmi, Z. Prevalence and factors of postpartum depression during the COVID-19 pandemic: A Review. *Current Psychology (New Brunswick, N.J)*. 2023;1-18. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-04181-w>
7. Rabinowitz, E. P., Kutash, L. A., Richeson, A. L., Sayer, M. A., Samii, M. R., & Delahanty, D. L. Depression, anxiety, and stress in pregnancy and postpartum: A longitudinal study during the COVID-19 pandemic. *Midwifery*. 2023; 121, 103655. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2023.103655>
8. Özşahin, Z., Emine, A., & Gökbulut, N. Postpartum depresyon düzeyi ile maternal bağlanma arasındaki ilişki. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. 2020;8(3), 715-724.
9. Aydın, R., Kızılkaya, T., Aytaç, S. H., & Taşlar, N. COVID-19 pandemisinde; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadınların sosyal destek gereksinimi ve ebelik yaklaşımları. *Electronic Turkish Studies*. 2020; 15(4).
10. Farrell, T., Reagu, S., Mohan, S., Elmidany, R., Qaddoura, F., Ahmed, E. E., Corbett, G., Lindow, S., Abuyaqoub, S. M., & Alabdulla, M. A. The impact of the COVID-19 pandemic on the perinatal mental health of women. *Journal of Perinatal Medicine*. 2020; 48(9), 971-976. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0415>
11. Liang, P., Wang, Y., Shi, S., Liu, Y., & Xiong, R. Prevalence and factors associated with postpartum depression during the COVID-19 pandemic among women in Guangzhou, China: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*. 2020; 20(1), 557. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02969-3>
12. Çömlek, G. Anne-bebek bağlanması ve baba-bebek bağlanması arasındaki ilişkinin belirlenmesi [Master's Thesis]. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.2021; 18-58.
13. Çilesiz, E. Postpartum dönemdeki annelerin doğum sonu güvenlik hisleri ile annebebek bağlanması arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Tokat.2021;24-72.
14. Guvenc, G., Yesilcinar, İ., Ozkececi, F., Öksüz, E., Ozkececi, C. F., Konukbay, D., Kok, G., & Karasahin, K. E., & Karasahin, K. E. Anxiety, depression, and knowledge level in postpartum women during the COVID-19 pandemic. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021; 57(3), 1449-1458.
15. Efe, S. Gebe kadınların COVID-19'a yönelik bilgi düzeyleri ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki Yüksek Lisans Tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Tokat. 2022;25-52.
16. Aydemir, H. K., & Alparslan, Ö. Anne-Bebek Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna uyarlanması: Aydın Örneği. *Journal of Contemporary Medicine*. 2016; 6(3), 188-199.
17. Koc, H., & Arslan, C. (2021). Adaptation and psychometric evaluation of the Turkish Version of the Coronavirus Anxiety Scale. *J Cogn Behav Psychother Res*, 10(2), 146-154.
18. Engindeniz, N., Küey, L., & Kültür, S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği'nin Türkçe formu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Ankara, Bahar Sempozyumları Kitabı, Psikiyatri Derneği Yayınları.1996;51-52.
19. Başol, G. Araştırmacılar İçin İstatistik. 3. Baskı. Ankara: Pegem Akademi.2019;73-75.
20. Zambrano, L. D., Ellington, S., Strid, P., Galang, R. R., Oduyibo, T., Tong, V. T., Woodworth, K. R., Nahabedian, J. F., Azziz-Baumgartner, E., Gilboa, S. M., Meaney-Delman, D., & CDC COVID-19 Response Pregnancy and Infant Linked Outcomes Team. Update: Characteristics of symptomatic women of reproductive age with laboratory-confirmed SARS-CoV-2 Infection by pregnancy status - United States, January 22-October 3, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2020;69(44), 1641-1647. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6944e3>
21. Gao, Y.-J., Ye, L., Zhang, J.-S., Yin, Y.-X., Liu, M., Yu, H.-B., & Zhou, R. Clinical features and outcomes of pregnant women with COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*. 2020;20(1), 564. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05274-2>
22. Polat, G., Sağlam, Z. A., Polat, İ., & Yücel, B. Gebelikte COVID-19 aşılmasını etkileyen hasta faktörleri: Bir anket çalışması. *İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Tıp Dergisi*. 2022. 14(2):170-175.
23. Şenol, D. K., Ağralı, C., & Omuş, D. C. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin gebelikte COVID-19 aşısı ile ilgili görüşleri ve COVID-19 aşısı okuryazarlığı. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*. 2022;8(2), 50-62.

24. Özcan NK, Boyacıoğlu NE, Dinç H. Postpartum depression prevalence and risk factors in Turkey: A systematic review and meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs*. 2017;31(4):420-428. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.04.006>.
25. Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*. 2018;104, 235-248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
26. Zanardo, V., Soldera, G., Volpe, F., Giliberti, L., Parotto, M., Giustardi, A., & Straface, G. Influence of elective and emergency cesarean delivery on mother emotions and bonding. *Early Human Development*. 2016;99, 17-20. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2016.05.006>
27. Taş H, & Şimşek Z. Pandemi döneminde doğum sonrası depresyon ve ilişkili faktörler; Kesitsel bir araştırma. *Türk Kadın Sağlığı ve Neonatoloji Dergisi*. 2023;5(3): 63-71.
28. Hessami K, Romanelli C, Chiurazzi M, Cozzolino M. COVID-19 pandemic and maternal mental health: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022;35(20):40144021. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1843155>
29. Süntar, R., Başpınar, M. M., Salman, S., & Basat, O. Gebelerde Coronavirus ilişkili anksiyete sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi: Kesitsel çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*.2022; 16(4), 805-812.
30. Kalaycık M. Gebelerin sağlık algısının pandemi sürecinde koronavirüs anksiyete düzeyine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Tokat.2021;28-44.
31. Eşsiz Selimoğlu, D., Beydağ, K.D. Gebelerde koronavirüs anksiyetesi ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyi ilişkisi. *BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*.2022; 4(3), 201-211 doi: 10.46413/boneyusbad.10 81578
32. Lebel, C., MacKinnon, A., Bagshawe, M., Tomfohr-Madsen, L., & Giesbrecht, G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. *Journal of Affective Disorders*.2020; 277, 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.126>
33. Liu, C. H., Zhang, E., Wong, G. T. F., Hyun, S., & Hahm, H. C. Factors associated with depression, anxiety, and PTSD symptomatology during the COVID-19 pandemic: Clinical implications for U.S. young adult mental health. *Psychiatry Research*. 2020; 290, 113172. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113172>
34. Berthelot, N., Lemieux, R., Garon-Bissonnette, J., Drouin-Maziade, C., Martel, É., & Maziade, M. Uptrend in distress and psychiatric symptomatology in pregnant women during the coronavirus disease 2019 pandemic. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*. 2020;99(7), 848-855. <https://doi.org/10.1111/aogs.13925>
35. Wardrop, A. A., & Popadiuk, N. E. Women's Experiences with Postpartum Anxiety: Expectations, relationships, and sociocultural influences. *Qualitative Report*. 2013; 18, 6.
36. Karakuş Turan, E. Yeni Korona virüs hastalığı (COVID-19) geçiren gebelerde prenatal bağlanma, anksiyete ve emzirme niyetlerinin değerlendirilmesi.Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Kocaeli.2021;21-68.
37. Kurt, A., & Söyler, H. Ç. Covid-19 döneminde doğum yapan kadınlarda maternal bağlanma, obsesif kompulsif bozukluk ve perinatal anksiyete ilişkisi. *Sosyal, Beşeri ve İdari Bilimler Dergisi*.2022; 5(3), 225-235.
38. Sut, H. K., & Kucukkaya, B. (2021). Anxiety, depression, and related factors in pregnant women during the COVID-19 pandemic in Turkey: A web-based cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2021; 57(2), 860.
39. Dymecka, J., Gerymski, R. & Machnik-Czerwik, A. How does stress affect life satisfaction during the COVID-19 pandemic? Moderated mediation analysis of sense coherence and fear of coronavirus. *Psychology, Health & Medicine*. 2021. DOI:10.1080/13548506.2021.1906436
40. Özçalkap, N., & Tuba, U. Doğum sonu dönemde COVID-19 fobisinin emzirme tutumu ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Journal of Infant, Child and Adolescent Health*. 2022; 2(3), 141-152.
41. Çelik, MY, Öztürk Çopur, E. Pandemi döneminde doğum yapan annelerde maternal bağlanma ve COVID-19 korkusu arasındaki ilişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2023; 10(2): 102-112. DOI: 10.31125/hunhemsire.1333824
42. Yan, H., Ding, Y., & Guo, W. Mental health of pregnant and postpartum women during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 2020;11, 617001. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.617001>
43. Kaydırak, M., Yılmaz, B., Demir, A., & Oskay, Ü. The relationships between prenatal attachment, maternal anxiety, and postpartum depression: A longitudinal study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2022; 58(2), 715-723.
44. Yılmaz, B., Yavuz, M. Y., Bilge, Ç., & Kaydırak, M. M. Koronavirüs salgınında yaşanan korku ve postpartum depresyon ilişkisi: Kesitsel bir çalışma. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*.2022; 13(47), 370-378.
45. Kurt N, Battal S, Ünver Koca H. Postpartum dönemde COVID-19 korkusunun annelerin bebek bakımı ile ilgili obsesif-kompulsif davranışlarına ve postpartum depresyona etkisi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.2023; 6 (1), 7–13.



Original Research / Orijinal Araştırma

The Effect Of Genital Hygiene Training Provided To Women With A History Of Vulvovaginal Candidiasis On Genital Hygiene Behaviors And Self-Care Agency

Vulvovajinal Kandidiyazis Öyküsü Olan Kadınlara Verilen Genital Hijyen Eğitiminin Genital Hijyen Davranışları Ve Öz-Bakım Üzerindeki Etkisi

Esra SABANCI BARANSEL¹, Tuba UÇAR¹, Sibel AKGÜL KARTAL²

Abstract

Objective: The objective of the study was to determine the impact of genital hygiene training on genital hygiene practices and self-care agency levels in women with a history of vulvovaginal candidiasis who lived in rural locations.

Methods: The participants of this randomized controlled study were women who had a history of vulvovaginal candidiasis during the previous year and were registered with family health centers in two rural communities in eastern Türkiye. There were 114 women in the sample, including 57 in the intervention group and 57 in the control group. Training on genital hygiene behaviors was given to the women in the intervention group.

Results: Before the intervention, there was no significant difference in terms of self-care agency levels and genital hygiene behaviors between the women in the intervention group and the control group ($p>0.05$). After the first month following the training, the self-care agency levels of the participants in the intervention group increased significantly compared to the control group (94.71 ± 8.08 , 83.84 ± 9.52 , respectively;). Additionally, the appropriate genital hygiene behaviors mean score of the participants in the intervention group was significantly higher than those in the control group (141.36 ± 15.88 , 132.29 ± 20.15 , respectively; ($p<0.05$).

Conclusions: The results of this study showed that genital hygiene behavior training can be a useful strategy for promoting genital hygiene behaviors and self-care agency among women of reproductive age with a history of vulvovaginal candidiasis who live in remote locations.

Keywords: genital hygiene, vulvovaginal candidiasis, genital infection, self-care, rural area, training

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, vulvovajinal kandidiyazis öyküsü olan ve kırsal bölgelerde yaşayan kadınlarda genital hijyen eğitiminin genital hijyen uygulamaları ve öz bakım gücü üzerindeki etkisini tespit etmektir.

Yöntem: Bu randomize kontrollü araştırmanın katılımcıları, bir önceki yıl vulvovajinal kandidiyazis öyküsü olan ve Türkiye'nin doğusundaki iki kırsal bölgede aile sağlığı merkezlerine kayıtlı olan kadınlardır. Çalışma örnekleminde toplam 114 kadın vardır; 57'si müdahale grubuna ve kalan 57'si kontrol grubuna atanmıştır. Müdahale grubundaki kadınlara genital hijyen davranışları hakkında eğitim verilmiştir.

Bulgular: Müdahale öncesinde, müdahale grubundaki kadınlar ile kontrol grubundaki kadınlar arasında öz-bakım düzeyleri ve genital hijyen davranışları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Eğitimi takip eden ilk aydan sonra müdahale grubundaki katılımcıların öz bakım düzeylerinin kontrol grubuna göre önemli ölçüde arttığı (sırasıyla; 94.71 ± 8.08 , 83.84 ± 9.52), ayrıca müdahale grubundaki katılımcıların uygun genital hijyen davranışları puanının kontrol grubuna göre önemli ölçüde arttığı (sırasıyla; 141.36 ± 15.88 , 132.29 ± 20.15) ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu gösterilmiştir ($p<0.05$).

Sonuç: Çalışmanın bulguları, genital hijyen davranış eğitiminin, üreme çağında olup uzak bölgelerde yaşayan ve vulvovajinal kandidiyazis öyküsü olan kadınlar arasında genital hijyen davranışlarını ve öz bakımını teşvik etmek için yararlı bir strateji olabileceğini göstermiştir.

Anahtar kelimeler: genital hijyen, vulvovajinal kandidiyazis, genital enfeksiyon, kişisel bakım, kırsal alan, eğitim

Geliş tarihi / Received: 21.12.2023 Kabul tarihi / Accepted: 31.03.2024

¹ Department of Midwifery, Faculty of Health Sciences, Inonu University, Malatya, Turkey

² Department of Midwifery, Faculty of Health Sciences, Munzur University, Hakkari, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Esra SABANCI BARANSEL, İnönü University, Faculty of Health Sciences, Department of Midwifery,

Malatya, Turkey E-posta: esra.sabancii@gmail.com Tel: +90 0422 377 30 60

Sabancı Baransel E. Uçar T. Akgül Kartal S. *The Effect Of Genital Hygiene Training Provided To Women With A History Of Vulvovaginal Candidiasis On Genital Hygiene Behaviors And Self-Care Agency* TJFMPC, 2024; 18 (3) :268-275

DOI: 10.21763/tjfm.1407750

Introduction

Vulvovaginal candidiasis is a fungal infection that threatens women's health and quality of life.¹ Although this infection can be treated and prevented through health education, it continues to be a health problem of women due to its prevalence and complications.² A study conducted by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 75% of women of reproductive age had experienced vulvovaginal candidiasis at least once, and 40–45% had experienced it more than twice.³ Furthermore, it is known well that underdeveloped nations have a greater prevalence of genital system infections than industrialized nations.⁴

For women to be protected against genital infections, particularly vulvovaginal candidiasis, which occupy a significant portion of their lives, they need to adopt and maintain genital hygiene habits. According to research in this area, women's genital hygiene habits were found to be insufficient.^{5,6} It was determined that the increasing trend of vulvovaginal candidiasis across the world negatively affected women's health, family lives, and sex lives.^{7,8} Vulvovaginal candidiasis leads to problems in women such as a problematic body image, an increase in vaginal symptoms and smell, fear of sexually transmitted diseases or cancer, avoiding sexual intercourse due to pain, physical exhaustion, weakness, psychological issues and fear of infertility, as well as economic, time-related, and workforce losses.^{9,10}

All women are at risk of vaginal candidiasis and the negative symptoms caused by this infection. Therefore, ensuring genital hygiene is the most important step of protection from genital infections.¹¹ Genital hygiene practices involve the entirety of behaviors regarding the discharge of waste products related to urination, bowel movements, and menstruation.¹² In cases where hygiene practices for protecting genital health are not applied or applied improperly and inadequately, infections may develop in women, and women's health can be negatively affected.¹³ In studies conducted in Türkiye, genital infections have been shown to be a prevalent health problem among women. Additionally, among the factors that affect morbidity are norms and habits, sociocultural factors, women's position in society, and their preferences that are considered risky. Hence, it has been emphasized that women should be well aware of these factors that greatly affect their health,¹⁴ and these ill-advised hygiene behaviors that lead to an increase in the incidence of genital infections can be eliminated through education.^{15,16}

The ability to initiate and carry out health-related actions necessary for the preservation and enhancement of one's health state is known as "self-care".¹⁸ Self-care can increase the participation of individuals in their health and provides them with the opportunity to have equal access to health systems and services. Moreover, self-care can promote the use of preventive health services and the adoption of preventive behaviors, increased compliance with treatment, and a reduced need for health services.¹⁹

It is necessary for healthcare professionals to provide guidance in terms of ensuring hygiene behaviors and self-care agency and for women to gain awareness of their own health. For this to happen, they should be educated comprehensively about appropriate health behaviors regarding women's health.²⁰ Developing self-care agency to ensure and maintain genital hygiene is a major requirement for to women's health in the short term and reaching the targets in the desired general health indicators of countries in the long term.²¹ Therefore, the goal of this study was to determine how genital hygiene training affected the genital hygiene behaviors and self-care agency of rural women with a history of vulvovaginal candidiasis.

The hypothesis of the study was as follows:

H1. Genital hygiene training provided to women with a history of vulvovaginal candidiasis is effective in increasing their levels of displaying appropriate genital hygiene behaviors and their self-care agency.

Methods

Design

This study was structured as a randomized controlled trial, wherein the participants were randomly divided into the control and intervention groups (i.e., training on genital hygiene).

The study was executed in the family health centers of two randomly chosen villages that were 20 to 30 kilometers far from the Eastern Turkish province of Van. These villages are in a rural area, and people make their living mostly through farming. Each village has one family health center, and other health institutions are in the provincial center. Family health centers are primary care institutions which provide reproductive health services for women (e.g., healthy women's follow-up, laboratory tests, family planning, education, counseling). While education is provided within the scope of preventive health services in family health centers, there is no education provided specifically on genital health regarding vulvovaginal candidiasis. Working hours are between 08.00 and 17.00 every weekday, and there are three family physicians and three family health professionals (midwife and/or nurse) in these centers.

Sample

The population of the study included 1400 women registered at two family health centers. The inclusion criteria for the study were being 18 to 49 years old, having at least one positive culture test in the last six months according to their records at the family health centers, having been treated for vulvovaginal candidiasis and having completed

the treatment, not having any systemic disease, and not being pregnant or having the suspicion of pregnancy at the time the study was conducted.

The optimal sample size for the study was found using an online tool for a priori power analysis (<https://www.stat.ubc.ca/~rollin/stats/size/n2.html>). The sample size was determined to be 57 for each group (57 participants in the intervention group and 57 participants in the control group) based on a 5% margin of error with two-tailed significance, in a 95% confidence interval, with 80% power to represent the population, and the assumption that the mean score of genital hygiene behaviors, which was 84.51 (standard deviation: 5.69), would increase by three points [9]. Records from the family health centers where the study was carried out indicated that in the previous six months, 142 women had vulvovaginal candidiasis therapy, which they successfully completed. One hundred and forty-two women were randomly divided into the intervention and control groups. A list of women was compiled by the researchers for random assignment. According to the list, women with odd numbers were assigned to the intervention group, and women with even numbers were assigned to the control group. Figure 1 shows the sample selection procedure that was completed under CONSORT standards.

Data Collection Instruments

The Self-care Agency Scale (SCAS), the Genital Hygiene Behavior Inventory (GHBI), and a Personal Information Form were utilized in data collection. The data were collected from January through November 2023.

Personal Information Form: The form that was created after a review of the literature included questions about the characteristics of the participants including their age, education levels, employment status, and other sociodemographic details.

Genital Hygiene Behavior Inventory (GHBI): The inventory was created in Turkish to measure women's genital hygiene practices. The inventory is divided into three subscales: "abnormal finding awareness" (3 items), "menstrual hygiene" (8 items), and "general hygiene" (12 items). "Abnormal finding awareness" aims to determine awareness of abnormalities in the vagina and vaginal discharge (such as foul odor, color change, itching). Higher scores are interpreted to indicate higher levels of demonstrating adequate genital hygiene behaviors. Using Cronbach's alpha as a metric, the inventory's internal consistency coefficient was reported as 0.80.²² The internal consistency coefficient of the inventory utilized in this study was 0.75.

Self-Care Agency Scale (SCAS): The scale is employed to assess people's agency levels for self-care. Each item on the 35-item, 5-point Likert-type scale has scores ranging from 0 to 4. The scale's minimum and maximum total scores are 0 and 140. A high score on the scale indicates a high level of self-care agency. The scale has a Cronbach's alpha internal consistency coefficient of 0.89.²³ This value was determined to be 0.89 in this study.

Procedures

The researchers called women on the phone numbers they registered at the family health center and invited them to visit the centers. They conducted in-person interviews with the women in the counseling rooms of the family health centers using the data collection instruments to gather pretest data. Four weeks later, posttest data were collected by following the same procedures.

Following the pretest, "genital hygiene behaviors training" was provided to the women in the intervention group by one of the researchers (E.S.B.). Additionally, a genital hygiene brochure prepared by the researchers which included the same content as the training program was given to each participant. The training program was carried out as oral instruction as well as using the demonstration method which is called "tell-show-do". Individual questions of the women were answered at the end of the training. In the first meeting with the women, 2 sessions of 45 minutes with a 10-minute break were held in the counseling rooms of the relevant family health centers. Two weeks after these sessions, a 45-minute session was held to support the training content with the same method. There was no intervention given to the women in the control group.

The genital hygiene training program was developed by reviewing the literature, and expert opinion was taken for content checking before the implementation. In line with the opinions of three academics in the field of nursing, necessary corrections were made, and the training program was finalized. The training program included the introduction of reproductive organs, the properties of genital discharge, hand and general hygiene, genital infections, hygiene rules in sexual contact, genital hygiene during menstruation, problems related to genital organs, and coping with genital problems.

Statistical Analysis

The SPSS 25.0 for Windows program was used to analyze the data (SPSS, Chicago, IL, USA). The chi-squared test was utilized to compare the categorical variables. The Kolmogorov-Smirnov test was used to test the normality of the distributions of the data. Since the data showed a normal distribution, paired-samples t-tests were employed for the intragroup comparisons, and independent-samples t-tests were employed for the intergroup comparisons. The threshold for statistical significance was established at $p < 0.05$.

Ethical Considerations

The Non-interventional Clinical Research Ethics Committee of Inonu University accepted and granted the project ethical permission (Decision number of accept: 2022/3782). Furthermore, a ClinicalTrials.gov number (NCT05998668) was obtained for the clinical trial. The volunteer information form was read to the women who were invited to participate in the study, and those who agreed to participate provided written consent. After the data collection procedure, the training brochures were distributed, and the women in the control group were provided with a brief counseling session on genital hygiene.

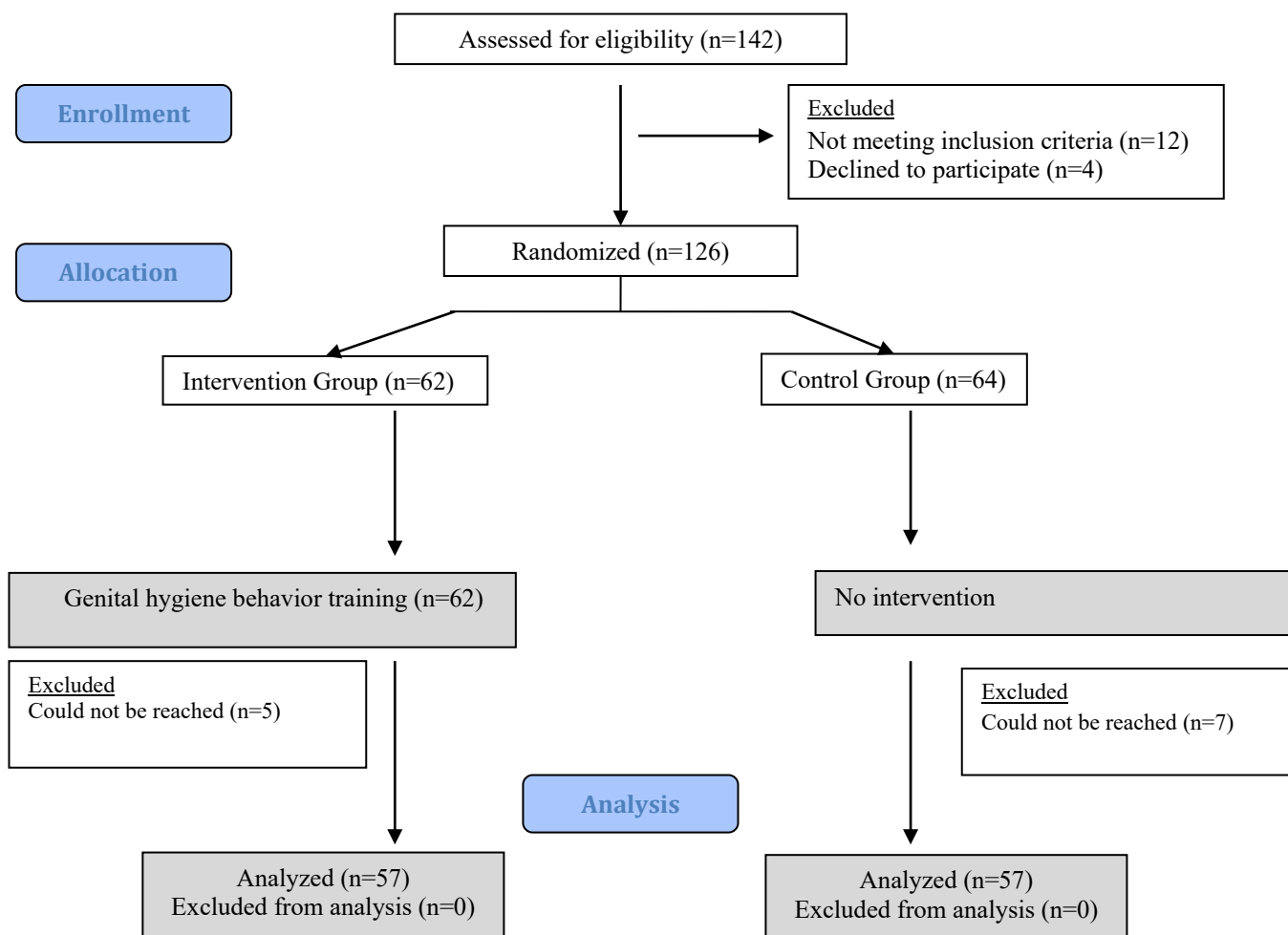


Figure 1. Allocation of participants according to the CONSORT 2010 flow diagram.

Results

The sample of the study initially consisted of 142 women. After 16 women were removed from the sample before the start of the study (12 women did not meet the inclusion criteria, and 4 women did not consent to participate in the trial), 126 women were randomly assigned to the intervention and control groups. Then, 5 of the 62 women assigned to the intervention group and 7 of the 64 women assigned to the control group were removed from the sample because they could not be reached. The study was completed with 114 women, including 57 in the intervention group and 57 in the control group (Figure 1).

Age, education level, marital status, employment status, and income level data of the participants were similar between the two groups ($p > 0.05$) (Table 1).

Table 1. Descriptive characteristics of the participants

Characteristics	Intervention group (n=57)		Control group (n=57)		Total (n=114)		Test and p-value
	n	%	n	%	n	%	
Age, y	30.57±9.25		28.45±8.43		29.51±8.87		t=1.280 p=0.203
Educational level							
≤ High school	24	42.1	19	33.33	43	37.7	$\chi^2=0.934$ p=0.334
≥ University	33	57.9	38	66.7	71	62.3	
Marital status							
Married	40	70.2	36	63.2	76	66.7	$\chi^2=0.632$ p=0.427
Single	17	29.8	21	36.8	38	33.3	
Employed							
Yes	14	24.6	20	35.1	34	29.8	$\chi^2=1.509$ p=0.219
No	43	75.4	37	64.9	80	70.2	
Income level							
High	14	24.6	12	21.1	16	22.8	$\chi^2=4.654$ p=0.098
Medium	39	68.4	33	57.8	72	63.2	
Low	4	7.0	12	21.1	16	14.0	

χ^2 : Pearson's chi-squared test

t= Independent-samples t-test

The results of the comparisons of the mean pretest and posttest GHBI scores of the participants in the intervention and control groups are shown in Table 2. In the pretest, there was no significant difference between the groups in terms of their GHBI total and subscale scores. Following the intervention, a statistically significant difference was seen, favoring the intervention group, in the comparisons of the mean scores of the general hygiene, menstrual hygiene, and abnormal finding subscale scores and overall GHBI scores of the two groups ($p<0.05$) (Table 2).

Table 2. Pretest and posttest GHBI scores of the participants

GHBI and subscales	Intervention group (n=57)	Control group (n=57)	Test ^a and p-value
	Mean±SD	Mean±SD	
General hygiene			
Pretest	43.49±6.60	43.82±6.77	t=0.266, p=0.791
Posttest	49.98±4.76	43.45±6.01	t=6.423, p<0.001
Test ^b and p-value	t= -7.245, p<0.001	t=0.321, p=0.749	
Menstrual hygiene			
Pretest	31.28±4.45	31.36±5.28	t=-0.096, p=0.924
Posttest	32.66±4.14	29.96±3.25	t=3.392, p=0.001
Test ^b and p-value	t=-2.026, p=0.048	t=1.689, p= 0.097	
Abnormal finding awareness			
Pretest	11.59±2.65	10.73±2.96	t=1.629, p=0.106
Posttest	12.07±2.02	10.42±2.25	t=4.111, p<0.001
Test ^b and p-value	t=-1.131, p=0.263	t=0.722, p=0.473	
GHBI Total			
Pretest	86.36±9.95	85.92±11.85	t=0.214, p=0.831
Posttest	94.71±8.08	83.84±9.52	t=6.574, p<0.001
Test ^b and p-value	t=-5.827, p<0.001	t=1.139, p=0.260	

SD: Standard deviation

GHBI: Genital Hygiene Behavior Inventory

^aIndependent-samples t-test

^b Paired-samples t-test

The results of the comparisons of the mean pretest and posttest SCAS scores of the participants in the experimental and control groups are shown in Table 3. It was found that prior to the intervention, the participants in the control and intervention groups had similar levels of self-care agency. On the other hand, subsequent to the intervention, the participants in the intervention group had significantly higher levels of self-care agency ($p < 0.05$) (Table 3).

Table 3. Pretest and posttest SCAS scores of the participants

SCAS total	Intervention group (n=57)	Control group (n=57)	Test ^a and p-value
	Mean±SD	Mean±SD	
Pretest	133.29±16.27	134.84±16.58	t=-0.501, p=0.617
Posttest	141.36±15.88	132.29±20.15	t=2.668, p=0.009
Test^b and p-value	t= -3.182, p=0.002	t=0.836, p=0.407	

SD: Standard deviation

SCAS: Self-Care Agency Scale

^aIndependent-samples *t*-test

^bPaired-samples *t*-test

Discussion

The results of this study demonstrated that giving women with a history of vulvovaginal candidiasis genital hygiene training can raise their levels of good hygiene practices and self-care agency. In this study, following the intervention, the participants in the intervention group had significantly higher levels of self-care agency and significantly improved genital hygiene behaviors than the participants in the control group. Therefore, given the limitations of this study, the hypothesis that "Genital hygiene training provided to women with a history of vulvovaginal candidiasis is effective in increasing their levels of displaying appropriate genital hygiene behaviors and their self-care agency" was supported.

Lack of genital hygiene can lead to the development and recurrence of infections even if the patient has received infection treatment. The importance of training and counseling in advisable hygiene habits is undeniable in terms of preventing infections and supporting treatment.⁴ In previous studies, results regarding the positive effects of education provided on genital hygiene behaviors have been obtained.^{24,25} According to Sinan et al. (2020), women who had previously practiced poor genital hygiene behaviors had considerably improved outcomes after receiving relevant education.²⁶ Similar findings were found in a study by Sumarah and Widyasih (2017), who examined how a genital hygiene training module affected the outcomes of teenage girls.²⁶ The girls showed improved attitudes and behaviors regarding the avoidance of pathological vaginal discharge following the training program.²⁷ These results demonstrate that increased information can result in favorable attitudes and improved genital hygiene behaviors, and supportive training can influence attitudes.

Additionally, the sample of this study included women living in rural areas. Previous studies reported that the prevalence of genital infections was higher in women living in rural areas.^{28,29} Although the prevalence of genital infections is high in rural areas, most women do not seek health services or postpone their search for treatment. Therefore, it is important to provide general genital hygiene education to women, especially those in rural areas, and raise their awareness of genital infections.^{26,28} Given this, it is anticipated that this study, which involved women with a history of vulvovaginal candidiasis living in rural regions, will add to the body of knowledge and aid in the development of initiatives aimed at enhancing the healthcare system.

This study also revealed that the self-care agency levels of the participants were positively impacted by the genital hygiene training program implemented in the study. Women with a history of vulvovaginal candidiasis received individualized training as part of the study. The finding obtained in the study could be related to the content of the training program specially prepared in line with the needs of the women, more active participation through individual sessions, and the training process which followed the principles of adult education. The findings of recent studies also supported the view that training programs focusing on hygiene affected self-care agency.³⁰ In the study they conducted with women diagnosed with vaginitis, Baraia et al. (2017) determined that personal care practices training regarding vaginal infections was effective in improving self-care agency. Similarly, in the study they conducted with women who had orthopedic ailments, Gül and Yağmur (2022) reported that general hygiene training promoted the self-care agency of the women. Self-care practices are important in that they help the person adopt preventive behaviors in relation to genital infections and increase compliance with treatment, as well as preventing recurrence.¹⁹ In this context, it is thought that training programs on reproductive health and hygiene

should be provided to women to prevent genital infections through the development of self-care practices, and they should be included in the education and healthcare systems.

Limitations

There were some limitations to this study. The first limitation was that the results of the study may not be generalized to all women because its sample was limited to family health clinics in a single province of Türkiye. Second, bias may have resulted from the small sample size of the study and the voluntary participation of its participants. Third, the study measured only the results at the beginning and one month later, and the measurements were limited to the items of the Genital Hygiene Behavior Inventory and the Self-Care Agency Scale, which were applied as pretest and posttest measures. Another limitation of the study was that the long-term effects of the training program could not be evaluated. It would be invaluable to determine whether the women enjoyed any long-term benefits based on their improved knowledge of genital hygiene and self-care agency as a result of the training program.

Conclusion and recommendations

The results of this study suggested that individualized genital hygiene training for rural women with a history of vulvovaginal candidiasis may be a useful strategy for promoting genital hygiene behaviors and self-care agency. With the information they provide to women on genital hygiene behaviors, early diagnosis, and treatment, healthcare professionals play a significant role in women's healthy lifestyle behaviors. Therefore, women should be supported by healthcare professionals to gain awareness that they should consider genital infections they can experience in every stage of their lives as a significant health problem. It is vital that especially healthcare professionals working at primary healthcare centers use their counseling roles effectively by organizing training programs on this issue, and they should raise the awareness of women regarding genital hygiene by using visual and printed publications.

Funding

The authors did not receive any financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

Declaration of Competing Interests

The authors declare that they have no known competing financial interests or personal relationships that could have appeared to influence the work reported in this paper.

Acknowledgments

We thank all the women who participated in the study.

References

1. Denning DW, Kneale M, Sobel JD, Rautemaa-Richardson R. Global burden of recurrent vulvovaginal candidiasis: a systematic review. *Lancet Infectious Diseases* 2018;18(11): e339-e347. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30103-8](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30103-8)
2. Shejuty T, Shamsi S, Mirza T, Nigar K, Nahar S, Begum S, et al. A young girl with a complex female genital tract malformation. *Mymensingh Med J* 2020;29:725-729
3. Hazra A, Collison MW, Davis AM. CDC sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *JAMA* 2022;327(9): 870-871. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.1246>
4. Uzun K, Goktas S. The effect of training given using three different methods on genital hygiene behaviours after medical curettage. *J Obstet Gynaecol* 2022; 42(5): 1504-1511.
5. Murina F, Lubrano C, Cappelli E, Campo M, Taraborrelli S. The role of female intimate hygiene practices in the management of vulvovaginal candidiasis: A randomized, controlled open-label trial. *Health Care for Women International* 2022;1-12. <https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2061972>
6. Tokuç B, Cangöl E. Genital Hygiene Practices of Women who Present to a Gynecology Clinic. *Florence Nightingale Hemşirelik Derg* 2013; 21(2): 85-91.
7. Czerwinski BS. Variation in Feminine hygiene practices as a function of a age. *J Obstet Gynecol & Neonatal Nurs* 2000;29(6):625-633. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2000.tb02076.x>
8. Farage AM, Meyer JS, Katsarou A, Botwell P, Deliveliotou A, Creatsas G. Cutaneous and Sensory Effect of Feminine Hygiene Pads Among Women with Recent Genital Infection. *Cutaneous Ocular Toxicology* 2006;25(2): 121-130. <https://doi.org/10.1080/15569520600695561>
9. Öner S, Turfan EÇ. The effect of planned education given to the pregnant women on genital hygiene behaviour and the symptoms of urinary tract infection. *Van Health Sci J* 2020;13(1): 10-18.

10. Palas P, Karaçam Z. The effects of being in prison on women's genital hygiene practical. *J Anatolia Nurs Health Sci* 2013;16(1): 27-35.
11. Yılmaz Y, Kahraman S. The knowledge about the adolescent girls' genitals and hygiene who live in Sanliurfa, applications and factors that affect. *J Human Sci* 2019;16(3):823-832. <https://doi.org/10.14687/jhs.v16i3.5678>
12. Şen S, Güneri SE. Genital hygiene practices and awareness of student nurses. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Derg* 2020; 7(2): 96-101. <https://doi.org/10.344087/cbusbed.531635>
13. Chen Y, Bruning E, Rubino J, Eder SE. Role of female intimate hygiene in vulvovaginal health: Global hygiene practices and product usage. *Women's Health* 2017;13(3): 58-67. <https://doi.org/10.1177/1745505717731011>
14. Karatay G, Özvarış ŞB. Evaluation of applications regarding the genital hygiene of women living in barrel houses within a region existing a health center. *Cumhuriyet Nurs J* 2016;10(1): 7-14.
15. Süt KH. Investigation of Relationship between Genital Infection and Genital Hygiene Behaviorsin Women Aged 18-49 Years. *J Duzce University Health Sci Institute* 2016;6(1):8- 13.
16. Hacıaloğlu N, Nazik E, Kılıç MA. Descriptive study of douching practices in Turkish women. *Inter J Nurs Practice* 2009;15(2):57-64. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01735.x>
17. Özyacıoğlu N, Ünsal A, Sezgin S. The effects of toilet and genital hygiene education on high school students' behavior. *Inter J Caring Sci*2011; 4(3).
18. Godfrey CM, Harrison MB, Lysaght R, Lamb M, Graham ID, Oakley P. Care of self-care by other-care of other: The meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *Inter J Evidence-Based Healthcare* 2011; 9(1), 3-24. <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2010.00196.x>
19. Remme M, Narasimhan M, Wilson D, Ali M, Vijayasingham L, Ghani F, Allotey P. Self care interventions for sexual and reproductive health and rights: costs, benefits, and financing. *BMJ* 2019; 365. <https://doi.org/10.1136/bmj.11228>
20. Ross A, Bevans M, Brooks AT, Gibbons S, Wallen GR. Nurses and health-promoting behaviors: Knowledge may not translate into self-care. *AORN J* 2017;105(3):267-275. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.12.018>
21. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, Pate M. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Global Health* 2018; 6(11): e1196-e1252.
22. Karahan N. Development of a genital hygiene behavior scale: Validity and reliability study. *Istanbul Medical J* 2017;18(3):157-162. <https://doi.org/10.5152/imj.2017.82957>
23. Nahcivan N. Validity and reliability study: Adaptation of Self-Care Scale into Turkish. *Florence Nightingale J Nurs* 1994;7(33): 109-119
24. Kırbas ZÖ, Kahrıman I, Kaşko Arıcı Y. Training female adolescent students with intellectual disabilities about genital hygiene skills using peer training. *Inter J Developmental Disabilities* 2022; 68(3):332-341. <https://doi.org/10.1080/20473869.2020.1774224>
25. Gül S, Yağmur Y. The effect of web-based genital hygiene education provided to the women with disabilities on their self-care agency and genital hygiene behaviors: A randomized controlled trial. *Health Care Women Inter* 2022;1-19. <https://doi.org/10.1080/07399332.2022.2128801>
26. Sinan Ö, Çamözü E, Tosun B. Genital Hygiene Behaviors Among Married Women and the Outcomes of Counseling Practices. *Turkish J Research Development Nurs* 2019; 21(1-2):12-22
27. Sumarah S, Widiasih H. Effect of vaginal hygiene module to attitudes and behavior of pathological vaginal discharge prevention among female adolescents in Slemanregency, Yogyakarta, Indonesia. *J Family Reproductive Health* 2017;11(2): 104
28. Zhang XJ, Shen Q, Wang GY, Yu YL, Sun YH, Yu GB, Ye DQ. Risk factors for reproductive tract infections among married women in rural areas of Anhui Province, China. *European J Obstet Gynecol Reproductive Biology* 2009;147(2): 187-191. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.08.017>
29. Şeker S, Canbay FC, Firouz N, Cesur C. Identifying genital hygiene behaviours of pregnant women in rural and urban regions: a cross-sectional study. *Clinical Experimental Health Sci* 2020; 10(4): 375-381. <https://doi.org/10.33808/clinexphealthsci.671328>
30. Baraia ZA, Abdallah IM, Nour S. Impact of educational program about self-care practices on the reliving of vaginal infection among high risk women in Ismailia city. *IOSR J Nurs Health Sci* 2017;6(03):73-78. <https://doi.org/10.9790/1959-0603077378>



Original Research / Orijinal Araştırma

Vaccine Hesitancy and Opposition; Healthcare Professionals Opinion in a University Hospital in Turkey in COVID-19 Pandemic

Aşı Reddi ve Aşı Karşıtlığı; COVID-19 Pandemisinde Türkiye'de bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Görüşü

Ahmet Gürhan POÇAN¹, Meriç Yavuz ÇOLAK²

Abstract

Introduction: It is clearly known that vaccines are effective instruments in coping with epidemics. The higher the rate of vaccination in the community, the less likely that unvaccinated individuals will be exposed to the agent, and therefore the incidence of the disease in the community will be decreased. In the past decade, anti-vaccine movements or vaccine hesitancy in the world are described among the ten threats to global public health in 2019. In recent years, the discourses such as diseases caused by vaccines, instead of preventing diseases with vaccines, have been spread through the media.

Method: The personal attitudes of 397 participants towards vaccination during the pandemic in 2022 November were descriptive cross sectionally evaluated together with the "trust" and "risk" subscales of the "Vaccination Hesitancy Scale in Pandemics" and the relationship with sociodemographic data was analyzed.

Results: Vaccination hesitancy shows a significant increase in young age, female and single participants (respectively p values are 0.028; 0.015; 0.004; 0.001). It is noteworthy that vaccine hesitancy was found at a low level in male participants over 45 years of age and in postgraduate education (p=0.001), and in the doctor profession group (p <0.001).

Conclusion: Measures implemented around the world during the pandemic, such as curfews, the mask obligation, mandatory quarantine, and digital health technologies such as QR codes and the monitoring of individuals with COVID-19 patients or contacts, have been perceived as interference with freedoms. It has caused an increase in opposition to the vaccine, which has been the subject of conspiracy theories regarding both the disease factor and the vaccines. Despite their medical education and clinical experience, healthcare professionals are faced with a dilemma similar to the general public about vaccination, and this means that healthcare workers' hesitant attitudes towards vaccines may influence the vaccination decisions of society. It is evident that this poses a risk for the ongoing pandemic and possible future pandemics.

Keywords: Anti-vaccination movement, COVID-19 vaccines, vaccination refusal, vaccine hesitancy

Özet

Giriş: Aşılarda salgın hastalıklarla başa çıkmada en etkin araçlardır. Toplumda aşılama oranları ne kadar yüksek olursa, aşılama bileylerin hastalık etkeni ile karşılaşma olasılığı da o derece düşmekte ve toplumda hastalığın görülme sıklığı azalmaktadır. Geçtiğimiz on yıl içerisinde aşı karşıtlığı hareketleri küresel sağlığı tehdit eden on halk sağlığı sorunu arasında sıralanmaktadır. Aşı ile hastalıkların önlenmesi yerine aşılarla bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar gibi bilimsel dayanağı olmayan söylemlerin medya aracılığı ile yayıldığı görülmektedir.

Yöntem: Sağlık çalışanlarının pandemiye aşı uygulamalarına yönelik kişisel tutumlarının belirlenmesi amacıyla 2022 yılı Kasım ayında tanımlayıcı kesitsel bir araştırma olarak yürütülmüş olan çalışmada katılımcılara ait demografik bilgiler, mesleki deneyim ve görev yeri gibi veriler "Pandemilerde Aşı Tereddüt Ölçeği" skorları ile karşılaştırılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 182' si kadın, 397 sağlık çalışanına pandemiye aşı uygulamalarına yönelik kişisel tutumları ölçeğin "güven" ve "risk" alt ölçekleri ile sosyodemografik veriler değerlendirilmiştir. Buna göre aşı tereddütünün kadınlarda, gençlerde ve bekar katılımcılarda daha yüksek olduğu görülmektedir. (sırası ile p değerleri 0,028; 0,015; 0,004; 0,001). Lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylerde aşı tereddütü daha düşüktür (p=0,001). Doktor ve dış hekim meslek grubuna göre hemşireler ve sağlık teknisyenlerinde tereddütün yüksek olduğu görülmektedir (p <0,001). Mesleki deneyim, tanı konulmuş kronik hastalık öyküsüne sahip olmak ve aile fertleri arasında 65 yaş üzeri veya kronik hastalığı olan bireylerinin bulunması aşı tereddütünü etkilememektedir (sırası ile p değerleri 0,119; 0,752).

Sonuç: Pandemi döneminde yaşanan sokağa çıkma yasakları, maske kullanım zorunluluğu ve QR kodlar gibi dijital sağlık teknolojiler ile COVID-19 hastası ya da temaslı olan bireylerin izlenmesi başta olmak üzere dünya genelinde uygulanan tedbirler özgürlüklere müdahale olarak yorumlanmıştır. Gerek hastalık etkeninin ve gerekse aşıların komple teorilerine konu edilmesi aşı karşıtlığının taraftar toplamasını kolaylaştırmıştır. Almış oldukları eğitim ve klinik tecrübelerine rağmen sağlık çalışanları aşı konusunda toplum geneline benzer nitelikte ikilem yaşamaktadırlar, bu durum pandeminin henüz sonlanmadığı günümüzde hemşire ve sağlık teknikeri meslek gruplarının aşılarla karşı tereddütlü tutum göstermelerinin topluma yönelik oynayacakları profesyonel rol açısından devam eden salgında ve gelecekteki muhtemel salgınlarda risk teşkil ettiği aşıkardır.

Anahtar kelimeler: Aşı karşıtı hareket, COVID-19 aşıları, aşı reddi, aşılama tereddütü

Geliş tarihi / Received: 03.03.2023 Kabul tarihi / Accepted: 13.03.2024

¹ Başkent Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

² Başkent Üniversitesi Biyoistatistik Anabilim Dalı

Address for Correspondence / Yazışma Adresi Ahmet Gürhan POÇAN Başkent Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

E-posta: agpocan@baskent.edu.tr Tel: +9 agpocan@baskent.edu.tr

Poçan AG, Çolak MY. *Vaccine Hesitancy and Opposition; Healthcare Professionals Opinion in a University Hospital in Turkey in COVID-19 Pandemic.* TJFMPC, 2024; 18 (3) :276-284

DOI: 10.21763/tjfmpe.1259730

Giriş

Aşıların salgın hastalıklarla başa çıkmada etkin araçlar oldukları bilinmektedir. Aşılama programlarının amacı bulaşıcı hastalıkları, bu hastalıkların neden olduğu ölümleri veya sekelleri önlemektir. Aşılanma uygulamalarının hedefi bireysel ve toplumsal bağışıklıktır. İlki ile tekil olarak kişi hastalıktan korunurken ikincisinde bulaşın önlenmesi ile toplumun genelinde hastalıktan korunma hedeflenmektedir. Toplumda aşılanma oranları ne kadar yüksek olursa, aşılanmamış bireylerin hastalık etkeni ile karşılaşma olasılığı da o derece azalmakta dolayısı ile toplumda hastalığın görülme sıklığı azalmaktadır.^{1,2} Küresel olarak, 14 Kasım 2022 itibariyle, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye bildirilen 6.588.850 ölüm dahil 631.935.687 doğrulanmış COVID-19 vakası olmuştur. 8 Kasım 2022 tarihi itibariyle toplam 12.885.748.541 doz aşı yapılmıştır³. Türkiye'de ise 3 Ocak 2020 - 14 Kasım 2022 arasında bildirilen 16.919.638 doğrulanmış COVID-19 vakası, 101.203 ölüm gerçekleşmiştir. 26 Kasım 2022 tarihi itibariyle toplam 139.624.472 doz aşı yapılmıştır.³

Geçtiğimiz on yıl içerisinde başta gelişmiş batı toplulukları olmak üzere dünyanın pek çok yerinde aşı karşıtlığı veya aşı tereddütü hareketleri başlamıştır.^{4,5} Aşıya erişim imkânının bulunmasına rağmen aşılanma konusundaki isteksizlik veya reddetme olarak tanımlanan aşı veya tereddütü⁶ küresel sağlığı tehdit eden on halk sağlığı sorunu arasında sıralanmaktadır.⁷ Aşı karşıtlığı kavramının dönüm noktalarından birisi Wakefield tarafından 1998 yılında yayınlanan makaledir. Bu yayında kızamık, kızamıkçık, kabakulak aşısı ile otizm arasında ilişki olduğu öne sürülmektedir.⁸ Uygunsuz metodoloji ile gerçekleştirildiği gerekçesi ile Lancet tarafından 12 yıl sonra geri çekilen bu araştırma ayrıca yazar ile ilaç endüstrisi arasında çıkar ilişkisi bulunması nedeni ile de eleştiriler almıştır. Son yıllarda ise aşı ile hastalıkların önlenmesi yerine bilimsel dayanağı olmayan aşılarla ilgili olarak ortaya çıkan hastalıklar gibi söylemlerin medya aracılığı ile yayıldığı görülmektedir.⁹ Ülkemizde de aşıların faydalı olmadığına inananların aşı şirketlerine güven duymamaları ve sosyal medyadan edindikleri bilgiler nedeniyle olduğu bildirilmektedir.¹⁰ Türkiye'de aşı karşıtlığına ilişkin kırılma noktası 2015 yılında "ikiz bebeklerine aşı yaptırmayan savcının hukuk zaferi" başlıklı haber olmuştur, bunu izleyen yıllarda binlerce ebeveyn çocukluk çağı aşılarını yaptırmayı reddetmişlerdir.

DSÖ'nün COVID-19 pandemisini ilan etmesinin hemen ardından başlayan aşı geliştirme çalışmalarına tepki olarak Domuz Gripi, SARS, MERS gibi diğer pandemilerde de olduğu gibi¹¹ aşı karşıtlığı ile ilgili söylemler ortaya atılmıştır. Günümüzde sosyal medya kullanımının daha yaygın oluşu, aşılar hakkında üretilen komplo teorilerinin yayılmasını hızlandırmıştır.^{12,13} Ayrıca arama motoru ve sosyal medya algoritmaları bir kullanıcının internetini önceki aramalara dayalı deneyimler ve etkileşimler ile filtreleme eğilimindedir. Böylece aşı karşıtı konular ile ilgili arama yapan bir kullanıcı gelecekteki aramalarında da benzer içerik ile karşılaşmakta alternatif görüşlere maruz kalmaksızın yapay bir doğrulama yanlılığı ile sosyal medya içeriklerine maruz kalmaya devam etmektedir.¹⁴ Aşı karşıtı davranışların yaşam tarzı, yaşanılan bölge, ekonomik, politik nedenler ve dini inanışlar ile ilişkileri bildirilmektedir.^{15,16} Binlerce insanın hayatını kaybettiği pandemiler için geliştirilen aşılar için benzer itirazlar öne sürülmektedir.¹⁷

Pandemi öncesinde de özellikle influenza aşılarına karşı sağlık çalışanlarında aşı tereddütünün var olduğu bilinmektedir.¹¹ Araştırmamızda sağlık çalışanlarının güncel COVID-19 pandemisindeki aşı uygulamalarına yönelik tutumlarının araştırılması, aşı tereddütü seviyesinin ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışma, Üniversite Uygulama ve Araştırma Merkezinde görev yapmakta olan sağlık çalışanlarının pandemiye aşı uygulamalarına yönelik kişisel tutumlarının belirlenmesi amacıyla kesitsel bir araştırma olarak yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında, yazarlar tarafından oluşturulmuş olan demografik bilgiler, mesleki deneyim ve görev yeri gibi verilerin kaydedildiği "katılımcı bilgi formu" ile Larson ve ark.¹⁸ tarafından geliştirilmiş olan "Aşı Tereddüt Ölçeği"nin pandemiler için modifiye edilmiş versiyonu olan ve Türk dili için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çapar ve ark.¹⁹ tarafından yapılmış olan "Pandemilerde Aşı Tereddüt Ölçeği" eser sahibinden onay alınarak kullanılmıştır. 5'li Likert tipinde tasarlanmış olan ölçekte kesme değeri bulunmayıp, yüksek puanlar pandemilerde aşı tereddütünün yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmada katılımcıların sosyodemografik özellikleri, mesleki deneyimleri ve görev alanları ile aşı tereddütü skorlarının değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Tüm çalışanlar araştırmanın amacı konusunda cep telefonlarına gönderilen bir kısa mesaj ile bilgilendirilerek verilen bağlantı üzerinden anket sorularına yönlendirilmişlerdir. Anket bir çevrimiçi anket yazılımı olan Survey Monkey (Momentive 2022, Kaliforniya, ABD) üzerinden uygulanmıştır. İlk sayfası bilgilendirilmiş onam formunu da içermekte olan anket formu katılımcıların kendileri tarafından akıllı telefon, tablet veya kişisel bilgisayarlar vasıtası ile doldurulabilecek şekilde oluşturulmuştur, katılımcıların kimlik bilgileri formda yer almamaktadır. Çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından (KA22/370. 06.09.2022) onaylanmıştır.

Popülasyona ilişkin oran tahmini için gerekli örneklem genişliğinin hesaplanmasında, $n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * (1-p)}{d^2}$ formülü kullanılarak, çalışmaya alınması gerekli minimum örneklem genişliği; $\alpha=0.05$, $d=0.05$ ve $p=0.50^*$ olmak üzere %95 güven düzeyinde toplam 384 kişi olarak belirlenmiştir. Bu sayı, analizde uygulanması planlanan bütün

yöntemleri kapsayacak şekilde belirlenmiştir. Çalışmada tanımlayıcı istatistik olarak; kategorik değişkenlerin değerlendirilmesinde frekans (n) ve yüzde (%) değerleri kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmış olup tanımlayıcı istatistik olarak; normal dağılıma uygun değişkenler için ortalama \pm standart sapma, normal dağılıma uymayanlar için medyan (minimum-maksimum) değerleri verilmiştir. Çalışmada kullanılması planlanan uygun hipotez testi yöntemleri, 2 grup karşılaştırmasında, parametrik test varsayımları sağlanıyorsa “Student t testi”, sağlanmıyorsa “Mann-Whitney U testi” uygulanmıştır. İkiiden çok grubun karşılaştırmasında varsayımların sağlanması durumunda Tek Yönlü Varyans analizi, sağlanmadığı durumda Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde, test varsayımları sağlandığında “Pearson Ki-Kare Testi”, sağlanmadığı durumda ise “Fisher Exact Testi” kullanılmıştır. Katılımcıların demografik özellikleri ile aşı tereddütü arasındaki farklar Bağımsız Gruplar için Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis Testi ile incelenmiş ve gruplar arasındaki farklılıklar araştırılmasında Bonferroni Düzeltmeli alfa değeri kullanılarak Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Tüm hipotez testlerinde Tip I hata olasılığı $\alpha=0,05$ olarak alınmış, 0,05 seviyesinin altında olan *p* değerleri anlamlı kabul edilmiştir ve istatistiksel değerlendirmeler için SPSS v25.0 paket programı (IBM, 2022, New York, ABD) kullanılmıştır.

Bulgular

Sağlık çalışanlarından gönüllü olarak çalışmaya katılan 397 kişiye “Pandemilerde Aşı Tereddüt Ölçeği” uygulanarak pandemide aşı uygulamalarına yönelik kişisel tutumları “Güven” ve “Risk” alt düzeyleri ile birlikte değerlendirilmiş, “Katılımcı Bilgi Formu” ile katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler elde edilmiştir. Pandemilerde Aşı Tereddüt Ölçeği toplam 10 sorudan ve iki alt boyuttan oluşmaktadır. 8 maddeden oluşan “Güven Eksikliği” alt boyutundan alınan yüksek puanlar, pandemilerde aşya karşı güvensizliğin arttığını, 2 maddeden oluşan “Risk Algısı” alt boyutundan alınan yüksek puanlar aşya ilişkin risk algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Katılımcıların demografik bilgilerini gösteren tanımlayıcı istatistikler Tablo 1’ de verilmektedir.

Tablo 1. Tanımlayıcı İstatistikler

N=397		n	%
Cinsiyet	Erkek	214	53,9
	Kadın	182	45,8
Medeni durum	Evli	239	60,2
	Bekar	154	38,8
Eğitim durumu	İlkokul / ortaokul	25	6,3
	Lise	110	27,7
	Yüksek okul	54	13,6
	Üniversite	147	37,0
	Yüksek isans/doktora/tıpta uzmanlık	61	15,4
Kurumdaki görevi	Doktor/ Diş hekimisi	64	16,1
	Eczacı	3	0,8
	Hemşire	111	28,0
	Sağlık teknisyeni/teknikeri	78	19,6
	İdari personel	49	12,3
	Teknik personel	12	3,0
	Destek personel	51	12,8
	Diğer	28	7,1
Mesleki deneyimi	5 yıldan az	119	30,0
	5 – 10 yıl arası	85	21,4
	10 – 15 yıl arası	57	14,4
	15 yıldan fazla	135	34,0
Kronik hastalık öyküsü	Evet	88	22,2
	Hayır	308	77,6
Aile fertleri arasında 65 yaş üzeri veya kronik hastalığı olan	Evet	206	51,9
	Hayır	190	47,9

Katılımcıların demografik özellikleri ile aşı tereddütü arasındaki farklar Bağımsız Gruplar için Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis Testi ile incelenmiş ve sonuçlar Tablo 2’de gösterilmiştir. Gruplar arasındaki farklılıkların analizinde Bonferroni Düzeltmeli alfa değeri kullanılarak Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Buna

göre aşı tereddütü cinsiyete göre farklılık göstermektedir ($p=0.015$), kadınlarda aşı tereddütünün erkeklere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Aşı tereddütü yaş grubuna göre de farklılık göstermektedir ($p=0.028$). Farklılık 45 yaş ve üstü ile 25 yaşından küçük olan grup arasında kaynaklanmaktadır ($p=0.018$). Medeni duruma göre mukayese edildiğinde bekar katılımcılarda aşı tereddütünün evli olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($p=0.004$). Katılımcıların eğitim durumları ile aşı tereddütü anlamlı ilişki göstermektedir. Lisansüstü eğitim düzeyine sahip bireylerde aşı tereddütü tüm gruplara göre daha düşüktür. Farklılık özellikle lisansüstü eğitimi ile yüksek okul mezunu olan grup arasında ($p=0.040$) ve lisansüstü eğitim ile üniversite grubu ($p<0.001$) arasındadır. Katılımcıların meslekleri incelendiğinde doktor/dış hekimi meslek grubunda tereddütün en düşük olduğu görülmektedir. En belirgin farklılık doktor/dış hekimi ile sağlık teknisyeni/teknikeri meslek grupları arasında ($p=0.020$) ve doktor/dış hekimi ile hemşireler arasında ($p<0.001$) görülmektedir.

Mesleki deneyim, kronik hastalık öyküsüne sahip olmak ve katılımcıların aile fertleri arasında 65 yaş üzeri bireylerin bulunması veya kronik hastalığı olan hane halkı bireylerinin bulunması aşı tereddütünü etkilememektedir ($p=0.555$, $p=0.119$, $p=0.752$).

Ölçeğin birinci alt boyutu olan güven eksikliği skorlarının demografik özellikler ile ilişkisi Tablo 3' de verilmiştir. Katılımcıların pandemide aşıya karşı olan güven eksiklikleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark vardır ($p=0.022$). Kadınlar erkeklere göre aşılar karşı daha fazla güven eksikliği yaşamaktadır. 45 yaş ve üzeri grubundaki bireyler pandemilerde aşıya karşı daha az güven eksikliği yaşamaktadır ($p=0.010$). En belirgin farklılık 45 ve üstü grup ile 25 yaşından küçük olan grup arasında görülmektedir ($p=0.006$). Bekar katılımcılarda aşılar karşı güven eksikliğinin evli olanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($p=0.002$). Güven eksikliği ile eğitim durumu ilişkisi incelendiğinde lisansüstü eğitim derecesine sahip bireylerde aşılar karşı güven eksikliği daha düşük olduğu, en belirgin farkın lisansüstü eğitim alan grup ile yüksek okul mezunu olan grup arasında ($p=0.043$) ve lisansüstü eğitim ile üniversite mezunu olan grup ($p<0.001$) arasında olduğu görülmektedir. Katılımcıların mesleklerine göre aşıya karşı güven eksikliği farklı doktor/dış hekimi ile hemşire meslek gruplarından kaynaklanmaktadır ($p<0.001$). Mesleki deneyim süresi, kronik hastalık öyküsüne sahip olmak ve aile fertleri arasında 65 yaş üzeri ve/veya kronik hastalığı olan bireyler ile aşıya karşı güven eksikliği düzeyi arasında anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0.418$, $p=0.051$, $p=0.491$).

Ölçeğin ikinci alt boyutu olan risk algısı skorları ile katılımcıların demografik özellikleri arasındaki ilişki Tablo 4' de verilmiştir. Erkeklerde aşı uygulamalarını riskli bulanların daha az sayıda olduğu görülmektedir ($p=0.016$). Meslekler göre aşı risk algı düzeyleri incelendiğinde doktor, dış hekimi ve eczacılar dışında kalan tüm sağlık çalışanlarında risk algısı skorlarının yüksek olduğu görülmektedir ($p<0.018$).

Aşılarla ilgili risk skorları ve yaş grupları, medeni durum, eğitim, mesleki deneyim, kendilerinde veya ailelerinde kronik hastalık öyküsü ile hane halkında 65 yaş üstü bireyin bulunması ile risk skorları arasında anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0.805$, $p=0.135$, $p=0.554$, $p=0.941$, $p=0.465$, $p=0.172$).

Ölçeğin 10 maddesi ayrı ayrı analiz edildiğinde genel olarak her bir maddenin toplam skor ile benzer özellikler göstermekte olduğu görüldü. Ancak farklılık gösteren iki madde üzerinde durmak gerekirse; "Pandemi dönemindeki aşılar sağlığım için önemlidir" ve "Pandemilerde aşılınmama gerek yoktur" düşüncesi tamı konulmuş kronik hastalığı olanlarda değişiklik göstermektedir ($p=0.045$; $p=0.033$). Kronik hastalık öyküsü olan katılımcılarda aşı reddi skoru azalmakta ve aşıların sağlıklarını korumak için gerekli olduğu fikri öne çıkmaktadır. Buna karşın ilginç olarak aile fertleri arasında yaşlı veya kronik hastalığı olan birey bulunan 206 (%52) katılımcı ile bulunmayan 190 (%43) katılımcının ölçek sorularına verdikleri yanıtlardan ne güven eksikliği ne de risk algısına ilişkin herhangi birisi için istatistiksel anlam ifade eden fark belirlenmemiştir.

Tablo 2. Demografik Bilgiler ve Mesleki Özelliklere Göre Aşı Tereddütü Skorları

Değişkenler		Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Min	Maks	p
Cinsiyet (n=396)	Erkek	22,58	6,60	22	10	49	0.015*
	Kadın	23,79	6,13	23	10	49	
Yaş (n=393)	25 yaşından küçük	17,86	5,16	17	8	33	0.028*
	25-34 yaş	17,17	5,89	17	8	39	
	35-44 yaş	17,20	5,82	16	8	39	
	45 yaş ve üstü	15,67	5,24	15,5	8	37	
Medeni durum (n=393)	Evli	22,62	6,53	22	10	49	0.004*
	Bekar	24,03	6,10	24	10	46	
Eğitim Durumu (n=397)	İlkokul / ortaokul	24,04	7,36	22	13	46	0.001*
	Lise	22,54	5,80	23	10	42	
	Yüksek okul	23,96	6,57	23	12	38	
	Üniversite	24,38	6,10	24	11	49	
	Yüksek lisans / doktora / tıpta uzmanlık	20,61	6,75	20	10	46	

Meslek (n=396)	Doktor/ Diş hekimi	20,44	6,43	20	10	46	<0.001 *
	Eczacı	15,33	1,52	20	14	17	
	Hemşire	24,26	5,07	24	10	37	
	Sağlık teknisyeni/teknikeri	23,86	6,60	23	11	49	
	İdari personel	23,90	6,69	23	13	49	
	Teknik personel	26,08	6,68	23,5	19	39	
	Destek personel	22,86	6,83	22	11	46	
	Diğer	22,68	7,29	22,5	10	42	
Mesleki deneyimi (n=396)	5 yıldan az	23,39	6,21	23	10	49	0.555
	5 – 10 yıl arası	23,85	6,95	23	10	46	
	10 – 15 yıl arası	22,51	6,42	22	12	49	
	15 yıldan fazla	22,94	6,20	22	12	46	
Kronik hastalık öyküsü(n=396)	var	22,47	6,66	22,5	11	49	0.119
	yok	23,47	6,30	23	10	49	
Aile fertleri arasında 65 yaş üzeri veya kronik hastalığı olan	var	23,20	6,44	23	11	49	0.752
	yok	23,22	6,36	23	10	46	
* p<0.05 Mann Whitney U testi; iki grup için, Kruskall Wallis testi; 2'den fazla grup için, Bonferoni alfa düzeltilmeli Mann Whitney U testi; farklı grupların belirlenmesi için							

Tablo 3. Demografik Bilgiler ve Mesleki Özelliklere Göre Güven Eksikliği Skorları

	Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Min	Maks	p
Cinsiyet	Erkek	16,43	5,75	16	8	39	0.022*
	Kadın	17,40	5,51	17	8	39	
Yaş	25 yaşından küçük	17,93	5,19	18	8	33	0.010*
	25-34 yaş	17,17	5,89	17	8	39	
	35-44 yaş	17,16	5,89	16	8	39	
	45 yaş ve üstü	15,59	5,21	15	8	37	
Medeni durum	Evli	16,38	5,72	16	8	39	0.002*
	Bekar	17,82	5,42	17	8	37	
Eğitim Durumu	İlkokul / ortaokul	17,79	6,93	16	8	36	0.001*
	Lise	16,33	5,07	16	8	33	
	Yüksek okul	17,74	5,71	16,5	8	30	
	Üniversite	17,93	5,54	17	8	39	
	Yüksek lisans / doktora / tıpta uzmanlık	14,78	5,63	14	8	37	
Meslek	Doktor/ Diş hekimi	14,71	5,43	15	8	37	0.001*
	Eczacı	10,33	2,08	11	8	12	
	Hemşire	17,86	4,77	17,5	8	31	
	Sağlık teknisyeni/teknikeri	17,52	5,67	17	8	39	
	İdari personel	17,33	6,18	16	8	39	
	Teknik personel	19,45	5,22	18	13	30	
	Destek personel	16,52	6,01	16	8	36	
	Diğer	16,89	6,53	16	8	36	
Mesleki deneyim	5 yıldan az	17,22	5,46	17	8	39	0.384
	5 – 10 yıl arası	17,64	6,16	17	8	36	
	10 – 15 yıl arası	16,50	5,34	16	8	39	
	15 yıldan fazla	16,50	5,34	16	8	37	
Kronik Hastalık öyküsü	Var	16,04	5,87	16	8	39	0.055
	Yok	17,21	5,56	16	8	39	
Aile fertleri arasında 65 yaş üzeri veya kronik hastalığı olan	Var	16,79	5,70	16	8	39	0.458
	Yok	17,13	5,58	16	8	37	

* p<0.05
Mann Whitney U testi; iki grup için, Kruskall Wallis testi; 2'den fazla grup için, Bonferoni alfa düzeltilmeli Mann Whitney U testi; farklı grupların belirlenmesi için

Tablo 4. Demografik Özelliklere göre Risk Algısı Düzeyleri

	Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Min	Maks	p
Cinsiyet	Erkek	6,05	1,53	6	2	10	0.016 *
	Kadın	6,30	1,30	6	2	10	
Yaş	25 yaşından küçük	6,27	1,21	6	2	10	0.805
	25-34 yaş	6,26	1,41	6	2	10	
	35-44 yaş	6,16	1,49	6	2	10	
	45 yaş ve üstü	6,06	1,49	6	3	9	
Medeni durum	Evli	6,15	1,47	6	2	10	0.554
	Bekar	6,24	1,32	6	2	10	
Eğitim Durumu	İlkokul / ortaokul	6,25	1,29	6	4	10	0.135
	Lise	6,04	1,46	6	2	10	
	Yüksek okul	6,38	1,27	6	4	10	
	Üniversite	6,37	1,30	6	3	10	
	Yüksek lisans/doktora / tıpta uzmanlık	5,81	1,66	6	2	9	
Meslek	Doktor/ Diş hekimi	5,66	1,57	6	2	9	0.018 *
	Eczacı	5,00	1,73	6	3	6	
	Hemşire	6,40	1,11	6	2	10	
	Sağlık teknisyeni/teknikeri	6,39	1,53	6	3	10	
	İdari personel	6,45	1,20	6	4	10	
	Teknik personel	5,90	1,75	6	3	9	
	Destek personel	6,20	1,47	6	3	10	
	Diğer	5,78	1,59	6	2	9	
Mesleki deneyim	5 yıldan az	6,22	1,44	6	2	10	0.941
	5 – 10 yıl arası	6,08	1,44	6	2	10	
	10 – 15 yıl arası	6,17	1,35	6	3	10	
	15 yıldan fazla	6,23	1,41	6	2	10	
Kronik Hastalık öyküsü	Var	6,27	1,60	6	3	10	0.465
	Yok	6,16	1,36	6	2	10	
Aile fertleri arasında 65 yaş üzeri veya kronik hastalığı olan	Var	6,29	1,41	6	3	10	0.172
	Yok	6,07	1,41	6	2	10	

* p<0.05

Mann Whitney U testi; iki grup için, Kruskal Wallis testi; 2'den fazla grup için, Bonferoni alfa düzeltilmeli Mann Whitney U testi; farklı grupların belirlenmesi için

Tartışma

Sağlık profesyonelleri, halkın aşıyla ilgili sorularına cevap ararken başvurduğu ilk ve en güvenilir kaynaktır. Sağlık çalışanlarının aşı tereddütü konusunda görüşlerinin bilinmesi aşı ile önlenebilir hastalıkların yönetimi ve aşı uygulamalarının yürütülmesi hususunda birincil görev üstlenmeleri ve topluma rol model olacak statüye sahip olmaları açısından önemlidir.

Sağlık ve sosyal hizmet çalışanlarının görüşlerini inceleyen İskoçya'da gerçekleştirilmiş olan bir araştırmada kadın cinsiyet ve genç yaşta olan katılımcıların aşı tereddütünün yüksek olduğu görülmüştür.²⁰ Bu araştırmada, bizim verilerimizden farklı olarak mesleki deneyim süresinin az oluşu da aşı tereddütü ile ilişkili bulunmuştur. Perterson ve arkadaşları hazırlamış oldukları derleme yazısında da mesleki deneyim süresinin artması ile aşı tereddütünün azaldığını bildirmektedir.¹¹ Aşı uygulamaları yeni başladığı dönemde birinci basamak sağlık çalışanlarına aşı yaptırma niyetlerinin sorulduğu bir çalışmada aşı tereddütünün kadınlarda, hemşire meslek grubunda ve genç katılımcılarda belirgin yüksek olduğu bildirilmiştir.²¹ Üçüncü basamak bir sağlık kuruluşunda çeşitli meslek gruplarından sağlık çalışanlarının aşı yaptırma niyetlerinin araştırıldığı bir çalışmada aşı yaptırma niyetinin erkeklerde ve ileri yaş katılımcılarda daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.²² Yüz yüze anket yöntemi ile geçerlik güvenilirliği sınanmış olmayan bir soru formu ile gerçekleştirilmiş olan bu araştırmada aşı kabulünün yüksek lisans seviyesinde eğitim görmüş olanlarda ön lisans ve lisans düzeyinde eğitilmiş olanlara göre daha yüksek olduğu ve meslek grupları arasında en yüksek kabulün doktorlarda olduğu bildirilmiştir.

DSÖ günlük tablolarında ve araştırmalarda COVID-19 pandemisinde erkeklerde kötü klinik seyirli ve ölüm oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir,²³ bu durum erkeklerde aşı yaptırma eğiliminin yüksek oluşunu açıklayabilir. Tıbbi literatürde yer alan geniş vaka sayısına sahip 8 makalenin yanı sıra medya yayınları, bloglar ve kamu raporları gibi akademik olmayan kaynaklardan da yararlanılarak hazırlanmış olan derleme yazıda kadın

cinsiyet ve hemşire meslek gruplarında aşı tereddütünün yüksek olduğu yönünde neticeye varılmıştır.¹¹ Bunun yanı sıra yaş grupları predikte edici bir faktör olarak tanımlanamamıştır, derlemeye konu olan yayınlarda genç yaş grubu için çelişkili neticeler bildirilmiş olsa dahi genel olarak sosyal medya kullanımının daha yaygın oluşu ve ileri yaştaki sağlık çalışanlarına mukayese ile liberal politik görüşlere daha açık olmalarının aşı karşıtlığına meyilli olabilecekleri yönünde yorumlanmıştır.¹¹ Bu derlemede de eğitim düzeyi arttıkça aşı tereddütünün azaldığı belirtilmektedir. Benzer bulgular elde ettiğimiz araştırmamızda yüksek lisans ve doktora derecesinde eğitime sahip katılımcıların çoğunun klinik araştırmaları analiz etme yeteneğine ve daha yüksek mesleki deneyime sahip hekimlerden oluştuğu ve bu kişiler tarafından COVID-19 ilişkili araştırmaların daha iyi anlaşılabilirdiği ve zihinsel yapılarının komplo teorilerine daha dirençli nitelikte olmasının bu farkı açıklayabileceği düşünülmektedir. Daha genç yaşta olan ve sadece lisans veya ön lisans derecesinde eğitime sahip olan çalışanların bu bakış açısına sahip olmadıkları tahmin edilmektedir.

Aralarında Türkiye'nin de yer aldığı 23 ülke verilerinin analiz edildiği çevirim içi anket araştırmasında sağlık çalışanlarında aşı tereddütünün genel popülasyona göre anlamlı seviyede daha düşük olduğu ve meslek grupları arasında hekimlerin en düşük aşı tereddütüne sahip olduğu bildirilmiştir.²⁴ Bu araştırmada yaş ve cinsiyet ile aşı tereddütü ilişkisinin ülkeler arasında oldukça farklılık gösterdiği bildirilmiştir.

Pandemi ilanının başından beri 65 yaş üstü ve kronik hastalığı olan bireylerin yüksek riskli gruplar olarak tanımlanmış olduğunu ve gerek yasaklama ve tedbir uygulamalarının gerekse aşı uygulama gruplarının bu risk anlayışı üzerinden yapılandırılmış olmasına rağmen ilginç olarak araştırma grubumuzun verdikleri yanıtlarda bu hususta katılımcıların ne güven eksikliği ne de risk algısına ilişkin farklılık gösterilememiştir. Buna karşın kendisinde kronik hastalık öyküsü bulunan katılımcılar pandemi dönemlerinde aşı uygulamalarının sağlıkları için önemine ve aşılmanın gerekliliğine olan inançlarının belirgin yüksek olduğu görülmüştür. İki ışık ve ark. yaptıkları çalışmalarında hane halkında 65 yaş üzeri bireylerin bulunması veya katılımcının kendisine ait kronik hastalık tanısının bulunmasının aşı uygulama kararında anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür.²¹ Peterson ve ark. derleme makalelerinde ileri yaşta hastalara bakım veren sağlık kuruluşlarında çalışan hemşirelerde aşı tereddütünün yüksek olduğu sonucuna varmışlardır.¹¹ Bu bilgiler gerek aile ferdi gerekse hizmet verilen kitle içerisinde ileri yaş bireylerin bulunmasının sağlık çalışanlarında davranış değişikliği yaratmadığını göstermektedir. Buna karşın genel popülasyonu da değerlendiren 23 binden fazla katılımcıdan çevrimiçi veri toplanarak yürütülen çok merkezli araştırmada aile fertlerinde COVID-19 ilişkili mortalite gerçekleşmiş olan bireylerde aşı tereddütünün düşük olduğu bildirilmiştir.²⁴

Uygulamış olduğumuz ölçekte katılımcılar aşı yan etkisi ve yeni geliştirilen aşılarda riskine ilişkin görüş bildirmektedir. Literatürde yeralan başka çalışmalarda da aşı tereddütü yaşayanların aşı yan etkilerinden korkma, etkinlik ile ilgili kuşku duyma, kamusal otoritelere ve ilaç firmalarına güvenmeme gerekçelerini gösterdikleri bildirilmektedir.^{25,26,27} Cogan ve ark gerçekleştirmiş oldukları araştırmada aşı tereddütüne gerekçe olarak ürünün emniyeti ve etkinliği ilgili endişelere ek olarak kanıt yetersizliği, fertiliteye ilişkin kaygılar, doğal immünitinin daha etkin olduğu, komplo teorileri ve aşı uygulamasına ilişkin otoriteler tarafından uygulanan baskılar öne sürülmüştür.²⁰ Uzun dönem istenmeyen etkilerine yönelik kaygılar nedeni ile aşı tereddütü yaşandığını bildiren bir araştırmada katılımcılar tarafından özellikle üreme sağlığı ve fertilitate üzerine etkiler hususunda tereddütler öne sürülmüştür.²⁸

Toplum sağlığını etkileyen ve önemli kayıplara neden olan pandemiler ile mücadelede en önemli aracın bağışıklanma olmasına rağmen aşı tereddütü yaşayanlar, aşılama erteleyenler veya aşıya karşı çıkanlar pandemilerle mücadeleyi zorlaştıran bir toplum sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. COVID-19 pandemisi döneminde “tam kapanma” ve “evde kal” sloganları ile yaşanan sokağa çıkma yasakları, maske zorunluluğu ve QR kodlar gibi dijital teknolojiler ile COVID-19 hastası ve temaslı olan bireylerin izlenmesi başta olmak dünya genelinde uygulanan tedbirler özgürlüklere müdahale olarak yorumlanmıştır. Aşılama ile doğuştan gelen bağışıklık sistemimizin kusurlu olarak kabul edildiği ve bunun etik olarak sorunlu bir görüş olduğu savunulmuş ve zorunlu aşılama politikalarının buna uyan ve uymayan insanlar arasında bir ayrımcılık unsuru olarak kullanılabileceği yönünde görüşler tartışılmıştır.²⁹ Gerek hastalık etkeninin ve gerekse aşılarda komplo teorilerine konu edilmesi toplumda aşı karşıtlığının taraftar toplamasını kolaylaştırmıştır.^{13,30}

Sonuç

Almış oldukları tıbbi eğitim ve klinik tecrübelerine rağmen sağlık çalışanları aşı konusunda toplum geneline benzer nitelikte ikilem yaşamaktadırlar ve bu durum sağlık çalışanlarının aşı tereddütü konusundaki konumlarının gelecekte de tartışılmaya devam edileceğini düşündürmektedir. Aşı karşıtlığının ortadan kaldırılabilmesi için bilim insanlarının ve sağlık otoritelerinin kanıta dayalı yöntemler ile hareket etmeleri esastır. Sağlık hizmeti sunmakta oldukları popülasyonları olumsuz etkilememeleri için hastaların ilk temas noktası olan birinci basamak merkezlerde Aile Sağlığı Elemanlarının, Aile Hekimleri tarafından aşıya ilişkin bilgi seviyeleri açısından tanımlamaları ve gerekli eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır. Tüm sağlık sunum basamaklarında aşı içerikleri,

etkinlik ve yan etkileri konularında bilgi güncellemelerinin sağlanması sağlık çalışanlarında olası aşı tereddütünü azaltıcı etkiye sahip olacaktır. Ancak bunun yeterli olmadığı, medyanın özellikle sosyal medyanın rolünün en az bu iki unsur kadar önemli olduğu unutulmamalıdır. Son yıllarda geniş halk kitlelerinin geleneksel medyaya karşı güven kaybı nedeni ile editöryal denetimden müstesna sosyal medya platformlarından haber almaya yönelmeleri ve bu mecralardaki “kanaat önderleri”nin yaratmış oldukları alternatif gerçeklik etkisi ile harekete geçtikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Farklı toplum katmanlarının aşı tereddütü noktasında tavırlarının bilinmesi bu kişilerin anlaşılması, ötekileştirici ve yargılayıcı olmadan bilimsel verilere dayanan bir yaklaşım izlemesi aşı uygulamasının yaygınlaşmasına yardımcı olacaktır. Pandeminin henüz sonlanmadığı ve aşılama oranlarının istenilen seviyelerde gerçekleşmediği günümüzde aşular hakkında kanıta dayalı bilgilere sahip olmasını beklediğimiz sağlık çalışanlarının aşulara karşı tereddütlü tutum sahibi olmalarının topluma yönelik oynayacakları profesyonel kaynak rol açısından devam eden salgında ve gelecekte karşılaşılması muhtemel salgınlarda risk teşkil ettiği aşıkardır. Çalışmamızın kısıtlayıcı yönü tek bir merkez çalışanları içerisinden seçilmiş olan sınırlı bir örnekleme sahip olması ve sonuçlara ilişkin genelleme yapılmasına imkan vermemesidir. Yazarların aşı tereddütünün sosyal medya vasıtası ile yönetildiği kanısında olmalarına rağmen katılımcılara buna ilişkin soru yöneltilmiş olmaması veya bilgi kaynaklarının sorgulanmamış olması araştırmamızın zayıf yönü olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalışmanın güçlü yönleri faydalanılan ölçeğin dilimizde kullanımının geçerli ve güvenilirliği test edilmiş standart bir enstrüman oluşu ve gelecekte farklı gruplarda ve farklı zamanlarda yapılacak olan araştırmalarla veri setinin geliştirmeye müsait oluşudur. Ayrıca örneklem seçimi ile farklı sınıf ve statülerdeki sağlık meslek mensuplarına erişilebilmiş olması çalışmayı güçlü kılmaktadır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar makale ile ilgili çıkar çatışması bulunmadığını ve başka bir yayında veya bildiri de sunulmadığını beyan etmektedirler.

Kaynaklar

1. Dube E, Vivion M, MacDonald NE. Vaccine hesitancy, vaccine refusal and the anti-vaccine movement: influence, impact and implications. *Expert Review of Vaccines* 2014; 14(1): 99–117.
2. Fine P, Eames K, Heymann DL. “Herd Immunity”: A Rough Guide. *Clinical Infectious Diseases* 2011; 52(7): 911–916.
3. WHO Coronavirus Dashboard. Adres: covid19.who.int. Erişim 14 Kasım 2022.
4. Kata A. A postmodern Pandora’s box: Anti-vaccination misinformation on the Internet. *Vaccine* 2010; 28(7): 1709–1716.
5. Thanh Le T, Andreadakis Z, Kumar A, Gómez R, et al. The COVID-19 vaccine development landscape. *Nat Rev Drug Discov* 2020;19(5):305-306.
6. MacDonald NE. SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015; 33: 4161–4164
7. WHO. Ten threats to global health in 2019. Adres: who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019. Erişim 14 Kasım 2022.
8. Wakefield A.J, Murch S.H, Anthony A, Linnell J, et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet* 1998; 351(9103): 637–641. (Retraction 2010; Feb 6;375(9713): 445)
9. Bandari R, Zhou Z, Qian H, Tangherlini TR, Roychowdhury VP. A Resistant Strain: Revealing the Online Grassroots Rise of the Antivaccination Movement. *Computer* 2017; 50, (11): 60-67.
10. Özceylan G, Toprak D, Esen ES. Vaccine rejection and hesitation in Turkey. *Human vaccines & immunotherapeutics* 2020; 16(5): 1034–1039.
11. Peterson CJ, Lee B, Nugent K. COVID-19 Vaccination Hesitancy among Healthcare Workers—A Review. *Vaccines* 2022; 10: 948.
12. Puri N, Coomes EA, Haghbayan H, Gunaratne K. Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2020; 16(11): 2586–2593.
13. Romer D, Jamieson KH. Conspiracy theories as barriers to controlling the spread of COVID-19 in the U.S. *Social science & medicine* 2020; (1982): 263, 113356.
14. Stolle LB, Nalamasu R, Pergolizzi JV, Varrassi G, et al. Fact vs Fallacy: The Anti-Vaccine Discussion Reloaded. *Advances in Therapy* 2020; (37): 4481–4490.
15. Demir T. Aşı Karşıtı Tutumların Sosyokültürel ve Dinî Boyutları. *Tevilat* 2021; 2(2): 271-271.
16. Sorell T, Butler J. The Politics of Covid Vaccine Hesitancy and Opposition. *The Political quarterly* 2022; 93(2), 347–351.
17. Larson HJ. Politics and public trust shape vaccine risk perceptions. *Nature Human Behaviour* 2018; 2(5): 316–316.
18. Larson H.J, Jarrett C, Schulz WS, Chaudhuri M, et al. Measuring vaccine hesitancy: The development of a survey tool. *Vaccine*, 2015; 33(34); 4165–4175.

19. Çapar H, Çınar F. Pandemilerde Aşı Tereddüt Ölçeği: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences* 2021; 6(12); 40-45.
20. Cogan N, McInnes L, Lingg V, Flowers P, Rasmussen S. COVID-19 vaccine hesitancy among health and social care workers during mass vaccination in Scotland. *Psychology, health & medicine* 2022; 1–15.
21. İkişik H, Sezerol MA, Taşçı Y, Maral I. COVID-19 vaccine hesitancy and related factors among primary healthcare workers in a district of Istanbul: a cross-sectional study from Turkey. *Family Medicine and Community Health* 2022;10: e001430.
22. Kader Ç, Erbay A, Demirel MS, et al. Evaluation of attitudes and behaviors of healthcare professionals towards COVID-19 vaccination. *Klimik Derg.* 2022; 35(1): 30-5.
23. Galbadage T, Peterson BM, Awada J, Buck AS, et al. Systematic Review and Meta-Analysis of Sex-Specific COVID-19 Clinical Outcomes. *Frontiers in medicine* 2020; 7: 348.
24. Lazarus JV, Wyka K, White TM. et al. Revisiting COVID-19 vaccine hesitancy around the world using data from 23 countries in 2021. *Nature communications* 2022;13(1): 3801
25. Yurttas B, Poyraz BC, Sut N, Ozdede A, et al. Willingness To Get the COVID-19 Vaccine Among Patients With Rheumatic Diseases, Healthcare Workers and General Population in Turkey: A Web-Based Survey. *Rheumatology International* 2021; 41(6): 1105–1114.
26. Tavolacci MP, Dechelotte P, Ladner J. COVID-19 Vaccine Acceptance, Hesitancy, and Resistancy Among University Students in France, *Vaccines* 2021; 9(6): 654– 666.
27. Dror AA, Eisenbach N, Taiber S, Morozov NG, et al. Vaccine hesitancy: the next challenge in the fight against COVID-19. *European journal of epidemiology* 2020; 35: 775–779.
28. Diaz P, Zizzo J, Balaji NC, et al. Fear about adverse effect on fertility is a major cause of COVID-19 vaccine hesitancy in the United States. *Andrologia.* 2022;54(4):e14361
29. Kowalik M. Ethics of vaccine refusal. *Journal of Medical Ethics* 2022; 48: 240-243.
30. Tuzcu Ö, Şahin H. Komplo Teorileri Bağlamında Covid-19 Aşı Kararsızlığı ve Aşı Karşıtlığı. *Sosyoloji Dergisi* 2022; (43): 95-123.



Original Research / Orijinal Araştırma

Breastfeeding Related Posts on Instagram: A Content Analysis Instagram'da Emzirme ile İlgili İletiler: Bir İçerik Analizi

Serpil ABALI ÇETİN¹, Şeyda BİNAY YAZ², Hale SEZER³

Abstract

Aim: This study aimed to analyze the content of Instagram posts on breastfeeding.

Method: The data from this descriptive and cross-sectional study were collected by one researcher three times. At each data collection time, the most recent 50 posts were coded using the following hashtags #breastfeeding, #breastmilk, #breastfeeding, #breastmilk, #breastfeeding, and #breastmilk.

Results: Of these posts, 62.7% were Turkish and 94.7% had visuals. The average number of likes for the posts was 815.70±1883.095 (Min:1-Max:10,531) and the average number of comments was 34.08±64.106 (Min:0-Max:391). Posts with higher likes were more likely to mention the benefits of breastfeeding to mothers (p= 0.030). Posts with a higher number of comments were more likely to mention the following: breastfeeding every time the infant was hungry (p=0.004), breastfeeding until the signs of satiety were observed (p=0.007), and the effect of breastfeeding on the infant's growth (p=0.013).

Conclusion: Sharing of posts by health professionals was determined to be the reason for the increased likelihood of getting likes. Therefore, the use of new technologies by health professionals is crucial for achieving better results in health education.

Keywords: breast-feeding, content analysis, Instagram

Özet

Amaç: Bu çalışma, Instagram'da emzirme ile ilgili iletilerin içeriklerinin analiz edilmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma verileri bir araştırmacı tarafından üç farklı zamanda toplandı. Her veri toplama zamanında da #breastfeeding, #breastmilk, #emzirme, #annesütü ve #annesutu etiketleri kullanılarak en son 50 gönderi kodlandı.

Bulgular: İletilerin %62,7'si Türkçe dilindedir ve %94,7'sinde görsel olarak fotoğraf kullanılmıştır. İletilerin beğeni sayısı ortalaması 815,70±1883,095 (Min:1-Maks:10,531), yorum sayısı ortalaması ise 34,08±64,106 (Min:0-Maks:391) idi. Beğeni sayısı daha yüksek olan gönderilerin emzirmenin anneye yarar sağlıyor olmasından (p=0,030) bahsetme olasılığı daha yüksekti. Yorum sayısı daha yüksek olan gönderilerin bebeğin her acıktığında emzirilmesi (p=0,004), doyma belirtileri görülene kadar emzirilmesi (p=0,007) ve bebeğin büyümesinde etkili olmasından (p=0,013) bahsetme olasılığı daha yüksekti.

Sonuç: İletilerin sağlık profesyonelleri tarafından paylaşılması beğenilme olasılığını artıran bir neden olarak belirlendi. Dolayısıyla bu yeni teknolojilerin sağlık profesyonelleri tarafından kullanılması için kendilerini geliştirmeleri sağlık eğitiminin amacına ulaşmasında oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Emzirme; içerik analizi; Instagram

Geliş tarihi / Received: 20.09.2023 Kabul tarihi / Accepted: 17.04.2024

¹ Izmir Bakırçay University, Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing, Izmir, Turkey

² Izmir Bakırçay University, Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Department of Pediatric Nursing, Izmir, Turkey

³ Izmir Bakırçay University, Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing Education, Izmir, Turkey

Address for Correspondence / Yazışma Adresi Serpil ABALI ÇETİN. Gazi Mustafa Kemal District, Kaynaklar Road, Seyrek, Menemen 35665, Izmir / Turkey

E-posta: serpil.cetin@bakircay.edu.tr Tel: + 90 232 493 00 00/11257

Abalı Çetin S, Binay Yaz Ş, Sezer H. *Breastfeeding Related Posts on Instagram: A Content Analysis. TJFPMC, 2024; 18 (3) :285-292*

DOI: 10.21763/tjfmpe.1363562

Introduction

The World Health Organization (WHO) recommends 'feeding' the infants only with breast milk for the first 6 months from birth and breastfeeding should be continued with appropriate complementary foods until the infant reaches the age of two.¹ It is known that breastfeeding has significant and numerous benefits in terms of the infant, the mother, the community's health, and the country's economy. However, breastfeeding rates in Türkiye and the world have not reached the desired targets.^{2,3} While breastfeeding is instinctive for babies, it is a learned skill for mothers, and social and societal factors significantly impact breastfeeding decisions and practices.⁴⁻⁶ Studies have emphasized many factors affecting breastfeeding.⁵⁻⁹

In addition to all these factors, social media platforms, which recently have become significant in the lives of individuals, are areas that will positively or negatively affect, support, and encourage breastfeeding and breastfeeding education.

Instagram is one of the top three most used platforms in the world, and Türkiye currently has 1 billion active users worldwide.^{10,11} It allows its users to search and interact with general content, and videos or images can be added with hashtagging (for example, #feeding). In addition, it is one of the important life spots that affect individuals' understanding and decisions about health issues¹² and with positive and negative impacts.¹³⁻¹⁵

Research has revealed that breastfeeding mothers use social media for education, counseling, and social support^{16,17} and share their knowledge, experience, and views on breastfeeding, especially with visuals and videos on Instagram. However, very few studies exist in the literature on the content of breastfeeding education, the accuracy of the shared information, and the profile of the people who share it.^{18,19}

This study was carried out to analyze the content of posts about breastfeeding on Instagram, the most-used social media platform worldwide in recent years. Thus, the study aimed to determine the adequacy of the information shared on Instagram, the characteristics of the people who shared these posts, the community they interacted with the reactions of the community, and the types of the shared posts.

Material and Methods

Study design

This research was descriptive and cross-sectional. The study was conducted using the researcher's Instagram profile. The search page of the relevant profile was searched by typing ±breastfeeding and ±breastfeeding for one week in September 2022. The tags used in the messages that received the most likes and comments were coded. At the time of the crawl, many tags related to the topic were coded, and the top five tags (breastfeeding 78,800, breastfeeding 25,400, breastmilk 18,500, breastfeeding 3400, breastmilk 1100) were determined as the tags of the study. In the second phase of the study, the last 10 messages (50 messages in total) of each label were analyzed in each of three different periods (October-November-December 2022). Thus, a total of 150 messages were included in the study. Considering that the methodology of this study is a newly emerging research area with developing methodology, the coding and analysis were decided on studies conducted with similar methodology in the literature.²⁰⁻²²

Before coding, whether the post was about breastfeeding was identified. Posts in Turkish and English on breastfeeding were included in the study. Duplicate and/or repetitive posts and those outside of the topic of breastfeeding were not included in the study.

Data Collection Methods and Tools

Frequently used hashtags related to breastfeeding were determined by the researchers after an extensive Instagram search. Accordingly, the most used 5 hashtags in Turkish and English were defined (#breastfeeding, #breastmilk, #emzirme, ##annesütü ve #annesutu).

The Data Collection Form developed by the researchers in line with the literature^{2,23,24} was used to collect the data. In addition to the items about the language of the post, the date of the post, the hashtag used, and the type of post, the Data Collection Form included questions about the gender, education level, and profession of the individual who shared the post, whether the individual was a mother, the number of followers, whether the post contained advertisements, the number of likes and comments and whether the post encouraged breastfeeding and whether the post included breastfeeding content presented in international breastfeeding guides. Data on the post owner (gender, occupation, motherhood status) were obtained by the researcher by scanning the profile page of the person who shared the relevant post.

Statistical Analysis

Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (v24) was used to analyze the data. Frequency and percentage calculations were performed for descriptive data. Pearson's chi-squared test was used for the content analysis of posts based on the number of likes and comments, and Fisher's exact test was used for cases in which the expected cell number was greater than five. $p < 0.05$ level was accepted as an indicator of a significant difference.

Ethics approval

The study was approved by the Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee of a state university in Türkiye (Research Date/ID: 07.02.2020/05) and was performed following the Declaration of Helsinki.

Results

A total of 150 messages (50 in each month) were examined during October, November, and December 2022 during the study carried out to analyze the content of Instagram posts related to breastfeeding by using all the selected hashtags (#annesutu, #annesütü, #breastfeeding, #breastmilk, #emzirme) each month. It was identified that 62,7% of the posts were in Turkish and almost all (594,7) of the posts used photographs as visuals. It was found that 77% of the posts encouraged breastfeeding and only 8,0% contained advertisements (Table 1). The average number of likes for the messages was $815,70 \pm 1883,095$ (Min:1-Max:10531), and the average number of comments was $34,08 \pm 64,106$ (Min:0-Max:391).

Table 1. Characteristics of the Posts

Characteristics	n(%)
Post Review Month	
October	50(33.3)
November	50(33.3)
December	50(33.3)
Hashtags	
#annesutu	30(20.0)
#annesütü	30(20.0)
#breastfeeding	30(20.0)
#breastmilk	30(20.0)
#emzirme	30(20.0)
Language	
English	56(37.3)
Turkish	94(62.7)
Post Type	
Photograph	142(94.7)
Video	8(5.3)
Encouraging Breastfeeding	
Yes	116(77.3)
No	34(22.7)
Advertisements	
Yes	12(8.0)
No	138(92.0)

At the time of the research, 96,0% of the users who posted using the related hashtags were females, 32,7% were mothers, and the mean number of the followers of these users was $56.049,13 \pm 89.539,033$ (Min.4-Max:441.000). Almost half of the users who shared these posts (48,0%) were health professionals, 24,0% were influencer, 11,3% were bloggers and 11,3% were photographers (Table 2).

Table 2. Characteristics of the Users

Characteristics	n(%)
Gender	
Male	6(4.0)
Female	144(96.0)
Is the Message Owner's Mom?	
Yes	49(32.7)
No	101(67.3)
Profession	
Healthcare Professional	72(48.0)
Influencer	36(24.0)
Blogger	17(11.3)
Photographer	17(11.3)
Other	8(5.3)

Comparing the number of likes the post received and the profession of the user who shared the post showed that the number of likes received by health professionals was higher compared to other occupational groups with a statistically significant difference ($\chi^2:15,88, p=,003$) (Table 3).

Table 3. Comparison of Users' Professions and Number of Likes They Received for the Posts

Profession	Number of Likes		p-value
	1-99	100 ve ↑	
Healthcare Professional	38	34	$\chi^2:15,88/003$
Influencer	17	19	
Blogger	1	16	
Photographer	10	7	
Other	6	2	

χ^2 : Chi-Square Test

Table 4. Comparison of Posts with Fisher's Exact Test

Post Content		Number of Likes		Sum	%	p	Number of Comments		p
		1-99 (n=74)	100 ve ↑ (n=78)				0-10 (n=79)	11 ve ↑ (n=71)	
Only breast milk should be given for the first 6 months.	Yes	10	7	17	11.3	0.245*	9	8	0.593*
	No	62	71	133	88.7		70	63	
Breast milk protects the infant from diseases.	Yes	15	18	33	22.0	0.447*	15	18	0.229*
	No	57	60	117	78.0		64	53	
Breast milk benefits the mother.	Yes	14	6	20	13.3	0.030*	9	11	0.309*
	No	58	72	130	86.7		70	60	
Breast milk benefits the child for a long time.	Yes	14	18	32	21.3	0.366*	13	19	0.090*
	No	58	60	118	78.7		66	52	
Breast milk protects the infant from the harmful effects of the formula.	Yes	3	2	5	3.3	0.462*	2	3	0.449*
	No	69	76	145	96.7		77	68	
Thanks to milking, breast milk can be provided at any time.	Yes	4	1	5	3.3	0.159*	4	1	0.218*
	No	68	77	145	96.7		75	70	
After switching to solid food, the main meal is breast milk.	Yes	2	2	4	2.7	0.659*	3	1	0.351*
	No	70	76	146	97.3		76	70	
Breast milk positively affects the infant's intelligence.	Yes	9	11	20	13.3	0.482*	8	12	0.164*
	No	63	67	130	86.7		71	59	
It is easy to digest.	Yes	8	6	14	9.3	0.330*	6	8	0.311*
	No	64	72	136	90.7		73	63	
No preparation is required.	Yes	6	6	12	8.0	0.560*	6	6	0.541*
	No	66	72	138	92.0		73	65	
It is sterile.	Yes	7	6	13	8.7	0.439*	6	7	0.419*
	No	65	72	137	91.3		73	64	

Table 4. (continued) Comparison of Posts with Fisher's Exact Test

It strengthens the infant's immunity.	Yes	11	15	26	17.3	0.3 37*	13	13	0.466*
	No	61	63	124	82.7		66	58	
Breastfeeding protects against pregnancy.	Yes	1	0	1	.7	0.4 80*	1	-	0.527*
	No	71	78	149	99.3		78	71	
It's cheap.	Yes	4	4	8	5.3	0.5 95*	4	4	0.579*
	No	68	74	142	94.7		75	67	
Infants should be breastfed whenever they are hungry.	Yes	9	12	21	14.0	0.3 93*	5	16	0.004*
	No	63	66	129	86.0		74	55	
Infants should be breastfed until they demonstrate signs of satiety.	Yes	9	11	20	13.3	0.4 82*	5	15	0.007*
	No	63	67	130	86.7		74	56	
It is effective in the infant's growth.	Yes	8	11	19	12.7	0.3 82*	5	14	0.013*
	No	64	67	131	87.3		74	57	
While breastfeeding, mother and the infant should be comfortable.	Yes	8	7	15	9.9	0.4 34*	7	8	0.413*
	No	64	71	137	90.1		72	63	
C-hold position should be preferred during breastfeeding.	Yes	5	2	19	12.7	0.1 89*	2	5	0.179*
	No	67	76	131	87.3		77	66	
Colostrum must be given.	Yes	7	10	17	11.2	0.3 68*	9	8	0.593*
	No	65	68	133	88.8		70	63	
Breastfeeding should start within one hour after the birth at the latest.	Yes	4	6	10	6.6	0.4 24*	5	5	0.558*
	No	68	72	142	93.4		74	66	
Water should not be given during breastfeeding.	Yes	1	1	2	1.3	0.7 31*	1	1	0.724*
	No	71	77	148	98.7		78	70	
During breastfeeding, pacifier bottles should not be used.	Yes	1	1	2	1.3	0.7 31*	1	1	0.724*
	No	71	77	148	98.7		78	70	
Nighttime breastfeeding is important.	Yes	2	7	9	6.0	0.1 04*	2	7	0.060*
	No	70	71	141	94.0		77	64	
The infant should be able to swallow during breastfeeding.	Yes	6	3	9	6.0	0.2 09*	6	3	0.303*
	No	66	75	141	94.0		73	68	
Nipple cracks do not occur if breastfeeding is properly done.	Yes	4	4	8	5.3	0.5 95*	2	6	0.106*
	No	68	74	142	94.7		77	65	
Breastfeeding has a positive effect on maternal psychology.	Yes	10	9	19	12.7	0.4 25*	9	10	0.401*
	No	62	69	131	87.3		70	61	
Breastfeeding should continue until the age of 2.	Yes	1	1	2	1.3	0.7 31*	2	-	0.276*
	No	71	77	148	98.7		77	71	

*Chi-square, Bold: $p < 0.05$

Instagram posts about breastfeeding were analyzed with Fisher's Exact Test in the study. Accordingly, posts with a higher number of likes were more likely to mention that breastfeeding benefited the mother ($p=0.030$). Examining the likes received by the posts related to breastfeeding showed that the most liked posts were related to the benefits of breast milk such as protecting the infant from diseases ($n=18$), providing long-term benefits to the infant ($n=18$), strengthening the infant's immunity ($n=15$), the need to breastfeed whenever the infants were hungry ($n=12$), breastfeeding until they showed signs of satiety ($n=11$), positively affecting the infant's intelligence ($n=11$) and being effective in the growth of the infant ($n=11$).

Examination of the distribution based on the number of comments for the posts showed that the contents of the posts that received the highest number of comments were as follows: benefiting the child for a long time ($n=19$), protecting the infant from diseases ($n=18$), breastfeeding whenever the infant is hungry ($n=16$), and breastfeeding until the infant showed signs of satiety ($n=19$). $n=15$) and its effect on the growth of the infant ($n=14$). In addition,

the posts with a higher number of comments were more likely to mention the following: breastfeeding every time the infant was hungry ($p=0.004$), breastfeeding until the infant showed signs of satiety ($p=0.007$), and the effect of breast milk in the growth of the infant ($p=0.013$) (Table 4).

Discussion

This study analyzed Instagram posts on breastfeeding. The most striking and pleasing finding was the lack of negative content in the posts related to breastfeeding. The obtained findings varied due to the nature of breastfeeding. It was quite significant in this small sample that the post containing the expression "breastfeeding benefits the mother" was liked the most. Also, posts that included breastfeeding every time the infant was hungry, breastfeeding until the signs of satiety were observed, and that it was effective in the growth of the infant were more likely to be commented on. As far as we know, this is the first to analyze breastfeeding content found on Instagram. Previously, Marcon et al. systematically analyzed 4.089 images and 20.532 comments about breastfeeding and concluded that breastfeeding was generally supported but posts were not evaluated in this study.¹⁹ On the other hand, the present study did not analyze images and comments. Therefore, for future studies, it can be suggested that images, posts, and comments related to breastfeeding should be included in the analysis together.

In their study which examined Turkish Instagram accounts that posted about child health and diseases, Bülbül et al. suggested that the posts about breast milk and breastfeeding were significantly higher in number compared to the posts about infant formula and bottle feeding.²⁵ In the present study, it was concluded that the possibility of commenting on posts about infant feeding was higher. This result supports the study of Griauzde et al. which reported that mothers' information source about infant feeding was insufficient.²⁶

Based on this, it can be suggested that healthcare professionals evaluate the need for information on the subject in this context. It is also important for healthcare professionals to monitor popular internet and social media platforms to be aware of information that mothers may be accessing.

Another remarkable finding in this study was that the posts containing the phrase "breastfeeding benefits the mother" were liked at higher rates. This result may be proof that the multifaceted benefits of breastfeeding should be included in all educational content. Focusing on only the infant in the breastfeeding process can be interpreted as neglecting the mother, especially during a stressful period such as postpartum. The fact that the post included the additional benefits related to the mother may have increased the likelihood of being liked by individuals who were likely mothers themselves. Indeed, recent World Health Organization reviews of the short- and long-term benefits of breastfeeding have concluded that there is strong evidence for many public health benefits of breastfeeding.²⁷

In our study, the messages that received the most reactions/comments were generally related to the time and duration of breastfeeding. This result differs from the study conducted by Padro-Arocas et al., which examined how breastfeeding mothers seek support at critical breastfeeding points in breastfeeding and according to the age of their babies. In the aforementioned study, the most frequently consulted topics were breastfeeding technique, infant sleep, breast milk management and storage of breast milk, breastfeeding myths, stages of breastfeeding, complementary feeding, infant care, and returning to work.²⁸ However, it is similar to the study by Lebron et al. in which mothers examined their information-seeking and sharing practices in an online breastfeeding support forum.²⁹ Based on these results, it may be recommended that future studies to investigate this difference between the topics that mothers are most curious about/respond to regarding breastfeeding.

This study concluded that the individuals who shared the posts were generally healthcare professionals and that the posts shared by healthcare professionals were liked at higher rates compared to the other occupational groups. According to studies, the main reliable source for health information and support is healthcare professionals,³⁰ but especially mothers tend to prefer resources such as social media for reasons such as having instant access to unlimited information from the internet and social media, getting instant advice without waiting for the next visit to the healthcare professional and being able to easily ask questions that they may be embarrassed to ask in person.^{31,32} Therefore, as new technologies emerge and are widely adopted, it may be recommended that healthcare professionals specialize in using these technologies to influence specific audiences.

While Instagram has emerged as an important resource for women debating questions and conditions such as breastfeeding, breast milk, and infant feeding, it remains unclear how the Internet plays a role in challenging the current paradigm and empowering women to make meaningful choices.

Conclusion

In conclusion, this study determined that the number of comments about infant feeding was quite high, but the posts that included the benefits of breastfeeding for the mother tended to be liked at higher rates. In addition, it was found that the posts shared by healthcare professionals were liked more compared to others.

Given that Instagram is widely used by various segments of society globally, this platform can also be used by public health or education campaigns to promote breastfeeding. However, there is little evidence of the accuracy of the existing information and whether breastfeeding is promoted. Therefore, it is necessary to control the posts

related to issues such as breastfeeding, which affects a large part of society, and to evaluate the responses related to these posts.

In addition to the very important results obtained limiting the analysis to five hashtags was the main limitation of this study. Therefore, the full diversity of breastfeeding-related content on Instagram may not have been fully captured. Its cross-sectional design was another limitation of this study. The data were collected over three different periods to allow for a broader analysis of the content on Instagram, but this still does not allow for broad generalizability as the content on social media is constantly changing. However, this study provides new insights into the content of a common topic in a social media platform with a large user base.

Funding

No specific funding for received for this study.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

References

1. World Health Organization. 2017. Exclusive breastfeeding WHO website <http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive-breastfeeding/en/> Accessed Feb 5, 2023
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Lancet Breastfeeding Series Group Breastfeeding in the 21st century: epidemiology mechanisms and lifelong effect. *Lancet*. 2016 Jan 30;387(10017):475-90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
3. Türkiye Demographic and Health Survey (TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması). (2018) http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/sonuclar_sunum.pdf Accessed Jan 27, 2020.
4. Niela-Vilén H, Axelin A, Melender HL, Salanterä S. Aiming to be a breastfeeding mother in a neonatal intensive care unit and home: A thematic analysis of peer-support group discussion in social media. *Maternal & Child Nutrition*. 2015; 11(4):712–726.
5. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*. 2016;387(10017) 491–504.
6. Sriraman N, Kellams A. Breastfeeding: What are the barriers? Why women struggle to achieve their goals. *Journal of Women's Health*. 2016;25(7):714–722.
7. Yenil K, Aluş M, Durgun YO, Çeçe Ö, Abalın FB. The relation between breastfeeding self-efficacy and breastfeeding success in mothers. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2013;10(2):14-19.
8. Brown A. What do women want? Lessons for breastfeeding promotion. *Breastfeeding Medicine*. April 2016;11(3):102–110. <https://doi.org/10.1089/BFm.2015.0175>
9. Özlüses E, Çelebioğlu A. Educating fathers to improve breast feeding rates and paternal-infant attachment. *Indian Pediatrics*. 2014;51(15):54-57
10. We are Social Agency. 2023. <https://wearesocial.com/uk/blog/2023/01/the-changing-world-of-digital-in-2023/> Accessed Feb 1, 2023.
11. Turkish Statistical Institute. 2022. [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587) Accessed March 5, 2023.
12. Centola D. Social media and the science of health behavior. *Circulation*. 2013;127(21):2135–44.
13. Lup K, Trub L, Rosenthal L. Instagram #instasad? Exploring associations among Instagram use depressive symptoms negative social comparison and strangers followed. *Cyberpsychology Behavior and Social Networking*. 2015;18(5):247–252
14. Cwynar-Horta J. The commodification of the body positive movement on Instagram Stream: Inspiring. *Critical Thought*. 2016;8(2):36–56
15. Salam M. 2017. Why 'Radical Body Love' is thriving on Instagram New York Times. <https://www.nytimes.com/2017/06/09/style/body-positive-instagram.html> Accessed March 02, 2023.
16. Asiodu IV, Walters CM, Dailey DE, Lee KA, Lyndon A. Breastfeeding and use of social media among first-time African American mothers. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. 2015; 44:2268-278
17. Tomfohrde OJ, Reinke J S. Breastfeeding mothers' use of technology while breastfeeding. *Computers in Human Behavior*. 2016; 64:556–561
18. Locatelli E. Images of breastfeeding on Instagram: Self-Representation publicness and privacy management. *Social Media+Society*. 2017;3(2):1–14
19. Marcon AR, Bieber M, Azad MB. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding on Instagram. *Maternal & child nutrition*. 2019;15(1): e12658.
20. Basch C.H, MacLean S.A. Colorectal cancer on Instagram: a content analysis. *Journal of Consumer Health on the Internet*. 2019;23(4), 378-383.

21. Basch C.H, MacLean S.A. A content analysis of HPV related posts on instagram. *Human vaccines & immunotherapeutics*.2019; 15(7-8), 1476-1478,
22. Basch C.H, Milano N, Hillyer G.C. An assessment of fluoride related posts on Instagram. *Health Promotion Perspectives*. 2019; 9(1), 85.).
23. World Health Organization. 2018. Guideline: counseling of women to improve breastfeeding practices. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/280133/9789241550468-eng.pdf> Accessed Feb 5, 2023.
24. McFadden A, Siebelt L, Marshall JL, Gavine A, Girard LC, Symon A, MacGillivray S. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J*. 2019; 21:14:42. doi:10.1186/s13006-019-0235-8
25. Bülbül S, Çelik C, Gülbahçe A, Kocagözoğlu SG. Social media and breastfeeding: an Instagram study. *Anatolian Current Medical Journal*. 2021;3(4):269-273. <https://doi.org/10.38053/acmj.932785>
26. Griauzde DH, Kieffer EC, Domoff SE, Hess K, Feinstein S, Frank A, Pesch M H. The influence of social media on child feeding practices and beliefs among Hispanic mothers: A mixed methods study. *Eating behaviors*. 2020; 36:101361
27. Binns, C., Lee, M., & Low, W. Y. The long-term public health benefits of breastfeeding. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 2016; 28(1), 7-14.
28. Padró-Arocas, A., Quifer-Rada, P., Aguilar-Camprubí, L., & Mena-Tudela, D. Description of a mHealth tool for breastfeeding support: LactApp. Analysis of how lactating mothers seek support at critical breastfeeding points and according to their infant's age. *Research in Nursing & Health*. 2021;44(1), 173-186.
29. Lebron, C. N., St. George, S. M., Eckembrecher, D. G., & Alvarez, L. M. "Am I doing this wrong?" Breastfeeding mothers' use of an online forum. *Maternal & child nutrition*. 2020; 16(1), e12890.
30. Fox S, Duggan M. 2013. Health Online 2013 Washington DC: Pew Research Center. <http://www.pewinternet.org/2013/01/15/health-online-2013>. Accessed March 02, 2023.
31. Criss S, Woo Birdal JA, Goldman RE, Perkins M, Cunningham C, Taveras EM. The role of health information sources in decision-making among Hispanic mothers during their children's first 1000 days of life. *Matern Child Health J*. 2015;19(11):2536-43 doi:10.1007/s10995-015-1774-2
32. Moon RY, Mathews A, Oden R, Carlin R. Mothers' perceptions of the internet and social media as sources of parenting and health information: qualitative study. *Journal of medical Internet research*. 2019;21(7): e14289

Original Research / Orijinal Araştırma

Reproductive Autonomy Scale: Turkish Validity and Reliability Study Üreme Özerkliği Ölçeği: Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması

Rukiye SULU DURSUN¹, Ebru GOZUYESİL²

Abstract

Objective: This study aims to determine the validity and reliability of the Turkish version of the Reproductive Autonomy Scale.

Methods: A methodological study was conducted with 320 women who sought treatment in a Family Health Center between November 5, 2022, and February 1, 2023. Data were collected through the Personal Information Form and the Turkish version of the Reproductive Autonomy Scale. The content validity index (CVI-Lawshe technique) was used to analyze the agreement in expert opinions. While Pearson correlation analysis was used for the test-retest analysis of the scale and its sub-scales, Cronbach's alpha coefficient was utilized to analyze the internal consistency of the scale and its sub-scales. Exploratory factor analysis and confirmatory factor analysis were utilized to test the scale's construct validity. These factor analyses were conducted separately in two samples divided randomly.

Results: The adequacy of the sample size was calculated using the Kaiser-Maier Oklin (KMO) value, which was found to be 0.704. The significance value of Bartlett's Test of Sphericity ($\chi^2 196.033$, $p < .001$) was below 0.05, indicating that a factor analysis may be useful with the data. A three-factor structure explaining %77.84 of the variance and having an eigenvalue above one was obtained due to the varimax axis rotation. All the items were included in the factors in the original scale, and a structure with factor loadings ranging between 0.589 and 0.917 emerged. The model was found to fit the data for the overall scale. Cronbach's alpha internal consistency coefficients of the scale were calculated as 0.903, 0.891, 0.928, and 0.918 for the total score, decision-making, freedom from coercion, and communication sub-scales, respectively.

Conclusion: The Reproductive Autonomy Scale was found to be a valid and reliable measurement tool for the Turkish population.

Keywords: Reproductive health; personal autonomy; scale; reliability; validity

Özet

Amaç: Çalışmanın amacı, Üreme Özerkliği Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemektir.

Yöntem: Araştırma 05 Kasım 2022-01 Şubat 2023 tarihleri arasında bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran 320 kadın ile metodolojik tipte gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak kişisel bilgi formu ve Üreme Özerkliği Ölçeği'nin Türkçe formu kullanılmıştır. Uzman görüşlerinin uyumluluğu Kapsam geçerlik indeksi (KGI-Lawshe tekniği) ile değerlendirilmiştir. Ölçek ve alt boyutlarının test-tekrar test değerlendirmesi Pearson korelasyon analizi ile, ölçek ve alt boyutlarının iç tutarlılığı Cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin yapı geçerliği açılımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizi ile test edilmiştir. Söz konusu faktör analizleri örneklemin randomize olarak bölündüğü iki örnekleme ayrı ayrı yürütülmüştür.

Bulgular: Örnekleme büyüklüğünün yeterliliğini belirlemede Kaiser-Maier Oklin (KMO) değeri hesaplanmış ve 0.704 olarak bulunmuştur. Bartlett Küresellik Testi'nin anlamlılık değerinin ($\chi^2 196.033$, $p < .001$) 0.05'in altında olması, bu veri analizinin yararlı olabileceğini göstermektedir. Yapılan Varimax ekse döndürmesi sonucunda varyansın %77.84'ünü açıklayan ve özdeğeri 1'in üzerinde olan üç faktörlü bir yapının elde edildiği görülmektedir. Bütün maddelerin orijinal ölçekteki faktörlerde yer aldığı ve 0.589 ile 0.917 arasında değişen faktör yüklerine sahip bir yapının ortaya çıktığı görülmektedir. Ölçeğin geneli için modelin veriye uyum gösterdiği görülmüştür. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlık katsayıları, toplam puan, karar verme, zorlamadan kaçınma ve iletişim alt boyutları için sırasıyla 0.903, 0.891, 0.928, 0.918 olarak hesaplanmıştır.

Sonuç: Üreme Özerkliği Ölçeği'nin Türk toplumu için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Üreme sağlığı; kişisel özerklik; ölçek; güvenilirlik; geçerlilik

* Bu çalışma, 25-27 Eylül 2023 6. Uluslararası 7. Ulusal Ebelik Kongresi'nde, sözel bildiri olarak sunulmuş, özet metin olarak yayınlanmıştır.

Geliş tarihi / Received: 30.09.2023 Kabul tarihi / Accepted: 21.04.2024

¹ Cukurova University, Health Sciences Institute Midwifery Department, Adana, Turkey

² Çukurova University Faculty of Health Sciences, Midwifery Department, Adana, Turkey

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Rukiye SULU DURSUN, Cukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Balcali Kampusu 01330 Sarıcam – Adana / TURKEY E-posta: rkysulu@gmail.com Tel: +905531826562

Sulu Dursun R, Gozuyesil E. *Reproductive Autonomy Scale: Turkish Validity and Reliability Study*. TJFMPC, 2024; 18 (3) :293-302

DOI: 10.21763/tjfmpe.1369040

Introduction

Many factors related to psycho-social factors, individual health status, fertility behavior, and reproductive health affect women's health.¹ When women reach reproductive age, they encounter many negative issues such as difficulties in the use of contraceptives; unwanted pregnancies; unhealthy abortions; adolescent pregnancies; prenatal, perinatal, and postnatal complications; and maternal death.^{1,2}

Unwanted pregnancies account for 40% of all pregnancies worldwide.³ The lack of consistent and correct contraceptive use is the main determinant of unwanted pregnancies.⁴ United Nations 2019 data indicate that of 1.9 billion women aged 15-49 worldwide, 1.1 billion need family planning. The unmet need for family planning is 17.3% in the world, and this rate increases to 24.6% when traditional methods are added.⁵ As for Turkey, according to TDHS, the unmet need for family planning doubled from 6% in 2013 to 12% in 2018. On the other hand, the proportion of women who need contraception but do not/cannot use effective methods increases to 33% when traditional methods are added.^{6,7} Women's lack of effective contraceptive method use is caused by the experience and fear of side effects, lack of contraceptives, health concerns, social and cultural norms, religious beliefs, and lack of knowledge and partner attitudes.⁸⁻¹⁰ Studies in the literature have reported the effect of peers and partners on contraceptive use.⁹⁻¹¹ The rate of contraceptive use decreased with the increase in intimate partner violence.¹¹ Empowerment and autonomy are two interrelated concepts. Women are reported to be empowered for the prevention of domestic violence.¹²

Reproductive autonomy is having the ability to decide and control issues related to contraception, pregnancy, and childbearing.¹³ Women's reproductive decisions could be affected by factors including sociodemographic conditions such as age, education, region, marital status, religion, color/race, and employment status.^{14,15}

Reproductive autonomy consists of three basic constructs: decision-making power, freedom from coercion, and communication.¹³ Studies have reported a positive relationship between intimate partner violence and reproductive coercion, a domain of reproductive autonomy.^{13,16} In their study including young women, There was a relationship between social support, income level, choice of contraceptive method, and previous pregnancy status and decision-making and communication, which are other branches of reproductive autonomy.¹⁷ The impact of reproductive autonomy on contraceptive use has been investigated in many qualitative studies, which reported that women's disempowerment may increase partner pressure,¹⁸ lead to poor communication with their partners,^{19,20} and decrease contraceptive use.¹⁸⁻²⁰ According to the World Health Organization (WHO) violence against women is a very serious yet preventable public health problem. According to WHO estimates, around one in three women worldwide are exposed to physical or sexual violence by an intimate partner.²¹ The roots of a patriarchal culture persist in our country today, giving men a natural privilege of a choice. This condition negatively affects many women's reproductive autonomy.²² In this regard, the evaluation and consideration of reproductive autonomy by health professionals is considered to have a key role in preventing gender-based violence.

No studies or measurement tools were found to have investigated reproductive autonomy in the national literature. In our country, which has a patriarchal family structure²³, reproductive autonomy is considered to be of great importance in understanding the unmet need for family planning and evaluating another face of violence. This study aims to adapt the Reproductive Autonomy Scale (RAS) developed by Upadhyay et al.¹³ to Turkish society to assess women's reproductive autonomy. In this regard, the research question of the study is as follows: "Is the Reproductive Autonomy Scale a valid and reliable measurement tool for Turkish culture?"

Materials and method

Study design and sample

This study utilized a methodological design to assess the reliability and validity of the Turkish version of the RAS. The study was conducted between November 5, 2022, and February 1, 2023, with 320 women who sought treatment in a Family Health Center and met the inclusion criteria. The sample size for methodological studies is considered sufficient if it is five times higher than the number of items on the scale.²⁴ Given that the number of items in the Reproductive Autonomy Scale is 14, a sample size of 140 is considered to be sufficient. Since the exploratory and confirmatory factor analyses would be conducted on different sample groups, this study included a total of 320 women. Participants were over 18 years old, of reproductive age, literate, willing to participate, and either married or in a relationship. Women with a mental health-related diagnosis were excluded from the study

Data Collection Tools

Data collection was done using a questionnaire form consisting of two parts. The first part included the "Personal Information Form" concerning women's descriptive features, and the second part included the "Reproductive Autonomy Scale". The women were informed about the purpose of the study, voluntary participation, and confidentiality, and data were collected by the researcher by meeting the participants face-to-face.

Personal Information Form

The Personal Information Form, which was used in the validity and reliability phase of the present study, consisted of seven questions about women's descriptive characteristics such as age, education level, and marital status.^{13,17,25}

The Reproductive Autonomy Scale

The scale developed by Upadhyay et al. (2014) in the USA is designed to assess the reproductive autonomy of women of reproductive age. The RAS, which has 14 items and three sub-scales, can be used for all women of reproductive age. The sub-scales of the scale include decision-making (1-4), freedom from coercion (5 -9) and communication (10-14). The first sub-scale, decision-making, includes questions about who has the final say in different reproductive situations with three answer options: my sexual partner = 1 point; both I and my sexual partner equally = 2 points; I = 3 points. The questions in the second sub-scale are about the difficult situations experienced by women. The third subscale includes issues related to the possibility of communication between women and their partners (or another person such as father, mother, mother-in-law/father-in-law) regarding sexual and reproductive decisions. The questions in the second and third sub-scales are responded to on a Likert-type scale including "1 point =Strongly disagree; 2 points =Disagree ; 3 points =Agree; and 4 points =Strongly disagree)". All the items in the freedom from coercion sub-scale theoretically contradict reproductive autonomy, so all the items in this structure should be scored reversely to calculate the absence of coercion score. The total and sub-scale scores are calculated by dividing the total score by the number of items, with higher scores indicating higher levels of reproductive autonomy.¹³

Language Validity of the Reproductive Autonomy Scale

Initially, permission was obtained from the author who developed the scale for the language validity phase of the study. Three academicians proficient in English independently translated the scale into Turkish. An expert faculty member and a Turkish language expert reviewed these translations, selecting the most appropriate wording for each item to create the Turkish version of the scale. This version was then back-translated into English, and Dr. Upadhyay evaluated it to identify any discrepancies with the original. With Dr. Upadhyay's approval, the final Turkish version of the scale was established, ensuring language validity.

Data Analysis

Data were analyzed in SPSS 21 and AMOS 21 programs. While freedom from coercion sub-scale mean scores were calculated and the relationships between sub-scales were examined, all the items were reversed like in the original scale. The frequencies, rates, means and standard deviations of the individuals in the groups were presented using descriptive statistics in terms of different variables. Skewness and kurtosis values, histograms, and Q-Q plot values were analyzed to examine whether the data met the normality assumption. Values were between -1.5 and +1.5. According to Tabachnick and Fidell (2007), skewness and kurtosis coefficients between -1.5 and +1.5 indicate that the data are normally distributed.²⁷

The content validity index (CVI) using the Lawshe technique was employed to assess the consistency of expert opinions. The values demonstrated a normal distribution of the data. The test-retest reliability of the scale and its subscales was evaluated using Pearson correlation analysis, while internal consistency was assessed with Cronbach's alpha coefficient. Construct validity was examined through exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA), conducted separately on two randomly divided samples.

Content Validity

After language equivalence, content validity was conducted with 13 expert faculty members (experts in the fields of Obstetrics, Gynecology, and Obstetrics Nursing and Midwifery). The experts evaluated the measurement tool in terms of its suitability for the purpose, comprehensibility, cultural appropriateness, and determination of reproductive autonomy.

The agreement between the experts was evaluated using the content validity index (CVI). The item is sufficient in terms of content validity if the CVI is greater than 0.80. If it is lower, the item is removed.²⁸ The expert scores were found to be compatible (CVI =0.804).

Pilot Study

The pilot study was conducted to evaluate the comprehensibility of the items in the scale in terms of language and content, spelling errors, and the duration to fill in and administer the scale. After the language and content validity analysis was performed, the scale was piloted with 30 women, who were not included in the study. No changes were made in the items after the pilot study, and the items were found to be comprehensible.

Ethical Considerations

Prior to the study, approval was obtained from the Non-invasive Clinical Research Ethics Committee of X (04.11.2022/127). The study followed the principles of the Declaration of Helsinki.

Results

The sample of this study consisted of 320 participants with an average age ranging from 18 to 48 (mean=35.93 ± 6.32). Of all the participants, 50.9% had a bachelor's degree or postgraduate degree, 79.7% were married, 64.7% had a middle socioeconomic level, 61.6% were employed and 81.6% lived in a province. Finally, 22.8% had an abortion experience (Table 1).

Table 1. Demographic Characteristics of the Participants (n=320)

Characteristics	n	%
Education level		
Primary school and below	16	5.0
Secondary school	29	9.1
High school	112	35.0
Undergraduate and postgraduate	163	50.9
Marital Status		
Married	255	79.7
Single	28	8.8
Widowed	37	11.6
Employment status		
Employed	197	61.6
Unemployed	124	38.4
Income level		
Good	76	23.8
Middle	207	64.7
Low	37	11.6
Place of residence		
Province	261	81.6
District	54	16.9
Village	5	1.6
Having abortion		
Yes	73	22.8
No	247	77.2

Exploratory and confirmatory factor analyses were performed to test the construct validity of the scale. These factor analyses were conducted separately in two randomly divided samples (Exploratory factor analyses:160, confirmatory factor analyses:160).²⁹ Kaiser-Maier Oklin (KMO) value was calculated to determine the adequacy of the sample size, which was found to be 0.704. In addition, the significance value of Bartlett's Test of Sphericity (χ^2 196.033, $p < .001$) was below 0.05, indicating that a factor analysis may be useful with the data. The relationships between the decision-making sub-scale, freedom from coercion sub-scale, and communication sub-scale were examined to test the convergent validity of the Reproductive Autonomy Scale. The results indicated significant relationships between the sub-scales (Table 3). Principal component analysis was performed to analyze the factor structure of the scale using the varimax axis rotation method. The varimax axis rotation results indicated a three-factor structure explaining 77.84% of the variance and having an eigenvalue above one. Factor loadings in the original scale ranged from 0.64 to 0.81.¹³ All the items were included in the factors in the adapted scale, and a structure with factor loadings ranging from 0.589 to 0.917 emerged. Table 2 presents the exploratory factor analysis results of the adapted scale. confirmatory factor analysis (CFA), was also conducted for testing the construct validity (n=160). In confirmatory factor analysis, all factor loadings ranged between .63 and .87. These values indicated that the power of each item to predict the latent construct was sufficient and high. CFA was conducted with a sample of 160 participants. It is assumed that a sample size of 10 times the number of indicator variables is sufficient for confirmatory factor analysis.³⁰ With 14 indicator variables in the scale, the sample size is sufficient. The χ^2/df value was found to be less than three. In line with this finding, the model for the scale was determined to fit the data well. Once the measurement model indicated a good fit, the structural model was tested. Fit indices for CFI, GFI, and NFI values were all greater than 0.90. All factor loadings exceeded 0.30, and error variances were below 0.90, indicating that each item effectively served its purpose. The results demonstrated a good fit of the data to the model: $\chi^2(72, N = 160) = 119.175, p > .05, \chi^2/df = 1.655, GFI = .91, NFI = .93, TLI = .96,$

CFI = .97, and RMSEA = .064 (Figure 1. Confirmatory Factor Analysis Results of the Reproductive Autonomy Scale)

Table 2. Exploratory Factor Analysis Results of the Reproductive Autonomy Scale (n=160)

Items	F1	F2	F3
Who has the most say about which method to use to prevent pregnancy?	.878		
Who has the most say about whether you use any methods to prevent pregnancy?	.863		
Who has the most say about when you have a baby?	.853		
In the case of an unplanned pregnancy, who has the most say while deciding whether or not to have an abortion, to give birth to the baby, or to give out the baby for adoption?	.846		
If I use any methods to prevent pregnancy, my partner prevents me.		.900	
When I want to use any methods to prevent pregnancy, my partner makes its use difficult for me.		.872	
When I do not want to use any methods to prevent pregnancy, my partner pressures me to use one.		.871	
When I want to use any methods to prevent pregnancy, my partner stops me.		.841	
My partner pressures me to get pregnant.		.714	
When I want to use any methods to prevent pregnancy, my partner supports me.			.917
It is easy to talk about sexuality with my partner.			.886
If I do not want to have sex, I can tell this to my partner.			.883
If I am worried about whether I conceive or not, I can talk to my partner about it.			.845
If I do not really want to get pregnant, I can get my partner to agree with me			.589
Explained variance	12.308	45.455	20.081
Eigenvalue	1.723	6.364	2.811
Cronbach's Alpha	.891	.928	.918

Factor 1: Decision-Making **Factor 2:** Freedom from Coercion **Factor 3:** Communication

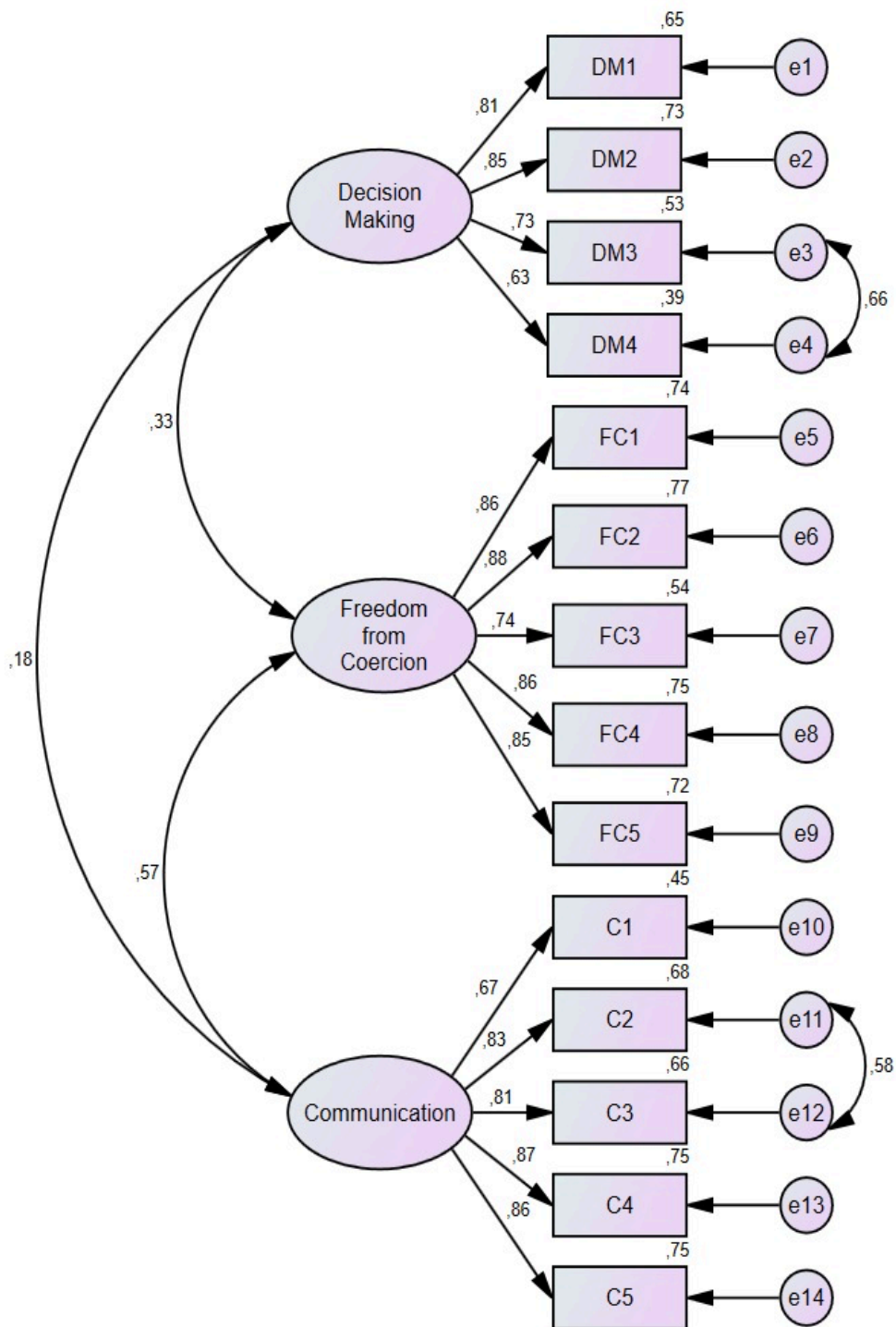


Figure 1. Confirmatory Factor Analysis of the Reproductive Autonomy Scale

Internal consistency analysis and test-retest reliability analyses were performed for reliability analyses. The total Cronbach's alpha internal consistency coefficient of the scale was calculated as 0.903. Cronbach's alpha internal consistency coefficient was 0.891 for the decision-making sub-scale, 0.928 for the freedom from coercion sub-scale, and 0.918 for the communication sub-scale. Data regarding Cronbach's alpha coefficients show that the scale yields reliable results.

To determine the significance of the scale for time invariance, the scale was administered to a group of 50 participants twice, at a two-week interval. The relationships between sub-scales and test-retest reliability were analyzed by Pearson correlation analysis. The results showed that the relationship between decision-making, communication, and freedom from coercion sub-scales was positive and significant at both times ($p < 0.05$). In addition, the correlations between the measurements of the sub-scales taken at two different times ranged between 0.930 and 0.750. This result indicates the stability of the scale. The findings are presented in Table 3.

Table 3. Relationships between Reproductive Autonomy Scale Sub-scales (n=320)

Variables		1	2	3	4	5	6
1. Decision-Making T1	<i>r</i>	1					
	<i>p</i>						
2. Freedom from Coercion T1	<i>r</i>	.278**	1				
	<i>p</i>	.000					
3. Communication T1	<i>r</i>	.158*	.565**	1			
	<i>p</i>	.046	.000				
4. Decision-Making T2	<i>r</i>	.925**	.556**	.309*	1		
	<i>p</i>	.000	.000	.029			
5. Freedom from Coercion T2	<i>r</i>	.655**	.842**	.485**	.712**	1	
	<i>p</i>	.000	.000	.000	.000		
6. Communication T2	<i>r</i>	.458**	.601**	.747**	.439**	.610**	1
	<i>p</i>	.001	.000	.000	.001	.000	

T: Time, Pearson correlation analysis was used.

*= $p < 0,05$, **= $p < 0,01$

The self-reported responses may cause significant increase/decrease in the correlations over time.

The scoring of the total and sub-scales is analyzed according to the average score obtained by dividing the total score by the number of items, with higher scores in the total scale indicating higher levels of reproductive autonomy. The total and sub-scale scores in this study are presented in Table 4.

Table 4. Scoring of Reproductive Autonomy Scale and Sub-scales (n=320)

Subscales	Mean	Standard Deviation	Minimum-Maximum
Decision-Making	2.33	0.47	1-3
Freedom from Coercion	1.57	0.61	1-4
Communication	3.11	0.78	1-4
Total average	2.33	0.28	1.3-2.9

Discussion

This study sought an answer to the question "Is the Reproductive Autonomy Scale a valid and reliable measurement tool for Turkish culture?". In line with this purpose, validity and reliability of the scale were analyzed.

Validity refers to the extent to which a measurement tool accurately measures the variable it is intended to measure. This study assessed the validity of the scale through language validity, content validity, and construct validity. The translation-back translation method was employed for language validity. Scale adaptation studies often use various translation methods for language validity, including one-way translation, group translation, and translation-back translation.²⁶

For language validity, the scale items were initially translated into Turkish by three experts who had a good command of the English language. The translations were combined to form the Turkish version of the "Reproductive Autonomy Scale". The Turkish form was back-translated into English by a linguist who had not seen the original scale before. The back-translated scale items were sent to Dr. Upadhyay, the original author of the scale, for the evaluation of any differences. The final version of the Turkish form of the scale was structured, and language validity was ensured.

The literature identifies two methods for ensuring content validity in scale adaptation studies: the Lawshe and Davis techniques. This study employed the Lawshe technique for content validity. In this method, experts evaluate the relevance and clarity of each scale item using a four-point rating scale: (4) 'The item is very relevant,' (3) 'The item requires minor revision,' (2) 'The item requires major revision,' and (1) 'The item is not relevant.' Expert opinions were gathered from 13 academics specializing in Midwifery, Obstetrics, and Gynecology Nursing, and consensus was achieved among them. Consequently, the scale items were deemed comprehensible, applicable to our country, representative of the measured area, and suitable for measurement. After the language and content validity analysis, a pilot study is recommended to test the comprehensibility and applicability of the items in a small group that meets the target sample criteria.³⁵ In this study, the pilot study was conducted with 30 women, who were not included in the actual study. After the pilot study, it was concluded that the scale was comprehensible and applicable. In line with these results, no changes were made in the items.

Exploratory and confirmatory factor analyses were performed to test the construct validity of the scale. Kaiser-Maier Oklin (KMO) value was calculated to determine the adequacy of the sample size. In the literature, the adequacy of the sample is decided by looking at the KMO value in explanatory factor analysis, which is expected to be above 0.600.³⁶ The KMO value of 0.704 in this study indicates that the sample size is sufficient for factor analysis. The target population should be distributed normally in factor analysis. For this purpose, Bartlett's test is performed to determine whether the data have a multivariate normal distribution, and the significance value is analyzed to evaluate the suitability of the data for factor analysis. The items in the scale are suitable for factor analysis if this value is <0.05 .³⁴ The significance value of Bartlett's Test of Sphericity was less than 0.05 in this study, indicating that the multivariate normality criterion was met. The factor structure of the Reproductive Autonomy Scale was analyzed by principal component analysis using the varimax axis rotation method. Varimax rotation is applied if the purpose is to reveal more than one sub-scale. This method aims to minimize the number of variables that can be grouped under one factor, a common approach in the literature. The eigenvalue indicates the amount of variance each factor accounts for within the total variance. Factors with eigenvalues greater than one are considered significant. The Varimax rotation revealed a three-factor structure explaining 77.84% of the variance, with each factor having an eigenvalue above one. All items had factor loadings ranging from 0.589 to 0.917, surpassing the minimum expected thresholds of 0.30 or 0.40. Confirmatory factor analysis validated the factor structure of the scale, as illustrated in Figure 1. The fit indices for the scale items aligned with values reported in the literature, supporting the three-factor structure. Consequently, the Turkish version of the scale demonstrates a three-factor structure and satisfies construct validity criteria. The reliability of the scale was assessed using Cronbach's alpha coefficient and the test-retest method. According to the literature, a Cronbach's alpha coefficient value of 0.70 or higher is considered the standard for evaluating the reliability of measurement tools. The overall scale achieved a Cronbach's alpha value of 0.903. Additionally, the test-retest method was employed to verify the consistency of measurements over time. The reliability analysis results exceeded 0.70, indicating high reliability of the scale scores. The correlation coefficient used for determining test-retest reliability should fall between zero and one. The literature reports that a correlation value of 0.20 or less indicates a very weak relationship, 0.20 to 0.39 indicates a weak relationship, 0.40 to 0.59 indicates a moderate relationship, 0.60 to 0.79 indicates a strong relationship, and 0.80 to 1.0 indicates a very strong relationship.^{38,39} The relationship between decision-making, freedom from coercion, and communication sub-scales of the Reproductive Autonomy Scale was found to be positive and significant at both measurement times in a two-week interval ($p < 0.05$), indicating the stability of the scale.

The total mean score of the Reproductive Autonomy Scale was calculated as 2.33 ± 0.28 . While this mean was 2.83 ± 0.35 in the Brazilian validity and reliability study, it was reported as 3.38 ± 0.26 in the England study.^{25,40}

Conclusion

The Reproductive Autonomy Scale is validated for use in Turkey, with the adapted Turkish version demonstrating compatibility with the original scale. The Turkish version retains the original structure of three sub-scales and 14 items. To ensure generalizability, further testing with a larger sample group is recommended. This scale can serve as a screening tool in sexual and reproductive health clinics across Turkey. Reproductive autonomy is a human rights issue that health professionals and midwives can address, offering guidance to women. This scale is considered a valuable tool for identifying women with low reproductive autonomy.

Disclosure statement

No potential conflict of interest was reported by the author(s).

Funding Sources

This research did not receive any specific grants from funding agencies in the public, commercial or not-for-profit sectors.

Acknowledgments

The authors would like to thank all participating respondents.

References

1. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: Hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(1):67-99.
2. Eroğlu K, Koç G. Düünden bugüne sağlık mevzuatında kadın sağlığı kapsamında ana çocuk sağlığı hemşirelik hizmetleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2012;15:136-151.
3. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. Ağustos 2016;123(9):1489–98. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13552>
4. Darroch JE, Singh S. Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008, and 2012: an analysis of national surveys. *Lancet*. 2013; 381(9879):1756–62. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60597-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60597-8)
5. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2019). *Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet (ST/ESA/SER.A/435)*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf Date of access: 01.09.2023
6. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/> TNSA_2013_ana_rapor.pdf Date of access: 30.08.2023.
7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/> TNSA-2018_ana_rapor.pdf Date of access: 30.08.2023.
8. Adiputri L, Leslie MG. Using the behaviour change wheel to examine facilitators and barriers to assertive contraception-use conversations for Indonesian women. *Culture, Health & Sexuality*; 2023: 1-16. <https://doi.org/10.1080/13691058.2023.2238014>
9. D'Souza P, Bailey JV, Stephenson J, et al. Factors influencing contraception choice and use globally: a synthesis of systematic reviews. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2022; 27(5), 364-372. <https://doi.org/10.1080/13625187.2022.2096215>
10. Nkonde H, Mukanga B, Daka V. Male partner influence on Women's choices and utilisation of family planning services in Mufulira district, Zambia. *Heliyon*, 2023; 9(3). e14405. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14405>
11. Muluneh MD, Francis L, Agho K, Stulz V. The association of intimate partner violence and contraceptive use: a multi-country analysis of demographic and health surveys. *International Journal For Equity in Health*. 2023; 22(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01884-9>
12. Dodoon ND, Atiglo DY, Biney AA, Alhassan N, Peterson MB, Dodoon FN. Does financial autonomy imply reproductive and sexual autonomy? Evidence from urban poor women in Accra, Ghana. *African Studies*. 2019; 78(4), 477-495. <https://doi.org/10.1080/00020184.2019.1584485>
13. Upadhyay UD, Dworkin SL, Weitz TA, Foster DG. Development and validation of a reproductive autonomy scale. *Studies in Family Planning*. 2014; 45(1), 19-41. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00374.x>
14. Osamor P, Christine G. "Factors associated with women's health care decision-making autonomy: empirical evidence from Nigeria." *Journal of Biosocial Science*. 2018; 50(1)70-85. <https://doi.org/10.1017/S0021932017000037>
15. Esia-Donkoh K, Darteh EK, Blemmano H, Asare H. Who cares? Pre and post abortion experiences among young females in Cape Coast metropolis, Ghana. *African Journal of Reproductive Health*. 2015; 19(2), 43-51
16. Grace KT, Jocelyn CA. "Reproductive coercion: a systematic review." *Trauma, Violence, & Abuse*. 2018; 19(4),371-390. <https://doi.org/10.1177/1524838016663935>
17. Loll D, Fleming PJ, Manu A, Morhe E, Stephenson R, Kral EJ, et al. Reproductive autonomy and modern contraceptive use at last sex among young women in Ghana. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2019;45, 1-12. <https://www.jstor.org/stable/10.1363/45e7419>
18. Ketema H, Erulkar A. Married adolescents and family planning in rural ethiopia: understanding barriers and opportunities. *African Journal of Reproductive Health*. 2018; 22(4), 26-34. <https://doi.org/10.29063/ajrh2018/v22i4.3>
19. Dansereau E, Schaefer A, Hernández B, Nelson J, Palmisano E, Rios-Zertuche D, et al. Perceptions of and barriers to family planning services in the poorest regions of Chiapas, Mexico: a qualitative study of men, women, and adolescents. *Reproductive Health* .2017;14, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0392-4>
20. Olakunde BO, Sam-Agudu NA, Patel TY, Hunt AT, Buffington AM, Phebus TD, et al. Uptake of permanent contraception among women in sub-Saharan Africa: a literature review of barriers and facilitators. *Contraception*. 2019; 99(4), 205-211. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.12.007>
21. World Health Organization. Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence: [Internet]. WHO. 2017. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/vaw-health-systems-manual/en/>. Date of access: 30.08.2023.

22. Güneş A, Ezikoğlu Ç. Legal and Political Challenges of Gender Equality and Crimes Against Women in Turkey: The Question of Istanbul Convention. *Women & Criminal Justice*. 2022; 14(1), 14-27. <https://doi.org/10.1080/08974454.2022.2040695>
23. Tekin N, Değirmenci SD. Ataerkil Kültürde Kadın, Erkek ve Toplum İlişkisi. *Akdeniz İnsani Bilimler Dergisi*. 2022; 12, 187-198. <https://doi.org/10.13114/MJH.2022.581>
24. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*. 2002; 32: 470-483.
25. Fernandes ETBS, Dias ACDS, Ferreira SL, Marques M, Pereira GCJP, Oliveira C. Cultural and reliable adaptation of the Reproductive Autonomy Scale for women in Brazil. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2019; 32(3), 298-304. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900041>
26. Alpar R. Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik. Ankara: Detay Yayıncılık, 2012, 497-509, 488-90, 453-455.
27. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics. Boston, MA: Allyn & Bacon. Pearson Education. 2007; 10. 022267.
28. Davis LL. Instrument review: Getting the most from your panel of experts. *Applied Nursing Research*. 1992; 5, 194-197. [https://doi.org/10.1016/S0897-1897\(05\)80008-4](https://doi.org/10.1016/S0897-1897(05)80008-4).
29. Orçan, F. Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi: İlk hangisi kullanılmalı. *Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi*. 2018; 9(4), 413-421. <https://doi.org/10.21031/epod.394323>.
30. Byrne BM. Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming (multivariate applications series, 3rd Edition). New York: Taylor & Francis Group. 2016; 396(1), 7384.
31. Hu L, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 1999; 6(1), 1-55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>.
32. Ercan İ, Kan İ. Ölçeklerde Güvenirlilik ve Geçerlik. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004; 30 (3) 211-16.
33. Alpar R. Spor Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik Güvenirlilik. 5. Baskı. Ankara: Detay; 2018; 313-331.
34. Şencan H. Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlilik ve Geçerlik. 1. Baskı. Ankara, Seçkin Yayıncılık, 2005; 105-500.
35. Aksayan S, Gözüm S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber I: Ölçek uyarlama aşamaları ve dil uyarlaması. *Hemşirelik Araştırma Dergisi*. 2002; 4(1): 9-14.
36. Tezbaşaran AA. Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu. Likert Tipi Ölçek Hazırlama Kılavuzu Üçüncü Sürüm e-kitap, 2008: 1-65.
37. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları. 2. Baskı. Ankara, Pegem Akademi Yayıncılık, 2012; 136-94.
38. Akgül A. Statistical analysis SPSS practices techniques in medical research (3rd ed.). Ankara, Turkey: EmekOfset; 2005; 384 s.
39. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara: Nobel Yayıncılık; 2008; 67-79.
40. Riches E, Barrett G, Hall JA. Evaluation of the psychometric properties of the Reproductive Autonomy Scale for use in the UK. *BMJ Sexual & Reproductive Health*. 2023; 49(3), 151-157. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjsexrh-2022-201685>.



Original Research / Orijinal Araştırma

Investigation Of The Factors Causing Fear Of Birth In Pregnant Women Gebelerde Doğum Korkusuna Neden Olan Faktörlerin Araştırılması

Zeynep ASLAN HIŞMİOĞULLARI¹, Hüseyin AKSOY²

Abstract

Objective: The aim of this study is to determine the level of fear of birth in pregnant women and to investigate the biological, psychological and social factors that cause fear of birth and to evaluate the knowledge and attitudes of pregnant women about this issue.

Material and Methods: This cross-sectional study was conducted by face-to-face interviews with 202 pregnant women who agreed to participate in our study, who were pregnant between February 15 and April 15, 2023 in SBU Adana Training and Research Hospital Gynecology and Obstetrics outpatient clinics.

Sociodemographic data and pregnancy data of the participating pregnant women were recorded; Potential questions that could cause fear of childbirth were questioned. Birth Attitude Scale was applied to the participants. The data were analyzed using the SPSS 29.0 program.

Results: The mean age of the participating pregnant women was 29.91±4.76. 47.5% of them were housewives, 48.5% of them had university or higher education. The level of knowledge about birth was 3.72±0.99 according to the 5-point Likert scale. Birth Attitude Scales mean score of pregnant women is 39.12±10.06 and it is moderately high. It has been observed that the fear of child birth increases at early ages and as the gestational week progresses. It has been determined that the fear of childbirth is less in working pregnant women. It was determined that as the level of knowledge increased in pregnant women, the fear of childbirth decreased. It was observed that the fear of childbirth decreased as the support of the Health care team following the pregnancy increased and the trust of the pregnant woman in the Health care team increased.

Conclusion: Counseling should be given to pregnant women at every follow-up in Family Health Centers to reduce their fears and anxieties about prenatal, delivery and postpartum periods, and the inclusion of spouses in education should be encouraged as much as possible.

Key words: Pregnancy, fear of childbirth, level of knowledge

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı gebelerde doğum korkusu düzeyini tespit edip doğum korkusuna neden olan biyolojik, ruhsal ve sosyal faktörlerin araştırılması ve bu konu hakkında gebelerin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesidir.

Gereç ve yöntem: Bu araştırma kesitsel olarak SBÜ Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerinde 15 Şubat- 15 Nisan 2023 tarihleri arasında gebe olan ve araştırmamıza katılmayı kabul eden 202 gebe ile yüz yüze görüşme sağlanarak yapıldı.

Katılımcı gebelerin sosyodemografik verileri ve gebeliğe ait verileri kaydedilip; doğum korkusuna neden olabilecek potansiyel sorular sorgulandı. Katılımcılara Doğum Tutum Ölçeği uygulanmıştır. Veriler SPSS 29.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Katılımcı gebelerin yaş ortalaması 29,91±4,76 idi. %47,5'i ev hanımı, %48,5'i üniversite ve üzeri eğitimliydi. Doğum hakkında bilgi düzeyleri 5'li likert skalasına göre 3,72±0,99 idi. Gebelerin Doğum Tutum Ölçekleri puan ortalaması 39,12±10,06 olup orta yüksek düzeydedir. Gebelerde erken yaşlarda ve gebelik haftası ilerledikçe doğum korkularının arttığı görülmüştür. Çalışan gebelerde doğum korkusunun daha az olduğu belirlenmiştir. Gebelerde bilgi düzeyi arttıkça doğum korkusunun azaldığı belirlenmiştir. Gebelik takibini yapan sağlık ekibinin desteği arttıkça ve gebenin sağlık ekibine olan güveni arttıkça doğum korkusunun azaldığı görülmüştür.

Sonuç: Aile Sağlığı Merkezlerinde her izlemde gebelere doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası döneme ilişkin korku ve kaygılarını azaltmaya yönelik danışmanlık verilmeli ve mümkün olduğunca eşlerin eğitime dahil edilmesi teşvik edilmelidir.

Anahtar sözcükler: Gebelik, doğum korkusu, bilgi düzeyi

Geliş tarihi / Received: 22.01.2024 Kabul tarihi / Accepted: 20.03.2024

¹İzmir Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

Address for Correspondence / Yazışma Adresi Zeynep ASLAN HIŞMİOĞULLARI, İzmir Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

E-posta: dr.zeynepaslan93@gmail.com Tel: +905342857726

Aslan Hişmioğulları Z, Aksoy H. *Investigation Of The Factors Causing Fear Of Birth In Pregnant Women. TJF&MPC, 2024; 18 (3) :303-311*

DOI: 10.21763/tjfm.1410785

Giriş ve Amaç

Doğum ve doğum süreci gebeler için hayatın içinde olan doğal bir krizdir. Gebelik dönemi boyunca kadınlarda birçok biyolojik ve psikososyal farklılıklar gelişmektedir.¹ Gebelerin doğuma yaklaşımları kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Bunun nedeni gebelerin doğuma yönelik duygu, düşünce ve bakış açılarındaki farklılıklardır. Doğum algısını etkileyen faktörler ise gebelerin kişisel deneyimleri, sosyokültürel düzeyleri ve hayata bakış açıları, örf ve adetleri, fazla ya da eksik bildikleri, aile ile birlikte olan mutluluğu, aile fertlerinin gebeliğe karşı bakış açıları, ailenin sosyoekonomik düzeyi, ailedeki çocuk sayısı, gebeliğin önceden planlı olması, eşi ve birinci derece yakınlarından aldığı destek düzeyi, bebeğin sağlık durumu, sağlık personelinin gebeye verdiği güven duygusu gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir.²⁻⁴

Belirli sınırlar içerisindeki korku düzeyi gebenin doğuma hazırlanmasında destekleyicidir. Fakat bu sınırların çok üzerinde doğum korkusu yaşanır ise bu durum "tokofobi" olarak tanımlanır.⁵ Tokofobi durumu doğumun konforunu bozmakta, normal doğum oranını azaltmakta, doğumun süresini uzatmakta ve doğum komplikasyonlarının oranını artırmaktadır. Bu korkular doğum sonrası dönemi de olumsuz etkileyebilmektedir. Doğum sonrası annenin psikososyal durumunda bozulmaya; bundan kaynaklı olarak da bebeğin öz bakımında aksaklıklar yaşanmasına neden olabilmektedir.

Tokofobinin dünyadaki yaygınlığını araştırma amacı ile 18 ülkeden 33 çalışmanın dahil edildiği çok merkezli bir çalışmada şiddetli doğum korkusu sıklığının %14 olduğu, tokofobi prevalansının bölgesel farklılıklar göstererek İskandinavya'da %12, Avrupa'da %8, Avustralya'da %23, Amerika'da %11 ve Asya'da %25 olduğu belirtilmiştir.⁶ Bu oranların farklılığı, kültürel farklılıklar, sağlık hizmeti kalitesinin farklılığı, sosyal çevrenin gebeye desteği gibi farklı pek çok nedenden etkilenebilir.⁷

Yaptığımız çalışmanın amacı, gebelerde doğum korkusu düzeyini tespit edip doğum korkusuna neden olan biyolojik, ruhsal ve sosyal faktörlerin araştırılması ve bu konu hakkında gebelerin bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesidir. Kadınların doğum korkusu deneyimleri kültürel bağlamlardan ve ortamlardan etkilenebilir.⁸⁻¹¹ Bulduğumuz bölgede doğum korkusunun daha yaygın oluşu ve bu konuda bölgemizde çalışma sayısının sınırlılığı çalışmamızın önemini daha da artırmaktadır.

Gereç ve Yöntemler

Kesitsel tipte olan bu tez çalışması SBÜ Adana Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerinde 15 Şubat- 15 Nisan 2023 tarihleri arasında gebe olan 202 kişi ile yürütüldü.

Tez çalışmasına başlanmadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 02.02.2023 tarihli ve 2390 sayılı onayı alındı. Tüm katılımcılara çalışmanın amacı, metodu ve hedefleri hakkında açıklama yapılarak yazılı onamları alındı. Tüm araştırma süreci Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak yürütüldü.

Araştırmada kullanılan veri toplama formu 58 sorudan oluşmaktaydı. A, B, C, D, E olmak üzere 5 bölümden oluşan formun A bölümünde 10 soru ile sosyodemografik veriler; B bölümünde 8 soru ile gebeliğe ait bilgiler; C bölümünde 10 soru ile katılımcıların doğum hakkında bilgileri nereden aldığı ve bilgi düzeyleri, gebelik kontrollerine nereye gittiği, düzenli gebelik takiplerine gitme durumu, normal doğuma ve sezaryen doğuma istek seviyeleri; D bölümünde 6 soru ile katılımcıların eşlerinin, gebelik takibini yapan sağlık ekibinin gebelik sürecindeki desteği; E bölümünde 8 soru ile katılımcıların doğum sürecine ilişkin endişeleri, önceki ve şimdiki gebeliklerindeki sağlık sorunu düzeyi ve bu durumun doğum yöntemini seçmeye etkisi sorgulanmıştır.

Katılımcılara Doğum Tutum Ölçeği uygulanmıştır. Ölçek, Lowe tarafından doğum korkusunu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Doğum Tutum Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması 2014 yılında Sevgül D. ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Dörtlü Likert Tipi bir ölçek olan bu form 16 maddeden oluşmaktadır. Doğum Tutum Ölçeğinden 16 ile 64 arasında puan alınabilir. Alınan puanın artması ile korele puan arttıkça doğum korkusunun şiddeti de artmaktadır. Doğum Tutum Ölçeğinin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı 82 olarak hesaplanmıştır.¹²

Bu çalışma tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır. Veriler SPSS 29.0 programında analiz edildi.

Çalışmada öncelikle veri dağılımının normal olup olmadığı curtosis ve skewness ile değerlendirildi. +3/-3 sınır olarak kabul edildi. Çalışmamızda, 'ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum, oran, frekans' tanımlayıcı veriler elde edilmiştir.

Student t Testi grup kıyaslanmalarında normal dağılım gösteren verileri değerlendirmek için kullanılırken; Mann Whitney U testi normal dağılım göstermeyen verilerin kıyaslanmasında kullanıldı. Sayısal verilerin normal dağılım gösteren ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda OneWay ANOVA testi kullanıldı. Ki Kare testi iki ya da daha fazla kategorik veri içeren gruplar arası karşılaştırmalarda uygulandı. Spearman's Korelasyon Analizi sayısal veriler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde uygulandı. P değeri 0,05'in altında olduğunda aradaki fark anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde; %1,0'i (n:2) eğitim almayan, %17,9'u (n:36) ilköğretim, %6,4'ü (n:13) ortaokul, %26,2'i (n:53) lise, %48,5'i (n:98) üniversite ve üzeri eğitimliydi.

Katılımcıların çalışma durumu incelendiğinde; %52,5'i (n:106) çalışan, %47,5'i (n:96) çalışmayan ev hanımıydı.

Katılımcıların yaş ortalaması 29,91±4,76 idi.

Katılımcıların gebelik bilgileri incelendiğinde; gebelik haftası ortalaması 27,49±9,22, gebelik sayısı ortalaması 2,07±1,24 idi. (Tablo 1)

Tablo 1. Katılımcıların Gebelik Bilgileri Tablosu

Gebeliğe ait bilgiler (n=202)	Ort.±SS*
Gebelik haftası	27,49±9,22
Kaçıncı gebelik	2,07±1,24

Katılımcı gebelerin %45,0'inin (n:91) daha önce gebelik öyküsü varken; %54,9'unun (n:111) ilk gebeliğidir. Katılımcıların önceki gebeliklerinin %22,7'si (n:46) düşük ile %10,8'i (n:22) kürtaj ile sonlanmıştır.

Katılımcıların %24,8'i (n:50) Sağlık Bakanlığı gebe eğitim okuluna katılmışken, %75,2'si (n:152) katılmadığını belirtmiştir.

Katılımcılara doğumu gerçekleştirecek sağlık ekibine güven düzeyi sorulduğunda katılımcıların; %2,0'inin (n:4) hiç güvenmediğini, %2,5'inin (n:5) nadiren güvendiğini, %13,9'unun (n:28) bazen güvendiğini, %54,5'inin (n:110) çoğunlukla güvendiğini, %27,2'sinin (n:55) her zaman güvendiğini belirtmiştir.

Katılımcılara doğum hakkında bilgi düzeyleri sorulduğunda katılımcıların; %3,0'ünün (n:6) hiç bilgi sahibi olmadığını, %9,4'ünün (n:19) nadiren bilgi sahibi olduğunu, %20,8'inin (n:42) bazen bilgi sahibi olduğunu, %46,0'ının (n:93) çoğunlukla bilgi sahibi olduğunu, %20,8'inin (n:42) her zaman bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir.

Katılımcıların %30,5'i (n:62) önceki doğumunu sezaryen yapmışken, %22,5'i (n:46) normal doğum gerçekleştirmiştir.

Katılımcılara normal doğuma ne kadar istekli olduğu sorulduğunda katılımcıların; %28,2'si (n:57) hiç istekli olmadığını, %6,9'u (n:14) biraz istekli olduğunu, %18,8'i (n:38) orta derecede istekli olduğunu, %29,2'si (n:59) çok istekli olduğunu, %16,8'i (n:34) son derece istekli olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılara sezaryen ile doğuma ne kadar istekli olduğu sorulduğunda katılımcıların; %35,6'sı (n:72) hiç istekli olmadığını, %18,8'i (n:38) biraz istekli olduğunu, %17,8'i (n:36) orta derecede istekli olduğunu, %13,9'u (n:28) çok istekli olduğunu, %13,9'u (n:28) son derece istekli olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılara eşin gebelik sürecindeki desteği sorulduğunda katılımcıların; %2,0'i (n:4) eşinin hiç destek olmadığını, %8,9'u (n:18) nadiren destek olduğunu, %15,3'ü (n:31) orta derecede destek olduğunu, %35,1'i (n:71) çoğunlukla destek olduğunu, %38,6'sı (n:78) her zaman destek olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılara gebelik takibini yapan sağlık ekibinin gebelik sürecindeki desteği sorulduğunda katılımcıların; %0,5'i (n:1) hiç destek olmadığını, %6,4'ü (n:13) nadiren destek olduğunu, %20,3'ü (n:41) orta derecede destek olduğunu, %46,5'i (n:94) çoğunlukla destek olduğunu, %26,2'si (n:54) her zaman destek olduğunu belirtmiştir.

Katılımcılara doğum sürecine ilişkin en çok endişe duyulan durum sorulduğunda; %56,4'ü (n:114) bebekle ilgili sağlık probleminin olmasından, %19,3'ü (n:39) doğumla ilgili bilinmezlikten, %12,9'u (n:26) ağrıdan, %8,4'ü (n:17) ölüm korkusundan, %3,0'ü (n:6) doğum anında kendinde bir doğum komplikasyonunun gelişmesinden endişelendiğini belirtti. (Tablo 2)

Tablo 2. Katılımcıların Doğum Sürecine İlişkin En Çok Endişe Duydukları Durum.

(n=202)	N	%	
Doğum sürecine ilişkin en çok endişe duyulan durum	Bebekle ilgili sağlık probleminin olması	114	56,4
	Doğumla ilgili bilinmezlik	39	19,3
	Ağrı	26	12,9
	Ölüm korkusu	17	8,4
	Doğum anında kendinde bir doğum komplikasyonunun gelişmesi	6	3,0

Katılımcılara önceki gebeliğinde sağlık sorunu yaşama durumu sorulduğunda katılımcıların; %61,9'u (n:125) hiç sağlık sorunu yaşamadığını, %18,3'ü (n:37) nadiren sağlık sorunu yaşadığını, %6,9'u (n:14) orta derecede sağlık sorunu yaşadığını, %6,4'ü (n:13) çoğunlukla sağlık sorunu yaşadığını, %6,4'ü (n:13) her zaman sağlık sorunu yaşadığını belirtmiştir.

Katılımcılara şimdiki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşama durumu sorulduğunda katılımcıların; %44,6'sı (n:90) hiç sağlık sorunu yaşamadığını, %24,8'i (n:50) nadiren sağlık sorunu yaşadığını, %17,3'ü (n:35) orta derecede sağlık sorunu yaşadığını, %10,9'u (n:22) çoğunlukla sağlık sorunu yaşadığını, %2,5'i (n:5) her zaman sağlık sorunu yaşadığını belirtmiştir.

Katılımcıların Doğum Tutum Ölçekleri puan ortalamasına baktığımızda $39,12 \pm 10,06$ en küçük değeri 16, en büyük değeri 64 idi.

Katılımcıların önceki doğum şeklinin, gebe eğitim okuluna katılma durumunun, Doğum Tutum Ölçeğindeki puan ortalamasına etkisi incelenmiştir. Katılımcıların önceki doğum şeklinin, gebe eğitim okuluna katılma durumunun Doğum Tutum Ölçeğindeki puan ortalamasına etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,33$).

Katılımcıların yaş, gebelik haftası, kaçınıcı gebeliği, canlı doğum sayısı, düşük sayısı ve kürtaj sayısı ile Doğum Tutum Ölçeği skoru ile elde edilen veriler arasındaki ilişki Spearman's korelasyon testi ile incelendi.

Katılımcıların Doğum Tutum Ölçeği ortalama puanı ile gebelik haftası birbiriyle korele bir şekilde orta düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,14$, $p=0,04$). Katılımcıların Doğum Tutum Ölçeği ortalama puanı ile gebelik sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($r=-0,11$, $p=0,12$). Katılımcıların Doğum Tutum Ölçeği ortalama puanı ile canlı doğum sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($r=-0,10$, $p=0,1$). Katılımcıların Doğum Tutum Ölçeği ortalama puanı ile düşük sayısı arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($r=0,07$, $p=0,62$). Katılımcıların Doğum Tutum Ölçeği ortalama puanı ile kürtaj sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($r=-0,25$, $p=0,25$). (Tablo 3)

Tablo 3. Katılımcıların Yaşları ve Gebelik Bilgileri İle Doğum Tutum Ölçeği Ortalama Puanları Arasındaki Korelasyon

		Yaş	Gebelik haftası	Kaçınıcı gebelik	Canlı doğum sayısı	Düşük sayısı	Kürtaj sayısı	DTÖ
Yaş	R	1	-0,07	0,28*	0,30*	-0,05	0,07	-0,18*
	P		0,29	<0,01	0,00	0,69	0,74	0,01
Gebelik haftası	R		1	-0,05	-0,06	0,05	0,03	0,14*
	P			0,47	0,48	0,71	0,89	0,04
Kaçınıcı gebelik	R			1	0,78*	0,47*	0,30	-0,11
	P				<0,01	0,00	0,17	0,12
Canlı doğum sayısı	R				1	0,28	0,56*	-0,10
	P					0,11	0,02	0,31
Düşük sayısı	R					1	0,69*	0,07
	P						<0,01	0,62
Kürtaj sayısı	R						1	-0,25
	P							0,25
DTÖ	R							1
	P							

*Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. $r = \text{Spearman}'s \text{ rho katsayısı}$. [†]Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlı Doğum Tutum Ölçeği Testi kullanılmıştır. Katılımcıların sorulara verdiği cevaplar minimum 1 maximum 4 puan olup toplam skor minimum 16 maximum 64'tür.

Katılımcıların doğumu gerçekleştirecek sağlık ekibine güven düzeyi, doğum hakkındaki bilgi düzeyi ile Doğum Tutum Ölçeği skoru ile elde edilen veriler arasındaki ilişki Spearman's korelasyon testi ile incelendi.

Katılımcıların Doğum Tutum Ölçeği ortalama puanı ile doğumu gerçekleştirecek sağlık ekibine güven düzeyi arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,21$, $p<0,01$). Katılımcıların Doğum Tutum Ölçeği ortalama puanı ile doğum hakkındaki bilgi düzeyi arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($r=-0,28$, $p<0,01$).

Katılımcıların eşin gebelik sürecindeki desteği, gebelik takibini yapan sağlık ekibinin gebelik sürecindeki desteği ile Doğum Tutum Ölçeği Ortalama puanı arasındaki ilişki Spearman's korelasyon testi ile incelendi.

Katılımcıların Doğum Tutum Ölçeği ortalama puanı ile eşin gebelik sürecindeki desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($r=-0,04$, $p=0,48$). Katılımcıların Doğum Tutum Ölçeği ortalama puanı ile gebelik takibini yapan sağlık ekibinin gebelik sürecindeki desteği arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($r=-0,12$, $p=0,07$).

Katılımcıların önceki gebelikte yaşanan sağlık sorunu ve şimdiki gebelikte yaşanan sağlık sorunu ile Doğum Tutum Ölçeği Ortalama puanı arasındaki ilişki Spearman's korelasyon testi ile incelendi.

Katılımcıların Doğum Tutum Ölçeği ortalama puanı ile önceki gebelikte yaşanan sağlık sorunu düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($r=0,12$, $p=0,06$). Katılımcıların Doğum Tutum Ölçeği ortalama puanı ile şimdiki gebelikte yaşanan sağlık sorunu yaşama düzeyi arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki bulundu ($r=0,16$, $p=0,01$).

Tartışma

Doğum korkusu doğum eyleminin süresini uzatmakta ve komplikasyon gelişme riskini artırmaktadır.¹³ Doğum korkusu posttravmatik stres bozukluğu yaşama ihtimalini artırmaktadır.¹⁴ Doğum korkusu anne isteğine bağlı sezaryen oranlarını artırmaktadır.¹⁵ Doğum korkusunun azalması doğum sonrası süreçte ise aile bağlarını kuvvetlendirmekte, emzirme davranışını artırmakta, anne bebek bağına güçlendirmektedir.¹⁶ Bu nedenle doğum korkularının değiştirilebilir nedenlerine ulaşabilmek önemlidir. Gebelerin doğum korkusunun düzeyini belirleyip; doğum korkularına neden olan faktörlerin değerlendirildiği çalışmamıza 202 gebe dahil edilmiştir ve tartışma bu kişilerden elde edilen bulgular ile yürütülmüştür.

Çalışmamıza katılan gebelerin Doğum Tutum Ölçekleri puan ortalaması $39,12\pm 10,06$ 'dır. Gebelerin doğum korkuları orta yüksek düzeydeydi. LeiQiu ve arkadaşları 2020 yılında Çin'in 4 farklı şehrindeki 4 Devlet Hastanesi'nde 1039 nullipar gebede yaptıkları çalışmada Doğum Tutum Ölçeği puan ortalamasını $31,30\pm 8,43$ olarak bulmuşlardır.¹⁷ Dönmez ve arkadaşları 2012 yılında Ege Üniversitesi'nde 160 primipar gebede yaptıkları çalışmada gebelerin doğum korkularının Doğum Tutum Ölçeği puan ortalamasını $39,90\pm 11,36$ olarak bulmuşlardır.¹² Masoumi ve arkadaşları 2012 yılında İran'ın Hemedan şehrinde 150 gebede yaptıkları çalışmada Doğum Tutum Ölçeği puan ortalamasını $34,04$ olarak bulmuşlardır.¹⁸ Ling-LingGao ve arkadaşları 2013 yılında Çin'deki bir Eğitim Hastanesi'nde 353 primipar gebede yaptıkları çalışmada gebelerin doğum korkularının Doğum Tutum Ölçeği puan ortalamasını $31,20\pm 8,23$ olarak bulmuşlardır.¹⁹ Artuvan'ın 2014 yılında Manisa ve Malatya Devlet Hastaneleri'ndeki 370 gebe üzerinde yaptığı çalışmada; gebelerin doğum korkularının Doğum Tutum Ölçek puan ortalamaları sırasıyla $34,78\pm 10,76$ ve $37,51\pm 9,82$ olarak belirtilmiştir.²⁰ Bakır ve arkadaşları, Bucak Devlet Hastanesi'nde 2019 yılında 619 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelerin doğum korkularının gebelerin %40,1'inde düşük düzeyde, %56,5'inde orta düzeyde olduğunu belirtmiştir.²¹ Literatürdeki çalışmalara paralel olarak bizim çalışmamızda da gebelerin doğum korkuları orta yüksek düzeydeydi. Gebelerin takiplerinin birinci basamakta Aile Hekimleri tarafından yapılmasından kaynaklı doğum korkusunun mücadelesinde Aile Hekimlerinin rolü büyüktür. Aile Hekimlerinin özellikle doğuma yakın süreçte yüksek doğum korkusu yaşayan gebeleri tespit edip doğum korkuları ile mücadele etmeleri önemlidir.

Çalışmamıza katılan gebelerin yaşları ile doğum korkuları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu görmekteyiz. Gebelerin yaşları arttıkça doğum korkuları azalmaktadır. Şahin ve arkadaşlarının 2009 yılında 100 gebede yaptıkları çalışmada yaş arttıkça doğum korkusunun azaldığını belirtmiştir.²² Laursen ve arkadaşlarının 2008 yılında Danimarka'da 30 bin 480 gebede yaptıkları çalışmada yaş arttıkça doğum korkusunun azaldığını belirtmiştir.²³ Aslan ve arkadaşları, Muş Devlet Hastanesi'nde 2018 yılında yaptıkları çalışmada yaş arttıkça doğum korkularının azaldığını belirtmiştir.²⁴ Hanna-LeenaMelender, 2023 yılında Finlandiya'da 329 gebede yaptığı çalışmada bizim çalışma bulgularımıza zıt olarak gebenin yaşı arttıkça doğum korkusunun arttığını söylemektedir.²⁷ İleri yaştaki olan gebeliklerde gebelerin kendi yaşam tecrübelerinin artması ve gebelik deneyimlerinin etkisi ile doğum korkularının azalması muhtemeldir.

Yaptığımız çalışmada gebelik haftası arttıkça doğum korkusunun istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığını görmekteyiz. Çalışmamızın aksine Laursen ve arkadaşlarının Danimarka'da 30 bin 480 gebede yaptıkları kohort bir çalışmada; gestasyonel hafta ile tokofobi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.²³ Çiçek ve arkadaşları, 2015 yılında yaptıkları çalışmada gebelik haftası arttıkça gebelerin doğum korkularının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.²⁵ Aslan ve arkadaşlarının 2018 yılında Muş Devlet Hastanesi'nde 230 gebede yaptığı çalışma bizim çalışmamızı destekleyerek gebelik haftası ile doğum korkusunun arttığını belirtmişlerdir. Gebeliğin ilk aylarında gebeler doğumun bedeninde bırakacağı etkilere kaygılanmaktadırlar. Gebeliğin son aylarında ise gebeler doğum korkuları ve bebeğin sağlığı için endişelenmektedirler.²⁴ Bu düşüncelerin, doğum korkusunun artmasına neden olabileceği muhtemeldir.

Çalışmamızda çalışmayan ev hanımlarında doğum korkusunun daha yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Seller, Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 300 gebe ile yaptığı çalışmada ev hanımlarında doğum korkusunun daha yüksek olduğunu saptamıştır. Yalçınsoy'un 2016 yılında Kırklareli Devlet Hastanesi ve Lüleburgaz Özel Medikent Hastanesi'nde 200 gebe ile yaptığı çalışmada, gebenin iş hayatı ile doğum korkusu arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır.²⁶ Aslan ve arkadaşlarının, Muş Devlet Hastanesi'nde yaptıkları gebelerin iş hayatı ile tokofobi arasında ilişki saptanmamıştır.²⁴ Hanna-LeenaMelender 2002 yılında Finlandiya'da yaptığı çalışmada çalışmayan ev hanımlarında doğum korkusunun daha yüksek olduğunu belirtmiştir.²⁸ Ev hanımlarının büyük çoğunluğunda doğum korkusu olduğunu görmekteyiz. Birinci basamakta özellikle ev hanımları ile doğum korkusu açısından daha yakından incelenmesinin faydalı olacağı kanaatindeyiz.

Yaptığımız çalışmada gebenin önceki gebeliğinde yaşadığı sağlık sorununun şimdiki gebeliğindeki doğum korkusunu etkilemediği görülmüştür. Çalışmamızda gebenin şimdiki gebeliğinde sağlık sorunu yaşaması ile doğum korkusu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Jenny A Gamble ve arkadaşlarının, 2001 yılında Avustralya’da gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada şimdiki gebeliğinde sorun yaşayan gebelerin doğum korkularının daha yüksek olduğu görülmüştür.²⁹ Bilge Ç’nin 2022 yılında Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği’nde 203 gebede yaptıkları çalışmada gebelik sürecinde sağlık problemi yaşayan gebelerin doğum korkularının yüksek olduğu görülmüştür.³⁰ Gebeliğinde hastalığı olan kişilerin, bu hastalığının doğum sürecini ya da bebeğini olumsuz etkileme düşüncesi doğum korkusunun artmasına neden olabilir. Şu anki gebeliğinde problem yaşayan gebelere kontrollere geldiğinde daha yakından ilgilenilmesi, hastalığına yönelik bilgilendirme yapılması yerinde olacaktır.

Çalışmamızda gebelerin düşük ve kürtaj hikâyesi durumlarının doğum korkusu üzerinde etkili olmadığı görülmüştür. Venla Kemppainen ve arkadaşlarının 2000-2015 yılları arasında düşük kürtaj hikayesi olup 2000-2017 yılları arasında gebe olan 21 bin 479 kadında yaptıkları kohort çalışmada düşük ve kürtajın sonraki gebelikteki doğum korkusunu artırdığı görülmüştür.³¹ Matias Vaajala ve arkadaşlarının Finlandiya’da 2004–2018 yılları arasında yaptıkları vaka kontrol çalışmasına 195 bin 351 gebe dahil edilmiştir; bu çalışmada kürtaj ile doğum korkusu arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir.³² Yaşar ve arkadaşları tarafından 2006 yılında yapılan araştırmada doğum korkusunun düşük hikâyesinden olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür.³³ Bu çalışmada düşük yaşayan kadınların yaşamayanlara göre doğum korkularının daha yüksek olduğu görülmüştür. Gençler ve arkadaşlarının 2018-2019 yılları arasında Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi’nde 610 gebede yaptıkları çalışmada kürtaj geçmişi olanların doğum korkularının daha yüksek olduğunu belirtmiştir.³⁴ Kürtaj travmatik bir süreç olduğundan doğum korkusunu artırması muhtemeldir. Önceki gebeliğinde düşük yaşayan gebelerin şimdiki gebeliğinde de bebeğinde ve kendinde sağlık sıkıntısı olabileceği düşüncesi doğum korkusunu artırması muhtemeldir.

Çalışmamızdaki gebelerin, gebelik ve doğum ile ilgili bilgi düzeylerinin yükseğe yakın olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki gebelerin doğum hakkındaki bilgi düzeyleri arttıkça doğum korkularının azaldığı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde görülmüştür. Hallgren ve arkadaşlarının 1995 yılında İsveç’de yaptıkları çalışmada gebelerin doğumla ilgili yetersiz bilgi düzeyinde oldukları görülmüştür. Bu gebelere doğum öncesi eğitim verilerek gebelerin bilgi düzeylerinde artış olduğunu ve doğum korkularında azalma olduğu görülmüştür.³⁵ Melennder’in 2002 yılında yaptığı çalışmada gebeye verilen eğitim ile gebelerdeki doğum korkularının azaldığı görülmüştür.²⁸ Subaşı ve arkadaşlarının 2011 yılında Zekâi Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 120 gebe ile yaptıkları çalışmada gebelere verilen eğitimin ile doğum korkularını azalttığı görülmüştür.³⁶ Kızılkaya ve arkadaşlarının Aralık 1995-Ocak 1996 tarihleri arasında Bakırköy Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi ile İstanbul Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde 100 gebede yaptıkları çalışmada gebelikte verilen bilginin doğum sürecini kolaylaştırdığı belirtilmiştir.³⁷ Tayie ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptıkları çalışmada, gebelere verilen eğitim ile gebelerin doğum korkularının azaltıldığı belirtilmiştir.³⁸ Jayne E. Marshall’ın 2020 yılında yaptıkları çalışmalarda gebelere verilen eğitimin gebelerde sağlık bilincini arttırdığı, gebeleri anneliğe hazırladığını, doğumda özgüveni artırdığı, eşlerin ilişkisini olumlu etkilediği, doğum korkusunu azalttığı ve normal doğuma yönelimi artırdığı belirtilmiştir.³⁹ Gebenin gebelik ve doğum ile ilgili bilgi düzeyi arttıkça doğum korkusunun azaldığını literatürlerle paralel bir şekilde çalışmamızda anlamlı bulduk. Yazıcıoğlu B ve Oruç I Nisan ile 15 Mayıs 2021 tarihleri arasında MA Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları hizmet binasında 1116 gebe ile yaptıkları çalışmada Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde yapılan gebelik takiplerinin artması ile gebelerin doğum korkularının istatistiksel olarak anlamlı düştüğü belirtilmiştir.⁴⁰ Gebeler ile temasın fazla olduğu Birinci Basamak Aile Sağlığı Merkezlerinde gebelik, doğum, doğum sonrası bebek bakımı hakkında eğitimlerin artırılması oldukça önemlidir.

Çalışmamızda gebelerin %75,2’sinin (n:152) Sağlık Bakanlığı Gebe Eğitim Okulundaki eğitime katılmadığı görülmüştür. Çalışmamızda Sağlık Bakanlığı Gebe Eğitim Okuluna katılma durumu ile gebelerin doğum korkuları arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Altıparmak ve arkadaşları 4 Aralık 2012-7 Mayıs 2013 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’ne başvuran gebelerde yaptığı çalışmada; doğum öncesi Gebe Eğitim Okuluna katılan gebelerin gebelik süresini daha rahat yaşadıklarını, doğum eylemine olumlu yaklaştıklarını, doğum sonrası bebek bakımı konusunda daha özgüvenli olduklarını belirtmişlerdir.⁴¹ Sak’ın 2019 yılında Isparta Şehir Hastanesi’nde yaptığı çalışma ile 91 gebenin Sağlık Bakanlığı Gebe Eğitim Okullarındaki eğitimlere katılım öncesi ve sonrasında gebelerin doğum korkularındaki ve doğum yöntemi tercihlerindeki değişimi incelenmiştir. Bu çalışma ile gebelerin doğum korkuları puan ortalamalarının 5,88±1,39 ‘den eğitim ile 4,48±1,44 ‘e düştüğü görülmüştür. Sak, Sağlık Bakanlığı Gebe Eğitim Okullarındaki eğitime katılan gebelerin doğum korkularının istatistiksel olarak anlamlı düştüğünü söylemektedir.⁴² Yazıcıoğlu B ve Yavuz E 2019 yılında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniğine bağlı gebe okulunda 124 gebe ile yaptıkları çalışmada Gebe Eğitim Okuluna katılan gebelerde algılanan doğum korkusunun istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde

azaldığı belirtilmiştir.⁴³ Tok A ve Sakallıoğlu H'nin 2018 Haziran ayından itibaren 1000 gebe ile yaptığı çalışmada Gebe Okullarının doğum korkusunu azaltma üzerindeki etkilerine değinilmiştir.⁴⁴ Çalışmamızda Sağlık Bakanlığı Gebe Eğitim Okuluna katılan gebe sayısının düşük olduğundan; eğitime katılım ile doğum korkusu arasında anlamlı ilişki bulunmadığını düşünmekteyiz. Literatürdeki birçok çalışmada Gebe Okuluna katılım ile doğum korkularının azaldığı görülmektedir. Her gebenin doğumdan önce mutlaka Gebe Eğitim Okullarına katılımı sağlanmalıdır.

Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da gebelerin eşleri ile uyumu arttıkça doğum korkularının azalma yönünde olduğu görülmektedir. Christine M Rinive arkadaşlarının 2006 yılında California Üniversitesi'nde yaptığı çalışma ile sosyal desteğin özellikle eş tarafından verilmesinin önemine değinilmiştir, eş desteği yüksek olan kişilerde doğum korkularının azaldığı belirtilmiştir.⁴⁵ Nevin Şahin ve arkadaşlarının Ekim 2008 tarihinde İstanbul'da bir Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Perinatoloji servisinde 100 gebe üzerinde yaptıkları çalışma ile gebelik sürecinde özellikle eşinden destek gören gebelerin gebelik süreçlerinin ve doğumlarının daha rahat olduğu belirtilmiştir.²² Lynlee R. Tanner Stapleton ve arkadaşlarının 2012 yılında 272 gebede yaptıkları çalışmada gebelikte sosyal destek alan gebelerin doğum korkularında azalma olduğunu, doğum sonrası anne bebek sağlığında iyileşme olduğunu belirtmiştir.⁴⁶ Yanık Kerem ve arkadaşlarının 2023 yılında yaptıkları çalışmada, sosyal destekte özellikle eş desteğinin önemi belirtilmiştir. Eş desteğinin doğum kaygılarını azalttığı, doğum sonrası anne bebek ilişkisini güçlendirdiği, gebelerin anneliğe daha rahat uyum sağladıkları belirtilmiştir.⁴⁷ Öznas Aralık 2017 ile Haziran 2018 tarihleri arasında Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 103 gebede yaptığı çalışma ile gebelik sürecinde destek görenlerin doğum korkularının daha düşük olduğunu bulmuştur. Bu çalışmada gebelerin aileleriyle ve sağlık ekipleri ile korkularını paylaşabilmenin doğuma dair endişeleri azalttığı belirtilmiştir.³⁹

Yaptığımız çalışmada gebelerin doğum sürecinde bebekle ilgili sağlık probleminin olmasından, doğumla ilgili bilinmezlikten ve ağrıdan endişelendikleri görülmüştür. Aslan, 2018 yılında Muş Devlet Hastanesi'nde 230 gebede yaptığı çalışmada, gebelerin doğumda bebeklerine zarar gelmesinden, doğumdaki ağrılardan ve doğumda sıkıntı yaşamaktan korktuklarını belirtmiştir.²⁴ El-Aziz ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları meta-analiz çalışmada gebelerin; bebeklerinde ve kendilerinde sağlık problemi olmasından, sağlık personelinin olumsuz yaklaşımlarından, doğum anında yalnız kalmaktan korktuklarını belirtmiştir.⁴⁸ Doğum sürecine ilişkin endişe duyulan durumlar, düzeltilebilir olduğundan bizler için kıymetlidir.

Çalışmamızdaki katılımcıların önceki doğumunun normal doğum ya da sezaryen doğum oluşunun gebelerin doğum korkularını etkilemediği görülmüştür. Normal doğuma istek düzeyleri ile doğum korkusu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sezaryen doğuma istek düzeyleri ile doğum korkusu arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Karabulutlu'nun 2011 yılında Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi'nde 500 gebede yaptığı çalışmada gebelerin doğum korkuları nedeni ile sezaryen doğumu tercih ettiklerini belirtmiştir.⁴⁹ Vatansever ve arkadaşları 2013 yılında yaptıkları çalışma ile doğum korkusunun gebelerin doğum şeklini etkilediğini, sezaryen ile doğumu artırdığını belirtmiştir.⁵⁰ J Fenwick 2014 yılında Avustralya'da yaptığı çalışmada doğum korkusunun artması ile sezaryen isteme oranlarının arttığını belirtmiştir. Bunun sonucunda da anne ve bebek morbiditesinde artış olduğunu belirtmiştir.⁵¹ Aksoy 2014 yılında Erzurum'daki Nenehatun Hastanesi'nde 900 gebede yaptığı çalışma ile gebelerin doğum korkularındaki artış ile anne isteğine bağlı sezaryen oranlarının arttığını belirtmiştir.⁵² RohanD'Souza 2012 yılında İngiltere'de yaptığı çalışmada gebenin doğum korkusunun artması ile anne isteğine bağlı sezaryen oranlarının arttığını belirtmiştir.⁵³ Çalışmamızda katılımcılarda doğum korkuları ile doğum yöntemi tercihleri arasında ilişki bulunmama nedeni; katılımcıların yukarıda bahsettiğimiz doğuma dair en çok endişe duyduklarından yalnızca ağrının doğum yöntemi açısından farklılık oluşturabilecek olması olabilir. Doğuma dair endişelerden diğer ikisi seçeceği doğum yöntemini etkilememektedir. Literatürdeki çalışmalarda doğum korkusu, gebenin isteğine bağlı sezaryen doğum oranını artırmaktadır. Bunun nedenleri arasında normal doğumun belirsizliğinin olması, ağrılı olması, müdahale gerektirecek olması muhtemeldir.

Sonuçlar

Gebelerin doğum korkuları düzeyini belirleyip neden olan faktörleri araştırmak için yaptığımız çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar bulunmuştur;

Gebelik yaşı arttıkça doğum korkusu azalmaktadır. Doğum korkusunun çalışan gebelerde daha az olduğu görülmüştür. Gebelik haftası arttıkça doğum korkusunun arttığını görmekteyiz. Erken yaşlarda, çalışmayan ev hanımlarında ve ileri gebelik haftalarındaki gebelerde doğum korkularının daha yüksek olduğu akılda tutulmalıdır. Bu hastalar ile kontrollerde daha yakından ilgilenilip gebelere destek olunmalıdır. Gebelerin doğum korkularının orta yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.

Gebelik takibini yapan sağlık ekibinin desteği arttıkça ve gebenin sağlık ekibine olan güveni arttıkça doğum korkusunun azaldığı görülmüştür. Sağlık ekibinin en güncel tedavi ve doğru iletişimle gebeye yaklaşımı önemlidir. Katılımcı gebelerin doğum ile ilgili bilgi düzeyleri arttıkça doğum korkularının azaldığı görülmektedir. Bu nedenle gebeler ile temasın yüksek olduğu Aile Sağlığı Merkezlerine çok iş düşmektedir. Aile Sağlığı Merkezleri'nde

kadınların gebelik ve doğum süreci ile ilgili bilgi düzeylerini artırmaya yönelik seminerler, eğitimler düzenlenmelidir. Gebelerin Sağlık Bakanlığı Gebe Eğitim Okuluna katılmaları teşvik edilmelidir. Önceki doğumun normal doğum ya da sezaryen doğum oluşunun gebelerin doğum korkularını etkilemediği görülmüştür. Gebelerin doğum korkularının olmasının doğum yöntemini seçmeye etkisinin olmadığı görülmüştür. Gebelerin doğuma ilişkin en çok endişe duydukları durumlar; bebekte bir sıkıntının yaşanması, doğum ile ilgili bilinmezlik ve doğumda yaşayacakları ağrıdır.

Etik Kurul Onayı

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 02.02.2023 tarihli ve 2390 sayılı onayı alındı.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek

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

Bilgilendirilmiş Onam

Tüm katılımcılara çalışmanın amacı, metodu ve hedefleri hakkında açıklama yapılarak yazılı onamları alındı. Veriler, gizlilik veya diğer kısıtlamalar nedeniyle yalnızca yazarlardan talep edilebilir.

Kaynaklar

1. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2001;23(1):61-64.
2. Avcıbay B, Onat Köroğlu C, Yamurluklu SB, Gökyıldız Sürücü Ş. Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Gebelik Öncesi Doğum Korkularını Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2021 October;14(4):413-422. doi:10.46483/deuhfed.895696
3. Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro D, Quirós-García JM, Martínez-Galiano JM, Gómez-Salgado J. Women's Perceptions of Living a Traumatic Childbirth Experience and Factors Related to a Birth Experience. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(9):1654. doi:10.3390/ijerph16091654
4. Stoll K, Hall W, Janssen P, Carty E. Why are young Canadians afraid of birth. A survey study of childbirth fear and birth preferences among Canadian University students. 2014 February;30(2):220-226. doi:10.1016/j.midw.2013.07.017
5. Ucar T, Golbasi Z. Nedenleri ve Sonuçlarıyla Doğum Korkusu. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015 January;4(2): 54-58.
6. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. Acta Obstet Gynecol Scand. 2017 Aug;96(8):907-920. doi: 10.1111/aogs.13138
7. Körükçü HÖ. Wijma doğum beklentisi deneyimi/ölçeği A versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013. <https://toad.halileksi.net/olceg/wijma-dogum-beklentisi-deneyimi-olcegi-w-deq/> adresinden 21/12/2023 tarihinde erişilmiştir.
8. Kananikandeh S, Amin Shokravi F, Mirghafourvand M, Jahanfar S. Factors of the childbirth fear among nulliparous women in Iran. BMC Pregnancy Childbirth. 2022;22(1):547. doi:10.1186/s12884-022-04870-1
9. Çıtak Bilgin N, Coşkun H, Coşkun Potur D, İbar Aydın E, Uca E. Psychosocial predictors of the fear of childbirth in Turkish pregnant women. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2021;42(2):123-131. doi:10.1080/0167482X.2020.1734791
10. Ternström E, Hildingsson I, Haines H, Rubertsson C. Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women – Findings from a community sample in Sweden. Midwifery. 2015;31(4):445-450. doi: 10.1016/j.midw.2014.11.011
11. Richens Y, Smith DM, Lavender DT. Fear of birth in clinical practice: A structured review of current measurement tools. Sex Reprod Healthc. 2018 Jun; 16:98-112 doi: 10.1016/j.srhc.2018.02.010
12. Dönmez S, Dağ H, Çelik N, Yeni El ÖA, Kavlak O, Amaç Ö. Doğum Tutum Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2014;24(4):212-8.
13. Sydsjö G, Angerbjörn L, Palmquist S, Bladh M, Sydsjö A, Josefsson A. Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013;92(2):210-214. doi:10.1111/aogs.12034
14. Bakshi R, Mehta A, Mehta A, Sharma B. Tokophobia: Fear Of Pregnancy And Childbirth. The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics. 2007;10(1):9-14. doi:10.5580/6e5
15. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice cesarean: an evidence-based review. Obstet Gynecol Surv. 2004 Aug;59(8):601-16. doi: 10.1097/01.ogx.0000133942.76239.57. PMID: 15277895
16. Aksoy Derya Y, Erdemoğlu Ç, Özşahin Z, Karakayalı Ç. Annenin Doğumu Algılamasının Doğum Sonu Güvenlik Hissine Etkisi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2019;2(3):88-95.
17. Qiu L, Sun N, Shi X, et al. Fear of childbirth in nulliparous women: A cross-sectional multicenter study in China. Women and Birth. 2020;33(2):e136-e141. doi:10.1016/j.wombi.2019.04.005
18. Masoumi SZ, Kazemi F, Oshvandi K, Jalali M, Esmaceli-Vardanjanı A, Rafiei H. Effect of Training Preparation for Childbirth on Fear of Normal Vaginal Delivery and Choosing the Type of Delivery Among Pregnant Women in Hamadan, Iran: A Randomized Controlled Trial. J Family Reprod Health. 2016 Sep;10(3):115-121. PMID: 28101112; PMCID: PMC5241355.
19. Gao L, Ling, Liu XJ, Fu BL, Xie W. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. Midwifery. 2015;31(9):865-870. doi:10.1016/j.midw.2015.05.003
20. Artuvan H. Son Trimesterdeki Gebelerin Doğum Tutumunun Karşılaştırılması: İki Şehir Örneği. Uzmanlık Tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, 2018.
21. Bakir N, Demir C. A Quantitative Study on Pregnancy Fears and Coping Methods of Pregnant Women. Acibadem Univ Sağlık Bilim Derg. 2021;12(2):204-212. doi:10.31067/acusaglik.849234

22. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2009;40 (2): 57-62.
23. Laursen M, Hedegaard M, Johansen C. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology - Wiley Online Library*. 2008 Feb;115(3):354-60. doi:10.1111/j.1471-0528.2007.01583.x
24. Bıyık İ, Aslan MM. Doğum Korkusunun Gebelik Haftası ve Sayısı ile İlişkisi. Published online February 21, 2020;11(3):494 - 499. doi:10.31067/0.2020.261
25. Çiçek Ö, Mete S. Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. Published online *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2015;8(4): 263-268.
26. Yalçınsoy H. Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Korkularıyla Baş Etme Yöntemleri. Uzmanlık Tezi. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, 2019.
27. Melender HL. Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: A Study of 329 Pregnant Women. *Wiley Online Library*. 16 May 2002;29(2):101-111. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2002.00170.x>
28. Melender HL. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *J Midwifery Womens Health*. 2002;47(4):256-263. doi:10.1016/s1526-9523(02)00263-5
29. Gamble JA, Creedy DK. Women's request for a cesarean section: a critique of the literature. *Birth*. 2000;27(4):256-263. doi:10.1046/j.1523-536X.2000.00256.x
30. Bilge Ç, Dönmez S, Olgaç Z, Pirinççi F. Gebelikte Doğum Korkusu ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimlerinde Değer*. April 16, 2022;12(2): 330-335. doi:10.33631/sabd.1067958
31. Kempainen V, Niinimäki M, Bloigu A, et al. Fear of childbirth after medical vs surgical abortion. Population-based register study from Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2021;100(4):743-750. doi:10.1111/aogs.14078
32. Vaajala M, Liukkonen R, Kuitunen I, Ponkilainen V, Mattila VM, Kekki M. Factors associated with fear of childbirth in a subsequent pregnancy: a nationwide case-control analysis in Finland. *BMC Womens Health*. 24 January 2023;102(4):430-437. doi:10.1186/s12905-023-02185-7
33. Yaşar Ö, Kır Şahin F, Coşar E, Güleğül Nadirgül Köken G, Cevrioğlu AS. Primipar kadınların doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2007, 17:414-420.
34. Gençer E, Ejder Apay S. Gebeliğin istenme durumu öznel mutluluğu etkiler mi? *J Psychiatric Nurs* 2020;11(2):88-97. doi: 10.14744/phd.2019.63496
35. Hallgren A, Kihlgren M, Norberg A, Forslin L. Women's perceptions of childbirth and childbirth education before and after education and birth. *Midwifery*. 1995;11(3):130-137. doi:10.1016/0266-6138(95)90027-6
36. Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S, Budak B. Effects of Delivery Education on Childbirth Anxiety and Fear. 2013; 29(4): 165-167.
37. Kizilkaya N, Hem ÜFN le. Kadınların Doğum Eylemindeki Destekleyici Hemşirelik Davranışlarına İlişkin Görüşleri. *Perinatoloji Dergisi* 1997;5(3-4): 113-116.
38. Tayie FAK, Lartey A. Obstetric difficulties in developing countries motivate preference for birth size. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, June 2002;23(2):117-121. doi.org/10.3109/01674820209042793
39. Jayne E, Marshall J, Maureen D, Raynor M editors. *Pregnancy. Myles Textbook for Midwives*, 17th ed, Edinburg, Churchill Livingstone. May 12, 2020:127-203.
40. Yazıcıoğlu B, Oruç MA, Türe E, Müderrisoğlu S, Çubukçu M. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerindeki Gebe Takiplerinin Doğum Beklentisi Üzerine Etkisi, *Ankara Med Journal*, 2021;(4):573-584 doi: 10.5505/amj.2021.36604.
41. Altıparmak S, Coşkun AM. Effect of prenatal training on information and satisfaction level of a pregnant woman. *Journal of Human Sciences*. 2016;13(2):2610-2624.
42. Sak S. Gebe Bilgilendirme Sınıfları Eğitimlerinin Doğum Korkusu ve Doğum Yöntemi Seçimine Olan Etkisinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2019.
43. Yanikkerem ÖGE, Altıparmak ÖGS, Karadeniz D. Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2006;10(10). doi:10.21560/spcd.23200
44. Tok A, Sakallıoğlu H. Gebe Okulları Doğum Korkusunu Azaltmada Etkili Bir Uygulama mıdır? *Kafkas Journal of Medical Sciences*. 2021; 11(1):52-56 doi: 10.5505/kjms.2021.79989
45. Rini MC, Schetter CD, Hobel C, Glynn LM. Effective social support: Antecedents and consequences of partner support during pregnancy. *June 2006;13(2):207-229* doi:10.1111/j.1475-6811.2006.00114.x
46. Tanner Stapleton LR, Schetter CD, Westling E, et al. Perceived Partner Support in Pregnancy Predicts Lower Maternal and Infant Distress. *J Fam Psychol*. 2012;26(3):453-463. doi:10.1037/a0028332
47. Yanikkerem ÖGE, Altıparmak ÖGS, Karadeniz D. Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2006;10(10). doi:10.21560/spcd.23200
48. Nasser S, Mansour S, Hassan N. Factors associated with fear of childbirth: Its effect on women's preference for elective cesarean section. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2016;7(1):133-145. doi:10.5430/jnep.v7n1p133
49. Karabalutlu Ö. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2012; 20 (3) 210-218.
50. Vatansever Z, Okumuş H. Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 2013;6(2):81-87.
51. Fenwick J, Toohill J, Creedy DK, Smith J, Gamble J. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery*. 2015;31(1):239-246. doi:10.1016/j.midw.2014.09.003
52. Aksoy M, Aksoy AN, Dostbil A, Celik MG, Ince I. The Relationship between Fear of Childbirth and Women's Knowledge about Painless Childbirth. *Obstetrics and Gynecology International*. 12 Nov 2014; Article ID 274303. doi:10.1155/2014/274303
53. D'Souza R. Cesarean section on maternal request for non-medical reasons: putting the UK National Institute of Health and Clinical Excellence guidelines in perspective. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*.



Original Research / Orijinal Araştırma

The Relationship Between Students' Attitudes Towards Violence Against Women And Their Depression

Öğrencilerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumları ve Depresyonları Arasındaki İlişki

Nurdilan ŞENER ÇETİN¹, Ayşe Nur YILMAZ², Maral KARGIN³

Abstract

Background: Violence against women, especially by an intimate partner in its various forms (sexual, physical, or stalking), and childhood violence (sexual or physical) are common and are associated with depressive symptoms.

Method: The sample of this descriptive-analytic research was consisted of 895 students attending to the Faculty of Health Sciences of a public university in the East of Turkey. Data were collected between October and November 2021 via the "Personal Description Form", "ISKEBE Attitudes Towards Violence Against Women Scale" and "Beck Depression Scale". Descriptive statistics, independent group t-test, Pearson correlation analysis, Chi-square, and ANOVA tests were used for statistical analysis.

Results: More than half of the students (56.1%) stated that they were exposed to violence. Verbal violence was reported to come from mothers (24.5%), fathers (20.0%) and sibling (20.2%). In addition, 23.2% of the students experienced emotional violence from their friends and 14.7% from their partners. The majority of participants indicated that an apology typically follows an act of violence as a means of restoring peace and order (28.3%). Attitude towards the body sub-dimension of ISKEBE was significantly related with the exposure to violence in general, experience of emotional and sexual violence, gender, grade and mother's educational level. Beck Depression Scale scores were significantly higher in students exposed to violence, were married, were in first grade and those under the 18 years of age

Conclusion: In this study, we found that as the age of the students increased, their attitudes towards violence against women became increasingly positive. The depression score of the students who had been exposed to violence at any point in their lives was found to be higher than those who had not experienced violence. Furthermore, it was observed that while students' depression scores increased, ISKEBE scores decreased. This indicates that individuals with elevated depression scores tend to adopt a positive approach to the issue of "violence against women". Nurse educators and nurses should plan interventions to protect the mental health of nursing students and to increase their awareness of violence against women.

Keywords: Violence, Women, Violence against Women, Depression, Student

Özet

Giriş: Çeşitli biçimlerdeki (cinsel, fiziksel veya taciz) yakın partner şiddeti dahil olmak üzere kadına yönelik şiddet ve çocukluk çağı şiddeti (cinsel veya fiziksel) yaygındır ve depresif belirtilerle ilişkilidir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte tasarlanan bu araştırmanın örneklemini, Ekim-Kasım 2021 tarihleri arasında Türkiye'nin Doğusunda bulunan bir kamu üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören 895 öğrenci oluşturdu. Veriler; "Kişisel Tanıtım Formu" "ISKEBE Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği" ve "Beck Depresyon Ölçeği" toplandı. İstatistiksel değerlendirmede; tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplar t-testi, pearson korelasyon analizi, Ki-kare ve ANOVA testleri kullanıldı.

Bulgular: Şiddet gördüğünü ifade eden öğrencilerin (%56.1) %24.5'i annesinden, %20'si babasından ve %20.2'si ise kardeşinden sözel şiddet gördüğü saptandı. Ayrıca öğrencilerin %23.2'si arkadaşından ve %14.7'si de sevgilisinden duygusal şiddet gördüğünü belirtti. Öğrencilerin şiddet durumunda verdikleri tepkinin ne olduğu sorulduğunda öğrencilerin çoğu (%28.3) kendisinden özür dilendiğini ve sonrasında barış sağlandığını ifade etti. ISKEBE bedene yönelik tutum alt boyutundan aldıkları puan ortalamasının, öğrencilerin şiddete maruz kalma durumu, duygusal ve cinsel şiddeti yaşamış olma durumu, cinsiyet, sınıf düzeyi ve anne eğitim seviyesi faktörlerinden etkilediği ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü. Şiddete maruz kalan öğrencilerin, evlilerin, 1. Sınıf öğrencisi ve 18 yaş altı olanların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamasının anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç: Öğrencilerin yaşları arttıkça yaşları ile sınıfları yükseldikçe öğrencilerin kadına yönelik şiddete yönelik tutumlarının olumlu olduğu, hayatının herhangi bir döneminde şiddete maruz kalan öğrencilerin depresyon puanının, şiddete maruz kalmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca, öğrencilerin depresyon puanları artarken ISKEBE puanlarının düştüğü ortaya çıkmakta, bu da depresyon puanı yüksek olanların "kadına yönelik şiddet" konusuna olumlu yaklaşım sergilediğini göstermektedir. Hemşire eğitimcileri ve hemşireler, hemşirelik öğrencilerinin ruh sağlığını korumaya ve kadına yönelik şiddet konusundaki farkındalıklarını artırmaya yönelik müdahaleler planlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Şiddet, Kadın, Kadına Yönelik Şiddet, Depresyon, Öğrenci.

Geliş tarihi / Received: 11.04.2023 Kabul tarihi / Accepted: 28.04.2024

¹ Department of Nursing, Faculty of Health Sciences Firat University, Elazığ / Turkey.

² Department of Midwifery, Faculty of Health Sciences Firat University, Elazığ / Turkey.

³ Department of Nursing, School of Nursing European University of Lefke, Cyprus.

Address for Correspondence / Yazışma Adresi Ayşe Nur YILMAZ. Department of Midwifery, Faculty of Health Sciences Firat University, Elazığ / Turkey

E-posta: anucar@firat.edu.tr Tel: +90 424-237 00 00

Şener Çetin N, Yılmaz AN, Kargin M. *The Relationship Between Students' Attitudes Towards Violence Against Women And Their Depression*. *TJFMPC*, 2024; 18 (3):312-320

DOI: 10.21763/tjfm.1280900

Introduction

Violence is a global phenomenon that affects many dimensions of life, and is gaining importance increasingly.¹ In particular, women have experienced various kinds of violence, such as domestic violence, rape, sexual harassment, and honor killings, for centuries. The situation of violence against women is getting worse day by day with its changing structure. Although there are national and international policies and practices against violation worldwide, it maintains its existence. Violence usually manifests itself physically, psychologically, and economically, thus it poses a significant threat to women's lives and severely impede their participation in social life.² According to the World Health Organization's 2016 Report, every one of three women worldwide suffers physical or sexual violence from her partner or someone else. The Domestic Violence Against Women in Turkey 2014 Research Report states that 44% of women suffer from emotional violence, 30% from economic violence, 36% from physical and 12% from sexual violence.³ According to the report prepared by the Federation of Women's Associations of Turkey, physical violence increased by 80%, psychological violence by 93%, and the demand for shelters increased by 78% in March 2020 when compared to the previous year.⁴

Attitude is a significant contributing factor to violence against women. The attitude concept includes cognitive, emotional, and behavioral components.⁵ Although lifestyle and cultural factors may contribute to perpetration of violence, violence against women is a pervasive phenomenon in every country and at any age, particularly in the context of gender discrimination. In order to prevent this social problem, it is crucial to carry out studies on "violence against women" and determine the attitudes of individuals towards women. However, attitudes toward violence exert influence not only at the interpersonal level but also at the social level.⁶

Depression is a significant contributing to the emergence of violence. Additionally, research indicate that individuals with depression are more likely to engage in violent behavior.^{7-9,10} Nevertheless, the relationship between violence against women and depression has yet to be investigated. It is of the utmost important to increase the knowledge, attitude, and awareness of university students regarding the matter of violence against women. A student who is aware of the indications of this violence will be better equipped to recognize women exposed to (or potentially exposed to) violence in their social environment.¹ The relationship between attitudes toward violence and depression will highlight the importance of considering the concept of depression in violence prevention planning. In particular planning this study on university students, who are predominantly young, is thought to be able to have a preventive effect in future. This study aimed to determine the relationship between attitudes toward violence against women and depression among university students.

Research question

Is there a relationship between attitudes of university students towards violence against women and their state of depression?

Methods

Study Design

The research was conducted in descriptive – analytic design.

Place and Time of the Research

The research was conducted on students attending to at Firat University Health Sciences Faculty between 4 October and 15 November 2021.

Participants

The research population consisted of 1426 students attending to faculty of health sciences at a university in eastern Turkey. According to the power analysis, the study sample comprised 895 students having a 98% statistical power at a 0.05 effect size and at a 95% confidence interval determined by a 5% margin of error (<https://avesis.akdeniz.edu.tr/caner>). However, considering possible losses, 950 students were recruited. The study was completed with 895 participants. After the students were listed and given numbers with the simple random sampling method -one of the probability sampling methods- they were included in the sample using the random numbers table. Sampling criteria in the study were voluntary participation, studying in any department of Firat University Health Sciences Faculty, and not having been diagnosed with depression before.

Data Collection Tools of the Study

Data were collected with the Personal Description Form, ISKEBE Violence Against Women Attitude Scale, and Beck Depression Scale (BDS).

Personal Description Form:

The Personal Description Form consisted of 17-questions about age, gender, residence place, grade, department, parent's education levels and occupations, family monthly income, working status, the location usually lived in, parent's togetherness, number of siblings, and violence. The form was prepared by the researchers in line with the literature.^{1,5,11}

ISKEBE Violence against Women Attitude Scale

The scale developed by Kanbay et al. (2017) to determine attitudes of individuals regarding violence against women. It consists of 30 items in a 5-Point Likert type (1=strongly agree, 2=Agree, 3=Undecided, 4=Disagree, 5=strongly disagree). The scale has two factors: The first factor includes attitudes toward the body (sexual and physical violence) and comprises 16 items (items 3, 4, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 25, 26, 28, and 30). The first factor can produce scores between 16 to 80. The second factor covers attitudes toward identity (Psychological and economic violence) and includes 14 items (items 1, 2, 5, 6, 7, 11, 13, 18, 19, 21, 23, 24, 27 and 29). The 5th and 24th items are reverse coded. The second factor produces scores between 14 to 70. The adding-up of two factors' points generates the scale's total score between 30 to 150. High scores indicate a negative attitude toward violence against women, meaning the person is against violence against women. Low scores indicate a positive attitude, which means the person does not oppose violence against women. The Cronbach's α value was determined as 0.80 for the first factor, 0.83 for the second, and 0.86 for the total of the scales.⁵ The current study has found Cronbach's α value for the first factor of the ISKEBE Violence Against Women Attitude Scale as 0.93, for the second factor as 0.87, and for the scale total as 0.93.

Beck Depression Scale

Developed by Beck et al. (1961) to measure behavioral symptoms of depression in individuals. The aim of the scale is to provide comprehensive assessment of the symptoms of depression as well as an assessment of cognitive content. The Turkish validity and reliability of the scale were determined by Hisli. The scale is a 4-point Likert-type self-assessment scale consisting of 21 items, each of which scores between 0-3. Scores are interpreted as follows: 0-9 = minimal, 10-16 = mild, 17-29 = moderate, and 30-63 = severe depressive symptoms. Cronbach's alpha value is 0.80.^{12, 13} The current study has found Cronbach's alpha value on the scale as 0.90.

Data Collection

The research data were collected from the students of the Faculty of Health Sciences via face to face interviews. The participants were selected randomly by using random numbers table. Data collection took approximately 20-25 minutes for each participant when necessary, the students were given explanations about the complex/indefinite questions. In order to evaluate the understandability of the questions in the research, a preliminary survey was administered to 30 students and corrections were made in the personal information form according to this pre-test. Pre-test findings were excluded from the research data.

Data Analysis

SPSS 25.0 Windows software (SPSS, USA) was used to evaluate the collected data. Kolmogorov-Smirnov test was employed to determine the normal distribution in statistical evaluation. Later, Cronbach's Alpha reliability analysis, arithmetic mean, standard deviation, t-test in independent groups, Pearson correlation analysis, Chi-square, and ANOVA tests were performed. The results were evaluated at the 95% confidence interval and the significance level of $p < 0.05$.

Ethical Principles of Research

Ethical approval was obtained from the Social and Human Sciences Publication and Ethics Committee of Firat University (17.09.2019 /36/14), and institutional approval for the research was obtained from the Faculty of Health Sciences of Firat University. The students who volunteered to participate in the study were informed about the outlines of the study, including that their privacy would be respected and protected and that they had the right to withdraw from the study if they wished. Their verbal consent was later obtained. The study adhered to the Declaration of Helsinki Principles.

Results

Table 1. Students' Descriptive Information and Attitudes Towards Violence

Variables	M±SD	
Age (Min:17 Max:35)	20.84±1.78	
	n	%
Gender		
Female	739	82.6
Male	156	17.4
Marital status		
Married	26	2.9
Single	869	97.1
Age (years)		
18 and under	40	5.5
19-20	383	42.8
21-22	347	38.8
23 and over	125	14.0
Department		
Nursing	454	50.7
Midwifery	265	29.6
Nutrition	125	14.0
Physiotherapy	51	5.7
Grade		
1	316	35.3
2	205	22.9
3	180	20.1
4	194	21.7
Residence Place		
With Family	393	43.9
At Separate Home	60	6.7
With Relatives	15	1.7
At Student Hostels	427	47.7
Monthly Income Status		
Income less than expenses	218	24.4
Income and expenses equal	580	64.8
Income more than expenses	97	10.8
Mother's Education Level		
Illiterate	216	24.1
Primary school	407	45.8
Middle school	120	13.4
High school	87	9.7
University	65	7.3
Mother's Occupation		
State Officer	20	2.2
Worker	13	1.5
Tradesman	10	1.1
Retired	31	3.5
Self-employed	8	0.8
Housewife	813	90.9
Father's Education Level		
Illiterate	30	3.4
Primary school	295	33.0
Middle school	174	19.4
High school	216	24.1
University	180	20.1
Father's Occupation		
State Officer	177	19.7
Worker	140	15.6
Tradesman	92	10.3
Retired	162	18.2
Self-employed	324	36.2

Table 1(continued). Students' Descriptive Information and Attitudes Towards Violence

The location usually lived in		
Village	123	13.7
Town	22	2.5
District	186	20.8
Province	564	63.0
Parents Togetherness		
Yes	829	92.6
No	66	7.4
Number of Siblings		
1-3	381	42.6
4-7	443	49.5
8.12	71	7.9
Exposure to violence		
Yes	502	56.1
No	393	43.9
Violence exposed		
Mother's physical violence	144	16.1
Mother's emotional violence	176	19.7
Mother's sexual violence	11	1.2
Mother's economic violence	47	5.3
Mother's verbal violence	219	24.5
Father's physical violence	86	9.6
Father's emotional violence	155	17.3
Father's sexual violence	13	1.5
Father's economic violence	69	7.7
Father's verbal violence	179	20.0
Sibling's physical violence	146	16.3
Sibling's emotional violence	143	16.0
Sibling's sexual violence	17	1.9
Sibling's economic violence	28	3.1
Sibling's verbal violence	181	20.2
Friend's physical violence	65	7.3
Friend's emotional violence	208	23.2
Friend's sexual violence	34	3.8
Friend's economic violence	28	3.1
Friend's verbal violence	173	19.3
Lover's physical violence	22	2.5
Lover's emotional violence	132	14.7
Lover's sexual violence	29	3.2
Lover's economic violence	13	1.5
Lover's verbal violence	88	9.8
Which one do you think was the most severe violence?		
Verbal violence	92	10.3
Emotional violence	188	21.0
Physical violence	188	21.0
Sexual violence	509	56.9
Reaction to violence		
I kept silent	203	22.7
Doer apologized, and we made peace	253	28.3
I went to the police station	13	1.5
I left the house	19	2.1
I broke off all my relationship	107	12.0
Other	91	10.2

Table 1 shows that 82.6% of the participants were female, 17.4% were male, and 97.1% were single. Of the participants, 50.7% were nursing students, 35.3% were in the 1st grade, and 47.7% were dormitory residents. 64.8% had income equal to their expenses. Most mothers were homemakers (90.9%), while fathers were self-employed (36.2%). The majority of mothers (45.8%) and fathers (33.0%) had completed primary school. Most students' parents were living together (92.6%). Most participants had lived in the province (63.0%) and had 4-7 siblings (49.5%). Of the students exposed to violence (56.1%), 24.5% reported verbal violence from their mothers,

20.0% from their fathers, and 20.2% from their siblings. In addition, 23.2% of students reported experiencing emotional violence from their friends and 14.7% from their partners. When asked about their reactions to violence, 28.3% said that they reconciled when the violator apologized to them. 56.9% of the students stated that the most serious type of violence was sexual violence.

Table 2: The Factors Affecting Students' ISKEBE and Beck Depression Scores

Variables	ISKEBE Body Mean±SD	ISKEBE Identity Mean±SD	ISKEBE total Mean±SD	Beck Depression Mean±SD
Exposure to violence				
Yes	72.05±12.55	51.05±12.70	123.11±22.92	13.04±10.33
No	74.71±10.31	53.50±11.53	128.21±19.13	10.07±8.94
t-test/p	-3.398/.000	-2.977/.018	-3.553/.000	4.519/.008
The most severe violence Verbal				
Yes	73.58±11.21	51.68±12.63	125.27±21.31	11.43±10.63
No	73.18±11.75	52.18±12.21	125.36±21.51	11.77±9.76
t-test/p	.316/.752	-.369/.712	-.039/.969	-.314/.893
Emotional				
Yes	71.70±12.17	50.13±13.12	121.83±22.77	13.02±10.36
No	73.62±11.53	52.66±11.96	126.29±21.04	11.39±9.69
t-test/p	-2.009/.045	-2.524/.012	-2.535/.011	2.016/.044
Physically				
Yes	71.93 ±13.87	52.10±13.40	124.03±24.62	12.06±10.90
No	73.56±11.02	52.14±11.93	125.70±120.57	11.65±9.56
t-test/p	-1.698/.090	-.039/.696	-.946/.345	.505/.613
Sexual				
Yes	74.65±9.62	53.89±11.15	128.55±18.46	11.56±9.35
No	71.32±13.75	49.80±13.22	121.13±24.29	11.97±10.48
t-test/p	4.258/.000	5.017/.000	5.194/.000	-.622/.533
Gender				
Female	75.02±9.87	54.91±10.24	129.94±17.88	11.30±9.42
Male	64.66±15.33	38.96±12.43	103.62±23.73	13.82±11.49
t-test/p	10.680/.000	16.981/.000	15.699/.000	-2.922/.000
Marital Status				
Married	69.19±13.60	50.46±13.19	119.65±24.04	13.11±12.52
Single	73.34±11.62	52.18±12.22	125.52±21.39	11.69±9.77
t-test/p	-1.785/.159	.705/.599	1.354/254	722/.010
Age				
18 and under	76.35±6.00	54.4±13.44	130.75±18.53	12.47±9.4
19-20	74.73±9.87	52.8±11.44	127.53±18.89	12.46±9.21
21-22	27.57±12.45	52.55±12.0	125.12±22.06	10.71±9.77
23 and over	49.39±14.68	48.18±14.17	117.57±26.09	12.14±11.79
F/p	8.11/.000	5.37/.001	7.81/.000	2.101/.099
Grade				
1st	74.06±10.54	52.49±12.22	126.56±20.29	12.75±9.367
2nd	75.48±9.26	53.19±12.22	128.68±18.89	11.00±8.36
3rd	72.28±12.69	52.67±11.52	124.96±21.94	10.00±10.72
4th	70.31±13.99	49.91±12.78	120.22±24.50	12.47±10.97
F/p	7.664/.000	2.864/.036	5.772/.001	3.757/.011

* t-test: independent group's t-test, **F: One-Way Anova Test , ***p<0.05

As seen in Table 2, "exposure to violence," "experience of emotional and sexual violence," "gender," "grade," and "mother's educational level" showed statistically significant relationship with the "mean score of attitudes toward the body sub-dimension of ISKEBE". The factors affecting the "mean scores of attitudes towards the identity sub-dimension of ISKEBE" and "ISKEBE total score" were "exposure to violence," "experience of emotional and sexual violence," "gender," and "grade". Besides, there were statistically significant relationships between the BDS mean score and the students' "exposure to violence," "emotional and sexual violence experiences," "marital status," and "grade." It was observed that those who were exposed to violence, those who experienced emotional violence, those who were married and those who were first grade students had higher BDI scores.

Table 3: The Relationship between BDS Mean Score and ISKEBE Sub-Dimensions and Total Score Averages

Variables	M	SD	1	2	3	4
1. ISKEBE Body p	73.22	11.69		.000	.892**	.000
2. ISKEBE Identity p	52.13	12.25	.609**		.000	.000
3. ISKEBE Total p	125.35	21.48	.000	.902**		.000
4. BDS p	11.74	9.85	-.174**	-.154**	-.183**	

*M±SD: mean±standard deviation, * Pearson correlation analysis

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

BDS scores of students showed significant negative correlation with the total and all sub-dimension scores of ISKEBE ($p = .000$). This finding revealed that, while the students' depression scores increased, their ISKEBE scores decreased, which shows a positive attitude towards the "violence against women" (Table 3). This finding suggests that as the level of depression increases, the violence became more acceptable to the students.

Discussion

The research found that the majority of the students had experienced some form of violence in their lives. In their studies, Ho et al. (2013) and Daglar et al. (2017) found that more than half of the students had experienced violence, which is similar to the findings of this study.^{14,15} However, there are also studies in the literature that found less than half of the students have had experienced violence.¹⁶⁻¹⁸ The reason for this difference may be that Aktaş et al.'s study included only female students; Sabancıogullari et al. (2016) included only 1st, 2nd, and 3rd-grade students in their research, and Assari and Lenkarani's (2018) research only asked about psychological, physical and sexual violence.¹⁶⁻¹⁸ In the literature, some studies have similar findings to the present study, while some have different findings. It has been found that exposure to family violence increases the likelihood of perpetrating violence.¹⁹ This information leads us to believe that violence is more or less common in every society and in every time period. Therefore, studies aimed at understanding violence are important.

There are many types of violence, including physical, sexual, psychological, economic, deprivation, and neglect.²⁰ The current study found that one-quarter of the students experienced verbal violence from their mothers. There are similar research findings in the literature. For example, Tektas et al. (2020) and Daglar et al. (2017) found in their studies that a one-fourth of the students were exposed to violence from their mothers. Our findings are in line with the literature.^{15,21} It has been found that experiencing family violence increases the likelihood of perpetrating violence. In this context, it is important to highlight the significant impact of family dynamics and parenting practices in the community on violence and emphasize the need for further research on this issue.

Today there is a general idea that violence breeds violence. Violence is a learned behavior. Individuals who have experienced or witnessed violence may exhibit violent behaviors or emotions in their own lives.²² Similarly, the study found that the attitudes of students who were not exposed to violence against women were more negative than those who were exposed to violence, and, they ultimately viewed violence as a negative situation. Contrary to our findings, the literature review showed that exposure to violence did not affect students' attitudes toward violence.^{17, 23-24} Our findings differ from the literature. The difference between findings may be due to the study of Sahin et al. which consisted only of midwifery students and the different measurement tools used by Sabancıogullari et al. and Kaynar et al.^{17, 23-24}

Previous studies have found that male students are more likely to be violent than female students.^{26,27} Similarly, the current study revealed that male students' attitudes toward violence against women were more positive than female students' attitudes. They were found not to be against violence. Studies conducted with university students have shown that male students are more supportive of violence than female students.^{28,29} Our findings are similar to the literature.

The research found that the students' marital statuses did not affect their attitudes towards violence (Table 2). Similar to the research finding, Ucar et al. (2017) found that the students' marital statuses did not affect their attitudes towards violence.³⁰ Different from the research findings, Adibelli and Ozkan (2020) found in their study on university students that the students' marital statuses affected their attitudes towards violence.²⁸ While the research finding is similar to the study finding of Ucar et al., it differs from Adibelli and Ozkan. This difference may be due to different measurement tools.

The current study has found a significant relationship between the age of the students and their attitudes toward violence. Students in higher grades are generally older students. The study has found that there is a significant relationship between the student's grade and attitudes toward violence, and that higher grade and older-age students' attitudes towards violence against women are positive. However, there are some studies in that show no

significant difference between the age of the students and their attitudes toward violence, in contrast to our research findings.^{23,31} The research finding differs from the literature. It is believed that this is due to the fact that the scales used are different as well as the university cities and curriculums.

Mild depression was observed in the students who participated in the study. At the same time, the depression score of the students exposed to violence was found to be higher than that of students not exposed to violence, and the difference between them was statistically significant. The literature reports that individuals exposed to violence experience more anxiety and depression.^{2,16,32-34} Our findings are similar to the literature.

Turkish Language Institution defines "attitude" as "the way a person deals with a problem; the situation a person takes in the face of a problem; the way; the behavior". Attitude is a concept with cognitive, emotional, and behavioral components and can indicate an individual's tendency towards something or some situation. At the same time, attitudes toward violence against women may be an important reason for the individual's violence against women.⁵ There is no research examining the relationship between violent attitudes and depression. But there are research findings on depression and depressive symptoms are. Some studies showed that psychological disorders, such as depression, are among the factors that increase the individual tendency to engaged in violent behaviors.³⁵ Individuals who engaged in violence had depressive personality traits, high levels of depression, and depressive disorders.³⁶ The current study found that as students' attitudes toward violence against women increased, that is, as they viewed violence positively, their levels of depression also increased. A review of literature—to discuss this finding—revealed no studies that examined the relationship between attitudes toward violence and depression. The relationship between attitudes toward violence and depression is important in the fight against violence. In this regard, it is important to conduct research on the relationship between violent attitudes and depression in different designs.

Conclusion

The current study which was conducted to determine the relationship between "university students' attitudes towards violence against women" and "depression levels" has found that older and more senior students' attitudes toward "violence against women" are positive; the depression levels of students exposed to violence are higher than those not exposed to violence, and higher the students' attitudes towards "violence against women," higher their depression levels. The study has also found that as positive attitudes towards violence increase, depression levels also increase. More studies are needed to determine the relationship between university students' attitudes towards "violence against women" and depression.

Conflicts of Interest

The authors have no conflicts of interest to disclose.

Funding

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Acknowledgements

The authors would like to thank the participants in this study.

References

1. Sis Çelik A, Aydın A. The effect of a course on violence against women on the attitudes of student midwives and nurses towards domestic violence against women, their occupational roles in addressing violence, and their abilities to recognize the signs of violence. *Perspect Psychiatr Care*. 2019;55(2):210-217. doi:10.1111/ppc.12333
2. Çalışkan H, Çevik Eİ. (2018). The determinants of violence against women: Evidence from Turkey. *BJSS Balkan Journal of Social Sciences*.2018; 7 (14) , 218-233.
3. Bükecik E, Özkan B. Violence against Women: The Impact of Gender Inequality on Women's Health. *İKÇÜSBFD*. 2018; 3(2): 33-37.
4. Ünal B, Gülseren L. The hidden side of COVID-19 pandemic: Domestic violence. *J Clin Psy*. 2020; 23 (1), 89-94
5. Kanbay Y, Aslan Ö, Işık E, Tektaş P. Development study on ISKEBE Violence against Women Attitude Scale (ISKEBE Attitude Scale). *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2017; 18(5), 453.
6. Özkan Y, Uysal M, Topçu G, Danişmaz Sevin M, Ertan Koçak Y. Validity and reliability study of adaptation of the scale of attitudes on violence in Turkish, *The Journal of Turkish Social Research*. 2018; 22 (4) , 821-844
7. Yu R, Aaltonen M, Branje S, et al. Depression and Violence in Adolescence and Young Adults: Findings From Three Longitudinal Cohorts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(8):652-658.e1. doi:10.1016/j.jaac.2017.05.016
8. Fazel S, Wolf A, Chang Z, Larsson H, Goodwin GM, Lichtenstein P. Depression and violence: a Swedish population study. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(3):224-232. doi:10.1016/S2215-0366(14)00128-X
9. Sevim Y., Ataş S. The Slope of Violence on College Students and Students' Standpoint on Intrafamilial of Violence. *Fırat University Journal of Social Science*. 2016; 25(1): 285-302.

10. Barros-Gomes, P., Kimmes, J., Smith, E., Cafferky, B., Stith, S., Durtschi, J., & McCollum, E. The role of depression in the relationship between psychological and physical intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*. 2019; 34(18):3936-3960. <https://doi.org/10.1177/0886260516673628>
11. Altıparmak S, Yılmaz A.N. The effect depression levels in midwives have on burnout and their level of job satisfaction. *European journal of midwifery*. 2021; 5, 24. <https://doi.org/10.18332/ejm/137486>
12. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;4(6):561-71.
13. Hisli N. Validity and reliability of Beck Depression Inventory for university students. *Psikoloji Dergisi*. 1989;7(23):3-13
14. Ho MY, Cheung FM, You J, Kam C, Zhang X, Kliever W. The moderating role of emotional stability in the relationship between exposure to violence and anxiety and depression. *Personality and individual differences*. 2013; 55(6), 634-639.
15. Dağlar G, Bilgic D, Demirel G. Nursing and midwifery students' attitudes towards violence against women. *E-Journal of Dokuz Eylül University Nursing Faculty*, 2017; 10(4):220-8.35.
16. Assari S, Moghani Lankarani M. Violence Exposure and Mental Health of College Students in the United States. *Behav Sci (Basel)*. 2018;8(6):53,1-14. doi:10.3390/bs8060053
17. Sabancıoğulları S, Taşkın Yılmaz F, Ar E, Çakmaktepe G. The attitudes of nursing students towards violence against women and occupational role in violence, self-esteem, and affecting factors. *Journal of Education and Research in Nursing (HEAD)*. 2016; 13(1), 35-43.
18. Aktaş B, Kaya F, Daştan NB. The attitudes of nursing and midwifery students toward domestic violence against women, *International Journal of Society Researches*. 2019; 14(20), 1448-1474.
19. Akan Y, Kiran B. Erkeklerin şiddete maruz kalma ve şiddet uygulama yaşantıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Journal of Education Technology and Scientific Researches*. 2017;2(2):47-71.
20. Akkaş İ, Uyanık Z. Violence against women. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli University Journal*. 2016; 6(1), 32-42.
21. Tektaş P, Yıldız N, Kanbay Y, Işık E, Aslan Ö. Examination of the factors related to violence against women attitude in university students. *ACU International Journal of Social Sciences*. 2020; 6(1), 40-49.
22. Genç Y, Taylan HH, Adıgüzel Y, Kutlu İ. The Effects of Domestic Violence on Adolescents' Violence Tendencies: The Case of Antalya High Schools. *Sakarya University Journal of Education*, 2017; 7(2), 409-422.
23. Şahin E, Yeşilçınar İ, Geriş R. Attitudes of midwifery students' towards violence against women and affecting factors. *Life Sciences*. 2019; 14(4), 84-93.
24. Pinar SE, Sabancıoğulları S. Nursing and midwifery students' attitudes towards violence against women and recognizing signs of violence against women. *International Journal of Caring Sciences*. 2019; 12(3), 1520.
25. Kaynar Tunçel E, Dündar C, Peşken Y. Evaluation of the Knowledge and Attitudes of Nursing and Midwifery Students about Domestic Violence. *Journal of General Medicine*. 2007; 17(2):105-110.
26. Sahin H, Erkal S. Determination of University Student Attitudes Toward Violence. *New Trends and Issues Proceedings on Humanities and Social Sciences*. 2017; 3(3), 387-393.
27. Cetinkaya SK. The examination of the relationship between tendency of violence and gender roles attitudes among the university students. *Nesne Journal of Psychology*. 2013; 1(02), 21-43.
28. Adıbelli D, Özkan İ. Attitudes towards violence in university students and the influencing factors. *Akdeniz Medical Journal*. 2020; 6(2), 241-248.
29. Babacan GA, Şıpkın S, Tuna A, Keskin G. The relationship between problematic internet use, violence trend and some demographic variables among university students. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2015; 14(6),460-468.
30. Uçar T, Derya YA, Karaaslan T, Tunç OA. The attitudes of university students regarding gender roles and violent behaviors. *Journal of Continuing Medical Education*. 2017; 26(3), 96-103.
31. Demir Ö. Attitudes of nursing students towards violence against women and influencing factors. *Okan University Institute of Health Sciences master thesis*. Page:18-31.2017.
32. Kumar A, Nizamie SH, Srivastava NK. Violence against women and mental health. *Mental Health & Prevention*. 2013; 1(1), 4-10.
33. Kamimura A, Nourian MM, Assasnik N, Franchek-Roa K. Depression and intimate partner violence among college students in Iran. *Asian J Psychiatr*. 2016;23:51-55. doi:10.1016/j.ajp.2016.07.014
34. Yanık A, Hanbaba Z, Soygür S, Ayaltı B, Doğan M. Evaluation of violent behavior against women: evidence from Turkey. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*. 2014; 4(4), 104-111.
35. Çetin Öİ. Violence Tendencies In Young Adult Men and Its Relationship with Psychological Status. *Istanbul University Institute of Health Sciences, Master's thesis*, Page: 5-12. 2016.
36. Arabacı LB, Uygun T. Characteristics of Perpetrators and Victims of Violence. *Journal of Nursing Science*. 2022; 5(1), 38-46.



Original Research / Orijinal Araştırma

Assessing Compliance with Driver Behavior Improvement Training (DBET): A Study on ADATC Data

Sürücü Davranışları Geliştirme Eğitimi (SÜDGE) Uyumun Değerlendirilmesi: AMATEM Verileri Üzerine Bir İnceleme

Neşe Burcu BAL¹

Abstract

Objective: This study aims to focus on the follow-up processes of 128 people who applied to Driver Behavior Improvement Training (DBET) and were referred to the Alcohol and Drug Addiction Treatment Center (ADATC) with a prediagnosis of alcohol use disorder (AUD). By providing access to critical information such as sociodemographic characteristics, follow-up times, number of admissions, and AUD detection rates, data review will help to plan health services more effectively and develop a comprehensive understanding of support processes for individuals with a prediagnosis of AUD.

Material and Method: We retrospectively analyzed the data of 128 individuals who applied to the ADATC forensic outpatient clinic between October 2021 and October 2023 and received a preliminary diagnosis of AUD from the DBET.

Results: The mean age was 41.85±8.79 years, and the median number of referrals was 9. The follow-up period was 237.09±171.35 days; of the participants, 96.9% were male, 78.1% were primary school graduates, 43% were followed for less than six months, and 57% for more than six months. The rate of individuals with positive results was 64.8%, and the rate of individuals with long-term positive results was 41.4%. No significant differences were found between the participants in the 'positive' and 'continuation' status regarding age, number of applications, follow-up periods, gender, and educational level ($p>0.05$). However, in the subgroup analysis of follow-up periods, a significant difference was observed in the follow-up rate for more than six months between participants with positive results compared to those with a follow-up time of <6 months ($p<0.05$).

Conclusion: It indicates that individuals with a positive outcome succeed more when followed up for longer. The study contributes to the understanding of the follow-up processes of individuals presenting with a prediagnosis of AUD and the development of a comprehensive understanding of providing adequate support.

Keywords: Alcohol Use, Traffic Accident, ADATC, DBET

Özet

Amaç: Bu çalışma, Sürücü Davranışları Geliştirme Eğitimi (SÜDGE) başvuran ve alkol kullanım bozukluğu (AKB) ön tanısıyla Alkol ve Madde Tedavi Merkezine (AMATEM) yönlendirilen 128 bireyin takip süreçlerine odaklanmayı amaçlamaktadır. Veri incelemesi, sosyodemografik özellikler, takip süreleri, başvuru sayıları ve AKB tespit oranları gibi bilgilere erişim sağlayarak, sağlık hizmetlerinin daha etkili bir şekilde planlanmasına ve AKB ön tanısı olan bireylere yönelik destek süreçlerine ilişkin kapsamlı bir anlayış geliştirilmesine yardımcı olacaktır.

Gereç ve Yöntem: Ekim 2021 ile Ekim 2023 tarihleri arasında AMATEM biriminin adli polikliniğine başvuran ve SÜDGE'den AKB ön tanısı alan 128 kişinin verileri retrospektif olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 41,85±8,79 yıl ve ortalama sevk sayısı 9 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların takip süresi 237,09±171,35 gün, %96,9'u erkek, %78,1'i ilkököl mezunu, %43'ü 6 aydan az ve %57'si 6 aydan fazla süredir takip edilmektedir. Pozitif sonuç alınan bireylerin oranı %64,8, uzun süreli pozitif sonuç alınan bireylerin oranı ise %41,4'tür. "Pozitif" ve "devam" durumundaki katılımcılar arasında yaş, başvuru sayısı, takip süreleri, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bununla birlikte, takip sürelerine ilişkin alt grup analizinde, pozitif sonuç alan katılımcılar arasında 6 aydan uzun süreli takip oranında, takip süresi ≤6 ay olanlara kıyasla anlamlı bir fark gözlenmiştir ($p<0,05$).

Sonuç: Araştırmamızın sonuçları olumlu sonuç alan bireylerin daha uzun süre takip edildiklerinde daha başarılı olduklarını göstermektedir. Çalışma, AKB ön tanısıyla başvuran bireylerin takip süreçlerinin devamlılığının geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Alkol kullanımı, Trafik Kazası, AMATEM, SÜDGE

Geliş tarihi / Received: 26.12.2023 Kabul tarihi / Accepted: 09.05.2024

¹ Department of Psychiatry, Dr Abdurrahman Yurtaslan Ankara Oncology Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Neşe Burcu BAL. Mahmut Esat Bozkurt Caddesi, No:2, Ankara, Türkiye

E-posta: neseburcutepe@gmail.com

Bal NB. *Assessing Compliance with Driver Behavior Improvement Training (DBET): A Study on ADATC Data. TJFMPC, 2024; 18 (3) :321-326*

DOI: 10.21763/tjfmpe.1410008

Introduction

Today, loss of life and nonfatal injuries caused by traffic accidents worldwide constitute a severe problem.¹ In studies investigating the role of human factors in driving safety, it has been reported that between 2000 and 2013, there were 84,756 fatalities among young drivers due to road traffic accidents (RTA), and 23,757 of these fatalities were due to alcohol consumption.² Alcoholic drivers are 17.8 times more likely to cause a fatal crash than non-alcoholic drivers.^{3,4} Another study reported that the rate of excess alcohol in the blood of drivers involved in fatal injuries was around 20%.^{1,5}

While approximately 25% of road fatalities in Europe are alcohol-related, only 1% of total kilometers driven involve drivers with a blood alcohol concentration (BAC) of 0.5 g/l or higher. As the driver's BAC increases, the accident rate gradually increases. For example, compared to a sober driver, a driver with a BAC of 0.8 g/l (currently the legal limit in three of the 25 EU member states) is 2.7 times more likely to have an accident. At a BAC of 1.5 g/l, the accident rate increases to 22 times that of a sober driver. Moreover, not only does the accident rate increase rapidly with increasing BAC, but accidents also become more severe. In fatal accidents, the accident rate of a driver with a BAC of 1.5 g/l is about 200 times higher than that of a sober driver.⁶

In the Global Action Plan prepared by the WHO, the Foundation, the Global Road Safety Partnership, and the World Bank, it is stated that improving the road safety situation in a country by reducing the incidence of drunk driving requires continuous efforts in the planning, implementation, and evaluation of programs. Implementing a continuous improvement cycle for the prevention of drunk driving starts with assessing the current system, followed by developing, implementing, evaluating, and improving a national or local action plan.⁷ One of the programs implemented worldwide is the Driver Behavior Improvement Program. The program's primary objectives include raising drivers' awareness of their driving identity and self-control and changing attitudes, beliefs, and misinformation that lead to rule violations. These programs aim to improve overall traffic safety by helping drivers develop safe driving habits.⁸

In Türkiye, the Regulation on Driver Behavior Improvement Training implemented by Article 48 of the Highway Traffic Law published in the Official Gazette No. 25583 dated September 14, 2004, includes a particular plan for drivers suspended for the second time.⁹ Individuals who are driving under the influence of alcohol for the second time and whose driver's license has been temporarily confiscated apply for this training. The number of drivers in a training session is limited to 15. A psychiatrist assesses each driver to determine whether he/she has any psychiatric disorder that prevents him/her from driving. However, if psychiatrists suspect alcohol use disorder (AUD) during the assessment process, the individual is referred to the Alcohol and Drug Abuse Treatment Center (ADATC) unit. The evaluation process in the ADATC unit continues for at least six months, with the first eight examinations taking place every two weeks and monthly after that. After six months of follow-up, an assessment is made of the individual will continue with DBET training and report to the Provincial Directorate of Health. During the follow-up period at ADATC, necessary interventions can be made for individuals with symptoms of AUD, and the follow-up period can be extended. When an opinion is formed about the individual, a report is issued.

Although the number of studies in the literature on Driver Behavior Improvement Training (DBET) is limited, these studies generally focused on the sociodemographic characteristics of the individuals who applied for the training and evaluated the effects of the training on drivers. In a study conducted in Türkiye, it was reported that 2 out of 117 individuals who applied to DBET were referred to the ADATC unit with a prediagnosis of AUD.¹

This study focuses on the follow-up processes in ADATC of individuals who applied to the DBET and were referred to ADATC with a prediagnosis of AUD. This study represents an essential step toward understanding the link between DBET and ADATC and identifying the factors in this process. By accessing important information such as sociodemographic characteristics, follow-up periods, number of admissions, and rates of AUD detection, the data review will help plan health services more effectively and develop a comprehensive understanding of the support individuals will receive when faced with a prediagnosis of AUD.

Method

Sample Selection and Data Screening Method

In this study, we retrospectively analyzed the data of 128 individuals who were admitted to the forensic outpatient clinic of the ADATC unit between October 2021 and October 2023 with a prediagnosis of AUD from the DBET. This study was carried out with the authorization granted by the Ankara Provincial Directorate of Health (E-90739940-799-231059367, December 06, 2023).

In the study, according to the follow-up period, those whose follow-up was terminated after six months or less were evaluated in the "short follow-up" group, while those whose follow-up lasted longer than six months and formed a final opinion were evaluated in the "long follow-up" group. In addition, the sample was grouped as "positive," "continuation," and "negative" according to the final opinion. Those judged to be able to drive due to ADATC follow-up were evaluated in the "positive" group, and those judged unable to drive were evaluated in the "negative" group. Those whose follow-up was ongoing during data screening were evaluated in the "continuation" group.

Statistical Analysis

Mean, standard deviation, median, minimum, and maximum values were given in descriptive statistics for continuous data, and percentage values were given for discrete data. The Shapiro-Wilk test was used to examine the conformity of the data to the normal distribution. The Mann-Whitney U test was used in continuous data comparisons between those with positive and persistent results. Chi-square/Fisher's Exact test was used to compare nominal variables (in cross-tabulations). The IBM SPSS version 20 program (Chicago, IL, USA) was used in the evaluations, and $p < 0.05$ was accepted as the limit of statistical significance.

Results

In this study, 128 individuals were evaluated; the mean age was 41.85 ± 8.79 years, and the age range was between 26 and 71 years. The median number of admissions was calculated as 9. The mean follow-up period was 237.09 ± 171.35 days; 96.9% of the individuals were male, and 78.1% were primary school graduates. 43% of the individuals were followed for less than six months, and 57% for more than six months. The proportion of individuals with positive results was 64.8%, and the proportion of individuals with long-term positive results was 41.4% (Table 1).

Table 1. Characteristics of the participants

	Mean±SD Median (Min-Max)	
Age (years)	41.85±8.79 40 (26-71)	
Number of applications	9.28±3.92 9 (1-20)	
Follow-up time (day)	237.09±171.35 182 (45-989)	
	n	%
Gender		
Men	124	96.9
Women	4	3.1
Education		
Primary education	100	78.1
High school	26	20.3
College	2	1.6
Month of follow-up		
≤6 months	55	43.0
>6 months	73	57.0
Result		
Positive	83	64.8
Continuation	45	35.2
Ratio		
Short positive	30	23.4
Short continuation	25	19.5
Long positive	53	41.4
Long continuation	20	15.6

SD: Standard deviation

Table 2. Comparison of the characteristics of the participants whose results were 'positive' and the participants whose results were 'continuation.'

	Result Positive		Conclusion Continuation		p-value
	Mean±SD Median (Min-Max)		Mean±SD Median (Min-Max)		
Age	42.70±8.83 41 (28-71)		40.29±8.59 40 (26-59)		0.160 ^c
Number of applications	9.82±3.74 10 (1-20)		8.29±4.10 8 (1-19)		0.007^c
Follow-up time (day)	212.84±86.54 184 (68-497)		281.82±260.07 175 (45-989)		0.342 ^c
	n	%	n	%	
Gender					
Men	80	96.4	44	97.8	1.000 ^b
Women	3	3.6	1	2.2	
Education					
Primary education	67	80.7	33	73.3	0.172 ^b
High school	16	19.3	10	22.2	
College	0	0	2	4.4	
Month of follow-up					
≤6 months	30	36.1	25	55.6	0.034^b
>6 months	53	63.9	20	44.4	
Ratio					
Short positive	30	36.1	0	0	-
Short continuation	0	0	25	55.6	
Long positive	53	63.9	0	0	
Long continuation	0	0	20	44.0	

b: Chi-Square test/Fisher's Exact Test

c: Mann-Whitney U Test

SD: Standard deviation

There were no significant differences in age between participants whose results were 'positive' and those whose results were "continuation" ($p>0.05$). However, when the number of applications was analyzed, it was determined that the number of applications of individuals with positive results was significantly higher ($p<0.01$). Regarding follow-up periods, no significant differences were found between participants in the 'positive' and 'continuation' status ($p>0.05$). No significant difference was found in the comparisons made regarding gender and educational status ($p>0.05$). However, according to the follow-up time month, there is a significant difference between the characteristics of participants with 'positive' outcomes and those with 'continuation' outcomes. This difference was observed between the groups whose follow-up time was divided into "≤6 months" (less than six months) and "> six months" (more than six months) ($p<0.05$). This indicates that more success is achieved when people with positive results are followed for longer (Table 2).

Although 63.9% of the participants who responded 'positive' to the treatment process had long follow-up periods, this rate was 44.4% for the participants in the 'continuation' status. The difference in rates between the two groups was statistically significant ($p=0.034$), indicating that people who responded positively to treatment were generally followed for extended periods (Table 3).

Table 3. Distribution of results according to follow-up period and success rates

Ratio	Result Positive		Result Continuation		p-value
	n	%	n	%	
Short	30	36.1	25	55.6	0.034 ^a
Long	53	63.9	20	44.4	

a: Chi-square Test

Table 4. Comparison of the characteristics of participants with a follow-up duration of 6 months and short positive results and participants with a follow-up duration of >6 months

	Short positive (n=30)		>6 months (n=73)		p-value
	Mean±SD Median (Min-Max)		Mean±SD Median (Min-Max)		
Age	43.43±9.33 41 (28-71)		42.37±8.84 40 (27-62)		0.587 ^a
Number of applications	9.07±2.34 10 (3-13)		10.32±4.31 10 (1-20)		0.198 ^c
Follow-up time (day)	160.53±28.04 171 (68-194)		303.38±200.93 203 (181-989)		<0.001 ^c
	n	%	n	%	
Gender					
Male	29	96.7	71	97.3	1.000 ^b
Woman	1	3.3	2	2.7	
Education					
Primary education	27	90.0	58	79.5	0.200 ^b
High school	3	10.0	15	20.5	

a: Independent Samples T Test

b: Chi-Square test/Fisher's Exact Test

c: Mann Whitney U test

SD: Standard deviation

No statistically significant differences were observed between participants with a follow-up period of ≤6 months and short-term positive results and participants with a follow-up period of >6 months and long-term positive results in terms of age, number of admissions, gender distribution, and educational level ($p>0.05$) (Table 4).

Discussion and Conclusion

The purpose of this study was to focus on the follow-up processes of individuals who applied to DBET and were referred to ADATC with a preliminary diagnosis of AUD. Our findings are important in understanding the connection between these two institutions and determining the influential factors in the process. We find it necessary to analyze information such as sociodemographic characteristics, follow-up periods, number of applications, and AUD detection rates to contribute to more effective planning of health services and to develop a comprehensive understanding of the support provided to individuals with a prediagnosis of AUD.

The demographic characteristics and follow-up periods of the 128 individuals examined in the study were evaluated with various statistical analyses. Factors such as average age, number of applications, follow-up period, and education level were analyzed, and significant differences were determined between positive and ongoing outcomes. Accordingly, it was determined that people with positive results had more applications. However, no significant differences were found in other demographic characteristics such as age, gender, and education level. In the literature, it is well documented that differences in demographic factors, such as age, gender, and education level, significantly impact drivers' alcohol use habits and reasons for consuming alcohol. For example, studies suggest that younger drivers may exhibit different drinking patterns compared to older individuals, while gender-based variations may influence alcohol consumption motivations. Furthermore, the level of education has been identified as a contributing factor in shaping attitudes and behaviors related to alcohol use among drivers. In the literature, it is stated that differences in demographic factors such as age, gender, and education level of drivers may have a significant effect on their alcohol abuse.^{10,11}

For DBET to be effective, it is thought to be a critical element in understanding the demographic characteristics of individuals and integrating this information into the therapy process.¹² In another similar study, it was stated that it is essential to give and evaluate DBET by taking into account the sociodemographic characteristics and reasons for alcohol use.¹ Providing DBET with a personalized approach can contribute to more effective and sustainable results by considering individuals' sociodemographic characteristics. In this context, careful evaluation of demographic information gains importance as a fundamental step in creating a personalized treatment plan.

The sustainability of positive developments experienced by individuals during the follow-up periods can increase the effectiveness of treatment and, therefore, the number of individuals who have experienced a positive treatment

experience retrospectively.^{13,14} Another study found that behavioral self-control training significantly reduced weekly alcohol consumption.¹⁵ In our study, analysis of follow-up periods showed that individuals with positive results were followed for a more extended period, increasing success. The study reveals that individuals who responded "positively" to the treatment process were generally followed up for a more extended period. This shows that longer follow-up of people who respond positively to treatment increases the chance of success. When the descriptive values of the follow-up periods and the positive results obtained were analyzed, it was observed that the mean values of the follow-up periods of the individuals who achieved positive results in the study were significantly longer compared to the individuals in the ongoing situation.

The role of family physicians in the identification and treatment of alcohol use disorder is of vital importance. Family physicians can play an essential role by assessing patients' alcohol use habits, referring them to driver's license examinations when necessary, and initiating appropriate treatment.

References

1. Tellioglu M, Tekin ÖF, Arıkan I. Descriptive characteristics of drivers participating in driver behavior improvement training at a community health center. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2019;4(2):176–183.
2. Hadland SE, Xuan Z, Sarda V, Blanchette J, Swahn MH, Heeren TC, Voas RB, Naimi TS. Alcohol Policies and Alcohol-Related Motor Vehicle Crash Fatalities Among Young People in the US. *Pediatrics*. 2017;139(3):e20163037.
3. Martin JL, Gadegbeku B, Wu D, Viallon V, Laumon B. Cannabis, alcohol and fatal road accidents. *PLoS One*. 2017;12(11):e0187320.
4. Almatar H, Alamri S, Alduhayan R, Alabdulkader B, Albdah B, Stalin A, Alsomaie B, Almazroa A. Visual Functions, Seatbelt Usage, Speed, and Alcohol Consumption Standards for Driving and Their Impact on Road Traffic Accidents. *Clin Optom (Auckl)*. 2023; 15:225-246.
5. World Health Organization. (n.d.). United Nations Road Safety Collaboration. Retrieved November 15, 2023, from <https://www.who.int/groups/united-nations-road-safety-collaboration/>.
6. European Road Safety Observatory. (2006). Alcohol. Retrieved December 25, 2007, from https://road-safety.transport.ec.europa.eu/system/files/2021-07/02-alcohol_en.pdf.
7. Drink Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners (2022). Global Road Safety Partnership, International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva. 2023; 4:51.
8. Kroj Taymur İ, Duyan V, Özdel K, Budak E, &Güngör B B. The Effectiveness of Improvement of Driver-Behavior Program on Self-Control of Individuals Whose Driving Licenses Have Been Seized Due to Drinking and Driving. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*. 2015; 3:182
9. G, Dienes E. Driver improvement. In: *Traffic psychology today*. Springer; 2001:165–179.
10. Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi Yönetmeliği. Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazete (2004). Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/09/20040914.htm#1>
11. Nevalennaya A. Sociodemographic characteristics, alcohol drinking and self-rated health among Russian women: A cross-sectional study. [Master Thesis in Public Health]. Stockholm University, Faculty of Social Sciences. Centre for Health Equity Studies; 2014: 40.
12. Collins SE. Associations between socioeconomic factors and alcohol outcomes. *Alcohol Res: Curr Rev*. 2016;38(1):83.
13. Mohammed Najeeb PM. A study of psychological factors influencing dangerous driving, speeding, and violation behavior of drivers [Doctoral dissertation]. Bharathiar University, Coimbatore, India; 2013: 33.
14. Spithoff S, Kahan M. Primary care management of alcohol use disorder and at-risk drinking: Part 2: counsel, prescribe, connect. *Can Fam Physician*. 2015;61(6):515-521.
15. Hammarberg S I, Wallhed Finn S, Rosendahl I, Andréasson S, Jayaram-Lindström N, & Hammarberg A. Behavioural self-control training versus motivational enhancement therapy for individuals with alcohol use disorder with a goal of controlled drinking: a randomized controlled trial. *Addiction*. 2024; 119:86-101.



Original Research / Orijinal Araştırma

Turkish Validity and Reliability of Family Eating and Activity Habits Questionnaire **Ailedeki Yeme ve Aktivite Alışkanlıkları Ölçeğinin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik** **Çalışması**

Gizem ASLAN¹, Hatice KURDAK¹, İlker ÜNAL²

Abstract

Introduction: Overweight and obesity in childhood is a serious health problem. It causes many health problems; especially cardiovascular diseases and type 2 diabetes. Family eating behaviors, habits, home eating, and physical activity environment play an important role in shaping children's behaviors and determining their weight status. Identification of these factors may be effective in the treatment and prevention of weight problems in children. In the literature review, a Turkish scale that could measure these factors could not be reached. The aim of this study was to evaluate the Turkish validity and reliability of the Family Eating and Activity Habits Questionnaire-Revised.

Method: The text of scale was translated into Turkish using group translation and back translation methods. Firstly, as a pilot study group, pre-tests and retests were applied to the parents of students from different schools in Adana with a three-week interval. Then, in the main study group, the scale was applied to the parents in schools and parents of children in outpatient clinics.

Findings: In the pilot study; Cronbach's alpha value was 0,787 showing internal consistency, and the *r* value was calculated as 0,761 ($p<0,001$) according to the Pearson correlation analysis showing the correlation between the pretest and retest. In the main study, Cronbach's alpha value was 0,780. The total scores of overweight/obese children were significantly higher than the total scores of normal-weight children. The total score of the scale was able to determine the weight status of the child with 71 % success.

Results: According to these validity and reliability values; it can be suggested that the Turkish version of the Family Eating and Activity Habits Questionnaire-Revised can be used in a similar Türkiye population.

Key words: family eating and activity habits questionnaire, childhood obesity, FEAHQ-R

Özet

Giriş: Çocukluk çağında fazla kiloluluk ve obezite, artarak devam eden ciddi bir sağlık sorunudur. Başta kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet olmak üzere çok sayıda sağlık problemine yol açmaktadır. Ailedeki yeme davranışları, alışkanlıklar, evdeki beslenme ve fiziksel aktivite ortamı çocukların davranışlarını şekillendirip kilo durumunu belirlemede önemli rol oynar. Bu faktörlerin belirlenmesi, çocuklarda kilo probleminin tedavisi ve önlenmesinde etkili olacaktır. Literatür taramasında bu etkenleri ölçebilen Türkçe bir ölçeğe ulaşılamamıştır. Bu çalışmanın amacı Family Eating and Activity Habits Questionnaire-Revised'in Türkçe geçerlik ve güvenilirliğini incelemektir.

Yöntem: Ölçek metni, grup çevirisi ve geri çeviri yöntemi kullanılarak Türkçeye çevrildi. Öncelikle pilot çalışma grubu olarak Adana'da ilkököl ve ortaokul düzeyindeki farklı okullardan öğrencilerin velilerine üç hafta ara ile ön test ve tekrar testi uygulandı. Ardından; ana çalışma grubunda okullarda ve polikliniğe getirilen çocukların velilerine ölçek uygulandı.

Bulgular: Pilot çalışmada iç tutarlılığı gösteren Cronbach alfa değeri 0,787; ön test-tekrar testi arası uyumu gösteren Pearson korelasyon analizi sonucu *r* değeri 0,761 ($p<0,001$) olarak hesaplandı. Ana çalışmada ise Cronbach alfa değeri 0,780 olarak elde edildi. Fazla kilolu/obez çocukların toplam skorları, normal kilolu çocukların toplam skorundan anlamlı olarak daha yüksekti. Ölçek toplam skoru, çocuğun kilo durumunu % 71 başarı ile belirleyebiliyordu.

Sonuç: Elde ettiğimiz geçerlik ve güvenilirlik değerleri, Ailedeki Yeme ve Aktivite Alışkanlıkları Ölçeği'nin benzer bir Türkiye örnekleminde kullanılabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: ailedeki yeme ve aktivite alışkanlıkları ölçeği, çocukluk çağı obezitesi, FEAHQ-R

Geliş tarihi / Received: 10.12.2023 Kabul tarihi / Accepted: 13.05.2024

¹Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Çukurova University, Adana, Türkiye

²Department of Biostatistics, Faculty of Medicine, Çukurova University, Adana, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gizem ASLAN, Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Çukurova University, Adana, Türkiye
E-posta: gizemaslan0191@gmail.com Tel: +90538 235 10 89

Aslan G, Kurdak H, Ünal İ. *Turkish Validity and Reliability of Family Eating and Activity Habits Questionnaire*. TJFMPC, 2024; 18 (3) :327-335

DOI: 10.21763/tjfmpe.1402728

Introduction

Overweight and obesity in childhood is a common and severe health problem worldwide. Obesity prevalence in childhood has increased compared to the previous years. According to World Health Organization data, over 390 million people aged 5-19 are overweight or obese.¹ A meta-analysis of prevalence studies from different regions in Türkiye published in 2000-2020 showed that children's obesity prevalence increased from 2,9% to 13,5%.² With the increase in obesity prevalence in children, many health problems of adulthood have started to emerge in children.³ The primary health problems obese children may face are cardiovascular diseases (high blood pressure, dyslipidemia, left ventricular dysfunction), insulin resistance, asthma, and being obese in adulthood.⁴ Additionally; obese children have a worse quality of life and a higher risk of premature death.^{5,6}

The nutritional circumstances at home significantly determine the child's nutritional habits and weight status.⁷ Parents affect the development of children's eating behaviour through the eating environment they provide at home, the foods they allow, and the way they feed their children.⁸ It was demonstrated that environmental and behavioural factors such as home food environment, visibility and availability of foods, eating pace, eating while watching television, and eating with family or alone play a role in developing dietary patterns and obesity in childhood.^{3,7,9,10,11,12} Although there are valid and reliable questionnaires about childhood obesity in Türkiye, a questionnaire that can evaluate parents and children together in terms of environmental and behavioural factors about eating and physical activity can't be reached in our literature search.

Golan and Weismann developed the Family Eating and Activity Habits Questionnaire (FEAHQ) in 1998 to define the factors that cause childhood obesity and monitor environmental changes in weight loss and behavioural modifications of the family. After fifteen years, its revised version (Family Eating and Activity Habits Questionnaire-Revised) was published.^{13,14}

Family Eating and Activity Habits Questionnaire-Revised (FEAHQ-R) is a 32-item self-reported instrument that aims to evaluate obesogenic factors in a home environment, each of the family members' dietary and physical activity patterns, and stimulus control related to eating. The researchers conducted the original study of the questionnaire with parents of children aged 6-12. The responding parent is asked to answer the items referring to themselves, their spouse, and the child. Thus, it allows us to assess families rather than just a child. FEAHQ-R consisted of four scales: Leisure time activities (items 1-4), eating habits and style (items 5-16), hunger and satiety cues (items 17-19), and stimulus exposure and control (items 20-32). The questionnaire is scored by summing up the scores of all items. Two items about physical activity (items 2 and 3) were scored reversely. Higher questionnaire scores signify more obesogenic family environment and eating-physical activity patterns.

Since family eating and activity habits considerably influence children's obesity, we assumed that health professionals might benefit from the FEAHQ-R that can promptly evaluate the environmental and behavioural factors. This study aimed to evaluate the Turkish validity and reliability of FEAHQ-R and its applicability in the Türkiye sample.

Method

Study design

The study was designed in two steps. A pilot study evaluated whether questionnaire items are understandable and whether the questionnaire works. In the main study, the questionnaire's validity and reliability were controlled, and its suitability for the Turkish community was studied.

After receiving permission from the original author via e-mail, and institutional permission from the Türkiye Republic Adana Governorship National Education Department, the study was approved by the Cukurova University Medicine Faculty Non-Invasive Clinic Studies Ethic Committee (reference no:47, date:01/06/2018).

Translation And Cultural Adaptation

Five experts who speak fluent English and Turkish translated the original questionnaire into Turkish. The researchers obtained one Turkish version from these translations. This Turkish version was translated into English again by five different experts and was obtained one English translation from these. This English translation was compared with the original questionnaire, and no significant meaning change was detected. A different family medicine academician who studies similar topics evaluated the translation and participants of the pilot study also gave feedback. After these steps, statements that may be difficult to understand and orthographic formation were appropriately changed, and the final form of the questionnaire (shown in the Appendix) was obtained.

Data Collection

After statistical analysis, the pilot study was planned to apply the questionnaire to parents of 40 children (20 parents of normal-weight children and 20 parents of overweight/obese children). In the main study, it was aimed to reach parents of 300 children (150 parents of normal-weight children and 150 parents of overweight/obese children).

Participants were selected from 6-12-year-old children's parents who voluntarily participated in the study. Participants were chosen from mothers or fathers of children who are not on systemic steroids or do not have any metabolic diseases, or hormonal disorders. Children whose parents don't live together on a special nutrition treatment, BMI-for-age at less than the 5th percentile, parents who could not answer the questionnaire because of a psychiatric or mental problem, and immigrants were not included in the study.

The pilot study participants were chosen from parents of ages 6-12 children who study in three different schools (primary or secondary schools) in Adana from three different neighbourhoods with low, average, or high socioeconomic status. Parents were invited to the school; the questionnaire was applied to the ones who accepted to participate in the study and signed informed consent forms. Then, feedbacks were taken, and the same participants were invited to retest after three weeks. The participants were informed about healthy eating and physical activity behaviours and informative brochures were distributed after the retests. Parents of children who detected problems were notified and invited to Cukurova University Medicine Faculty Family Medicine Department's outpatient clinic.

Participants of the main study were chosen from both parents of children who study in primary and secondary schools in different regions of Adana, and parents of children aged 6-12 who come to University Hospital Pediatrics outpatient clinic in February-March 2019. In the schools, parents were invited to the school and informed about the study. The ones who agreed to participate in the study filled out the questionnaire after signing informed consent forms. The researchers shared knowledge on healthy eating and physical activity behaviours, and informative brochures were distributed. In the hospital, parents of children were informed about the study, and those who agreed were included. After the completion of the questionnaires, informative brochures were also provided for the participants in the hospital. All the participants who had problems were informed and invited to the Family Medicine outpatient clinic.

According to their body mass index (BMI), the children were grouped as normal-weight and overweight/obese. According to Turkish children's BMI reference values defined by Neyzi et al. in 2008¹⁵; children whose BMI-for-age was at the 5-84th percentile were accepted as normal-weight, at the 85-94th percentile as overweight, greater than the 95th percentile as obese. In schools that had already taken the height and weight measures of children, the values were used. In schools that had not taken the measurement, the values we measured were used. In the hospital, the values measured during the physical examination were used.

Statistical Analysis

Categorical variables were expressed as numbers and percentages, whereas continuous variables were summarized as mean and standard deviation. A Chi-square test was used to compare categorical variables between the groups. The normality of distribution for continuous variables was confirmed with the Shapiro Wilk test. For the comparison of questionnaire scores (total and sub-scores) between the groups, the Student's t-test was used. To evaluate the correlations between questionnaire scores and other variables, Pearson's Correlation Coefficient was used. Internal consistency was measured using Cronbach α . Binary logistic regression analysis was applied to calculate the variation in the groups explained by the questionnaire. A receiver operator characteristic (ROC) curve analysis was used to measure the performance of FEAHQ-R in the classification of the groups. All analyses were performed using the IBM SPSS Statistics Version 20.0 statistical software package (IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp. 2011). The statistical level of significance for all tests was 0.05.

Results

The pilot study was performed on 64 participants; 30 were normal-weight children's parents, 11 were overweight children's parents, and 23 were obese children's parents. 45 of 64 participants (n=25 were normal-weight children's parents and n=20 were overweight/obese children's parents) completed both pretest and retest in full. 19 participants had at least one missing data in the pretest, the retest, or both. During analysis, conjectural values were not given to the missing data; each item was analyzed from answered values without considering the missing data. Participants were divided into two groups: normal-weight children's parents and overweight/obese children's parents. No significant differences were noted for age, income, and sex between normal-weight and overweight/obese groups ($p=0,77$, $p=0,18$, $p=0,178$, respectively).

The item score was obtained from the arithmetic sum of each item's answer for mother, father, and child while calculating the test score. 2nd and 3rd items, which reflect physical activity, were valued negatively. 29th, 30th, 31st, and 32nd items were calculated reversely and completed to four. The questionnaire score was obtained by adding scores of all items. Higher scores were considered as "more obesogenic" eating and activity patterns.

Pearson correlation analysis showed a high correlation between pretest and retest scores of pilot study participants ($r=0,761$, $p<0,001$). Internal consistency was calculated for pretest and retest, and the results were highly consistent. Cronbach's α was 0,787 for the pretest and 0,816 for the retest. When participants were grouped as normal-weight and overweight/obese, the pretest-retest correlation was obtained as $r=0,744$ for the normal-weight

group and $r=0,770$ for the overweight/obese group ($p<0.001$ for both). When internal consistency was examined for the pretest, Cronbach's α was 0,749 for the normal-weight group and 0,731 for the overweight/obese group. When the same examination was done for the retest, Cronbach's α was 0,851 in the normal-weight group and 0.780 for the overweight-obese group, which were highly consistent (Table 1).

Table 1. Internal consistency and Pearson correlation analysis findings for the pilot study

	Cronbach's α values		r values
	Pretest:	Retest:	
All participants	0,787*	0,81*	0,761 ($p<0,001$)**
	0,749*	0,851*	
Normal-weight group	0,731*	0,780*	0,770 ($p<0,001$)**
	0,742*	0,767*	

*Cronbach's α test

**Pearson correlation analysis (2-tailed significance)

As the result of the pilot study, it was observed that the questionnaire could be filled consistently by the participants, and then the main study was started.

In statistical analysis, the main study was aimed to be conducted with 300 participants (150 normal-weight, 150 overweight/obese children's parents) with 80% power. The study reached 240 participants. However, a post-hoc analysis of these participants revealed 99,9% power. Thus, it was decided that the sample size was sufficient.

The main study involved 240 parents; 120 were normal-weight children's parents, 48 were overweight children's parents, and 72 were obese children's parents. The children were divided into two groups of 120 each, as normal-weight and overweight/obese groups. No significant differences were noted for age and sex between groups ($p=0,67$, $p=0,61$, respectively). In both groups, 16,7% ($n=20$) of the questionnaires were completed by fathers, and mothers completed 83,3% ($n=100$) of them.

Cronbach's α value, calculated from the total scores of participants' answers in the main study, was 0,780. When each group's total scores were calculated, Cronbach's α was obtained as 0,742 for the normal-weight group, and 0,767 for the overweight/obese group. When the difference between the total scores of the two groups was examined, the mean score of the overweight/obese group ($64,28 \pm 22,82$) was significantly higher than the normal-weight group ($46,28 \pm 21,95$) ($p=0,001$). (Table-2)

Table 2. Internal consistency and test score findings for the main study

	Cronbach's α values	Mean test scores
Normal-weight group	0,742*	46,28 \pm 21,95**
Overweight-obese group	0,767*	64,28 \pm 22,82**

*Cronbach's α test

**Numerical variables were summarized as mean and standard deviation.

In the original study, the researchers divided the questionnaire into four subscales: Leisure time activities (A subscale: items 1–4), eating habits and style (B subscale: items 5–16), hunger and satiety cues (C subscale: items 17–19), exposure and availability of problematic foods and stimulus control (D subscale: items 20–32). When factor analysis was studied for values obtained from this present study, the factors were not coherent with the original study. In this study, when we examined the scores as four subscales, just like the original study, there were statistically significant differences between normal-weight and overweight/obese groups for three subscales except leisure time activities (Table 3).

Table 3. Subscale scores of normal-weight and overweight/obese groups

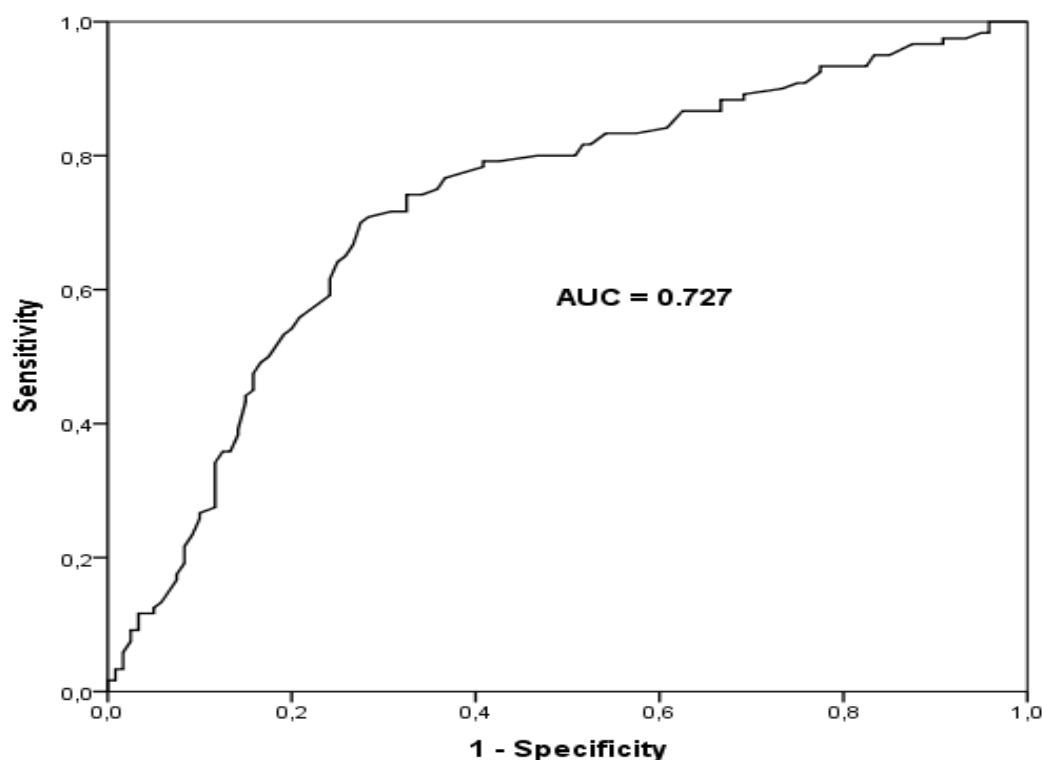
Subscale	Normal-weight group subscale score	Overweight-obese group subscale score	p value
A subscale (items 1-4)	0,34 \pm 10,84*	2,21 \pm 10,25*	0,170**
B subscale (items 5-16)	26,19 \pm 14,23*	35,88 \pm 15,46*	0,001**
C subscale (items 17-19)	5,60 \pm 3,74*	6,82 \pm 4,02*	0,016**
D subscale (items 20-32)	14,15 \pm 4,98*	19,38 \pm 6,75*	0,001**

*Numerical variables were summarized as mean and standard deviation.

**Independent samples T-test

Binary logistic regression analysis was studied to evaluate the questionnaire's validity, and it was demonstrated that the total score could classify being overweight/obese status with 71% success (accuracy: 71%, $R^2=0,14$). One point increase in total score caused a 3,7% increase in being overweight/obese risk. Correct classification success of the subscale score was found as 72,5% ($R^2=0,20$). After item-based regression analysis, the 2nd, 5th, 8th, 20th, 24th, and 31st items were determined as the most decisive items in estimating whether the child is overweight/obese. In the classification of these items, the success rate was 75,4% ($R^2=0,28$). The highest R^2 value was obtained from the item-based analysis.

Receiver operating characteristic (ROC) analysis was applied to determine a cut-off for the total questionnaire score to determine the child's overweight/obesity. After analysis, it was assigned that when the cut-off was received as 50, it demonstrated 74% sensitivity and 67% specificity (Figure 1).



*Receiver operating characteristic analysis

Figure 1. ROC* analysis graphic for the main study

Discussion

A questionnaire that can analyze the factors that affect childhood obesity as the family environment, home food environment, and family activity habits, may help prevent and treat weight problems in children. In this study, studying Turkish validity and reliability of a present questionnaire was preferred rather than developing a new questionnaire because of the limited project period. Furthermore, it was considered that studying a questionnaire in a foreign language can enable to make comparison with other studies from different populations. When questionnaires used worldwide were perused, FEAHQ-R was considered appropriate for the project aim and was chosen as a potentially useful questionnaire in the Turkish community.

Firstly, in the pilot study, the pretest was found highly consistent (Cronbach's alpha=0,787, for retest=0,816), and there was a high correlation between pretest and retest ($r=0,761$, $p<0,001$). In the main study with a broader sample, Cronbach's alpha value was obtained as 0,780, demonstrating the questionnaire's reliability. Accuracy, which shows the questionnaire's validity, was 71%, and it was a high value.

In the pilot study, there were missing data in 30% of questionnaires. These data were considered to determine which items were overlooked. It was determined that item 16 was mostly left blank. When the 16th question's typesetting changed (the parents were asked to mark the appropriate choice instead of writing the answer to the box on the right), the problem was resolved. Thus, in the main study, there were no missing data.

Before the main study, in statistical analysis, the aim was to reach 300 participants (150 normal-weight, 150 overweight/obese children's parents) with 80% power. The aimed sample size could not be obtained because of

various causes, as participants could not meet the participation criteria or did not accept participation in the study. Nevertheless, a post-hoc power analysis was done with answers from 240 participants, and it was found as 99,9%. Therefore, the sample was determined as satisfactory.

In this study, the most significant effect on determining a child's weight status was demonstrated in the item-based analysis. The 2nd, 5th, 8th, 20th, 24th, and 31st items were stated as the most determining items. Especially the 20th and 24th items showed a very high correlation. In the second item, leisure time activities, in 5th item eating while standing, in 8th item eating when bored, in the 20th and 24th items snacks at home, in the 31st item eating snacks with children were examined. It can be considered that the factors examined in these items play an essential role in developing weight problems in children of our population, and these areas should be taken care of in struggling with obesity.

FEAHQ is an evaluation tool that can measure the obesogenic environment at home in some weight control programs in England, the United States of America, and Israel.¹⁴ The questionnaire was used to measure eating behaviors in children and home environments in many studies from different countries. In a systematic review that evaluates measuring tools used for childhood obesity interventions, FEAHQ was mentioned as "has strong results for responsiveness, but needs further testing because of showing poor reliability in a small sample and cross-cultural validity not clear".¹⁶ In the literature review of Rendina et al. about evaluation methods of the obesogenic environment in children and adolescents; FEAHQ was evaluated as vital for being a standard questionnaire, being brief and easy to apply, having appropriate questions to the objectives, being used in European countries; and it was evaluated as limited for being slightly used and making generic and/or particular data analysis.¹⁷

In this study, FEAHQ-R, a revised form of FEAHQ, was used. Erdem, Engin, and Kuşuoğlu studied Turkish validity and reliability of FEAHQ within the scope of a thesis study under the name of "Aile Yeme ve Aktivite Alışkanlıkları Anketi" in 2012.¹⁸ In Erdem et al's study, only internal consistency, content validity, and test-retest reliability were studied. In subscales, Cronbach's α values were calculated between 0,23–0,73; r values in the test-retest reliability were calculated between 0,43–0,74. Except for the relevant thesis study, any other study this questionnaire used could not be found in our literature search. In Erdem et al's study, Cronbach's α and correlation values were found relatively low. Discrimination power was not calculated; regression analysis was not studied. In 2014, an updated version of FEAHQ (FEAHQ-R) was published. Because of these reasons, in our study, the Turkish validity and reliability of FEAHQ-R were studied.

The questionnaire will reflect the truth to the extent that it is correctly completed as it evaluates based on the person's statement completing it. Since the information obtained in the study includes recent information due to the individual's recall factor, it may be too assertive to say that these are direct risk factors for obesity. However, since the content of the questions asked consists of features that are not thought to change depending on time and development, it can be assumed that the recent information is the result of a long-standing habit in the person.

Strength Of The Study

The questionnaire we used is unique in evaluating parents and children while determining children's weight status and measuring home environment, eating patterns, and physical activity habits altogether. The participants who reflect the sample population were chosen from different socioeconomic statuses; the questionnaire was applied to the individuals who may reflect society according to its purpose. The translations of the experts were used in the language equivalence. However, the feedback was also taken from the pilot study participants, and expressions were revised understandably for different individuals in society. The similarity between children's age and gender in the pilot and main studies supports that the results are valid and reliable regardless of these factors. The questionnaire text was prepared as a single duplex page and in a simple appearance. Further, during the study, steps were taken to treat and prevent childhood obesity.

Limitations Of The Study

The original study examined whether the questionnaire was appropriate for monitoring the behaviors and habits of obesity (predictive validity). FEAHQ-R was administered to families with overweight/obese children included in the weight control program at the beginning and end of the program. It was stated that the improvement in questionnaire scores was associated with the child's weight loss. However, in this study, the monitoring power of the questionnaire could not be evaluated. In factor analysis, the subscales we obtained were not congruent with the subscales in the original study. The number of subscales we found was higher than in the original study. While some of the schools where the study was conducted measured height and weight, others did not. In the schools that did not take the measurement, the researchers took height and weight measurements; in the schools that took the measurement, the school's values were used. Re-measurement might lead to resistance development and sensitization about their weight, especially in children with a weight problem. So, it was considered that taking the values at the school without repeating the measurement was more appropriate.

Conclusion

When the questionnaire was evaluated generally, it can be assumed that it is consistent, reliable, valid, and understandable. The questionnaire seems to be ready to use with the validity and reliability values we demonstrated.

Repeating this study in larger populations and with different ethnicities can reflect Turkish society better. Validity and reliability studies can be reproduced for different age groups. Behavior monitoring power should be studied to demonstrate the predictive validity of the questionnaire.

The questionnaire can be considered a practical assessment tool administered in primary care and filled in by the parents. It can give the physician information about which areas are disrupted, especially in children with weight problems.

Acknowledgements

This study was supported by Cukurova University Scientific Research Projects in data collection and the writing process of the report (Project number: TTU-2018-11131).

References

1. World Health Organization. Obesity and overweight fact sheet. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Accessed: 01.04.2024
2. Meşe Yavuz C. Prevalence and Trends of Overweight and Obesity Among Children and Adolescents in Turkey: A Meta-analysis. *International Journal of Human and Health Sciences* 2023; 7(1).
3. Akabas SR, Lederman SA, Moore BJ, Eds. Textbook of Obesity: Biological, Psychological and Cultural Influences. First Edit. John Wiley&Sons, Ltd; 2012.p5-41.
4. Reilly JJ, Methven E, McDowell ZC, Hacking B, Alexander D, Stewart L, Kelnar CJH. Health consequences of obesity. *Arch Dis Child* 2003; 88(9):748-752. doi:10.1136/adc.88.9.748
5. Franks PW, Hanson RL, Knowler WC, Sievers ML, Bennett PH, Looker HC. Childhood obesity, other cardiovascular risk factors, and premature death. *N Engl J Med* 2010; 362(6):485-493. doi:10.1056/NEJMoa0904130
6. Ul-Haq Z, MacKay DF, Fenwick E, Pell JP. Meta-analysis of the association between body mass index and health-related quality of life among children and adolescents, assessed using the pediatric quality of life inventory index. *J Pediatr* 2013; 162(2):280-286. doi:10.1016/j.jpeds.2012.07.049
7. Rosenkranz RR, Dziewaltowski DA. Model of the home food environment pertaining to childhood obesity. *Nutr Rev* 2008; 66(3):123-140. doi:10.1111/j.1753-4887.2008.00017.x
8. Costa A, Oliveira A. Parental Feeding Practices and Children's Eating Behaviours: An Overview of Their Complex Relationship. *Healthcare* 2023; 11(3):400. <https://doi.org/10.3390/healthcare11030400>
9. Garcidueñas-Fimbres TE, Paz-Graniel I, Nishi SK, Salas-Salvadó J, Babio N. Eating Speed, Eating Frequency, and Their Relationships with Diet Quality, Adiposity, and Metabolic Syndrome, or Its Components. *Nutrients*. 2021; 13(5):1687. <https://doi.org/10.3390/nu13051687>
10. Avery A, Anderson C, McCullough F. Associations between children's diet quality and watching television during meal or snack consumption: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2017 Oct;13(4):e12428. doi:10.1111/mcn.12428.
11. Glanz K, Metcalfe JJ, Foltz SC, Brown A, Fiese B. Diet and Health Benefits Associated with In-Home Eating and Sharing Meals at Home: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Feb 7;18(4):1577. doi:10.3390/ijerph18041577.
12. Bassul C, A Corish C, M Kearney J. Associations between the Home Environment, Feeding Practices and Children's Intakes of Fruit, Vegetables and Confectionary/Sugar-Sweetened Beverages. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Jul 5;17(13):4837. doi:10.3390/ijerph17134837
13. Golan M, Weizman A. Reliability and validity of the Family Eating and Activity Habits Questionnaire. *Eur J Clin Nutr* 1998; 52(10):771-777. doi:10.1038/sj.ejcn.1600647
14. Golan M. Fifteen years of the Family Eating and Activity Habits Questionnaire (FEA HQ): an update and review. *Pediatr Obes* 2014; 9:92-101. doi:10.1111/j.2047-6310.2013.00144.x
15. Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2008; 51:1-14.
16. Bryant M, Ashton L, Brown J, Jebb S, Wright J, Roberts K, Nixon J. Systematic review to identify and appraise outcome measures used to evaluate childhood obesity treatment interventions (CoOR): Evidence of purpose, application, validity, reliability and sensitivity. *Health Technol Assess (Rockv)*. 2014; 18(51):1-380. doi:10.3310/hta18510
17. Rendina D, Campanozzi A, De Flippo G the SINU Working Group on Nutritional Surveillance in Adolescents. Methodological approach to the assessment of the obesogenic environment in children and adolescents: A review of the literature. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2019; 29(6):561-571.
18. Erdim L. Fazla Kilolu Çocuklara Yönelik Beslenme ve Egzersiz Programının Etkisi. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2012.p46-47,156-162.

Appendix: Turkish version of Family Eating and Activity Habits Questionnaire-Revised

A. Boş zaman etkinlikleri	Anne	Baba	Çocuk
1. Günde toplam kaç saatini televizyon izleyerek ya da bilgisayar oyunu oynayarak geçirirsiniz?			
2. Haftada kaç kez boş zaman değerlendirme için veya hobilerinizle ilgili aktivite programlarına (sosyal ortamlar veya kurslara) katılırsınız?			
3. Haftada ortalama kaç saat fiziksel aktivite yaparsınız? (bisiklete binmek, yürüyüş yapmak, yüzmek, jimnastik, toplu oynanan oyunlar, dans, tenis, diğer)			
4. Yalnızken ve bir işle meşgul değiken sıklıkla ne yaparsınız? 0- hiçbir zaman 1- çok nadiren 2- bazen 3- sıklıkla 4- her zaman			
B. Yeme alışkanlıkları ve tarzı			
Her biriniz, aşağıdaki davranışları ne sıklıkta yaparsınız? 0- hiçbir zaman 1- çok nadiren 2- bazen 3- sıklıkla 4- her zaman	Anne	Baba	Çocuk
5. Ayakta durarak yemek			
6. Doğrudan tencere/tavanın içinden yemek			
7. Televizyon izlerken, okurken, çalışırken yemek			
8. Can sıkıntısından yemek			
9. Sinirliken ya da kötü bir ruh halindeyken yemek			
10. Öğünler arasında düzensiz bir şekilde bir şeyler yemek			
11. Akşam geç saatte ya da gece yemek			
12. Oturma odası/ televizyon odası/ çalışma odasında yemek			
13. Yatak odasında yemek			
14. Yemekten ikinci tabağı ne sıklıkta istersiniz ya da alırsınız?			
15. Sizinle aynı yaştaakilere kıyasla yeme hızınızı nasıl değerlendirirsiniz? 1- Yavaş 2- Orta 3- Hızlı			
16. Genellikle ailecek (aynı evde yaşayan aile bireylerinin çoğunun katıldığı) ne sıklıkla yemek yersiniz? Lütfen daire içine alınız 0) günde bir kezden fazla 1) neredeyse her gün 2) haftada üç kezden fazla 3) haftada bir ya da iki kez 4) daha az			
C. Açlık ve tokluk belirtileri	Anne	Baba	Çocuk
17. En çok hangi durumda yersiniz; (lütfen anne, baba ve çocuk için ayrı ayrı yanıtlayınız) 0- Acıkınca ya da yemek vakti gelince 1- Camı yemek istediğinde 2- Sevilen bir yiyeceği görünce veya kokusunu alınca			
18. Çocuğunuz bir şey yemek istediğinde ona "gerçekten aç olup olmadığını" sorar mısınız? 0- her zaman 1- bazen 2- nadiren 3- hiçbir zaman			

Lütfen arka sayfaya

	Anne	Baba	Çocuk
19. Diyelim ki yemek zamanı geldi ama henüz aç değilsiniz / çocuğunuz aç değil. Siz ne yaparsınız ve çocuğunuza ne önerirsiniz?			
0- yemeği erteler, sonra yersiniz 1- diğerleriyle birlikte oturur ama yemezsiniz 2- diğerleriyle birlikte oturur ama az yersiniz 3- diğerleriyle birlikte oturur ve her zamanki gibi yersiniz 4- Bu uygun olmayan bir soru; (ben/çocuğum zaten her zaman açtır)			
D. Sorun oluşturabilecek yiyeceklere maruz kalma, ulaşabilme ve uyaran kontrolü			
20. Aşağıdaki atıştırmalıklardan kaç tanesi genellikle evinizde bulunur? Cheetos, Tuzlu Kraker, Patates Cipsi, Ruffles, Patlamış Mısır, Çekirdek, Yer Fıstığı, Badem, Antep Fıstığı, Diğer.....			
21. Evinizde genellikle kaç çeşit şekerleme bulunur? (çikolata, çikolatalı bar, şeker, gofret, kurabiye, şekerli sakız, şekerli içecekler, diğer)			
22. Evinizde genellikle kaç çeşit hamur işi/unlu mamül/kek bulunur?			
23. Evinizde genellikle kaç çeşit dondurma/ buzlu dondurma bulunur?			
24. Haftasonları, 20-23. Maddelerde bahsedilen yiyecekleri arttırır mısınız? 0- Arttırmam 1- Birkaç adet arttırırım 2- Çok arttırırım			
25. Aileniz ne sıklıkta restoranda yemek yer ya da hazır fast-food ürünleri tüketir? 0- ayda bir kezden az 1- yaklaşık haftada bir kez 2- haftada en az iki kez 3- hemen her gün 4- günde bir kez ya da daha fazla			
26. Çocuğunuz sizin izniniz olmadan ne ölçüde atıştırmalık ya da şekerleme tüketebilir? 0- hiçbir zaman 1- nadiren 2- bazen 3- sıklıkla 4- her zaman			
27. Atıştırmalıkları veya şekerlemeleri genellikle evinizin neresinde bulundurusunuz? 0- gizli bir yerde 1- bilinen fakat göz önünde olmayan bir yerde 2- ulaşılabilir bir yerde			
<i>Ne sıklıkta: 0-hiçbir zaman 1-çok nadiren 2-bazen 3-sıklıkla 4-her zaman</i>			
28. Çocuğunuz ne sıklıkta kendi şekerlemelerini satın alır?			
29. Siz ya da eşiniz ne sıklıkta çocuğunuzla birlikte kahvaltı yaparsınız?			
30. Siz ya da eşiniz ne sıklıkta çocuğunuzla birlikte öğle yemeği yersiniz?			
31. Siz ya da eşiniz ne sıklıkta çocuğunuzla birlikte öğleden sonra ara öğün yersiniz?			
32. Siz ya da eşiniz ne sıklıkta çocuğunuzla birlikte akşam yemeği yersiniz?			



Original Research / Orijinal Araştırma

The Relationship Between The Self-Care Agency And Psychological Well-Being Of Elderly Individuals: An Example Of A Nursing Home

Yaşlı Bireylerin Öz Bakım Gücü İle Psikolojik İyi Oluşları Arasındaki İlişki: Bir Huzurevi Örneği
Burak HAYIRKUŞ¹, Ahmet ÇAPAR¹

Abstract

Aim: High levels of self-care agency of elderly individuals living in institutions have an important place in increasing their happiness, well-being, life satisfaction and quality of life. Elderly individuals with high self-care agency have higher psychological well-being. This descriptive study aimed to determine the relationship between self-care agency and psychological well-being of elderly individuals living in a nursing home.

Method: The research was conducted with a total of 84 elderly individuals, including 31 female elderly and 53 male elderly individuals between the ages of 65-93, living in a nursing home in Osmaniye between October 2023 and January 2024. Personal Information Form, Self-Care Agency Scale and Psychological Well-Being Scale were used as data collection tools.

Results: The mean total score of the Self-Care Agency Scale of elderly individuals living in nursing homes is 94,72±21,18 and the mean total score of the Psychological Well-Being Scale is 36,02± 9,59. It was determined that there was a positive and moderate relationship between self-care agency and psychological well-being ($r = 0,638$). According to regression analysis, participants' perception of self-care agency explains 40% of the total variance in well-being. Self-care agency has a significant and positive effect on psychological well-being.

Conclusion: The self-care agency and psychological well-being of elderly individuals living in nursing homes are at a moderate level. In addition, increasing self-care agency increases the level of psychological well-being.

Key words: Aged, nursing homes, self-care agency, psychological well-being

Özet

Amaç: Kurumda yaşayan yaşlı bireylerin öz bakım gücü düzeylerinin yüksek olması, onların mutluluk, refah, yaşam doyumu ve yaşam kalitesini artırmada önemli bir yere sahiptir. Yaşlı bireylerin öz bakım gücünün artırılması onların psikolojik iyi oluşlarını artırabilir. Bu tanımlayıcı çalışma, bir huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin öz bakım gücü ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkiyi belirlemeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Araştırma, Ekim 2023-Ocak 2024 tarihleri arasında Osmaniye’de bir huzurevinde yaşayan 65-93 yaş arasındaki 31 kadın, 53 erkek olmak üzere toplam 84 yaşlı ile gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalaması 94,72±21,18 ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği toplam puan ortalaması 36,02± 9,59’dur. Öz bakım gücü ile psikolojik iyi oluş arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r = 0,638$). Regresyon analizine göre katılımcıların öz bakım gücü algısı, iyi oluşa ilişkin toplam varyansın %40’ını açıklamaktadır. Öz bakım gücünün psikolojik iyi oluş üzerinde anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisi vardır.

Sonuç: Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin öz bakım gücü ve psikolojik iyi oluşları orta düzeydedir. Ayrıca yaşlı bireylerin öz bakım gücü artırsa psikolojik iyi oluşları artmaktadır.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, huzurevi, özbakım gücü, psikolojik iyi oluş

Geliş tarihi / Received: 23.01.2024 Kabul tarihi / Accepted: 21.05.2024

¹ Osmaniye Korkut Ata University, Vocational School of Health Services, Elderly Care Program, Osmaniye/TURKEY

² Osmaniye Korkut Ata University, Vocational School of Health Services, Health Care Services Department, Osmaniye/TURKEY.

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ahmet ÇAPAR. Fakiuşağı district 80000 Center, Osmaniye/Turkey
E-posta: ahmetcapar02@hotmail.com Tel: +90 (328) 827 10 00

Hayırkuş B, Çapar A. *The Relationship Between The Self-Care Agency And Psychological Well-Being Of Elderly Individuals: An Example Of A Nursing Home*. TJFMPC, 2024; 18 (3) :336-345

DOI: 10.21763/tjfmpe.1423785

Giriş

Dünya genelinde yaşlı nüfusu hızla artma eğilimi göstermekte ve günümüzde küresel yaşlı oranı %9,8'dir.¹ Türkiye nüfusu da yaşlanma eğilimindedir ve ülkemizde yaşlı nüfus oranı 2017 yılında %8,5 iken, 2022 yılında %9,9'a çıkmıştır.² Bununla birlikte son yıllarda Türkiye'de nüfusun ve kentlere göçlerin artması, kadınların eğitim ve iş hayatına girmesi, çekirdek aile anlayışının önemsenmesi, geniş aile sayısının azalması ve bunun sonucunda konutların küçülmesi, iktisadi ve ekonomik sorunlar, yaşlı bireyin evde bakımının zorlaşması, gençlerin yaşlılara yönelik bakış açısının değişmesi ve nesiller arası iletişim sorunlarının ortaya çıkması; yaşlı bireylerin kurumsal bakım ihtiyacını zorunlu kılmış ve kurumsal bakım ihtiyacını artırmıştır.^{2,3} Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına bağlı huzurevlerinde bakılan yaşlı sayısı 2002 yılında 4,952 iken bu sayı 2,8 kat artarak 2020 yılında 13,970 olmuştur. Ayrıca huzurevi kapasitesi 2002 yılından 2020 yılına kadar 2,4 kat artmıştır.²

Orem'in Öz Bakım Kuramında öz bakım gücü, "Sağlığın sürdürülmesi ve iyileştirilmesine yönelik öz bakım davranışlarını düzenleme, öz bakım ile ilgili konularla ilgilenme, anlama ve kavrama, düzenlenen etkinlikleri gözleme, bilgiyi kullanma, karar verme ve verilen kararı uygulama başarısına yönelik bireysel kabiliyettir" olarak belirtilmiştir. Farklı bir ifade ile, kişinin yaşamını, sağlık ve iyi olma durumunu devam ettirmek amacıyla sağlık etkinliklerini başlatma ya da uygulama yeteneğidir.⁴ Öz bakım gücü artıkça mutluluk, refah ve iyi oluş düzeyi, yaşam doyumu, yaşam kalitesi artmakta, hastaneye yatış ve acil hizmetleri kullanma gereksinimi azalmaktadır.⁵⁻⁷

Yaşlılık ve yaşlı bireylerin kurum bakımındaki artış oranıyla ilgili çeşitli sonuçlar bu bireylerin öz bakım gücünü etkilemektedir. Yaşlı bireylerde, ileri yaşta olma, sosyal güvencenin olmaması, gelirin düşük olması, kronik hastalığın olması, görme ve işitme kaybı olması, günlük aktivitelerinde başkasına bağımlı olma, düzenli ilaç kullanma ve günde beşten fazla ilaç kullanma, eğitim düzeyinin düşük olması, kırsalda yaşama (köy vb.) gibi faktörler öz bakım gücünü azaltır.^{8,9} Ayrıca, kurumda yaşayan yaşlı bireylerin öz bakım gücünü; ileri yaş, kadın cinsiyeti, ziyaretçisi olmama, yalnızlık, yorgunluk, yaşlılığı hastalık olarak algılama, sağlık durumunu olumsuz değerlendirme, huzurevinde kalmayı olumsuz değerlendirme, uyku sorunları yaşama, sosyal güvencenin olmaması gibi faktörler etkilemektedir. Bu özellikleri taşıyan bireylerin öz bakım gücü daha düşüktür.^{5,9,10} Yapılan çalışmalar da kurumda kalan yaşlı bireylerin öz bakım gücünün düşük olduğunu göstermektedir.^{5,7}

Psikolojik iyi oluş kişilerin olumlu düşünce ve duygularla hayatlarını olumlu değerlendirmesidir.¹¹ Psikolojik iyi oluş bireysel hedefleri ve gelişimi sürdürebilme, diğer insanlarla anlamlı ilişki kurabilme yeteneklerinin bütünüdür.¹² Psikolojik iyi oluş; kişilerin hayatlarına sağlıklı ve daha uzun bir yaşam sürdürme, etkili sosyal ilişki kurma, iş-performansta artma ve gelirden artma gibi katkılar sağlar.¹³ Psikolojik iyi oluş düzeyleri yüksek olan bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları daha iyidir. Yapılan çalışmalar psikolojik iyi oluşu yüksek olan kişilerin daha sağlıklı beslendiklerini, hipertansiyon, diyabet gibi kronik hastalıklara daha az sahip olduklarını, sosyal ilişkilerinin daha fazla olduğunu göstermektedir.¹⁴⁻¹⁶ Yaşam doyumu, mutluluk ve yaşamda bir amacın olması, psikolojik iyi oluşla yakından ilişkilidir. Bu durum sağlığın korunmasında ve yaşam süresinin daha uzun olmasında koruyucu bir rol oynar.¹⁷ Yaşlılık ve yaşlı bireylerin kurum bakımındaki artış oranı, bu bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerini etkilemektedir. Yaşlı bireylerin psikolojik iyi oluşları yaşa bağlı gelişen kayıplar (ölüme yaklaşma, eş/akran ölümü, kronik hastalıklar, özerkliğin azalması), hayal kırıklığı, acı, öz saygının ve sosyal desteğin düşük olması, kadın olmak gibi faktörlerden olumsuz etkilenir.^{18,19} Kurumda kalan yaşlı bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerini düşük ekonomik düzey, kadın olma, düşük eğitim düzeyi, aile üyelerinin bakım desteğinin az olması, uygun tıbbi bakımın yetersizliği ve finansal yetersizlikler, sosyal izolasyon ve yalnızlık, özerkliğin azalması gibi faktörler azaltır.^{20,21}

Yapılan çalışmalar kurumda yaşayan yaşlı bireylerin psikolojik iyi oluşlarının, kurumda yaşamayanlara göre daha düşük olduğunu göstermektedir. Cesetti ve ark (2017) "Huzurevlerinde Yaşayan Yaşlı Bireylerde Refahın Teşvik Edilmesi: Anlatı Stratejileriyle Kontrollü Bir Pilot Müdahale" adlı çalışmalarında, huzurevlerinde yaşayan yaşlı bireylerin toplum içinde yaşayanlara göre daha düşük düzeyde psikolojik refah düzeyine sahip olduğunu bulmuşlardır.²² Ergin ve ark. (2023), huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının yalnızlık ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisini inceledikleri çalışmada, yaşlı bireylerin psikolojik iyi oluş düzeyleri artıkça yalnızlık düzeylerinin azaldığını tespit etmişlerdir.²⁰

Psikolojik iyi oluş, yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen önde gelen faktördendir.¹¹⁻¹³ Öz bakım gücünün yüksek olması da kişilerin mutluluk, refah ve iyi oluş düzeyi, yaşam doyumu, yaşam kalitesini artırmaktadır.^{4,6,7} Literatürde huzurevinde yaşayan yaşlıların öz bakım gücü ve psikolojik iyi oluşlarını değerlendiren çeşitli çalışmalar olmasına karşın, bu çalışmaların sayısının oldukça sınırlı olduğu görülmüştür.²³ Yaşlı nüfus oranının ve çeşitli faktörlerle ilgili olarak yaşlı bireylerin kurum bakım ihtiyaçlarının arttığı göz önünde bulundurulduğunda, kurumda yaşayan yaşlı bireylerin yaşam doyumu ve işlevselliklerinin artırılması, önemli sağlık bakım hedeflerindedir. Araştırmamız sonuçlarının bu yönüyle literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu araştırma, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin öz bakım gücü ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin öz bakım gücü ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla kesitsel-tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma, Osmaniye ilinde bulunan bir huzurevinde yapılmıştır. Osmaniye merkezde bulunan bu birim 107 yaşlıya hizmet verebilecek kapasitededir. Bu huzurevi 36 kişilik kadın bölümü, 55 kişilik erkek bölümü ve özel bakıma ihtiyaç duyan yaşlılar için 16 kişilik özel bölümü ile hizmet vermektedir. 01.10.2023 tarihi itibarı ile 101 yaşlı bireye hizmet vermektedir. Araştırmanın verileri 01.10.2023-15.01.2024 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini ilgili huzurevinde yaşayan 101 yaşlı birey oluşturmaktadır. Araştırmada huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerden 6 kişi demans, 3 kişi mental retardasyon, 1 kişi şizofreni tanısı almış olması, 5 kişi araştırmaya katılmayı kabul etmemesi, 2 kişi anketleri yanıtlarken çalışmadan ayrılması nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir. 65 yaş ve üstü huzurevinde yaşayan bireyler araştırmaya dahil edilirken, iletişimi engelleyecek aktif fiziksel sorunu olan ve bilişsel ve zihinsel (demans, mental retardasyon) engeli olan bireyler çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın evrenindeki 17 kişi araştırma kriterlerine uymadığı için araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmanın örneklemi araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 84 yaşlı birey oluşturmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada, katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan “Kişisel Bilgi Formu”, “Öz Bakım Gücü Ölçeği” ve “Psikolojik İyi Oluş Ölçeği” kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu; Konu ile ilgili literatür incelenerek araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Form, yaşlı bireylerin sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, meslek vb.) ve huzurevindeki yaşamlarına ilişkin özellikleri sorgulayan 11 sorudan oluşmaktadır.

Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ); Ölçek insanların kendi kendilerine bakma yeteneklerini belirlemek amacıyla Kearney ve Fleischer (1979) tarafından geliştirilmiştir. 35 maddeden oluşan ölçekte alt boyutlar bulunmamakla birlikte, her bir madde 0'dan 4'e kadar puanlanmış olup 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki 8 (3,6,9,13,19,22,26,31) madde tersten değerlendirilmekte ve ölçekten elde edilebilecek puan 35-140 arasındadır. Puanların artması öz-bakım gücünün yüksek olduğunu gösterir. Ölçeğin Türkçe Geçerlik Güvenirlik çalışması Nahçıvan (1993) tarafından yapılmıştır. Nahçıvan (1993) yaptığı Türkçeye uyarlama çalışmasında, dil geçerliliği, faktör yapı geçerliliği ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla Varyans Analizi, t testi, Kuder Richardson 20 güvenirliliği, madde toplam puan korelasyonu ve faktör analizlerini kullanmıştır. Nahçıvan (1993) ölçeğin dil farklılıkları açısından istatistiksel olarak karşılaştırılan ölçeklerin birbirine çok benzediğini, yüksek iç tutarlılığa sahip olduğunu, dört faktörlü çözümlenmeye uygun bir faktör yapısı gösterdiğini ve test tekrar test korelasyonları 0,80 ile 0,90 arasında olduğunu saptamıştır. Ölçeğin güvenirlilik çalışmasında Cronbach alfa katsayısını 0,92 bulmuştur.²⁴

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOÖ); Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, Diener ve arkadaşları (2010) tarafından sosyo-psikolojik iyi oluşu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. 8 maddeden oluşan ölçeğin maddeleri, “Kesinlikle Katılmıyorum (1)” ile “Kesinlikle Katılıyorum (7)” aralığında olup 7'li likert tipidir. Alt ölçekleri ve ters kodlanan maddesi olmayan ölçeğin puanlaması toplam puan üzerinden yapılmaktadır. Ölçekten elde edilebilecek toplam puan 8-56 arasında değişmektedir. Yüksek puan bireyin birçok psikolojik kaynağa ve güce sahip olduğunu göstermektedir. Telef (2013) tarafından ölçeğin Türkçe Geçerlilik Güvenirlik çalışması yapılmıştır. Telef (2013) yaptığı Türkçe uyarlama çalışmasında, korelasyon analizi ile ölçeğin dilsel eşdeğerliğini, Kaiser Meyer Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett (Sphericity) Küresellik testi ile faktör analizine uygunluğunu, uyum indeksleri ile doğrulayıcı faktör analizine uygunluğunu, Cronbach alfa katsayısı ve test tekrar test yöntemi ile güvenirliliğini ölçmüştür. Ölçeğin İngilizce ve Türkçe formları arasında yüksek düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki olduğu, verilerin faktör analizine uygun olduğu belirlenmiştir. Ölçek maddelerinin faktör yükleri .54 ile .76 arasında olduğu tespit edilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi için uyum indeksleri incelenmiş ve ki-kare değerinin serbestlik derecesine oranının $(92.90/20 = 4.645)$ 5'in altında yeterli düzeyde bir değere sahip olduğunu tespit etmiştir. Diğer uyum indekslerinin RMSEA= 0.08, SRMR= 0.04, GFI= 0.96, NFI= 0.94, RFI= 0.92, CFI= 0.95 ve IFI= 0.95 olduğunu saptamıştır. Ölçeğin güvenirlilik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı .80 olarak hesaplanmıştır. Uyarlama çalışmasında test-tekrar test güvenirliliği çalışması sonucunda ölçeğin birinci ve ikinci uygulaması arasında yüksek düzeyde, pozitif ve anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.²⁵

Verilerin Toplanması ve Değerlendirilmesi

Araştırmacı huzurevinde uygun ortamda hasta ile birebir iken araştırmanın verilerini toplamıştır. Her bir görüşme ortalama 30 dakika sürmüştür.

Verilerin analizi SPSS 22 paket programında yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı özellikler tespit etmek amacıyla aritmetik ortalama, yüzdelik ve standart sapma kullanılmıştır. ÖBGÖ ve PİOÖ normal dağılıp dağılmadıklarını belirlemek amacıyla çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiştir. Yapılan normallik analizi sonrasında her iki ölçeğin de normal dağılıma sahip olduğu belirlenmiştir. Analizlerde, Independent Samples T testi, One-Way ANOVA testi (varyans analizi), Tukey HSD testi, Pearson korelasyon analizi ve basit regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistik anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ referans alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın en önemli sınırlılığı, tek merkezde ve küçük bir örneklem grubu ile yürütülmüş olmasıdır. Psikolojik iyi oluşu etkileyen birçok faktör olmasına karşın bu çalışmada yalnızca öz bakım gücü incelenmiştir. Bu durum araştırmanın diğer bir sınırlılığı olmakla beraber genellenebilirliğinin önünde engel oluşturmaktadır. Ayrıca bu çalışma tanımlayıcı-kesitsel bir araştırma olduğundan nedensellikten söz edilemez.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Fen Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (26.05.2023 tarih ve 2023/3/1 sayılı), Osmaniye Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılan bireylere araştırmanın amacı, gizlilik ve mahremiyet ilkeleri, istedikleri zaman çalışmadan ayrılacakları ile ilgili bilgi verildikten sonra sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Bulgular

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1: Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireyler (n=84)	
	S	%
Yaş		
65-74 yaş arası	44	52.4
75-84 yaş arası	29	34.5
85 ve üzeri yaş	11	13.1
Cinsiyet		
Kadın	31	36.9
Erkek	53	63.1
Medeni durum		
Evli	8	9.52
Bekar	76	90.47
Çocuk sahibi olma durumu		
Yok	16	19.0
Var	68	81.0
Çocuk Sayınız (X±SS)	3.40±2.80	
Eğitim düzeyi		
Okur-yazar değil	22	26.1
İlkokul	50	59.5
Lise ve üstü	12	14.2
Huzurevinde kalma süresi		
0-4 yıl	53	63.0
5 yıl ve üstü	31	36.9

Tablo 1(Devamı): Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Ziyaretçisi olma durumu		
Yok	38	45.2
Var	46	54.8
Ziyaretçilerin yakınlık durumu		
Çocuklar	30	35.7
Arkadaşlar	5	6.0
Akrabalar	10	11.9
Kimse Gelmiyor	39	46.4
Sahip olunan fiziksel hastalıklar		
Hipertansiyon	25	29.8
Diyabet	7	8.3
Kalp hastalığı	9	10.7
KOAH	7	8.3
Birden fazla	30	35.7
Fiziksel hastalığım yok	6	7.1
Sahip olunan ruhsal bozukluklar		
Anksiyete	4	4.8
Depresyon	4	4.8
Uyku bozukluğu	16	19.0
Birden fazla	5	6.0
Ruhsal bozukluğa sahip değilim	55	65.5
Banyo vb. öz bakım gereksinimleri karşılama durumu		
Kendisi	36	42.8
Başkası yardımı ile	48	57.1

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin %52,4'ünün 65-74 yaş grubu arasında olduğu, %63,1'inin erkeklerden oluştuğu, %90,47'sinin bekar, %59,5'inin ilkökul mezunu olduğu, %63,0'mın 0-4 yıldır huzurevinde kaldığı saptanmıştır. Huzurevinde yaşayan bireylerin %54,8'inin huzurevinde ziyaretçisinin olduğu, ziyaretçisi olanların %35,7'sinin çocukları olduğu tespit edilmiştir. Huzurevinde yaşayan bireylerin %35,7'sinin birden fazla fiziksel hastalığı olduğu, %65,5'inin ruhsal hastalık tanısının olmadığı ve %57,1'nin öz bakım gereksinimlerini bir başkasının yardımı ile karşıladığı saptanmıştır (Tablo 1).

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin Özbakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) toplam puan ortalaması 94,72±21,18 olup ortalama puanın üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Yapılan ANOVA sonucuna göre, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin öz bakım gücü yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($F(2, 81) = 8,979; p = 0,000$). Öz bakım gücü düzeylerinin hangi yaş grupları arasında farklılık gösterdiğini belirlemek amacıyla yapılan HSD testi sonucuna göre, 65-74 yaş grubundaki yaşlı bireylerin öz bakım gücü düzeyleri ($X = 102,45, SS = 20,30$), 75-84 yaş grubundaki yaşlı bireylerin öz bakım gücü düzeylerinden ($X = 95,27, SS = 14,57$) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılan ANOVA testi sonucu huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin öz bakım gücü düzeyi ziyaretçisinin kim olduğuna ($F(3, 80) = 2,617; p = 0,057$), hangi fiziksel hastalığa sahip olduğuna ($F(5,78) = ,346; p = 0,883$) ve hangi ruhsal bozukluğa sahip olduğuna ($F(4,79) = 1,466; p = 0,220$) göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin özbakımını kendisi yapma durumuna göre öz bakım gücü düzeylerinin anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan T-testine göre, öz bakımını kendisi yapan yaşlı bireylerin ÖBGÖ toplam puan ortalamaları ($X = 100,86, SS = 22,89$) başkasının yardımıyla yapanlardan ($X = 90,12, SS = 18,76$) anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($t(82) = 2,361, p = 0,021$) (Tablo 2). Yaşlı bireylerin huzurevinde ziyaretçisi olma durumlarına göre ÖBGÖ toplam puan ortalamalarının istatistiksel anlamlılığı belirlemek için yapılan T-testine göre, ziyaretçisi olan bireylerin ($X = 99,84, SS = 18,90$) ziyaretçisi olmayanlara ($X = 88,52, SS = 22,36$) göre ÖBGÖ toplam puan ortalamalarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($t(82) = -2,515, p = 0,014$) (Tablo 2). Yaşlı bireylerin cinsiyetine göre ÖBGÖ toplam puan ortalamalarının istatistiksel anlamlılığı belirlemek için yapılan T-testi sonucunda cinsiyete göre ÖBGÖ toplam puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($t(82) = -1,074, p = 0,286$). Medeni duruma göre ÖBGÖ toplam puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($t(82) = 1,433, p = 0,156$). Çocuk sahibi olma durumuna göre ÖBGÖ toplam puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($t(82) = -1,534, p = 0,141$). Huzurevinde kalma süresine göre ÖBGÖ toplam puan ortalamalarının gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($t(82) = 1,165, p = 0,870$) (Tablo 2).

Tablo 2: Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre ÖBGÖ ve PİÖÖ Puan Ortalamaları

Değişkenler	Öz Bakım Gücü Ölçeği						Psikolojik İyi Oluş Ölçeği					
	N	X	SS	t testi			N	X	SS	t testi		
				t	sd	p				t	sd	p
Cinsiyet Kadın Erkek	31 53	91.48 96.62	22.85 20.13	-1.074	82	0.286	31 53	36.25 35.88	10.42 9.17	0.170	82	0.865
Medeni Durum Evli Bekar	8 76	104.87 93.65	26.11 20.51	1.433	82	0.156	8 76	37.00 35.92	9.98 9.61	0.301	82	0.764
Çocuk sahibi olma durumu Yok Var	16 68	68.37 96.6	25.11 19.85	-1.534	82	0.141	16 68	33.00 36.73	12.28 8.80	0.111	82	0.163
Öz bakım gereksinimlerini karşılama durumu Kendisi Başkası yardımı ile	36 48	100.86 90.12	22.89 18.76	2.361	82	0.021	36 48	38.83 33.91	9.20 9.43	2.392	82	0.019
Ziyaretçisi olma durumu Yok Var	38 46	88.52 99.84	22.36 18.90	- 2.515	82	0.014	38 46	32.02 39.32	8.87 8.96	- 3.731	82	0.000
Huzurevinde kalma süresi 0-4 yıl 5 yıl ve üstü	53 31	95.01 94.22	21.96 20.13	0.165	82	0.870	53 31	37.54 33.41	8.70 10.59	1.934	82	0.057

Independent Samples Test: **n**: katılımcı sayısı, \bar{x} : puan ortalaması, **ss**: standart sapma, **p**: anlamlılık değeri

Yapılan Pearson korelasyon analizi sonucu huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerde ÖBGÖ toplam puan ortalaması ile PİÖÖ toplam puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r= 0,638$, $p=0,000$) (Tablo 3). Psikolojik iyi oluş üzerine öz bakım gücü etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılan basit doğrusal regresyon analizine göre, öz bakım gücü değişkeni ile psikolojik iyi oluş değişkeni arasında orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki vardır ($R: 0,63$, $R^2: 0,40$, $p<0,000$) ve öz bakım gücü toplam varyansın %40'ını açıklamaktadır. Yani bağımlı değişkendeki (psikolojik iyi oluş) %40'lık değişim modele dahil edilen bağımsız değişken (öz bakım gücü) tarafından açıklanmaktadır. Standardize edilmiş regresyon katsayılarına (β) göre, öz bakım gücü düzeyinde bir birimlik artış psikolojik iyi oluş üzerindeki %63,8'lik bir artışa neden olmaktadır. Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin T- testi sonuçları ele alındığında, öz bakım gücünün psikolojik iyi oluş üzerinde anlamlı ve pozitif yönlü bir etkisinin olduğu gözlenmektedir. Öz bakım gücü, psikolojik iyi oluşu pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır (Tablo 4).

Tablo 3: Huzurevinde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler	1	2
ÖBGÖ Toplam (1)	-	$r= 0.638$ $p=0.000$
PİÖÖ Toplam (2)	$r= 0.638$ $p=0.000$	-
x	94.72	36.02
ss	21.18	9.59

Pearson korelasyon analizi: \bar{x} : puan ortalaması, ss : standart sapma, r : korelasyon değeri, p : anlamlılık değeri

Tablo 4: Psikolojik İyi Oluş Üzerine Öz Bakım Gücü Etkisinin Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	R	R ²	F	p	B	Std. Hata	Beta (β)	t	p
(Sabit)	-	-	-	-	8.656	3.738	-	2.316	0.023
Öz Bakım Gücü	0.63	0.40	56.265	0.000	0.289	0.039	0.638	7.501	0.000

Regresyon Analizi: **B**: Standartlaştırılmamış katsayı; **Beta (β)**: Standartlaştırılmış katsayı

Tartışma

Yaşlı nüfusun ve kurumsal bakımın dünya genelindeki artışı, yaşlı bireylerin psikolojik iyi oluşu ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin artırılmasını gündeme getirmektedir. Yaşlı bireylerin öz bakım gücü yaşlıların psikolojik iyi oluşunu önemli şekilde etkiler. Bu çalışmada huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin öz bakım gücü ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişki incelenmiştir. Bu araştırma daha önce yeterince araştırılmamış bir örneklemede öz bakım gücü ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiye ve sosyo-demografik özelliklerle bu değişkenler arasındaki ilişkiye işaret eden bulguları ortaya koyması açısından önemlidir.

Bu çalışmada, yaşlı bireylerin PİÖÖ toplam puan ortalaması 36.02 ± 9.59 olup ortalamanın üzerinde olduğu ve ÖBGÖ toplam puan ortalaması 94.72 ± 21.18 olup ortalama puanın üzerinde olduğu bulunmuştur. Bu araştırmanın bu sonucu literatürle uyumludur. Ergin ve ark. (2023), huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının yalnızlık ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisini inceledikleri çalışmada psikolojik iyi oluş toplam puanının $38,97 \pm 10,05$ olarak tespit etmişlerdir.²⁰ İnel Manav ve ark. (2021) yaşlıların kişisel anlam profili ve psikolojik iyi oluşlarının değerlendirdikleri çalışmada psikolojik iyi oluş toplam puanının $38,58 \pm 13,18$ olarak tespit etmişlerdir.²⁶ Altay ve Avcı (2009) huzurevinde yaşayan yaşlılarda öz bakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada öz bakım gücü toplam puanının $86,4 \pm 18,8$ olduğunu bulmuşlardır.⁵ Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin öz bakım gücü düzeylerinin ve psikolojik iyi oluş düzeylerinin iyi olduğu söylenebilir.

Huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin öz bakım gücü ile psikolojik iyi oluşları arasındaki ilişki incelendiğinde, öz bakım gücü ile psikolojik iyi oluş arasında pozitif yönde, orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= 0,638$). Ayrıca regresyon korelasyonu açısından öz bakım gücü algısının toplam varyansı, iyi oluşa ilişkin toplam

varyansın %40'nı açıkladığı belirlenmiştir. Öz bakım gücü düzeyinde bir birimlik artış, psikolojik iyi oluş üzerindeki %63,8'lik bir artışa neden olmaktadır. Öz bakım gücü, psikolojik iyi oluşu pozitif ve anlamlı olarak yordamaktadır. Yapılan çalışmalarda öz bakım gücü ile psikolojik iyi oluş arasında pozitif ilişki olduğunu gözlemlenmektedir. Züberoğlu Yanardağ ve ark (2021) yaşlı insanların öz bakım yetkisi ve refahının araştırdıkları çalışmada, öz bakım gücü ile iyi oluş durumları arasında pozitif ve orta düzeyde ilişki olduğunu ve öz bakım gücü algısının toplam varyansı, iyi oluşa ilişkin toplam varyansın %17,3'ünü açıkladığını belirlemiştir.²⁷ Benzer şekilde Türk ve ark. (2019), yaşlılarda öz bakım gücü ile mutluluk arasında pozitif ve orta düzeyde bir ilişki olduğunu bulmuştur.²⁸ Alan yazında, öz bakım yeteneğindeki bozulmanın yaşlı bireylerin yalnızlık riskini artırabileceği belirtilmektedir.²⁹ Kurumda yaşayan yaşlıların farklı nedenlerden dolayı yaşadığı sorunlar, kendi öz bakım gereksinimini karşılamada yetersiz kalmasına neden olabilir. Bunun sonucunda yaşlı birey korku, yalnızlık, yetersizlik, çaresizlik gibi duygular yaşayabilir. Bu durum yaşlı bireyin psikolojik iyi oluşunu etkileyebilir. Bu nedenle yaşlı bireyin öz bakım gücü düzeyi artıkça psikolojik iyi oluş düzeyi artığı düşünülmektedir.

Mevcut araştırmanın sonucunda, huzurevinde yaşayan yaşlı bireylerin ÖBGÖ toplam puan ortalamaları, 65-74 yaş grubundaki yaşlı bireylerin (X= 102.45) 75-84 yaş grubundaki yaşlı bireylere göre (X: 95.27) anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yaş artıkça öz bakım gücü düzeyi azalmıştır. Yapılan çalışmalar yaş artıkça öz bakım gücünün azaldığını göstermektedir. Uchmanowicz ve ark. (2017) kalp yetmezliği olan yaşlı yetişkinlerde bilişsel eksiklikler ve öz bakım davranışlarını inceledikleri çalışmada ileri yaşın kötü öz bakımla ilişkili olduğunu belirlemiştir.³⁰ Erci ve ark. (2017) yaşlı bireylerde özbakım gücü ve yaşam doyumunun umut düzeylerine etkisini inceledikleri çalışmada yaş artıkça öz bakım gücünün azaldığını bulmuşlardır.⁸ Yaşın ilerlemesi ve fonksiyonel kapasite kaybı, yaşlı bireylerin öz bakım yeteneklerini kaybetmelerine sebep olabilir. Kurumda yaşayan yaşlı bireylerde yaş artıkça göreceli olarak özerkliğin, sosyal uyarıların ve sosyal desteğin azalması, yaşla birlikte kronik hastalıkların ve çoklu ilaç kullanımının artması gibi nedenlerle yaşlı bireyin bakım gereksinimleri kurum personeli tarafından karşılanmaktadır. Bu durum yaşlı bireyin kendi öz bakımında sorumluluğunun azalmasına, dolayısı ile öz bakım gücünün düşmesine neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre, öz bakımını kendisi yapan yaşlı bireylerin, öz bakım güçlerinin başkasının yardımıyla yapanlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu literatürü desteklemektedir. Aydın Yıldırım & Altay (2016), huzurevinde yaşayan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin özbakım gücü ve yaşam doyumuna etkisini inceledikleri çalışmada günlük ihtiyaçlarını karşılayabilen yaşlı bireylerin özbakım gücü daha yüksek olduğunu saptamıştır.³¹ Yaşlı bireylerin bağımsız bir şekilde kendi gereksinimlerini karşılayabilmeleri onların acizlik ve muhtaçlık duygularını azaltır ve kendilerini güvende hissetmelerini sağlar. Kendine güvenen yaşlı bireyin de öz bakım gücü olumlu yönde etkilenir. Ayrıca sağlık durumunu kötü algılayan yaşlı bireylerin özgüveni azalabilir ve kişi, kendi kendine yetemediğini düşünebilir.^{8,31} Kurumda yaşayan yaşlı bireylerin kurum personeline ihtiyaç duymadan öz bakımını yapabildiği, kendilerine olan güvenini artırabilir. Bu nedenle huzurevinde öz bakımını kendisi yapabilen yaşlı bireylerin öz bakım gücü düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmanın sonuçları, huzurevinde ziyaretçisi olan yaşlı bireylerin öz bakım gücü düzeylerinin, ziyaretçisi olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir. Sosyal izolasyon, özellikle yaşlı bireylerde, fiziksel, ruhsal sağlığı ve bilişsel kapasitenin bozulması ile ilişkilidir.³² Yapılan çalışmalar sosyal desteğin öz bakım gücünü artırdığını göstermektedir. Song ve ark. (2017), diyabeti olan yaşlı bireylerde sosyal desteğin öz bakımına etkisini inceledikleri meta-analizde, sosyal destek ile özbakım arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir.³³ Başkan ve ark. (2020), hemodiyalize giren yaşlı bireylerde öz bakım gücü ve algılanan sosyal desteği değerlendirdikleri çalışmada algılanan sosyal destek ile öz bakım gücü arasında anlamlı ilişki olduğunu bulmuştur.³⁴ Aile üyelerinden, arkadaşlardan gelen destek yaşlı bireyin kendini daha az yalnız hissetmesini ve kendi bakımını yapabilecek fiziksel ve zihinsel güce sahip olmasını sağlayarak öz bakım sürecini kolaylaştırabilir. Bu nedenle ziyaretçisi olan yaşlı bireylerin öz bakım gücü puanlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre, huzurevinde ziyaretçisi olan ve ziyaretine çocukları gelen yaşlı bireylerin psikolojik iyi oluş düzeyleri anlamlı olarak daha yüksektir. Kişilerarası ilişkiler ve psikolojik iyi oluş pozitif ilişkilidir.³⁵ Yapılan çalışmalar algılanan sosyal destek ile psikolojik iyi oluş arasında pozitif ilişki olduğunu göstermektedir.^{20,36} Ergin ve ark. (2023), huzurevinde yaşayan yaşlılarda ölüm kaygısının yalnızlık ve psikolojik iyi oluş ile ilişkisini inceledikleri çalışmada psikolojik iyi oluş ile yalnızlık arasında negatif bir ilişki olduğunu tespit etmiştir.²⁰ Turan ve ark. (2023), Türkiye'de romatoid artritli yaşlı erişkin bireylerin psikolojik ve manevi iyi oluş durumlarını inceledikleri çalışmada çocuk sahibi olmanın ve sosyal aktivitelere katılmanın psikolojik iyi oluşu etkileyen koruyucu faktör olabileceğini belirtmişlerdir.³⁷ Sosyal destekle yaşlı bireylerin kendilerini yalnız hissetmemesi, yaşadıkları problemlerde destek alabileceklerini düşünmesi, huzurevinde unutulmuş ve terk edilmiş hissetmemesine neden olabilir. Bu nedenle huzurevinde ziyaretçisi olan yaşlı bireylerin psikolojik iyi oluşları daha iyi olduğu düşünülebilir.

Bu araştırmanın sonuçları, öz bakımını kendisi gerçekleştiren yaşlı bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerinin öz bakımını başkası yardımı ile yapan yaşlı bireylerden anlamlı olarak daha yüksek olduğunu göstermektedir. Öz bakım gücünün yüksek olması özerk ve bağımsız bir yaşam sürdürme imkânı sağlar. Yaşlı insanlar için başkasına yük olma korkusu, özerk ve bağımsız yaşam imkanlarının kaybı, önemli endişe kaynağıdır.³⁸ Psikolojik iyi oluş, sağlık algısı, fiziksel ve sportif aktiviteler, öz yeterlilik, özsaygı ve özerklik ile ilişkilidir.³⁹ Kurumda yaşayan yaşlı bireylerin farklı nedenlerden dolayı öz bakım gücünün azalması, bakım gereksinimlerini karşılamada başkasına bağlı olmasına neden olabilir. Başkasının bakımına ihtiyaç duyan yaşlı birey yetersizlik, suçluluk, çaresizlik gibi duygular hissedebilir. Bunların sonucunda sosyal olarak geri çekilme yaşayabilir. Bu durum kurumda yaşayan yaşlı bireylerin psikolojik iyi oluşlarını olumsuz etkileyebilir. Bu nedenle öz bakım gereksinimlerini karşılayabilen yaşlı bireylerin psikolojik iyi oluş düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda, huzurevinde yaşayan yaşlıların öz bakım gücü ve psikolojik iyi oluşlarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Öz bakım gücü ile psikolojik iyi oluş arasında pozitif ilişki vardır. Yaşlı bireylerin öz bakım gücü arttıkça psikolojik iyi oluşları yükselmektedir. Ayrıca yaşlı bireylerin öz bakım güçlerini, yaş, ziyaretçisi olma durumu ve öz bakımını kendi yapabilme durumu; psikolojik iyi oluşlarını eğitim düzeyi, ziyaretçisi olma durumu ve ziyaretçilerin yakınlık durumu, öz bakımını kendi yapabilme durumu etkilemektedir. Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda kurumda yaşayan yaşlı bireylerin bağımsızlık, özerklik düzeyi ve hastalık yönetimini artırılması amacıyla yaşam boyu öğrenme, sağlık okur yazarlığı eğitim uygulamaları yapılması ve sosyal destek ağlarının artırılmasına yönelik kurumlar arası iş birliği önerilmektedir. Aynı zamanda akran desteği uygulamaları, kuşaklar arası iş birliği uygulamalarının artırılması da tavsiye edilmektedir. Ayrıca bu araştırmanın genellenebilirliği amacıyla çok merkezli ve daha büyük örneklem grubu ile yapılması önerilmektedir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Bu araştırma, TÜBİTAK 2209-A Üniversite Öğrencileri Araştırma Projeleri Destekleme Programı tarafından 1919B012223182 başvuru numarası ile desteklenmiştir.

Kaynaklar

1. United Nations World Population Prospects, 2022 <https://population.un.org/wpp/> ET: 28.02.2024
2. TÜİK İstatistiklerle Yaşlılar, 2022 <https://www.tuik.gov.tr/> ET: 01.01.2024
3. Bahadır Z, Ay F, Özgün Başbüyük G. Türkiye’de huzurevlerinde yaşayan yaşlıların genel profili, yaşama yönelik beklenti ve endişelerinin değerlendirilmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2022;15(2): 83-97. <https://doi.org/10.46414/yasad.1131354>
4. Orem DE. Self-care deficit theory of nursing: Concepts and applications. 7th ed. USA: Dennis CM MosbyYear Book Inc; 2001. s.99-135.
5. Altay B, Avcı İA. Huzurevinde yaşayan yaşlılarda özbakım gücü ve yaşam doyumu arasındaki ilişki. Dicle Tıp Dergisi 2009;36(4): 275-282.
6. Chen IH, Chi MJ. Effects of self-care behaviors on medical utilization of the elderly with chronic diseases. A representative sample study. Archives of Gerontology and Geriatrics 2015;60(3): 478-485. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.01.014>
7. Ertekin Pınar Ş, Demirel G. Huzurevinde yaşayan orta yaş ve yaşlı bireylerde günlük yaşam aktiviteleri, öz-bakım gücü ve yaşam doyumunun incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2016; 9(1):39-52.
8. Erci B, Yılmaz D, Budak F. Yaşlı bireylerde özbakım gücü ve yaşam doyumunun umut düzeylerine etkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2017;8(2):72-76.
9. Uğurlu N, Bolat M, Erdem S. Yaşlılarda özbakım gücünü etkileyen etmenlerin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1(2):56-62.
10. Liu YB, Xue, LL, Xue, HP, Hou P. Health literacy, self-care agency, health status and social support among elderly Chinese nursing home residents. Health Education Journal 2018;77(3):303-311. <https://doi.org/10.1177/0017896917739777>
11. Boehm JK, Kubzansky LD. The heart's content: The association between positive psychological well-being and cardiovascular health. Psychological Bulletin 2012;138(4):655-691. <https://doi.org/10.1037/a0027448>
12. Keyes CLM, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. Journal of Personality and Social Psychology 2002; 82(6), 1007-1022. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.82.6.1007>
13. Kermen U, Tosun Nİ, Doğan U. Yaşam doyumu ve psikolojik iyi oluşun yordayıcısı olarak sosyal kaygı. Eğitim Kuram ve Uygulama Araştırmaları Dergisi 2016;2(1):20-29.
14. Huang H, Humphreys BR. Sports participation and happiness: Evidence from US microdata. Journal of Economic Psychology 2012;33(4):776-793.

15. Richman LS, Kubzansky L, Maselko J, Kawachi I, Choo P, Bauer, M. Positive emotion and health: Going beyond the negative. *Health Psychology* 2005;24(4):422-429.
16. Lyubomirsky S, King L A, Diener E. The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin* 2005;131(6):803-855.
17. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet* 2015;385(9968):640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
18. Bohlmeijer E, Roemer M, Cuijpers P, Smit F. The effects of reminiscence on psychological well-being in older adults: a meta-analysis. *Aging & Mental Health* 2007;11(3):291-300. <https://doi.org/10.1080/13607860600963547>
19. Matud MP, Bethencourth JM, Ibáñez I, Fortes D. Gender and psychological well-being in older adults. *International Psychogeriatrics* 2020;32(11):1293-1302. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000824>
20. Ergin E, Yildirim D, Yildiz CÇ, Usenmez SY. The relationship of death anxiety with loneliness and psychological well-being in the elderly living in a nursing home. *Omega* 2023;88(1):333-346. <https://doi.org/10.1177/00302228221106054>
21. Mishra B, Pradhan J, Dhaka S. Identifying the impact of social isolation and loneliness on psychological well-being among the elderly in old-age homes of India: the mediating role of gender, marital status, and education. *BMC Geriatrics* 2023;23(1):684. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04384-1>
22. Cesetti G, Vescovelli F, Ruini C. The promotion of well-being in aging individuals living in nursing homes: A controlled pilot intervention with narrative strategies. *Clinical Gerontologist* 2017;40(5):380–391. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1292979>
23. Yanardağ MZ, Özer Ö, Özmen S. Investigating self-care agency and well-being of elderly people. *Social Work in Public Health* 2021;36(4):496–508. <https://doi.org/10.1080/19371918.2021.1915908>
24. Nahcivan NO. A Turkish language equivalence of the exercise of self-care agency scale. *Western Journal of Nursing Research* 2004;26(7),813-824. <https://doi.org/10.1177/0193945904267599>
25. Telef BB. Psikolojik iyi oluş ölçeği: Türkçeye uyarlama, geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2013;28(3): 374-384.
26. İnel Manav A, Bozkurt A, Coşkun E. Yaşlıların kişisel anlam profili ve psikolojik iyi oluşlarının değerlendirilmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* 2021;4(1):48-55. <https://doi.org/10.38108/ouhcd.816449>
27. Yanardağ MZ, Özer Ö, Özmen S. Investigating self-care agency and well-being of elderly people. *Soc Work Public Health* 2021;36(4):496-508. <https://doi.org/10.1080/19371918.2021.1915908>
28. Türk R, Akkuş Y, Sönmez T. Relationship between self-care ability and happiness in elderly individuals. *Cukurova Medical Journal* 2019;44:366-374. <https://doi.org/10.17826/cumj.560455>
29. Canjuga I, Železnik D, Neuberg M, Božicevic M, Cikac T. Does an impaired capacity for self-care impact the prevalence of social and emotional loneliness among elderly people? *Working with Older People* 2018;22(4):211-223. <https://doi.org/10.1108/WWOP-01-2018-0001>
30. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Mazur G, Sivarajan Froelicher E. Cognitive deficits and self-care behaviors in elderly adults with heart failure. *Clinical Interventions in Aging* 2017; 12:1565-1572. <https://doi.org/10.2147/CIA.S140309>
31. Aydın Yıldırım T, Altay B. Huzurevinde yaşayan yaşlıların geleceğe yönelik beklentilerinin özbakım gücü ve yaşam doyumuna etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;5(2):16-24.
32. Cacioppo JT, Cacioppo S. Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and Personality Psychology Compass* 2014;8(2):58–72. <https://doi.org/10.1111/spc3.12087>
33. Song Y, Nam S, Park S, Shin IS, Ku BJ. The impact of social support on self-care of patients with diabetes: what is the effect of diabetes type? *Systematic review and meta-analysis. The Diabetes Educator* 2017;43(4):396–412. <https://doi.org/10.1177/0145721717712457>
34. Baskan SA, Gunes D, Kasimoğlu N. Evaluation of self care agency and perceived social support in patients undergoing hemodialysis. *International Journal of Caring Sciences* 2020;13(1):250-257. https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/29_atalikoglu_original_13_1.pdf adresinden erişilmiştir.
35. Hryhorivna OHO, Spivak LM. Psychological well-being of elderly people: The social factors. *Social Welfare: Interdisciplinary Approach* 2018;8(1):163-176. <https://doi.org/10.21277/sw.v1i8.323>
36. Yalçın İ. İyi oluş ve sosyal destek arasındaki ilişkiler: Türkiye’de yapılmış çalışmaların meta analizi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2015;26(1):21-32
37. Turan N, Canbulat Ş, Yeler D. Examining the psychological and spiritual well-being of older adult individuals with rheumatoid arthritis in Turkey. *Journal of Religion and Health* 2023;62(5):3110–3122. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01792-w>
38. Dale B, Söderhamn U, Söderhamn O. Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2012;26(1):113–122. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00917.x>
39. Mesa-Fernández M, Pérez-Padilla J, Nunes C, Menéndez S. Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia [Psychological well-being in non-dependent active elderly individuals and its relationship with self-esteem and self-efficacy]. *Ciencia & Saude Coletiva* 2019;24(1):115–124. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018241.35302016>



Original Research / Orijinal Araştırma

The Effect of Cognitive Flexibility and Cognitive Emotion Regulation of Women in the Early Postpartum Period on Their Maternal Role: A Cross-Sectional Web-Based Study

Erken Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Bilişsel Esneklik ve Bilişsel Duygu Düzenleme Durumlarının Annelik Rolü Üzerine Etkisi: Kesitsel Web Tabanlı Bir Çalışma

Habibe BAY ÖZÇALIK¹, Süreyya KILIÇ², Sema DERELİ YILMAZ¹

Abstract

Objective: The role of motherhood is a dynamic and evolving process in which women learn and perform maternal behaviours. During this period, when new roles and responsibilities emerge, it is important to assess cognitive functions and sensory that may benefit mothers' life adaptations. In this study, it was aimed to determine the effects of cognitive flexibility and cognitive emotion regulation status of women in the early postpartum period on the role of motherhood.

Methods: This study in cross-sectional web design was conducted between 01 March and 30 June 2023. Questionnaires were created using the "surveyy.com" website and shared on social media platforms. The research was conducted with 482 mothers in the early postpartum period. Data were collected using Personal Information Form, Semantic Differentiation Scale-Myself as Mother, Cognitive Flexibility Inventory, and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-Short Form. T test, Anova, Linear Regression, and Tukey tests were used in data analysis.

Results: The maternal role, cognitive flexibility and cognitive emotion regulation scale total score averages of mothers in the postpartum period were determined as 57.91±10.27, 73.26±10.73 and 51.00±10.41, respectively. Sociodemographic and obstetric characteristics of mothers do not affect the total maternal role score. While the level of cognitive flexibility has a positive and significant effect on the total maternal role score ($p<0.001$) ($R^2=0.110$), rumination and blaming others, which are cognitive emotion regulation strategies, have a negative and significant effect on the total maternal role score ($p<0.001$) ($R^2=0.083$).

Conclusion: The results of this study show that the level of cognitive flexibility and cognitive emotion regulation strategies are effective factors on mothering role. In our study it was found that maternal role and cognitive flexibility scores were good and emotion regulation strategies were average. In the postpartum period, an approach to the mother should be taken by taking into account maternal cognitive perceptions. It is thought that a good understanding of the mental state of those giving birth and the stress that new roles create on the mother will enable more personalized treatment for each woman and will also make it easier to adapt to this process.

Key words: Postpartum period, cognitive flexibility, maternal role, cognitive emotion regulation.

Özet

Amaç: Annelik rolü, kadının annelik davranışlarını öğrendiği ve bu davranışları yerine getirdiği dinamik ve gelişimsel bir süreçtir. Yeni rol ve sorumlulukların ortaya çıktığı bu dönemde, annelerin yaşam adaptasyonlarına fayda sağlayabilecek duyuşsal ve bilişsel fonksiyonların değerlendirilmesi önemlidir. Bu çalışmada, erken doğum sonrası dönemdeki kadınların bilişsel esneklik ve bilişsel duygu düzenleme durumlarının annelik rolü üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel web tasarımıdaki bu çalışma, 01 Mart-30 Haziran 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Anketler "surveyy.com" web sitesi kullanılarak oluşturulmuş ve sosyal medya platformlarında paylaşılmıştır. Araştırma erken postpartum dönemdeki 482 anne ile gerçekleştirilmiştir. Verileri Kişisel Bilgi Formu, Anlamsal Farklılık Ölçeği-Anne Olarak Ben, Bilişsel Esneklik Envanteri ve Bilişsel Duygu Düzenleme Anketi Kısa Formu kullanılarak toplanmıştır. Veri analizinde t testi, Anova, Lineer Regresyon ve Tukey testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Doğum sonrası dönemdeki annelerin annelik rolü, bilişsel esneklik ve bilişsel duygu düzenleme ölçek toplam puan ortalamaları sırasıyla 57.91±10.27, 73.26±10.73 ve 51.00±10.41 olarak tespit edilmiştir. Annelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri annelik rolü toplam puanını etkilememektedir. Bilişsel esneklik düzeyinin annelik rolü toplam puanı üzerinde pozitif ve anlamlı bir etkisi varken ($p<0.001$) ($R^2=0.110$); bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden ruminasyon ve diğerlerini suçlama puanının annelik rolü toplam puanı üzerinde negatif ve anlamlı bir etkisi vardır ($p<0.001$) ($R^2=0.083$).

Sonuç: Bu araştırmanın sonuçları, bilişsel esneklik düzeyi ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin annelik rolü üzerinde etkili bir faktör olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda, annelik rolü ve bilişsel esneklik puanının iyi, duygu düzenleme stratejilerinin ortalama düzeyde olduğu belirlenmiştir. Doğum sonrası dönemde maternal bilişsel algılar dikkate alınarak anneye yaklaşım sağlanmalıdır. Doğum yapanların zihinsel durumu ile yeni rollerin anne üzerinde oluşturduğu stresin iyi anlaşılması, her kadın için daha kişiselleştirilmiş tedaviyi mümkün kılabilceği gibi bu sürece uyum sağlamayı da kolaylaştıracığı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Doğum sonrası dönem, bilişsel esneklik, annelik rolü, bilişsel duygu düzenleme

Geliş tarihi / Received: 27.11.2023 Kabul tarihi / Accepted: 26.05.2024

¹ Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Konya, Türkiye

² Konya Şehir Hastanesi Perinataoloji Servisi Konya, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Habibe BAY ÖZÇALIK, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü Konya, Türkiye

E-posta: habiberk@hotmail.com Tel: +90 5424469343

Bay Özçalık H, Kılıç S, Dereli Yılmaz S. *The Effect of Cognitive Flexibility and Cognitive Emotion Regulation of Women in the Postpartum Period on Their Maternal Role: A Cross-Sectional Web-Based Study*. TJFMPC, 2024; 18 (3) :346-356
DOI:10.21763/tjfm.1396608

Giriş

Bir kadının hayatındaki en önemli ve özel rollerden biri anneliktir.¹ Annelik rolü, kadının annelik davranışlarını öğrendiği ve bu davranışları yerine getirdiği dinamik ve gelişimsel bir süreçtir.^{2,3} Bu süreç, genellikle gebelik döneminde başlar ve doğumdan sonraki ilk yıl içinde tamamlanır.⁴ Annelik rolü; sosyal roller, davranışlar ve tutumlardan oluşan dinamik ve iki bileşenli (mekanik/pratik ve bilişsel/motor) bir süreçtir. Sürecin birinci bileşeni bebeğin beslenme, giyinme gibi ihtiyaçlarını karşılama ve onun güvenliğini sağlama gibi fiziksel bakımına yönelik faaliyetleri içerirken, ikinci bileşenini duygusal ve bilişsel becerilerden oluşmaktadır.^{3,5,6}

"Duygu düzenlemesi" terimi, bir duyguyu azaltma, sürdürme veya artırma stratejilerini kapsar ve bireylerin hangi duygulara sahip olacaklarını, ne zaman sahip olacaklarını ve bu duyguları nasıl deneyimleyip ifade edeceklerini nasıl etkiledikleri süreçleri ifade eder.⁷ Duyguların düzenlenmesinde bilişsel süreçler kullanılır. Bireyler karşılaştıkları olaylar sırasında önce bireysel bir strateji geliştirir, ardından duygusal bir tepki verirler. Bu sayede bireyler stresli bir durumda duygularını yönetebilmektedir.⁸ Bu bağlamda yeni bir bebeğin doğumu, her anne üzerinde olumlu duygular ve iyi olma hissi oluşturmaz.⁹ Özellikle ilk kez anne olan ve kendini anneliğe hazır hissetmeyen kadınlar bu süreçte yoğun stres yaşayabilmektedirler.³ Doğumdan sonra yaşanan ruh hali değişiklikleri ve duygusal krizler bebeğin bakım ve beslenmesinde aksamalara neden olabilmekte ve bu durum da bebeğin büyüme ve gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir.¹⁰ Bu nedenle, doğum sonrası dönemde hem anne-bebek ilişkisi hem de yeterli bakımın sağlanmasında duygu düzenleme stratejileri büyük önem taşımaktadır.¹¹ Kadınlar duygu düzenleme becerileri ile duygusal durumlarının farkında olma ve anlama, duygularını ele almak ve amaca yönelik davranışlarda bulunmak için esnek ve duruma uygun stratejiler kullanarak psikolojik iyi oluşlarını artırabilir ve bebeklerine karşı tepkilerini şekillendirebilir.^{11,12}

Anneliğe geçiş sürecinde önemli olan bir diğer faktör de bilişsel esnekliktir.¹³ Bilişsel esneklik, bir kişinin davranışını değişen koşullara ve çevreye göre uygun bir şekilde değiştirme yeteneği olarak ifade edilir.¹⁴ Bilişsel esneklik ile kadınlar; duygu ve düşüncelerini belirleme, bakış açılarını değiştirme, değişen koşullara uyum sağlama ve görevler arasında esnek bir şekilde geçiş yapma becerilerine sahip olurlar.^{13,15,16} Bilişsel esneklik düzeyi yüksek olan bir kadın, annelik konusunda daha dengeli bir görüşe sahip iken, bilişsel esneklik düzeyi daha düşük olan bir anne rolünü daha katı bir şekilde görebilir ve uyum sağlamakta zorluk yaşayabilir.¹³ Bilişsel esneklik, duygusal netlik ile duygu düzenleme arasında bağlantı kurmada da önemli rol oynamaktadır.¹⁷ Yüksek düzeyde sıkıntıyı tolere etme yeteneğine sahip bireylerin daha yüksek derecede bilişsel esnekliğe sahip olduğu ve bilişsel olarak daha esnek bireylerin duygu düzenlemede daha az zorluk yaşadıkları bildirilmiştir.¹⁸

Yeni rol ve sorumlulukların ortaya çıktığı bu dönemde annelerin bilişsel esneklik ve bilişsel duygu düzenleme becerilerinin belirlenerek desteklenmesi, yaşam adaptasyonlarına fayda sağlayabilecek daha esnek ve uyarlanabilir düşünce geliştirmelerine yardımcı bir husus olabileceği gibi annelik rolünün gelişimine de katkı sağlayabilir.¹⁹ Ayrıca araştırmacıların bildiği kadarı ile literatürde annelik rolü, bilişsel esneklik ve bilişsel duygu düzenlemeyi birlikte değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda bilişsel esneklik ve bilişsel duygu düzenleme durumlarının annelik rolünü nasıl etkilediği merak uyandırmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada, erken doğum sonrası dönemdeki kadınların bilişsel esneklik ve bilişsel duygu düzenleme durumlarının annelik rolü üzerine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışma Tasarımı ve Yeri

Bu çalışma, web tabanlı kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. Anketler "surveyy.com" web sitesi kullanılarak oluşturulmuş ve sosyal medya platformlarında (Facebook, Instagram, Twitter) paylaşılmıştır. Yanıtlar çevrimiçi olarak toplanmıştır. Formda verilerin toplanma amacına ilişkin bilgi ve aydınlatılmış onam yer almaktadır.

Örneklem

Araştırmanın evrenini 01 Mart 2023-30 Haziran 2023 tarihleri arasında sosyal medya kullanan annelerden oluşmuştur. Araştırmaya ait örneklem büyüklüğü G*Power 3.1.7 programı ile hesaplanmıştır.²⁰ Anlamsal Farklılık Anne Olarak Ben ölçeği bilinen puanı (51.23±7.31) kullanılarak 1 puanlık sapma içinde %85 güçle 0.13 etki büyüklüğünde 482 kadın olarak belirlenmiştir.²¹

Katılımcılar

Araştırmaya 37-42 gebelik haftasında doğum yapan, canlı ve sağlıklı tek bir bebeğe sahip olan, en az bir kez doğum yapmış, 18 yaş üzeri, erken postpartum dönemde (doğum sonrası ilk bir hafta) olan en az ilkokul mezunu ve Türkçe iletişim kurabilen anneler araştırmaya dâhil edilmiştir. Tanı konulmuş bir ruh sağlığı sorunu bulunan, doğum ve doğum sonrası dönemde maternal ya da fetal komplikasyon yaşayan anneler ise araştırma dışı bırakılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda^{7,22} hazırlanan, katılımcı annelerin demografik özellikleri (yaş, öğrenim düzeyi, çalışma durumu vb.) ile birlikte doğum sonrası dönemde kadının

annelik rolünü, bilişsel esneklik ve bilişsel duygu düzenleme düzeyini etkileyebilecek faktörleri saptamaya çalışan 24 soruluk formdur.

Anlamsal Farklılık Ölçeği-Anne Olarak Ben (AFÖ): Walker ve arkadaşlarının (1986) annelerin ebeveynlik davranışlarını değerlendirmek amacıyla geliştirdiği bir ölçektir.²³ Ölçeğin Türkçe Dil geçerlik güvenirliği 2003 yılında Çalışır ve Basbakkal tarafından yapılmıştır.²⁴ On bir adet zıt sıfat çiftinden oluşan 22 madde, 7'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki 3., 7., ve 8. maddeler ters puanlanmakla birlikte ölçekten elde edilebilecek minimum puan 11 maksimum puan ise 77 dir. Ölçekten alınan toplam puanların yüksek olması annenin kendini olumlu değerlendirmesine işaret etmektedir.

Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE): Ölçek, bireylerin zor durumlara başarılı bir şekilde meydan okuması ve bunları daha dengeli ve uyumlu düşünmeyle değiştirmesi becerisini ölçmek üzere geliştirilmiştir. Dennis ve Wal tarafından (2010) geliştirilen envanter, 2012 yılında Gülüm ve Dağ tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek "alternatifler" ve "kontrol" iki alt boyutu olmak üzere toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek değer 100, en düşük değer ise 20 dir. Puanın artması bilişsel esnekliğin yüksek olduğunu göstermektedir.^{22,25}

Bilişsel Duygu Düzenleme Anketi Kısa Formu (BDDA): İlk olarak dokuz bilişsel stratejiyi değerlendirmek amacıyla geliştirilen 36 maddelik ölçek,²⁶ daha sonra 18 maddelik kısa anket formuna dönüştürülmüştür.²⁷ Dil, gerçeklik ve güvenirliği Cakmak & Cevik (2010) tarafından yapılmıştır. Uyumlu ve uyumsuz bilişsel başa çıkma stratejilerini kapsayan 9 alt boyutu vardır. Uyumlu başa çıkma stratejileri; plan yapmaya tekrar odaklanma, kabul, pozitif tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme, bakış açısına yerleştirme ve uyumsuz başa çıkma stratejileri ise ruminasyon, kendini suçlama, felaketleştirme ve diğerlerini suçlamadır. Ölçek maddeleri 5'li likert tiptedir. Her alt boyuttan alınabilecek puan 2 ile 10 arasında değişmektedir. Ölçek, toplam puan üzerinden değil alt boyutlar üzerinden değerlendirilir. Bir alt boyuttan alınan puan ne kadar yüksekse o alt boyutun belirlediği duygu düzenleme stratejisinin daha fazla kullanıldığına işaret etmektedir.⁷

Veri Analizi

Araştırmanın verileri SPSS 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Normal dağılıma uygunluk Skewness ve Kurtosis değerleri ile test edilmiştir. Skewness ve Kurtosis kat sayılarının kabul edilebilir sınır olan +1.0 -1.0 arasında olması nedeniyle verilerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir.²⁸ Verilerin değerlendirilmesinde; ortalama, standart sapma, sayı/yüzde dağılımları ile birlikte parametrik analizlerden bağımsız gruplarda t testi, Anova, Lineer Regresyon ve Tukey testlerinden yararlanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ dir.

Etik İlkeler

Araştırmanın yapılabilmesi için bir kamu üniversitesinin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik kurulundan (Tarih ve Sayı:2023/58) izin alınmıştır. Veri toplama fomlarından önce çalışmaya ilişkin açıklama, aydınlatılmış onam metni ve araştırmaya katılıp katılmama seçeneklerine yer verilmiştir. Araştırma, Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Doğum sonrası dönemdeki annelerin annelik rolü, bilişsel esneklik ve bilişsel duygu düzenleme ölçek puan ortalamaları ile Cronbach Alpha değerleri Tablo 1'de yer almaktadır. AFÖ ve BEE toplam puan ortalamaları sırasıyla 57.91 ± 10.27 ve 73.26 ± 10.73 olarak belirlenmiştir. BDDA alt boyutları toplam puan ortalamaları ise kendini suçlama 3.99 ± 1.77 , kabul 5.51 ± 1.91 , ruminasyon 6.13 ± 2.02 , pozitif tekrar odaklanma 6.32 ± 2.22 , plan yapmaya tekrar odaklanma 6.49 ± 1.99 , pozitif yeniden gözden geçirme 6.82 ± 1.97 , bakış açısına yerleştirme 6.57 ± 2.05 , felaketleştirme 5.05 ± 2.18 ve diğerlerini suçlama 4.07 ± 2.13 olarak tespit edilmiştir. AFÖ uyarlama çalışmasında 0.73 olarak belirtilen Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı bu çalışmada 0.77 olarak hesaplanmıştır. BEE ölçeğin tümü için Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları, 0.85 olarak hesaplanmıştır. Çalışmamızda bu değer 0.83 olarak belirlenmiştir. BDDA ölçeğin tümü için Cronbach Alpha güvenirlik katsayıları, 0.88 olarak belirtilmiştir. Bu değer bizim çalışmamız için 0.83 olarak belirlenmiştir.

Tablo 1: Kadınların Annelik Rolü, Bilişsel Esneklik ve Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçek Toplam Puanları ve Alt Boyut Puan Ortalamaları

Ölçekler	Ort±SS	Alt-Üst	Cronbach Alfa
Anlamsal Farklılık Ölçeği	57.91±10.27	29-77	0.776
Bilişsel Esneklik Envanteri	73.26±10.73	22-100	0.836
Alternatifler	49.95±7.94	15-65	0.858
Kontrol	23.31±5.37	7-35	0.737
Bilişsel Duygu Düzenleme Anketi			
Kendini suçlama	3.99±1.77	2-10	0.813
Kabul	5.51±1.91	2-10	0.655
Ruminasyon	6.13±2.02	2-10	0.758
Pozitif tekrar odaklanma	6.32±2.22	2-10	0.795
Plan yapmaya tekrar odaklanma	6.49±1.99	2-10	0.751
Pozitif yeniden gözden geçirme	6.82±1.97	2-10	0.777
Bakış açısına yerleştirme	6.57±2.05	2-10	0.708
Felaketleştirme	5.05±2.18	2-10	0.804
Diğerlerini suçlama	4.07±2.13	2-10	0.866

Ort: Ortalama, SS: Standard Sapma

Doğum sonrası dönemdeki kadınların bazı sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile ölçek toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması aşağıdaki tablolarda verilmiştir. Kadınların sosyodemografik özellikler yaş, aile tipi ve çalışma durumu grupları arasında annelik rolü toplam puan ortalamaları açısından fark yoktur. Eğitim düzeyi ve bilişsel esneklik toplam puanı arasında istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). İleri analizde farkın yükseköğretimden kaynaklandığı bulunmuştur. Bu durum yükseköğretim mezunu olan kadınlarda bilişsel esneklik puanının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca çekirdek aile tipine sahip kadınlarda bilişsel esneklik puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bilişsel duygu düzenlemenin alt boyutlarından plan yapmaya tekrar odaklanma ile aile tipi arasında istatistiksel anlamlılık vardır. Çekirdek aile tipine sahip annelerin plan yapmaya tekrar odaklanma puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmayan annelerin diğerlerini suçlama puanı çalışan annelere göre anlamlı derecede yüksektir (Tablo 2).

Tablo 2: Kadınların Sosyodemografik Özellikleri ile Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n (%)	AFÖ	BEE	BDDA Alt Boyutlar								
				Kendini suçlama	Kabul	Ruminasyon	Pozitif tekrar odaklanma	Plan yapmaya tekrar odaklanma	Pozitif yeniden gözden geçirme	Bakış açısına yerleştirme	Felaketleştirme	Diğerlerini suçlama
Yaş*												
18-30 yaş grubu	348 (%72.2)	57.71±10.34	72.72±10.92	4.04±1.74	5.61±1.91	6.24±2.06	6.30±2.26	6.48±1.95	6.84±1.99	6.56±2.01	5.08±2.20	4.01±2.13
31-40 yaş grubu	134 (%27.8)	58.41±10.11	74.68±10.13	3.87±1.87	5.25±1.91	5.86±1.91	6.38±2.13	6.50±2.11	6.77±1.94	6.60±2.17	4.99±2.12	4.24±2.13
t		-0.669	-1.805	0.924	1.870	1.827	-0.335	-0.056	0.341	-0.183	0.409	-1.070
p		0.504	0.072	0.356	0.062	0.68	0.737	0.955	0.733	0.855	0.683	0.285
Öğrenim durumu**												
İlköğretim/ortaöğretim ^a	226 (46.9)	57.80±10.55	72.18±10.82	3.97±1.85	5.54±1.93	6.07±2.03	6.48±2.23	6.49±2.08	6.64±2.06	6.45±2.11	5.19±2.18	4.21±2.27
Lise ^b	169 (35.1)	57.57±10.17	73.34±10.70	4.14±1.69	5.44±1.83	6.25±1.99	6.26±2.23	6.49±1.91	7.01±1.95	6.64±2.00	4.95±2.18	3.97±2.02
Yükseköğretim ^c	87 (18.0)	58.85±9.81	75.94±10.17	3.74±1.72	5.56±2.04	6.06±2.10	6.04±2.17	6.47±1.95	6.93±1.79	6.77±2.03	4.90±2.14	3.93±1.93
F		0.463	3.908	1.490	0.159	0.436	1.320	0.006	1.903	0.895	0.796	0.900
p		0.630	0.021 c>b>a	0.226	0.853	0.647	0.268	0.994	0.150	0.409	0.452	0.407
Aile tipi*												
Çekirdek aile	385 (79.9)	58.21±10.24	74.05±10.38	5.74±1.91	6.21±1.98	6.33±2.21	6.55±1.99	6.94±1.98	3.93±1.71	6.64±2.04	5.02±2.17	4.00±2.11
Geniş Aile	97 (20.1)	56.72±10.40	70.12±11.55	5.68±1.92	5.81±2.15	6.28±2.28	6.22±2.02	6.36±1.89	4.23±2.00	6.28±2.08	5.17±2.21	4.38±2.20
t		0.952	3.259	-0.940	1.757	0.183	1.462	2.603	-1.510	1.544	-0.592	-1.566
p		0.202	0.001	0.348	0.080	0.855	0.144	0.010	0.132	0.123	0.554	0.118
Çalışma durumu*												
Evet	51 (10.6)	59.31±10.01	74.43±10.38	5.13±1.58	5.80±1.99	6.17±2.29	6.13±1.87	6.78±1.89	4.00±1.76	6.56±2.23	4.56±2.01	3.45±1.55
Hayır	431 (89.4)	57.74±10.30	73.12±10.78	5.56±1.95	6.15±2.03	6.34±2.21	6.53±2.01	6.83±1.99	3.99±1.78	6.57±2.03	5.11±2.19	4.15±2.18
t		0.918	0.985	-1.494	-1.241	-0.506	-1.340	-0.158	0.026	-0.030	-1.819	-2.233
p		0.304	0.414	0.136	0.215	0.613	0.181	0.875	0.979	0.976	0.090	0.026

* Bağımsız gruplarda t testi, ** One way anova testi AFÖ: Anlamsal Farklılık Ölçeği-Anne Olarak Ben, BEE: Bilişsel Esneklik Envanteri, BDDA: Bilişsel Duygu Düzenleme Anketi

Kadınların obstetrik özellikler gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelikte düzenli bakım alma, gebeliği planlama, bebek bakımına yardımcı kimse, doğum kilosu, doğum şekli ve bebek cinsiyeti ile grupları arasında annelik rolü toplam puan ortalamaları açısından fark yoktur. Öte yandan gebelikte düzenli bakım alan kadınlarda bilişsel esneklik puanının daha yüksek olduğu görülmektedir. Gebelikte düzenli bakım almayan ve bebek bakımında destek alan bireylerin kendini suçlama puanları anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3: Kadınların Obstetrik Özellikleri ile Ölçek Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n (%)	AFÖ	BEE	BDDA Alt Boyutlar									
				Kendini suçlama	Kabul	Ruminasyon	Pozitif tekrar odaklanma	Plan yapmaya tekrar odaklanma	Pozitif yeniden gözden geçirme	Bakış açısına yerleştirme	Felaketleştirme	Diğerlerini suçlama	
Gebelik sayısı*													
1	152 (31.5)	57.84±11.04	73.40±11.23	4.00±1.77	5.55±1.83	6.07±2.02	6.28±2.26	6.62±2.01	6.96±2.07	6.60±2.05	4.94±2.15	3.86±1.98	
2 ve üzeri	330 (68.5)	57.94±9.92	73.20±10.51	3.99±1.78	5.50±1.96	6.16±2.02	6.34±2.21	6.43±1.99	6.76±1.93	6.56±2.06	5.11±2.19	4.17±2.19	
t		-0.093	0.185	0.052	0.279	-0.426	-0.286	0.993	1.064	0.206	-0.801	-1.518	
p		0.926	0.853	0.958	0.780	0.670	0.775	0.321	0.288	0.837	0.424	0.130	
Yaşayan çocuk sayısı**													
1	187 (38.8)	57.42±10.62	73.14±11.25	4.04±1.78	5.63±1.85	6.20±2.02	6.37±2.35	6.67±1.96	6.98±2.03	6.64±2.01	5.08±2.16	3.84±1.99	
2	151 (31.3)	58.24±9.60	73.68±10.57	3.91±1.71	5.39±1.92	6.12±1.99	6.06±2.08	6.31±1.90	6.68±1.88	6.44±1.97	4.84±2.12	4.10±2.25	
3 ve üzeri	144 (29.9)	58.19±10.55	72.97±10.26	4.00±1.84	5.49±1.99	6.06±2.07	6.52±2.19	6.43±2.13	6.77±2.00	6.62±2.19	5.24±2.25	4.35±2.15	
F		0.340	0.179	0.243	0.699	0.199	1.679	1.463	1.050	0.463	1.236	2.351	
p		0.712	0.836	0.784	0.498	0.820	0.188	0.233	0.351	0.630	0.291	0.096	
Gebelikte düzenli bakım alma durumu*													
Evet	448 (92.9)	57.90±10.20	73.82±10.34	3.89±1.71	5.47±1.92	6.12±2.03	6.34±2.23	6.49±1.99	6.83±1.96	6.58±2.07	4.99±2.15	4.03±2.13	
Hayır	34 (7.1)	58.00±11.35	65.91±13.06	5.35±2.02	6.00±1.79	6.23±1.92	6.11±2.10	6.41±2.13	6.67±2.18	6.52±1.92	5.94±2.30	4.64±2.07	
t		-0.051	4.216	-4.724	-1.525	-0.293	0.565	0.242	0.456	0.139	-2.462	-1.614	
p		0.959	<0.001	<0.001	0.128	0.770	0.572	0.809	0.649	0.890	0.014	0.107	
Gebeliği planlama**													
İstenen ve planlanan bir	325 (67.4)	57.84±10.70	73.56±10.61	3.96±1.76	5.47±1.92	6.07±1.99	6.32±2.24	6.44±2.00	6.89±1.99	6.62±2.04	5.09±2.21	4.05±2.14	

bebek												
İstenmeyen bir bebek	16 (3.3)	59.18±8.96	67.93±12.40	4.56±2.09	5.68±1.77	5.75±1.65	6.06±2.26	7.25±2.32	6.93±2.20	6.62±2.50	5.68±2.52	4.75±2.11
Planlanmamış ancak istenen bebek	141 (29.3)	57.92±9.44	73.19±10.74	3.99±1.76	5.59±1.92	6.31±2.12	6.36±2.19	6.51±1.93	6.82±1.97	6.46±2.04	4.90±2.05	4.05±2.10
F		0.130	2.108	0.857	0.263	1.003	0.130	1.260	0.766	0.277	1.081	0.819
p		0.878	0.123	0.425	0.769	0.367	0.878	0.284	0.466	0.758	0.340	0.441
Bebek bakımına yardımcı kimse*												
Var	366 (75.9)	58.01±10.04	73.17±10.69	4.08±1.83	5.57±1.89	6.07±1.99	6.23±2.22	6.51±1.98	6.81±1.95	6.52±2.03	5.05±2.16	4.07±2.10
Yok	116 (24.1)	57.57±11.02	73.55±10.89	3.69±1.55	5.31±1.99	6.32±2.13	6.62±2.20	6.43±2.05	6.85±2.07	6.75±2.13	5.06±2.23	4.08±2.22
t		0.403	-0.327	2.061	1.273	-1.163	-1.640	0.375	-0.173	-1.040	-0.013	-0.043
p		0.687	0.744	0.040	0.204	0.245	0.102	0.708	0.863	0.299	0.990	0.966
Doğum kilosu**												
2500 gr >	21 (4.4)	62.61±10.23	78.80±10.51	3.33±1.1-01	4.57±1.96	6.57±2.63	6.95±2.20	6.76±2.18	7.52±2.06	6.42±2.29	4.66±2.49	3.61±1.90
2500-4000 gr	433 (89.8)	57.65±10.29	73.00±10.78	4.03±1.80	5.57±1.90	6.15±2.01	6.32±2.23	6.51±1.99	6.84±1.96	6.59±2.05	5.14±2.18	4.12±2.16
4000 gr <	28 (5.8)	58.35±9.53	73.17±9.28	3.92±1.76	5.25±1.93	5.57±1.68	5.82±2.07	5.92±1.94	6.00±1.96	6.42±2.00	4.07±1.56	3.71±1.73
F		2.376	2.953	1.561	3.076	1.588	1.554	1.334	3.806	0.141	3.552	0.998
p		0.094	0.053	0.211	0.057	0.205	0.212	0.264	0.123	0.869	0.129	0.370
Doğum şekli*												
Normal vajinal doğum	203 (42.1)	57.57±10.50	72.71±11.67	3.87±1.84	5.72±1.95	6.34±2.07	6.45±2.34	6.58±1.99	6.98±2.01	6.71±2.02	5.20±2.29	4.20±2.24
Sezaryen	279 (57.9)	58.16±10.12	73.66±9.99	4.08±1.72	5.36±1.88	5.98±1.98	6.23±2.13	6.42±2.00	6.71±1.95	6.47±2.08	4.94±2.09	3.98±2.04
t		-0.622	-0.957	-1.284	2.080	1.926	1.072	0.885	1.464	1.296	1.278	1.125
p		0.534	0.339	0.200	0.138	0.055	0.284	0.377	0.144	0.195	0.202	0.261
Bebek Cinsiyeti*												
Kız	255 (52.9)	57.94±10.33	73.73±11.02	3.99±1.71	5.43±1.93	6.08±2.10	6.44±2.15	6.52±2.06	6.83±1.96	6.52±2.04	5.03±2.06	4.07±2.10
Erkek	227 (47.1)	57.87±10.24	72.74±10.39	3.99±1.84	5.60±1.90	6.19±1.94	6.19±2.29	6.45±1.92	6.81±1.99	6.63±2.08	5.07±2.30	4.08±2.16
t		0.082	1.009	0.030	-0.938	-0.581	1.228	0.393	0.158	-0.535	-0.201	-0.047
p		0.935	0.313	0.976	0.349	0.562	0.220	0.695	0.874	0.593	0.841	0.962

* Bağımsız guplarda t testi, ** One way anova testi AFÖ: Anlamsal Farklılık Ölçeği-Anne Olarak Ben, BEE: Bilişsel Esneklik Envanteri, BDDA: Bilişsel Duygu Düzenleme Anketi

Annelerin annelik rolü, bilişsel esneklik ve bilişsel duygu düzenlemeyi etkileyen değişkenlerin regresyon analizi sonuçları Tablo 4’de yer almaktadır. Bilişsel esneklik düzeyinin annelik rolü üzerinde varyansın yaklaşık %11’ini açıklayan pozitif ve anlamlı bir etkisi vardır ($p<0.001$) ($R^2=0.110$) Erken doğum sonrası dönemde kadınlarda bilişsel esneklik düzeyi arttıkça annelik rolü artmaktadır (Model 1). Annelerde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin annelik rolü üzerinde varyansın yaklaşık %8’ini açıklayan negatif anlamlı bir etkisi olduğu tespit edilmiştir ($p<0.001$). Kadınlarda bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olan ruminasyon ve diğerlerini suçlama düzeyi azaldıkça annelik rolünün arttığı belirlenmiştir (Model 2).

Tablo 4: Kadınlarda AFÖ Etkileyen Değişkenlerin Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi

	AFÖ				
	β	t	p	%95 CI	
Model 1: Annelerde BEE düzeyinin AFÖ üzerine etkisi					
BEE toplam ölçek puanı	0.327	7.397	<0.001	0.226	0.389
R:0.332, R ² : 0.110, Durbin-Watson: 1.858 ($p<0.001$)					
Model 2: Annelerde BDDA alt boyutlarının AFÖ üzerine etkisi					
Kendini suçlama	-0.041	-0.804	0.422	-0.816	0.342
Kabul	0.017	0.325	0.745	-0.451	0.630
Ruminasyon	0.121	-2.350	0.019	0.101	1.131
Pozitif tekrar odaklanma	-0.025	-0.492	0.623	-0.578	0.347
Plan yapmaya tekrar odaklanma	0.122	1.960	0.051	-0.002	1.258
Pozitif yeniden gözden geçirme	0.122	1.897	0.058	-0.023	1.287
Bakış açısına yerleştirme	-0.062	-1.137	0.256	-0.840	0.224
Felaketleştirme	-0.015	-0.253	0.801	-0.609	0.470
Diğerlerini suçlama	-0.151	-2.739	0.006	-1.249	-0.205
R:0.316, R ² : 0.083, Durbin-Watson: 1.866 ($p<0.001$)					

CI: Güven aralığı, AFÖ: Anlamsal Farklılık Ölçeği-Anne Olarak Ben, BEE: Bilişsel Esneklik Envanteri, BDDA: Bilişsel Duygu Düzenleme Anketi

Tartışma

Annelik rolü genellikle kadınlar tarafından olumlu algılanan, sürekli gelişim gösteren ve annelik davranışlarını öğrenme süreci olarak tanımlanmaktadır. Annelik rolüne ulaşıldığında ise annelik kimliği oluşur.⁴ Yapılan önceki çalışmalarda annelerin AFÖ toplam puanları 52,16 ila 61,01 arasında değişmektedir.^{29,30,31} Çalışmamızdaki annelik rolü toplam puanı önceki çalışmalarla benzer bulunmuştur. Ölçekten alınabilecek en yüksek değer 77 olduğundan çalışmalarda belirlenen toplam puan ortalamaları birbirine benzer olup, çalışmamıza katılan bireylerin annelik rol kazanımının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Bu durum annelik rolüne yeterince adapte olduklarının bir göstergesi olabilir. Öte yandan çalışmamıza katılan katılımcıların demografik ve obstetrik özelliklerinin annelik rolünü etkilemediği görülmektedir. Literatürde annelik rolünün yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışma durumu, gebelikte düzenli bakım alma, gebeliğin planlı olması gibi çeşitli faktörlerden etkilendiği belirtilmektedir.^{29,31} Çalışma bulgularımız literatürle farklılık göstermekle birlikte, bu farklılığın araştırmanın yapıldığı popülasyon ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Bilişsel esneklik, değişen görevlere uyum sağlamada bireyin zihnini hızlıca yeniden yapılandırma yeteneğidir.¹⁴ Çalışmamızda, katılımcıların BEE puan ortalaması dikkate alındığında doğum sonrası annelerin bilişsel esneklik düzeylerinin iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Doğum sonrası dönemde kadınlarda bilişsel esneklik düzeyi arttıkça annelik rolü artmaktadır. Ayrıca yüksek eğitim seviyesine sahip olma, gebelikte düzenli bakım alma ve çekirdek aile tipinin bilişsel esnek düzeyini arttırdığı ve içinde bulunduğu duruma uyumu kolaylaştırmada etkili faktörler olduğu söylenebilir. Annelik, kadınlar için birçok değişikliği içeren bir geçiş dönemidir. Bu nedenle, anneliğe geçiş sırasında veya bu değişikliklere uyum sağlamada bilişsel esnekliğin kolaylaştırıcı bir faktör olduğu düşünülmektedir. Literatürde bilişsel esnekliği daha yüksek olan kadınların, anne olma konusunda daha dengeli bir görüşe sahip olabilecekleri belirtilmektedir.¹³ Araştırma bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Duygusal bilişsel düzenleme, bireyin stresörlere verdiği tepkinin merkezidir ve duygusal tepkileri kontrol etmekten, değerlendirmekten ve değiştirmekten sorumlu olan tüm iç ve dış süreçleri içerir.³² Araştırmamızda, bilişsel duygusal düzenleme stratejileri ortalama düzeydedir. Ayrıca çalışma bulgularımız, doğum sonrası bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin annelik rolü üzerinde etkili olduğunu ortaya koymaktadır. Xiao ve arkadaşları da, ebeveynlerin duygu düzenleme biçimlerinin, ebeveynlik davranışlarını etkileyebilecek bir faktör olduğunu vurgulamaktadırlar.³³ Çalışmamızda, ruminasyonun yani olası sorunla karşılaşıldığında eyleme geçmeksizin derin ve tekrarlı düşünme stratejisinin annelik rolünü azalttığını göstermektedir. Benzer şekilde diğerlerini suçlayan bilişsel duygu stratejisinin kullanılması da annelik rolünü olumsuz etkilemektedir. Literatür incelendiğinde, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile annelik rolü arasındaki ilişkiyi doğrudan değerlendiren araştırmalara rastlanmamıştır. Buna karşın uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanılmasının, doğum sonrası dönemde psikolojik sorunlara yol açabileceği belirtilmektedir. Çankaya ve Ataş çalışmasında, doğum sonrası kadınlarda duygusal şiddete maruz kalma, bilişsel duygu düzenleme ve duygusal zeka durumlarının postpartum depresyon riski taşıyan kadınları belirlemede önemli olduklarını ortaya koymaktadır.³⁴ Bununla birlikte bozulmuş duygu düzenleme ve ruminasyonun kişide bilişsel işlevselliği bozarak depresyona neden olabileceğini belirten farklı çalışmalarda bulunmaktadır.^{35,36} Bu bağlamda annelik rolü ve kimliğin erken doğum sonrası dönemde şekillendiği düşünüldüğün annelerin bu dönemde kullandıkları duygu düzenleme stratejilerin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır. Ayrıca çalışmamızda, katılımcıların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin bilişsel duygu düzenleme stratejilerini nasıl etkilediği de araştırılmıştır. Uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olan plan yapmaya yeniden odaklanma çekirdek aile sahip kadınlarda yüksektir. Bu durum kadının aile içindeki dinamiklerinde aidiyet duygusunun yüksek olması ve sorumlulukları üstlenerek ailenin yeniden konumlanmasına yardımcı olmasından kaynaklanıyor olabilir. Öte yandan uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden olan diğerlerini suçlama çalışmayan annelerde, kendini suçlama ise gebelikte düzenli bakım almayan ve bebek bakımında destek alan annelerde yüksektir. Bu durum ise gebelikte var olan ya da doğum sonrası dönemde annelere yüklenen yeni rol ve sorumlulukların yerine getirilmemesin yansıması olabilir. Bu bağlamda uyumsuz başa çıkma stratejilerinin psikolojik problemlerle ilişkili³⁷ olduğu düşünüldüğünde, özellikle doğum sonrası dönemde bireylerin psikolojik sağlıklarına ilişkin risk taramasının yapılması oldukça önemlidir.

Sonuç

Çalışmamızda, annelik rolü ve bilişsel esneklik puanının iyi, duygu düzenleme stratejilerinin ortalama düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kadınların sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile annelik rolü arasında toplam puan ortalamaları açısından fark bulunmamaktadır. Yükseköğrenim mezunu, çekirdek aile tipine sahip ve gebelikte düzenli bakım alan kadınların bilişsel esnek puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çekirdek aileye sahip kadınlar, uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden plan yapmaya yeniden odaklanmayı daha çok kullanmaktadırlar. Uyumsuz stratejilerden olan diğerlerini suçlama çalışmayan annelerde; gebelikte düzenli bakım alamayan ve bebek bakıma destek alan annelerde ise kendini suçlama stratejisi daha fazla kullanılmaktadır.

Doğum yapanların zihinsel durumu ile yeni rollerin anne üzerinde oluşturduğu stresin iyi anlaşılması, her kadın için daha kişiselleştirilmiş bakımı mümkün kılabileceği gibi, bu sürece uyum sağlamayı da kolaylaştıracağı düşünülmektedir. Bilişsel esnekliğin annelik rolünü etkilediği düşünüldüğünde, anne adaylarına ilk karşılaşmadan itibaren bilişsel fonksiyonlar dikkate alınarak danışmanlık yapılmalıdır. Doğum sonrası dönemde kadınların karşılaştığı talepler göz önüne alındığında, duyguların uyarlanabilir bir şekilde düzenlenmesi, uyumlu olan duygu düzenleme stratejilerinin geliştirilmesinin yanında, uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin yaygınlığının azaltılması psikolojik iyilik ve annelik rolüne uyumun temel yönlerinden biri olabileceği düşünülmektedir.

Sınırlılıklar

Web tabanlı bir çalışma olduğundan, yalnızca sosyal medya erişimi olan kadınlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Sonuçlar yalnızca bu araştırma grubuna genellenebilir.

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. Fasanghari M, Kordi M, Asgharipour N. Effect of maternal role training program based on Mercer theory on maternal self-confidence of primiparous women with unplanned pregnancy. *Journal of Education and Health Promotion*. 2019; 8:4. DOI: [10.4103/jehp.jehp_202_17](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_202_17)
2. Barkin JL, Wisner KL. The role of maternal self-care in new motherhood. *Midwifery*. 2013;29(9), 1050–1055. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.10.001>
3. Bilgin Z, Ecevit Alpar Ş. Scale for maternity role perceptions. *Health Care for Women International*. 2021; 42(4-6), 485–502. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1815748>
4. Mercer RT, Walker LO. A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2006;35(5):568-582. Doi: 10.1111/j.1552-6909.2006.00080.x.
5. Nelson AM. Transition to motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(4):465–477. <https://doi.org/10.1177/0884217503255199>.
6. Meighan M. Mercer's becoming a mother theory in nursing practice. In M. Alligood (ed.), *Nursing Theory, Utilization & Application*. 5. Baskı, St. Louis, MO: Elsevier Mosby; 2014.p:332–350.
7. Cakmak AF, Cevik EI. Cognitive emotion regulation questionnaire: development of Turkish version of 18-item short form. *African Journal of Business Management*. 2010; 4(10), 2097-2102. URL: https://www.researchgate.net/publication/228631257_Cognitive_emotion_regulation_questionnaire_Development_of_Turkish_version_of_18-item_short_form . Erişim tarihi: 20.02.2023.
8. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*. 2006;41(6):1045-1053. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010>
9. Peñacoba-Puente C, Marín-Morales D, Carmona-Monge FJ, Velasco Furlong L. Postpartum Depression, personality, and cognitive-emotional factors: a longitudinal study on Spanish pregnant women. *Health Care for Women International*. 2016;37(1):97–117. <https://doi.org/10.1080/07399332.2015.1066788>
10. Speyer LG, Hall HA, Ushakova A, Murray AL, Luciano M, Auyeung B. Longitudinal effects of breast feeding on parent-reported child behaviour. *Archives of Disease in Childhood*. 2021; 104(4), 355–360. Retrieved from <https://doi.org/10.1136/archdischild>
11. Töz N, Arikan G, Üstündağ-Budak AM. The role of emotion regulation and maternal symptoms in Turkish mothers' caregiving helplessness during toddlerhood. *Curr Psychol*. 2023; 42: 6106–6116. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01855-9>
12. Fonseca A, Monteiro F, Alves S, Gorayeb R, Canavarro MC. Be a mom, a web-based intervention to prevent postpartum depression: the enhancement of self-regulatory skills and its association with postpartum depressive symptoms. *Frontiers in Psychology*. 2019 Feb 18; 10: 265. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00265>
13. Skowron A, Fingerhut R, Hess B. The role of assertiveness and cognitive flexibility in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2014; 32(4), 388-399. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.940518>
14. Dajani DR, Uddin LQ. Demystifying cognitive flexibility: implications for clinical and developmental neuroscience. *Trends in Neurosciences*. 2015; 38(9), 571-578. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.07.003>
15. Asali A, Miller N, Engel O, Haj-Yahia N, Cohen O, Ben-Kimhy R, et al. Does cognitive flexibility affect the course of labor? A prospective study. *Int J Gynaecol Obstet*. 2020; 148(2):187–191. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13063>
16. Wu CW, Chen WW, Jen CH. Emotional intelligence and cognitive flexibility in the relationship between parenting and subjective well-being. *J Adult Dev*. 2021; 28, 106–115. <https://doi.org/10.1007/s10804-020-09357-x>
17. Kim S, Hyun MH. The mediating effect of cognitive flexibility in the relationship between emotional clarity and emotion regulation: comparison of self-reported and task measurement of cognitive flexibility. *Korean Journal of Stress Research*, 2018;26(3), 159-165. DOI: <https://doi.org/10.17547/kjsr.2018.26.3.159>
18. Ghosh S, Halder S. Emotional regulation and cognitive flexibility in young adults. *Journal of Psychosocial Research*. 2020;15(2): 609-617. DOI:10.32381/JPR.2020.15.02.22
19. Wu CW, Chen WW, Jen CH. Emotional intelligence and cognitive flexibility in the relationship between parenting and subjective well-being. *Journal of Adult Development*. 2021;28:106-115. Doi:10.1007/s10804-020-09357-x.
20. 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.
21. Engin N, Ayyıldız T. Anne-bebek bağlanmasının annelik algısı ve bazı değişkenlere göre incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2021; 5 (3):583-596 . DOI: 10.46237/amusbfd.947004
22. Gülüm İV, Dağ İ. Tekrarlayıcı düşünme ölçeği ve bilişsel esneklik envanterinin Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2012; 13(3), 216-223. URL: https://yunus.hacettepe.edu.tr/~ihsandag/index_dosyalar/GulumveDag2012.pdf. Erişim tarihi: 20.02.2023.
23. Walker LO, Crain H, Thompson E. Mothering behavior and maternal role attainment during the postpartum period. *Nurs Res*. 1986; 35, 352-354. PMID: 3640352
24. Çalışır H, Başbaykal Z. İlk kez anne olan kadınların annelik rolü başarımlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi [Doktora tezi]. İzmir. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2003. [Erişim tarihi: 08.08.2023]. Erişim linki: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=5mEzSm6bJwS0scDErjF_w&no=eVXAHLHmOdyuN6Y_hSS74A
25. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogn Ther Res*. 2010; 34: 241-253. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9276-4>

26. Garnefski N, Kraaij V, Spinoven P. Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC. 2002.
27. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire – development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences*. 2006; 41(6), 1045-1053. doi:10.1016/j.paid.2006.04.010
28. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Multivariate data analysis*. 7.Baskı. Pearson Education Limited; 2013.
29. Özkan H, Polat S. Maternal identity development education on maternity role attainment and my baby perception of primiparas. *Asian Nursing Research*. 2011;5:108-117. [http://dx.doi.org/10.1016/S1976-1317\(11\)60019-4](http://dx.doi.org/10.1016/S1976-1317(11)60019-4) 20.
30. Uçar H, Özkan H. Gebelerin psikososyal sağlık durumları ile annelik rolü algısı arasındaki ilişki. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2023; 7 (1), 115-126. DOI: 10.46237/amusbfd.1169109
31. Koç Ö, Özkan H, Bekmezci H. Evaluating the correlation between maternal role and parenting behavior. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi*. 2016; 6(2):143-150. doi:10.5222/buchd.2016.143
32. Pourkhaleghi N, Askarizadeh GH, Fazilat-Pour M. The role of maternal emotional cognitive strategies and newborn gender satisfaction in the postpartum depression in the primiparous women. *Preventive Care in Nursing and Midwifery Journal*. 2017; 7(2): 15-24. URL: <http://zums.ac.ir/nmcjournal/article-1-483-en.html>
33. Xiao SX, Spinrad TL, Carter DB. Parental emotion regulation and preschoolers' prosocial behavior: The mediating roles of parental warmth and, inductive discipline. *J Genet Psychol*. 2018;179(5):244–255. Doi: 10.1080/00221325.2018.1495611.
34. Çankaya S, Ataş A. Factors affecting postpartum depression in Turkish women. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2022; 41: 74-80. Doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.024>
35. Marques R, Monteiro F, Canavarro MC, Fonseca A. The role of emotion regulation difficulties in the relationship between attachment representations and depressive and anxiety symptoms in the postpartum period. *Journal of Affective Disorders*. 2018 Oct 1;238: 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.013>
36. Nolen-Hoeksema, S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination, *Perspectives on Psychological Science*. 2008 (5): 400-424.
37. Kiye S. Bilişsel duygu düzenleme ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişki. *Balkan 9th International Conference on Social Sciences October 6 - 8, 2023 Edirne*.



Original Research / Orijinal Araştırma

The Effect Of Weight Loss With Lifestyle Changes On LDL Cholesterol: Retrospective Cohort Study

Yaşam Tarzı Değişikliğiyle Kilo Kaybının LDL Kolesterol Üzerine Etkisi: Retrospektif Kohort Çalışması

Hülya GÜÇ¹, Neslişah GÜREL KÖKSAL², Mehmet SARGIN³

Abstract

Aim: This study aimed to investigate the rate of decrease in lipid levels with effective lifestyle changes (LC) and the minimum body weight loss necessary for effective lipid reduction in obese patients.

Method: The study is a retrospective cohort study. The study included 71 patients who were followed up in the obesity clinic, who were diagnosed with hyperlipidemia but did not use any hyperlipidemia treatment. The patients' high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C), low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C), total cholesterol, triglyceride, body fat ratio and mass, body mass index (BMI), height and weight information were recorded at the first visit and the 6th month. In our study, patients were divided into two groups (based on the weight loss rates in the 6-month follow-up) those who lost less than 10% of their previous weight and those who lost 10% or more weight and their lipid parameters were compared.

Results: LDL-C reduction rates of patients classified according to their weight loss rates were found to be statistically significantly ($p=0.011$) higher in those with 10% or more weight loss than (group 1=18.48%) in those with less than 10% weight loss (group 2=13.04%). Total cholesterol reduction rates were also significantly ($p=0.015$) higher in the 1st group than in the 2nd group. According to the findings of our study, at least 10% weight loss is required to decrease total cholesterol and LDL-C significantly.

Conclusion: Implementation of primary and secondary prevention strategies to reduce the risk of cardiovascular disease is important in the context of primary care. To reach the targeted LDL-C values, the weight monitoring of obese patients should be considered, and the importance of losing at least 10% of weight as one of the first steps should be emphasized.

Keywords: lifestyle changes, hyperlipidemia, primary prevention

Özet

Amaç: Bu çalışmada etkili bir yaşam tarzı değişikliği (YTD) ile obez hastaların lipit düzeylerinde yüzde kaç oranında düşüş sağlanabileceği ve etkili lipit düşüşü için en az ne kadar kilo verilmesi gerektiği araştırılmak istenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız retrospektif bir kohort çalışmasıdır. Çalışmaya obezite polikliniğinde izlenen, hiperlipidemi tanısı alıp herhangi bir hiperlipidemi tedavisi kullanmayan 71 hasta dahil edilmiştir. Hastaların ilk gelişte ve 6. aydaki yüksek yoğunluklu lipoprotein kolesterol (HDL-K), düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL-K), total kolesterol, trigliserit, vücut yağ oranı ve kitlesi, beden kitle indeksi (BKİ), boy, kilo bilgileri kaydedilmiştir. Çalışmamızda hastalar (6 ay sonraki takiplerindeki kilo düşüş oranları baz alınarak) önceki kilolarına göre %10 dan daha az kilo verenler ve %10 ve daha fazla kilo verenler olarak iki gruba ayrılarak lipit parametreleri karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Kilo verme oranlarına göre sınıflandırılan hastaların LDL-K düşüş oranları karşılaştırıldığında; %10 ve daha fazla kilo verenlerin LDL-K düşüş oranları (1. Grup= %18.48) %10 'un altında kilo verenlere göre (2. Grup= %13.04) anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0.011$). Total kolesterol düşüş oranları da 1. Grupta 2. Gruba göre anlamlı olarak daha fazlaydı ($p=0.015$).

Sonuç: Birinci basamak yaklaşımında kardiyovasküler riski azaltmak için birincil ve ikincil korunmanın uygulanması önemli bir konudur. Hiperkolesterolemi tespit edilen obez hastalarda hedeflenen LDL-K değerlerine ulaşmak amacıyla hastalara yaşam tarzı değişiklikleri önerilmeli ve en az %10 kilo vermenin önemine vurgu yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yaşam tarzı değişiklikleri, Hiperlipidemi, Primer koruma

Geliş tarihi / Received: 31.12.2023 Kabul tarihi / Accepted: 29.05.2024

¹ Hatay Mustafa Kemal University Faculty of Medicine, Department of Medical Education, Hatay, Türkiye

² Giresun University Faculty of Medicine, Giresun Training and Research Hospital, Department of Family Medicine, Giresun, Türkiye

³ Istanbul Medeniyet University Faculty of Medicine, Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Training and Research Hospital, Department of Family Medicine, Istanbul, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi Hülya GÜÇ. Hatay Mustafa Kemal University Faculty of Medicine, Department of Medical Education, Hatay, Türkiye

E-posta: guchulya@gmail.com Tel: +90 5448371698

Güç H, Gürel Köksal N, Sargin M. *The Effect Of Weight Loss With Lifestyle Changes On LDL Cholesterol: Retrospective Cohort Study*. TJFMPC, 2024; 18 (3) :357-363

DOI: 10.21763/tjfm.1412471

Introduction

Hyperlipidemia is a modifiable risk factor related to the leading causes of morbidity and mortality in our country. According to the 2020 Cause of Death Statistics from the Turkish Statistical Institute, circulatory system diseases accounted for 36% of all deaths. Of these deaths, 41.5% were due to ischemic heart disease, 23.8% were due to other heart diseases, and 19.6% were due to cerebrovascular diseases.¹

Targeted LDL-C levels in patients should be determined based on individual risk assessments.²

In 2021, the European Society of Cardiology (ESC) published new guidelines. These guidelines now use lifetime Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) risk estimations instead of 10-year risk algorithms.^{3,4} Diet and LC, quitting smoking, reducing alcohol intake, and reducing systolic blood pressure below 160 mmHg are recommended for all patients. Turkey is classified as a high-risk country for ASCVD by the World Health Organization.⁴

LC and dietary habits play an essential role in the effective management of hyperlipidemia at every stage of treatment. When making dietary changes, it is important to limit saturated fats (including trans fatty acids) to no more than 10% of daily calorie intake (and no more than 7% in the presence of hypercholesterolemia). Cholesterol intake should be reduced to below 300 mg/day, especially in patients with high cholesterol levels. Other crucial LC involve quitting smoking and decreasing alcohol consumption, limiting cholesterol intake. Maintaining a healthy body weight can be achieved by doing a total of 150 minutes of moderate-intensity exercise or 75 minutes of high-intensity exercise in 7 days.^{5,6,7,8}

LDL-C levels should be re-evaluated six weeks after implementing LC, and if the target values are not reached, the program should be intensified. Additionally, the use of plant-derived sterols or stanols should be increased. If the desired level of control is still not achieved after three months, medical treatment should be considered. A body of research indicates that lifestyle modifications can positively impact insulin resistance and oxidative stress indicators, with a body weight loss of approximately 10% being a notable predictor of these outcomes.⁹ The objective of this study was to assess the impact of a targeted 10% reduction in body weight, coupled with an efficacious LC, on lipid profiles in individuals with a BMI within the obese range. This highlights the importance of maintaining LC as the first step in the treatment of hypercholesterolemia.

Material and Methods

Study design and participants

The study is a retrospective cohort study. The basis of this research is based on the evaluation of 71 cases between the ages of 18 and 75 who applied to the Istanbul Medeniyet University Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Training and Research Hospital Obesity Polyclinic between April 2015 and August 2017. The study included 71 patients who were followed up in the obesity clinic, who were diagnosed with hyperlipidemia but did not use any hyperlipidemia treatment, and who did not have any other known endocrinological diseases such as hyperthyroidism, diabetes mellitus (DM), Cushing's syndrome.

The study included 63 female and 8 male participants who met the specified inclusion criteria and were classified as obese. The patient data for this study were extracted from the electronic medical record system of the hospital.

Demographic characteristics (age, sexual category, BMI, weight, fat ratio, weight loss, etc.) of the patients who were screened within the specified date range were recorded first. It was confirmed from their medical histories that all included cases received exercise program information and nutritional information at their first interview. All the individuals included in the study were formed from the cases who came to the control every two weeks. The data of all cases over an average of six months were analyzed. During these six months, changes in body weights, body fat ratios, body fat masses, and lipid parameters were recorded in all cases. Those with missing data were not included.

The necessity of regular exercise, a reduction in cholesterol intake, and a balanced diet for effective weight loss were emphasised to patients. Weight, fat, and body mass index measurements were taken at follow-up appointments for patients who had set themselves the goal of losing 10% of their body weight in line with the recommendations made. These measurements were taken every two weeks. Patients were categorized into two groups: those who experienced a weight loss of less than 10% from their initial weight and those who achieved a weight loss of more than 10% (determined by weight reduction rates approximately 6 months later during follow-up). Group 1 comprised patients with a weight loss of 10% or more, while Group 2 included patients with a weight loss of less than 10%.

Patients who were not under any treatment for hyperlipidemia in the last 6 months and who did not follow an effective diet and exercise program for hyperlipidemia were included. The triglyceride level of all cases was below 400mg/dL, and all cases were over the age of eighteen. Patients using statin and fibrate-derived drugs for the treatment of hyperlipidemia, and patients using oral antidiabetic or insulin were not included. Moreover, patients with a diagnosis of ischemic heart disease, and patients with endocrinopathy that may affect blood lipid levels such

as hyperthyroidism, DM, and syndrome of Cushing were also excluded from the study. Similarly, pregnant women and cases with osteopathy that may cause physical activity limitation were excluded (Figure 1).

In the study, measurements were taken at two different times, and differences were observed between two independent groups with a weight loss rate of $\geq 10\%$ (group 1) and a weight loss rate of $< 10\%$ (group 2) during the follow-up period. Consequently, the effect size for two independent groups and two repeated measurements was calculated as 0.25 (medium level), 80% power, and 5% Type I error, and the expected minimum sample size was at least 66. The calculation was evaluated in the G*Power 3.1.9.4 program.

It should be noted that the distribution of individuals into groups is not homogeneous and is determined at the end of the follow-up period, which represents a limitation of the study.

Ethical approval was obtained from the Istanbul Medeniyet University Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Training and Research Hospital Clinical Research Ethics Committee on 18/11/2020 and numbered 2020/0660.

Statistical Method

The data from the study were subjected to analysis using the SPSS Statistics software (IBM), version 20.0. Descriptive statistical methods as numbers and percentages were used in the analysis of categorical data, and mean \pm standard deviation was used in the evaluation of variable data. First visit and after six months of visits variables with continuous normal distribution were compared with the paired sample t-test. Lipid parameter reduction rates, measured at the initial admission and follow-up for patient groups, underwent comparison through the Mann-Whitney U Test, Statistical significance was considered for P values ≤ 0.05 .

Results

The demographic characteristics of the individuals forming the sample at the beginning of the study are as follows.

Table 1. Findings of individuals who applied to the obesity outpatient clinic

Parameters	Values (Mean \pm SD)
Average age (year)	51.27 \pm 10.37
Gender (Female/Male)(n)	63/8
Average Body Mass Index (kg/m ²)	38.32 \pm 5.92
Total Cholesterol Value (mg/dL)	212.80 \pm 40.01
LDL-C (mg/dL)	139.35 \pm 30.91
HDL -C (mg/dL)	48.05 \pm 9.12
Triglyceride (mg/dL)	132.63 \pm 54.06
Average body weight (kg)	97.41 \pm 15.81
Average fat mass (kg)	38.48 \pm 10.13
Average percentage of body fat (%)	39.04 \pm 4.77

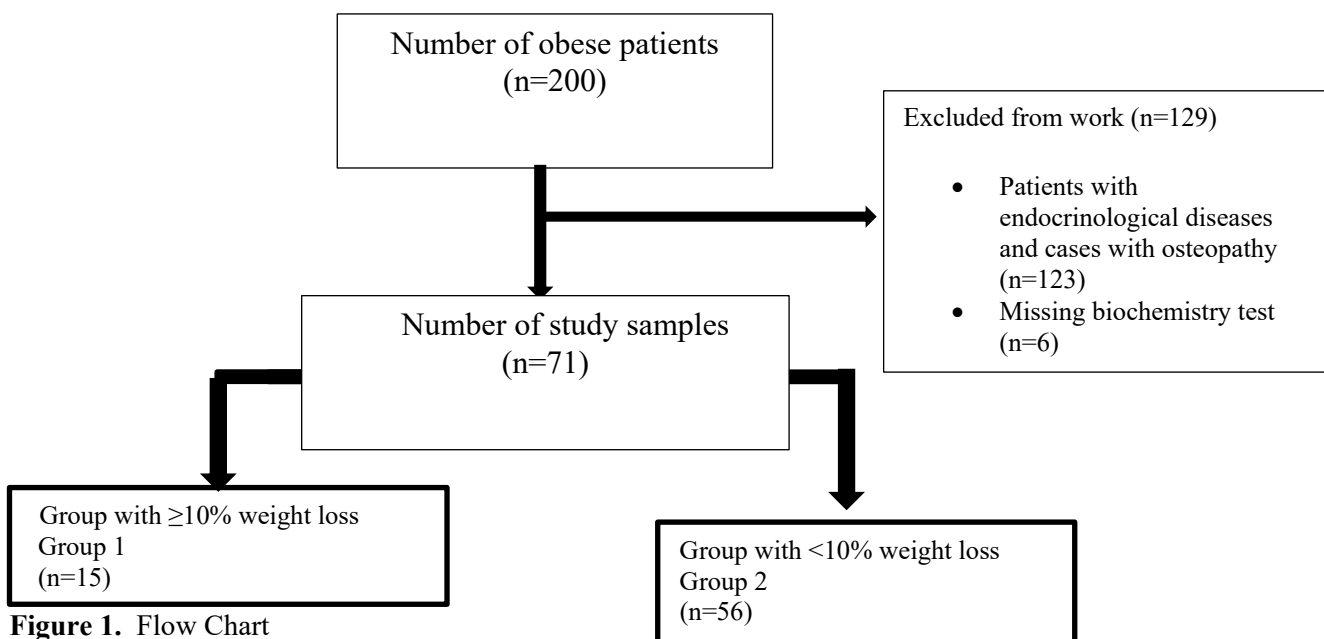
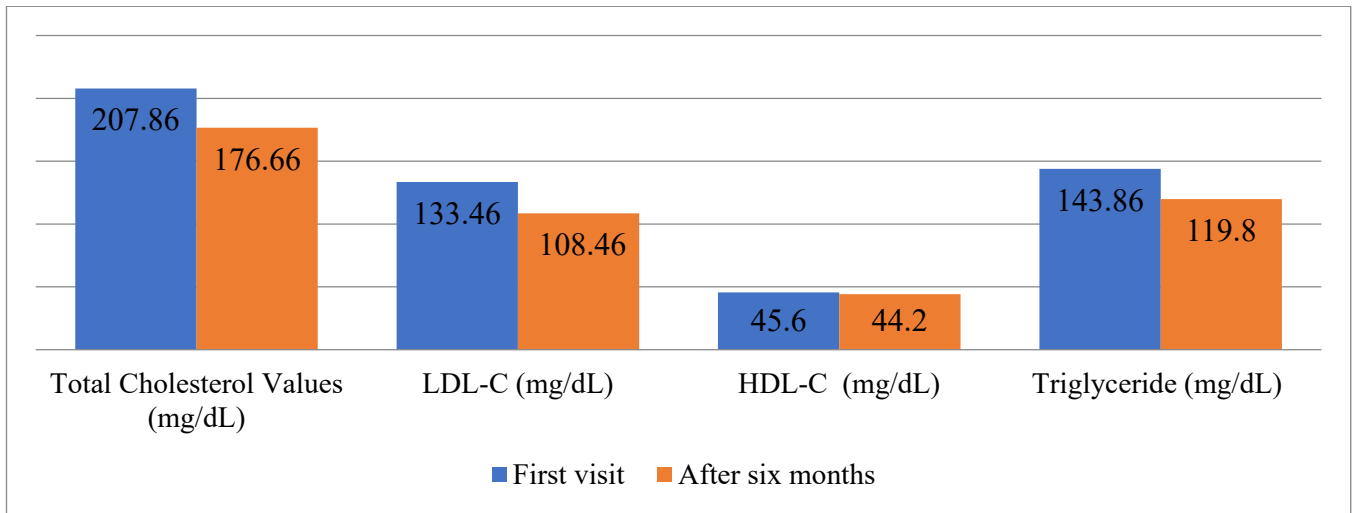
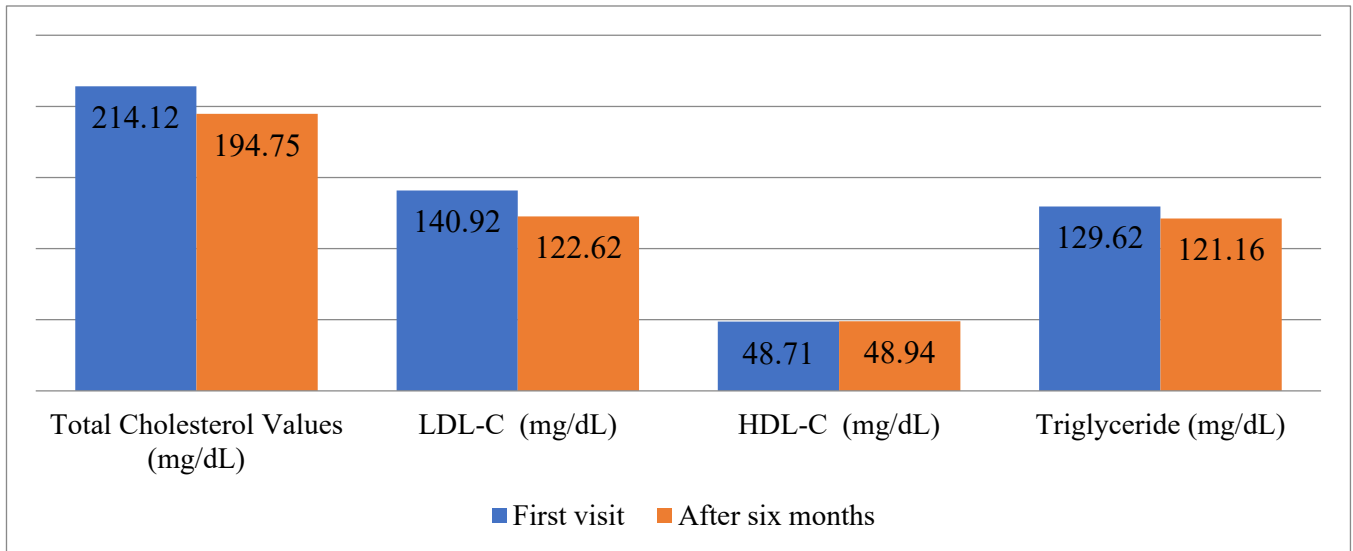


Figure 1. Flow Chart



p: Paired Sample t test

Figure 2. The results of the evaluated biochemical parameters of cases who lost 10% or more of weight (group 1) at the time of the first visit and six months after the LC.



p: Paired Sample t-test

Figure 3. The results of the evaluated biochemical parameters of cases with less than 10% weight loss (group 2) at the first visit and six months after the LC.

Table 2. Rates of decrease in lipid values by groups at the first application and 6 months later

	group with $\geq 10\%$ weight loss (group 1)	group with $< 10\%$ weight loss (group 2)	p-value
Total cholesterol (%)	14.65 \pm 6.71	8.52 \pm 12.83	0.015
LDL - cholesterol (%)	18.48 \pm 6.83	13.04 \pm 7.37	0.011
HDL - cholesterol (%)	2.05 \pm 14.62	-0.59 \pm 13.68	0.757
Triglyceride (%)	13.09 \pm 26.25	-1.08 \pm 42.10	0.328

p: Mann-Whitney U test

LDL-C reduction rates of patients classified according to their weight loss rates were found to be statistically significantly ($p=0.011$) higher in those with 10% or more weight loss than (group 1=18.48%) in those with less than 10% weight loss (group 2=13.04%). Total cholesterol reduction rates were also higher in the 1st group than in the 2nd group ($p=0.015$).

The study findings indicate that a minimum of 10% weight loss is necessary to reduce total cholesterol and LDL-C levels. In group 1, where patients effectively implemented LC, an average decrease of 18.48% in LDL-C levels was observed.

Discussion

The importance of nutrition in preventing cardiovascular diseases has been widely emphasized in studies, and prospective studies suggest that dietary change is a positive epigenetic factor that increases the risk of cardiovascular diseases such as dyslipidemia and hypertension.^{10,11} In a cross-sectional study by Zhang et al., it was found that blood lipid parameters were correlated with BMI and the prevalence of dyslipidemia was higher in overweight individuals compared to normal-weight individuals.¹² In the treatment of hyperlipidemia, especially in obese, it is an important approach to effectively make LC to the patient before or during medical treatments. However, the extent to which weight loss with LC contributes to LDL cholesterol reduction is still under investigation. In general, a low-cholesterol dietary program is the primary recommendation for patients. In one study of 47 patients who were not receiving hyperlipidemia treatment, a fat-free diet was recommended for 3 months, and the patients were followed. As a result, a decrease in LDL subgroups was observed in patients, but this decrease was not considered significant due to the small number of people in the study.¹³ In a study conducted with rats for 10 days, lifestyle intervention was applied especially as an exercise program and a significant decrease in LDL cholesterol level was found in this way.¹⁴ At this point, it is observed that there are difficulties in achieving the desired LDL cholesterol targets with dietary recommendations alone. In addition, the patient's understanding and feeling of LC and measuring compliance with the program are among the other problems encountered. For these reasons, there is a need for an indicator to determine the effectiveness of LC in lowering LDL cholesterol and the extent to which patients implement these changes. Looking at the literature, a 12-month study conducted in Germany in 2018 showed that a good lipid profile was achieved with weight loss in patients as a result of LC.¹⁵ It is generally known that for every 10 kg of weight loss, there is an 8 mg/dL decrease in LDL-C levels.^{16,17} It is observed that regular physical activity alone has less effect on the reduction of LDL-C levels compared to weight loss.^{18,19} A daily intake of 3-10 g of viscous fiber can lead to a 3-5% reduction in LDL-C levels.²⁰ In addition, the inclusion of stanol esters in the diet may result in a 12-20% reduction in LDL-C levels. It is important to note that these findings are objective and supported by research.^{21,22} The study found that weight loss of at least 10% was effective in significantly reducing total cholesterol and LDL-C. When patients who lost more than 10% weight were considered to have effectively applied the LC, an average decrease of 18.48% in LDL was observed during follow-up.

A study was conducted on the effects of a Mediterranean diet, which primarily consists of plant-based foods, fish, and olive oil. The study found that as the Mediterranean diet score increased, the total cholesterol and HDL ratio decreased while HDL cholesterol values increased.²³ In another study in which 50 individuals with high cardiovascular disease risk were followed up for 3 months, it was reported that triglyceride and VLDL values decreased with the Mediterranean diet.²⁴

In our study, the LDL-C reduction rates of those who lost 10% or more weight (Group 1= 18.48%) were statistically significantly higher than those who lost less than 10% weight (Group 2= 13.04%) ($p=0.011$). Total cholesterol reduction rates were significantly higher in Group 1 than in Group 2 ($p=0.015$).

Similarly, in a study in the literature in which 41 patients diagnosed with obesity were included and intensive lifestyle modification was applied for 8 weeks, a decrease in LDL-C values and an increase in HDL-C values were found. However, the correlation between the rate of weight reduction and LDL-C level was not examined in this study.²⁵

In our study, we think that we will contribute to the management of dyslipidemia and patient compliance with treatment by investigating the questions of at least how much weight loss can be appropriate for individuals to achieve effective lipid reduction and what percentage reduction in lipid levels can be achieved in obese patients with an effective LC.

One limitation of our study is that we were only able to include a limited number of patients due to our exclusion criteria and 6-month process management. Therefore, future studies should aim to include a larger number of patients and longer follow-up intervals to further contribute to the research.

In our study, most of the participants ($n=63$) applied to our obesity outpatient clinic motivated to reach their ideal weight. In future studies, motivation to reduce body weight can be determined with the help of a scale. Another limitation is that we did not analyze lipoprotein subfractions.

This study was presented as an abstract at the 15th Fall Family Medicine School Congress on 20-23 October 2021.

Conclusion

Our research has shown that when LC are implemented correctly and systematically, they can lead to better lipid reduction than initially predicted. The key difference between target-specific LC and diet is that the former aims to achieve a minimum of 10% weight loss. Regular follow-up is necessary to ensure that the recommended LC is properly adapted and implemented. This can be achieved through weight monitoring and, if possible, fat measurements in primary care medicine. Therefore, primary care plays a crucial role in this process. In both primary and secondary prevention, close monitoring and follow-up of patients is essential. Our study has

found a correlation between the proper implementation of LC and the amount of weight loss achieved by patients. In the treatment of hyperlipidemia, weight loss through proper nutrition and regular physical activity, prioritizing drug-free treatments, can significantly reduce healthcare costs. Our study also reveals the optimal rate of weight loss for effective LDL-C reduction. To reach the targeted LDL-C values, it is important to closely monitor the weight of patients and emphasize the importance of achieving at least a 10% weight loss. Therefore, primary care medicine plays a crucial role in this process. In both primary and secondary prevention, it is essential to closely monitor and follow the progress of patients.

Conflicts of Interest

The authors have stated that they do not have any competing interests.

References

1. TÜİK, Cause of death statistics, 2020 Issue: 37243, February 23, 2023. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2020-37243> Date of Access: 31.12.2023
2. TEMD, Dyslipidemia diagnosis and treatment guide, 2021. Turkish Endocrinology and Metabolism Association, Calculation of total cardiovascular risk, p: 25-31. Available from: https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20211026164301-2021tbl_kilavuzb66456ad2f.pdf Date of Access: 31.12.2023
3. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, Carballo D, Koskinas KC, Böck M, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021;42(34):3227-337. doi: [10.1093/eurheartj/ehab484](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab484)
4. SCORE2-OP working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2-OP risk prediction algorithms: estimating incident cardiovascular event risk in older persons in four geographical risk regions. *Eur Heart J.* 2021 Jul 1;42(25):2455-2467. doi: [10.1093/eurheartj/ehab312](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab312).
5. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2020;41(1):111-188. doi: [10.1093/eurheartj/ehz455](https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455)
6. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, et al. ACC /AHA Guideline on the primary prevention of cardiovascular disease. *circulation.* 2019 Sep 10;140(11):e596-e646. doi: [10.1161/CIR.0000000000000678](https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678)
7. Athyros, VG., Katsiki, N., Doumas, M., Karagiannis, A., & Mikhailidis, DP. Effect of tobacco smoking and smoking cessation on plasma lipoproteins and associated major cardiovascular risk factors: a narrative review. *Curr Med Res Opin* 2013, 29(10), 1263-1274. doi: [10.1185/03007995.2013.827566](https://doi.org/10.1185/03007995.2013.827566)
8. Brien, SE., Ronskley, PE., Turner, B. J., Mukamal, K. J. & Ghali, WA. Effect of alcohol consumption on biological markers associated with risk of coronary heart disease: systematic review and meta-analysis of interventional studies. *BMJ* 342, d636 (2011). doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.d636>
9. Low AK, Bauldin MJ, Sumrall CD, Loustalot FV, Land KK. A Clinician's approach to medical management of obesity. *Am J Med Sci* 2006;331:175-182. doi: [10.1097/0000441-200604000-00003](https://doi.org/10.1097/0000441-200604000-00003)
10. Mente A, de Koning L, Shannon HS, Anand SS. A Systematic Review of the Evidence Supporting a Causal Link Between Dietary Factors and Coronary Heart Disease. *Arch Stajyer Med.* 2009;169:659-69. doi: [10.1001/archinternmed.2009.38](https://doi.org/10.1001/archinternmed.2009.38).
11. Capra ME, Pederiva C, Viggiano C, Fabrizi E, Banderali G, Biasucci G. Nutritional Treatment in a Cohort of Pediatric Patients with Familial Hypercholesterolaemia: Effect on Lipid Profile. *Nutrients* 2022;14(14):2817. doi: [10.3390/nu14142817](https://doi.org/10.3390/nu14142817)
12. Zhang R, Dong SY, Wang F, Ma C, Zhao XL, Zeng Q, Fei A. Associations between Body Composition Indices and Metabolic Disorders in Chinese Adults: A Cross-Sectional Observational Study. *Chin Med J (Engl).* 2018 Feb 20;131(4):379-388. doi: [10.4103/0366-6999.225059](https://doi.org/10.4103/0366-6999.225059)
13. Kaçar Mutlutürk Ü, Çiçek B, Bayram F, Doğruel F. Effect of Low Fat and Low Cholesterol Diet Intervention on LDL Subgroups in Dyslipidemic Patients: Epidemiological Observational Study. *Turk J Diab Obes.* August 2023;7(2):145-151. doi: [10.25048/tudod.1182426](https://doi.org/10.25048/tudod.1182426)
14. Keskin A, Aci R. Investigation of Lipid Profile, Malondialdehyde, Sodium, Potassium, Chloride Levels in Rats with Weight Loss. *Turk J Diab Obes.* April 2022;6(1):10-15. doi: [10.25048/tudod.935233](https://doi.org/10.25048/tudod.935233)
15. König D, Hörmann J, Predel HG, Berg A. A 12-Month Lifestyle Intervention Program Improves Body Composition and Reduces the Prevalence of Prediabetes in Obese Patients. *Obes Facts.* 2018;11(5):393-399. doi: [10.1159/000492604](https://doi.org/10.1159/000492604)
16. Nordmann AJ, Nordmann A, Briel M, et al. Effects of low carbohydrate vs low-fat diets on weight loss and cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med.* 2006;166(3):285-93. doi: [10.1001/archinte.166.3.285](https://doi.org/10.1001/archinte.166.3.285)

17. Dattilo AM, Kris-Etherton PM. Effects of weight reduction on blood lipids and lipoproteins: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr.* 1992; 56(2):320-8. doi: 10.1093/ajcn/56.2.320
18. Shaw K, Gennat H, O'Rourke P, et al. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;4:CD003817. doi: 10.1002/14651858.CD003817.pub3
19. Huffman KM, Hawk VH, Henes ST, et al. Exercise effects on lipids in persons with varying dietary patterns does diet matter if they exercise? Responses in studies of a targeted risk reduction intervention through defined exercise I. *Am Heart J.* 2012 Jul;164(1):117-24. doi: 10.1016/j.ahj.2012.04.014
20. Pirro M, Vetrani C, Bianchi C, et al. Joint position statement on "nutraceuticals for the treatment of hypercholesterolemia" of the Italian Society of Diabetology (SID) and of the Italian Society for the Study of Arteriosclerosis (SISA). *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2017;27(1):2-17. doi: 10.1016/j.numecd.2016.11.122
21. Miettinen TA, Gylling H. Regulation of cholesterol metabolism by dietary plant sterols. *Curr Opin Lipidol.* 1999;10(1):9-14. doi: 10.1097/00041433-199902000-00003
22. Musa-Veloso K, Poon TH, Elliot JA, et al. A comparison of the LDL-cholesterol lowering efficacy of plant stanols and plant sterols over a continuous dose range: results of a meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids.* 2011;85(1):9-28. doi: 10.1016/j.plefa.2011.02.001
23. Carter SJ, Roberts MB, Salter J, Eaton CB. Relationship between Mediterranean Diet Score and atherothrombotic risk: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), 1988– 1994. *Atherosclerosis* 2010;210:630-636. doi: [10.1016/j.atherosclerosis.2009.12.035](https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2009.12.035)
24. Perona JS, Covas MI, Fitó M, Cabello-Moruno R, Aros F, Corella D, et al. Reduction in systemic and VLDL triacylglycerol concentration after a 3-month Mediterranean-style diet in high-cardiovascular-risk subjects. *J Nutr Biochem* 2010;21:892-898. doi:[10.1016/j.jnutbio.2009.07.005](https://doi.org/10.1016/j.jnutbio.2009.07.005)
25. Bajer B, Rádiková Ž, Havranová A, et al. Effect of 8-week intensive lifestyle intervention on LDL and HDL subfractions. *Obes Res Clin Pract.* 2019;13(6):586-593. doi:10.1016/j.orcp.2019.10.010



Original Research / Orijinal Araştırma

Investigation of The Relationship Between Fatalism and Cancer Screening Attitudes of Women Applying to a Family Health Center

Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Kadınların Kanser Tarama Tutumlarının Kadercilik ile İlişkisinin İncelenmesi

Neşe İŞCAN AYYILDIZ¹, Hasan EVCİMEN²

Abstract

Aim: This study was conducted to examine the relationship between the attitudes of women applying to family health centres towards cancer screening and their perceptions of fatalism.

Method: This descriptive correlational study was conducted in a family health centre between May and October 2022. The population of the study consisted of 800 women aged 30-70 years registered to the family health centre. The sample size was calculated as 260 by using the formula for determining the sample with known population. The study was completed with the participation of 405 women. Attitude towards cancer screening scale and health fatalism scale were used in the study. Pearson correlation test, t test, one-way ANOVA and linear regression analysis were used to evaluate the relationship.

Results: The mean age of the women who participated in the study was 43.27±9.01 years. The mean score of the health fatalism scale was 48.10±11.46 and the mean score of the attitude towards cancer screening scale was 88.82±15.78. It was found that the mean scores of the attitude towards cancer screening scale differed statistically significantly according to the mean scores of the health fatalism scale, educational status, occupation, place of residence, presence of chronic disease and presence of a relative with cancer (p<0.05). In multiple linear regression analysis, a significant model was observed in which the variables of educational status, perception of health fatalism, presence of a relative with cancer and chronic disease status explained 36% of the change in the mean score of the attitude towards cancer screening scale (p<0.001).

Conclusion: As women's perception of health fatalism increases, their attitudes towards cancer screening decrease. Educational status, presence of relatives with cancer and chronic disease status are other variables that affect attitudes towards cancer screening. Women should be encouraged to participate in health promotion programmes to increase their attitudes towards cancer screening.

Keywords: Women, Cancer Screenings, Health Fatalism.

Özet

Amaç: Bu çalışma aile sağlığı merkezine başvuran kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarının kadercilik algıları ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem: Tanımlayıcı-ilişkili arayıcı tipteki bu çalışma Mayıs-Ekim 2022 tarihleri arasında bir aile sağlığı merkezinde yapıldı. Araştırmanın evrenini aile sağlığı merkezine kayıtlı 30-70 yaş arası 800 kadın oluşturdu. Örneklem büyüklüğü, evreni bilinen örneklem belirleme formülünden yararlanılarak 260 olarak hesaplandı. Çalışma 405 kadının katılımıyla tamamlandı. Çalışmada kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği ve sağlık kadercilik ölçeği kullanıldı. İlişki değerlendirmeleri Pearson korelasyon testi, t testi, One-way ANOVA ve doğrusal regresyon analizi kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 43,27±9,01'di. Kadınların sağlık kadercilik ölçeği puan ortalaması 48,10±11,46 ve kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puan ortalaması ise 88,82±15,78 idi. Katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puan ortalamalarının sağlık kaderciliği ölçeği puan ortalaması, eğitim durumlarına mesleklerine, yerleşim yerlerine, kronik hastalık bulunma durumuna ve kanserli bir yakının varlığına göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklılık gösterdiği saptandı (p<0,05). Çoklu doğrusal regresyon analizinde eğitim durumu, sağlık kaderciliği algısı, kanserli yakın varlığı ve kronik hastalık durumu değişkenlerinin kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puan ortalamasındaki değişimin %36'sını açıkladığı anlamlı bir model gözlemlendi (p<0,001).

Sonuç: Kadınların sağlık kaderciliği algıları arttıkça kanser taramalarına yönelik tutumları azalmaktadır. Eğitim durumu, kanserli yakın varlığı ve kronik hastalık durumu kanser taramalarına yönelik tutumlar üzerinde etkili diğer değişkenlerdir. Kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarının artırılmasına yönelik sağlığı geliştirici programlara katılımları teşvik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Kanser Taramaları, Sağlık Kaderciliği.

Geliş tarihi / Received: 26.10.2023 Kabul tarihi / Accepted: 31.05.2024

¹ Trabzon Üniversitesi, Tonya Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Trabzon, Türkiye

² Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Muş, Türkiye.

Address for Correspondence / Yazışma Adresi Neşe İŞCAN AYYILDIZ. Trabzon Üniversitesi, Tonya Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Trabzon, Türkiye E-posta ayyildiz2861@gmail.com Tel: +9 05375727455

İşcan Ayyıldız N, Evcimen H. *Investigation of The Relationship Between Fatalism and Cancer Screening Attitudes of Women Applying to a Family Health Center*. TJFPMC, 2024; 18 (3) :364-370

DOI: 10.21763/tjfm.1381248

Giriş

Kanser, günümüzde insan sağlığı için önemli bir tehdit oluşturan ciddi bir hastalıktır. Genetik değişikliklerin hücrelerde oluşmasıyla ortaya çıkan kontrolsüz hücre çoğalması ve vücut hücrelerinin anormal şekilde büyümesiyle karakterize olan kanser, farklı organ ve dokularda ortaya çıkabilir.¹ Kanser, dünya genelinde giderek artış gösteren önemli bir halk sağlığı problemi olarak ifade edilmektedir; hem insidansı hem de mortalitesi artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2018 verilerine göre 8.1 milyon kişinin kanser teşhisi aldığını ve 9.8 milyon kişinin kanser yüzünden yaşamını yitirdiğini bildirmiştir.^{2,3} Kanser taramaları, belirli bir kanser türünün veya kanser risk grubundaki bireylerin düzenli olarak taranmasını sağlayan yöntemlerdir. Ülkemizde Ulusal Kanser Tarama Programı çerçevesinde meme, serviks ve kolorektal kanserlere yönelik tarama hizmetleri sunulmaktadır.⁴ Tarama yöntemlerinin en büyük avantajı, hastalıkların erken dönemde tespit edilmesiyle bireylerin sağ kalım şansının artırılmasına olanak tanınmasıdır. Tarama yöntemlerinin bu büyük faydaları sebebiyle kanser taramalarına katılım son derece önemli olarak kabul edilmektedir. Kanser taramalarının önemine ve gerekliliğine rağmen, istenen seviyeye ulaşamayan katılım oranlarıyla karşılaşıldığı bildirilmektedir.⁵ Bireylerin kanser taramalarına katılımı, sosyodemografik özellikleri (eğitim seviyesi, meslek, gelir düzeyi, medeni durum vb.), kişisel sağlık alışkanlıkları, kişisel tutumlar, inançlar, bilgi düzeyleri, sağlığa ulaşım imkânları ve sosyal yardım kaynakları gibi birçok faktöre bağlı olarak değişebilmektedir. Bu faktörler, bireylerin kanser taramalarına katılımlarını etkileyebilmektedir.^{6,7} Taramaların sağladığı faydalar sayesinde hastalığın toplumda neden olabileceği zararlar minimize edilerek yaşam kalitesinin önemli ölçüde artırılacağı ifade edilmektedir.^{8,9,10} Literatürde bireylerin davranışlarının temelinde tutumlarının yattığı konusunda bir görüş bulunmaktadır ve bu temel görüşe dayanarak tutum ölçümleri gerçekleştirilmektedir.⁴ Yapılan çalışmalar, kanser taramalarına yönelik bilgi eksikliği, semptomların bulunmaması nedeniyle tarama ihtiyacının hissedilmemesi, tarama süreciyle ilişkili utanma hissi veya tarama sonuçlarına duyulan korkunun, taramalara katılımı etkileyebildiğini göstermektedir.^{6,11,12} Hastalığın ortaya çıkışı ve erken teşhis hizmetine erişim konusunda, bireyin genel sağlık durumu, genetik yapısı, kültürel faktörler ve dini inançlar gibi birçok etken rol oynayabilir. Kadercilik, olayların olağanüstü bir güç tarafından belirlendiği düşüncesini savunan bir teori olarak bilinir. Kadere inançlara sahip olan bireyler, kendi sağlıklarını, hastalıklarını kader veya ilahi müdahaleyle ilişkilendirerek bunları kendi başlarına gerçekleşen bir eylem olarak yorumlayabilirler.¹ Kanser taramalarına katılan bireyler, kendi sağlıklarını koruma bilincini artırırken aynı zamanda kanser hakkında farkındalık yaratır ve çevrelerine de örnek olurlar. Toplumsal tutum ve davranışların değişimiyle kanser taramalarına katılım oranları artar ve kanserle mücadelede daha etkili bir toplumsal çaba gösterilir.¹² Toplumların kanser taramalarına ve gelişecek sağlık sorunlarına yönelik geliştirdikleri kadercilik anlayışının düzeylerinin bilinmesi toplumsal eğitim programlarıyla kanserle mücadelede olumlu adımlar atılmasına olanak sağlayabilir. Bu nedenle bu çalışma, aile sağlığı merkezine başvuran kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarının kadercilik algılarıyla ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Bu araştırma tanımlayıcı-ilişki arayıcı tipte yapılmıştır. Türkiye Ulusal Kanser Tarama Programları kapsamında tarama yapılan 30-70 arasındaki kadınlar dâhil edilmiştir. Bu kapsamda araştırmanın evrenini Türkiye'nin kuzeydoğusunda bulunan bir ildeki bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 30-70 yaş arasındaki 800 kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini evreni bilinen örneklem formülünden yararlanılarak hesaplanmıştır. Bu kapsamda değerler ilgili formülde yerine konulduğunda ($n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2(N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$) $p=q=0,5$ $t=1,96$ ve $d=0,05$) 260 kadının bu araştırma için yeterli olacağı görülmüştür. Araştırma 15 Mayıs- 15 Ekim 2022 tarihleri arasında 405 kadınla tamamlanmıştır.

Dâhil edilme kriterleri; 30-70 yaş arasında olmak, kadın olmak, okuma ve anlama becerisine sahip olmaktır.

Veri toplama araçları

Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu, sağlık kadercilik ölçeği (SKÖ) ve kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği (KTYTÖ) kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmaya katılan kadınların yaş, eğitim durumu, medeni durumu, meslek durumu, kronik hastalık durumu ve ailede kanser öyküsü durumunun sorulduğu formdur.

Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği (KTYTÖ): Bireylerin kanser taramalarına yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla Öztürk, Uyar ve Şahin tarafından geliştirilmiştir. Ölçek likert 5 tipte ve tek boyutta 24 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 24 iken en yüksek puan 120'dir. Ölçekten alınan puan arttıkça kanser taramalarına yönelik pozitif tutum içinde oldukları kabul edilmektedir. Ölçeğe ait Cronbach alfa katsayısı 0.95'tir.⁴ Bu çalışmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur.

Sağlık Kadercilik Ölçeği (SKÖ): Bireylerin sağlık davranışlarında kaderciliğin etkisini değerlendirmek için Franklin, Schlundt ve Wallston tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Bobov ve Çapık tarafından yapılmıştır. Ölçeğin orijinali üç alt boyutlu iken Türkçe tek faktörlü modelin daha iyi uyum gösterdiği belirtilmektedir. Ölçek likert 5 tipte ve 17 maddeden oluşmaktadır. En düşük 17, en yüksek 85 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça kadercilik algısının da arttığı kabul edilmektedir. Bobov ve Çapık

ölçeğe ait Cronbach alfa katsayısını 0.91 olarak belirtmektedir.¹³ Bu çalışmanın Cronbach alfa katsayısı 0.89 olarak bulunmuştur.

İstatistiksel Analiz

Araştırma verilerinin analizinde SPSS 25 programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunlukları basıklık, çarpıklık değerleri ile değerlendirilmiş olup verilerin normal dağılıma uygun olduğu bulunmuştur. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde ve ortalama kullanılmıştır. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi ve One-way ANOVA, sürekli değişkenler arası ilişki analizlerinde Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. Kanser taramalarına yönelik tutumu etkileyen faktörlerin belirlenmesinde çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Veriler %95 güven aralığında ve $p<0,05$ kabul edilerek analiz edilmiştir.

Etik Boyut

Araştırma öncesi Trabzon Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırmalar ve Yayın Etik Kurulundan izin alınmıştır (Karar No: E-81614018-000-403). Çalışma öncesi katılımcıların bilgilendirilmiş gönüllü oluru alınmış ve araştırmanın tüm aşamalarında Helsinki Deklarasyonuna uygun hareket edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya alınan 405 kadının yaş ortalamasının $43,27\pm 9,01$ olduğu; %85,7'sinin evli; %53,3'ünün lise mezunu; %59,5'inin ev hanımı ve %72,1'inin ilçede yaşadığı, %71,6' sının kronik bir hastalığının olmadığı, %64,9'unun kanserli yakınının olmadığı belirlendi (Tablo 1). Katılımcıların kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği (KTYTÖ) puan ortalaması $88,82\pm 15,78$ (50-120 arası) ve sağlık kadercilik ölçeği (SKÖ) puan ortalaması $48,10\pm 11,46$ (17-83 arası) bulundu. Kadınların sağlık kadercilik algıları ile kanser taramalarına yönelik tutumları arasında orta düzeyde ters yönde anlamlı bir ilişki vardı ($r=-0,506$; $p<0,001$). Sağlık kadercilik algıları arttıkça kanser taramalarına yönelik tutumları azalmaktaydı. Yaş ile kanser taramalarına yönelik tutumlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Kadınların yaşının ve sağlık kadercilik algılarının kanser taramalarına yönelik tutumlarıyla ilişkisi Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyo demografik özellikleri ve kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği (KTYTÖ) puanlarının bu özelliklere göre karşılaştırılması (s=405)

Özellikler	Sayı (%)	KTYTÖ* puanı Ort±SS	İstatistik
Eğitim Durumu			
İlköğretim ^a	101 (24,9)	77,45±13,11	F=57,93; p<0,001 c>b>a
Lise ^b	216 (53,3)	89,97±14,30	
Üniversite ^c	88 (21,7)	99,04±13,97	
Medeni durum			
Evli	347 (85,7)	87,71±15,43	t:-3,510 p<0,001
Bekâr	58 (14,3)	95,46±16,38	
Yerleşim Yeri			
Köy ^a	69 (17)	84,23±14,36	F: 3,603 p: 0,028 b,c>a
İlçe ^b	292 (72,1)	89,66±16,31	
İl ^c	44 (10,9)	90,40±13,13	
Meslek Durumu			
Ev hanımı ^a	241 (59,5)	84,68±15,90	F: 18,036 p<0,001 d>a,e b>a,c
Memur ^b	79 (19,5)	99,63±12,33	
İşçi ^c	47 (11,6)	85,25±10,13	
Emekli ^d	16 (4)	105,37±14,66	
Serbest meslek ^e	22 (5,4)	92,25±9,24	
Kronik Hastalık Durumu			
Var	115 (28,4)	78,17±13,89	t: -9,432 p<0,001
Yok	290 (71,6)	93,04±14,46	
Kanserli Yakın Varlığı			
Var	142 (35,1)	93,95±15,93	t: 4,948 p<0,001
Yok	263 (64,9)	86,04±15,02	

* KTYTÖ: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği; Ort±SS: Ortalama±Standart sapma

Tablo 2. Kadınların yaşının ve sağlık kadercilik algılarının kanser taramalarına yönelik tutumlarıyla ilişkisi, s=405

Bağımsız değişkenler	KTYTÖ* puanı, Ort±SS*	İstatistik ^b
Yaş, Ort±SS (43,27±9,01)	88,82±15,78	p>0,05
SKÖ* puanı, Ort±SS (48,10±11,46)	88,82±15,78	r=-0,506; p<0,001

* KTYTÖ: Kanser Taramalarına Yönelik Tutum Ölçeği; Ort±SS: Ortalama±Standart sapma; SKÖ: Sağlık Kadercilik Ölçeği

^b Pearson korelasyon testi

İkili analizlerde katılımcıların KTYTÖ puan ortalamaları eğitim durumlarına, mesleklerine ve yerleşim yerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde farklılık göstermekteydi. Üniversite mezunlarının KTYTÖ puanları lise ve ilköğretim mezunlarına (p<0,001); emekli ve kamu çalışanlarının KTYTÖ puanları diğer mesleklere (p<0,001); il merkezi ve ilçede oturanların KTYTÖ puanları köyde oturanlara (p=0,028) göre daha yüksekti. Bekâr kadınlar evlilere; kronik hastalığı olmayan kadınlar kronik hastalığı olanlara ve kanserli yakını olan kadınlar kanserli yakını olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha yüksek KTYTÖ puanına sahipti (p<0,001). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve kanser taramalarına yönelik tutum ölçeği puanlarının bu özelliklere göre karşılaştırılması **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Tablo 3. Çoklu doğrusal regresyon modelinde kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarını etkileyen etkenler, s=405

Model*	Çoklu doğrusal regresyon analizi			
	Katsayıβ	%95 Güven Aralığı	t	p
Sabit	77,818	53,737-101,899	6,353	<0,001
SKÖ ^b puanı Ölçek puanında 1 birimlik artış	-,401	-,537– -,265	-5,798	<0,001
Üniversite mezunu olan kadınlar (Ref: Lise mezunu olanlar)	4,110	5,606 - 12,540	5,145	<0,001
Üniversite mezunu olan kadınlar (Ref: İlköğretim mezunu olanlar)	20,876	17,592 – 25,588	10,617	<0,001
Kronik hastalığı olan kadınlar (Ref: Kronik hastalığı olmayanlar)	-14,461	-17,971– -11,771	-9,432	<0,001
Kanserli yakını olan kadınlar (Ref: Kanserli yakını olmayanlar)	5,297	4,766 – 11,051	4,948	<0,001

* Beş açıklayıcı değişkenli çoklu doğrusal regresyon modeli; R²düzeltilmiş=0,364; F=29,910 ve p<0,001

^b SKÖ: Sağlık kadercilik ölçeği

İkili analizlerde ilişkili bulunan bağımsız değişkenlerin, araştırmaya katılan kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarına etki derecesini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapıldı. Analiz sonucunda oluşan regresyon modeline dört değişken girdi (Sağlık kadercilik algısı, üniversite mezunu olma, kronik hastalık varlığı ve kanserli yakını olma). Bu regresyon modelinin anlamlı olduğu (F= 29,910; p<0,001) ve bağımlı değişkendeki varyansın %36,4'ünün (R²düzeltilmiş=0,364) bağımsız değişkenler tarafından açıklandığı bulundu.

Modele göre diğer açıklayıcı değişkenler kontrol edildiğinde SKÖ puanı 1 birim arttıkça kadınların KTYTÖ puanının 0,401 birim azaldığı gözlemlendi (p<0,001), diğer değişkenler kontrol edildiğinde, üniversite mezunu olan kadınların KTYTÖ puanı lise mezunlarına göre 4,110 birim (p<0,001), üniversite mezunu olan kadınların ilköğretim mezunlarına göre 20,876 birim (p<0,001) ve kanserli yakını olan kadınların kanserli yakını olmayanlara göre 14.461 birim (p<0,001) daha fazlaydı. Kronik hastalığı olanların olmayanlara göre 14,461 birim(p<0,001) daha azdı. Çoklu doğrusal regresyon modelinde kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarını etkileyen etkenler **Tablo 3**'te gösterilmiştir.

Tartışma

Sağlık kaderciliği, bireylerin sağlık sorumluluklarının etkilenmesinde ve kişinin sağlığına olumsuz etki edebilecek davranışları tanımlayıp yönetme yeteneğinde büyük önem taşır. Araştırmalar yüksek düzeyde kadercilik eğiliminin hastalıklarla ilgili bilgi edinme ve önlem almayı azalttığını göstermektedir.¹⁴⁻¹⁷ Bu bağlamda, bu çalışma kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarının kadercilik algıları ile ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Sonuçlarımıza göre kadınların sağlık kadercilik algıları orta düzeydedir ve kanser taramalarına yönelik tutumları olumludur. Kadınların sağlık kadercilik algısı arttıkça kanser taramalarına yönelik tutumları azalmaktadır. Üniversite mezunu olanların, kronik hastalığı olanların ve kanserli bir yakını bulunmayanların kanser taramalarına yönelik tutumları daha olumludur.

Araştırmada yer alan kadınların orta düzeyde kadercilik eğilimine sahip oldukları ve kanser taramalarına yönelik tutumlarının olumlu olduğu görülmektedir. Selvi'nin (2019) meme kanserli yakını olan kadınlarla yaptığı çalışmada katılımcıların kadercilik eğilimlerinin orta seviyenin üzerinde olduğu belirlenmiştir.¹⁸ Özer'in (2021) hekim dışı sağlık personelinin kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada bireylerin taramalara karşı tutumlarının olumlu olduğu belirtilmiştir.¹⁹ Uysal ve Toprak'ın yaptığı çalışmada kadınların kanser taramalarına yönelik tutum ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 65,19 olarak bulunmuş ve çalışmamızla benzer şekilde bireylerin kanser taramalarına yönelik olumlu tutum sergiledikleri görülmüştür.⁷ Şahin ve ark.'nın çalışmasında katılımcılar kolorektal kanserleri bilmiyor ve tarama yaptırmamıştır; ancak yaptırma isteklerinin yüksek olduğu bildirilmiştir.²⁰ Tekpınar ve ark.'nın hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların çoğunun kanser taraması yaptırmak istediği sonucuna ulaşılmıştır.²¹

Araştırmamızda yer alan kadınların sağlık kadercilik algılarıyla kanser taramalarına yönelik tutumları arasında orta düzeyde ve ters yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Buna göre kadercilik algısı arttıkça kanser taramalarına olan tutumun azaldığı görülmektedir. Kadercilik, bireyin erken tanı sürecini olumsuz etkileyen psikososyal engeller arasında yer alır. Türk toplumunda yaygın olan bu inanç sistemi, bazı kadınların sağlık kontrollerine gitmemelerinde bir etken olarak görülmektedir.²² Ayrıca, yapılan araştırmalar kadercilik inancının yüksek olduğu durumlarda meme kanseri taramalarına olan ilginin düşük olduğunu göstermektedir.²³⁻²⁵ Duru ve Topatan'ın serviks kanseri taramalarına katılım engellerini incelediği çalışmada kadercilik eğilimleri yüksek olan kadınların rahim ağzı kanserinin erken tanısına yönelik tutumlarının daha olumsuz olduğu sonucuna ulaşılmıştır.²⁶ Başka bir araştırmada kadınların meme kanserine ilişkin kaderci tutumlarını "eğer olursa Allah'tan geldi deriz" veya "kaderde varsa olur" şeklinde tanımladıkları belirtilmiştir. Bu çalışmalar, kadeci düşüncenin kadınların erken tanı süreçlerini olumsuz etkilediğini göstermektedir.²⁷ Bakır'ın çalışmasında da kadercilik algısının yüksek olduğu kadınların kanserde erken tanı yöntemi olan klinik meme muayenesini yaptırmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmamızın bu yönüyle literatürle benzerlik gösterdiği görülmektedir.²⁸

Çalışma sonuçlarımıza göre daha eğitilmiş olan kadınların kanser taramalarına yönelik tutumları daha olumludur. Bu durum bireylerin eğitim düzeylerinin artışıyla kanser ve kanser taramalarına yönelik daha bilinçli olmalarıyla açıklanabilir. Özer'in hekim dışı sağlık çalışanlarının kanser tarama, tutum ve davranışlarına yönelik çalışmasında da artan eğitim düzeyinin tarama davranışlarına olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.¹⁹ Pınar ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise eğitim seviyesinin yükselmesinin bireylerin pap-smear testi yaptırmaya olasılığını artırdığı bulunmuştur.²⁹ Serviks kanser taramalarıyla ilgili yapılan benzer bir çalışmada serviks kanseri ile ilgili bilgili olan kadınların az bilgili olanlara göre 4,8 kat daha olumlu tutum sergiledikleri belirtilmiştir. Yapılan bir araştırmada bireylerin meme kanserine yönelik bilgilerindeki artışın, erken tanı davranışı gösterme oranlarını artırdığı belirlenmiştir.³⁰ Tekle'nin çalışmasında katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça kanser taramalarına yönelik tutumlarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.³¹

Çalışmamızda kronik hastalığı olan kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu durum, kronik hastalığı olan bireylerin sağlık durumlarını kötü algılamaları ve zaten kötü olan sağlık durumları için mücadele etme isteklerinin yetersiz olmasıyla açıklanabilir. Uysal ve Toprak'ın çalışmasında kronik hastalık varlığıyla kanser taramalarına yönelik tutum arasında anlamlı ilişki bulunmamasıyla birlikte kronik hastalığı olan bireylerin kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.⁷ Ayrıca bireyler bir hastalığa sahip olduğunda hastalığın, yaptıkları bir hata nedeniyle kendilerine verilen bir ceza olduğunu düşünebilmektedirler. Bunun sonucunda da sağlıklarına yönelik herhangi bir koruyucu yaklaşım davranışından kaçınılabirler.³²

Kanserli yakını bulunan kadınların kanserli yakını bulunmayan kadınlara göre kanser taramalarına yönelik tutumlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, bireylerin ailesinde yaşanmış bir kanser olgusuna bağlı kanser risk algılarının artırmış olabileceğiyle açıklanabilir. Şahin ve ark.'nın çalışmasında da ailesinde kanser hastası olan bireylerin kanser taramalarına yönelik tutum oranları yüksek bulunmuştur.²⁰ Farklı bir çalışmada da bulgularımızla benzer şekilde ailesinde meme kanseri öyküsü bulunan bireylerin aile öyküsü olmayanlara kıyasla daha fazla meme kanseri taraması yaptırdığı tespit edilmiştir.³³ Tekpınar ve ark.'nın yaptığı bir araştırmada da,

ailesinde kanser öyküsü bulunan bireylerin kanser taraması yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.²¹ Aile ya da yakın çevresinde kanser öyküsü olan bireylerin kansere daha duyarlı olması ve bireylerin kanser tanısı almaya yönelik inançlarının daha yüksek olması sebebiyle daha fazla tarama yaptırdıkları düşünülebilir.³⁴ Ayrıca, bireylerin genetik yatkınlık sebebiyle kanser olma olasılıkları konusundaki endişelerinin tarama tutumlarını artırabileceği de bilinmektedir.³⁵

Çalışmamıza katılan kadınların medeni durum, meslek ve yerleşim yerlerine göre kanser taramalarına yönelik tutumlarının değişmediği belirlenmiştir. Uysal ve Toprak'ın çalışmasında da bizim sonucumuzla benzer şekilde katılımcıların medeni durum ile kanser taramalarına yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.⁷ Çetin'in serviks kanseri taramalarına yönelik yaptığı çalışmada bireylerin kansere yönelik tarama yaptırma durumları ile medeni durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmasına rağmen, meslek grubu ve yaşam yeri ile anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.³⁶ Özer'in kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada medeni durum ve meslek grubunun kanser taraması yaptırmayı anlamlı şekilde etkilediği saptanmıştır.¹⁹ Sualp'in çalışmasında bireylerin yaşam yeri ile kanser taraması yaptırma durumları arasında anlamlı ilişki olduğu ve il merkezinde yaşayan bireylerin kanser taraması yaptırma oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.³⁷ Çalışmamızın literatürle farklı sonuçlar göstermiş olması araştırmanın uygulandığı bölgenin farklı kültürel özelliklere sahip olmasıyla açıklanabilir.

Sonuç ve Öneriler

Aile sağlığı merkezine başvuran kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarının sağlık kaderciliği ile ilişkisinin incelendiği çalışmada katılımcı kadınların sağlık kadercilik algıları orta düzeyde ve kanser taramalarına yönelik tutumları olumlu bulunmuştur.

Kadınların sağlık kadercilik eğilimleri arttıkça kanser taramalarına yönelik tutumları azalmaktadır.

Üniversite mezunu olanların, kronik hastalığı olanların ve kanserli bir yakını bulunmayanların kanser taramalarına yönelik tutumları daha olumludur.

Medeni durum, meslek ve yerleşim yerleri kadınların kanser taramalarına yönelik tutumları üzerinde etkili değildir. Aile sağlığı merkezinde çalışan hekim ve hemşirelerin kadınların kanser taramaları yaptırmalarını sağlarken onların sağlık kadercilik eğilimlerini anlamaya çalışmaları önemlidir. Sağlık kaderciliği düşüncesi yerine bireylerin aktif bir şekilde sağlık konusunda sorumluluk almaları teşvik edilmelidir. Kadınların kanser taramalarına yönelik tutumlarının artırılmasına yönelik sağlığı geliştirme programları geliştirilmeli ve kadınların katılımları teşvik edilebilir.

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. Çapık C, Aydın MA. Kolorektal kanser ve erken tanısında kadercilik. Türkiye Klinikleri. 2019;73-7.
2. World Health Organization (WHO). Cancer [Internet]. 2022 [Erişim Tarihi: 29 Nisan 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news/item/01-02-2024-global-cancer-burden-growing--amidst-mounting-need-for-services>
3. Kulakçı Altıntaş H, Korkmaz Aslan G. Kadınların meme ve serviks kanserinin erken tanısına yönelik sağlık inançlarının değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi; 2020; 7(3), 249-261.
4. Yıldırım Öztürk E.N, Uyar M, Şahin TK. Development of an attitude scale for cancer screening. Turkish Journal Of Oncology. 2020; 35(4):394-404
5. Sohbet R, Karasu F. Kadınların Meme Kanserine Yönelik Bilgi, Davranış ve Uygulamalarının İncelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2017, 6(4), 113-121.
6. Wu Z, Liu Y, Li X, Song B, Ni C, Lin F. Factors associated with breast cancer screening participation among women in mainland China: a systematic review. BMJ Open. 2019, 26;9(8):e028705, 1-13. doi: 10.1136/bmjopen-2018-028705.
7. Uysal N, Toprak Ü.F. Kadınların sağlık algıları, kanser taramalarına yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2022; 6(1); 65-76.
8. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018; 68 (6):394-424.
9. Yucel SC, Orgun F, Tokem Y, Unsal AE, Demir M. Determining the factors that affect breast cancer and self breast examination beliefs of Turkish nurses in academia. Asian Pac J Cancer Prev.2014;15: 1275-80.

10. Kulakci AH, Kuzlu AT, Veren F, Kose TA. The effect of breast cancer fatalism on breast cancer awareness among Turkish women. *J Relig Health*. 2017; 56(5):1537- 52.
11. Büyükkayacı DN, Yüksek KD, Albayrak S.A., Topuz, Ş, Yılmazel G. Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları. *JAREN*, 2015; 1(1), 30-38.
12. Altun Y. Kadınların kanser taramalarına katılımını etkileyen faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2020; 14(2), 210-215. doi: 10.21763/tjfmpe.645578.
13. Bobov G, Capik C. The reliability and validity of the religious health fatalism scale in Turkish Language. *Journal of Religion And Health*, 2020; 59(2), 1080-1095. doi:https://doi.org/10.1007/s10943-018-0731-y
14. Şimşekoğlu Ö, Nordfjarn T, Zavareh MF, Hezaveh AM, Mamdoohi AR, Rundmo T. Türkiye ve İran'da risk algıları, kadercilik ve sürücü davranışları. *Güvenlik Bilimi*. 2013; 59, 187-192.
15. Haynie DL, Soller B, Williams K. Erken ölümü öngörmek: Arkadaşların, okul arkadaşlarının ve ergenlerin risk davranışlarına ilişkin bireysel ölüm algıları. *Gençlik ve Ergenlik Dergisi*. 2014; 43 (2), 175-192.
16. Ramírez AS. Son derece kültürlü Latin kökenli bir grup arasında kadercilik ve kanser riski bilgisi. *Kanser Eğitimi Dergisi*. 2014; 29 (1), 50-55.
17. Kayani A, King MJ, Fleiter JJ. Pakistan odaklı, gelişmekte olan ülkelerde kadercilik ve yol güvenliği. *Avustralasya Yol Güvenliği Koleji Dergisi*, 2011; 22 (2), 41-47.
18. Selvi A. Yakınında meme kanseri olan kadınların öğrenim gereksinimleri ile kadercilik eğilimi arasındaki ilişki. *Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul,2019; 27-56.*
19. Özer M. Bir üniversite hastanesinde çalışan hekim dışı sağlık personellerinin kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi, Denizli, 2021; 25-81.*
20. Şahin NŞ, Üner BA, Aydın M, Akçan A, Gemalmaz A, Dişçigil G, Demirağ S, Başak O. Aydın merkez ilçede kolorektal kanser taramasına ilişkin bilgi, tutum ve engeller. *Türk Aile Hek Derg* 2015;19 (1): 37-48. doi: 10.15511/tahd.15.01037.
21. Tekpınar H, Aşık Z, Özen M. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg* 2018; 22 (1): 28-36. doi: 10.15511/tahd.18.00128
22. Bahar Z. Din kültür ve sağlık ilişkisi, Hemşirelik ve Ebelikte Kültürlerarası Yaklaşım Sempozyumu, Çanakkale, 2009
23. Liang W, Wang JH, Chen M-Y, Feng S, Lee M, Schwartz MD, et al. Developing and validating a measure of chinese cultural views of health and cancer. *Health Educ Behav*. 2008;35(3):361-75. 21.
24. Drew EM, Schoenberg NE. Deconstructing fatalism: ethnographic perspectives on women's decision making about cancer prevention and treatment. *Med Anthropol Q*. 2011;25(2):164-82.
25. Lannin DR, Mathews HF, Mitchell J, Swanson MS, Swanson FH, Edwards MS. Influence of socio economic and cultural factors on racial differences in late-stage presentation of breast cancer. *JAMA*. 1998; 279 (22):1801-7.
26. Duru G, Topatan SA. Barrier to participation in cervical cancer screenings: fatalism. *Women Health*. 2023 Jul 3;63(6):436-444. doi: 10.1080/03630242.2023.2223698.
27. Ersin, F, Bahar, Z. Inhibiting and facilitating factors concerning breast cancer early diagnosis behavior in Turkish women: A qualitative study according to the health belief and health development models, 12(7), *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 2011, 12, 1849-54
28. Bakır G. Kadınların meme kanseri korkusu, kadercilik algısı ve seçilmiş faktörlerin erken tanı davranışlarına etkisi. *Yüksek Lisans Tezi, İzmir Ekonomi Üniversitesi, İzmir,2022, 33-37.7*
29. Pınar G, Topuz Ş, Arı Ş, Doğan N, Kaya N, Algier L. Başkent üniversitesi Ankara hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların HPV aşısı ve serviks kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. *Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi*, 2010; 13 (1): 011-018
30. Savabi Esfahani M., Taleghani F, Noroozi M and Tabatabaeian M. Role playing for improving women's knowledge of breast cancer screening and performance of breast self-examination, *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention : APJCP*; 2017, 18(9), 2501-5.
31. Tekle T, Wolka E, Nega B, Kumma WP, Koyira MM. Knowledge, attitude and practice towards cervical cancer screening among women and associated factors in hospitals of wolaita zone, southern ethiopia. *Cancer Manag Res*. 2020, 11;12:993-1005. doi: 10.2147/CMAR.S240364.
32. Altunoğlu O. Yetişkin bireylerin sağlık algılarının, kanser tarama davranışlarının ve taramalara yönelik tutumlarının değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi. Çankırı Karatekin Üniversitesi, 2023, 20-22.*
33. Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer HÇ, Hüdayioğlu MR, et al. Kahramanmaraş'ta yaşayan bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma ve mammografi çektirme durumu ile bunları etkileyen faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 2009; 28: 14-19.
34. Coşkun SP. Yoksul kadınlarda meme kanseri korkusu ve kadercilik algısının erken tanı davranışlarına etkisi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi. İzmir, 2019; 21-34.*
35. Jensen JD, Bernat JK, Davis LA, Yale R. Dispositional cancer worry: convergent, divergent, and predictive validity of existing scales. *Journal of Psychosocial Oncology*, 2010;28(5):470-89.
36. Çetin G. 30-70 Yaş arası bireylerin birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımı ile kanser tarama testleri hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Uzmanlık Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi. 2021, 30-58*
37. Sualp B.N. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser tarama testleri hakkında bilgi, tutum ve davranışları. *Uzmanlık Tezi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, 2021, 20-35.*



Original Research / Orijinal Araştırma

The Evaluation of Women's Domestic Violence Awareness, Attitudes to Violence and Coping Attitudes

Kadınların Aile İçi Şiddet Farkındalığı, Şiddete Yönelik Tutumları ve Başa Çıkma Tutumlarının Değerlendirilmesi

Ayşe İNEL MANAV¹, Derya ATİK¹, Ejdane COŞKUN¹, Adile BOZKURT TONGUÇ¹

Absract

Aim: It is aimed to evaluate women's awareness of domestic violence, their attitudes towards violence and their coping attitudes.

Method: The descriptive, cross-sectional study was conducted with 410 women registered in a Family Health Center affiliated to the Provincial Health Directorate in Osmaniye Center between 01.07.2021 and 30.01.2022. Data were collected using the Personal Information Form, Domestic Violence Awareness Scale (DVAS), ISKEBE Violence against Women Attitude Scale (IVWAS), Coping Orientation to Problems Experienced Inventory Scale (COPE). In the evaluation of the data, descriptive statistics, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test in independent groups, Spearman Rho correlation test and Multiple Linear Regression analysis were used.

Results: In the study, the mean score of the women's DVAS was found to be 37.82±5.08, the mean score of IVWAS was found to be 133.7±20.54, and the mean score of the COPE scale was 85.62±14.99. There is a positive and significant correlation between the women's total mean scores of COPE and the total mean scores of DVAS and IVWAS ($p < 0.001$) ($r = 0.105, 0.194$). It is observed that there is a positive relationship between women's coping attitudes, their awareness of domestic violence and their attitudes towards violence, and their sub-dimensions, attitudes towards the body (physical/sexual violence dimension) ($p < 0.001$) ($r = 0.105, 0.194$).

Conclusion: It is seen that the participants' awareness of domestic violence against women is above the medium level and they are against violence against women. It was concluded that women's awareness of domestic violence and their attitudes towards violence improved their coping attitudes.

Keywords: Domestic Violence, Violence Attitude, Coping Attitude, Women.

Özet

Amaç: Kadınların aile içi şiddet farkındalığı, şiddete yönelik tutumları ve başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Tanımlayıcı, kesitsel tipte olan araştırma 01.07.2021-30.01.2022 tarihlerinde, Osmaniye merkez ilçesinde bulunan İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı bir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 410 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Aile İçi Şiddet Farkındalığı Ölçeği (AİŞFÖ), İskebe Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği (İKŞTÖ) ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplarda Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi ayrıca Spearman Rho korelasyon testi ve Çoklu Lineer Regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada kadınların AİŞFÖ puan ortalaması 37,82±5,08, İKŞTÖ puan ortalaması 133,7±20,54, COPE ölçeği puan ortalaması 85,62±14,99 olarak bulunmuştur. Kadınların BÇTÖ toplam puan ortalamaları ile AİŞFÖ ve İKŞTÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,001$) ($r = 0,105, 0,194$). Kadınların başa çıkma tutumları ile aile içi şiddet farkındalıkları ve şiddete karşı tutumları ve alt boyutlarından bedene yönelik tutumlar (fiziksel/cinsel şiddet boyutu) arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($p < 0,001$) ($r = 0,105, 0,194$).

Sonuç: Katılımcıların kadına yönelik aile içi şiddet farkındalıklarının orta düzeyin üzerinde olduğu ve kadına şiddete karşı oldukları görülmektedir. Kadınlarda aile içi şiddet farkındalığı ve şiddete karşı tutumlarının başa çıkma tutumlarını geliştirdiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Aile İçi Şiddet, Şiddet Tutumu, Başa Çıkma Tutumu, Kadın.

Geliş tarihi / Received: 11.09.2023 Kabul tarihi / Accepted: 03.06.2024

¹ Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Address for Correspondence / Yazışma Adresi Ayşe İNEL MANAV. Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Osmaniye / Türkiye

E-posta: ayseinel@gmail.com. Tel: +5337602489

İnel Manav A, Atik D, Coşkun E, Bozkurt Tonguç A. *The Evaluation of Women's Domestic Violence Awareness, Attitudes to Violence and Coping Attitudes. TJFMPC, 2024; 18 (3) :371-380*

DOI: 10.21763/tjfm.1358466

Giriş

Kadınlara yönelik aile içi şiddet, yaygınlığı ve sonuçlarıyla ilişkili olarak küresel bir halk sağlığı önceliği ve sorunu olarak kabul edilmektedir. Birleşmiş Milletler, kadına yönelik şiddeti “Kamusal ve özel alanda meydana gelen, kadınlara fiziksel, cinsel ve zihinsel zarar ya da acı veren ya da verebilecek olan cinsiyete dayalı herhangi bir eylem ya da bu tür eylemlerle tehdit etme, zorlama ve keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma.” şeklinde tanımlamaktadır.¹ Kadına yönelik aile içi şiddet çoğunlukla eşi ya da birlikte oldukları birey tarafından ve aile içinde gerçekleştirilmektedir.¹ Toplumsal cinsiyet rolüne ilişkin kültürel inançlar ve değerler, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve şiddetin normalleştirilmesi, bu sorunun oluşması ve devam etmesinde en önemli faktörler olarak vurgulanmaktadır.^{2,3}

Aile içi kadına yönelik fiziksel ve cinsel şiddetin küresel, bölgesel ve ulusal yaygınlığını inceleyen bir çalışmanın sonuçlarında, 15-49 yaş evli kadınlarda küresel fiziksel ve cinsel şiddet yaygınlığı %27 olarak bildirilmektedir. Aynı çalışmada düşük gelirli ülkelerde yüksek gelirli ülkelere göre bu oranın arttığı belirtilmektedir.⁴ Partner şiddeti, yakın partnerin ya da eski partnerin fiziksel saldırganlık, cinsel zorlama, psikolojik istismar ve kontrol edici davranışlar da dahil olmak üzere fiziksel, cinsel ve psikolojik zarara neden olan davranışlarını ifade eder. Yaşam boyu eş ya da partner şiddetinin yaygınlıkları, Batı Pasifik'te %20, yüksek gelirli ülkeler arasında Avrupa'da %22 ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2023) verilerine göre Amerika bölgesinde %25, Afrika'da %33, Doğu Akdeniz bölgesinde %31, Güneydoğu Asya bölgesinde %33'tür.¹ Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması (2015) özet raporuna göre, her on kadından dördü yaşamının herhangi bir bölümünde eşi ya da birlikte oldukları birey tarafından fiziksel şiddete maruz kalmaktadır.⁵ Türkiye'de kadınların %44'ü hayatlarının herhangi bir döneminde duygusal istismarla karşılaşmaktadır. Kadınların eşleri ya da birlikte oldukları birey tarafından ekonomik şiddete maruz bırakılma oranı ise %23'tür.⁵

Kadına yönelik aile içi şiddetin kadın, çocuk ve ailelerin bütüncül sağlığı ve iyi oluşları üzerinde önemli olumsuz etkileri vardır.¹ Aile içi kadına yönelik şiddet cinayet gibi nedenlerle ölümlerle sonuçlanabilirken, ciddi yaralanmalar da sıklıkla ortaya çıkmaktadır. Şiddete maruz kalan kadınlarda, yaygın anksiyete bozukluğu, majör depresyon, intihar eğilimi, alkol ve madde kullanım bozukluğu, uyku bozukluğu, yeme bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu daha sık görülmektedir.⁶⁻⁸ Bunun yanında sosyal yaşamdan geri çekilme, düzenli faaliyetlere katılmama, iş yaşamından uzaklaşma, ücret kaybı, kendilerine ve çocuklarına bakım konusunda kısıtlı yeteneğe sahip olma gibi toplumsal ve ekonomik sonuçlar çok yaygındır.^{1,10}

Kadına yönelik aile içi şiddet yaygınlığının yüksek olması ve önemli olumsuz sonuçlarının bulunmasına karşın kadınların şiddet farkındalıkları ve şiddete yönelik tutumları ile ilgili dikkat çekici sonuçların olduğu görülmektedir. Düşük ve orta gelirli toplumlarda genellikle kadınların şiddet farkındalık düzeylerinin yeterli olmadığı, şiddeti kabul etme ve normalleştirme eğiliminde oldukları vurgulanmaktadır.^{9,11,12} Umar'ın, ülkemizde gerçekleştirilen kadına yönelik şiddetle ilgili tutum ve farkındalıklarının incelendiği çalışmasında, kadınların şiddeti normalleştirdiği, toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ve kadına yönelik uygulanan bazı şiddet türlerinin farkında olmadıkları belirtilmektedir.¹³ Şiddetin farkında olan bazı kadınların ise çocuklarının babasız yetişmemesi, partnerini sevmesi ve ekonomik kaynak yetersizliği gibi nedenlerle şiddeti resmi bir kuruma bildirmedikleri söylenmektedir.^{14,15,16} Kadına yönelik aile içi şiddetle mücadelede her iki cinsiyete yönelik hem korunma hem de iyileştirme çalışmalarında, şiddetin normal olmadığının öğretilmesi ve şiddeti tanıma bilgi ve beceri düzeylerinin geliştirilmesi önerilen en temel girişimlerdir.^{1,17,18}

Kadınların kadına yönelik aile içi şiddetle baş etmesinde toplumsal risk faktörlerinin kontrolü yanında kişisel kaynakları ve güçlerinin geliştirilerek baş etmelerinin güçlendirilmesi önemli bir yöntemdir. Şiddete maruz kalan ve kalmayan kadınlarla yapılan bir çalışmada, şiddete uğramayan kadınların daha iyimser ve kendine güvenli yaklaşım sergilediği, sosyal destek arama gibi baş etme yöntemlerinin yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir.¹⁹ Taherkhani'nin kadınların aile içi şiddetle baş etmelerini değerlendirdiği çalışmasında, yardım arama, olumlu bilişsel yeniden yapılandırma, manevi destek arama ve dikkati dağıtma gibi baş etme yöntemlerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir.²⁰ Kadınlar kendilerine yönelik aile içi şiddetle baş etmede daha çok duygusal odaklı baş etmeyi kullanmaktadır ve yeterli düzeyde baş edememektedir.²¹

Birleşmiş Milletler, toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadınların güçlendirilmesine ilişkin sürdürülebilir beşinci kalkınma hedefi, özellikle kadınlara ve kız çocuklarına yönelik şiddetin ortadan kaldırılmasıyla ilişkilidir. Dünya Sağlık Asamblesi' ne üye devletler 2016 yılında, sağlık sistemlerinin özellikle kadınlara, kız çocuklarına ve çocuklara karşı şiddeti ele almadaki rolünü güçlendirmeye yönelik küresel bir eylem planı onaylamışlardır. Kadına yönelik şiddetle mücadelede; kadınların toplumsal cinsiyet eşitliğinin desteklenmesi yanında şiddeti tanıması, kabul edici olmaması ve baş etme becerilerinin geliştirilerek güçlendirilmesi önemli bir husustur.^{1,22,23}

Dünyada ve Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet, yaygınlığının yüksek olması, kadınların biyopsikososyal sağlıklarını olumsuz etkilemesi, ailesel, toplumsal ve ekonomik olumsuz sonuçlarının olması nedeniyle önemlidir. Bu nedenle kadınların aile içi şiddete ilişkin farkındalık durumları, tutumları ve baş etme becerilerinin belirlenmesi, önleme ve iyileştirme çalışmalarında önemli girişimlerin uygulanması açısından değerlidir. Literatürde kadınların

kadına yönelik aile içi şiddet farkındalığı ve şiddete karşı tutumlarının baş etme tutumları ile ilişkisini inceleyen çalışmaların olmadığı görülmektedir. Bu çalışma kadınların aile içi şiddet farkındalığı, şiddete yönelik tutumları ve başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma, kadınların aile içi şiddet farkındalığı, şiddete yönelik tutumları ve başa çıkma tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel tip olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yeri

Bu çalışma, 01.07.2021-30.01.2022 tarihlerinde, Osmaniye merkez ilçesinde bulunan İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 14 Nolu Elife Gök Aile Sağlığı Merkezinde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Osmaniye 14 Nolu Elife Gök Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 3922 kadın oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklem büyüklüğü, bilinen evren yaklaşımı temel alınarak hesaplanmıştır. Evreni bilinen örneklem hesabına göre, %95 güven aralığı, %5 hata payı sonucunda bu popülasyonu temsil edebilmesi için çalışmaya 350 kişinin alınması uygun görülmüştür. Hesaplama open-epi sitesinde yapılmıştır.²⁴ Çalışmaya katılmaya gönüllü, 18 yaş üstü, iletişim becerileri yeterli ve herhangi bir ruhsal bozukluğu olmayan kadınlar dahil edilmiştir. Rastgele sayılar tablosu kullanılarak basit rastgele örnekleme yöntemi ile çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü toplamda 410 kadına ulaşılmıştır. Çalışma verilerinin analizinde hiçbir veri hariç tutulmamıştır.

Veri Toplama

Çalışmanın verileri Google forms ile online toplanmıştır. Osmaniye 14 Nolu Elife Gök Aile Sağlığı Merkezi'ndeki sorumlu hekim ile görüşülerek kayıtlı kadınların listesine ulaşılmıştır. Daha sonra basit rastgele örnekleme yöntemi ile belirlenen kadınlara ulaşılarak kabul edenlere anket formları gönderilmiştir. Çalışmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Aile İçi Şiddet Farkındalığı Ölçeği, İskebe Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından ilgili literatürden yararlanılarak oluşturulmuştur. Form, kadınların sosyodemografik özellikleri (yaş, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu ve aile yapısı) ve alışkanlıkları (sigara kullanma durumu ve alkol kullanma durumu) ile ilgili sorulardan oluşmaktadır.^{15,16}

Aile İçi Şiddet Farkındalığı Ölçeği, Özyürek ve Kurnaz (2019) tarafından aile içi şiddete yönelik farkındalığı belirlemeye yönelik olarak geliştirilmiştir. Aile içi şiddetin tanımlanması, sonuçları, kabullenilmesi ve normalleştirilmesi alt boyutlarından oluşmaktadır. Her alt boyut beş madde toplam yirmi maddelik bir ölçektir. Ölçek, 3=Katılmıyorum, 2=Kısmen katılıyorum ve 1=Katılıyorum olarak puanlanmaktadır. Ölçekte "Aile İçi Şiddetin Tanımlanması" 1-5. maddeler ile "Aile İçi Şiddetin Sonuçları" 6-10. maddeler ile "Aile İçi Şiddetin Kabullenilmesi" 11-15. ve "Aile İçi Şiddetin Normalleştirilmesi" 16-20. maddeler ile alt boyutlar ölçülmektedir. Ölçekte 11-20. maddeler, ters puanlanmaktadır. Ölçekte tüm maddelerin toplam puanının yüksek olması, aile içi şiddete yönelik farkındalığının yüksek düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçek geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonucunun 0,71 ile 0,92 arasında değiştiği belirlenmiştir.²⁵ Bu çalışmanın Cronbach's alpha katsayısı 0,81'dir.

İskebe Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği, Kanbay, Aslan, Işık ve Tektaş (2017) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte, "kimliğe yönelik tutumlar" ve "bedene yönelik tutumlar" olarak iki alt boyut vardır. 5'li likert tipi olan ölçek iki faktör ve 30 maddeden oluşmaktadır. Ölçek kimliğe yönelik tutumlar (Psikolojik ve ekonomik şiddet): 14 madde (1, 2, 5, 6, 7, 11, 13, 18, 19, 21, 23, 24, 27 ve 29. maddeler) bedene yönelik tutumlar (Cinsel ve fiziksel şiddet): 16 madde (3,4, 8, 9,10, 12, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 25, 26, 28 ve 30. maddeler), şeklinde gruplanmaktadır. Ölçekte 5. ve 24. sorular ters puanlanmaktadır. İki faktörden alınan puanların toplanmasıyla ölçek toplam puanı elde edilmektedir. Ölçek, 5=Hiç katılmıyorum, 4=Katılmıyorum, 3=Kararsızım, 2=Katılıyorum ve 1=Tamamen katılıyorum şeklinde 5'li likert tipindedir. Ölçekte her soru 1-5 arasında puanlanmaktadır. Puanların yüksek olması kadına yönelik şiddete karşı olduğunu, puanların düşük olması ise kadına yönelik şiddete karşı olmadığını göstermektedir. Birinci faktörden en düşük 16 puan, en yüksek ise 80 puan alınmaktadır. İkinci faktörden ise en düşük 14, en yüksek ise 70 puandır. Ölçeğin genelinden alınabilecek en düşük puan 30 en yüksek puan ise 150'dir. Ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı birinci faktör için 0,80, ikinci faktör için 0,83 ve ölçeğin geneli için 0,86 olarak belirlenmiştir.²⁶ Bu çalışmanın Cronbach's alpha katsayısı 0,967'dir.

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989 yılında 15 alt boyut 60 madde olarak geliştirilen ölçek 2003 yılında Zuckerman ve Gagne tarafından Kendine Yardım, Yaklaşım, Uyum Sağlama, Sakınma-Kaçınma ve Kendine Ceza isimli 5 faktör ve 40 madde olarak yenilenmiştir.²⁷ Dicle ve Ersanlı (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılan Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE), 4'lü likert tipi bir ölçektir. Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'nin iç tutarlılığını gösteren Cronbach's alpha katsayısı 0,766'dır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması

sonucu Türkiye’de kabul edilebilir düzeyde ve 5 faktör, 32 madde olarak kullanılabilceğini göstermektedir. Maddeler puanlanırken 1=Asla Böyle Yapmam, 2=Çok Az Böyle Yaparım, 3=Böyle Yaparım, 4= Çoğunlukla Böyle Yaparım şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınacak en yüksek puan 160, en düşük puan 40’tır. Yüksek puan başa çıkma tutum düzeyinin yüksek, düşük puan ise başa çıkma tutum düzeyinin düşük olması anlamına gelmektedir.²⁸ Bu çalışmanın Cronbach’s alpha katsayısı 0,914’tür

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics 21 (IBM SPSS, Türkiye) programı kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin normallik kontrolü Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiş ve verilerin normal dağılıma uygun olmadığı görülmüştür. Bağımsız iki grup karşılaştırmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırmasında ise Kruskal Wallis test kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki doğrusal ilişki ise Spearman Rho katsayısı ile değerlendirilmiştir. Tek değişkenli analizler sonucu anlamlı bulunan değişkenler ile Çoklu Lineer Regresyon modeli oluşturulmuştur. Ölçeklerin güvenilirlik değerleri Cronbach alpha katsayısı ile ifade edilmiştir. İstatistik anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Etik Boyutu

Çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin bilimsel araştırmalar ve yayın etiği kurulu’ndan (09.04.2021 tarih ve 2021/2/26 sayılı) etik onay ve araştırmanın yürütüleceği kurumdan yazılı kurum izni alınmıştır.

Bulgular

Tablo 1’de kadınların sosyo-demografik özellikleri görülmektedir. Kadınların yaş ortalaması $32,86 \pm 8,39$, %55,2’si bekar, %49,3’ü geniş ailede yaşamakta ve %66’sı ortaöğretim mezunudur. Kadınların %89,8’i sigara kullanmamakta, %94,4’ü alkol kullanmamaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların Sosyo-demografik ve Sağlıkla İlgili Özellikleri

		Ort±SS	Min-Maks
Yaş		32,86±8,39	18-71
		n	%
Medeni Durum	Evli	184	44,8
	Bekar	226	55,2
Eğitim Durumu	Okur yazar	13	3,2
	İlköğretim	77	18,8
	Ortaöğretim	270	66,0
	Yükseköğretim	50	12,0
Meslek	Öğrenci	66	16,1
	Memur	148	36,1
	Ev hanımı	196	47,8
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Yalnız	95	23,2
	Eşim ve çocuklarım	113	27,5
	Geniş aile	202	49,3
Sigara Kullanımı	Var	42	10,2
	Yok	368	89,8
Alkol Kullanımı	Var	23	5,6
	Yok	387	94,4

Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, Min-Maks: Minimum-Maksimum

Tablo 2’ de ölçeklerin ve alt boyutlarının toplam puan ortalamaları ve güvenilirlikleri görülmektedir (Tablo2).

Tablo 2. Kadınların Aile İçi Şiddet Farkındalığı Ölçeği, İskebe Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği ve Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları ve Güvenilirlikleri

	Ort±SS	Min-Maks	Cronbach's Alpha
AİŞ Tanımlanması	5,68±1,73	5-15	0,892
AİŞ Sonuçları	5,055±1,57	5-15	0,883
AİŞ Kabullenilmesi	12,86±2,8	5-15	0,812
AİŞ Normalleştirilmesi	13,73±2,31	6-15	0,884
AİŞFÖ	37,82±5,08	21-60	0,812
Bedene Yönelik Tutumlar (Fiziksel/Cinsel Şiddet Boyutu)	75,16±11,13	16-80	0,985
Kimliğe Yönelik Tutumlar Boyutu (Ekonomik/Ruhsal Şiddet Boyutu)	58,53±10,78	22-70	0,909
İKŞTÖ	133,7±2054	38-150	0,967
Kendine Yardım	17,54±4,18	6-24	0,886
Yaklaşım	21,84±4,6	7-28	0,929
Uyum Sağlama	20,01±4,69	7-28	0,892
Sakinme-Kaçınma	12,02±4,36	6-24	0,843
Kendine Ceza	14,2±4,8	6-24	0,892
BÇTÖ	85,62±14,99	32-128	0,914

AİŞFÖ: Aile İçi Şiddet Farkındalığı Ölçeği, İKŞTÖ: İskebe Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği, BÇTÖ: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Ort±SS: Ortalama±Standart Sapma, Min-Maks: Minimum-Maksimum

Tablo 3' te BÇTÖ ile AİŞFÖ ve İKŞTÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyonlar görülmektedir. Kadınların BÇTÖ toplam puan ortalamaları ile AİŞFÖ ve İKŞTÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 3) ($p < 0,001$) ($r = 0,105, 0,194$).

Tablo 3. Kadınların BÇTÖ ile AİŞFÖ ve İKŞTÖ Korelasyonu

		Kendine Yardım	Yaklaşım	Uyum Sağlama	Sakinme-Kaçınma	Kendine Ceza	BÇTÖ
AİŞ Tanımlanması	r	-0,102	-0,100	0,018	0,182	0,092	0,008
	p	0,038	0,043	0,715	<0,001	0,064	0,878
AİŞ Sonuçları	r	-0,107	-0,121	-0,015	0,161	0,114	-0,003
	p	0,030	0,014	0,763	0,001	0,021	0,944
AİŞ Kabullenilmesi	r	0,255	0,172	0,077	-0,186	-0,002	0,082
	p	<0,001	<0,001	0,121	<0,001	0,963	0,095
AİŞ Normalleştirilmesi	r	0,183	0,173	0,094	-0,157	-0,070	0,066
	p	<0,001	<0,001	0,056	0,001	0,157	0,185
AİŞFÖ	r	0,203	0,121	0,081	-0,058	0,063	0,105
	p	<0,001	0,014	0,103	0,240	0,203	0,034
Bedene Yönelik Tutumlar (Fiziksel/Cinsel Şiddet Boyutu)	r	0,241	0,282	0,174	-0,121	-0,014	0,162
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,014	0,779	0,001
Kimliğe Yönelik Tutumlar Boyutu (Ekonomik/Ruhsal Şiddet Boyutu)	r	0,318	0,261	0,177	-0,080	-0,022	0,204
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,106	0,659	<0,001
İKŞTÖ	r	0,310	0,278	0,173	-0,103	-0,025	0,194
	p	<0,001	<0,001	<0,001	0,037	0,620	<0,001

p: Spearman Rho correlation, * $p < 0,001$, AİŞFÖ: Aile İçi Şiddet Farkındalığı Ölçeği, İKŞTÖ: İskebe Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği, BÇTÖ: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Tablo 4' de, kadınların BÇTÖ ile AİŞFÖ ve İKŞTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarına ilişkin çoklu doğrusal regresyon sonuçları görülmektedir (Tablo 4). Tek değişkenli analizler ile BÇTÖ alt boyutları ve toplam puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bulunan değişkenler ile Çoklu Lineer Regresyon modelleri oluşturulmuştur.

Kendine yardım puanı aile içi şiddetin sonuçlarının bir birim artması ile 0,413 birim, bedene yönelik tutumların (fiziksel/cinsel şiddet boyutu) bir birim artması ile 0,059 birim, kimliğe yönelik tutumlar boyutunun (ekonomik/ruhsal şiddet boyutu) bir birim artması ile 0,094 birim artmaktadır. Oluşan model ile kendine yardımın %20,8'i açıklanmaktadır ($p < 0,001$). Yaklaşım puanı aile içi şiddetin sonuçlarının bir birim artması ile 0,435 ve bedene yönelik tutumların bir birim artması ile (fiziksel/cinsel şiddet boyutu) 0,155 birim artmaktadır. Oluşan model ile yaklaşımın %23,5'i açıklanmaktadır ($p < 0,001$).

Uyum sağlama puanı bedene yönelik tutumların (fiziksel/cinsel şiddet boyutu) bir birim artması ile 0,080 birim artmaktadır. Oluşan model ile uyum sağlamanın %9,1'i açıklanmaktadır ($p<0,001$). Sakınma-kaçınma puanını aile içi şiddetin sonuçlarının bir birim artması 0,605 birim arttırırken, sakınma-kaçınma puanı aile içi şiddetin kabullenilmesinin bir birim artması ile 0,405 birim azalmaktadır. Oluşan model ile sakınma-kaçınmanın %14,7'si açıklanmaktadır ($p<0,001$).

Kendine ceza puanını aile içi şiddetin sonuçlarının bir birim artması 0,550 birim arttırmaktadır. Oluşan model ile kendine cezanın %4,1'si açıklanmaktadır ($p<0,001$). BÇTÖ puanını bedene yönelik tutumlar (fiziksel/cinsel şiddet boyutu) 0,296 birim arttırmaktadır. Oluşan model ile BÇTÖ'nün %14,6'sı açıklanmaktadır ($p<0,001$). BÇTÖ puanını AİŞFÖ puanının bir birim artması 0,285 birim arttırırken, İKŞTÖ puanının bir birim artması 0,227 birim arttırmaktadır. Oluşan model ile BÇTÖ'nün %14,5'i açıklanmaktadır ($p<0,001$) (Tablo 4).

Tablo 4. Kadınların BÇTÖ ile AİŞFÖ ve İKŞTÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Sonuçları

Bağımlı	Bağımsız	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	95,0% Confidence Interval for B		t	p
		B	SE	Beta	Lower Bound	Upper Bound		
Kendine Yardım R²:0,208 F:7,421; p<0,001	(Constant)	4,823	1,869		1,148	8,499	2,580	0,010
	AİŞ Tanımlanması	-0,107	0,152	-0,044	-0,406	0,193	-0,700	0,484
	AİŞ Sonuçları	0,413	0,171	0,155	0,077	0,748	2,418	0,016
	AİŞ Kabullenilmesi	0,113	0,103	0,076	-0,089	0,315	1,103	0,271
	AİŞ Normalleştirilmesi	0,040	0,127	0,022	-0,210	0,289	0,313	0,754
	Bedene Yönelik Tutumlar (Fiziksel/Cinsel Şiddet Boyutu)	0,059	0,028	0,156	0,004	0,113	2,107	0,036
	Kimliğe Yönelik Tutumlar Boyutu (Ekonomik/Ruhsal Şiddet Boyutu)	0,094	0,029	0,242	0,037	0,150	3,260	0,001
Yaklaşım R²:0,235 F:8,669; p<0,001	(Constant)	5,491	2,023		1,513	9,468	2,714	0,007
	AİŞ Tanımlanması	-0,171	0,165	-0,065	-0,496	0,153	-1,039	0,299
	AİŞ Sonuçları	0,435	0,185	0,149	0,072	0,798	2,354	0,019
	AİŞ Kabullenilmesi	-0,074	0,111	-0,045	-0,292	0,145	-0,662	0,509
	AİŞ Normalleştirilmesi	0,249	0,137	0,125	-0,021	0,519	1,813	0,071
	Bedene Yönelik Tutumlar (Fiziksel/Cinsel Şiddet Boyutu)	0,155	0,030	0,374	0,096	0,214	5,143	<0,001
	Kimliğe Yönelik Tutumlar Boyutu (Ekonomik/Ruhsal Şiddet Boyutu)	0,026	0,031	0,060	-0,035	0,087	0,828	0,408
Uyum Sağlama R²:0,091 F:13,509; p<0,001	(Constant)	11,254	1,569		8,169	14,339	7,171	<0,001
	Bedene Yönelik Tutumlar (Fiziksel/Cinsel Şiddet Boyutu)	0,080	0,031	0,190	0,020	0,140	2,617	0,009
	Kimliğe Yönelik Tutumlar Boyutu (Ekonomik/Ruhsal Şiddet Boyutu)	0,050	0,032	0,114	-0,013	0,112	1,554	0,121

Tablo 4.(Devamı) Kadınların BÇTÖ ile AİŞFÖ ve İKŞTÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına İlişkin Çoklu Doğrusal Regresyon Sonuçları

Sakinme-Kaçınma R²:0,147 F:7,650; p<0,001	(Constant)	9,771	1,988		5,862	13,679	4,914	<0,001
	AİŞ Tanımlanması	0,144	0,164	0,057	-0,179	0,467	0,877	0,381
	AİŞ Sonuçları	0,605	0,185	0,218	0,243	0,968	3,281	0,001
	AİŞ Kabulünmesi	-0,405	0,109	-0,260	-0,619	-0,191	-3,717	<0,001
	AİŞ Normalleştirilmesi	0,072	0,136	0,038	-0,195	0,340	0,531	0,596
Kendine Ceza R²:0,047 F:10,101; p<0,001	(Constant)	12,902	1,091		10,757	15,047	11,826	<0,001
	AİŞ Sonuçları	0,550	0,148	0,180	0,260	0,841	3,725	<0,001
BÇTÖ R²:.146 F:5.666; p<.001	(Constant)	44,709	6,916		31,113	58,306	6,465	<0,001
	AİŞFÖ	0,285	0,142	0,097	-0,001	0,560	1,987	0,046
	Bedene Yönelik Tutumlar (Fiziksel/Cinsel Şiddet Boyutu)	0,296	0,099	0,220	0,101	0,491	2,988	0,003
	Kimliğe Yönelik Tutumlar Boyutu (Ekonomik/Ruhsal Şiddet Boyutu)	0,151	0,107	0,109	-0,058	0,361	1,420	0,156
BÇTÖ R²:0,145 F:6,136; p<0,001	(Constant)	45,432	6,846		31,974	58,890	6,637	<0,001
	AİŞFÖ	0,285	0,142	0,097	0,005	0,565	2,000	0,046
	İKŞTÖ	0,227	0,037	0,311	0,154	0,300	6,121	<0,001

p: Çoklu Lineer Regresyon, (p<0,001); AİŞFÖ: Aile İçi Şiddet Farkındalığı Ölçeği, İKŞTÖ: İskebe Kadına Yönelik Şiddet Tutum Ölçeği, BÇTÖ: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği

Tartışma

Bu çalışma, kadınların aile içi şiddet farkındalığı, şiddete yönelik tutumları ve başa çıkma tutumları ile ilgili literatüre katkıda bulunmaktadır.

Bu çalışmadaki kadınların yaş ortalaması 32,86 yıl, %44,8' i evli ve yaklaşık yarısı geniş ailede yaşamaktadır (Tablo 1). Çalışmadaki kadınların aile içi şiddet farkındalıklarının orta düzeyin üzerinde olduğu ve kadına şiddete karşı oldukları görülmektedir. Aydın ve Parlak'ın, üniversite öğrencilerinde aile içi şiddet farkındalığı ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmalarında, her iki cinsiyetten katılımcıların aile içi şiddet farkındalıklarının orta düzeyde olduğu ve kadın öğrencilerin erkeklere göre daha yüksek düzeyde farkındalığa sahip oldukları belirtilmektedir.²⁹ Uğur ve ark.'nın çalışmasında, kadınların aile içi şiddeti orta düzeyin altında meşru gördükleri ifade edilmektedir.³⁰ Ülkemizde gerçekleştirilen başka bir çalışmanın sonuçlarında, kadınların kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarının yüksek olduğu, şiddet tutumlarının geleneksellikten uzaklaşarak çağdaş görüşe yaklaştığı görülmektedir.³¹ Literatürdeki ülkemizde gerçekleştirilen çalışmaların bu sonuçları özellikle kadınların şiddete karşı tutumlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlara karşın, Doğan ve Karaman'ın, Türkiye'deki kadınların şiddeti adlandırma ve anlama düzeylerini değerlendirdikleri çalışmalarında, 22-35 yaş aralığındaki kadınların şiddeti %70 oranında fiziksel olarak tanımladıkları ve %30 oranında psikolojik olarak nitelendirdikleri vurgulanmaktadır.³² Bu çalışma kadınların şiddeti tanıma düzeylerinin henüz yeterli olmadığını göstermektedir.³² Literatürdeki çeşitli araştırma sonuçları kadınlarda aile içi şiddet farkındalığının düşük düzeyde olduğunu ve kadın katılımcıların kadına yönelik şiddetin algılanması ve şiddet uygulanmasına yönelik tutumlarının erkeklere oranla daha olumlu olduğunu işaret etmektedir. Kadınların kadına yönelik şiddeti onayladığı ve erkekleri haklı buldukları görülmektedir.³³⁻³⁴ Dünyada düşük ve orta gelirli ülkelerde ve ülkemizde gerçekleştirilen bazı çalışmalarda şiddeti nedenselleştirme eğiliminin yüksek olduğu ve kadınların erkeklere göre daha fazla düzeyde fiziksel şiddeti çeşitli gerekçelerle onayladıkları belirtilmektedir. Bu ülkelerde kadınların şiddet farkındalıklarının düşük düzeyde olduğu ve kadına yönelik şiddeti destekleyici tutumlarının olduğu ifade edilmektedir.^{16,35-36} Kadınların aile içi şiddet farkındalığı ve şiddete yönelik tutumlarının farklı yansımalarının bölgesel farklılıklar, sosyoekonomik ve kültürel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir. Avusturalya Ulusal Kadına Yönelik Şiddete Karşı Toplum Tavrı Anket (NCAS) (2018) çalışması sonuçlarında, genel olarak toplumun çoğunluğunun iyi düzeyde kadına yönelik şiddet bilgisine sahip olduğu, toplumsal cinsiyet eşitliğini destekledikleri ve şiddeti destekleyen tutumları reddettikleri gösterilmektedir.³⁷ Literatürde aile içi şiddet farkındalığı ve kadına yönelik

şiddet tutumları ile ilgili farklı sonuçlar olmasına karşın, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde aile içi şiddet farkındalığının yeterli olmadığı ve halen kadına yönelik şiddetin kabul edildiği ve normalleştirildiği ile ilgili kanıtın fazla olduğu görülmektedir.¹¹ Bu çalışmanın kadınların aile içi şiddet farkındalıklarının orta düzeyin üzerinde olduğu ve kadına şiddete karşı oldukları sonucu, literatüre bu yönde katkı sağlamaktadır.

Bu çalışmanın bulgularına göre, kadınların başa çıkma tutumları ile aile içi şiddet farkındalıkları ve şiddete karşı tutumları ve alt boyutlarından bedene yönelik tutumlar (fiziksel/cinsel şiddet boyutu) arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. ($p<0,001$) ($r=0,105, 0,194$) (Tablo 3). Kadınların aile içi şiddet farkındalık düzeyleri, şiddete karşı olumsuz tutumları ve alt boyutlarından bedene yönelik olumsuz tutumları (fiziksel/cinsel şiddet boyutu) başa çıkma tutumlarının düzeyini etkilemektedir (Tablo 4).

Hou ve ark.'nın kırsal Çinli kadınların aile içi şiddeti kabul etme durumları ve potansiyel başa çıkma stratejilerini değerlendirdikleri çalışmalarında, kadınların sadece %0,05'nin şiddeti tanıyabildiği ve çoğunluğunun şiddeti inkâr ettiği belirtilmektedir. Kadınlar şiddetle baş etmede genellikle duygusal odaklı başa çıkmayı ve özellikle kendini suçlama/cezalandırma başa çıkma yöntemini kullanmaktadır. Ayrıca bu çalışmadaki kadınların başa çıkma tutumları düşük düzeydedir.³⁸ Bostock ve ark., kadınlarda aile içi şiddet farkındalığının yetersiz olması ve bu şiddetin kabul edilemez olduğuna dair toplum desteğinin olmamasının, etkisiz baş etme tutumlarıyla sonuçlanacağını söylemektedir.³⁹ Kadınların aile içi şiddet durumunda yardım aramasını engelleyen en önemli etkenlerin, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve toplumsal cinsiyete dayalı şiddetin kabul edilmesi olduğu belirtilmektedir. İstisnayı destekleyen ya da teşvik eden kültürel önyargılar, normlar ve mitlerin şiddeti normalleştirdiği, kadınları değersizleştirdiği ve böylece kadınların yardım aramaya ve problem odaklı baş etmeye çalışmasını önlediği vurgulanmaktadır.⁴⁰ Literatürde şiddete maruz kalan kadınlarda baş etme tutumları ile ilgili çeşitli çalışmalar olmasına karşın, kadınların kadına yönelik aile içi şiddet farkındalığı ve şiddete karşı tutumlarının baş etme tutumları ile ilişkisini inceleyen çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir.^{20,41,42} Bu çalışmanın kadınlarda aile içi şiddet farkındalığı ve şiddete karşı tutumlarının başa çıkma tutumlarını geliştirdiği sonucu, literatürdeki kadınlara yönelik aile içi şiddetle mücadelede önerilen temel girişimleri desteklemektedir.

Kısıtlılıklar / Sınırlılıklar

Bu çalışmanın bir kısıtlılığı, sonuçların yalnızca çalışma popülasyonuna genellenebilmesidir. Türkiye' de farklı bölgelerde yaşayan kadınların olduğu çalışmalar gerçekleştirilebilir. Ek olarak, ileriki çalışmalarda kadınlar ve erkekler değerlendirilebilir. Ayrıca, bu çalışma kesitsel olduğundan sonuçları nedensellik ilişkilerini açıklayamaz. Son olarak, bu çalışma nicel bir çalışmadır. Bu popülasyonun kadına yönelik aile içi şiddet farkındalığı, şiddete yönelik tutum ve baş etme tutumlarıyla ilgili daha fazla bilgi toplamak için karma yöntemli bir çalışma yapılabilir.

Sonuç

Çalışmanın sonuçlarına göre; katılımcıların kadına yönelik aile içi şiddet farkındalıklarının orta düzeyin üzerinde olduğu ve kadına şiddete karşı oldukları görülmektedir. Kadınların başa çıkma tutumları ile aile içi şiddet farkındalıkları ve şiddete karşı tutumları ve alt boyutlarından bedene yönelik tutumlar (fiziksel/cinsel şiddet boyutu) arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

Literatürdeki bu çalışmaların kısıtlılığı doğrultusunda, ülkemizde ve dünyada kadınların aile içi şiddet farkındalığı, şiddete yönelik tutumları ve baş etme tutumlarının değerlendirildiği geniş örneklemli çalışmalar önerilmektedir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Maddi Destek

Yazarlar finansal destek olmadığını beyan etmiştir.

Teşekkür

Çalışmaya gönüllü olan katılımcılara teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. World Health Organisation (2023). Violence against women. <https://www.who.int/health-topics/violence-against-women> (Date of Access:15.03.2023).
2. Rai A, Choi YJ. Socio-cultural risk factors impacting domestic violence among South Asian immigrant women: A scoping review. *Aggression and Violent Behavior* 2018;38:76-85. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.12.001>
3. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, Watts C. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *The Lancet* 2015;385(9977):1555-1566. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7)
4. Sardinha L, Maheu-Giroux M, Stöckl H, Meyer SR, García-Moreno C. Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet* 2022;399(10327):803-813.
5. HÜNEE (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü- ASPB (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı) Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2014. Ankara: Elma Teknik Basım; 2015. p.33-40.
6. Wong YJ, Ho M., Wang SY, Miller IS. Meta-analyses of the relationship between conformity to masculine norms and mental health-related outcomes. *Journal of Counseling Psychology* 2017;64(1):80-93. <https://doi.org/10.1037/cou0000176>
7. Keynejad RC, Hanlon C, Howard LM. Psychological interventions for common mental disorders in women experiencing intimate partner violence in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry* 2020;7(2):173-190. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30510-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30510-3)
8. Riecher-Rössler A. Sex and gender differences in mental disorders. *The Lancet Psychiatry* 2017;4(1):8-9.
9. Aktaş B, Kaya F, Bostancı Daştan N. Hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin ailede kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları. *OPUS International Journal of Society Researches* 2019;14(20):1448-1474. <https://doi.org/10.26466/opus.611843>
10. Sanz-Barbero B, Barón N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS One* 2019;14(10):e0221049. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221049>
11. Tran TD, Nguyen H, Fisher J. Attitudes towards intimate partner violence against women among women and men in 39 low-and middle-income countries. *PloS one* 2016;11(11):e0167438. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167438>
12. Gracia E, Lila M, Santirso FA. Attitudes toward intimate partner violence against women in the European Union: A systematic review. *European Psychologist* 2020;25(2):104–121. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000392>
13. Umar EK. Video Temelli Mülakatlarda Kadına Yönelik Şiddet. *Fe Dergi* 2020;12(2):174-186. <https://doi.org/10.46655/federgi.843000>
14. Altıntop Ö, Adana F. Yeni evli çiftlerin aile içi şiddete yönelik tutumları ve ilişkili faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;8(3):268-276.
15. Duran S, Eraslan ST. Violence against women: Affecting factors and coping methods for women. *The Journal of the Pakistan Medical Association* 2019;69(1):53-57.
16. Madhani FI, Karmaliani R, Patel C, Bann CM, McClure EM, Pasha O, Goldenberg RL. Women’s perceptions and experiences of domestic violence: An observational study from Hyderabad, Pakistan. *Journal of Interpersonal Violence* 2017;32(1):76–100. <https://doi.org/10.1177/0886260515585533>
17. Bourey C, Williams W, Bernstein EE, Stephenson R. Systematic review of structural interventions for intimate partner violence in low-and middle-income countries: organizing evidence for prevention. *BMC public health* 2015;15(1):1-18. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2460-4>
18. Özcan Ş, Kırca N. Çözülemeyen sorun: Kadına yönelik aile içi şiddet ve hemşirenin rolü. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017;6(2):87-96.
19. Gümüş BA, Şıpkın S, Erdem Ö. The prevalence of intimate partner violence against women and women's methods of coping with partner violence. *Journal of Psychiatric Nursing* 2020;11(2):79-87. <https://doi.org/10.14744/phd.2020.58561>
20. Taherkhani S. The development and psychometric assessment of a coping inventory for intimate partner violence among abused Iranian women. *Journal of Interpersonal Violence* 2022;37(17-18):NP16670–NP16699. <https://doi.org/10.1177/08862605211023488>
21. Bhandari S. South Asian women's coping strategies in the face of domestic violence in the United States. *Health Care for Women International* 2018;39(2):220-242. <https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1385615>
22. United Nations (2022). Transforming our World: The 2030 agenda for sustainable development. goal 5: gender equality and women’s empowerment. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/> (Date of Access: 18.03.2023).
23. Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *The Lancet Psychiatry* 2017;4(2): 159-170. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30261-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30261-9)
24. <https://www.openepi.com/SampleSize/SSCohort.htm> Erişim Tarihi:10.06.2021
25. Özyürek A, Kurnaz FB. Aile içi şiddet farkındalığı ölçeği: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi* 2019;9(1):227-250. <https://doi.org/10.23863/kalem.2019.126>

26. Kanbay Y, Aslan Ö, Işık E, Tektaş P. İSKEBE Kadına yönelik şiddet tutum ölçeği (İSKEBE Tutum Ölçeği) geliştirme çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2017;18(5):453-459. <https://doi.org/10.5455/apd.256374>
27. Zuckerman M, Gagne M. The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality* 2003;37(3):169-204.
28. Dicle AN, Ersanlı K. Başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeğinin Türkçeye uyarlama geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2015;3(16):111-126.
29. Aydın Ş, Parlak AG. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin aile içi şiddet farkındalığı ve etkileyen faktörler: Tanımlayıcı kesitsel araştırma. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences* 2022;14(2):570-580.
30. Uğur E, Tanış A, Polat D, Şahin E, Solmaz M, Ağca N, Atamtürk E. Üniversite öğrencilerinin kadına yönelik şiddeti meşru görme ve kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Sosyal Politika ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi* 2021;2(1):30-47.
31. Şahin E, Yeşilçınar İ, Geriş R. Ebelik Öğrencilerinin kadına yönelik şiddete ilişkin tutumları ve etkileyen faktörler. *Life Sciences (NWSALS)* 2019; 14(4):84-93, doi: 10.12739/NWSA.2019.14.4.4B0028.
32. Doğan K, Karaman N. Şiddeti adlandırma ve anlama: Türkiye’de şiddete maruz kalan kadınların deneyimleri ve baş etme stratejileri. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2023;(75):71-86. <https://doi.org/10.51290/dpusbe.1121909>
33. Güzel B, Camadan F. The role of active citizenship self-efficacy and various demographic variables in explaining university students' awareness of domestic violence. *İmgelem* 2021;5(9):479-505.
34. Keleşoğlu S, Esen Y. Sosyal bilgiler öğretmen adaylarının kadına yönelik şiddet tutumlarının incelenmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Eğitimi Dergisi* 2020; 6(2):273-298. doi: 10.47615/issej.826164.
35. Bulut MB. Üniversite öğrencilerinin aile içi şiddete yönelik tutumları. *The Journal Of Academic Social Science* 2015;3(17):403-415.
36. Okenwa-Emegwa L, Lawoko S, Jansson B. Attitudes toward physical intimate partner violence against women in Nigeria. *Sage Open* 2016;6(4):2158244016667993.
37. Webster K, Diemer K, Honey N, Mannix S, Mickle J, Morgan J, Parkes A, Politof A, et.al. Methodology report: Survey redevelopment and implementation of the 2017 National Community Attitudes towards Violence against Women Survey (NCAS) (ANROWS Insights, 12/2018). Sydney 2018;146. NSW:ANROWS.
38. Hou F, Cerulli JC, Wittink MMN, Caine ED, Thompson-Stone MJ, Qiu P. Rural Chinese women’s recognition of intimate partner violence and their potential coping strategies: A qualitative study. *Journal of Family Violence* 2022;37(4):613-628. <https://doi.org/10.1007/s10896-021-00302-4>.
39. Bostock J, Plumpton M, Pratt R. Domestic violence against women: Understanding social processes and women's experiences. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 2009;19(2):95-110. <https://doi.org/10.1002/casp.985>
40. Childress S, Gioia D, Campbell JC. Women’s strategies for coping with the impacts of domestic violence in Kyrgyzstan: A grounded theory study. *Social work in health care* 2018;57(3):164-189. <https://doi.org/10.1080/00981389.2017.1412379>
41. Simonič B. The power of women’s faith in coping with intimate partner violence: systematic literature review. *Journal of Religion and Health* 2021;60(6):4278-4295. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01222-9>
42. Özcan NK, Günaydın S, Çitil ET. Domestic violence against women in Turkey: A systematic review and meta analysis. *Archives of Psychiatric Nursing* 2016;30(5):620-629. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.04.013>



Original Research / Orijinal Araştırma

Knowledge and Attitudes of Family Physician Residents About Human Papillomavirus Vaccines

Aile Hekimliği Asistanlarının Human Papilloma Virüs Aşları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları

Aslıhan Şahin¹, İlayda Su Büber Düztaş², Elçin Keser³, Eda Sarı Koç⁴, Dilek Yılmaz^{1,5}, Kurtuluş Öngel², Haluk Mergen⁴, Eda Karadağ Öncel¹

Abstract

Introduction: The human papilloma virus (HPV) is the most prevalent sexually transmitted virus among men and women. Despite the established efficacy of HPV vaccines, their administration in our country is based upon individual preferences, as they are not yet incorporated into the national immunization program. Therefore, physician recommendations play a significant role in influencing individuals' attitudes about HPV vaccines. This study aimed to evaluate family physician residents' knowledge levels and attitudes regarding HPV and vaccines.

Methods: In this cross-sectional, descriptive study, between 15 December 2022 and 15 March 2023, a survey consisting of 19 questions was administered face-to-face to family physician residents receiving specialty training at Izmir Health Sciences University Tepecik Training and Research Hospital and Izmir Kâtip Celebi University Family Physician Clinics.

Results: In this study, 181 family physician residents participated. The median age of participants was 28 (min-max: 22-54) years, and 50.8% were men. Sixty-eight percent of physicians have previously recommended the HPV vaccine. The most common reasons for not recommending HPV vaccination before were insufficient knowledge about the vaccine (51.9%) and not encountering the patient with in the indication (48.1%). A statistically significant difference was found between the participants who had previously recommended HPV vaccination and those who had not, in terms of age, gender, residency duration in family physician, whether they had HPV vaccination themselves, and their knowledge of HPV vaccines on the market ($p<0,001$, $p=0,024$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, respectively). Also, it was observed that there was a statistically significant difference between the groups in the awareness rates of cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer, which are diseases caused by HPV ($p=0,014$, $p<0,001$, respectively).

Conclusion: In our research, it was observed that there was a relationship between family physician residents' knowledge levels and attitudes about HPV and vaccines. Considering that family physicians are of primary importance in increasing vaccination rates, there is a need for interventions to increase their knowledge and abilities about vaccines with in the specialty training of resident physicians who will be the family physicians of the future.

Keywords: Family physicians, resident, HPV, vaccine, recommendation.

Özet

Giriş: Human papillomavirüs (HPV) erkeklerde ve kadınlarda en sık cinsel yolla bulaşan viral enfeksiyon etkenidir. HPV aşılarının etkinliği kanıtlanmış olsa da ülkemizde ulusal bağışıklama programında yer alması nedeniyle bireylerin istediği doğrultusunda yapılmaktadır. Bu nedenle hekimlerin önerisi bireylerin HPV aşıları ile ilgili tutumlarını etkileyen temel nedenlerden biridir. Bu çalışmada aile hekimliği asistanlarının HPV enfeksiyonu ve aşılması ile ilgili bilgi düzeylerinin ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel, tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada, İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Aile Hekimliği Kliniklerinde uzmanlık eğitimi almakta olan aile hekimliği asistanlarına 15 Aralık 2022 – 15 Mart 2023 tarihleri arasında yüz yüze 19 sorudan oluşan anket uygulanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya 181 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Katılımcıların yaş ortancası 28 (min-maks: 22-54) yıl olup, %50,8'i erkeklerden oluşmuştur. Hekimlerin %68,5'i daha önce HPV aşısını önermiştir. Daha önce HPV aşısı önermemeye nedenleri arasında en sık aşı ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olmama (%51,9) ve endikasyon dahilindeki hasta ile karşılaşmama (%48,1) yer almıştır. Daha önce HPV aşısı öneren ve önermeyen katılımcılar arasında yaş, cinsiyet, aile hekimliğindeki asistanlık süreleri, kendilerine HPV aşısı yaptırılmaları ve piyasadaki HPV aşılarını bilmeleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (sırasıyla, $p<0,001$, $p=0,024$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Yine gruplar arasında HPV'nin neden olduğu hastalıklardan servikal intraepitelyal neoplazide serviks kanserinin bilinme oranları arasında istatistiksel anlamlı fark olduğu görülmüştür (sırasıyla, $p=0,014$, $p<0,001$).

Sonuç: Araştırmamızda aile hekimliği asistanlarının HPV ve aşıları ile ilgili bilgi düzeyleri ile tutumları arasında ilişki olduğu görülmüştür. Aile hekimlerinin, aşılama oranlarının artırılmasında merkezi öneme sahip olduğu göz önüne alındığında, geleceğin aile hekimleri olacak asistan hekimlere yönelik uzmanlık eğitimi içerisinde HPV aşıları ile ilgili bilgi ve becerilerini artırmaya yönelik müdahalelere ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimleri, asistan, HPV, aşı, öneri

Geliş tarihi / Received: 21.09.2023 Kabul tarihi / Accepted: 10.06.2024

¹ S.B.Ü Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir

² İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

³ S.B.Ü Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir

⁴ S.B.Ü Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İzmir

⁵ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

Address for Correspondence / Yazışma Adresi Aslıhan ŞAHİN, Güney Mahallesi 1140/1 Sokak No: 1 Yenisehir Konak İzmir

E-posta: aslhansahn@gmail.com Tel: +90506 483 77 72

Şahin A, Büber Düztaş İS, Keser E, Sarı Koç E, Yılmaz D, Öngel K, Mergen H, Karadağ Öncel E. *Knowledge and Attitudes of Family Physician Residents About Human Papillomavirus Vaccines. TJFMPC, 2024; 18 (3) :381-387*

DOI: 10.21763/tjfm.1363517

Giriş

Human papilloma virüsü (HPV) enfeksiyonu erkeklerde ve kadınlarda anogenital ve orofaringeal hastalığa neden olan en sık cinsel yolla bulaşan viral enfeksiyondur. HPV'nin iki yüzden fazla serotipi tanımlanmış olup, çoğu enfeksiyon tipik olarak 12 ay içinde düzelir.¹ Bununla birlikte, 12 aydan uzun süre devam eden kanserojen HPV enfeksiyonları prekanseröz veya malign lezyon olasılığını artırır.² Bu nedenle HPV'ye karşı aşılama hem bireysel hem toplumsal bağışıklama için önem kazanmaktadır.

HPV'ye yönelik 6, 11, 16, 18 tiplerini kapsayan kuadrivalan aşı Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration, FDA) FDA tarafından 2006 yılında, HPV 16 ve 18 tiplerini kapsayan bivalan aşı 2009 yılında onay almış olup, son olarak Aralık 2014'de HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58 tiplerini kapsayan dokuz valanlı aşı onaylanmıştır.³ Ülkemizde ise kuadrivalan aşı 2007 yılında, bivalan aşı 2008 yılında, dokuz valanlı aşı 2017 yılında ruhsat almıştır.⁴ Ancak ülkemizde HPV aşısı ulusal bağışıklama programında yer almamaktadır.

HPV aşılmasının etkinliği kanıtlanmış olsa da, ülkemizde ulusal bağışıklama programında yer almaması nedeniyle ailelerinin HPV ve aşıları konusundaki bilgi eksikliği aşı kabulünün önündeki engellerden biri olmaktadır.⁵ HPV aşılmasının önerildiği yaş aralığı izlemleri aile hekimleri ve çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimleri tarafından yapılmaktadır. Bundan dolayı aile hekimlerinin HPV aşıları hakkındaki bilgi ve tutumları bağışıklama oranlarının yükselmesinde önemli yer tutmaktadır. Aile hekimlerinin asistan iken HPV aşıları hakkındaki bilgi ve tutumlarının uzmanlık dönemindeki bilgi ve tutumlarının temelini oluşturması muhtemeldir. Literatürde aile hekimliği asistanlarının HPV aşıları hakkındaki bilgi ve tutumlarını araştıran çalışma bulunmamaktadır. Aile hekimliği asistanlarının HPV aşıları hakkındaki bilgi ve tutumlarının belirlenmesi uzmanlık eğitimlerinin şekillendirilmesine katkı sağlayacaktır. Özellikle güncel aşı bilgilerine sahip uzmanlık öğrencilerinin HPV aşısı da dahil olmak üzere Ulusal Bağışıklama Takvimi'nde yer almayan aşılar ile ilgili bilgiye sahip olmaları bu gruptaki aşılama oranlarının artmasına fayda sağlayacaktır. Bu nedenle çalışmamızda, geleceğin aile hekimleri olacak aile hekimliği asistanlarının HPV enfeksiyonu ve aşılması ile ilgili bilgi düzeylerinin ve HPV aşılması ile ilgili tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Tanımlayıcı kesitsel anket türündeki bu çalışma İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Aile Hekimliği Kliniklerinde 15 Aralık 2022 – 15 Mart 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışma evrenini İzmir Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Aile Hekimliği Kliniklerinde ihtisas yapmakta olan 230 aile hekimliği asistanları oluşturmuştur. Çalışmaya aile hekimliği asistanlarının en az %70'inin katılması hedeflenmiştir. Katılımcılara araştırmacılar tarafından yüz yüze yaş, cinsiyet, meslekteki çalışma süresi gibi demografik verilerin olduğu ayrıca HPV aşılması hakkındaki farkındalık düzeyi ve hekimlerin aşı yapılması konusundaki yaklaşımlarını değerlendirmeyi amaçlayan literatür taranarak hazırlanan 19 sorudan oluşan anket uygulanmıştır. Anket sosyo-demografik özelliklerin sorgulandığı 6 soru, tutum ve davranışların değerlendirildiği 7 soru ve HPV aşılarıyla ilgili bilgi düzeyini ölçmeyi amaçlayan 6 bilgi sorusundan oluşmaktadır. Araştırmaya hastanemizin Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onay verildikten sonra başlanmıştır(2022/11-31). Katılımcılardan bilgilendirilmiş gönüllü olur belgesi alınmıştır.

İstatistiksel analizler SPSS 26 yazılımı (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) kullanılarak yapılmıştır. Sayısal değişkenlerin dağılımları görsel (histogramlar ve olasılık grafikleri) ve analitik (Kolmogorov-Smirnov) yöntemlerle incelenmiştir. Sayısal değişkenler dağılımının normalliğine bağlı olarak ortalama \pm standart sapma veya ortanca (minimum-maksimum) olarak ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler sayı ve toplam yüzde olarak sunulmuştur. Normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler Mann-Whitney U test ile karşılaştırılmıştır. Kategorik değişkenler, Pearson ki-kare veya Fisher'in kesin testleri kullanılarak karşılaştırılmıştır. Tek değişkenli analizler sonucunda $p < 0,25$ olan değişkenler binary lojistik regresyon modeline dahil edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya 230 aile hekimliği asistanından 181'i katılmış ve çalışmanın ulaşılabilirlik oranı %78,6 saptanmıştır. Katılımcıların yaş ortancası 28 (min-maks: 22-54) yıl olup, %50,8'i erkeklerden oluşmuştur. Hekimlerin %47,5'inin aile hekimliğindeki asistanlık süresi ≤ 12 ay, %35,9'unun 13-24 ay arası, %16,6'sının ise ≥ 25 aydı. Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunu tamamlamış olanların oranı %54,1 iken, pediatri rotasyonunu tamamlamış olanların oranı %55,8 idi

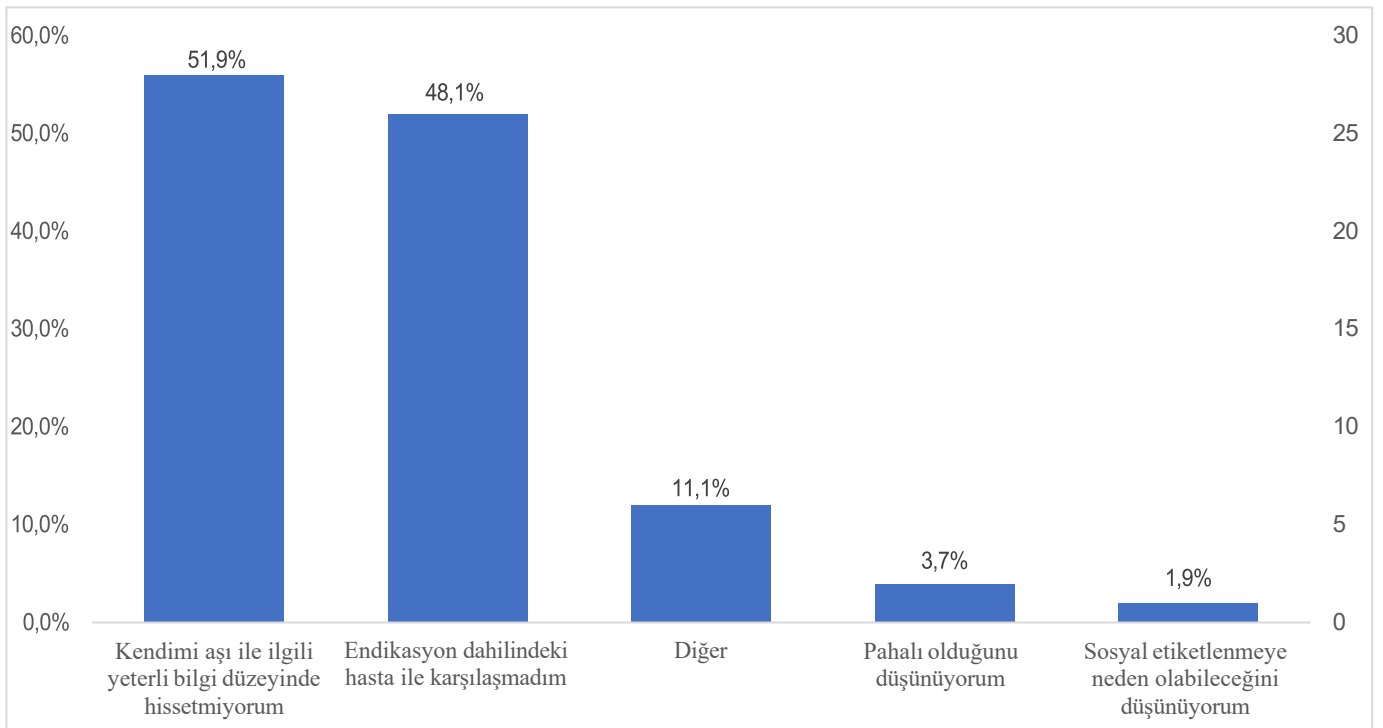
Tablo 1. Katılımcıların anketteki bazı sorulara verdikleri yanıtlar

Sorular	
HPV aşısı hangi cinsiyete uygulanabilir? n (%)	
Kız	26 (14,4)
Her iki cinsiyet	154 (85,1)
HPV aşısı hangi yaştan itibaren yapılabilir? (>9 yaş) n (%)	86 (47,5)
HPV aşısı hangi yaş aralığında onaylıdır? (9-45 yaş) n (%)	9 (4,9)
Daha önce HPV aşısı önerdiniz mi? (Evet) n (%)	124 (68,5)
HPV aşısı hangi branş hekimleri tarafından önerilmelidir? (Çoklu seçenekli) n (%)	
Aile hekimi	180 (99,4)
Kadın hastalıkları ve doğum	179 (98,9)
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	150 (82,9)
Diğer*	16 (8,8)
HPV aşısı oldunuz mu? (Evet) n (%)	30 (16,6)
Eşiniz HPV aşısı oldu mu? (Evet) n (%)	7 (3,9)
Çocuğunuza HPV aşısı yaptırdınız mı? (Evet) n (%)	8 (4,4)
Çocuğunuza HPV aşısı yaptırır mısınız? (Evet) n (%)	161 (89)
Piyasadaki HPV aşılarını biliyor musunuz? (Evet) n (%)	79 (43,6)

HPV: Human papilloma virüs

*Diğer: Tüm hekimler n=9, enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji n=5, dahiliye n=1, halk sağlığı n=1.

Asistan hekimlere yöneltilen HPV aşısı ile ilgili sorular sonucunda katılımcıların %90,6'sı HPV aşısının ulusal bağışıklama takviminde yer almadığını, %85,1'i her iki cinsiyete de uygulanabileceğini, bilmıştır. Katılımcıların %99,4'ü HPV aşısını önermesi gereken branşlar arasında aile hekimlerinin de olduğunu belirtmekle birlikte, %68,5'i daha önce HPV aşısını önermiştir. Katılımcıların anketteki diğer sorulara verdikleri cevaplar Tablo 1'de gösterilmiştir. HPV'nin neden olabileceği hastalıklardan serviks kanserinin bilinme oranı %96,7 iken, baş ve boyun kanserlerinin bilinme oranı en düşük olup %27,8 idi. Daha önce HPV aşısı önermeme nedenleri arasında en sık aşı ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olmama (%51,9) ve endikasyon dahilindeki hasta ile karşılaşmama (%48,1) yer almıştır (Şekil 1).

**Şekil 1.** Daha önce HPV aşısı önermeyen hekimlerin aşığı önermeme nedenleri (Çoklu seçenekli)

Daha önce HPV aşısı öneren ve önermeyen katılımcılar arasında yaş, cinsiyet, aile hekimliğindeki asistanlık süreleri, kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu ve pediatri rotasyonu yapmadıkları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (sırasıyla, $p<0,001$, $p=0,024$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). HPV aşısı öneren hekimlerin yaşlarının ortancası ve asistanlık süresi >12 ay olanların sıklığı önermeyenlere göre daha yüksekti. Kadın hekimlerin aşı önerme oranları erkeklerden daha fazlaydı. Yine, aşı öneren grupta kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu ve pediatri rotasyonu yapma oranları daha yüksek saptanmıştır. Ek olarak aşı öneren ve önermeyen katılımcılar arasında kendilerine HPV aşısı yaptırmaları ve piyasadaki HPV aşılarını bilmeleri açısından anlamlı istatistiksel fark olduğu görülmüştür (sırasıyla, $p<0,001$, $p<0,001$) (Tablo 2). Binary lojistik regresyon analizi sonucunda ise kadın asistanlarda ($p=0,031$, 95% GA: 1,1-23), asistanlık süresi 12-24 ay arasında olanlarda ($p=0,04$, 95% GA: 1,1-233), kadın doğum rotasyonu yapanlarda ($p=0,016$, 95% GA: 1,4-40) ve piyasadaki HPV aşılarını bilenlerde ($p=0,002$, 95% GA: 3-111) aşı önerisi istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Tablo 2. Katılımcıların daha önce HPV aşısı önerme durumlarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Aşı önermeyenler n=57	Aşı önerenler n=124	p
Yaş, yıl [ortanca (min- maks)]	26 (25-33)	28 (22-54)	$<0,001^*$
Cinsiyet n (%)			
Kadın	21 (36,8)	68 (54,8)	0,024
Erkek	36 (63,2)	56 (45,2)	
Aile hekimliğindeki asistanlık süresi n (%)			
≤ 12 ay	45 (78,9)	41 (33,1)	$<0,001$
13-24 ay	9 (15,8)	56 (45,2)	
≥ 25 ay	3 (5,3)	27 (21,8)	
Kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu n (%)			
Evet	14 (24,6)	84 (67,7)	$<0,001$
Hayır	43 (75,4)	40 (32,3)	
Pediatri rotasyonu n (%)			
Evet	16 (28,1)	85 (68,5)	$<0,001$
Hayır	41 (71,9)	39 (31,5)	
HPV aşısı oldunuz mu? n (%)			
Evet	0 (0)	30 (24,2)	$<0,001$
Hayır	57 (100)	94 (75,8)	
Çocuğunuza HPV aşısı yaptırır mısınız? n (%)			
Evet	45 (78,9)	116 (96,7)	$<0,001$
Hayır	12 (21,1)	4 (3,3)	
Piyasadaki HPV aşılarını biliyor musunuz? n (%)			
Evet	8 (14,3)	71 (57,3)	$<0,001$
Hayır	48 (85,7)	53 (42,7)	

HPV: Human papilloma virüs

* Mann-Whitney U

Aşılı olan hekimlerin aşığı önerme oranları aşığı yaptırmayanlara göre daha yüksekti. Eşine ve çocuğuna HPV aşığı yaptırmaya aşıısından ise gruplar arasında istatikselsel fark yoktu (sırasıyla, $p=0,094$, $p=0,053$). Gruplar arasında HPV'nin neden olduğu hastalıklardan servikal intraepitelial neoplazi (CIN) ve serviks kanserinin bilinme oranları arasındaki fark istatikselsel olarak anlamlıydı (sırasıyla, $p=0,014$, $p<0,001$). HPV'nin neden olduğu diğer hastalıklar aşıısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların daha önce aşığı önerme durumuna göre HPV'nin neden olduğu hastalıklar ile ilgili önermelere verdiği doğru yanıtlar

	Aşığı önermeyenler n=57 n (%)	Aşığı önerenler n=124 n (%)	p
Kadın genital siğilleri	56 (98,2)	116 (93,5)	0,276*
Erkek genital siğilleri	46 (80,7)	103 (83,1)	0,699
Servikal intraepitelial neoplazi	43 (75,4)	110 (89,4)	0,014
Serviks kanseri	51 (89,5)	124 (100)	<0,001*
Anal ve vulva-vajinal kanserler	28 (49,1)	68 (54,8)	0,474
Penil kanser	24 (42,1)	63 (51,2)	0,255
Baş-boyun kanserleri	17 (29,8)	33 (26,8)	0,676

* Fisher'in kesin testi

Tartışma

Literatürde ölkemizden farklı branşlardan asistan veya uzman hekimlerin olduğu HPV aşığı ile ilgili bilgi düzeyleri ve tutumlarının değerlendirildiği anket çalışmaları mevcuttur fakat sadece aile hekimliği asistanların dahil olduğu çalışma mevcut değildir.⁶⁻⁹ Çalışmamızda aile hekimliği asistanı olarak görev yapan geleceğin aile hekimlerinin HPV aşığı hakkındaki bilgi ve tutumları değerlendirilmiştir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre, asistan hekimlerin %85,1'i HPV aşığılarının her iki cinsiyete de önerildiğini bilmiştir. Ölkemizdeki sağlık çalışanlarının HPV ile ilgili bilgilerini inceleyen birçok çalışmayı içeren bir derlemede çocuk hekimlerinin ve aile hekimlerinin HPV aşığılarının erkek hastalara da önerildiğini bilme oranlarının %42,5-84,7 arasında değiştii ve çocuk doktorlarının bilme oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir.⁶ Sadece aile hekimlerinin dahil olduğu farklı iki çalışmada bu oranlar %16,6 ve %17,9 olarak daha düşük saptanmıştır.^{10,11}

Aile hekimleri ve aile hekimliği asistanlarını içeren bir başka çalışmada katılımcıların %39,5'i aşığın erkek hastalar için de endikasyon dahilinde olduğunu belirtmişlerdir.¹² Bizim çalışmamızda ise bu oranın bahsedilen çalışmalara kıyasla oldukça yüksek olduğu görölmüştür. Çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalaması kıyaslanan çalışmalara göre daha küçük olduğu göz önüne alındığında genç hekimlerin bu konudaki farkındalıkları daha yüksek olabilir.

HPV aşığı FDA tarafından 9 ile 45 yaş arasındaki çocuk ve yetişkinlerde onaylamıştır ve Amerika Birleşik Devleti'ndeki Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) cinsiyetine bakılmaksızın 11 veya 12 yaşında aşığı yapılmasını önermektedir.^{13,14} Daha önce aşılanmamış 13 ile 26 yaş arası bireyler için yakalama aşığı olarak önerilmektedir.¹³ Yirmi yedi ve 45 yaş arasındaki bireylerde ise hasta ile birlikte ortak karar verilmesi tavsiye edilmektedir.¹³⁻¹⁶ Çalışmamızda katılımcıların %47,5'i HPV aşığıının 9 yaşından itibaren yapılabildiğini ancak sadece %4,9'u HPV aşığıının onaylı olduğu yaş aralığını doğru belirtmiştir. Yaş aralığına verilen doğru yanıt oranı benzer çalışmalara kıyasla oldukça düşük saptanmıştır.^{11,12} Bu sonuç, diğer çalışmaların HPV aşığıının yaş aralığının genişletilmesinden önce yapıldığı göz önüne alındığında, 2019 yılında yapılan HPV aşığıının yaş aralığındaki değişikliğin aile hekimleri asistanları tarafından yeterince bilinmediğinin göstergesi olabilir.¹³

Çalışmamızda asistan hekimlerin %68,5'i daha önce HPV aşığıını önermiştir. Öneri oranı ölkemizin farklı bölgelerinde yapılan aile hekimlerinin dahil olduğu çalışmalara göre daha yüksektir.^{10,12,17,18} Çalışmamızın yapıldığı bölge, katılımcıların cinsiyet dağılımı ve kendilerinin HPV ile aşılama oranının bahsedilen çalışmalardan daha yüksek olması bu sonuca katkı sağlamış olabilir. Farklı olarak Özbakır Acar ve ark.¹¹ öneri oranını %83 olarak daha yüksek saptamışlardır. Çalışmamızda katılımcıların %68,5'inin hastalarına HPV aşığıını önermekle beraber kendi (%16,6) veya çocuklarının (%4,4) aşılama oranlarının oldukça az olması dikkat çekmiştir. Benzer olarak Avcı ve ark.¹² çalışmasında katılımcıların kendi veya çocuklarının HPV aşığı ile aşılama oranlarının %10'nun altında olduğu görölmüştür. Çalışmamızın bir diğer dikkat çekici noktası ise piyasadaki HPV aşığı hakkında bilgi sahibi

olma ve piyasadaki HPV aşularının ismini doğru yanıtlanma oranlarının, HPV aşısını önerme oranının altında olmasıdır. Piyasadaki HPV aşularının içeriklerinin ve isimlerinin bilinmemesi hekimlerin aşı ile ilgili tutumlarını etkileyebilir. Nitekim Revanlı ve ark.¹⁰ araştırmalarında aile hekimlerinin %59,5'inin hastalarına HPV aşısını önerdiğini ancak aşığı öneren hekimlerin yalnızca üçte birinin aşığı reçete ettiklerini saptamışlardır.

Araştırmamızda, literatürdeki çalışmalarla uyumlu olarak kadın hekimlerin ve aşıları olan hekimlerin aşı önerme oranları anlamlı olarak daha fazladır.^{8,10,12} Bu durum kadın hekimlerin ve aşıları olan hekimlerin servikal kanser ile ilgili farkındalıklarının daha yüksek olması ile ilgili olabilir. Ayrıca aşı öneren grupta kadın hastalıkları ve doğum rotasyonu ve pediatri rotasyonu yapma oranları daha yüksek saptanmıştır. Yine gruplar arasında HPV'nin neden olduğu hastalıklardan CIN ve serviks kanserinin ve piyasadaki HPV aşularının bilinme oranları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı. Çalışmamızda, aşığı önermeme nedenleri arasında en sık aşı ile ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olmama yer aldığı göz önüne alındığında yukarıdaki sonuçlar ile asistan hekimlerin HPV ve aşıları hakkındaki bilgilerinin artması aşı ile ilgili tutumlarını olumlu etkileyeceği söylenebilir. Ülkemizdeki diğer araştırmalarda da HPV aşısı öneri oranlarının düşük olmasındaki en büyük etkenin HPV ve aşıları ile ilgili bilgi eksikliği olduğu vurgulanmıştır.^{6,10,17,19,20} Araştırmamızda en sık ikinci aşı önermeme nedeni HPV aşısının endikasyonu dahilindeki hasta ile karşılaşmamaktır. Ancak çalışmamızda HPV aşularının endikasyonu dahilindeki yaş aralığının bilinme oranının oldukça düşük olması, bu nedenin de bilgi eksikliğinden kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir.

Kasting ve ark.'nın²¹ Amerika Birleşik Devleti'nin bazı eyaletlerinde HPV aşı önerisinin diğer eyaletlere kıyasla düşük olması nedeniyle aile hekimliği asistanlarının HPV aşısı ile ilgili eğitim deneyimini araştırdıkları çalışmalarında, HPV ile aşılama eğitiminin aile hekimliği uzmanlık programları arasında farklılık gösterdiğini ve aşı ile ilgili güçlü önerilerin yapılmasına yardımcı olmadığını saptamışlardır. Ayrıca yazarlar sadece bilginin değil iletişim becerilerinin de eğitim programında yer almasının önemini vurgulamışlardır.²¹ Benzer şekilde Hansen ve ark.'nın²² pediatri, aile hekimliği, kadın hastalıkları ve doğum ve dahiliye asistanları arasındaki HPV aşıları ile ilgili bilgi, eğitim, uygulamalar ve öneriye yönelik engelleri belirlemeyi amaçladıkları araştırmalarında, farklı branşlardan asistan hekimlerin HPV aşıları ile ilgili neredeyse eşit bilgiye sahip olmalarına rağmen branşlar arasında öneri oranlarının farklı olduğunu göstermişlerdir. Çalışmalarında sadece pediatri asistanlarının aşı önerileri ile ilgili iletişim becerisi eğitimi aldığını ve en yüksek aşı öneri oranının da bu grupta olduğunu belirtmişlerdir.²² Nitekim yakın zamanda yayınlanan randomize klinik bir çalışmada, pediatri hekimlerine yönelik yapılan çevrimiçi iletişim eğitiminin HPV aşılama oranlarını arttırdığı saptanmıştır.²³

Çalışmamızın bazı kısıtlayıcı yönleri vardır. Katılımcıların asistanlık süresi çoğunlukla iki yıldan azdır, bu durum asistanlarının HPV ve aşıları ile ilgili bilgi düzeylerini etkilemiş olabilir. Ayrıca araştırma grubumuz asistan hekimlerden oluştuğu ve önemli bir kısmının çocuğu olmadığı için çocuklarına HPV aşısı yaptırma oranı düşük kalmış olabilir. Bir diğer kısıtlılık ise çalışmamızın iki merkezi içermesi nedeniyle sonuçlarımızın ülkemizdeki tüm aile hekimliği asistanlarının tutumlarını yansıtmayabileceğidir.

Sonuç

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de aşı tereddüdünün giderek arttığı bu dönemde aile hekimlerinin aşılarla yönelik tutumları aşılama oranlarının artırılmasında merkezi öneme sahiptir. Uzmanlık eğitimi de hekimlerin bilgi ve becerilerin geliştirilmesinde kritik bir dönemdir. Sonuç olarak, ülkemizdeki aile hekimliği asistanlarının HPV ve aşıları ile ilgili bilgi ve tutumlarını araştıran çok merkezli çalışmalar yapılması, aşı önerisinin önündeki engellerin belirlenip, engellere yönelik müdahalelerin uzmanlık eğitimi programına dahil edilmesi HPV aşılama oranlarının artmasına katkı sağlayabilir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Maddi Destek

Yazarlar finansal destek olmadığını beyan etmiştir.

Kaynaklar

1. Plummer M, Schiffman M, Castle PE, Maucort-Boulch D, Wheeler CM; ALTS Group. A 2-year prospective study of human papillomavirus persistence among women with a cytological diagnosis of atypical squamous cells of undetermined significance or low-grade squamous intra epithelial lesion. *J Infect Dis*2007;195(11):1582-1589.doi:10.1086/516784.
2. Rodríguez AC, Schiffman M, Herrero R, Wacholder S, Hildesheim A, Castle PE, et al. Rapid clearance of human papillomavirus and implications for clinical focus on persistent infections. *J Natl Cancer Inst*2008;100(7):513-517. doi:10.1093/jnci/djn044.
3. Food and Drug Administration. Human Papillomavirus Vaccine. 2018. <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/human-papillomavirus-vaccine>Erişim tarihi:02.09.2023.

4. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Ruhsatlı ürünler listesi. 2023. <https://www.titck.gov.tr/dinamikmodul/85Erişim tarihi:02.09.2023>.
5. Ozyer S, Uzunlar O, Ozler S, Kaymak O, Baser E, Gungor T, et al. Awareness of Turkish female adolescents and young women about HPV and their attitudes towards HPV vaccination. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(8):4877-4881. doi: 10.7314/apjcp.2013.14.8.4877.
6. Özdemir J, Yücel M, Kızılkaya S, Yıldırım G, Özyiğit I, Yuluğ kural Z. HPV, HPV vaccination worldwide and current status of HPV vaccination in Turkey: a literature review. *Turk Med Stud J* 2022;9(2):48-54. doi: 10.4274/tmsj.galenos.2022.09.02.01.
7. Özkaya Parlakay A, Yiğit M, Gülhan B, Bedirhan T, Kanık Yüksek S. Üçüncü Basamak Çocuk Hastanesinde Çalışan Hekimlerin Meningokok, Rotavirüs, Human Papilloma Virüs Aşılı ile İlgili Görüşleri, Aşı Reddi ile Karşılaşma Sıklığı ve Sık Karşılaştığı Aşı Reddi Nedenlerinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Çocuk Hast Derg* 2020;14: 264-267. doi: 10.12956/tchd.726251.
8. Taşar S, Bal Yüksel E, Sağcan D, Karadağ Öncel E, Kara Aksay A, Yılmaz Çiftdoğan D. Knowledge and Attitudes of Pediatricians towards The Human Papilloma Virus Vaccines. *Forbes J Med* 2021; 2:19-24. doi: 10.5222/forbes.2021.69875.
9. Ozsüreki Y, Karadağ Öncel E, Bayhan C, Celik M, Ozkaya Parlakay A, Arvas M, et al. Knowledge and attitudes about human papillomaviruses and immunization among Turkish pediatricians. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14(12):7325-7329. doi: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2013.14.12.7325>.
10. Revanlı R, Yüceer C, Şenol E, Azap A, Erbay A, Çavuş Alp S, et al. Aile Hekimlerinin İnsan Papilloma Virüsü ve Zona Aşılı Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumlarının Araştırılması. *Klinik Dergisi* 2016; 29(1):15- 20. doi: 10.5152/kd.2016.04.
11. Özbakır Acar N, Özşahin A, Edirne T. Knowledge, and attitudes of primary health care workers about cervical cancer and HPV vaccine. *Pam Med J* 2019; 12:457-466. Doi: <https://dx.doi.org/10.31362/patd.518792>.
12. Avcı D, Kuş C, Gümüştakım RŞ, Ayhan Başer D, Eryılmaz ME. Knowledge, attitudes and behaviors of family physicians about childhood vaccinations that are not in the routine vaccination schedule: a cross-sectional study. *Primary Health Care Research & Development* 2023;24(e2): 1–11. doi:10.1017/S1463423622000688.
13. Meites E, Szilagyi PG, Chesson HW, Unger ER, Romero JR, Markowitz LE. Human papillomavirus vaccination for adults: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019;68(32):698-702. doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6832a3>.
14. Robinson CL, Bernstein H, Poehling K, Romero JR, Szilagyi P. Advisory Committee on Immunization Practices Recommended Immunization Schedule for Children and Adolescents Aged 18 Years or Younger- United States, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69(5):130-132. Doi: 10.15585/mmwr.mm6905a3.
15. American Academy of Pediatrics. Human Papillomaviruses. In: Kimberlin DW, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH, eds. *RedBook: 2021 Report of the Committee on Infectious Diseases*. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2021:440-447.
16. Quinlan JD. Human Papillomavirus: Screening, Testing, and Prevention. *Am Fam Physician* 2021;104(2):152-159.
17. Akovaİ, Ekici Koşaroglu N, Kılıç E. Knowledge, attitudes, and behaviors of primary health care workers regarding HPV infection and prevention: an example from Türkiye. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2023; 17(3): 407-415. Doi: <https://doi.org/10.21763/tjfm.1310981>.
18. Çataklı T, Duyan-Çamurdan A, Aksakal-Baran FN, Güven AE, Beyazova U. Attitudes of physicians concerning vaccines not included in the national immunization schedule. *Turk J Pediatr* 2018;60(3):290-297. doi:10.24953/turkjped.2018.03.009.
19. Adıgüzel A, Akgül S, Düzçeker Y, Derman O, Kanbur N. Çocuk hekimlerinin human papilloma virus aşılı hakkındaki bilgi ve eğilimleri. *Çocuk Sağlığı Hastalıkları Dergisi* 2018;61:53- 58.
20. Tolunay O, Celik U, Karaman SS, Celik T, Resitoglu S, Donmezer C, et al. Awareness and attitude relating to the human papilloma virüs and its vaccines among pediatricians, obstetricians and gynecology specialists in Turkey. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2014; 15(24):10723–10728. doi:10.7314/apjcp.2014.15.24.10723.
21. Kasting ML, Scherr CL, Ali KN, Lake P, Malo TL, Johns T, et al. Human Papillomavirus Vaccination Training Experience Among Family Medicine Residents and Faculty. *Fam Med* 2017;49(9):714-722.
22. Hansen K, Ward M, Avashia S, Duc J, Spielberg F. What Impacts HPV Vaccination Recommendations? An Exploration of Medical Residents' Knowledge, Training, Barriers, and Practices. *Fam Med* 2020;52(10):745-751. doi:10.22454/FamMed.2020.132480.
23. Szilagyi PG, Humiston SG, Stephens-Shields AJ, Localio R, Breck A, Kelly MK, et al. Effect of Training Pediatric Clinicians in Human Papillomavirus Communication Strategies on Human Papillomavirus Vaccination Rates: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr* 2021;175(9):901-910. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.0766.