



Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

Letter to the Editor

Cigarette, A Child!

Original Research

Birth Control Plans and Affecting Factors Among Women
in Western Nigeria

Investigation of the Effect of Level of Family Needs Coverage
that Nursing Care Given to Family with Disabled Children

The Determination of Epilepsy Prevalance in Adana City Center
and Relationship with Sociodemographical Factors

The Use of Simulation in Continuing Professional Development: A
Comparison of Family Physicians' Awareness in Mersin
and in Ann-Arbor

Brief Report

Retrospective Analysis of Green Coloured Prescriptions Issued
in A Family Medicine Unit

Review

Family Medicine and Some Reporting Practices

The Breastfeeding in Adolescent Mothers

Case Report

PFAPA Syndrome (Periodic fever, Aphthous stomatitis,
Pharyngitis and Adenitis)

Perianal Tuberculosis in A Male Patient with Diabetes Mellitus

TJFM&PC
Volume 11
No 1
March
2017

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

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

Electronic Journal (e-ISSN: 1307-2048)

Contact us:

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

E mail:

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

Tel: 90-322-3386060-3087

EDITORS

Editor in Chief

Nafiz Bozdemir, Çukurova University Medical Faculty, Department of Family Medicine. Adana- Turkey

Associate Editors in Chief

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

Editors

Dilek Güldal (Dokuz Eylül University, Turkey)
M. Mümtaz Mazırcıoğlu (Erciyes University, Turkey)
E. Melih Şahin (Çanakkale Onsekiz Mart University, Turkey)

International Editors

Lewis D. Ritchie, (Aberdeen University, UK)
Michael Weingarten, (Bar-Ilan University)
Donald B. Middleton, (University of Pittsburgh, USA)
Valius Leonas, (Kaunas University, Lithuania)

Statistics Editor

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

Language Editors

English Language:

Esra Saatçı (Çukurova University, Turkey)
Hatice Çubukcu (Çukurova University, Turkey)
Tolga Günvar (Dokuz Eylül University, Turkey)

Turkish Language:

Hatice Kurdak (Çukurova University, Turkey)
Yusuf Ziya Halefoğlu (Çukurova University, Turkey)

Type setting editors

Sevgi Özcan (Çukurova University, Turkey)
Berrin Telatar (İstanbul Bilim University, Turkey)

Web Editors

Web Application:

Yücel Uysal (Mersin University, Turkey)
Bora Gönen (DNA Arge Engineering, Turkey)
Onur Sürmegözlüer (Family Medicine Center, Niğde, Turkey)

Graphic Design:

Mustafa Çelik (K.Sütçü İmam University, Turkey)
Ö. Tuğrul Çelik (TOBB Eco. and Tech. University, Turkey)

Editorial Assistants

H. Volkan Tekayak (Çukurova University, Turkey)
Melike Eraslan (Çukurova University, Turkey)
Özden Gökdemir (Dokuz Eylül University, Turkey)

Editorial Board

Neşe Akın
Seval Akgün
Zekeriya Aktürk
Serpil Aydın
Okay Başak
Nazan Bilgel
Selma Çivi
Nezih Dağdeviren
Yeltekin Demirel
Nurşen Düzgün
Fusun Ersoy
Süleyman Görpelioğlu
İsmail Hamdi Kara
Selçuk Mıstık
Hikmet Pekcan
Mehmet Sargın
Recep Erol Sezer
Hüseyin Avni Şahin
Ahmet Muhtar Şengül
Oğuz Tekin
Mehmet Urgan
Murat Ünalacak

Hasan Basri Üstünbaş
Zeynep Tuzcular Vural
Hakan Yaman
Fusun Yarış
İlker Ünal
Ali Özer
Fikret Bademkiran
Ahmet Barış Güzel
Ali Deniz
Ali Batuş
Aliye Mavili
Altan Eşşizoğlu
Anıl Tombak
Arzu Uzuner
Ayşegül Yolga Tahiroğlu
Bektaş Murat Yalçın
Berrin Telatar
Bilgin Yüksel
Birol Güvenç
Cahit Özer
Cihangir Özcan
Davut Baltacı

Derya İren Akbıyık
Dilek Toprak
Ediz Yeşilkaya
Elif Gökçe Arslan
Ercüment Erbay
Erkan Melih Şahin
Ersin Akpınar
Ertan Mert
Esat Veli Karakoç
Figen Turan
Gamze Özçürümez Bilgili
Gonca Karataş Karakuş
Gökhan Tümçör
Güzel Dişçiğil
Hacer Yapıcıoğlu
Hakan Özdoğu
Hatice Kurdak
Hülya Çakmur
Hüseyin Per
Hüseyin Can
Hüseyin Avni Şahin
İbrahim Başhan

İshak Aydemir
Kadir Özdel
Kürşad Akadlı Özşahin
M. Mümtaz Mazıcıoğlu
Mehmet Sargın
Mehmet Urgan
Mehmet Karakaş
Mehtap Kartal
Mehtap Evran
Mete Korkut Gülmen
Mikail Özdemir
Murat Ünalacak
Mustafa Erol
Mustafa Çelik
Mustafa Haki Sucaklı
Nafiz Bozdemir
Nazan Karaoğlu
Nil Tekin
Nilgün Özçakar
Nurcan Yabancı
Nurver Turfaner Sipahioğlu
Orçun Yalav
Orhan Murat Koçak
Pemra C. Ünalın
Ramazan Akçan
Refik Burgut
Rengin Güzel
Rıza Çıtlı
Ruhuşen Kutlu
Aydan Gülsüm Genç
Esra Çalık Var
Mehmet Uğurlu
Gülcan Arusoğlu
Nihal Zekiye Erdem
Seçil Günher Arıca
Sedat Kuleci
Sedef Kuran
Selim Kadioğlu
Serdar Gürel
Serdar Öztora
Serpil Aydın Demirağ
Sevgi Özcan
Seza Ayşe İnal
Süleyman Özdemir
Şebnem Bıçakçı
Tamer Edirne
Taşkın Ketenci
Tunay Sarpel
Tunç Ozan
Turan Set
Ümit Aydoğan
Veli Duyan
Vildan Mevsim
Volkan İzol
Yiğit Akın
Yusuf Karataş
Yüksel Ersoy
Yüksel Ufuktepe
Zuhal Sağlam

International Editorial Board
Afshin Peyrovani- Tehran, Iran
Alireza Abdollah Shamshirsaz –
Huston, USA
Boonchu Pattama- Bangkok,
Tayland
Arthanari Ganesan- Tamil Nadu,
India
Deepak Chopra, Uttar Pradesh,
India
Dr.P.Pandiyan,Pachimuthu- Tamil
Nadu, India
Ebiringa Blaise Anyanwu- Delta
State, Nigeria
Mahsa Gilanipoor- Tehran- Iran
Murlean Mills- Sydney, Australia
Ndifreke Udonwa- Crossriver,
Nigeria
Olabode Alli- Nigeria
Olanrewaju Jerry-Ijishakin- Ondo,
Nigeria
Olanrewaju Jerry-Ijishakin-
Liverpool, UK
Suneel Pratap Bhatnagar-New
Delhi, India
Tamanna S Sinha-Gujarat, India
Waris Qidwai- Karachi, Pakistan

TJFMPC; ULAKB M, Türkiye Citation Index, Index Copernicus International, Scopemed, Google Scholar da indekslenmektedir.

TJFMPC is indexed in; ULAKBIM, Türkiye Citation Index, Index Copernicus International, Scopemed, Google Scholar.

Author Guidelines

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

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

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

Conflict of interest:

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

Contributions of authorship

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

Financial support

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

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

Copyright

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

Text Format

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

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

Manuscripts should include the following sections:

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

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

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

Sub Headings

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

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

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

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

References

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

Examples for References (please note the punctuation marks) :

1.Articles:

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

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

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

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

2.Books:

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

Books published in a foreign language

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

Books in Turkish:

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

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

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

Translated books:

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

3.Publications in conference proceedings

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

4.Dissertations

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

Yazarlara Bilgi

Yayın Politikası

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yazı hazırlama kuralları:

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

Bir yazı şu bölümlerden oluşmalıdır:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yabancı dilde yayımlanan kitap:

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

Türkçe kitap:

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

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

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

Çeviri kitap:

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

Table of Contents

Letter to the Editor / Editöre Mektup

Cigarette, A Child!

Sigara, Bir Evlat!

Onur Öztürk

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2017;11(1):1-3

doi: 10.21763/tjfm.295607

Original Research / Orjinal Araştırma

Birth Control Plans and Affecting Factors Among Women in Western Nigeria

Batı Nijerya'da Kadınlarda Doğum Kontrolü Planları ve Etkileyen Faktörler

Nafisat Oladayo Akintayo-Uzman, Olusola John Fatunmbi, Saheed Opeyemi Usman, Oluwakemi Edet-Utan, Aminat Oluwadamilola Oluberu, Chidiebere Azubuike Omeonu, Abdulfatah Ibrahim, Florence Ayeni

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2017;11(1):4-9

doi: 10.21763/tjfm.295632

Investigation of the Effect of Level of Family Needs Coverage that Nursing Care Given to Family with Disabled Children

Engelli Çocukların Ailesine Verilen Hemşirelik Bakımının Aile Gereksinimini Karşılama Düzeyine Etkisinin İncelenmesi

Elif Bilsin, Zümrüt Başbakkal

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2017;11(1):10-19

doi: 10.21763/tjfm.295638

The Determination of Epilepsy Prevalance in Adana City Center and Relationship with Sociodemographical Factors

Adana İl Merkezinde Epilepsi Prevalansı ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi

Mehmet Balal, Turgay Demir, Kezban Aslan, Hacer Bozdemir

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2017;11(1):20-28

doi: 10.21763/tjfm.296272

The Use of Simulation in Continuing Professional Development: A Comparison of Family Physicians' Awareness in Mersin and in Ann-Arbor

Sürekli Mesleki Gelişimde Simülasyon Kullanımı: Mersin ve Ann-Arbor Aile Hekimlerinin Farkındalığının Karşılaştırılması

Ibrahim Bashan, Deborah Moulton Rooney, James Matthew Cooke

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2017;11(1):29-37

doi: 10.21763/tjfm.295812

Brief Report / Kısa Rapor

Retrospective Analysis of Green Coloured Prescriptions Issued in A Family Medicine Unit

Bir Aile Hekimliği Biriminde Düzenlenen Yeşil Reçetelerin Geriye Dönük İncelenmesi

Onur Öztürk, Gülşah Öztürk

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2017;11(1):38-42

doi: 10.21763/tjfm.295890

Review / Derleme

Family Medicine and Some Reporting Practices

Aile Hekimliği ve Bazı Rapor Verme Uygulamaları

Ramazan Vural, Hakan Yaman

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2017;11(1):43-49

doi: 10.21763/tjfm.295820

The Breastfeeding in Adolescent Mothers

Adölesan Annelerde Emzirme

Gülşen Işık, Nuray Egelioglu Cetişli

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2017;11(1):50-58

doi: 10.21763/tjfm.296329

Case Report / Olgu Sunumu

PFAPA Syndrome (Periodic fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis and Adenitis)

PFAPA Sendromu (Periyodik Ateş, Aftöz Stomatit, Farenjit ve Adenit Birlikteliği)

Ayşe Nur Topuz, Selin Kızılgök, Mahir Serbes, Nafiz Bozdemir

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2017;11(1):59-63

doi: 10.21763/tjfm.295947

Perianal Tuberculosis in A Male Patient with Diabetes Mellitus

Diyabetli Erkek Bir Hastada Perianal Tüberküloz

Murat Özgür Kılıç, Cemile Sağlam, Cevat Can

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care 2017;11(1):64-66

doi: 10.21763/tjfm.295954



Letter to the Editor / Editöre Mektup

Cigarette, A Child!

Sigara, Bir Evlat!

*Onur Öztürk**¹

ÖZET

Yalnızlık, kişiyi çözüm yolları aramaya iter. Sigara, maalesef içicilere sorulduğunda yalnızlıkla başa çıkma yollarından biri olarak görülmektedir. Çocuğu olmayan yaşlı bir hastamız sigarayı kendi evladı yerine koymaktadır. Bu yüzden sigarayı bırakmayı henüz düşünmemektedir. Dirençli vakalarda önce sigara bağımlılığının etyolojisi saptanmalı, sonra psikoterapi desteği sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Evlat, sigara kullanma, yalnızlık

ABSTRACT

Loneliness pushes the person to seek solutions. When smokers are asked, unfortunately cigarette smoking is regarded as a way to cope with loneliness. An elderly male patient without children regarded cigarette as his own child. Therefore, he could not even think of quitting smoking. In resisting cases, firstly the etiology of smoking addiction should be determined, then psychotherapeutic support should be provided.

Key words: Child, cigarette smoking, loneliness

Received / Geliş tarihi: 30.12.2016, Accepted / Kabul tarihi: 17.02.2017

¹Samsun Asarcik Family Healthcare Center

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Onur Öztürk, Asarcik Family Healthcare Center, Samsun-Turkey, E-mail: dr.onurozturk@yahoo.com

Öztürk O. Cigarette, A Child!, TJFMPC, 2017;11(1): 1-3.

DOI: 10.21763/tjfmpe.295607

Dear Editor,

Loneliness is defined as an undesired and unpleasant experience, which is mostly evaded and accompanied with anxiety, anger, sadness and the feeling of being different from other people.¹ This experience causes people to look for an escape from the feeling of isolation from life and to react.² The person may find the escape in various ways and cigarette smoking is one of them. Several studies have reported a significant correlation between cigarette smoking and loneliness.^{3,4} It should be kept in mind that this relationship could also be vice versa.⁵ The use of smoking for self-medication is especially emphasized in the literature.

A 76-year-old male patient applied to our family health center and requested painkillers and vitamin medication in December 2016. The patient, a retired worker and married for 58 years, had no children. That was his first application to the clinic for the last two years. In his medical history, the patient said that his general health status is quite good and he rarely goes to the hospital. Because of the intense cigarette smoke odor, he was immediately inquired about whether he smokes or not. The patient said that he smokes since he was six years old (for 70 years). He initially smoked a few cigarettes/day when he was young. He increased to three boxes/year during his military duty. Then, he continued to smoke 2-3 boxes/day and now he smokes 10-12 cigarettes/day since the last one year. He was rolling his own cigarettes. He said 'I can not speak everything with my wife. I am feeling very lonely. I regard cigarette as my child. I am seeking refuge in cigarette when I feel alone. I do not want to quit smoking. I do not believe I can quit'.

In detailed medical history, he did not mention any complaints except for occasional indigestion and knee pain. He was neither diagnosed with a chronic disease nor using a long-term medication. His wife was a 74-year-old healthy non-smoker. His family history was noncontributory. The score of the Fagerstrom nicotine dependence test (FNDD) of the patient was determined as 8/10. Besides, University of California, Los Angeles Loneliness Scale (UCLA-LS) score was 57/80.

The FNDD and UCLA-LS scores of the patient were high. These test scores showed that the patient feels lonely and has a high level of smoking addiction, which confirmed the medical history. The relationship between loneliness and smoking in certain cohorts who often feel lonely has been studied in the literature. As loneliness increased, smoking was observed to increase.⁶ Mayda *et al.* observed that the reason for starting smoking was

loneliness in 20.6% of college students and students living alone were smoking more cigarettes.⁷ Moreover, Seyfikli *et al.* showed that the reasons for starting smoking were associated with loneliness in 17.6% of housewives.⁸ In another study conducted on Indian workers laboring in Arabia, it was observed that loneliness is an important risk factor for cigarette smoking among these immigrant workers.⁹ Similarly, a study conducted on adolescents living in orphanage showed that the prevalence of smoking reached almost 50%, while feeling of loneliness was higher in smoking adolescents compared to non-smokers.¹⁰ Chou and Chi showed that the feeling of loneliness is significantly high in elderly people without children.¹¹

It was asserted by smokers that cigarette confronts loneliness by several mechanisms. Having a role as a pharmaceutical agent¹² and being a socialising tool¹³ are the most stated ones among these mechanisms. To regard the cigarette as a replacement for a child may intensify the addiction and therefore may cause resistance to smoking cessation. In such cases, firstly the etiology of smoking addiction should be determined, then psychotherapeutic support should be provided.

REFERENCES

1. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA loneliness scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology* 1980;39(3):472-480.
2. Cacioppo JT, Cacioppo S, Boomsma DI. Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition and Emotion* 2014;28(1):3-21.
3. Christopherson TM, Conner BT. Mediation of late adolescent health-risk behaviors and gender influences. *Public Health Nursing* 2012;29(6):510-524.
4. Laursen B, Hartl AC. Understanding loneliness during adolescence: developmental changes that increase the risk of perceived social isolation. *Journal of Adolescence* 2013;36(6):1261-1268.
5. DyalSR, ValenteTW. A systematic review of loneliness and smoking: small effects, big implications. *Subst Use Misuse* 2015;50(13):1697-716.
6. Stickley A, Koyanagi A, Roberts B, Richardson E, Abbott P, Tumanov S, et al. Loneliness: its correlates and association with health behaviours and outcomes in nine countries of the former Soviet Union. *PLoS One* 4 Jul 2013;8(7):e67978.
7. Mayda AS, Tufan N, Baştaş S. Düzce tıp fakültesi öğrencilerinin sigara konusundaki

- tutumları ve içme sıklıkları. *Kor Hek* 2007;6(5):364-370.
8. Seyfikli Z, Gönlügür U, Sümer H, Topçu S. Sivas'ta ev kadınlarında sigara alışkanlıkları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2001;49(1):37-40.
 9. Ahmad MS. Prevalence and attitude of cigarette smoking among Indian expatriates living in Jeddah, Kingdom of Saudi Arabia. *J Int Oral Health* 2015;7(4):18-21.
 10. Durualp E, Çiçekoğlu P. Yetiştirme yurduna kalan ergenlerin yalnızlık düzeylerinin internet bağımlılığı ve diğer değişkenler açısından incelenmesi. *DEÜ SBE Dergisi* 2013;15(1) 29-46.
 11. Chou KL, Chi I. Childlessness and psychological well-being in Chinese older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2004;19(5):449-457.
 12. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *The American Journal of Psychiatry* 1985;142(11):1259-1264.
 13. DeWall CN, Pond RS. Loneliness and smoking: the costs of the desire to reconnect. *Self and Identity* 2011;10(3):375-385.



Birth Control Plans and Affecting Factors Among Women in Western Nigeria

Batı Nijerya'da Kadınlarda Doğum Kontrolü Planları ve Etkileyen Faktörler

Nafisat Oladayo Akintayo-Usman¹, Olusola John Fatunmbi², Saheed Opeyemi Usman^{3*}, Oluwakemi Edet-Utan⁴, Aminat Oluwadamilola Oluberu⁵, Chidiebere Azubuiké Omeonu⁶, Abdulfatah Ibrahim⁷, Florence Ayeni⁸

ÖZET

Giriş: Doğum kontrolü, çiftlerin, sahip olmayı planladıkları çocukların hangi yıllar arasında doğmasını planladıkları bir uygulamadır. Herhangi bir doğum kontrol planı uygulamayan kişilerin uygulamaya erişimlerinin yetersiz olabileceği ya da kullanmada engellerle karşı karşıya kaldıkları yaygın olarak bildirilmektedir. Dolayısıyla bu çalışma, Nijerya'daki üreme çağındaki bulunan kadınların doğum kontrol planlarını ve çocukların doğumu arasında bırakılan zamanı incelemek, doğum kontrolü uygulamalarını ve bilgilerini etkileyen değerleri ve normları belirlemek ve doğum kontrolü uygulamalarını geliştirmelerine yardımcı olabilecek gerekli önerilerin oluşturulabilmesi için yürütülmüştür. **Yöntem:** Kesitsel tipteki bu çalışma, Batı Nijerya'da pilot bir anketin kullanılmasıyla gerçekleştirildi. Hedef kitle bu bölgede üreme çağındaki bulunan kadınlardı. Yanıtları değerlendirmek için çok aşamalı örneklem yöntemi kullanıldı. İstatistiksel olarak anlamlılık ki-kare testi ile gerçekleştirildi. **Sonuçlar:** Çalışmaya 1219 katılımcı katıldı ve ortalama yaş \pm SD (32.37 ± 8.95) idi. Doğum kontrolünde seçilen yöntem için temel neden güvenilirlikti, ana bilgi kaynağı devlet hastanelerinde çalışan sağlık personeli idi, en sık kullanılan yöntem erkek kondomu (prezervatif) iken en yaygın bilinen yan etkisi ise yoğun menstrüel kanamaydı. **Tartışma:** Göstergeler; eğitim durumunun, din faktörünün ve ekonomik durumun doğum kontrolü yöntemi seçimlerini etkilediğini göstermektedir; bu nedenle, modern doğum kontrol yöntemleri ile bunun önemi, seçenekleri ve yararları konusunda toplumu aydınlatacak daha fazla program ve en önemlisi dini liderleri de içeren kampanyalara gereksinim bulunmaktadır ki bilgi akışı hızlanıp modern doğum kontrol yöntemleri kullanımı gelişip yaygınlaşabilsin.

Anahtar kelimeler: doğum kontrolü, kadınlar, Nijerya, uygulama

ABSTRACT

Background: Birth control is a practice by which couples space the number of years between children they plan to have. It is widely reported that people who do not use any birth control plan may lack access or face barriers to using it. This study is therefore carried out to determine the birth control plans and child spacing, obtain the values and norms that influence the knowledge and practice of contraception, among women of reproductive ages in Western Nigeria with a view to making necessary recommendations that would help improve contraception practices. **Methods:** This cross-sectional study was carried out in Western Nigeria using a pilot-tested questionnaire. The target population was women of reproductive age group in this district. A multi-stage sampling technique was used to select the respondent. Statistical test of significance was performed with Chi-Square test. **Results:** A total of 1219 consenting respondents participated in the study with a mean age \pm SD of 32.37 ± 8.95 years. The main reason given for choice of contraception was reliability, main source of information is through government-owned hospital health personnel, male condom is the most widely used current method while heavy menstrual period is the commonly known side effect. **Conclusion:** Indications show that educational status, religious factor and economic status influence contraception choices, there is therefore need for more campaign and public enlightenment programs on modern contraception methods, importance, choices and benefits, crucially including the religious leaders, in order to fast track, the information spread and further improve the use of modern contraceptive methods.

Keywords: Birth control, women, Nigeria, practice

Received / Geliş tarihi: 11.06.2016, Accepted / Kabul tarihi: 08.10.2016

¹Department of Medical-Surgical Nursing, Osun State School of Nursing, ²Department of Laboratory Services, Union Diagnostics

³Department of Chemical Pathology, Faculty of Medicine, Nnamdi Azikiwe University, ⁴Department of Public Health, Adeleke University

⁵Babcock University Teaching Hospital, ⁶Department of Medical Microbiology & Parasitology, Babcock University

⁷Mecure Healthcare Limited, ⁸Clina-Lancet Laboratory

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Saheed Opeyemi Usman, Department of Chemical Pathology, Faculty of Medicine, Nnamdi Azikiwe University, Awka, Nigeria. E-mail: senatorhopsy@yahoo.com

Akintayo-Usman NO, Fatunmbi OJ, Usman SO, Edet-Utan O, AO, Omeonu CA, Ibrahim A, Ayeni F. Birth Control Plans and Affecting Factors Among Women in Western Nigeria, TJFMPC, 2017;11(1): 4-9. DOI: 10.21763/tjfm.295632

INTRODUCTION

Birth control, a method or device used to prevent pregnancy, is a practice by which a couple space the number of years between each child they want to give birth to. According to the free encyclopaedia, it is used to implement plans including sexuality education, prevention and management of sexually transmitted infections, pre-conception counselling and management of infertility.¹ People who do not use any birth control plan may lack access or face barriers to using it.² The barriers include cultural factors, lack of awareness, religious beliefs, economic reasons, partners' non-acceptance, fear of side effects or risks.³ Nigeria in particular has one of the highest fertility rates in the world, promoted mainly by low utilization of modern contraceptive methods, with high fertility translations into high population, raising various challenges for economic growth and developments in the country.⁴ A very common birth control method in Nigeria, as reported in a research on sexual practices and reproductive health, is condom with 77.9% of formal sector workers in one of the south western Nigerian states, reported to have ever used condom.⁵ The outcome of a 2011 study on contraceptive practices showed that most of the responders were in the age of 35 years and above, with 42.3% engaged in trading 50.7% having a secondary school highest education level, 48.5% defining contraception as prevention of unwanted pregnancy, 89.5% not having any idea of contraceptives side effects and 52.6% having their main source of information to be through health personnel.⁶ A research on contraception among women of reproductive ages published in 2012 reported 8.8% of respondents currently use condom as their contraceptive method, while 3.1% use injections, 3.0% use IUD, 3.0% use pill and 0.1% use female condom.⁷ A 2014 study outcome on awareness and attitude of family planning among rural women showed that 50.5% of the respondents were within age 30-39 years, 30.9% having senior secondary school certificate educational qualification, 37.0% being petty traders, 56.0% reported religious beliefs as reasons for lack of adoption of family planning while 44.0% reported lack of knowledge as reasons.⁸ The authors of a 2014 published research work on family planning services utilization reported that 49% of the respondents have their highest level of education to be secondary school certificate, 94% have heard about family planning services, 70% reported religious norms as constraints to the use of family planning practices while 60% and 65% reported fear of side effect and husband decision as constraint respectively.⁹ This study is therefore carried out to determine the birth control plans and child spacing, obtain the values and norms that influence the knowledge and practice of

contraception, among women of reproductive ages in Western Nigeria with a view to making necessary recommendations that would help improve contraception practices. The research hypothesis for this research include testing whether economic status, educational status and religion have no significant influence on the choice of contraception

MATERIALS AND METHODS

This cross-sectional study was carried out across Ikenne, Sagamu, Abeokuta North & South Local Government Areas (LGAs) in Ogun State, Olorunda, Osogbo, Ifelodun, Ede North & South LGAs in Osun State and LGAs within Ibadan metropolis in Oyo State of Nigeria. The target population was women of reproductive age group in these districts. In each of the South-Western state, the estimated population of women of reproductive age is more than ten thousand. Using Leslie Fischer's formula for population >10,000 via an online sample size calculator, a minimum sample size was obtained.^{10, 11, 12} With a 3% margin of error or degree of precision and a 95% confidence level, in a targeted population size of >10000, the minimum of 1068, but in order to have increased representativeness and make up for non-response, a total of 1219 pre-tested questionnaires were administered.

A multi-stage sampling technique was used to select the respondent from selected local government area in each of the three senatorial districts in each of the states. In stage 1 from a sampling frame of the entire number of local government areas in each senatorial districts of each state, one-third number of LGAs was selected using simple random sampling method. In stage 2, a list of areas in each of the selected LGA's was randomly made. In stage 3, houses in the areas were randomly selected. The final stage involved in the selection of consenting women of reproductive age group within the ages 15-55 years. The questionnaires were then administered on the women. Scoring of outcome variables with correct answers was done. All data were statistically analysed, using statistical package for the social sciences (SPSS) for Windows version 20 software (SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Frequency counts were generated for all variables and statistical test of significance was performed with Chi-Square test. Significance was accepted $p < 0.05$ and highly significance is $p < 0.01$

RESULTS

A total of 1219 consenting respondents participated in the study. Most of the respondents are in the age range of 26 – 35 years, 575 (47.2%), with a mean

age \pm SD of 32.37 ± 8.95 years. Most of the respondents are married, 1046 (85.8%), Christians, 705 (57.8%) and had diploma certificate, 412 (33.8%) while trading/business is the major vocation, 313 (25.7%)

#150,001 – #200,000	22 (1.8)
#200,001 – #300,000	21 (1.7)
#Greater than 300,000	26 (2.1)
Unknown monthly income	306 (25.1)

Table 1. Socio-demographic data of respondents	
Age Group (years)	Frequency (%)
Less than 20	127 (10.3)
20 – 25	186 (15.3)
26 – 35	575 (47.2)
36 – 45	252 (20.7)
46 – 55	79 (6.5)
Marital Status	
Single	95 (7.8)
Married	1046 (85.8)
Separated	23 (1.9)
Divorced	17 (1.4)
Widowed	22 (1.8)
Status not revealed	16 (1.3)
Religion	
Christianity	705 (57.8)
Islam	497 (40.8)
Religion not revealed	17 (1.4)
Level of education	
No formal education	30 (2.5)
Primary	79 (6.5)
Secondary	177 (14.5)
Diploma	412 (33.8)
Degree	392 (32.2)
Masters	54 (4.4)
Doctoral	24 (2.0)
Education level not revealed	51 (4.2)
Occupation	
Farming	13 (1.9)
Artisan	148 (12.1)
Trading/Business	313 (25.7)
Public Servant	153 (12.6)
Private Sector Worker	146 (12.0)
Self Employed	107 (8.8)
Teaching	207 (17.0)
Unemployed	47 (3.9)
Occupation not stated	85 (7.0)
Monthly Income (Naira)	
Less than #5,000	127 (10.4)
#5,000 – #18,000	207 (17.0)
#18,001 – #30,000	177 (14.5)
#30,001 – #50,000	135 (11.1)
#50,001 – #80,000	68 (5.6)
#80,001 – #100,000	77 (6.3)
#100,001 – #150,000	53 (4.3)

Current family planning methods	Frequency (%)
Injectable	111 (9.1)
Male condom	307 (25.2)
Female condom	25 (2.1)
Intrauterine Device (IUD)	92 (7.5)
Pill	68 (5.6)
Withdrawal	56 (4.6)
Diaphragm	5 (0.4)
Not currently using family planning	555 (45.5)

among the respondents, with #5,000 – #18,000 being the most common monthly income earned.

In table 2, the main source of information was mainly through health personnel in the government-owned hospitals, 513 (42.1%). Majority of the respondents, 322 (26.4%) do not have idea of any side effect of the contraception while 75 (6.2%) reported condom burst or spillage as a common side effect of using condom. A vast majority, 646 (53.0%) of the respondents reported that both the husband and wife together on the choice of contraception. The main reason given for choice of contraception was reliability, 127 (10.4%) respondents coincidentally. Most of the respondents have three children, 274 (22.5%), with the space in between children mostly reported as two years interval for 441 (36.2%) respondents.

Table 3 shows the various contraception methods currently used by the respondents, with male condom reported as the most widely used 307 (25.2%).

Table 4 shows responses of the women regarding their knowledge and practice of contraception using a Likert scale, with strongly agree or strongly disagree being the most appropriate responses.

DISCUSSION

The outcome of this study has shown that most of the respondents are in the range of 26 to 35 years, 33.8% of them have diploma certificate with 25.7% major vocation being trading or business. These outcomes are very similar to the outcome of the 2011 study which showed that most of the respondents were in the age of 35years and above, with 42.3% engaged in trading but differ in terms of the highest educational level with 50.7% of the

Variables	Frequency (%)
Main source of information about family planning	
Private hospital health personnel	232 (19.0)
Mosque	22 (1.8)
Government-owned health personnel	513 (42.1)
Not-for-profit organization	32 (2.6)
Church	14 (1.1)
Printed media (poster, handbill)	31 (2.5)
Electronic media (radio, television)	90 (7.4)
Information not given	285 (23.5)
Main reason for choice of family planning method	
No reason	503 (41.3)
Affordability	125 (10.3)
Availability	127 (10.4)
Effectiveness	111 (9.1)
Reliability	192 (15.8)
Little or no side effect	68 (5.6)
No information given	93 (7.6)
Main reason for not using any family planning method	
Side effects	92 (7.5)
Desire for more children	60 (4.9)
Husband's disapproval	54 (4.4)
No reason	200 (16.4)
Information not given	149 (12.2)
Respondents on family planning	664 (54.5)
Duration of family planning use (years)	
1 - 3	268 (21.9)
4 - 6	132 (10.8)
7 - 10	103 (8.5)
More than 10	58 (4.8)
Information not given	103 (8.5)
Not on family planning	555 (45.5)
Family planning method decider	
Both	646 (53.0)
Wife	114 (9.4)
Husband	131 (10.7)
No information	328 (26.9)
Known side effects	
None	322 (26.4)
Weight gain	150 (12.3)
Weight loss	78 (6.4)
Heavy menstrual period	156 (12.8)
Irregular menstrual period	96 (7.9)
Condom burst or spillage	75 (6.2)
Secondary infertility	55 (4.5)
No information	287 (23.5)

respondents having a secondary school certificate.⁶ Also, it is similar to another report that showed 50.5% of the respondents were within age 30-39 years and 37.0% of them being petty traders. It however varies in terms of highest educational level where they reported 30.9% had senior secondary school certificate educational qualification and another that revealed highest level of education to be secondary school certificate.^{8,9} More than half of the respondents reported their monthly income to be less than or around fifty thousand naira, which is equivalent to about two hundred and fifty dollars. This shows that low income definitely will have an impact on the choice of contraception, with most people likely to choose the cheap and affordable methods, which has been demonstrated in this research outcome.

Some 83.1% of the respondents believe that contraception prevents unwanted pregnancy, which differs from the outcome of a 2011 study that reported 48.5% of the respondents defined contraception as prevention of unwanted pregnancy.⁶ The main source of birth control information is through health personnel in government-owned hospitals, 513 (42.1%). This is similar to another research outcome that showed that 52.6% of the respondents had their main source of information to be through health personnel.⁶ This is very impressive as it shows that the health care facilities are alive to their duties and

responsibilities in sensitizing the entire populace in this regard. A good proportion of the respondents gave husband disapproval, side effects & desire for more children as major reason for not using any contraceptive method, this is expected as decisions on matters like this are taken based on experiences following usage of particular method and dependent on the family head. Contraception awareness in the respondents is generally high among the respondents with a vast majority aware of at least a method of family planning though the most commonly known are male condom, injectable and pills. This is similar to the outcome of a previous research work including the study that reported very common birth control method among formal sector workers in south western Nigeria reported to have used condom^[5]. This is probably due to the on-going enlightenment programme in various quarters regarding contraception in our society but it still appears some methods are more popular with the citizenry than others, as only a few of the respondents have knowledge about methods such as implants and diaphragm possibly due to more expensive nature of these methods as compared to the common ones or probably because they are not readily available. The conservative attitude typical of Africans may be the reason why some of the women felt contraception methods encourage promiscuity.

Table 4. Family planning knowledge and practice

Variables	Frequency (%)					
	Strongly Agree	Agree	Neither agree nor disagree	Disagree	Strongly Disagree	No response
Family planning prevents unwanted pregnancy	478 (39.2)	535 (43.9)	76 (6.2)	54 (4.4)	9 (0.7)	67 (5.5)
Family planning is ineffective	54 (4.4)	143 (11.7)	210 (17.2)	490 (40.2)	220 (18.0)	102 (8.4)
Family planning is against my religious beliefs	56 (4.6)	100 (8.2)	86 (7.1)	534 (43.8)	368 (30.2)	75 (6.2)
Family is against my cultural beliefs	62 (5.1)	98 (8.0)	85 (7.0)	584 (47.9)	337 (27.6)	53 (4.4)
Family planning prevents sexually transmitted diseases	182 (14.9)	289 (23.7)	169 (13.9)	307 (25.2)	193 (15.8)	79 (6.5)
Family planning limits family size	454 (37.2)	494 (40.5)	105 (8.6)	63 (5.2)	36 (3.0)	67 (5.5)
Family planning helps in child spacing	479 (39.3)	458 (37.6)	108 (8.9)	47 (3.9)	16 (1.3)	111 (9.1)
Family planning methods encourage promiscuity	113 (9.3)	201 (16.5)	289 (23.7)	313 (25.7)	186 (15.3)	117 (9.6)
Family planning methods reduce sexual pleasure	57 (4.7)	189 (15.5)	258 (21.2)	239 (19.6)	378 (31.0)	98 (8.0)

It was also found that 25.2% of the respondents are currently using male condom, 2.1% use female condom, 7.5% use intrauterine device (IUD), 9.1% use injectable and 5.6% currently using pill. This is slightly in agreement with a research outcome published in 2012 that reported 8.8% of respondents currently use condom as their contraceptive method, while 3.1% use injections, 3.0% use IUD, 3.0% use pill and 0.1% use female condom.⁷ This is probably due to the fact that these methods are readily available, enjoy better advertisement and cheaper. Most of the respondents were favourably disposed towards contraception with nearly three quarters of the women having a positive attitude towards.

The rejection of the first hypothesis on economic status influence on choice of family planning, shows that the most common contraception choice is determined mainly by their affordability, availability and accessibility. The rejection of the second hypothesis on educational status influence on choice of contraception shows that educational status determines their attitudes toward the choice of contraception. For instance, ignorance or inadequate knowledge may make some persons not even aware of some available methods let alone the benefits. The rejection of the third hypothesis on religious factor influence on choice of family planning shows that family planning is crucially part of the two major religions in the country, thus, influencing couple's child spacing and contraception.

CONCLUSION

The use of modern birth control methods especially short-term hormonal and less effective physical barrier methods, were found to be more common among women of child bearing age, with indications that educational status, religious factor and economic status influence family planning and choices made, there is therefore need for more campaign and public enlightenment programs on modern birth control plans, choices and benefits, crucially including the religious leaders, in order to fast track the information spread and further improve the use of modern birth control plans.

REFERENCES

1. Free Encyclopedia. Definition of birth control: [http://wikipedia.org/wiki/birth control](http://wikipedia.org/wiki/birth_control). 2013. Date accessed. 22/02/16.
2. Singh S, Darroch JE, Viasso M, Nadeau J. Adding it up: The benefits of investing in sexual and reproductive health. Guhmacher Institute. New York, NY: The Alan ICF Macro, Abuja, Nigeria. 2003. p. 7.
3. Carr D, Khan M. The Unfinished Agenda: Meeting the needs of family planning in less developed countries. Washington DC. 2004. p. 4366: 567(34).
4. Nwachukwu I, Obasi OO. Use of modern B, control methods among rural communities in Imo State. *Nig Afr J Repro Health* 2008;12(1):101 – 108.
5. Usman SO, Agboola GB, Yisa UO, Umeozulu FO, Kalejaiye OO. Knowledge about HIV/AIDS, sexual practices, reproductive health and risk assessment among workers in the formal sector of Ondo state, Nigeria. *Int J Innov Med Educ Res* 2016;2:13-1
6. Olugbenga-Bello AI, Abodunrin OI, Adeomu AA. Contraceptive practices among women in rural communities in southwestern Nigeria. *Glob J Med Prac.* 2011;2(1):1-8
7. Adeyemo RO, Oladipupo A, Omisore AO. Knowledge and practices of contraception among women of reproductive ages in southwest, Nigeria. *Int J Engr & Sci.* 2012;1(2):70-76.
8. Ndubuisi NC. Awareness and attitude of family planning among the women of Nsukka LGA: Implications for social work intervention. *Med J Social Sci.* 2014;5(27):1
9. Ibrahim U, Mohammed M. Knowledge, attitude and practices of family planning services utilization among women age 15 – 49 in Bauchi local government area of Bauchi state, Nigeria. *J Med & Appl Bio-Sci.* 2014;6(2):101-110.
10. Daniel WW, editor. *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences* ; 10th ed. 2013. p. 367.
11. Fisher RA, editor. *Statistical methods for research workers.* Olive and Boyo. 1954. p. 263.
12. Online sample calculator. <http://www.surveysystem.com/sscalc.htm>. Date accessed. 22/02/16.



Investigation of the Effect of Level of Family Needs Coverage that Nursing Care Given to Family with Disabled Children

Engelli Çocukların Ailesine Verilen Hemşirelik Bakımının Aile Gereksinimini Karşılama Düzeyine Etkisinin İncelenmesi

Elif Bilsin^{1*}, Zümrüt Başbakkal¹

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, engelli çocukların ailesine verilen hemşirelik bakımının aile gereksinimini karşılama düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Yarı deneysel olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini Ocak-Nisan 2012 tarihleri arasında Gaziantep ilinde bulunan Sosyal Hizmet ve Rehabilitasyon Merkezinin evde bakım hizmetine kayıtlı 0-18 yaş arasındaki engelli çocuklar ve aileleri oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini ise basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilen 30 zihinsel/fiziksel/işitme/görme engelli çocuk ve aileleri oluşturmuştur. Çalışmada ailelerin gereksinimlerini belirlemek ve belirlenen gereksinimlere göre hemşirelik girişimleri planlamak, uygulamak ve değerlendirmek için her aileye ziyaretler arasında en az bir ay süre bırakılarak, en az üç kez ev ziyaretleri yapılmıştır. Araştırmada "Çocuk Tanıtım Formu", "Aile Tanıtım Formu", "Aile Gereksinimlerini Belirleme Aracı (AGBA)" ve "Hasta Çocuk Tanılama Formu" kullanılmıştır. **Bulgular:** Hemşirelik bakımı öncesi ailelerin AGBA toplam puan ortalaması 64.13 ± 9.79 iken hemşirelik bakımı sonrası 51.23 ± 7.27 olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Bu sonuçlar, engelli çocuklar ve ailelerine ev ziyaretleri ile verilen hemşirelik bakımının ailelerin gereksinimlerini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Engelli çocuklar, hemşirelik bakımı, aile gereksinimi

ABSTRACT

Objective: The purposes of this study are to evaluate disabled children and their parents in an integrated manner, to determine the needs and to examine the effect of nursing care services on meeting the family needs. **Method:** The study was planned as quasi-experimental. The target population of the study consisted of disabled children between 0 and 18 years of age and their parents who have been registered to the homecare service provided by the Child and Youth Center Directorate in Gaziantep during January to April 2012. The sample group of the study consists of 30 mentally/physically/hearing/visually disabled children who were selected by the simple random sampling method. At least three home visits were made to each family during the study in order to determine the needs of the family and to determine the nursing needs related with these needs, to plan the approaches, apply and evaluate them with at least one month between each visit. Child Description Form, Caregiver and Family Description Form, Family Needs Assessment Tool (FNAT) and Child Diagnosis Form were used during the study. **Results:** The FNAT total mean score of family was found to be 64.13 ± 9.79 before nursing care and 51.23 ± 7.27 after nursing care. **Conclusion:** These results demonstrate the effect of nursing care with home visit in reducing the needs of families with disabled children.

Keywords: Children with disability, nursing care, family needs

Received / Geliş tarihi: 24.02.2016, Accepted / Kabul tarihi: 2.11.2016

¹ Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Elif Bilsin, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İzmir- Türkiye E-mail: elifbilsin-86@hotmail.com

Bilsin E and Başbakkal Z. Investigation of the Effect of Level of Family Needs Coverage that Nursing Care Given to Family with Disabled Children, TJFMPC, 2017;11(1): 10-19. DOI: 10.21763/tjfmpe.295638

INTRODUCTION

According to the World Health Survey and the Global Burden of Disease data; it is estimated that 15.6-19.4% of the world's population are disabled. Due to these estimates, in 2010, given that the world's population is 6.9 billion, 5.04 billion of whom are over 15 years of age, number of disabled people over 15 years of age is changing between 785 to 975 million. 6.9 billion with 5.04 billion 15 years and over and 1.86 billion under 15 years with disability.¹

Having a disabled child has significant effects on family life. Studies concluded that disability in a child has significant adverse effects on family life, including parents and siblings² and causes various negative effects on the mental health of parents.^{3,4}

In addition to the emotional problems the family must confront, families with disabled children have also various needs in other dimensions including economic, knowledge, care, medical, social life and homecare due to the intense parenting responsibilities.⁵⁻⁷

Published descriptive studies of parents of disabled children have generally focused on their sense of self, depression levels, styles of coping with stress, perceived social support levels and intra-familial harmony, family load, homecare need as well as the difficulties faced.^{2,4,12} However, nursing care is only mentioned in a few studies even though its important role in health care. Families of disabled children need support from outside the family as well as expert advice because of the needs of the disabled child such as care, treatment, education and acquisition of various social skills. The homecare service provided for disabled children can enable family members to spend more quality time with each other, thus decreasing or eliminating the physical, emotional and social problems that the children or parents might face.⁸ In this regard, nurses who work with disabled children and their families both at the hospitals and at social health centers have important roles regarding care given to both the family and the child. It is important to determine the family needs and to plan and execute the nursing services accordingly so that nursing services can be further developed in family-centered homecare services.

Objective

The objectives of this study are to evaluate disabled children and their parents in an integrated manner, to determine their needs and to examine the effect of nursing care services on meeting the family's need.

The study addressed the following research questions:

Research Question 1: Does nursing care given to families with disabled children reduce their family needs?

Research Question 2: Is there a difference between the mean scores of Family Needs Assessment Tool (FNAT) and its subscales before and after nursing care?

Methods

Design

The study was planned as quasi-experimental.

Sample and Characteristics

The target population of the study consisted of disabled children between 0 and 18 years of age, and their parents who have been registered to homecare service provided by the Child and Youth Center Directorate (CYCD) in Gaziantep during January to April 2012. The sample group of the study consists of 30 mentally / physically / hearing and/or visually disabled children who were selected by a simple random sampling method. According to power analysis, FNAT needs to have a sample size of 16 ($\alpha=0.05$, $1-\beta=0.80$) in order to show 10 points difference between before and after measurements

Inclusion Criteria

- Physically, mentally, hearing and/or visually disabled children between 0 and 18 years of age,
- Families who agree to participate in the study,
- Families who have been registered with homecare service provided by CYCD in Gaziantep,
- Parents not having mental, hearing and/or visual disabilities,

The sociodemographic distribution of the families determined that the mean age of the mothers was 35.80 ± 7.90 years. Of mothers, 6.7% are secondary school graduates where as 53.3% of the fathers are primary school graduates. In all families, mother is primarily responsible from the care of the disabled child. Consequently, none of the mothers work outside the home in any of the cases studied where as 78.6% of the fathers are employed. Of families, 83.3% have social security; for 53.3% the income is equal to the expenses. Almost half (43.3%) of the parents have 4 or more children.

Among disabled children, 30% are between the ages of 4 and 6 years; 30% are between the ages of 7 and 12 years; 53.3% are male; 80% are

mentally unstable and also have a physical disability; 93.3% do not have a disabled sibling; and 80% have never attended school.

Procedure

Approvals were received from the Ethics Committee and Ministry of Family and Social Policies. The permission for using scale is obtained via e-mail from the author who carried out the validity and reliability study.

Intervention

A face to-face interview method was used by the researcher with the participant families after the required explanations about data acquisition forms used in the study. The health report of the child was used to obtain the necessary information included in the Child Description Form. Information for the Sick Child Diagnosis Form was obtained from the mother and via pediatric physical examination.

The researcher who made the home visits had a graduate bachelor's degree and was in the process of completing a Master's Degree in Child Health and Disease Nursing. In addition, the researcher had a four-month experience in child nursing and was a child health and disease research assistant for two years. The researcher attended lessons on a developmental approach to disabled children and their parents for a semester during the Master's education; she completed her apprenticeship at the Children's Hospital Neurology Clinic where families with disabled children are monitored. The care needs of disabled children and their families is presented in a lesson content.

The data acquisition tool for the children was completed in about five minutes, for the family in about five minutes and FNAT in about 15 minutes; the information listed in the data acquisition tool was acquired in about 30 minutes for children who were ill.

A meeting at CYCD was carried out during January 1-20, 2012 to present information about the study to the parents, to receive written and verbal consents and to enable them to meet with the researcher following the determination of the addresses of the disabled children registered in the home care service of CYCD. All home visits were made by a single researcher. Home addresses and phone numbers of families who agreed to participate in the study were recorded. The day of the home visit was determined via phone call before every home visit. At least three home visits were made for each family during the study to determine the needs of the family and to determine the nursing needs related to these needs, to plan and apply the

approach, and to evaluate the family needs, with at least one month between each visit.

The Child Description, Family Description Form, FNAT and Child Diagnosis Form were filled during the first visit. Nursing diagnoses were made based on the acquired data, proper nursing interventions were planned and applied, and the family was trained. Nursing diagnoses made by NANDA according to the data acquired from the Sick Child Diagnosis Form and appropriate nursing interventions were planned and carried out during home visits. A nursing care plan was made for each family (n = 30) during the home visits.

During the second visit, an evaluation was carried out via a nursing procedure to determine whether the mother has been able to carry out the required care interventions in accordance with the training (oral care, body care, nutrition, medical care, rehabilitation, disabled rights, for instance). Nursing interventions were evaluated during the last visit, and the family was reassessed by using the FNAT.

Several families did not want to carry out some nursing interventions due to their resistance to change the situation of their children, assuming the child won't recover from disability or that the recommendations will increase the care burden of the mother. For these reasons, some nursing interventions have been evaluated as negative.

First home visits were made between January 23 and February 9, 2012, the second home visits were made between February 28 and March 9, 2012 and the third home visits were made between March 29 and April 15, 2012.

Tools and Materials

The Child Description Form, Caregiver and Family Description Form, FNAT and Child Diagnosis Form were used during the study.

Child Description Form

The Child Description Form was prepared by the investigators according to relevant literature. The description form consists of various questions including the age, gender, number of siblings, current health status of the child. There were also questions to determine whether or not the child is going to the rehabilitation center, and if so, then what is the frequency and duration of attendance per week. Their educational levels as well as the factors that caused their disability were also asked.

Caregiver and Family Description Form

The Caregiver and Family Description Form was prepared by the investigators in line with literature.^{2,5-10} The description form consists of the socio-demographic data of the family as well as their coping status, health problems that are observed in the caregiver resulting from the child care burden, the most needed applications during care giving as well as what those applications are.

Family Needs Assessment Tool-FNAT

The FNAT was developed by Bailey and Simeonsson (1988); the validity and reliability works of the FNAT were carried out by Sucuoğlu (1995) and consists of two sections:

Section I: In this section, there are 35 items in six subgroups to enable parents to become aware of their needs. The first group includes seven items for the information needs of parents, the second group has eight items for support needs, the third group has five items under the heading of helping to explain the child's condition to others, the fourth group has five items on community services, the fifth group has six items related to financial needs of the family and the sixth group has four items for needs related to general family functioning. Each item included in this section is answered as 1 (definitely no), 2 (not sure) and 3 (definitely yes). The total scale score is obtained by summing the scores from each item. The total scale score has a minimum 35 and a maximum 105 points.

Section II: There is an open-ended question in this section expressed as "Please list the five most essential needs of your family". This question aims at identifying more specific needs of families that are not included in Section I.

The reliability of the data obtained through this tool was explored by Bailey and Simeonsson (1988) using the test-retest method, and the correlation of the scores obtained at the end of these two assessments was found to be $r = 0.67$ for mothers and $r = 0.81$ for fathers. Sucuoğlu (1995), at the end of his factor analysis study carried out with data obtained from 44 mothers and 45 fathers who had mentally retarded and autistic children, found that the Cronbach alpha internal consistency coefficient of the tool was 0.90. The adapted Turkish version of the FNAT has been used previously in Turkey with families of children with a hearing disability.⁵

Sick Child Description Form

Various nursing case histories and family evaluation forms were examined to create a

comprehensive database for the child and the family. The diagnosis form includes questions about introductory information, the birth story of the child, sickness status, dependency level for daily living activities, feeding, excretion, sleep, game-activity status, physical evaluation (height, weight, and other relevant information) as well as findings related to the life of the child and the family. In addition to this information, there are also questions that evaluate the physical examination data that covers all of the child's body structures, as well as questions for the evaluation of the psychomotor, psychosocial, cognitive and psychosexual development and communicative ability of the child. Nursing diagnoses were made by using International North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) criteria and the data acquired from the Sick Child Diagnosis Form. After the diagnosis appropriate nursing interventions were planned and carried out.

Statistical Analysis

Sociodemographic characteristics of the family and children, disability-related characteristics of children, their care and nursing diagnosis were evaluated in percentages and frequencies. The Kruskal Wallis and the Mann Whitney U tests were used to determine the relationship between FNAT and FNAT subscale scores before and after nursing care, according to the sociodemographic characteristics of the family and child. Pearson correlation analysis was used to determine the relationship between FNAT and FNAT subscales scores before and after nursing care according to the mother's time spent in daily child care and the mean age of the mothers. One sample t-test used to evaluate mean scores of FNAT and FNAT subscales before and after nursing care. A paired sample t test compare mean scores of FNAT and FNAT subscales before and after nursing care.

RESULTS

When the families asked whether or not they knew that their child will have a disability beforehand, 93.3% stated that they have did not expect a disabled child. On the other hand, all participants expressed that they could cope with the disability. In 40% of the families, fathers also participated in disabled child's care in addition to mothers. More than one-third (36.7%) of the mothers experience lumbago and lumbar hernia resulting from the difficulty of taking care of a disabled child. Almost all mothers (96.7%) stated that they have anxiety about the future. Our results showed that mothers need help in many dimentions. Of mother in our study, 86.7% needed help for toilet care, 83.3% for cleaning and washing, 70% for treatment costs, 70% for social life and 66.7% for economic

Table 1. Distribution of disability children by their disability-related characteristics	
Characteristics related to disability	n (%)
Health problems besides disability*	
Salivation	14 (46.7)
Constipation	6 (20.0)
Tooth decay	10 (33.3)
Epilepsy	6 (20.0)
Bronchitis-asthma	10 (33.3)
Scoliosis	1 (3.3)
Myopia	2 (6.7)
Incontinence	2 (6.7)
Kidney disease	1 (3.3)
Phenylketonuria	1 (3.3)
The level of mental deficiency (n:25)	
Mild	5 (20.0)
Moderate	3 (12.0)
Severe	17 (68.0)
Enrollment rehabilitation center (n:30)	
Yes	21 (70.0)
No	9 (30.0)
Frequency of child go to the rehabilitation center (n:21)	
Once a week	14 (66.7)
Twice a week	7 (33.3)
The child's diagnosis*	
Mental disability	25 (80.0)
Physical disability	25 (80.0)
Hearing disability	3 (10.0)
Visual disability	4 (13.3)
Chronic diseases (phenylketonuria)	1 (3.3)
Reasons of children's disability	
Genetic disorder	12 (40.0)
Birth trauma	7 (23.3)
Asphyxiation at birth	2 (6.7)
Child's illness	8 (26.7)
Other reasons	1 (3.3)
Using medication (n:30)	
Yes	17 (56.7)
No	13 (43.3)

*More than one choice was marked.

concerns. When most frequently filled out applications by mothers were examined, it was observed that 93.3% were for cleaning-washing, 90% were for feeding, 86.7% were for care giving. It was determined that the mean number of hours that mothers spend for daily child care is 6.40 ± 1.94.

The disability status of the child as well as the distribution for disability in children according to their disability-related characteristics are shown in Table 1.

When the total and subscale scores of FNAT examined according to sociodemographic data, it was observed that the total mean score of FNAT in the families with children aged between 4 and 6 years (70.88 ± 9.0) was higher when compared with other age groups. It was determined that the "Financial Need" subscale score was higher for families with children between the ages of 0 and 3 years, the "Information Need" subscale score was higher for families with children between the ages of 4 and 6 years, and the "Support Need" and "Explanation to Others Need" subscale scores were higher in families with children between the ages of 7 and 12 years. A statistically significant difference was determined between the child age and the FNAT total score, "Information Need" and "Support Need" subscale score means ($p < 0.05$). It was determined that the mean total FNAT scores and information need of the families with children aged between 4 and 6 years is greater, whereas the support need of the families with children aged between 7 and 12 years is greater.

The FNAT total scale score for families with girls is 66.50 ± 9.58 , and for families with boys is 62.06 ± 9.80 . In families with girls, FNAT total score, "Information Need", "Support Need", "Explanation to Others Need", "Financial Need" and "Family Functioning Need" scores are higher. On the other hand "Social Service Need" subscale score means are higher in families with boys. But only "Support Need" subscale score differed at a statistically significant level with respect to gender ($p < 0.05$). It was determined that families with girls have a greater need for support.

The mean total FNAT score of families with low economic status (67.80 ± 5.05) were greater than the mean total score. There was a statistically significant difference between the total FNAT and "Financial Need" subscale scores regarding economic status of families ($p < 0.05$) indicating the need for financial support of families with inadequate economic status is higher.

There were no correlation between the number of hours that mothers spent for taking care of the child and the total FNAT scores and the FNAT subscale scores ($p > 0.05$). A negative and statistically significant correlation was determined between the mean age of the mother and the "Information Need" subscale score ($p < 0.05$), whereas a highly significant and negative correlation was also determined with the "Support Need" subscale score ($p < 0.001$). Information and support needs of young mothers are higher.

A statistically significant difference was determined between the FNAT total scores, "Information Need", "Support Need", "Explanation

Table 2. Families' mean scores of FNAT and FNAT subscales before and after nursing care

Scales	M±SD	T-test	P Value
Total FNAT score			
Before nursing care	64.13±9.79	15.736	0.001*
After nursing care	51.23±7.27		
Need for information			
Before nursing care	15.30±2.62	18.073	0.001*
After nursing care	8.06±1.11		
Need for support			
Before nursing care	18.20±2.67	20.931	0.001*
After nursing care	15.30±2.23		
Help explaining to others			
Before nursing care	6.46±2.06	6.546	0.001*
After nursing care	4.70±1.14		
Community services			
Before nursing care	7.96±2.74	2.626	0.014*
After nursing care	7.60±2.44		
Financial assistance			
Before nursing care	10.73±3.60	1.000	0.326
After nursing care	10.66±3.56		
Family functioning			
Before nursing care	5.46±2.01	2.664	0.012*
After nursing care	4.90±1.49		

*p<0.05

Table 3. Distribution of the nursing diagnoses

Nursing diagnoses*	n (%)
Fear	30 (100.0)
Deficient knowledge	28 (93.3)
Feeding, oral, dressing and bathing self-care deficit	23 (76.7)
Imbalanced nutrition: less than body requirements	13 (43.3)
Ineffective respiratory tract cleaning	13 (43.3)
Constipation	12 (40.0)
Readiness for enhanced knowledge	7 (23.3)
Trend risky health behavior	5 (16.7)
Disturbed sleep pattern	5 (16.7)
Delay in growth and development	4 (13.3)
Readiness for enhanced relationship	3 (10.0)
Risk for other-directed violence	2 (6.7)
Impaired physical mobility	2 (6.7)
Imbalanced nutrition: more than body requirement	1 (3.3)
Interrupted family processes	1 (3.3)
Chronic sorrow (mother)	1 (3.3)
Risk for aspiration	1 (3.3)
Readiness for enhanced fluid balance	1 (3.3)
Risk for self-directed violence	1 (3.3)
Anxiety	1 (3.3)
Caregiver role strain	1 (3.3)

*More than one choice was marked.

to Others Need”, “Social Service Need”, “Family Functioning Need” before and after nursing care ($p < 0.05$). It was determined that FNAT total scores, information, support, explanation to others, social service and family functioning needs of the families decrease after nursing care (Table 2).

The needs expressed by the mothers as answers to open-ended questions were sorted and examined according to the priority levels. Medical, psychological support, care, rehabilitation, education and social life needs are high, especially prior to nursing care. The priority levels of knowledge, psychological support and homecare need decreased.

The nursing diagnoses made according to the data acquired from the Child and Family Introduction Form and Sick Child Diagnosis Form are shown in Table 3. The most frequent diagnoses are “Fear”, “Deficient Knowledge”, “Feeding”, “Oral, Dressing and Bathing Self-Care Deficit”, “Imbalanced Nutrition: Less Than Body Requirement”, “Ineffective Respiratory Tract Cleaning”, “Constipation”.

DISCUSSION

In our study, almost all of the families did not know in advance, that they would have a disabled child. All participants stated that they could cope with the condition of their children. This suggested that families, most of whose children are above the age of 4 years, had passed through the denial, anger and depression stages of bereavement following the diagnosis of disability, and that they are currently in the acceptance stage. A study showed that the negative emotions experienced by the parents when their children are diagnosed with a disability are replaced with positive, optimistic and accepting emotions in time, and that they strive to enhance the care of their child.²

In our study, the primary caregiver for the disabled child was the mother in all cases. A study carried out on physically disabled children found that 91%¹⁰ of the caregivers are mothers; another study also showed that in families with mentally disabled children that this ratio is 80.5%.¹³ The results of our study are concordant with these studies.

Many studies showed that parents of disabled children experience psychological^{3,4,10} and physical problems (such as hypertension, fatigue, pain) more than parents of normal children.¹⁰ In our study, many mothers complain about lumbago and lumbar hernia as a result of the physical difficulties involved in taking care of the child. Future anxiety

is also very prevalent among the mothers in our study.

In our study, mothers were lacking in knowledge of oral care, feeding, toilet, cleaning-washing and many other issues involved in caring for a disabled child. They demanded aid in areas of education, social support, economic and social life. Altuğ Özsoy et al.¹² carried out a study on families with mentally disabled children and found that 45.5% of the families experience difficulties in the treatment stage of their children, 43.6% experience disappointment and 54.5% experience continuous anxiety related to the future. The study carried out by Kılıç¹⁰ on the families of physically disabled children found that, children require help from their caregivers for the daily activities such as walking, eating, sitting down and standing up, taking a bath, wearing clothes and taking clothes off and going to the restroom. As a result of the study carried out by Yavuz and Çimen,¹⁴ children with cerebral palsy are lacking in self care in areas including sleep-resting-having fun, cleaning, oral care, toilet and eating. Abelson¹⁵ determined that families need help related with issues such as preparing the food for the children, giving medications, bathing, oral care, feeding, putting on diapers, going to toilet, putting on clothes, protecting the child from danger and self-injuries inflicted by the children. The results of our study are in accordance with this literature.

It was determined that problems such as mental retardation, epilepsy, visual and aural disabilities, speech disorders, nausea, vomiting, dysphagia, chronic pulmonary aspiration, gastroesophageal reflux (GOR), chronic constipation, eating disorders are physical and mental disabilities in children.¹⁶ Whereas complications such as difficulty with chewing (dysphagia) and difficulty with swallowing, aspiration pneumonia, constipation, abdominal distension,¹⁷ epilepsy, difficulty in feeding¹⁸ are seen frequently. It was observed in the study carried out by Erdoğanoğlu and Günel¹⁹ on children with cerebral palsy that problems related to with vision, speaking and hearing as well as epileptic seizures were observed in the children. Çokpekin et al.²⁰ determined that oral care is insufficient in disabled children. Durduran²¹ determined that 5% of disabled children have asthma or bronchitis and 7.4% have health problems such as epilepsy. In concordance with the literature, our study showed that children with disabilities have additional health problems such as drooling, caries, bronchitis-asthma, epilepsy, and constipation as well.

It was determined in our study that 70% of the disabled children continue going to the rehabilitation center. Another study showed that 78.1% undergo physical therapy.¹⁰ The reason for

this high ratio is thought to be related to the fact that physical therapy and rehabilitation are offered free of charge to disabled children in our country.

Late or premature births, hypoxia and trauma due to difficult labor, genetic and chromosomal disorders, prenatal infections, diseases and accidents experienced by the mother during pregnancy, drugs, and toxins are among factors that cause disabilities in children.²² The children of families participated in our study have become disabled because of genetic disorders, diseases, birth trauma and hypoxia. Thyen et al.¹¹ determined that the most frequent reasons for disability in children are inflammatory brain injuries, perinatal brain traumas and genetic malformations.

It was determined that almost half of the children who participated in the study take medicine regularly. Yavuz and Çimen¹⁴ found in their study that 27.1% of the children take medicine regularly.

A statistically significant difference was determined in the total FNAT score, "Information Need" and "Support Need" subscale scores with respect to child's age ($p < 0.05$). Children between the ages of 4 and 6 and 7 to 12 years comprised the majority of the study participants. These are preschool and school age groups. The preschool period is important for preparing the child for school attendance. It is thought that means of "Information Need" and "Support Need" subscale scores are high because families do not have enough knowledge as to whether their disabled child will be able to go to school or not, or to which school the child should go based on the type of disability. In the meantime, it is thought that the mean "Explanation to Others Need" subscale score is high in 7 to 12 age group in which children start school, they take a more active social role and start asking more questions of the family members. The reason of higher mean "Financial Need" subscale scores for the families of 0 to 3 year age group children can be explained by children in this age group requiring more treatment and rehabilitation. Moreover, additional financial loads imposed by as diapers and special infant formula. It was determined in the study carried out by Akçamete and Kargın⁵ on children with hearing disability that the needs of families change according to the age of the child.

In our study mean "Support Need" subscale scores differed significantly with respect to child's gender. Families with girls need more support ($p < 0.05$). This is thought to be because families believe girls with disabilities are more prone to abuse, and thus their parents tend to feel more anxious. However, contrary to our study results,

Akçamete and Kargın⁵ determined in their study that mothers with boys need more support.

A negative correlation was determined between the age of the mother and "Information Need" and "Support Need" subscale scores ($p < 0.05$, $p < 0.001$). This result can be explained by the fact that young mothers lack knowledge about child rearing and child care and thus need more support with these issues.

Visits to the homes of the disabled children and their families enable monitoring the interaction between the family members,²³ evaluation of the family in general, determination of the behavioral problems of the child at an early stage, receiving knowledge about the child's development, health and care in their own home; these visits also enable health officials to provide support to the family thus making it easier for them to have access to health services.²⁴

Nursing care carried out with these home visits enables the required nursing care to be given to the families based on their specific needs, determine the problems of individual family members with the strengths of the child and family members and to utilize these strengths. It enhances the communication between the child, family and team members, while also ensuring the continuity of care.²⁵ It was determined in our study that the area in which families need the most support prior to nursing care is "Support Need" followed by "Information Need". A statistically significant difference was determined between the total and subscale scores of FNAT before and after nursing care except "Financial Needs" subscale score ($p < 0.05$). It was determined in the study carried out by Akçamete and Kargın⁵ that the first need of mothers is "Information Need", the second is "Financial Needs"; another study also determined that families have economic needs.⁶ Other studies carried out determined that families need social services, information,⁹ psychosocial consulting, care coordination¹¹ and home care.⁸

The information, psychological support and homecare needs of families decreased after nursing care. It is thought that the reason for the change in the priority list of needs is the training given during home visits by the nurse, as well as the homecare given.

How might this information affect nursing practice?

Disabled children need nursing care in every moment of their lives. Homecare nurses play an important role in decreasing the load on families with sick children. Nurses help in the application of

homecare for the child as well as with the adaptation of the family to the child's condition by establishing a positive communication with the family. The homecare nurse plans nursing practices in accordance with the needs of the family and child, carries them out and evaluates the results obtained from their interaction with the family. Nurses provide training and consultancy about the different fields of knowledge that the family needs while also providing a family-centered and holistic care service.²⁵ They establish support groups consisting of families with similar problems and help families to cope with stress. They give information to the families about the sources regarding practices they can access and put into practice. These support practices carried out by the nurse decrease the stress on the family ensure the continuity of long term care while increasing its quality.²⁶

Limitations and Difficulties

The study was conducted with only a small group. We were unable to choose an equal number of age groups because the families of children in some age groups did not accept participation in the study and did not recognize some disability (such as mental retardation) among children in the 0 to 3 year age group. We also had difficulty finding the addresses of the family during a home visit.

Conclusions

The needs of families decreased at a statistically significant level following nursing care except the "Financial Need". These study results showed that the nursing care provided for disabled children and their families via home visits is effective in reducing the needs of the families. Based on these findings, it is suggested that:

- The health needs of disabled children and their families are evaluated at regular intervals and that the health services required are provided by the nurses at the homes of the disabled children.
- A free-of-charge homecare system only for disabled children should be established.
- The established homecare system is provided by a team of nurses, doctors, dentists, physical therapists and psychologists who have received the relevant training on children.

It is suggested that a multidisciplinary health team including a nurse who can give training on child care and health requirements to families should be present in institutions provide physical therapy and rehabilitation services to disabled children.

Acknowledgments

The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article. The authors declare no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article. All authors meet the criteria for authorship, have designed, provided analysis and interpreted the data, drafted, revised and approved the final article and those entitled to authorship are listed as authors.

*This study is master's thesis and presented as poster in 4. Pediatric Nursing Congress, Turkey, 2013

REFERENCES

1. World Health Organization. World Report on Disability. Geneva. 2011 (Accessed 18/9) http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/
2. Heiman T. Parents of children with disabilities: resilience, coping, and future expectations. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*. 2002;14:159-171.
3. Akandere M, Acar M, Baştuğ G. Investigating the hopelessness and life satisfaction levels of the parents with mental disabled child. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2009;22:23-33.
4. Keskin G, Bilge A, Engin E, Dülgerler Ş. The evaluation of anxiety, parental attitude and coping strategy in parents of children with mental retardation. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2010;11:30-37.
5. Akçamete G, Kargin T. Determination of the needs of hearing impaired children's mothers. *Özel Eğitim Dergisi*. 1996;2:7-24.
6. Busch SH, Barry CL. Mental health disorders in childhood: assessing the burden on families. *Health Affairs*. 2007;4:1088-1095.
7. Xiong N, Yang L, Yu Y, Hou J, Li J, Li Y. et al. Investigation of raisingburden of children with autism, physical disability and mental disability in China. *Research in Developmental Disabilities*. 2011;32:306-311.
8. Aktaş E. The systematic review of the researches which light the way for homecare requirements of physically disabled children and their families. (Unpublished Master's Thesis). University of Marmara, Institute of Health Sciences, İstanbul. 2010; p. 74.
9. Buran CF, Sawin K, Grayson P, Criss S. Family needs assessment in cerebral palsy clinic. *JSPN*. 2009;14:87-93.

10. Kılıç S. The effect of homecare needs on the families of the physically disabled children. (Unpublished Master's Thesis). University of Marmara, Institute of Health Sciences, İstanbul. 2009; p. 36-52.
11. Thyen U, Sperner J, Morfeld M, Meyer C, Ravens-Sieberer U. Unmet health care needs and impact on families with children with disabilities in Germany. *Ambulatory Pediatrics*. 2003;3:74-81.
12. Altuğ ÖS, Özkahraman Ş, Çallı F. Review of hardships undergone by families with mentally retarded children. *Aile ve Toplum Dergisi*. 2006;8:69-77.
13. Yıldırım Sarı H, Başbakkal Z. Developing "A family burden assessment scale" for the families of children with intellectual disability. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;11(3):86-95.
14. Yavuz B, Çimen S. Investigation of the fulfilment levels of the self-care skills of the children with cerebral palsy and affectional factors. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007;11(1):17-26.
15. Abelson AG. Respite care needs of parents of children with developmental disabilities. *Focus on Autism and Other Disabilities*. 2009;14:96-100.
16. Colver A, Fairhurst C, Pharoah POD. Cerebral palsy. *Lancet*. 2014;383:1240-49.
17. Pane M, Vasta I, Messina S, Sorleti D, Aloysius A, Sciarra F et al. Feeding problems and weight gain in duchenne muscular dystrophy. *Europe an Journal of Paediatric Neurology*. 2006;10:231-236.
18. Raphaela AR, Couthouisa J, Sakamuri S, Siskind C, Vogel H, Day J W, et al. Congenital muscular dystrophy and generalized epilepsy caused by GMPPB mutations. *Brain Res*. 2014;5:66-71.
19. Erdoğanoğlu Y, Kerem Günel M. Investigation of the relationship between motor and functional levels with health-related quality of life in children with cerebral palsy. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007;26:13-18.
20. Çokpekin F, Köymen G, Başak F, Akbulut E, Altun C. The evaluation of oral health of children attending the school of handicapped children. *Gülhane Tıp Dergisi*. 2003;45:228-232.
21. Durduran Y. Health problems of disabled children apart from their disabilities and their health service utility: case-control study. (Unpublished Doctoral Thesis). University of Selçuk, Institute of Health Sciences, Konya. 2009; p. 35.
22. Centers for Disease Control and Prevention. Intellectual Disability (Also Known As Mental Retardation) Fact Sheet. 2012 (Accessed 3/7) <http://www.cdc.gov/ncbddd>.
23. Öztekin Z, Kubilay G, editors. *The community health nursing*. 3rd ed. Ankara: Palme publishing; 2005. p. 230-249.
24. Bilukha O, Hahn RA, Crosby A, Fullilove MT, Liberman A, Moscicki E et al. The effectiveness of early childhood home visitation in preventing violence, a systematic review. *Am J PrevMed* 2005;28:11-39.
25. Potts NL, Mandelco BL, editors. *Pediatric nursing: caring for children and their families*. USA: Delmar Thomson Learning; 2012. p.15-107-108).
26. World Health Organization. *Collection on Long-Term Care, Key Policy Issues In Long-Term Care*. Geneva. 2003. p.3-15. (Accessed 3/7) <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42604/1/9241562250.pdf>



The Determination of Epilepsy Prevalance in Adana City Center and Relationship with Sociodemographical Factors

Adana İl Merkezinde Epilepsi Prevalansı ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi

Mehmet Balal^{*1}, Turgay Demir¹, Kezban Aslan¹, Hacer Bozdemir¹

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, Adana il merkezinde epilepsi prevalansı, hastaların demografik verileri ve epilepsi gelişimindeki risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve yöntem:** Çalışma, toplum temelli kesitsel olarak planlandı ve Adana il merkezi nüfusu üzerinden "orantılı tabakalı örneklem yöntemi" kullanılarak hedef nüfus 7052 kişi olarak belirlendi. Toplumun, sosyoekonomik düzeyini yansıtacak şekilde rastgele örneklem yöntemi ile üç mahalle belirlendi. Hazırlanan anket formları bir doktor ve iki anketör tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Hedef nüfus olan 7052 kişiye ulaşıldığında çalışma sonlandırıldı. Daha önceden epilepsi tanısı almış olan veya öykü özellikleri ile epilepsi olabilecek olan grup, hazırlanan diğer anket formlarının doldurulması için klinikimize davet edildi. **Bulgular:** Anket formu doldurulan 7052 kişinin, 3577'si erkek (%50,7), 3475'i (%49,3) kadındı. Taranan nüfus içerisinde 52 kişi epilepsi olarak tanındı ve aktif epilepsi prevalansı %0,7 olarak bulundu. Epilepsi tespit edilen grubun 31'i (%59,6) erkek 21'i (%40,4) ise kadındı. Sosyoekonomik durumu yüksek olan mahallede prevalans %0,3 sosyoekonomik durumu orta düzeyde olan mahallede %0,7 ve sosyoekonomik durumu düşük olan mahallede ise prevalans %1,4 olarak bulundu. Sosyoekonomik düzey düştükçe, epilepsi prevalansında artış saptandı ve bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,001$). **Sonuç:** Elde ettiğimiz veriler, daha önce ülkemizde ve dünyada yapılan prevalans çalışmalarını destekler nitelikte bulunmuştur. Sosyoekonomik düzey yükseldikçe prevalansta düşme saptanmıştır. Bu durum, düşük sosyoekonomik düzeye sahip kişilerin yaşam koşulları nedeniyle prenatal dönemde ve çocukluk çağlarında daha az tıbbi bakım almaları, çalışma şartları nedeniyle daha çok travmaya maruz kalmaları ile açıklanabilir. Ülkemizde epilepsi prevalansı ile ilgili yapılan çalışmalar arttıkça, hastalığın gelişimine katkıda bulunan faktörler daha iyi tanınarak toplumda epilepsi farkındalığının artacağı kuşkusuzdur.

Anahtar kelimeler: Epilepsi, prevalans, Adana

ABSTRACT

Objective: In this study, identification of epilepsy prevalence, epilepsy patients' demographical data and epilepsy risk factors in the Adana city center is aimed. **Methods:** This is a community-based cross-sectional study, and by using "proportional stratified sampling method", target population of 7052 people was identified with considering Adana city center population. Three districts, reflecting general socioeconomic status, are identified by using random sampling method. One doctor and two pollsters filled survey forms by face to face interviews. When the target population of 7052 people was reached, the study was terminated. Pre-diagnosed epilepsy patients and participants who are more likely to be diagnosed with the epilepsy in the future, because of their history features, are invited to our clinic for further surveys and investigations. **Results:** Out of 7052 participants who were face to face interviewed, 3577 of them were male (50,7%) and 3475 were female (49,3%). 52 of the participants were epilepsy patients and active prevalence of the epilepsy was found as 0,7%. 31 of the 52 patients were male (59,6%), 21 of the 52 patients were female (40,4%). Prevalence of the epilepsy in the high, medium and low socioeconomic status districts were 0,3%, 0,7% and 1,4% respectively. As the socioeconomic level decreased, the prevalence of epilepsy increased and the results were statistically significant. ($p<0,001$) **Conclusion:** Our findings support the results of thp reviously conducted prevalence studies in our country and in the world. As socioeconomic status increases, prevalence of the epilepsy decreases. This result can be explained with worse living conditions, inadequate prenatal and childhood medical care and more traumatic working conditions of low socioeconomic status people. As the studies related to the prevalence of epilepsy in our country increase, it is obvious that the factors contributing to the development of the disease will be better known and the awareness of the epilepsy in our society will increase.

Key words: Epilepsy, prevalence, Adana

Received / Geliş tarihi: 25.12.2016, Accepted / Kabul tarihi: 30.01.2017

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Mehmet Balal, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Adana, E-mail: memet_balal@hotmail.com

Balal M, Demir T, Aslan K, Bozdemir H. Adana İl Merkezinde Epilepsi Prevalansı ve Sosyodemografik Faktörlerle İlişkisi, TJFMPC, 2017;11(1): 20-28.

DOI: 10.21763/tjfm.296272

GİRİŞ

Epilepsi, en sık görülen nörolojik hastalıklardan biridir. Tüm dünyada yapılan prevalans çalışmalarında epilepsi sıklığının %4-18,5 arasında olduğu bildirilmektedir.¹⁻⁵ Gelişmekte olan ülkelerden, gelişmiş ülkelere gittikçe epilepsi prevalansı düşmektedir.³ Bu farklılığın altında sosyal, kültürel ve ekonomik olmak üzere pek çok neden bulunmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar alınmıştır.⁶⁻¹¹ Bu çalışmada, Adana il merkezinde epilepsi prevalansı, hastaların demografik verileri ve epilepsi gelişiminde risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma grubu ve hedef nüfus: Adana, ülkemizin güneyinde ve Akdeniz Bölgesi'nin doğusunda bulunan verimli tarım alanları ve gelişmiş sanayi ile yoğun göç alan bir şehirdir. Pek çok farklı etnik kökeni barındırmaktadır. Bu nedenle Adana'nın sosyokültürel ve ekonomik düzeyini yansıtacak şekilde üç farklı mahalle belirlendi ve "orantılı tabakalı örneklem yöntemi" ile hedef nüfus 7052 kişi olarak hesaplandı (Tablo 1).

Yöntem: Çalışmanın planlanması esnasında etik kurulu onayı alındı. Çalışmaya alınacak katılımcılar için, herhangi bir dışlama kriteri belirlenmedi. Katılımcılar Helsinki Deklarasyonu normlarına göre hazırlanmış "onam formu" ile bilgilendirildikten sonra çalışmaya alındı. Karaağaç ve arkadaşlarının hazırladığı anket formu (ek-1), bir doktor ve iki anketör tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu⁶. Toplam 7052 kişiye anket formu doldurulduğunda, hedef nüfusa ulaşıldığı için çalışma sonlandırıldı. Sorulara cevap veremeyecek yaşta olan çocuklar için ebeveynlerden, kognitif bozukluğu olanlar için ise aile bireylerinden bilgiler alındı. Hazırlanan anket formunda adres ve telefon bilgilerinin yanı sıra, sosyo-demografik özellikleri yansıtacak şekilde; yaş, cins, doğum yeri, öğrenim durumu, meslek, medeni durum ve anne baba akrabalığı sorgulandı. Daha önceden epilepsi tanısı almış veya anket formları ile epilepsi şüphesi uyandıran hastalara bir sonraki aşamada hazırlanan ikinci bir anket formu dolduruldu. Bu ikinci formda nöbet başlama yaşı, nöbet süresi, tanı yılı, nöbet başlangıcı ile tanı arasında geçen zaman, ailede epilepsi öyküsü, etiyolojik faktörler, nöbet tipi sorgulandı. Daha önceden epilepsi tanısı almış veya her iki anket formunda epilepsi şüphesi uyandıran elli dokuz kişi öykünün derinleştirilmesi, ayrıntılı nörolojik muayenenin ve hemogram, kan biyokimyası, elektroensefalografi (EEG) ve serebral manyetik rezonans görüntüleme (MR) gibi ileri tetkiklerin yapılması amacı ile Çukurova

Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı'na davet edildi. Elli dokuz kişinin elli altısı ileri incelemeler için başvurdu ve elli iki tanesi epilepsi olarak tanımlandı. Dört kişinin nöbetleri ise pseudonöbet olarak değerlendirildi.

Verilerin değerlendirilmesi: Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, SSPS 18,0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ise ortalama ve standart sapma olarak özetlendi. Veriler sayı, yüzde ortalama ve standart sapma olarak verildi. Epilepsi prevalansı ile yaş, cinsiyet, sosyo- ekonomik durum, anne baba akrabalığı, anne ve babanın eğitim düzeyi, ailede epilepsi öyküsü, ailede febril konvülsiyon öyküsü, epilepsi ile ilgili risk faktörleri ve çocukta febril konvülsiyon öyküsü Ki-kare testi ile analiz edildi. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak alındı.

BULGULAR

1. Demografik özellikler: Katılımcıların yaş ortalaması 30,43 ($\pm 17,36$), epilepsisi olan 52 hastanın yaş ortalaması ise 25,04 ($\pm 14,47$) olarak saptandı. Nüfusun 3577'si (%50,7) erkek, 3475'i (%49,3) kadındı. Aktif epilepsi prevalansı %0,7 olarak hesaplandı. Epilepsi tespit edilen grubun 31'i (%59,6) erkek, 21'i (% 40,4) ise kadındı (Tablo 2). Erkeklerde epilepsi prevalansı, kadınlara göre 1,43 kat fazlaydı ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p=0,197$).

2. Sosyoekonomik durum: Taranan nüfusun %34,1'i sosyoekonomik olarak üst, %35,8'i orta ve %30,1'i alt gruba oluşturuyordu. Epileptik hastaların %55,8'i alt, %32,7'si orta ve %11,5'i üst gruptandı. Prevalans alt grupta %1,4 orta grupta %0,7 ve üst grupta ise %0,3 olarak bulundu. Sosyoekonomik düzeye göre epilepsi prevalansı karşılaştırıldığında; alt grupta epilepsi prevalansı üst gruba göre 4,22 kat, orta grupta ise üst gruba göre 2,62 kat daha fazlaydı (Tablo 2). Elde edilen veriler sosyoekonomik durumu kötü olan grupta epilepsi prevalansının dahanyüksek olduğunu göstermiş olup veriler istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edildi ($p < 0,001$).

3. Nöbet başlama yaşı, tanı yaşı ve nöbet süresi: Nöbet başlama yaşı 13,85 ($\pm 13,74$), tanı yaşı 15,06 ise ($\pm 14,12$) olarak tespit edildi. Nöbet süreleri göz önüne alındığında, ortalama hastalık süresi ise 11,13 ($\pm 9,07$) yıldır.

4. Anne baba akrabalığı: Toplam nüfusun %10,1'inde anne baba akrabalığı varken, %89,9'unda anne baba akrabalığı yoktu. Epileptik grupta ise, anne baba akrabalığı %36,5 iken anne babası akraba olmayanlar %63,5 idi (Tablo 2). Anne baba akrabalığı olanlarda, olmayanlara göre

epilepsi prevalansı 4,59 kat daha fazla idi ve istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ($p < 0,001$).

Yerleşim birimi	Sosyoekonomik durum	Yerleşim birimi nüfusu	Katılımcı sayısı	Katılımcı yüzdesi
Gülpınar Mahallesi	Alt	16453	2404	34,1
Yurt Mahallesi	Orta	41935	2527	35,8
Güzelyalı Mahallesi	Üst	42957	2121	30,1
Toplam			7052	100

Ek-1. Karaağaç ve arkadaşları tarafından hazırlanan ve görüşmeler esnasında doldurulan anket formu⁶

Anket soruları	Evet	Hayır
1. Hayatınızda hiç şuur kaybı yaşadınız mı ?		
2. Zaman zaman şuur kaybı yaşadığınız oluyor mu ?		
3- Hiç sara nöbeti geçirdiniz mi?		
4- Hiç "havale", "boncuk" ya da " tutarcık" geçirdiniz mi ?		
5- Zaman zaman dalma nöbetleri geçiriyor musunuz ?		
6- Zaman zaman şaşkınlık ve korku dönemleri yaşıyor musunuz ?		
7- Hiç hocaya gittiniz mi? Neden?		
8- Herhangi bir nedenle uzun süreli tedavi aldınız mı ? Neden ?		
9- Hiç EEG çektirdiniz mi ? Neden ?		
10- Zaman zaman uykuda idrar kaçırdığınız oluyor mu ?		
11- Zaman zaman uykuda bacaklarınızın kasıldığı, dilinizi ısırduğunuz oluyor mu ?		
12- Ailenizde epilepsisi olan kimse var mı ?		
13- Ailenizde ateşli havale geçiren kimse var mı ?		
14- Uyku ile ilgili probleminiz var mı ?		
15- Zaman zaman kol ve bacaklarınızda sıçrayıcı hareketler oluyor mu ?		

Tablo 2. Katılımcıların ve hastaların demografik verileri ve prevalans oranı

Yaş	Yaş ortalaması	Standart sapma	p	OR
Toplam Nüfus	30,43	±17,36		
Epilepsi	25,04	±14,46		
Cins	Kadın	Erkek		
Toplam Nüfus	3473 (%49,3)	3575 (%50,7)	0,197	
Epilepsi	21 (%40,4)	31 (%59,6)		
Prevalans	Hasta sayısı	%		
Üst	6	0,3	0,001	1
Orta	17	0,7	0,001	2,62
Alt	29	1,4	0,001	4,22
Anne baba akrabalığı	Var	Yok		
Toplam nüfus	713 (%10,1)	6339 (%89,9)	0,001	1
Epilepsi	19 (%36,5)	33 (%63,5)	0,001	4,59
Doğum yeri	Adana	Adana dışı		
Toplam nüfus	5765 (%81,8)	1287 (%18,2)	0,02	1
Epilepsi	34 (%65,4)	18 (%34,6)	0,02	2,29
Ailede epilepsi öyküsü	Aile öyküsü(+)	Aile öyküsü (-)		
Üst	0	6(%100)	0,05	
Orta	7 (%41,2)	10(%58,8)	0,05	
Alt	11(%37,9)	18(%62,1)	0,05	

5. Doğum yeri: Nüfusun %81,8'i Adana doğumlu iken, %18,2'si ise göçle Adana'ya gelmişti. Epilepsi hastalarında ise, doğum yeri Adana olanların oranı %65,4 iken göçle gelenlerde bu oran %34,6 idi (Tablo 2). Adana dışında doğanlarda Adana'da doğanlara göre epilepsi prevalansı 2,29 kat daha fazla idi ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0,02$).

6. Hastaların eğitim durumu: Toplam nüfus ve tespit edilen epilepsi hastaları, eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında ise; nüfusun %6,6'sı okur yazar değilken, bu oran epileptik hastalarda %11,5 idi. Nüfusun, %4,1'i 0-6 yaş grubunda iken, epileptik hastalarda ise bu oran %11,5 idi. Sekiz yıllık eğitim alanlar, toplam nüfusun %36,5'ini oluştururken, bu oran epileptik hastaların %42,3'ünü oluşturuyordu. Nüfusun %40'ı 12 yıl eğitim almış iken, epileptik hastalarda bu oran %25 idi. Üniversite mezunları, toplam nüfusun %12,8'ini oluştururken, epileptik hastalarda ise bu oran %9,6 olarak tespit edildi (Tablo 3). Eğitim düzeyi yükseldikçe, epilepsinin daha az görüldüğü dikkati çekmiş olup, bulgular istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($p<0,05$).

7. Hastaların anne baba eğitimi: Epilepsi hastalarının, anne baba eğitimleri sorgulandığında ise annelerin %19,2'si okur yazar değildi, %63,5'i sekiz yıl eğitim aldığı, %17,3'ünün ise oniki yıl eğitim aldığı tespit edildi. Hastaların, hiçbirinin annesi üniversite mezunu değildi. Baba eğitimleri irdelendiğinde ise %9,6'sı okur yazar değildi, %48,1'i sekiz yıl eğitim aldığı, %34,6'sı oniki yıl eğitim aldığı ve %7,7'si ise üniversite mezunuydu (Tablo 3). Eğitim düzeyi ile, nöbet görülme sıklığı karşılaştırıldığında ise anne baba eğitim düzeyi arttıkça nöbet görülme sıklığında azalma olduğu tespit edildi ve bulgular istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p<0,05$).

8. Nöbet etiolojisi: Epilepsi hastalarının, nöbet etiolojisi değerlendirildiğinde %46,2'si idiopatik iken, %53,8'i sekonder nedenlere (%17,3'ü febril konvülzyon %9,6'sı, %7,7'si serebrovasküler hastalık, %7,7'si santral sinir sistemi enfeksiyonu, %1,9'u metabolik nedenler) bağlıydı. Etiyolojik faktörler sosyoekonomik durum ile karşılaştırıldığında ise; üst grupta idiopatik epilepsi oranı %66,7 iken etyolojik neden saptananların oranı ise %33,3 olarak tespit edildi. Orta grupta idiopatik epilepsi oranı %52,9 iken etyolojik neden saptanabilenler %47,1 olarak tespit edildi (Tablo 4). Alt grupta idiopatik epilepsi oranı %37,9 iken etyolojik neden saptanabilen grubun oranı ise %62,1 olarak saptandı ($p=0,346$).

9. Nöbet tipi: Hastaların nöbet tipi değerlendirildiğinde %63,4'ü parsiyel nöbet

geçirirken, %36,6'sı jeneralize nöbet paternine sahipti. Nöbet tipi ile, cinsiyet karşılaştırıldığında ise erkeklerde parsiyel nöbetlerin kadınlara göre biraz daha fazla (%67,7'ye karşı %57,1) olduğu tespit edildi (Tablo 5). Elde edilen veriler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmedi ($p=0,212$).

10. Nöbet başlama yaşı ile cinsiyet ilişkisi: Nöbet başlama yaşı ile cinsiyet beraber değerlendirildiğinde anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p=0,702$).

11. Postiktal dönem: Hastaların postiktal dönemi sorgulandığında olguların %32,9'u yorgunluk, %25,3'ü baş ağrısı, %17,7'si konfüzyon, %11,3'ü kas eklem ağrısı tanımlıyordu. Olguların %12,6'sı ise herhangi bir postiktal bulgu tanımlıyordu.

12. Ailede epilepsi öyküsü, sosyoekonomik durum ve nöbet prognozu: Epileptik grubun %34,6'sında ailede epilepsi öyküsü vardı. Ailede epilepsi öyküsü olanlar ile sosyoekonomik durum karşılaştırıldığında sosyoekonomik durum yükseldikçe ailede epilepsi öyküsünün daha az olduğu saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi ($p<0,05$). Nöbet görülme sıklığı, aile öyküsü ve sosyoekonomik durum karşılaştırıldığında; ailede epilepsi öyküsü olması nöbet görülme sıklığında belirgin bir etki oluşturmazken ($p=0,345$), sosyoekonomik durumu yüksek hastalarda nöbet görülme sıklığının daha az olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Bulgular sosyoekonomik durumu kötü olan hastaların ailesinde epilepsinin daha sık görüldüğünü göstermiştir. Aile öyküsü, sosyoekonomik durum ve nöbet prognozu karşılaştırıldığında nöbet prognozunun sosyoekonomik durumu kötü olanlarda daha kötü olduğu ve nöbet kontrolünün sağlanmasının daha zor olduğu tespit edildi (Tablo 6).

13. Epilepsi hastalarında nörolojik muayene: Epilepsi hastalarının ileri inceleme için hastanemize çağrıldığında yapılan ayrıntılı nörolojik muayene sonucunda; hastaların %73,1'inin nörolojik muayenesi normal iken, %26,9'nun nörolojik muayenesinde çeşitli anormallikler saptandı.

14. EEG bulguları: Elektroensefalografi bulguları değerlendirildiğinde hastaların %36,5'nin EEG'si normaldi, %32,6 hastada ise epileptiform aktivite bozukluğu tespit edildi. Hastaların %5,8'inde primer jeneralize özellikle epileptik aktivite, %5,8'inde sekonder jeneralize özellikle epileptik aktivite saptanırken %19,3'ünde EEG sinde yavaşlama tespit edildi. Hastaların nöbet tipleri ile EEG bulguları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuç elde edilemedi ($p=0,426$).

15. Serebral görüntüleme: Serebral Manyetik Rezonans ve Bilgisayarlı Beyin Tomografisi (BBT) bulguları birlikte değerlendirildiğinde hastaların

Tablo 3. Katılımcıların, hastalarının ve hasta anne babalarının eğitim düzeyi						
	0-6 yaş	Okur yazar değil	Sekiz yıl veya daha az eğitim alanlar	On iki yıllık eğitim alanlar	Üniversite mezunu olanlar	p
Katılımcıların eğitim düzeyi	288(%4,1)	466 (%6,6)	2572(%36,5)	2820(%40)	906(12,8)	0,05
Hastaların eğitim düzeyleri	6(%11,5)	6(%11,5)	22(%42,3)	13(%25)	5(%9,6)	0,05
Hasta annelerinin eğitim düzeyi	-	10(%19,2)	33(%63,5)	9(%17,3)	0	0,05
Hasta babalarının eğitim düzeyi	-	5(%9,6)	25(%48,1)	18(%34,6)	4(%7,7)	0,05

Tablo 4. Sosyoekonomik durum ve etiolojik faktörler ilişkisi				
	Alt	Orta	Üst	Toplam
İdiopatik	11(%45,8)	9(%37,5)	4(%16,7)	24(%46,2)
F.K.	7(%77,8)	2(%22,2)	0	9(%17,3)
Kafa travması	3(%60)	1(%20)	1(%20)	5(%9,6)
SSS Enfeksiyonu	2(%50)	2(%50)	0	4(%7,7)
SVH	3(%75)	0	1(%25)	4(%7,7)
Metabolik	0	1(%100)	0	1(%1,9)
Diğer	3(%60)	2(%40)	0	5(%9,6)
Toplam	29(%55,8)	17(%32,7)	6(%11,5)	52(%100)

F.K.; Febril konvülzyon, SSS; Santral sinir sistemi, SVH; Serebrovasküler hastalık

Tablo 5. Nöbet tipi ve cinsiyet ilişkisi				
	Kadın	Erkek	Toplam	p
Parsiyel nöbet	21(%67,)	12(%57,)	33(63,4)	
Jeneralize nöbet	10(%32,3)	9(%42,9)	19(36,6)	0,212
Toplam	31(%100)	21(%10)	52(%10)	

Tablo 6. Aile öyküsü, nöbet prognozu ve sosyoekonomik durumun karşılaştırılması

	Nöbet prognozu			Toplam	p
	Nöbet yok	Azalmış	Aynı		
Aile öyküsü (+)	4(%22,)	9(%50)	5(%27,)	18	
Aile öyküsü (-)	9(%26,)	19(%55,8)	8(%17,8)	34	0,345
Toplam	13(%23,1)	28(%53,8)	13(%23,1)	52	

	Nöbet yok			Toplam	p
	Nöbet yok	Azalmış	Aynı		
SED Alt	8(%27,5)	11(%37,9)	10(%34,6)	29	
SED Orta	6(%35,2)	6(%35,2)	5(%29,6)	17	
SED Üst	4(%66,6)	1(%22,2)	1(%22,2)	6	0,05
Toplam	18(%34,6)	18(%34,6)	16(%30,7)	52	

SED: Sosyoekonomik durum

%30,8'nin görüntülemesinde ise çeşitli bozukluklar tespit edildi.

TARTIŞMA

Epidemiyolojik çalışmalar hastalıkların risk faktörlerinin belirlenmesi, seyri ve topluma getirdiği ekonomik yüklerin belirlenmesi açısından oldukça önemlidir.¹² Epilepsi için yapılan epidemiyolojik çalışmalar bu hastalığın doğasını anlamamızda önemli çıkarımlar elde etmemizi sağlamıştır. Dünyada, epilepsinin prevalansını belirlemeye yönelik pek çok çalışma yapılmıştır. Ancak ülkemizde yapılan çalışmalar halen yetersizdir. Yeni çalışmalar ile hastalığın sıklığı ve risk faktörlerinin belirlenmesi ile epilepsiye karşı farkındalık aratacak birincil koruma yöntemlerinin geliştirilmesi sağlanacaktır.

Taranan nüfusun yaş ortalaması 30,43 ($\pm 17,36$) iken, epileptik grupta yaş ortalaması 25,04 ($\pm 14,47$) idi. Epileptik grubun daha düşük yaş ortalamasına sahip olması bu hastalığın hayatın ilk yıllarında daha sık görülmesine bağlanabilir. Bu bulguyu destekler nitelikte nöbet başlama yaşı 13,85 ($\pm 13,74$) olarak bulundu. Cinsiyete bağlı prevalans farklılıkları belirgin olmamakla beraber bazı çalışmalarda dikkati çekmektedir.¹³⁻¹⁶ Birçok çalışmada, erkeklerde epilepsi görülme sıklığı, kadınlardan 1,1-1,4 kat daha yüksek bulunmuştur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise, epilepsi prevalansı kadınlarda 4,5/1000, erkeklerde 7/1000 tespit edilmiştir.¹⁷ Çalışmamızda da benzer şekilde, aktif epilepsi prevalansı, erkeklerde kadınlara göre 1.43 kat daha fazladır. Çalışmamız, erkeklerdeki bu mevcut risk artışını destekler nitelikte ekonomik nedenlerle göç edenlerde (ki bu durum sosyoekonomik düzeyi daha düşük olan grupta daha

fazla bulunmuştur) epilepsi prevalansı, Adana'da doğanlara göre 2,29 kat fazla bulunmuştur. Bu durum her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı bulunmasa da, erkeklerin çalışma ve sosyal yaşama daha aktif katılmaları ve daha çok travmaya maruz kalmaları ile açıklanabilir.¹⁸

Aktif epilepsi prevalansı %0,7 olarak saptanmıştır. Elde edilen prevalans hızı, gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda verilerle yakın olarak bulunmuştur.¹⁹⁻²³ Tüm dünyada gelişmekte olan ülkelere, gelişmiş ülkelere gittikçe prevalans hızı düşmektedir.²⁴⁻²⁷ Çalışmamızda sosyoekonomik düzeyi üst olan grupta prevalans %0,3, orta grupta %0,7 ve alt oran grupta %1,4 olarak hesaplandı. Elde ettiğimiz veriler, sosyoekonomik düzey yükseldikçe epilepsi prevalansının düştüğünü göstermiştir.

Taranan nüfusun sadece %10,1'inde anne baba akrabalığı varken, bu oran epileptik grupta %36,5 olarak bulundu. Anne baba akrabalığının epilepsi gelişimini 4,59 kat arttırdığı saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, epilepsi hastalarında birinci derece akrabalık %10,3, ikinci derece akrabalık ise %5,9 olarak bulunmuştur.²⁸ Düşük sosyoekonomik düzeye sahip toplumlarda akraba evliliği daha yüksektir. Bu durum genetik kadar, çevresel faktörlerin de epilepsinin ortaya çıkışındaki önemine işaret etmektedir.²⁸

Eğitim durumu göz önüne alındığında, epilepsi prevalansı eğitimsizlerde daha yüksek iken, ikinci sırayı sekiz yıl eğitim alan grup izlemektedir. En düşük prevalans hızı ise, lise ve yüksek okul eğitimi alanlarda tespit edildi. Bu durum sosyoekonomik düzeyi daha düşük olanların yeterince eğitim alamamalarına bağlanabilir.

Anne baba eğitimi göz önüne alındığında, hastaların anne ve babalarının çoğunluğu okur yazar değildi veya ilköğretim mezunuydu, ayrıca hiçbirinin annesi üniversite mezunu değildi. Babaların ise sadece %7,7'si üniversite mezunuydu. Mevcut bulgu, düşük sosyoekonomik düzey ve düşük eğitim seviyesine sahip anne babaların çocuklarında, epilepsinin daha sık görülmesi ile ilişkilendirilebilir.

Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalarda elde edilen verilere ile kıyaslandığında, nöbet etiolojisi çalışmamızda da benzer şekilde bulunmuştur. Sosyoekonomik durum yükseldikçe, idiyomatik formun daha çok görüldüğü dikkat çekmiştir. Nöbet tipi ile etiyojik faktörler arasında benzer oranlar tespit edilmiştir. Erkeklerde parsiyel nöbetlerin, kadınlardan daha fazla olduğu dikkati çekmiştir. Erkeklerde parsiyel nöbetlerin daha sık görülmesi, erkeklerin sosyal yaşama daha sık katılması ve travmaya daha çok maruz kalmasına bağlanabilir. Tüm epileptik grup göz önüne alındığında, vakaların %63,4'ü parsiyel nöbet geçirirken, %36,6'sı jeneralize nöbet geçirmektedir. Bu açıdan bakıldığında, çalışmamızda tespit ettiğimiz oran gelişmiş ülkeler ile benzerdir.²⁹⁻³¹ Hastaların nörolojik muayeneleri değerlendirildiğinde, hastaların %73,1'inde nörolojik muayene normal iken, %26,9'unda çeşitli anormallikler saptanmıştır. Etiyojik faktörler, sosyoekonomik durum ile karşılaştırıldığında ise; sosyoekonomik durumu iyi olan grupta idiyomatik epilepsi %66,7 iken etiyojik nedenler saptananların oranı ise %33,3 olarak tespit edildi. Orta grupta ise, idiyomatik epilepsi oranı %52,9 iken, etiyojik neden saptanabilenler %47,1 olarak tespit edildi. Alt olan grupta idiyomatik epilepsi oranı %37,9 iken, etiyojik neden saptanabilen grubun oranı ise %62,1 olarak saptandı ve bulgular istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Dünyada yapılan çeşitli çalışmalarda, SVH, kafa travması, SSS enfeksiyonu gibi nedenlerin, epilepsi ile ilişkileri araştırılmış ve vakaların ancak %17-57 sinde herhangi bir etiyojik neden saptanabilmiştir.^{32,33} Bizim çalışmamız da, dünyada yapılan çalışmalarla benzer sonuçlar vermiştir.

Epilepsi hastalarının aile öyküleri göz önüne alındığında, hastaların %34,6'sında aile öyküsü varken, %65,4'ünde epilepsi öyküsüne rastlanmadı. Bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Yapılan çalışmalar, epileptik kişilerde pozitif aile öyküsünün 2,5-4 kat daha yüksek olduğunu göstermektedir.³⁴ Elde ettiğimiz veri diğer çalışmaları destekler niteliktedir.

İleri incelemeler için, hastaneye çağrılan hastalarının %63,5'inde EEG'de çeşitli bozukluklar saptandı. MR ve BBT bulguları birlikte değerlendirildiğinde hastaların %69,2'sinde

görüntülemesinde özellik saptanmazken, %30,8'inde görüntülemesinde ise çeşitli bozukluklar tespit edildi.

SONUÇ

Çalışmamızda elde ettiğimiz veriler, dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalardaki verilere benzer olarak bulunmuştur. Sosyoekonomik düzey yükseldikçe, hastalığın daha az görüldüğü dikkati çekmiştir. Bu durum pek çok faktörle açıklanabilir; düşük sosyoekonomik düzey beraberinde çalışma şartlarında zorlukları, travmaya daha çok maruz kalmayı, tıbbi hizmetlerden daha az yararlanmayı beraberinde getirir. Çalışmamızda, sosyoekonomik durumu kötü olan grupta anne baba akrabalığının ve ailede epilepsi öyküsünün daha sık olduğu dikkati çekmiştir. Elde edilen bulgular ışığında, sosyoekonomik durumu kötü olan grupta çevresel faktörlerle birlikte genetik faktörlerinde hastalığın daha sık görülmesine katkıda bulunduğunu düşündürmüştür. Ülkemizde toplumun sosyoekonomik düzeyinin yükselmesi, iş güvenliğinin artırılması, çalışma şartlarının iyileştirilmesi ve tıbbi hizmetlere daha kolay ulaşılması ile bu önemli hastalığın daha az görüleceği kolaylıkla öngörülebilir.

Bu çalışma, 2010 yılında Nevşehir'de yapılan 7. Ulusal epilepsi kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Çıkar çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. ILAE Commission Report. The Epidemiology of the epilepsies. Future directions. *Epilepsia* 1997;38(5):614-8.
2. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota:1935-1984 *Epilepsia* 1993;34(3):453-68.
3. Senanayake N, Roman GC. Epidemiology of epilepsy in developing countries. *Bull WHO* 1993; 71:247-58.
4. Banerjee PN, Filippi D, Hauser WA. The descriptive epidemiology of epilepsy a review. *Epilepsy Res* 2009;85(1):31-45.
5. Giussani G, Franchi C, Messina P, Nobili A, Beghi E, EPIRES Group. Prevalence and incidence of epilepsy in a well-defined

- population of Northern Italy. *Epilepsia* 2014;55(10):1526-33.
6. Karaagaç N, Yeni SN, Senocak M, Bozluoçay M, Savrun FK, Ozdemir H, et al. Prevalence of epilepsy in Silivri, a rural area of Turkey. *Epilepsia* 1999;40(5):637-42.
 7. Çalışır N, Bora I, Irgil E, Boz M. Prevalence of epilepsy in Bursa city center, an urban area of Turkey. *Epilepsia* 2006;47(10):1691-9.
 8. Akyüz A, Bekar D, Sümer H, Topalkara K, Topaktaş S, Dener Ş. Sivas il merkezinde tabakalı örneklem yöntemi ile gerçekleştirilen epilepsi prevalans çalışması. *Epilepsi* 1999;5(1):24-9.
 9. Tekeli H, Yaşar H, Kendirli MT, Şenol MG, Özdağ F, Saraçoğlu M. Genç Türk Erkeklerinde Epilepsi Prevalansı. *Epilepsi* 2012;18(1):1-6.
 10. Kılınçer A, Erdoğan Ç, Ergin A, Acar G, Şahiner T. The prevalence of epilepsy in Denizli city center. *Pam Med J* 2012;5(3):110-4.
 11. Velioglu SK, Bakirdemir M, Can G, Topbas M. Prevalence of epilepsy in northeast Turkey. *Epileptic Disord* 2010;12(1):22-37.
 12. Commission on Epidemiology and Prognosis International League Against Epilepsia. Guidelines for Epidemiologic studies on epilepsy. *Epilepsia* 1993;34(4):592-6.
 13. Olafson E, Hauser WA, Ludvigsson P, et al. Incidence and prevalence of epilepsy in rural Iceland. *Epilepsia* 1996; 37:951-5.
 14. Forsgren L. Prospective incidence study and clinical characterization of seizures in newly referred adults. *Epilepsia* 1990; 31:292-301.
 15. Cossu P, Deriu MG, Casetta I et al. Epilepsy in Sardinia, insular Italy: a population-based prevalence study. *Neuroepidemiology* 2012; 39:19-26.
 16. Ngugi AK, Kariuki SM, Bottomley C, Kleinschmidt I, Sander JW, Newton CR. Incidence of epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neurology* 2011;77(10):1005-12.
 17. Aydın A, Ergör A, Ergör G, Dirik E. The prevalence of epilepsy amongst school children in İzmir, Turkey. *Seizure* 2002; 11:392-396.
 18. Bharucha NE, Bharucha EP, Bharucha AE, et al. Prevalence of epilepsy in the Parsi community of Bombay. *Epilepsia* 1988; 29:111-5.
 19. Tsuboi T. Prevalence and incidence of epilepsy in Tokyo. *Epilepsia* 1988; 29:103-10.
 20. Maremmani C, Rossi G, Bonucille U, Murri L. Descriptive epidemiologic study of epilepsy syndrome in a district of northwest Tuscany, Italy. *Epilepsia* 1991; 32:294-8.
 21. Brodtkorb E, Sjaastad O. Epilepsy prevalence by individual interview in a Norwegian community. *Seizure* 2008;17(7):646-50.
 22. Bakaki PM, Koroukian SM, Jackson LW, Jeffrey M, Albert JM, Kaiboriboon K. Defining incident cases of epilepsy in administrative data. *Epilepsy Res* 2013; 106:273-9.
 23. Ferro MA. A population-based study of the prevalence and sociodemographic risk factors of self-reported epilepsy among adults in the United Kingdom. *Seizure* 2011; 20:784-8.
 24. Beilmann A, Napa A, Sööt A, Talvik I, Talvik T. Prevalence of childhood epilepsy in Estonia. *Epilepsia* 1999;40(7):1011-9.
 25. Koul R, Razdan S, Motta A. Prevalence and pattern of epilepsy (Lath/Mirgi/Laran) in Rural Kashmir, India. *Epilepsia* 1988;29(2):116-22.
 26. Yemadje LP, Houinato D, Quet F, Druet-Cabanac M, Preux PM. Understanding the differences in prevalence of epilepsy in tropical regions. *Epilepsia* 2011;52(8):1376-81.
 27. Kairiboriboon K, Bakaki PM, Lhatoo SD. Incidence and prevalence of treated epilepsy among poor health and low-income Americans. *Neurology* 2013; 80:1942-9.
 28. Yaman M, Şahin Ş, Yeni SN, Karaagaç N. Sporadik ve ailevi epilepsilerde etiyolojik risk faktörü karşılaştırması 2007;12(2):121-3.
 29. Neligan A, Hauser WA, Sander JW. The epidemiology of the epilepsies. *Handb Clin Neurol* 2012; 107:113-133.
 30. Guekht A, Hauser WA, Milchakova L, Churillina Y, Shpak A, Gusev E. The epidemiology of epilepsy in the Russian Federation. *Epilepsy Res* 2010;92(2-3):209-18.

31. Joensan P. Prevalance, incidance and classification of epilepsy in the Faroes. *Acta Neurol Scand* 1986; 74:150-5.
32. Li S, Schoenberg BE, Wang CC, et al. Epidemiology of epilpesy in urban areas of the people Republic of Chine. *Epilepsia* 1985; 26:391-4.
33. Lavados J, Germain I, Morales A et al. A descriptive study of epilepsy in the district of EL Salvador, Chile, 1984-1988. *Acta Neurol Scand* 1992; 91:718-29.
34. Annegers JF. Epidemiology and genetics of epilepsy. *Neurologic clinics* 1994; 12:15-29.



The Use of Simulation in Continuing Professional Development: A Comparison of Family Physicians' Awareness in Mersin and in Ann-Arbor

Sürekli Mesleki Gelişimde Simülasyon Kullanımı: Mersin ve Ann-Arbor Aile Hekimlerinin Farkındalığının Karşılaştırılması

Ibrahim Bashan^{*1}, Deborah Moulton Rooney², James Matthew Cooke³

ÖZET

Giriş: Türkiye’de, Sürekli Mesleki Gelişim (SMG) de simülasyon kullanımını teşvik etmek amacıyla, Türkiye’nin Mersin ilindeki aile hekimleri ile Amerika’nın Ann-Arbor bölgesindeki aile hekimlerinin eğitimlerinde simülasyon kullanımının, hangi eğitim metodlarında ve konu alanlarında fayda sağlayabileceğini belirlemek için SMG programlarında simülasyon ve kaynak kullanım alışkanlıkları araştırıldı. **Yöntem:** Mersin (MAHDER) ve Ann-Arbor (AFMRD) aile hekimleri derneklerine mail yoluyla değerlendirme anketleri gönderildi. Katılımcıların tamamladıkları anket, demografik verileri ve üç alanı kapsayan (SMG sebepleri, tercih edilen kaynaklar, öğrenim modaliteleri) 5 lik skalada değerlendirilen (5= en yüksek) 10 soruluk 2 kısımdan oluşmuştu. Katılımcıların ülke, cinsiyet, ve kariyerlerine göre temel faktörler ve puanlama farklılıkları many-facet Rasch tekniği kullanılarak değerlendirildi. **Bulgular:** 273 aile hekimi anketi tamamladı. Mersin ve Ann-Arbor daki aile hekimlerinin herikisi için de, SMG’ye katılımda en önemli faktör “yeni şeyleri denemeye isteklilik” idi. “Simülasyon temelli eğitimi” bir öğrenme şekli olarak, Mersin’deki aile hekimleri, “Ann-Arbor” daki aile hekimlerine göre daha önemli bulduklarını, ancak SMG’de daha az kullandıklarını belirttiler. Diğer sonuçlar ve uygulamalar tartışıldı. **Sonuç:** Bu bulgular, Mersin’deki aile hekimlerinin SMG’de simülasyon kullanımının önemli bir eğitim şekli olduğunun farkında olduklarını ancak yaygın olarak kullanmadıklarını göstermiştir. Bu durum Mersin’deki ve diğer gelişmekte olan ülkelerdeki aile hekimlerine yönelik yeni, simülasyona dayalı SMG müfredatının geliştirilmesi için fırsatlar olduğunu önermektedir.

Anahtar kelimeler: Simülasyon, SMG, aile hekimliği

ABSTRACT

Introduction: With the intent to promote using simulation in Continued Professional Development (CPD) in Turkey, we examined Turkish Family Medicines (FM) in Mersin and United States FMs in Ann-Arbor attitudes toward simulation and resources used in CPD programs to identify preferred teaching methods and subject areas that might benefit from the use of simulation for training. **Method:** A survey-based needs assessment was disseminated via email to FM Associations in Mersin (MAHDER) and in Ann-Arbor (AFMRD). Participants completed the 2-part survey that included demographics and 10 items across three domains (reasons for CPD, preferred resources, learning modalities) rated on 5-point rating scales (5=highest). Top factors and rating differences across participants’ country, gender, stage in career, were evaluated using a many-facet Rasch model. **Results:** Two-hundred, seventy-three FMs completed the survey. Top reason for participation in CPD was “Willingness to try new things” for both FMs in Mersin and Ann-Arbor. FMs in Mersin indicated “Simulation-based training” had higher importance as a learning modality than FMs in Ann-Arbor, but reported less use of simulation for CPD. Other detailed findings and their implications are discussed. **Conclusions:** Findings suggest that FMs in Mersin feel that simulation is an important educational modality for CPD but it is not widely employed. This suggests that there are opportunities for the development of novel, simulation-based CPD curricula targeted to FM physicians in Mersin, with potential expansion to other developing countries.

Key words: Simulation, CPD, family medicine

Received / Geliş tarihi: 28.01.2017, Accepted / Kabul tarihi: 14.02.2017

¹ Department of Medical Education, Faculty of Medicine, University of Mersin

² Department of Learning Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Michigan

³ Departments of Family Medicine and Learning Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Michigan

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: İbrahim Başhan, Department of Medical Education, Faculty of Medicine, University of Mersin-Turkey, E-mail: ibashan@yahoo.com

Bashan I, Rooney DM, Cooke JM. The Use of Simulation in Continuing Professional Development: A Comparison of Family Physicians’ Awareness in Mersin and in Ann-Arbor, TJFMPC, 2017;11(1): 29-37.

DOI: 10.21763/tjfmpe.295812

INTRODUCTION

Over the past two decades, there has been an exponential and enthusiastic adoption of simulation in healthcare education world-wide, with a focus in undergraduate and gradual educational programs. Increased demands on teaching faculty, expanding content, increased focus on patient safety and the increased technical expertise and expectation of students have led to a new paradigm of education in healthcare that increasingly involves technology and innovative ways to provide a standard curricula. Simulation using is rising in medical education to teach cognitive, psychomotor, and affective skills to individuals and groups, also allows for training in a controlled environment, with opportunities for planned practice and assessment for family medicines and also for all of the physicians.¹

Medical education in Turkey has a rich history. Currently, there are over 60 Medical Schools in Turkey, yet, most of them lack clinical simulation centers. Over the last decade, there has been increased interest in simulation, and some Turkish medical training programs have implemented simulation-based education, although the paucity of available literature indicates simulation is yet to be commonly practiced. Clinical simulation applications are being used for the purpose of improving the technical skills of students, residents and even trainers at private Universities.²⁻⁵ Simulation-based programs have also been adapted for training practicing physicians of hospital-based Emergency and Anaesthesiology departments, and adapted for in-house training on CPR (Cardiopulmonary Resuscitation).⁶ In spite of some interest in employing simulation-based training applications within Turkish academic medical centers for the benefit of basic and postgraduate medical programs, simulation-based training has not extended to continuing professional development programs.

CPD spans the period following basic medical and post-graduate training and continues throughout a doctor's professional career.⁷ CPD primarily focuses on three key points; life-long learning, continuous performance improvement, and qualifications lasting throughout the career,^{8,9} and is a critical tool for maintaining best practices in patient care across a nation's healthcare system.^{10,11} CPD prioritizes self-directed learning,

professional self-awareness, learning developed in context, multidisciplinary and multilevel cooperation, and an inquiry-based concept of professionalism. It also promotes physicians' awareness and accountability to patients, the community, managers and administrators, and often includes assessment which is internal, participatory and cooperative rather than external and objective.¹²

Many countries are now moving from a 'knowledge and skills based' CPD system, towards a system that promotes lifelong learning and continuous professional development.¹³ For example, the United Kingdom Department of Health identifies CPD as a way of maintaining standards of care, improving the health of the public, and hiring, motivating, and keeping high quality staff.¹⁴ The national Canadian guide to essential physician skills for optimal patient safety, the CanMEDS Physician Competency Framework, encompasses such CPD subjects as doctor-patient communication, multidisciplinary team skills and risk management, all of which are considered 'Skills for the New Millennium'.¹⁵ In spite of growing interest in CPD, there has been tremendous debate regarding the value of continuing medical education programs. Most concerns surround the potential bias and influence pharmaceutical and medical equipment suppliers may have on medical decision making.^{16,17} Ineffective CPD may account for the misalignment between evidence and practice and, perhaps, create significant delays between publication of evidence and change in standard of care. In Turkey, the Turkish Medical Association (TMA) has worked for a number of years to improve the quality of continuing professional education, and with that intent, has formed the Continuing Medical Education Accreditation Committee (CMEAC) to raise the perceived value and appeal of CPD activities for Turkish physicians.¹⁸ In order to identify the preferred CPD tools and techniques for the dissemination of best clinical practices is critical to improving CPD. In this context, it is important to gauge medical professionals' opinions toward the professional development practices. Inquiry may also help gain a deeper understanding of learners' motivation for, and preferred resources used in, their own professional development. Using this information, we might develop more engaging curricula that are better targeted to medical professionals' training needs.

Following a professional exchange program between Turkish and US physicians and medical education experts, authors from the two countries wished to gain a better understanding of family medicine physicians' educational needs, interests and use of simulation due to its adoption by other professional organizations for CPD. Despite many differences in medical practice identified through the exchange, most notably the significantly higher daily patient volume in Turkey and significantly higher documentation and regulatory requirements in the US, CPD needs were thought to be similar based on the common need for accurate and rapid data gathering, physical examination, medical decision making and coordination of care. The survey and analysis focussed on three domains;

- a) Why family physicians participate in continuing professional development,
- b) What preferences exist for CPD, and
- c) Whether simulation is a viable option for CPD among practicing physicians.

METHOD

Study Design

Following exempt determination by University of Michigan's Institutional Review Board, we performed a needs assessment across two Family Medicine Associations in Mersin-Turkey and Ann-Arbor-US. In independent but parallel studies, participants were recruited via the American Family Medicine Residency Directors (AFMRD) listserv in Ann-Arbor, and mass email via the Association of Family Physicians Association in Mersin (MAHDER).

The survey (Appendix A) consisted of two parts. Part I included five demographics questions, including participant's gender, age (a proxy for stage in career), professional role and specialty training. Part II consisted of two questions used to identify reasons for participating in CPD and preferred topics (with prompts to "select all that apply"), one question about the importance of learning modalities for CPD [rated from 1 (not important) to 5 (most important)], and additional four questions regarding continuing professional development, where participants were asked to rate their level of agreement with each statement using 5-point Likert rating scales ranging from 1 (strongly disagree) to 5 (strongly agree).

Statistical analysis

We summarize demographic information, reasons for participating in, and preferred topics in CPD, as frequencies. We analysed rating differences across participants' country, gender, stage in career, and

self-reported simulation participation level using the many-facet Rasch model which is a psychometric model for analyzing categorical data, such as answers to questions on a reading assessment or questionnaire responses, as a function of the trade-off between the respondent's abilities, attitudes or personality traits and the item difficulty.¹⁹ Analyses were performed using the Facets Software, v3.68.2.²⁰

RESULTS

A total of 276 participants completed the survey. With a response rates of 26.3% and 9.7%, in Mersin and Ann-Arbor, respectively. 208 FMs from Mersin in Turkey and 68 FMs from Ann-Arbor in US participated. Demographic information is displayed in Table 1.

The majority of Turkish participants self-identified as general practitioner, while the majority of US participants were FMs. Mean participant ages were 39.3 and 46.3 years old for Turkish and US participants, respectively. The majority of all participants (89.9%) were early- to mid-career physicians.

Additionally, US FMs in Ann-Arbor had more experience in simulation-based education for CPD, with a majority (54%) self-reporting their experience as Sometimes or Often. Fewer Turkish participants in Mersin (24%) self-reported their simulation-based experience in these higher categories, while 26% and 38% of US and Turkish participating FMs reported no simulation-based education experiences in CPD, respectively. Why do FMs Participate in CPD?

As summarized in Figure 1, when asked why physicians participate in CPD, physicians' top two rated reasons were "Willingness to try new things," [Mersin, n = 165 (79%), Ann-Arbor, n = 63 (95%)] and "Training to provide a new service/procedure," [Mersin, n = 154 (74%), Ann-Arbor, n = 45 (68%)].

"Employment requirement" was the least endorsed reason to participate in CPD for Turkish FMs in Mersin. Relatively few Turkish FMs [38 (18%)] selected this reason when compared to 38 (58%) of US FMs in Ann-Arbor. Inversely, "Extra income" was the least endorsed reason to participate in CPD for US FMs. Relatively few US FMs in Ann-Arbor 5 (8%) selected this reason when compared to 79 (38%) of Turkish FMs in Ann-Arbor. Six (3%) of Turkish physicians added "Other" reasons to engage in CPD, including "to remember medical knowledge that I don't use frequently," "to be notified of updated applications," "adapting to change," and "to network

with other health professionals.” 9 (14%) US respondents’ added similar reasons included “keeps

me sharp as a teacher,” “desire for

Table 1. Summary of participant characteristics by country

Characteristic	Mersin <i>n</i> = 208	Ann-Arbor <i>n</i> = 68
Sex		
Male	125 (60 %)	30 (44 %)
Female	85 (40 %)	35 (52 %)
Undesignated		3 (4 %)
Age (years)		
Mean Age	39.3 (7.9)	46.3 (12.6)
Early (<34)	56 (27%)	8 (12%)
Early-Mid (35-44)	90 (43%)	23 (34%)
Mid (45-54)	58 (28%)	13 (19%)
Mid-Late (55-64)	4 (2%)	16 (23%)
Late (>65)	–	2 (3%)
Undesignated	–	6 (9%)
Professional Role		
Family Medicine Resident	25 (12 %)	–
Family Medicine Physician	–	30 (44 %)
Family Medicine Academic	7 (3 %)	–
Family Medicine Specialist	19 (9 %)	15 (22 %)
General Practitioner	157 (76%)	–
Undesignated	–	23 (34%)

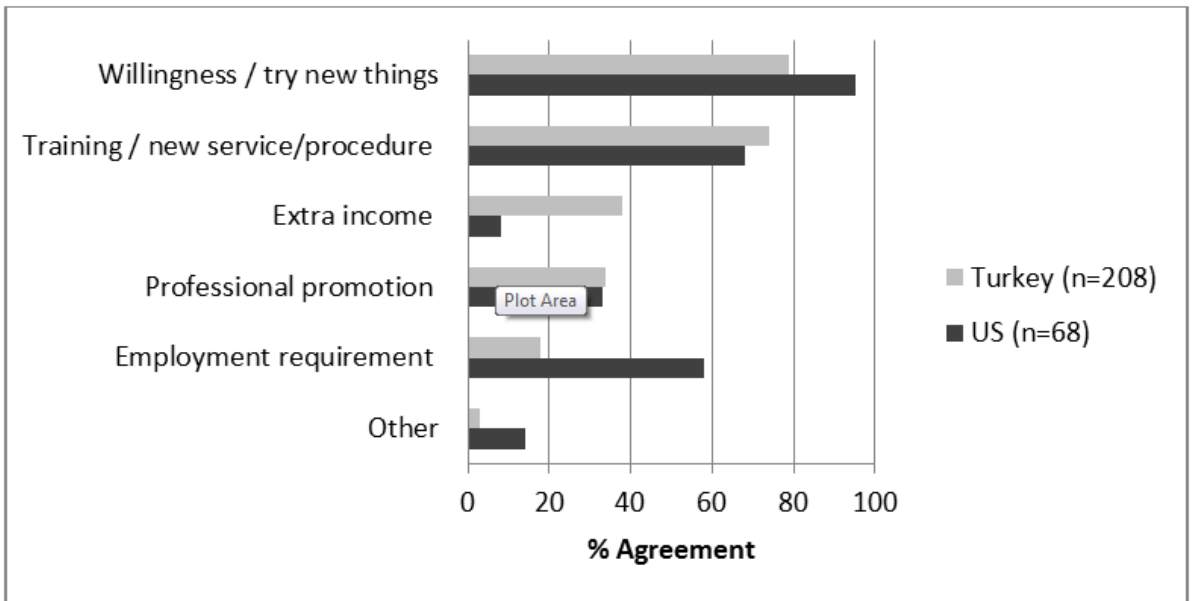


Figure 1. Mersin in Turkey and Ann-Arbor in United States FMs' reasons to engage in CPD by frequency

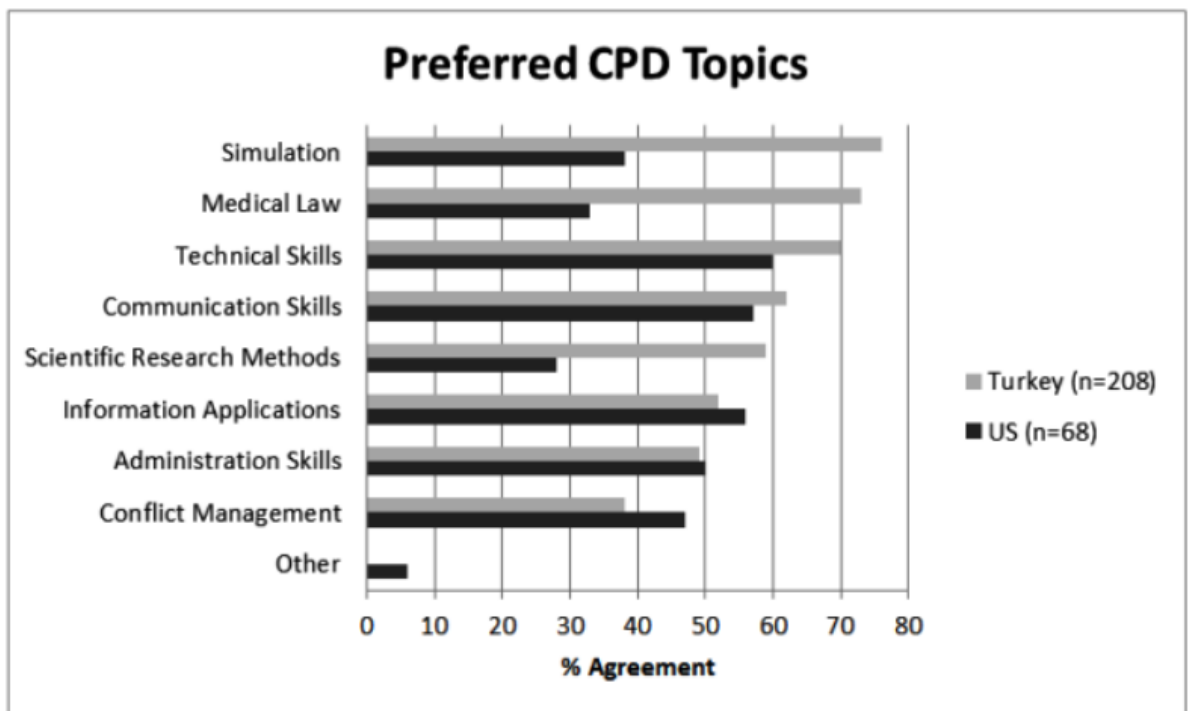


Figure 2. Mersin in Turkey and Ann-Arbor in United States FMs' preferred CPD topics

excellence,” and “ability to network with colleagues.”

When reviewing differences across all participants’ stage in career there were differences identified for two items, both $p = .001$. For mid-to-late stage career FMs ($n = 20$, age ranging from 55 to 64, Mean = 60 years old), 50% cited “Employment requirement” for reason to engage in CPD, while only 11.3% of all others ($n = 256$, age ranging from 20 to 54, Mean = 48 years old) cited this as a reason, $p = 0.001$. Reflexively, only 11.7% of the mid-to-late stage career family physicians cited “Training to provide a new service/procedure” for a reason to engage in CPD, while 65% of all others cited this as a reason to engage in CPD.

Importance of CPD for professional proficiency. When participants were asked how important CPD was for professional proficiency, opinions varied across nationality. A higher percentage of Turkish participants believed that CPD is necessary for professional proficiency, with 64% participants endorsing Highly important or Most important, compared to US participants, where 17% of participants endorsed Highly important or Most important. 71% of US participants rated CPD Less important or Somewhat important for professional proficiency.

In spite of this difference, Turkish and US respondents did agree that receiving updates related to current best practices during CPD benefitted clinical practice with 90% of participants from both countries agreeing with Highly important or Most important.

What are FMs Preferences Regarding CPD?

Preferred Topics. When asked, which topics should be included in continuing professional development, there were differences in countries’ preferences. The top three topics for Turkish respondents were “Simulation application in clinical education,” “Medical law,” and “Technical skills development” with at least 145 (70%) participant selection for all. The top-rated topics for US respondents were “Technical skills development,” “Communication skills,” and “Information management” with 49 (60%), 39 (57%) and 38 (56%) respective selection rates (Figure 2).

The least preferred topic for Turkish participants was “Conflict management skills,” with

80 (38%) Turkish FMs believing the topic should be included in CPD. The least preferred topic for US participants was “Scientific research methods” ($n = 19$, 28%).

Preferred Resources. When asked to rate the resources FMs used for their own continuing professional development, there were significant differences found across the two countries. Turkish participants indicated “Online Magazines/Books,” “Meetings/ Courses/ Seminars,” and “Specialist Opinion” were at least Sometimes used, with Mean ratings of 3.6, 3.4 and 3.3, respectively. US participants indicated “Clinical Simulation,” “Web/Computer-based Simulation,” and “Textbooks” were most utilized resources, and Often used, as with Mean ratings of 4.0, 3.8 and 3.5, respectively (Table 2).

A small number of participants from Mersin ($n = 4$, 2%) and Ann-Arbor ($n = 6$, 9%) self-reported high levels of personal participating in simulation (Often or Mostly used). These participants, indicated statistically higher usage ratings for “Web/Computer-based simulation” ($n = 10$, $M = 3.5$, $SD = 0.7$) than all other participants ($n = 263$, $M = 2.6$, $SD = 1.2$), $p = 0.01$. There were no other significant differences found for the resources used for CPD.

Preferred delivery mechanism. When asked to rate the importance of six delivery mechanisms employed in CPD, there was mixed agreement across countries. Turkish and US participants indicated “Simulation-based training” was at least Somewhat important, with mean ratings 3.3 and 3.9, respectively. In spite of this agreement about simulation, the countries’ participants did not agree on the top-rated learning mechanism in CPD. Turkish physicians rated “Medical congress/symposium” as the most important delivery mechanism [$M = 3.9$ (0.8)], while US participants considered “Drug company meetings” as Most important [$M = 4.7$ (0.9)] (Table 3).

Preferred retraining frequency. When asked how often should CPD courses be repeated, there was reasonable agreement across countries, with largest percentage of Mersin FMs (59, 29%) and Ann Arbor participants (25, 42%) selecting “Every 2 years” as their preferred CPD frequency.

Table 2. Comparison of Mersin and Ann-Arbor FMs use of resources used during CPD, scored on a 5-point scale (1=none, 5=mostly).

Resource	Mersin Mean (SD) (n = 208)	Ann-Arbor Mean (SD) (n = 68)	P-value
Published periodical (magazine)	2.4 (1.1)	2.3 (0.8)	0.52
Textbooks	2.5 (1.2)	3.5 (0.9)	0.01
Online magazines/Books	3.6 (0.9)	2.5 (0.9)	0.01
Clinical simulation	2.6 (1.1)	4.0 (1.1)	0.01
Web/Computer-based simulation	2.3 (1.1)	3.8 (1.3)	0.01
Meetings/Courses/Seminars	3.4 (1.0)	2.4 (0.9)	0.01
Specialist opinion	3.3 (0.7)	2.9 (0.9)	0.01

Table 3. Comparison of Mersin and Ann-Arbor FMs' ratings of CPD delivery mechanisms, scored on 5-point scale.

Delivery Mechanism	Mersin Mean (SD) (n = 208)	Ann-Arbor Mean (SD) (n = 68)	P-value
Simulation-based training	3.9 (0.91)	3.3 (1.00)	n. s.
Medical congress/ Symposium	3.9 (0.78)	2.9 (1.00)	0.004
On-unit training	3.8 (0.76)	2.6 (1.02)	0.001
Conference	3.8 (0.76)	2.2 (0.89)	0.001
Web-based training	3.7 (0.79)	3.0 (1.04)	0.004
Drug company meetings	3.0 (0.85)	4.7 (0.93)	0.001

What are FMs Opinions toward Simulation in CPD?

When asked to rate their agreement with two statements, there was high agreement across countries. When asked to rate their agreement with the statement "Training programs that employ simulation applications are important for patient safety," Mersin and Ann Arbor participants' mean ratings were 4.1 (SD = 0.89), and 3.9 (SD = 1.18),

respectively, both aligning with Highly important. Similarly, Mersin and Ann Arbor FMs thought "Clinical simulation should be included in CPD programs," with mean ratings of 3.9 (SD = 0.95), and 3.8 (SD = 0.99), respectively. No statistical differences were found across nationality, gender, or stage in career.

DISCUSSION

Findings from our work offer insights on FMs in Mersin and Ann-Arbor opinions toward CPD. We highlight findings from the three overarching domains, and the possible implications from these findings.

Why do FMs Participate in CPD?

Although participating physicians' motivation to engage in CPD seemed to be founded on their own willingness to try new things, there are differences to consider regarding motivators and incentives to engage in CPD. First, perceived value of CPD seemed to vary across nationality. The majority of Turkish FMs (64%) felt that CPD was highly important for professional proficiency, while a majority of the US FMs (71%) rated CPD as less important or somewhat important for professional proficiency. Second, stage in career seemed to influence FMs' motivation to engage in CPD, similar to Pool and colleagues' findings from their study of nurses' opinions toward CPD.²¹ Most notable, later stage physicians (> 55 years old) from both Mersin and Ann-Arbor cited "Employment requirement," while early-middle stage career physicians cited "Training to provide new service/procedure" as the top reason to engage in CPD, suggesting that some CPD curricular content and/or delivery methods could be better targeted to later-stage physicians to improve relevance and perhaps, overall value. Finally, our findings indicate that motivation to engage in CPD in Mersin could be tied to pay incentives, different from Ann Arbor, where CPD is an employment requirement.

What are FMs Preferences Regarding CPD?

Findings indicated Turkish FMs prefer to use conferences, peer-specialists, and web-accessed periodicals as resources, while US FMs prefer to use web-based and simulation-based resources. When reviewing differences across self-reported simulation participation levels, the few participants who self-reported higher level of simulation participation in CPD had higher ratings toward "Web/Computer-based simulation" than all other participants. They also reported their use of web/computer-based simulation higher than clinical simulation-based education. These ratings were not significantly different from those for less "simulation savvy" physicians, likely stemming from American Board of Family Medicine requirement for regular computer-based simulation, called Simulation Activity Modules or SAMs, that are linked to recurring Maintenance of Certification requirements.²² This may also be due to the lack of skill-based clinical simulation activities available to family physicians for CPD. Regarding preferred delivery mechanism, Mersin FMs rated "Medical

congress/ symposium" as the most important delivery mechanism, while Ann Arbor participants considered "Drug company meetings" as most important. Regardless of nationality, participants prefer "every 2 years" as their preferred CPD frequency.

What are FMs Opinions toward Simulation in CPD?

Turkish and US participants agreed that training programs that employ simulation applications are important for patient safety, and clinical simulation should be included in CPD programs. No statistical differences were found across nationality, gender, or stage in career.

There are limitations related to the inferences we make of the study's findings. First, in spite of our efforts at maximizing the sample by capturing data via nationally-recognized family medicine associations, the sample size was still relatively small. The associations targeted for the purpose of the survey sampled family physicians, residents and general practitioners in Mersin compared with family physician educators involved in residency education among the Ann Arbor cohort. This difference was also represented in the relatively older mean age and self-description as family physician specialist of Ann Arbor cohort compared with the younger and higher proportion of general practitioners among the Mersin cohort. Other differences may have included licensing and certification requirements, regional credentialing requirements and general educational expectations and traditions, but the sample was geographically broad enough to represent CPD perspectives and trends for the two countries. For the purpose of this study, the smaller sample size may not fully reflect the opinions of FMs in Mersin and Ann Arbor. Therefore, the inferences we make in this research are limited given the scope of the available evidence.

Despite the limitations, there are some telling themes with potential implications for CPD design. Although the evolving motivations to participate in CPD throughout the stages of a medical career is similar among FMs in Mersin and Ann Arbor, preferred resources and CPD delivery methods were significantly different, though skill-based and computer-based simulation were preferred methods by both groups.

With the mounting evidence for simulation as a superior method for knowledge, skill, behavior outcomes as well as a growing body of evidence for improved patient outcomes, both educational efficacy and desirability must be considered by those producing CPD programs and for certification and licensing bodies requiring CPD. As is the case

with all education, understanding the goals or desired outcomes, understanding the audience, harnessing optimal delivery methods, utilizing self-assessment and continuous improvement of the intervention are all critical for long-term success.

Although the motivations to participate in CPD throughout the stages of a medical career was similar among the sampled FMs from Mersin and Ann Arbor, preferred resources and CPD delivery methods were significantly different. Capturing opinions of targeted physicians can improve our understanding of learners' targeted goals, desired outcomes, and preferred delivery methods. This knowledge can be used to apply readily-accepted best practices in CPD, and facilitate continuous improvement of CPD programs in Mersin and other developing countries.

REFERENCES

- Motola I, Devine LA, Chung HS, Sullivan JE, Issenberg SB. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. *Med Teach* 2013;35(10):1511-1530.
- Kurdak H, Altintas D, Doran F. Medical education in Turkey: past to future. *Med Teach* 2008;30(8): 768-773.
- World Federation for Medical Education (WFME) and For Advancement of International Medical Education and Research (FAIMER). <https://search.wdoms.org/>. Accessed September 23, 2015.
- Description of simulators for medical learners. Acibadem University. <http://case.acibadem.edu.tr/tr-tr/Sayfalar/Mezuniyet-Oncesi.aspx>. Accessed September 23, 2015.
- Center of Advanced Simulation and Education (CASE). Acibadem University. <http://case.acibadem.edu.tr/tr-tr/Sayfalar/Mezuniyet-Sonrasi.aspx>. Accessed September 23, 2015.
- Adult Basic and Advanced Life Support Applications. <http://birincibasamak.org/yazarlarimizdanhandanbirbicereristemileriyasdesApr2015tr.php>. Accessed September 23, 2015.
- MacCarrick GR. A practical guide to using the World Federation for Medical Education (WFME) standards. *WFME 1: mission and objectives*. *Ir J Med Sci* 2010;179(4):483-487.
- Karim SI, Irfan F, Qureshi R, Naeem N, Alfari EA. Evaluation of continuing professional development program for family physicians. *Pak J Med Sci* 2013;29(2):458-463.
- Basic Medical Education. World Federation for Medical Education (WFME) Global Standards for Quality Improvement. Copenhagen, 2003. <http://www.wfme.org>. Accessed March 11, 2008.
- Brown CA, Belfield CR, Field SJ. Cost effectiveness of continuing professional development in health care: a critical review of the evidence. *BMJ* 2002;324:652-655.
- François P. The via crucis of continuing professional development. *Press Med*. 2014;14:353-354.
- Brigley S, Young Y, Littlejohns P, McEwen J. Continuing education for medical professionals: a reflective model. *Postgrad Med J* 1997; 73:23-26.
- Murgatroyd G. Intelligence unit research. Continuing professional development, the international perspective. http://www.gmcuk.org/CPD_The_International_Perspective_Jul_11.pdf_44810902.pdf. Accessed November 11, 2015.
- Department of Health. Our healthier nation: a contract for health. London. 1998. <https://www.gov.uk/government/publications/our-healthier-nation-a-contract-for-health>. Accessed October 17, 2014.
- The CanMEDS 2000 Project; Skills for the new millennium: report of the societal needs working group. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada's Canadian Medical Education Directions. https://www.surgeons.org/media/301671/canmeds_e.pdf. Accessed on November 11, 2015.
- Davis D, Galbraith R. Continuing medical education effect on practice performance: effectiveness of continuing medical education: American college of chest physicians evidence-based educational guidelines. *Chest* 2009;135(3):42-48.
- Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evid Rep Technol Assess* 2007; 149:1-69.
- Yaman H. Continuing medical education in Turkey: Recent developments. *BMC Med Educ* 2002; 19(2):6.
- Rasch, G. Probabilistic models for some intelligence and attainment tests. Chicago, IL: The University of Chicago Press; 1980.
- Linacre. JM. Facets® Many-Facet Rasch Measurement Software, version 3.67. Chicago, IL: MESA Press; 2010.
- Pool IA, Poell RF, Berings MG, ten Cate O. Strategies for continuing professional development among younger, middle-aged, and older nurses: a biographical approach. *Int J Nurs Stud* 2015;52(5):939-950.
- Description of American Board of Family Medicine Simulation Activity Modules. <https://www.theabfm.org/moc/part2.aspx>. Accessed October 22, 2015.



Brief Report/ Kısa Rapor

Retrospective Analysis of Green Coloured Prescriptions Issued in A Family Medicine Unit

Bir Aile Hekimliği Biriminde Düzenlenen Yeşil Reçetelerin Geriye Dönük İncelenmesi

Onur Öztürk*¹, Gülşah Öztürk²

ÖZET

Amaç: Yeşil reçete sistemi, psikotrop madde ve müstahzarlarının, tedavisinde ihtiyaç duyulan hastaya, doktor tarafından yazılarak kontrollü kullanımını sağlamak amacıyla uygulanmaktadır. Bu çalışmada, aile hekimliği biriminde belirli bir zaman aralığında düzenlenen yeşil reçetelerin analiz edilmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Çalışma kesitsel, tanımlayıcı ve retrospektif olarak tasarlanmış olup, bir aile hekimliği biriminin Ağustos 2015- Aralık 2016 tarihleri arasındaki yeşil reçete kayıtları incelenmiştir. **Bulgular:** Bütün hastaların 8/1000'ine yeşil reçete düzenlenmiş olup, yazılan bütün reçetelerin 7/1000'i yeşil reçetedir. En çok yeşil reçete düzenlenen ilaç Klonazepam olup reçete başına en çok kutu yazılan ilaç Fenobarbital'dir. **Sonuç:** Yeşil reçete ciddi sorumluluklar taşıyan bir sistemdir, takibi önem arz etmektedir.

Anahtar kelimeler: Yeşil reçete, psikotrop, takip

ABSTRACT

Objective: Green Coloured Prescription system is carried out in order to ensure the controlled use of psychotropic substances and patent-medicines by issuing them only by a physician to the patient for his/her treatment. In this study, it is aimed to analyze the green coloured prescriptions which are arranged at a certain time interval in the family medicine unit. **Methods:** The study has been designed as a cross-sectional, descriptive and retrospective study and the green coloured prescription records of a family medicine unit between the dates of August 2015 – December 2016 were investigated. **Results:** Among all patients 8 out of 1000 were prescribed with green coloured prescription while among all issued prescriptions 7 out of 1000 were green coloured prescription. The medication which was mostly prescribed as green coloured prescription was Clonazepam. Phenobarbital was the most-prescribed medication per prescription. **Conclusion:** The green coloured prescription is a system bearing serious responsibilities, therefore, its tracking is highly important.

Key words: Green coloured prescription, psychotropic, tracking

Received / Geliş tarihi: 30.12.2016, Accepted / Kabul tarihi: 10.02.2017

¹ Samsun Asarcık Meydan Aile Sağlığı Merkezi

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

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

E-mail: dr.onurozturk@yahoo.com

Öztürk O, Öztürk G., Bir Aile Hekimliği Biriminde Düzenlenen Yeşil Reçetelerin Geriye Dönük İncelenmesi, TJFMPC, 2017;11(1): 38-42.

DOI: 10.21763/tjfm.295890

GİRİŞ

Yeşil reçete sistemi uygulamasına; psikotrop madde ve müstahzarlarının, tedavisinde ihtiyaç duyulan hastaya, doktor tarafından yazılarak kontrollü kullanımını sağlamak amacıyla, Sağlık Bakanlığınca çıkarılan tamimlerle 1986 yılında başlanmıştır.¹ Ülkemizde, tıbbi amaçla kullanılmak üzere, yasal ticarete bulunan psikotrop madde ve müstahzarların kötüye kullanılma potansiyeli bilinmektedir.²

Türkiye'deki yönetmeliklere göre ilaçlar, yeşil, kırmızı, mor, turuncu veya normal (renksiz) reçetelerle tedarik edilmektedir. Yeşil reçeteler, kendinden kopyalı üç nüshalı ve seri numaralıdır. Sadece Sağlık Bakanlığı tarafından bastırılmakta olup; il Sağlık Müdürlüklerinin talepleri doğrultusunda, İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nce tahsisat verilmektedir. Yeşil reçeteye tabi ilaçların tüm formlarının (ampul, tablet, damla) reçetelendirilmesinde, her bir yeşil reçeteye, aynı etken maddeyi içeren ilaçlardan en fazla 2 kutu yazılabilmektedir. Bu miktarın üzerindeki ilaçların reçetelendirilmesi, hastalık tanısı ve ilaç kullanım doz şemasını içeren ilgili (Klinik/Bilim Dalı/ Anabilim Dalı) sağlık kurulu raporunun reçeteye eklenmesi suretiyle yapılmaktadır.^{1,2}

Türkçe literatürde, yeşil reçete ile ilgili yeterli araştırma yazısı yazılmamış olması, konunun spesifikliğini göstermektedir. Bu çalışmada, aile hekimliği biriminde belirli bir zaman aralığında düzenlenen yeşil reçetelerin analiz edilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışma kesitsel, tanımlayıcı ve retrospektif olarak tasarlanmıştır. Samsun ili, Asarcık ilçesi 5503006 no'lu aile hekimliği biriminin, Ağustos 2015- Aralık 2016 tarihleri arasındaki yeşil reçete kayıtları incelenmiştir. Çalışmanın evrenini ilgili aile sağlığı merkezi biriminde nüfusa kayıtlı 3444 kişi oluşturmaktadır. Arşivdeki gerekli belgeler incelendiğinde, ilgili tarihler arasında 69 adet yeşil reçete düzenlendiği görülmüştür. Yeşil reçete düzenlenen hastaların, isim, T.C kimlik numarası, protokol numarası, yeşil reçete numarası gibi özel verileri paylaşılmamış olup, reçete edilen ilaçların piyasa isimleri de belirtilmemiştir. Kullanılan parametreler ise, hastalara ait yaş, cinsiyet, tanı, reçete edilen ilaç/ilaçların içerdikleri etkin maddeler ve kutu sayısı ile sınırlıdır. Veriler, SPSS 20.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Bulguların tanımlanmasında sıklık değerleri, nitel verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır, p değeri yüzde 5'in

altında olması halinde ilişki anlamlı kabul edilmiştir.

Çalışmaya başlamadan önce, Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izin alınmış, etik kurul izni ise, 22.12.2016 tarihinde Ondokuz Mayıs Üniversitesi klinik araştırmalar etik kurulunca çıkarılmıştır.

BULGULAR

Mevcut aile hekimliği biriminde, ilgili zaman aralığında genel toplamda 3183 farklı kişiye, 8891 adet reçete düzenlenmiştir. Bunlar arasında 26 farklı kişiye toplam 69 adet yeşil reçete düzenlenmiştir. Bu verilere göre; bütün hastaların 8/1000'ine yeşil reçete düzenlenmiş olup, yazılan bütün reçetelerin 7/1000'i yeşil reçetedir.

Olguların, %34,6'sı (n=9) erkek, %65,4'ü (n=17) kadındı. Erkeklerin yaş ortalaması 32,00 ± 18,11 (min 4- max 61), kadınların yaş ortalaması ise 39,05 ± 25,62 (min 1- max 75) idi ve aralarındaki fark önemsizdi (p=0,471).

En çok yeşil reçete düzenlenen ilaç, %38,0'lık oranla Klonazepamdı. Yine, kutu sayısı olarak en çok yazılan ilaç, %53,9'luk oranla Klonazepamdı. Yeşil reçete başına, en çok kutu yazılan ilaç ise, 6,6 kutu ile Fenobarbital olmuştur. Yeşil reçete edilen bütün ilaçlara ait, reçete ve kutu sayısı bilgileri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Yeşil reçetelerde en sık belirtilen tanı, %46,1'lik oranla Epilepsi olmuştur. Bunu, %23,0'lık oranla kronik ağrılar takip etmektedir (Tablo 2).

Anksiyete bozukluğunda alprazolam, depresif bozuklukta alprazolam, epilepside klonazepam, kronik ağrıda tramadol, kronik öksürükte kodein + dionin, serebral palside klonazepam, şizofrenide biperiden HCI ve uyku bozukluğunda alprazolam en sık reçetelenen ilaçlardır (Şekil 1).

TARTIŞMA

Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden edinilen bilgiye göre, 2015 yılı içerisinde Samsun'da toplam 39271 adet yeşil reçete düzenlenmiştir. Türkiye İstatistik Kurumu'ndan edinilen bilgiye göre ise, 2015 yılında Samsun'da toplam 2649 hekim çalışmıştır.³ Mevcut verilere göre, Samsun'da 2015 yılında hekim başına düşen yeşil reçete sayısı 15,2 olarak hesaplanmaktadır. Bu sayı, çalışmamızdaki yeşil reçete sayısının (n=69) oldukça altındadır. Bunun nedeni ise hekimlerin branşı ve çalıştıkları kuruma göre hasta görme sayılarındaki farklılıktır. Aile hekimliği sistemi, doktorla hastayı sıkça görüştüren, kronik hasta takibini odak nokta haline getiren bir uygulamadır.

Tablo 1. Yeşil reçetelerdeki ilaçların reçetelenme ve kutu sıklığı

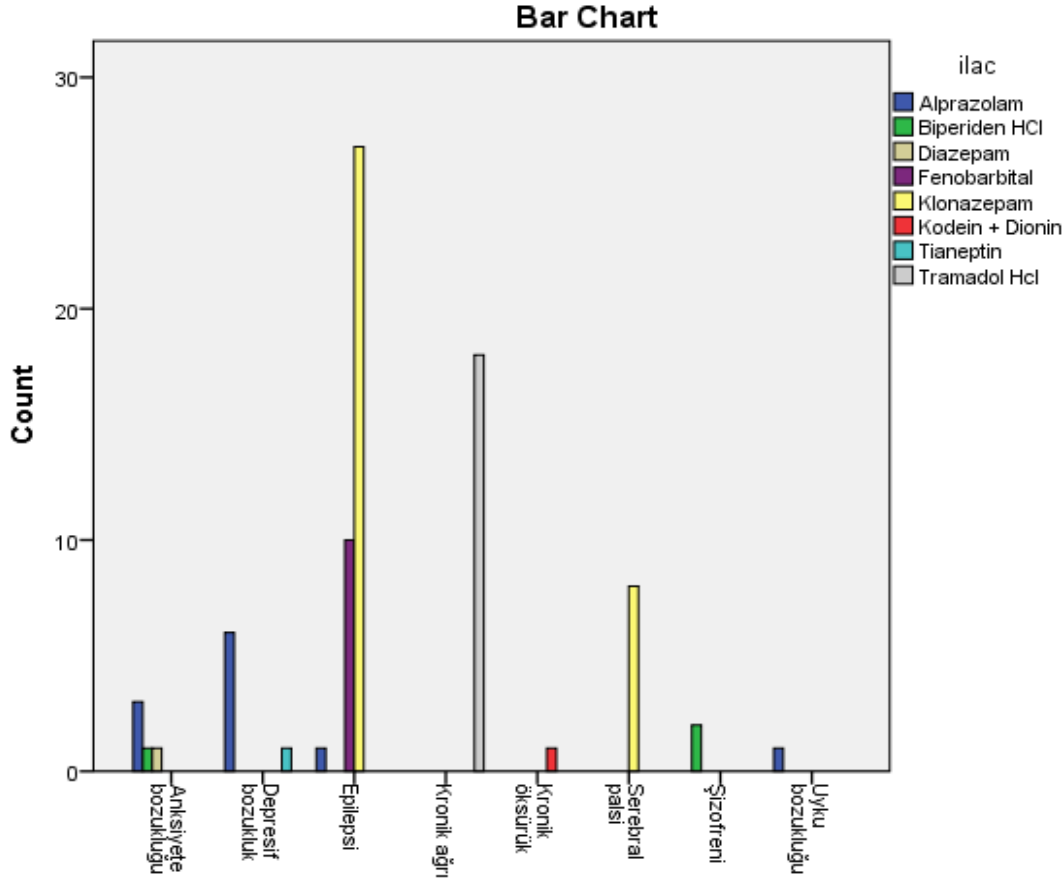
		Reçete sayısı	Reçete yüzdesi	Kutu sayısı	Kutu yüzdesi	Reçete başına kutu adedi
İlaç	Alprazolam	10	14,2	13	5,1	1,3
	Biperiden HCL	3	4,2	6	2,3	2,0
	Diazepam	1	1,4	1	0,3	1,0
	Fenobarbital	10	14,2	66	26,1	6,6
	Klonazepam	27	38,0	136	53,9	5,0
	Kodein +Dionin	1	1,4	1	0,3	1,0
	Tianeptin	1	1,4	1	0,3	1,0
	Tramadol Hcl	18	25,3	28	11,1	1,5

Tablo 2. Yeşil reçetelerdeki tanıların sıklığı

		Sayı	Yüzde
Tanı	Anksiyete bozukluğu	5	6,4
	Depresif bozukluk	7	8,9
	Epilepsi	36	46,1
	Serebral palsi	8	10,2
	Kronik ağrı	18	23,0
	Kronik öksürük	1	1,2
	Şizofreni	2	2,5
	Uyku bozukluğu	1	1,2

Tablo 3. Yeşil reçeteye tabi ilaçlar⁵

Biperiden	Zopiklon
Alprazolam	Ketamin
Lorazepam	Klidinyum + psikoleptikler
Diclofenak kombinasyonları	Diğer antispazmodikler + psikoleptikler
Tramadol ve kombinasyonları	Fenobarbital
Kodein ve kombinasyonları	Klonazepam
Midazolam	Mefenamik acit
Diazepam	Tianeptin
Tiyopental	Potasyum klorazepat
Etomidat	



Şekil 1. Yeşil reçetelerdeki tanı ve ilaç ilişkisi

Yeşil reçete sistemi, Tablo 3'te gösterilen ilaçların daha rasyonel ve bilinçli kullanımını sağlamak, amaç dışı kullanımını, kaçığa kaymasını, bağımlılık yapmasını önlemek üzere oluşturulmuştur. Tablo 3'teki ilaçlar birçok kez güncellenmiştir, tedavi ve takipteki gelişmeler doğrultusunda güncellenmeye de devam edecektir. Örneğin; amitriptilin, barbeksaklon gibi birçok ilacın daha yeşil reçete kapsamına alınması gerektiği ile ilgili görüşler mevcuttur.^{2,4}

Demircan ve arkadaşlarının İstanbul'da kontrole tabi ilaç kullanımını araştırdıkları çalışmaya göre, yeşil reçete yazılan hastaların %55,4'ü kadındı ve hastalar ağırlıklı olarak 45-64 yaş arasında idi. Psikiyatristler %37,6 'lık oranla en sık yeşil reçete yazan hekim grubunu oluşturmaktadır. Aile hekimleri ise bu listede %1,9'lük bir oranı kapsamaktadır. Yeşil reçetelere yazılan tüm ilaçların dağılımına bakıldığında psikoleptikler %56,1 ile ilk sıradadır, ikinci sırada ise %13,2 ile anti epileptikler bulunmaktadır.⁶

Akıcı ve ark'nın, cerrahi operasyonla ilişkili kontrole tabi reçeteleri değerlendirdiği

çalışmalarında, kadın reçete sahibi oranı %58,8 bulunmuştur, ayrıca %55,5 ile en sık yazılan ilacın tramadol olduğunu saptamışlardır.⁷

Cinsiyet yüzdesi bakımından, çalışmamızdaki vaka grubu diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir, fakat çalışmamızdaki yaş ortalaması daha düşük bulunmuştur. Daha az vaka olması ve çok küçük yaşlardaki hastaların fazlalığı bunun sebebi olabilir. Çalışmamızda, en sık reçete edilen ilacın ise bir anti epileptik olan Klonazepam olduğu tespit edilmiştir. Hiperkinetik bozuklukların, çocukluk döneminde, anksiyete ve depresif bozuklukların da erişkin dönemde daha sık karşılaşılan yeşil reçete tanıları olduğu bilinmektedir.^{8,9} Çalışmamızdaki reçetelerde, en sık girilen tanı olan epilepsi hastalığı da kendisini sıkça hiperkinetik süreçlerle göstermektedir. Yeşil reçete başına en çok kutu yazılan ilacın Fenobarbital olduğunu tespit ettik. Reçete başına yazılan kutu sayısını, ilacın raporlu olup olmaması ve yazılabilecek maksimal dozu etkilemektedir.

İngilizce literatürdeki "Green Prescription", Türkiye'deki yeşil reçetelemeyi ifade etmemektedir. "Green Prescription" genel pratisyenler tarafından, fiziksel aktivitedeki artışı

teşvik etmek için, sedanter hastalara verdikleri bir reçetedir. Hastanın yürüyüş yapmak için, haftada kaç gününü ve kaç dakikasını ayırması gerektiğini belirtir.^{10,11} Bu yüzden, ilgili konudaki ulusal çalışmalarımızı İngilizce'ye "Green Coloured Prescription" olarak çevirmek daha uygun gözükmektedir.

Yaptığımız çalışmanın, tek merkezli olması ve yeşil reçete hastası popülasyonunun çok geniş olmaması, en büyük kısıtlılığımızdır. Buna rağmen, Türkçe literatürde, hele ki birinci basamakta benzer çalışmanın çok nadir olması, konuya ilgiyi arttıracaktır.

SONUÇ

Birimimize ait kayıtların incelendiği bu araştırma ile, suistimale çok açık olan bazı ilaçların kontrol altına alınması için geliştirilen yeşil reçeteye dikkat çekilmiştir. Yeşil reçete, hemen her klinisyenin düzenlediği, ciddi sorumluluklar taşıyan bir sistemdir. Uygun şekilde düzenlenmesi ve muhafazası önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kontrole tabi madde ve müstahzarlara ilişkin reçeteler hakkında 2016/3 sayılı genelge. <http://www.titck.gov.tr/PortalAdmin/Uploads/UnitPageAttachment/ej3Yh5a5.pdf>. Erişim 10.12.2016
2. Sezgin E, Evren C, Çınar ÖG, Küçükgöncü S, Bayram MK. Antiepileptik barbeksaklon (maliasin®) bağımlılığı olan iki olgu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23:128-132.
3. Sağlık Personelinin İllere Göre Dağılımı. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095. Erişim tarihi: 26.01.2017.
4. Okur N. Amitriptilin zehirlenmesi nedeniyle yatan olguların değerlendirilmesi. Yayımlanmamış uzmanlık tezi. Diyarbakır 2008.
5. Yeşil reçeteye tabi ilaçlar. <http://www.titck.gov.tr/Dosyalar/Ilac/UyusturuCuvePsikotrop/yeşil%20reçete%20listesi.pdf>. Erişim 10.12.2016.
6. Demircan D, Gülmez SE, Dönertaş B, Topcu İ, Yılmaz H, Berkman K, et al. Use of drugs subject to controlled prescriptions: a retrospective analysis. *Balkan Med J* 2013 Mar;30(1):46-53
7. Akıcı A, Uğurlu MÜ, Topçu İ, Yılmaz H, Demircan D. Tanılarında cerrahi girişimden söz edilen kontrole tabi reçetelerde ilaç kullanımının araştırılması. *Ulusal Cer Derg* 2013; 29:11-16.

8. Yıldız Ö, Ağaoglu B, Karakaya I, Şişmanlar Ş, Memik N. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı Türk çocuklarında OROS-metilfenidatın etkinlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Anatolian J of Psychiatry* 2010; 11:44-50.
9. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and Incidence Studies of Anxiety Disorders: A Systematic Review of the Literature. *Can J Psychiatry* 2006;51(2):100-13.
10. Patel A, Kolt G, Keogh J, Schofield G. The green prescription and older adults: what do general practitioners see as barriers? *J Prim Health Care* 2012;4(4):320-7.
11. Patel A, Schofield GM, Kolt GS, Keogh JW. General practitioners' views and experiences of counselling for physical activity through the New Zealand Green Prescription program. *BMC Fam Pract* 2011; 12:119.



Review / Derleme

Family Medicine and Some Reporting Practices

Aile Hekimliği ve Bazı Rapor Verme Uygulamaları

Ramazan Vural^{1*}, Hakan Yaman²

ABSTRACT

Reports occupy important places in our lives. The word “report” can be classified as “An examination of a subject, the results of research, reporting detections, thoughts, or writings in any work”. In daily life, the physician's reports (doctor reports) come to mind. The dictionary definition of physician's reports is “diagnosis of the disease, showing the patient's condition rest, etc, the doctor or doctors writing given by the board”. Family physicians are authorized and mandated for the submission of reports by legislation, except specified reports. Family physicians are faced with a wide variety of reporting requirements. Requirements vary by geographic and population structure. With the influence of recent legislative changes, the Health Reports for driver candidates and drivers, Premarital Health Reports, Mental Faculties' reports demands are more often than others. On editing Health Reports for Driver Candidates and Drivers, the details of legislation should be well known, examination should be carefully carried out; and if necessary, investigations and tests should be ordered. The report should be issued for the applicant, if there are no obstacles. In cases regarding the declared or suspected diseases, consultation should be requested. The applicants' ages should be carefully inquired in Premarital Health Reports physical examination must be carried out. Counseling about sexually transmitted and hereditary diseases should be given. In case of suspicion of a disease that constitutes an obstacle for the marriage prescribed by law, ordering necessary tests are mandatory, otherwise, these tests can be done voluntarily. Relevant legislations for the aim and scope of the investigation should be followed carefully. Identity information must be reviewed; the physical examination must be done carefully. Doctors shouldn't hesitate to administer necessary tests and consultations, but should also avoid doing unnecessary tests.

Every procedure should be recorded.

Key words: Family medicine, physician reports, medical reports for driver candidates and drivers, premarital health reports

ÖZET

Hayatımızda, raporlar çok önemli yer işgal etmektedir. Rapor kelimesinin “Herhangi bir işte, bir konuda yapılan inceleme, araştırma sonucunu, düşünceleri veya tespit edilenleri bildiren yazı, yazanak” gibi geniş anlamı vardır. Günlük yaşamda rapor denilince sıklıkla akla gelen hekim raporlarıdır. Sözlük tanımı; “hastalığın tanısı, hastanın dinlenme durumu vb.ni gösteren, doktor veya doktorlar kurulu tarafından verilen yazı” şeklindedir. Yasal düzenlemelerle belirtilen özel durumlar dışındaki raporların verilmesi için, aile hekimleri yetkilendirilmiş ve görevlendirilmişlerdir. Aile hekimliğinde çok çeşitli rapor talepleriyle karşılaşılmaktadır. Talepler, coğrafi ve nüfus yapısı ile değişebilir. Son yapılan yasal değişikliklerin de etkisiyle, en sık sürücü adayları ve sürücüler için sağlık raporları (SASSR), evlilik öncesi sağlık raporları (EÖSR), akli meleke ve hukuki muamele yapabilir rapor talepleri diğerlerinden daha sıktır. SASSR'ı düzenlerken mevzuattaki ayrıntılar iyice bilinmeli, titizlikle muayene edilmeli ve gerekli durumlarda tetkik ve testler yapılmalıdır. Engel durum yoksa rapor düzenlenmelidir. Beyan edilen veya şüphelenilen hastalıklarla ilgili, gerekli durumlarda diğer branş uzmanlarından konsültasyon istenilmelidir. EÖSR'de, kimlik bilgilerinden yaş özellikle gözetilmelidir. Muayene mutlaka yapılmalıdır. Cinsel yolla bulaşan ve genetik geçişli hastalıklar hakkında danışmanlık verilmelidir. Yasada belirtilen, evlenmeye engel teşkil eden hastalıklardan şüphe edilmesi durumunda gerekli tetkikler zorunludur, bunun dışında bireylerin istemeleri halinde tetkik yapılabilir. Rapor düzenlerken, konu ile ilgili mevzuatın istediği amaç ve şekle uygun hareket edilmelidir. Kimlik bilgileri kontrol edilmeli, muayene mutlaka titizlikle yapılmalıdır. Gereksiz tetkik ve işlemlerden kaçınılırken gerekli durumlarda yapılmasından ve konsültasyon istenmesinden çekinilmemelidir. Yapılan her işlem mutlaka kayıt altına alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, hekim raporları, sürücü adayları ve sürücüler için sağlık raporları, evlilik öncesi sağlık raporları

Received / Geliş tarihi: 29.02.2016, Accepted / Kabul tarihi: 12.03.2016

¹Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

² Aile Hekimliği Uzmanı, Prof.Dr. Antalya

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ramazan Vural, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Antalya-TÜRKİYE, E-mail: ramazanvural@yahoo.com

Vural R, Yaman H. Aile Hekimliği ve Bazı Rapor Verme Uygulamaları. TJFMPC, 2017;11(1): 43-49. DOI: 10.21763/tjfm.295820

GİRİŞ

Hayatımızda, raporlar çok önemli yer işgal eder. Resmîyette, her durum raporlarla belgelendirilmektedir. Resmî ve hukukî işlemleri raporsuz yürütmek hemen, hemen imkânsızdır. Rapor kelimesi, dilimize Fransızca “rapport” kelimesinden geçmiştir. Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüğünde; “Herhangi bir işte, bir konuda yapılan inceleme, araştırma sonucunu, düşünceleri veya tespit edilenleri bildiren yazı, yazanak”, “Anlatım” gibi çok geniş genel anlamları vardır. Bunların yanında “Hastalığın tanısı, hastanın dinlenme durumu vb. ni gösteren, doktor veya doktorlar kurulu tarafından verilen yazı” olarak da tanımlanmaktadır.¹ Bu son tanım, daha çok bizim konumuzu oluşturan günlük yaşamda rapor denilince sıklıkla akla gelen hekim raporlarını (doktor raporları) tarif etmektedir.

Hayat, resmîyette bu doktor raporlarından biri olan “doğum raporu” ile başlar, nüfus hizmetleri kanununa göre “tecilin usûlüne ve örneğine uygun olarak düzenlenmiş belgelere dayandırılması zorunludur”.² Nüfusa bildirim, doğumu gösteren resmî belge ile yapılabilir.³ Spor yapma, işe başlama, iş görememezlik, ehliyet alma, silah bulundurma, evlenme, doğum önce öncesi, doğum sonrası, yaşlılıkta hukukî işlem yapma gibi hayatın her önemli evresinde bu raporlara ihtiyaç duyulur. Hayatın sona ermesi ve sonrasında, defin ruhsatı vermeye kanunun yetki verdiği kişi ve kurumlar arasında, varsa resmî tabipler yer almaktadır.⁴

Raporların kişilere yönelik asıl amacı, onların sağlıkları ile ilgili olası riskleri tespit edip önlemektir. Amaç bu olunca, raporların şekil ve içerik bakımından çok farklılıklar göstereceği anlaşılabilir. Bunun için özenli bir muayenenin yanında, gerekli tetkik ve testlerin titizlikle yapılması gereklidir. Bütün bu uygulamaları yapıp değerlendirirken, konu ile ilgili mevzuatın tam olarak neler istediğini bilerek hareket edip usulüne uygun rapor düzenlemek gerekir. Rapor düzenlerken diğer branş hekimlerinden faydalanmak imkân dahilindedir. Titiz davranılarak, gerektiği gibi düzgün ve eksiksiz hazırlanan raporlar, kişiyi olası risklere karşı koruduğu gibi, raporu düzenleyen hekim veya hekimlere de yasalar karşısında güvence sağlar.

İlgili Mevzuat “birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmî tabiplerce düzenlenmesi öngörülen her türlü rapor, sevk evrakı, reçete ve sair belgeler, aile hekimliği uygulamasına geçilen yerlerde aile hekimleri tarafından düzenlenir” demektedir.⁵ Aynı mevzuatta “rapor ve diğer kullanılacak belgelerin şekli ve içeriği, kayıtların tutulması ile çalışma ve denetime ilişkin usul ve

esaslar, Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir”denmektedir.⁵

Hekimlere gelen rapor talepleri, kişinin sağlık durumunun belirlenmesi gibi kısmen daha basit olan “Durum Bildir Raporu” olabileceği gibi, çok daha karmaşık ve spesifik olan kişi ya da ilgili kurum tarafınca belirlenmiş olan duruma ilgili sağlık açısından uygunluğunun istendiği raporlar da olabilmektedir. Söz konusu spesifik raporlar, hekimlerin en zorlandığı raporlardır. Çoğu kez istenilen durumla ilgili şartların, hekim tarafından tam bilinmesi mümkün olmayabilmektedir. Her konu ile, ayrıntılı resmî döküman bulmak da oldukça güç veya mümkün değildir.

Bu durum, raporların çok spesifik konuları içermesi nedeniyle olabildiği gibi, çok çeşitli konularla ilgili rapor taleplerinin gelmesinden de kaynaklanmaktadır. Raporların, hangi amaçla istendiği ve değerlendirme ölçütleri net değildir. Böyle durumlarda gerek kişi gerekse hekim çeşitli hukukî risklerle karşı karşıya gelmektedirler. Rapor talep eden kişiler, başvuru sırasında bunun bir formalite ve bir imzadan ibaret olduğunu düşünmektedir. Ancak, olumsuz hukukî bir durumla karşılaşıldığında, kimse hata veya eksikliği mazur görmemektedir. Halbuki raporlar kişiye sağlık garantisi vermezler. Rapor verilirken ilgili diğer branş hekimlerinden konsültasyon istenilebilir, sonuç normal olsa dahi, tespit edilebilecek durum atlandı ise sorumlu olunabileceği unutulmamalıdır.

Aile hekimlerinden talep edilen raporlar; Sürücü Adayları ve Sürücüler için Sağlık Raporları (SASSR), Evlilik Öncesi Sağlık Raporları (EÖSR), İleri Yaşta Hukukî Ehliyet, Akli Meleke Raporları Hukukî Muamele Yapabilir Raporu, Uçak ile Seyahat Raporları, Yıvsız Av Tüfeği Raporları, Sporcu Lisans Raporları, Okula başlama Raporları, İşe girebilir Raporu, Askerliğe Elverişlilik Raporu, Adli Raporlar, Doğum Raporları, Ölüm bildirim Raporları, İş göremezlik Raporları gibi çok çeşitlidir. Rapor başvurularının bir kısmı yazılı ve usulüne uygun formlarla, bir kısmıda sözel olarak yapılmaktadır. Sözel olarak yapılan başvurular, aile hekimlerinin işlerini güçleştirmekte, zaman, zaman başvuru sahipleri ile gerginlik veya tartışmalara neden olabilmektedir.

Rapor talep sayıları, yer ve zamana göre değişmekle birlikte, genel olarak SASSR, EÖSR, Akli Meleke Raporları daha ağırlıklı yer tutar.

Sürücü adayları ve sürücüler için sağlık raporları

Sürücü adayları ve sürücülerde aranacak sağlık şartları ve muayene usûlleri çeşitli yasa ve

yönetmeliklerle belirlenmiş olup, gerektiğinde günün ihtiyaçlarına göre değiştirilmektedir. “Sürücü Adayları Ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelik”, İçişleri ve Sağlık Bakanlığınca yasa kapsamında müştereken hazırlanmıştır.^{6,7} 2013 yılında Kanunda yapılan değişiklik kapsamında “Motorlu Taşıt sürücü Kursları Yönetmeliği” 05/12/2015 tarihinde, Karayolları Trafik Yönetmeliği 17/04/2015 tarihinde, “Sürücü Adayları Ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” 29/12/2015 tarihinde yayımlanmıştır.^{8,9,10,11} Bu üç Yönetmeliğin yürürlük tarihi 01/01/2016 dır.

Söz konusu yönetmelik değişikliği kapsamında, SASSR düzenleme işleminin yürütülmesi, Sağlık Bakanlığı'nın resmi yazısı ile ayrıntılı şekilde anlatılmaktadır.¹² Buna göre “Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelere ait sağlık tesisleri, aile sağlığı merkezleri ve Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış özel sağlık kuruluşlarında (özel hastane, özel tıp merkezi, özel poliklinik ve özel muayenehane) çalışan tabip/uzman tabiplerce düzenlenebilecektir. Emniyet Genel Müdürlüğü ve Jandarma Genel Komutanlığınca verilen, eğitim sonrasında sürücü belgesi alacak personelin sağlık raporları kendi kurum tabipliklerince düzenlenebilecektir”.

Sürücü belgesi sınıfları aşağıdaki şekilde yeniden gruplandırılmıştır;

a) Birinci grup: M, A1, A2, A, B1, B, BE ve F sınıfları,

b) İkinci grup: C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D, DE ve G sınıfları.

Sağlık raporu şablonu ilgili kurumlar (Sağlık Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü) tarafından uzlaşma ile hazırlanmış olup, dört ayrı kısımdan oluşmaktadır.^{8,9,10,11}:

I. Kısım: Sürücü/sürücü adayının kimlik bilgilerinin ve fotoğrafının olduğu kısımdır.

II.Kısım: Sağlık tesisleri, aile sağlığı merkezleri veya özel sağlık kuruluşlarında görevli pratisyen tabip/aile hekimi tarafından doldurulacak kısımdır.

III.Kısım: Sağlık tesisleri/özel sağlık kuruluşlarında görevli ilgili uzman/uzman tabipler tarafından doldurulacak kısımdır.

IV.Kısım: Özel tertibatlı motorlu araç kullanılması gereken durumda il/ilçe sağlık müdürlüğü bünyesinde kurulan komisyon tarafından doldurulacak kısımdır.

Sürücü raporuna ilişkin muayenede, hekim muayenesinde sürücü veya sürücü adayının aşağıdaki sorunlarının olup olmadığını değerlendirmekle yükümlüdür¹³:

- a. İtme kaybı,
- b. Denge problem (günlük hayatı kısıtlayan),
- c. Uyku apnesi gibi uyku bozukluğu,
- d. Malignite öyküsü,
- e. Ekstremiteler noksanlığı,
- f. Kas, kırıya ya da bağ lezyonları,
- g. Diabetes mellitus hastalığı (regüle olmayan, hipoglisemiye neden olabilecek ilaç kullanan),
- h. Kardiyovasküler Sorunlar (akut kronik sendrom, kalp yetmezliği, ritim bozukluğu, kalıcı pil implantasyonu v.b),
- i. Organ yetmezliği (Kronik Böbrek Yetmezliği ve diğer dekompanze organ yetmezlikleri),
- j. Santral Sinir Sistemi hastalıkları,
- k. Periferik Sinir Sistemi Hastalıkları,
- l. Epilepsi, Kas hastalıkları,
- m. Psikiyatrik Sorunlar,
- n. Alkol ve Psikotrop madde bağımlılığı.¹³

Özetle, hekime yapılan ilk başvuru sırasında, yukarıda sayılan durum ve hastalıkların taranması ve lüzumu halinde ilgili uzmanlıklara, komisyonlara, sürücü ya da sürücü adaylarının gönderilmeleri gerekmektedir.¹⁴

SASSR almak için, yönetmelikte ifade edilen sağlık tesislerinde görevli pratisyen tabip/aile hekimine beyan formunu doldurduktan sonra başvuruda bulunmak mümkün olacaktır. Başvuruda bulunulan hekim, beyan formunu incelemek ve muayenesini yapmak koşuluyla sağlık raporunu tanzim etmektedir. Beyan formunda belirtilen durumlara sahip olan ya da muayenesinde patoloji saptanan bireylerde de ilgili uzmanlık dallarından görüş almak koşuluyla, II. Kısım doldurtulacaktır ve uygun ise sağlık raporunun düzenlenmesi mümkün olacaktır.¹⁴

Muayene olunan yerde, hekimler sürücü/sürücü adayının muayenesinde ek tetkikler

talep ederek, sağlık raporunun III. Kısmını doldurmaktadırlar. Sürücü belgesi, sınıfı ya/ya da kısıtlılıklarına ilişkin kod numaraları eklenecek sürücü/sürücü adayı sağlık raporu tanzim edilmektedir.¹⁴

Sürücü, ya da sürücü adayının özel tertibatlı araç kullanmasına ilişkin gereksiniminin olması durumunda, birey İl Sağlık Müdürlüğü nezdinde kurulan komisyona havale edilmektedir. Muayene formuna eklenecek olan kodlar ise, bu uygulama için hazırlanmış kod tablolarından edinmek mümkündür. İl Sağlık Müdürlüğü'nün kuracağı komisyonda idareciler, ilgili branş uzmanları ve meslek oda temsilcileri bulunmaktadır. Kurulan komisyon tarafından, öngörülen özel tertibat kod numarası ile sürücü ya da sürücü adayının alabileceği ehliyet sınıfı belirlenmektedir.¹⁴

Muayene çerçevesinde, özellikle kırılma kusurlarının ve diğer görme sorunlarının değerlendirilmeleri önem arz etmektedir. Yönetmelikte "Sürücü/sürücü adayının motorlu bir aracı kullanmak için gerekli olan yeterli görme keskinliğine sahip olduklarından emin olunması için uygun değerlendirme yapılır. Kişilerin görme keskinliğinin yetersiz olduğuna ve/veya göze ait bir hastalığa dair bir şüphe söz konusu olduğunda, uzman tabip tarafından muayene edilir" hükmü yer almaktadır. Muayenede, kırılma kusurunun saptanmasında (görme derecesi tayininde) snellen eşeli önerilmektedir. "Birinci grup sürücülerde düzeltmeli veya düzeltilmesiz olarak bir gözün görmesi 0,1'den aşağı olmamak şartıyla her iki gözün görme derecesi toplamı 1,0 (tam) olmalıdır. İkinci grup sürücülerde düzeltmeli veya düzeltilmesiz olarak gören gözün görmesi 0,6 ve iyi gören gözün görmesi 0,8'den aşağı olmamalı veya sağ göz 0,7 ve sol göz 0,7 olmalıdır. Monoküler sürücülerde görme gücü gören gözde 1,0 (tam) olmalıdır" denilmektedir.¹⁵

Sürücü ya da sürücü adaylarından "iki gözü de gören ve beyan formunda belirtilen renk körlüğü, gece körlüğü (tavukkarası), göz kapağında düşme, çift görme veya şaşılık, blefarospazm, katarakt, afaki veya progresif göz hastalığı bulunmayan kişilerin pratisyen tabip/aile hekimi tarafından görme keskinliği yönünden muayenesi yapılır." Göz muayenesi neticesinde, gözlük kullanımı lüzum ederse, "gözlük kullanmak kaydıyla" araç kullanabileceğine ilişkin rapor hazırlanması mümkündür. Pratisyen tabip ya da aile hekimleri, sürücü muayenelerinde, sadece gözlük (01.01), ya da gözlük veya kontakt lensle (01.06) araç kullanılabilir kodlarını kullanabilmektedirler. Görme muayenesi sırasında karar verilememesi ya da ileri değerlendirme gerektirmesi durumunda, sürücü ya da sürücü adayını göz hastalıkları

uzmanına sevk edilmektedir.¹²

Bunlardan anlaşılmaktadır ki, SASSR'nin verilmesi mevzuattaki ayrıntıların iyice bilinmesini, muayenenin titizlikle yapılmasını ve gerekli tetkik ve testlerin yapılmasını gerektirmektedir.

Değiştirilen yönetmeliğe göre, "M, A1, A2, A, B1, B, BE, F ve G sınıfı sürücü belgeleri 10 yıl; C1, C1E, C, CE, D1, D1E, D ve DE sınıfı sürücü belgeleri ise 5 yıl geçerlidir".¹⁶ Bunun yanında, maddenin yürürlüğe girdiği tarihten önce verilmiş olan ve 2918 sayılı Kanuna göre "değiştirilmesi zorunlu olan sürücü belgelerinin değiştirme işlemleri beş yıl içerisinde tamamlanır. Gerekmesi halinde bu süre İçişleri Bakanlığına uzatılabilir" denilmektedir.¹⁷ Türkiye'de, TÜİK 2014 rakamlarına göre 25 972 519 sürücü belgesi mevcuttur.¹⁸ Bu kadar yüksek sayıda belgenin değişecek olması, hekimlerin iş yoğunluğunu bir hayli arttıracak olup, günlük mesailerinden önemli bir zaman dilimini alacaktır.

Evlilik Öncesi Sağlık Raporları

Evlenmeden önce, evlenecek kişiler evlendirme memurluklarına başvurduklarında, kendilerinden gerekli belgeleri tamamlamaları istenir. Bu belgelerden biri EÖSR'dir. Mevzuata göre, evlenecek kişilerden evlilik öncesi muayene olunması ve rapor istenmesi yasal bir zorunluluktur.^{19,20}

7/8/1931 tarih ve Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe konulan, Evlenme Muayenesi Hakkında Nizamname'de, evlilik öncesi muayenelerin ne şekilde yapılacağı açıklanmaktadır. Bu Nizamnamenin 2. maddesinde "Hususi tabiplerin ve hükümet tabibinden gayri etibbıyı resmiyenin verdiği sıhhat raporları mahalli hükümet tabipliği veya vekili tarafından tasdik edilmedikçe muteber olmaz. Hükümet tabipleri, bu raporları tasdik etmezden evvel, mevcut kuyudattan hakkında sıhhat raporu verilen evlenme namzedinin Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 123. ve 124. maddelerinde mezkûr evlenmeğe mani hastalıklardan biriyle malul olup olmadığını araştıracaklardır. Hükümet tabipliğinin resmi mühürünü ve tabibin imzasını havi olmayan sıhhat raporları muteber değildir." düzenlemesi yer almaktadır.

1985 yılında yayınlanıp yürürlüğe giren evlendirme yönetmeliği, hangi hallerin evlenmeye mâni olduğunu belirtmektedir.²¹ Sağlık raporunun olmaması, evlenme engelleri arasında sayılmıştır. Raporların, Toplum Sağlığı Merkezlerinde ve bağlı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezlerinde düzenlenmesi esastır. Bu işlemlerin, hastaneler ve özel sağlık kurumları tarafından da

yapılması mümkündür. Bu raporlar, Toplum Sağlığı Merkezi tarafından onaylanmadan geçerli değildir.²² Aile Hekimliği Kanununa göre, aile hekimleride bu raporları vermekle görevlendirilmişlerdir.⁵

Aile hekimine başvuran kişilere, önce evlilik öncesi muayene ve danışmanlık hizmetleri ile ilgili bilgi verilir. EÖSR Başvuru Formu ve Risk Değerlendirme Formu verilip formun birlikte doldurulması istenir, nüfus cüzdanları mutlaka incelenir. 17 yaşındaki kişilerin hem kendilerinden, hem de veli veya vasilerinden imza alınır. 16 yaşındakiler hâkim kararı olmadan evlenemez. Form incelenir, anemnez alınır, fizik muayene yapılır, genel psikiyatrik muayene yapılır. Evlilik öncesi yapılan muayenenin amaçları arasında, bulaşıcı hastalıklar, genetik geçişli hastalıklar, üreme sağlığı, olası riskler, bu risklerden korunma yolları konusunda kişilere danışmanlık verilmesi olmalıdır. Dıştan açıkça görülebilen muayene bulgusu yoksa, hastalık yoksa danışmanlık verildikten sonra EÖSR düzenlenmelidir. Halen yürürlükte olan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu(UHK) 123. maddeye göre frengi, belsoğukluğu, yumuşak şankr, cüzzam ve bir akıl hastalığına müptela olanların evlenmesi yasaktır.

Cinsel yolla geçen bulaşıcı hastalıklar, cinsel davranışlar, tüberküloz, akıl hastalığı, Hepatit C ve genetik hastalıkların sorgulanmaları beklenmekte ve şüphe üzerine kan grubu, HIV-Eliza, HBsAg, VDRL-Sfiliz ve Hemoglobin elektroforezi gibi tetkikler, ücretleri kendilerince karşılanmak suretiyle istenebilmektedir. Mevzuata göre, evlenmeye engel olabilecek bulaşıcı hastalıklar tarif edilmiştir (örn. sifiliz, gonore, yumuşak şankr ya da lepra). Tüberkülozun, tedavisinin iyileşmenin olmadığı ikinci altı aylık tedaviden sonra, ya da evlenmeye engel olmayan bulaşıcı hastalıklarda rapor düzenlenebilmektedir (örn. AIDS, Hepatit B ve Hepatit C). Tetkikler, sadece evlenmeye engel teşkil eden durumlarda zorunlu olmaktadır, diğer hastalıklarda bireyin isteğine bağlı olmaktadır.

Hastalık olmadığı durumlarda rapor düzenlenir. Evlenme engeli teşkil eden bulaşıcı hastalık şüphesinde, hastalığın bulaştırıcılığı sona ermeden rapor düzenlenmez. Akıl ve ruh hastalığı şüphesinde, kişi değerlendirilmek üzere tam teşekküllü bir hastaneye sevk edilir. Evlenme engeli teşkil etmeyen bulaşıcı hastalıklarda, danışmanlık verilerek kişi ve kişilerin isteklerine göre davranılır. Hemoglobin elektroforezi sonucu, çiftin her iki bireyinde Talasemi taşıyıcılığı tespit edilmişse, bunun evliliğe engel olmadığını ancak olası riskleri anlatarak, prenatal ileri tetkik imkanlarının kullanılması ve ona göre karar verip hareket edilmesinin uygun olacağı kendilerine söylenmelidir. Testin, diğer sonuçlarında risk

bulunmadığı kişilere ifade edilmelidir. Rapor düzenlenirken en çok dikkat edilmesi gereken iki husus; kimlik bilgilerinin, dolayısıyla yaş kontrolünün mutlaka yapılması ve yapılan veya yapılmayan her şeyin kayıt altına alınmasıdır.

Diğer raporlar

Gebelerin uçak seyahat raporları

Yirmi sekiz haftalarını henüz tamamlamamış gebelerin, uçak seyahati için rapora gereksinim duyulmamaktadır. Ancak 28-36. haftalar arasında aldıkları “uçakla seyahatinde herhangi bir sakınca yoktur” ibaresi bulunan sağlık raporlarıyla uçmaları mümkündür. Otuz altı hafta ve sonrasında ise, doktor raporu olsa dahi hamile yolcuların seyahatine izin verilmez.

Çoğul gebeliklerde ise, 28-31. haftaları arasında raporla seyahat etmeleri mümkündür. Otuz iki hafta ve sonrasında seyahatları yasaklanmaktadır. Raporun yeni hazırlanmış olması (en fazla yedi gün) ve hekimin adı-soyad, diploma numarası ve imzası bulunması beklenmektedir. Rapor İngilizce ya da Türkçe tanzim edilmiş olmalıdır.²³

Hava yolculuğunun yapılmaması gereken durumlar

Bir haftadan küçük yenidoğanlar, istirahatte bile göğüs ağrısı olan coroner arter hastalığı olanlar, herhangi bir sebepten dolayı kafa içi basınç artışı, sinus ya da kulak burun boğaz enfeksiyonu olanlar, yeni geçirilmiş myokart enfarktüs öyküsü olanlar, ileri düzeyde solunum yetmezliği olanlar, pnömotoraksı olanlar, orak hücreli anemi gibi hematolojik sorunları olanlar, sistolik kan basıncı >200 mmHg olanlar, hipertansiyonu regüle olmayanlar, yeni geçirilmiş cerrahi ve vücut boşluklarında gazın biriktiği (gastrointestinal system, beyin, göz içi vb.) durumlarda uçuş kontrendikedir. Aletli dalış yapan dalgıçların da uçuş için bekleme sürelerine uymalıdır (Bir veya daha fazla gün sınırsız dalış yaptıktan sonra en az 24 saat, 2 saat dalış yaptıktan sonra en az 12 saat.)²⁴

İleri yaşta hukuki ehliyet

Mevzuatımızda, 65 yaşında olan her kişinin, hukuki işlemde bulunabilmeleri için sağlık raporuna gereksinimleri bulunmamaktadır. Ancak yapılan bir hukuki işlem neticesinde, geçerli hak sahipliği edinebilme ya da borçlanabilme ihtimali karşısında, hukuki işlem ehliyetinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Medeni Kanunumuza göre, fiil

ehliyeti koşulları belirlenmiştir. Fiil ehliyetinin varlığından bahsetmek için, bireyin reşit olması ve temyiz kudretine sahip olması ve kısıtlanmamış olması beklenmektedir.²⁵ Yani 65 yaş ve üzeri ile ilgili mevzuatımızda bir kısıtlama bulunmamaktadır.

Pratikte ise bu durum farklıdır. Genellikle 65 yaş ve üzerindeki bireylerden, bir rapor talep edildiği için toplumda bu yönde bir kanaat oluşmuştur. Tapu satışlarında bağışlama, ipotek, rehin vb. gibi işlemlerde, başvuranların medeni haklarını değerlendirme ehliyetlerinin olup olmadığının araştırılmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Bu hususta kuşkuya düşüldüğü takdirde, tapu sicil müdürlüğünce hekimden rapor isteneceği bildirilmektedir.²⁶ Yaşlı bireylerde yukarıda belirtildiği gibi mutlaka bir rapor koşulu bulunmamaktadır, ancak şüphe üzerine ya da bu hususta intikal eden bir ihbar ya da şikayet üzerine, akli melekeleri bir doktor aracılığıyla ile saptanmalıdır.²⁷

SONUÇ

Günlük aile hekimliği pratiğinde, çok çeşitli sağlık raporu talepleri ile karşılaşmaktadır. Her raporun kendine has özellikleri vardır. İnsanların hayatlarında yer tutan önemli belgelerdir. Hukukun karar verirken yararlandığı, en önemli referanslardandır. Yanlış veya eksik düzenlenen raporlar kişiyi zor durumda bırakabileceği gibi, raporu düzenleyen hekimi de sıkıntıya sokabilir. Bazı istisnalar dışında, özellikle sık talep edilen raporların şekil ve içerik olarak nasıl düzenleneceği ilgili mevzuat tarafından belirlenmiştir.

Rapor düzenlerken, bu bilgiler ışığında, hukuki sorunlarla karşılaşmamak, mağdur etmemek ve olmamak için konu ile ilgili mevzuatın istediği amaç ve şekle uygun hareket edilmelidir. Kimlik bilgileri kontrol edilmeli, muayene mutlaka titizlikle yapılmalıdır. Gereksiz tetkik ve işlemlerden kaçınılırken, gerekli durumlarda yapılmasından ve konsültasyon istenmesinden çekinilmemelidir. Yapılan her işlem mutlaka kayıt altına alınmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Türk Dil Kurumu Sözlüğü. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.56d1ab5d47f3c5.03403171 (Erişim tarihi: 27.02.2016)
2. Nüfus Hizmetleri Kanunu, T.C. Resmi Gazete, 25.4.2006/5490, Md.12
3. Nüfus Hizmetleri Kanunu, T.C. Resmi Gazete, 25.4.2006/5490, Md.15. (2).

4. Nüfus Hizmetleri Kanunu T.C. Resmi Gazete, 25.4.2006/5490, Md. 31. (1) b.
5. Aile Hekimliği Kanunu T.C. Resmi Gazete, 9.12.2004/25665, Md.5, 8.
6. Sürücü Adayları Ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete 26.09.2006/2630.
7. Karayolları Trafik Kanunu, T.C. Resmi Gazete 18.10.1983/18195, Md. 41 c.
8. Karayolları Trafik Kanunu, T.C. Resmi Gazete 18.10.1983/18195.
9. Milli Eğitim Bakanlığı Özel Taşıt Sürücüleri Kursu Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete 05.12.2015/29553.
10. Karayolları Trafik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete 17.4.2015/29329.
11. Sürücü Adayları Ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete 29.12.2015/29329.
12. Antalya Sağlık Müdürlüğü. <http://www.antalyasm.gov.tr/DosyaIndir.ashx?Tip=1&Id=242&U=.pdf&DosyaAd=surucu-saglik-raporu-kod-tablosu--beyan-formu-ustyazi> (Erişim Tarihi: 27.02.2016)
13. Sürücü Adayları Ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete 29.12.2015/29329, Md.2 değiştirilen Md.4 (2).
14. Sürücü Adayları Ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete 29.12.2015/29329 Md.2 değiştirilen Md.4 (3).
15. Sürücü Adayları Ve Sürücülerde Aranacak Sağlık Şartları İle Muayenelerine Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete 29.12.2015/29329 Md.3 değiştirilen Md.5. (1), (2).
16. Karayolları Trafik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete 17.04.2015/29329 Md.14 değiştirilen Md.87.
17. Karayolları Trafik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete 17.04.2015/29329, geçici Md. 32, geçici Md.10.
18. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?i d=18760 tablo 1-7414951655780276717.xls> (Erişim tarihi:27.02.2016).
19. Türk Medeni Kanunu, T.C. Resmi Gazete 08.12.2001/24607, Md.136.

20. Umumi Hıfzısıhha Kanunu, T.C. Resmi Gazete 06.5.1930/1489, Md .122,123,124.
21. Evlendirme Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete 07.11.1985/18921 Md.15.
22. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Evlilik Öncesi Muayene ve Danışmanlık Rehberi 2013 Syf 9.
23. Turkish Airlines.
<http://www.turkishairlines.com/tr-tr/seyahat-bilgileri/ozelligi-olan-yolcular/hamile-hasta-ve-engelli-yolcu> (Erişim tarihi: 27.02.2016)
24. Türkiye Sağlık Bakanlığı Türkiye Sahil ve Hudutlar Sağlık Genel Müdürlüğü
<http://www.seyahatsagligi.gov.tr/SeyahatOnerileri/HavaYolculugu> (Erişim tarihi: 27.02.2016)
25. Türk Medeni Kanunu, T.C. Resmi Gazete 08.12.2001/24607,Md. 9,10,11,12,13,14,15,16.
26. Tapu Sicil Tüzüğü, T.C. Resmi Gazete 07.6.1994/21953, Md 14.
27. Tapu Kadastro Genel Müdürlüğü.
<https://www.tkgm.gov.tr/sites/default/files/icerik/ekleri/074.148-1565.doc> (Erişim Tarihi: 27.02.2016)



The Breastfeeding in Adolescent Mothers

Adölesan Annelerde Emzirme

Gülşen Işık*, Nuray Egelioglu Cetişli¹

ÖZET

Dünya Sağlık Örgütü, adölesan dönemini 10-19 yaşları arasındaki dönem olarak tanımlamakta ve dünyada her altı kişiden birinin adölesan olduğunu bildirmektedir. Bu dönemde gerçekleşen fiziksel ve psikolojik değişiklikler, madde bağımlılığı, korunmasız cinsel ilişki ve istenmeyen gebelikler gibi bazı riskli davranışlara neden olabilmektedir. Hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde adölesan gebelikler önemli bir sağlık sorunudur. Adölesan gebeliğin risk faktörleri, çok yönlü ve karmaşıktır. Abortus, erken doğum tehditi, gebelikte hipertansiyon, anemi, düşük doğum ağırlığı, konjenital anomali riski, artmış neonatal mortalite ve emzirme problemleri bunlar arasında sayılabilir. Birçok açıdan riskli bir dönemde olan adölesan anneler arasında emzirmeye başlama, emzirmeye devam etme oranlarının az olması da, anne ve bebeğin sağlığını olumsuz etkileyen ve göz ardı edilen önemli sorunlardandır. Düşük sosyoekonomik durum, partner yokluğu, sosyal destek yetersizliği, olumsuz anne ve eş desteği, ağrı, kültürel etkiler, bilgi eksikliği, olumsuz deneyimler, emzirme niyeti, emzirmeye ilişkin tutum ve öz-yeterlilik emzirmeyi etkileyen faktörler olarak belirtilmektedir.

Anahtar kelimeler: Adölesan, annelik, emzirme

ABSTRACT

World Health Organization defined the adolescent period between the ages of 10-19 and declared that one out of every six people are adolescent. Physical and psychological changes in this period might cause risky behaviors such as drug abuse, sexual intercourse with no protection and unwanted pregnancy. Adolescent pregnancies are an important health problem in both developed and developing countries. Risk factors of adolescent pregnancy are complicated and miscellaneous. Abortus, threat of premature birth, hypertension in pregnancy, anemia, low weight of the newborn, congenital anomaly risk, increased neonatal mortality and breast feeding problems are some of them. For adolescent mothers, who are in a risky period for many aspects, low rates of starting and continuing breast feeding is another important and neglected problem affecting mother's and newborn's health negatively. Low socio-economic condition, absence of partner, inadequate social support, negative support of parents and couple, pain, cultural factors, lack of knowledge, negative experiences, breast feeding intention, manner regarding breast feeding and self-sufficiency were reported as factors affecting the breast feeding.

Key words: Adolescent, motherhood, breastfeeding

Received / Geliş tarihi: 05.12.2016, Accepted / Kabul tarihi: 26.01.2017

¹İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gülşen Işık, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Balatçık Kampüsü Çiğli Ana Yerleşkesi, Merkezi Ofisler 1, Çiğli, İzmir, E-mail: glsen20@gmail.com
Işık G, Cetişli NE. Adölesan Annelerde Emzirme, TJFMPC, 2017;11(1): 50-58.

DOI: 10.21763/tjfm.296329

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), adölesan dönemini 10-19 yaşları arasındaki dönem olarak tanımlamakta ve dünyada her altı kişiden birinin adölesan olduğunu bildirmektedir.^{1,2,3} Amerikan Psikiyatri Birliği (APA, 2002) ise; adölesan dönemini fiziksel, bilişsel, davranışsal ve bireysel otonomi düzeyinin arttığı çocukluktan yetişkinliğe geçilen bir dönem olarak belirtmektedir.^{1,4,5} Bu dönemdeki fiziksel ve psikolojik değişiklikler, madde bağımlılığı, korunmasız cinsel ilişki ve istenmeyen gebelikler gibi bazı riskli davranışlara neden olabilmektedir.⁶

Hem sağlık nedenleri, hem de sosyal nedenlerden dolayı adölesan doğurganlık konusu önem taşımaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, 15-19 yaşları arasında yaklaşık 16 milyon kız olduğunu, her yıl 15 yaşın altındaki bir milyon kızın doğum yaptığını bildirmiştir. Dünya çapındaki tüm doğumların, %11'i, 15-19 yaşları arasındaki adölesanlar tarafından yapılmaktadır. Bu doğumların %95'i, düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir.⁷ Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre, Türkiye'de adölesanlar genel popülasyonun %26'sını oluşturmakta, bunların %16,2'si evli, %5'i ise çocuk sahibi olmaya başlamıştır.⁸ Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2015 verilerine göre ise, 15-19 yaş grubundaki her bin kadın başına 25 doğum düşmektedir.⁹

Erken doğum, abortus, düşük doğum ağırlığı, konjenital anomali, eklampsi gibi gebelik ve doğum sırasında meydana gelen komplikasyonlar, adölesan gebeliklerin riskli gebelikler olarak kabul edilmesine neden olmaktadır. Maternal ölümlerin %13'ünü adölesanlar oluşturmakta ve adölesan gebeliklerde neonatal mortalite oranı artmaktadır.^{10,11,12} Adölesan annelerden doğan bebeklerin, 20-24 yaşlarındaki kadınlardan doğan bebeklere göre hastalık ve ölüm riskleri daha fazladır.⁷ Adölesan annelerin bebeklerinde düşük doğum ağırlıklı olma, prematürite, gelişimsel ve öğrenme zorlukları ve beslenme problemleri daha fazla görülmektedir.^{13,14} Adölesan annelerden doğan bebeklerin beslenme ihtiyaçları son derece önemlidir.¹⁵ Anne sütünün, yenidoğan için kişiselleştirilmiş ilaç olduğu ve adölesan annelerin prematüre ve düşük doğum ağırlıklı doğma riski olan bebekleri için ayrıca önemli olduğu bildirilmektedir.¹⁶ Bir çok açıdan riskli bir dönemde olan adölesanlar arasında, yenidoğanı emzirme uygulamasının eksikliği ve emzirme oranının az olması da bilinen küresel halk sağlığı sorunlarından. Adölesan annelerin bebekleri için emzirme çok önemli olmasına rağmen, yenidoğan beslenmesi adölesanlar için kompleks bir olay olabilmektedir.¹⁷ Bu derlemenin

amacı, adölesan annelerdeki emzirme durumunu ve emzirmeyi etkileyen faktörleri incelemektir.

Adölesan Annelerde Emzirmenin Yararları

Emzirme; anne, bebek ve çocuk ölüm oranlarını azaltmada en önemli faktörlerden biridir ve hem anne, hem de yenidoğan için birçok faydası bulunmaktadır.¹⁶ Çeşitli rahatsızlıklara karşı, anne sütü benzersiz bir koruma sağlar. Bağışıklık sistemi, sindirim sistemi ve beyin gelişiminin yanı sıra, solunum yolları ve gastrointestinal sistem enfeksiyonlarının görülmesini azaltır ve genel büyümeyi içeren yenidoğan sağlığına ilişkin birçok yarar sağlar.^{18,19,20,21,22} Tartışmasız adölesan kadınlar da, emzirmeden büyük fayda sağlamaktadırlar. Örneğin, düşük gelirli olmaya eğilimli adölesan anneler için ekonomiktir ve sağlık giderlerini azaltmada katkısı vardır. Ayrıca tekrarlayan gebeliklerin yüksek olduğu bu grupta, emzirmeye birlikte olan laktasyonel amenore doğum aralıklarının artmasına yardımcı olarak fayda sağlayabilmektedir. Annelerin, gebelik öncesi kilolarına hızla dönmelerini sağlar ve obez ya da çok kilolu olmalarını önler. Annelerin, annelik öz güvenini ve anne-bebek bağlanmasını artırıp, depresyon riskini azaltır ve emzirme süresinin uzamasındaki kararlarını da olumlu olarak etkilemektedir.^{17,20,21,22,23,24}

Adölesan Annelerde Emzirme Oranları

Tüm ülkelerde, adölesan annelerin emzirmeye başlama ve emzirmeyi devam ettirme oranı, yetişkin annelere göre daha düşüktür ve birçok adölesan 6 haftadan daha az süre emzirmeyi devam ettirmektedir.^{17,25,26,27} Amerika'da (2014) yayınlanan emzirme raporunda, genel emzirme oranı %79,2, ilk 6 ayda sadece anne sütü verme oranı ise %18,8 olarak belirtilmiştir.²⁸ Center for Disease Control (CDC) 2011 raporuna göre ise, 20 yaş ve altındaki annelerin yalnızca %19,3'ü, 20-29 yaş arasındaki kadınların %36,4'ü, 30 yaş ve üzeri kadınların ise %45'i 3 ay boyunca sadece anne sütü vermektedir.²⁹ Yetişkinlerle kıyaslandığında, Ontario'daki adölesanlarda taburcu olduğunda sadece anne sütü ile emzirme oranı %27'dir.^{30,31} İngiltere'de yapılan postpartum, ilk altı haftada annelerin emzirme oranlarının karşılaştırıldığı çalışmada, yetişkin annelerin 20 yaş altındaki annelere göre 5 kat daha fazla emzirdiği belirlenmiştir.³² Santo ve ark. (2007)'nin³³ yaptığı çalışmada, Brezilya'da adölesan annelerin yetişkin annelere göre, 6 aydan önce bebeklerine sadece anne sütü vermeyi terk etmelerinin 1.5 kat daha fazla olduğu bulunmuştur.³³ Literatürde, adölesan gebelerin %81-84'ünün, gebelikleri boyunca emzirmeye niyetinin olduğu belirtilmiştir.^{34,35,36} olmasına rağmen, gerçek emzirmeye başlama oranı %39 ile %69 arasında değişmektedir.^{34,36,37,38,39,40}

Ayrıca yapılan çalışmalara göre, emzirmeye başlayan adölesanların yarısından fazlası, ilk ay içinde emzirmeyi bırakırken^{34,37,39}, sadece %18,7-22,6'sı 6 ay emzirmeye devam etmektedir.^{41,42}

Adölesan Annelerde Emzirmeyi Etkileyen Faktörler

Bebeklerini emzirme olasılığı az ve özel bir grup olan adölesan annelere ilişkin bilgi azdır. Adölesan annelerdeki emzirmemenin nedenlerinin, yetişkin anneler ile aynı olup olmadığı belirsizdir.^{43,44,45} Literatürde adölesan annelerde ekonomik durum, evlilik durumu, sosyal destek, anne ve eş desteği, ağrı, kültürel etkiler, bilgi eksikliği, olumsuz deneyimler, emzirme niyeti, emzirmeye ilişkin tutum ve öz-yeterlilik emzirmeyi etkileyen faktörler olarak belirtilmektedir.^{17,46}

Amerika'da, düşük gelirli adölesan anneler arasında yapılan çalışmada, annelerin %75'i hiç emzirmemiş ya da sadece bir hafta emzirmişlerdir.¹⁷ Adölesan annelerin, emzirmeye başlamalarıyla ilişkili faktörleri tespit etmek amacıyla Ohio'da yapılan retrospektif kohort çalışmada, 19 yaş ve altı 30.402 adölesan ile 19 yaş üzeri 257.840 yetişkinin emzirmeye başlama oranı karşılaştırılmıştır. Adölesan annelerin %44'ü, yetişkin annelerin ise %65'i emzirmeye başlamıştır. Çalışmada, emzirmeye başlamamaya neden olan en önemli faktörler; partner yokluğu, sağlık sigortasının ve sosyal desteğin olmaması olarak belirtilmiştir.⁴⁷ Santo ve ark (2007)'nin³³ çalışmasında da, düşük sosyoekonomik durum, emzirmeyle ilgili ağrı sorunları, meme ucu hasarı ve mastit, partner yokluğu, negatif ailesel etki gibi faktörlerin adölesan annelerde emzirmenin erken bırakılmasıyla ilişki olduğu bildirilmiştir.³³ Anne sütünün yetersiz olduğuna ilişkin algı, sağma problemleri, emzirme tekniklerinde sorun yaşama, meme ve meme ucu ağrısı, okul ya da işe ayrılması gereken zaman, bunalmış ve hayal kırıklığına uğramış hissetmek adölesanlarda emzirmeyi bırakma nedenleri olarak ifade edilmiştir.^{17,46,48,49,50,51} Ülkemizde yapılan, uluslararası literatürden farklı sonuçların elde edildiği Yılmaz ve ark. (2016)'nin⁵² çalışmasında, 15-19 yaş grubu 200 adölesan annenin emzirmeye başlama zamanı, ilk 6 ay boyunca sadece anne sütü verme oranı ve anne sütü vermeyi etkileyen faktörler incelenmiştir. Doğum sonrası, ilk bir saat içerisinde emzirmeye başlayanların oranı %45,5 olarak bulunmuştur. Anne yaşı, annenin eğitim düzeyi, annenin çalışma durumu, aylık geliri, aile yapısı, sigara içme, düzenli antenatal bakım alma, yenidoğanın ağırlığı ve meme ucu problemleri ile emzirmeye erken ya da geç başlama zamanı arasında fark bulunmamıştır. Ancak emzirme eğitimi alan, planlı bir gebeliği olan, vajinal doğum yapan ve erkek bebeği olan anneler emzirmeye

anlamli olarak daha erken başlamışlardır. Emzirmeye erken başlayan kadınlar, iki saat içerisinde emzirmeye başlayan kadınlara göre daha uzun süre sadece anne sütü vermişler ve daha uzun süre bebeklerini emzirmişlerdir.⁵²

Annenin, emzirme niyetinin olması emzirme için çok önemli bir itici güçtür. Leclair ve ark. (2015)¹⁵ tarafından Ontario'da yapılan retrospektif kohort çalışmada (n=22.023) adölesanların emzirmeye başlama oranları ve emzirme niyetlerini etkileyen faktörler incelenmiştir. Annelerin, %48,8'inin taburcu olurken bebeklerini sadece anne sütü ile besledikleri, ileri yaşta adölesanların emzirme oranlarının daha yüksek olduğu, prenatal sınıfa katılma, yüksek gelirli çevrede yaşama, spontan vajinal doğum yapma, sigara içmeme, gebeliğinde madde kullanmama, gebeliğe ilişkin komplikasyon olmamasının emzirme niyetini olumlu etkilediği bildirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre, riskli gruplarda olan adölesan annelerin emzirme oranını artırmak için multidisipliner bakımın önemli olduğu vurgulanmaktadır.¹⁵

Hall-Smith ve ark. (2012)⁵³ tarafından yapılan çalışmada ise, adölesan annelerin emzirmeye ilişkin negatif düşüncelerinin, pozitif düşüncelere ağır bastığı ve emzirmeye ilişkin bilgi eksikliğinin bu olumsuz düşünce ve davranışların oluşmasına neden olduğu bildirilmiştir.⁵³ Adölesan annelerin emzirmeyle ilgili pozitif deneyimlerinin, hastanede ve erken postpartum dönemde emzirmeye başlamalarında önemli bir faktör olduğu bulunmuş, hastaneden çıktıktan sonraki deneyimlerinin ise emzirmeye devam etme konusunda önemli olduğu belirtilmiştir. Emzirmeye ilişkin kültürel etkiler, toplum içerisinde emzirmekten utanma duygusu adölesan annelerin emzirmelerini olumsuz etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir.¹⁷ Diğer çalışmalarda da, adölesanlar emzirmenin kişisel özgürlüklerinin kaybı olduğunu, annelik ve emzirmenin yaşamlarını bozduğunu belirtmişlerdir.^{46,50,54}

Emzirmeyle ilişkili olan faktörlerden bir diğeri de, emzirme öz-yeterliliğidir. Düşük emzirme güveni ve öz yeterlilik, emzirmeye hazır hissetmeme adölesan anneler arasında yaygındır.^{55,56,57} Öz-yeterlilik algısı, bireyin istenilen davranışları başarıyla yerine getirebilme konusunda kendisine olan inancıdır. Bu algı ne kadar güçlü olursa, birey amaca ulaşmak için o kadar çok çaba sarf edecektir.^{58,59} Emzirme öz yeterliliği, emzirme süresini ve sadece anne sütü vermeyi tahmin etmektedir. Mossman ve arkadaşları (2008)⁶⁰ adölesan annelerin emzirme güven ve tutumlarının emzirmeyi başlatma ve süresi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada (n=100), prenatal dönemdeki

emzirme tutum puanı yüksek olan annelerin emzirme oranlarının daha yüksek ve emzirmeye devam etme sürelerinin daha uzun olduğu belirlenmiştir.⁶⁰

Adölesan annelerin, kendi anneleriyle birlikte yaşaması emzirme açısından önemlidir. Kendi anneleriyle birlikte yaşayan adölesan anneler, emzirmeyi erken bırakma konusunda risk altındadırlar. Adölesan annelerin, kendi anneleri çoğunlukla torunlarının beslenmesiyle ilişkili kararlara katılmaktadır. Anneannelerin emzirme hakkında deneyimleri ve kişisel düşünceleri emzirme uygulamalarını zorlaştırabilir, ya da kolaylaştırabilir. Brezilya’da yapılan çalışmalarda, kendi anneleriyle birlikte yaşayan adölesanlarda, sadece anne sütü verme süresinin azaldığı gösterilmiştir.^{61,62} de Oliveira ve ark., (2014)⁴¹ tarafından yapılan adölesan anneler ve onların annelerine sağlanan emzirme danışmanlık oturumlarının, sadece anne sütü verme süresi üzerine etkisinin incelendiği çalışmada (n=323); emzirme danışmanlık oturumlarının, anneleriyle birlikte yaşayan adölesan annelerde 67 gün, anneleriyle birlikte yaşamayan adölesan annelerde ise 46 gün sadece anne sütü verme süresini arttırdığı bulunmuştur.⁴¹

Adölesan babaların, emzirme konusundaki bilgi ve düşünceleri de önemlidir. Literatüre göre, babaların bilgi sahibi olmaları, annelerin emzirmeye devam etme potansiyelini artırmak için gereklidir. Chang ve arkadaşları (2012)⁶³ erkeklerin emzirme hakkında bilgilerinin az olduğunu, kadınlara göre yapay beslenme konusunda daha pozitif olduğunu bildirmiştir.⁶³ Sheriff ve arkadaşları (2009),⁶⁴ Susin ve Giugliani (2008)⁶⁵ çalışmalarında anne ve babalar emzirmenin doğal olarak gerçekleşeceğini beklediklerini ve genellikle bir zorlukla karşılaştıklarında da şaşırıldıklarını ifade etmişlerdir. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlara göre, emzirmenin başlaması ve devam etmesine yardımcı olan baba desteği olumlu bir emzirme tutumudur ve babalar için yapılacak planlı eğitimler, emzirme oranını artırmaya katkı sağlamaktadır.^{64,65} Sipsma ve ark., (2013)²⁶ tarafından yapılan çalışmada, eşinden şiddet gören adölesan annelerin daha kısa süre emzirdiği belirtilmiştir.²⁶ Üniversite öğrencileri ile yapılan başka bir çalışmada da, erkeklerin kız öğrencilere göre emzirme konusunda daha az bilgili olduğu ve emzirme konusunda negatif bir tutuma sahip olduğu bulunmuştur. Öğrenciler branşlarına göre incelendiğinde ise, sağlıkla ilgili branşlarda olan öğrencilerin bilgi düzeyinin yüksek olduğu ancak emzirme tutumlarının farklılık göstermediği bildirilmiştir.⁶⁶

Adölesan Annelerde Emzirmeyi Arttıran Uygulamalar

Adölesan anne popülasyonunda, emzirmeyi başlatmak ve devamlılığını sağlamak için anneyi desteklemede çeşitli müdahaleler bulunmaktadır. Bunlar, medya kampanyaları, danışmanlık, akran rol modelliği, grup oturumları ve eğitim aktivitelerini içeren antenatal programlar, hemşire ve ebelerin yaptığı postpartum ev ziyaretleridir.^{67,68,69,70} Brown ve arkadaşları (2011)²⁵ tarafından 17-24 yaş arasındaki 138 adölesan anne ile emzirmeye başlama ve süresi ile ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yapılan retrospektif çalışmada, en az 6 ay boyunca emzirmenin; emzirme destek gruplarına katılma, emzirmenin kolay olacağına inanma, emzirmenin normal olduğu bir çevrenin parçası olma ve diğerleri tarafından emzirme konusunda teşvik edilme ile pozitif olarak ilişki olduğu bildirilmiştir. Adölesan annenin emzirme hakkında ne düşündüğünü bilmek de uzun süre emzirmeyi teşvik edebilmede önemlidir.²⁵ Monterio ve ark. (2014)⁷¹ tarafından yapılan çalışmada adölesan annelerin çoğu; çalışmama, tek çocuğunun olması, doğum sonu ilk saatte emzirme gibi faktörlerin emzirme için uygun koşullar oluşturduğunu belirtmiştir.

Grassley’in (2010)⁷², adölesan annelerin erken postpartum dönemde emzirmeyi başlatmada, hemşirelerden ihtiyaç duydukları sosyal destekleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, iletişim desteğinin emziren anneler için gerekli olduğu bildirilmiştir. Hemşirelerin, adölesanlara erken postpartum dönemde emzirmeye başlamaları konusunda sosyal destek vermesi, adölesanların uzun dönem sağlığını desteklemesi açısından önemlidir. Bu nedenle, hemşireler adölesan annelerin emzirmeye ilişkin pozitif deneyimlerini desteklemelidirler.⁷² Yapılan bir sistematik derlemede, incelenen araştırmalarda katılımcılar; duygusal destek, takdir etme ve iletişim desteklerinin emzirme için daha fazla yardımcı olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar, annelerinden aldığı desteğin kısmen daha güçlü olduğunu belirtmiştir. Adölesanlarla birlikte çalışmış ve laktasyon desteğinde yetenekli kişisel uzmanların, adölesanlar üzerinde etkisinin önemli olduğu bildirilmiştir. Adölesanlar için, planlı emzirme eğitim programlarının, emzirmenin başlatılmasında ve devam ettirilmesinde yararlı olduğu ifade edilmiştir.⁷³ Emzirmeyi teşvik etmenin, adölesan kadınlar ve ailelerinin geliştirilmesi için önemli bir adım olduğu ifade edilmiştir.⁷⁴ Pentecost ve Grassley’in yaptığı çalışmada (2014),⁷⁵ adölesan anneler hemşirelerden, ne zaman emzirmeleri gerektiğini açıklamalarını, sorularını cevaplandırmalarını ve sürekli bilgi sağlamalarını beklediklerini ifade etmişlerdir. Adölesanlar ayrıca, hemşirelerin kendileriyle emzirme hakkında konuşmalarından ve zaman geçirmelerinden mutluluk duyduklarını belirtmişlerdir.⁷⁵ Güçlü

sosyal destek, adölesan annelerin emzirme süresini belirgin olarak etkiler. Bilgi paylaşımı, emzirmeyi kolaylaştırıcı teknikler ve emzirmeyle ilgili duygusal destek adölesanlar için gereklidir. İlk hafta ve ilk ay içerisindeki duygusal destek emzirmeyi öğrenmedeki yetenek ve çabalarını artırmayı sağlar.^{17,24,54,76,77} Randomize kontrollü bir çalışmada ise, ikinci trimesterde başlatılan ve postpartum 4 hafta süren akran desteği ve profesyonel desteğin emzirme süresini pozitif olarak etkilediği bulunmuştur.⁴⁰ Çeşitli çalışmalarda, adölesanların emzirme oranlarını artırmak için ek olarak destek ve eğitimin gerekli olduğu gösterilmiştir.^{40,78} Ayrıca adölesanların, anne sütünün yenidoğan sağlığına ilişkin faydalarını algılamalarının, emzirmeye karşı motivasyonlarının artmasına neden olduğu, emzirmeye başlama oranı ve emzirme süresini artırdığı belirlenmiştir.^{17,24}

Gelişmekte olan ülkelerdeki adölesanlar arasında, erken gebelikleri ve kötü üreme sonuçlarını önleme ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü'nün, 2011 yılında yayınladığı rehberde 6 sonuç bildirilmiştir. Bu kapsamda; 18 yaşından önce olan evliliklerin azaltılması, 20 yaşından önceki gebelikleri azaltmak için anlayış ve destek oluşturulması, kontrasepsiyon kullanımının artırılması, adölesanlar arasındaki istek dışı zorla gerçekleşen cinsel ilişkinin azaltılması, güvenli olmayan düşükleri azaltmak ve nitelikli antenatal, doğum ve postpartum bakım oranını artırmak amaçlanmıştır.⁷⁹ Adölesan gebeliklerin önlenmesi açısından yapılacak çalışmalar birincil, ikincil ve üçüncül koruma şeklinde planlanabilir. Birincil koruma kapsamında; politikacılarla işbirliği içerisinde erken evliliklerin yasalarla önüne geçilmesini sağlama, kızların bilgilendirilmesi ve güçlendirilmesi, kız çocuklarının okula devam oranını artırma, erken evliliği destekleyen kültürel normlara etki etme çalışmaları yapılabilir. Ayrıca, adölesanlar arasında gebeliği önleme programları desteklenmeli, kız ve erkek çocuklarına cinsellik hakkında eğitim planlanmalı, kontrasepsiyon kullanımını artırmak amacıyla okullarda aile planlaması ve ilişkili konuları içeren eğitimlerin yapılması, hayır deme hakkı üzerine eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.^{79,80} Bu konuda adölesanın kendisi, akran çevresi, ailesi, sağlık profesyonelleri ve devlet işbirliği içerisinde çalışmalıdır.⁸⁰ İkincil koruma, adölesanın doğum kontrol için sağlık perofesyonellerine başvurması durumunda verilen eğitimleri ve hizmetleri kapsamaktadır. Kontrasepsiyon ile ilgili olan eğitimlerde aile ile işbirliği yapılırken, adölesanın verdiği tepki dikkatle izlenmelidir. Ebeveynlerin, bu rehberliğe katılması adölesanın merkezlere başvurmasını önleyip, bu konuda cesaretinin kırılmasına yol açabilir.^{79,80} Ergenlerin, gebelikten korunma hizmeti alabilmesi için olanakları artırma,

adölesanlar için kontraseptiflerin maliyetini azaltma ya da ücretsiz temin etme ve bu konuda yasama yapılması sağlanabilir. Üçüncül koruma ise, gebe olan adölesanları hedeflemekte ve gebe adölesanlar arasındaki kötü üreme sonuçlarını önleme ile ilgilidir. Adölesanların, güvenli küretaj ve küretaj sonrası hizmetlere erişimini etkinleştirmek, adölesanları yasal küretaj hizmetlerini nereden edinecekleri konusunda bilgilendirmek, güvensiz küretaj tehlikelerine ilişkin toplum bilincini artırmak önemlidir. Nitelikli antenatal, doğum ve postpartum bakım kullanımının artırılması konusunda adölesanları bilgilendirmek ve erken prenatal takip uygulamak gebeliğin olumsuz sonuçlarının önlenmesinde yararlı ve etkili olabilmektedir.⁷⁹ Adölesan annelerin ve anne adaylarının, ihtiyaçlarına karşı hassas ve duyarlı olmak gerekir. Hem fiziksel, hem de psikolojik durumlarının tam gelişmemiş olması ve değişken duygusal durumları nedeniyle, adölesanlarda erken prenatal bakımın önemi bir kat daha artmaktadır. Postpartum bakımda, adölesanları erken ve sık takip etmek ve emzirme konusunda desteklemek emzirme oranları açısından da katkı sağlayabilmektedir. Bu açıdan, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında emzirme konusunda eğitimler düzenlemek, postpartum ev ziyaretleri yapmak ve emzirme danışmanlığı sağlamak önemlidir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırmacılar İçin Öneriler

Literatürde, adölesan anneler ile yapılan çalışmaların genellikle adölesan annelerdeki emzirme oranlarını, emzirmeye başlamaya engel olan ve emzirmeyi kolaylaştıran faktörleri belirlemeye yönelik olduğu görülmüş, adölesan annelerde emzirmeye başlama, emzirmeyi sürdürme ve yenidoğanı sadece anne sütü ile besleme oranlarının düşük olduğu bulunmuştur. Adölesan annelerin, emzirme öz yeterliliği konusunda yapılan araştırmalar ise sınırlıdır. Bu konuda çalışmalar yapılarak literatüre katkı sağlanabilir.

Sağlık Çalışanları İçin Öneriler

Dezavantajlı bir grup olan adölesan annelerin, emzirme konusunda sağlık profesyonelleri tarafından desteklenmesi gerekmektedir. Özellikle adölesan annelerin, doğum öncesi dönemde başvurabilecekleri doğuma hazırlık sınıflarının olması ve bu sınıflarda emzirme eğitimlerinin verilmesi, bu grupta emzirme oranını, süresini ve emzirme öz yeterliliğini arttırmaya katkı sağlayabilir.

Adölesan Anneler ve Yakınları İçin Öneriler

Sağlık profesyonelleri dışında, aile içerisinde emzirme dayanışmasını artırmak için, babaların da bu konuda desteklenmesi gerekir. Adölesan babaların, olumlu emzirme tutumları, annelerin emzirme davranışlarını etkilemektedir. Babaların bilgi eksikliğinin giderilip, anneleri bu konuda desteklemeleri emzirme oranlarının artmasına katkıda bulunabilir.

KAYNAKLAR

1. Borise, S. (Ed.). Adolescent sexual and reproductive health toolkit for humanitarian settings: A companion to the inter-agency field manual on reproductive health in humanitarian settings. United Nations Fund for Population Activities UNFPA 2009;1-8. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_ASRHtoolkit_english.pdf (Erişim tarihi: 06. 09. 2016)
2. World Health Organization (WHO). Adolescents: health risks and solutions. 2016 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/en/> (Erişim tarihi: 06.09.2016)
3. United Nations Populations Fund (UNFPA). Girlhood, Not Motherhood. Preventing Adolescent Pregnancy 2015;1-30. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf (Erişim tarihi: 06. 09. 2016)
4. American Psychological Association (APA). Developing adolescents: A reference for professionals 2002;1-20. <https://www.apa.org/pi/families/resources/develop.pdf> (Erişim tarihi: 06. 09. 2016)
5. Skinner H, Biscope S, Poland B, Goldberg E. How adolescents use technology for health information: Implications for health professionals from focus group studies. *J Med Internet Res* 2003;5(4):e32.
6. MacKay AP, Duran C. Adolescent health in the United States, 2007. National Center for Health Statistics. 2007;1-10. <http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/adolescent2007.pdf> Date accessed: 06.09.2016
7. World Health Organization (WHO). Adolescent pregnancy. 2014 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/> (Erişim tarihi: 06. 09. 2016)
8. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2013;70-73. Ankara, Türkiye.
9. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Doğum İstatistikleri. 2015 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21514> (Erişim tarihi: 06. 09. 2016)
10. Anthony, D. The state of the world's children 2011- adolescence: An age of opportunity. United Nations Children's Fund (UNICEF). 2011 19-22. www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main_Report_EN_02092011.pdf Date accessed: 06.09.16
11. World Health Organization. Pregnant adolescents: Delivering on global promises of hope. 2006;4-7. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43368/1/9241593784_eng.pdf Date accessed: 06.09.16
12. Olausson P, Cnattingius S, Haglund B. Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality. *Obstetrical & Gynecological Survey* 1999;54(8):484-485.
13. Chen X, Wen S, Fleming N, Demissie K, Rhoads G, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology* 2007;36(2):368-373.
14. Shrim A, Ates S, Mallozzi A, Brown R, Ponette V, Levin I et al. Is young maternal age really a risk factor for adverse pregnancy outcome in a canadian tertiary referral hospital ? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2011;24(4):218-222.
15. Leclair E, Robert N, Sprague A, Fleming N. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent pregnancies: A cohort study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2015;28(6):516-521.
16. Victora C, Bahl R, Barros A, França G, Horton S, Krasevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet* 2016;387(10017):475-490.
17. Wambach K, Cohen S. Breastfeeding experiences of urban adolescent mothers. *Journal of Pediatric Nursing* 2009;24(4):244-254.
18. Britton J, Britton H, Gronwaldt V. Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics* 2006;118(5):e1436-e1443.
19. World Health Organization (WHO). Infant and young child feeding. 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/en/> (Erişim tarihi: 06. 09. 2016)
20. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129(3):e827-e841.
21. Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: A pediatric cost analysis. *Pediatrics* 2010;125(5):e1048-e1056.
22. Sipsma H, Biello K, Cole-Lewis H, Kershaw T. Like father, like son: The intergenerational cycle of adolescent fatherhood. *Am J Public Health* 2010;100(3):517-524.

23. Lavender T, Thompson S, Wood L. Supporting teenage mothers with breastfeeding guardians. *Br J Midwifery* 2005;13(6):354-359.
24. Hannon P, Willis S, Bishop-Townsend V, Martinez I, Scrimshaw S. African-American and Latina adolescent mothers' infant feeding decisions and breastfeeding practices: A qualitative study. *Journal of Adolescent Health* 2000;26(6):399-407.
25. Brown A, Raynor P, Lee M. Young mothers who choose to breast feed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community. *Midwifery* 2011;27(1):53-59.
26. Sipsma H, Magriples U, Divney A, Gordon D, Gabzdyl E, Kershaw T. Breastfeeding behavior among adolescents: Initiation, duration, and exclusivity. *Journal of Adolescent Health* 2013;53(3):394-400.
27. Martin J, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, Mathews TJ. Births: Final data for 2006. *National Vital Statistics Reports* 2009;57(7):1-25.
28. Central for Disease Breastfeeding Report Card, 2014;1-8.
<http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2014breastfeedingreportcard.pdf> Date accessed: 06.09.2015.
29. Central for Disease Breastfeeding Report Card, 2011;1-4.
<https://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/2011breastfeedingreportcard.pdf> Date accessed: 06.09.2015.
30. Fleming N, Ng N, Osborne C, Biederman S, Yasseen A, Dy J et al. Adolescent pregnancy outcomes in the province of ontario: A cohort study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 2013;26(2):e55.
31. Dunn S, Bottomley J, Ali A, Walker M. 2008 Niday Perinatal database quality audit: report of a quality assurance project. *Chronic Dis Inj Can* 2011; 32:32
32. Bolling K, Grant C, Hamlyn B, Thornton A. Infant feeding survey 2005. 20071-20.
<http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB00619/infa-feed-serv-2005-rep.pdf> Date accessed: 06.09.16
33. Santo L, de Oliveira L, Giugliani E. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth* 2007;34(3):212-219.
34. Dennis C, Heaman M, Mossman M. Psychometric testing of the breastfeeding self-efficacy scale-short form among adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2011;49(3):265-271.
35. Hunter L. Teenagers' experiences of postnatal care and breastfeeding. *Br J Midwifery* 2008;16(12):785-790.
36. Fleming N, Tu X, Black A. Improved obstetrical outcomes for adolescents in a community-based outreach program: A matched cohort study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2012;34(12):1134-1140.
37. Glass T, Tucker K, Stewart R, Baker T, Kauffman R. Infant feeding and contraceptive practices among adolescents with a high teen pregnancy rate: A 3-year retrospective study. *Journal of Women's Health* 2010;19(9):1659-1663.
38. Lavender T, Thompson S, Wood L. Supporting teenage mothers with breastfeeding guardians. *Br J Midwifery* 2005;13(6):354-359.
39. Tucker C, Wilson E, Samandari G. Infant feeding experiences among teen mothers in North Carolina: Findings from a mixed-methods study. *Int Breastfeed J* 2011;6(1):14.
40. Wambach K, Aaronson L, Breedlove G, Domian E, Rojjanasrirat W, Yeh H. A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *Western Journal of Nursing Research* 2010;33(4):486-505.
41. de Oliveira L, Giugliani E, Santo L, Nunes L. Counselling sessions increased duration of exclusive breastfeeding: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Nutrition Journal* 2014;13(1):1-7.
42. Dykes F, Moran V, Burt S, Edwards J. Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs-an exploratory study. *Journal of Human Lactation* 2003;19(4):391-401.
43. Avery AB, Magnus JH. Expectant fathers' and mothers' perceptions of breastfeeding and formula feeding: A focus group study in three us cities. *Journal of Human Lactation* 2011;27(2):147-154.
44. Bäckström CA, Wahn EIW, Ekström AC. Two sides of breastfeeding support: experiences of women and midwives. *Int Breastfeed J* 2010;5(1):20.
45. Cricco-Lizza R. Everyday nursing practice values in the NICU and their reflection on breastfeeding promotion. *Qualitative Health Research* 2011;21(3):399-409.
46. Woods N, Chesser A, Wipperman J. Describing adolescent breastfeeding environments through focus groups in an urban community. *Journal of Primary Care & Community Health* 2013;4(4):307-310.
47. Apostolakis-Kyrus K, Valentine C, De Franco E. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers. *The Journal of Pediatrics* 2013;163(5):1489-1494.
48. Li R, Fein S, Chen J, Grummer-Strawn L. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first

- year. *Pediatrics* 2008;122(Supplement):S69-S76.
49. Ogbuanu C, Glover S, Probst J, Liu J, Hussey J. The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. *Pediatrics* 2011;127(6):e1414-e1427.
 50. Nelson A. Adolescent attitudes, beliefs, and concerns regarding breastfeeding. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2009;34(4):249-255.
 51. Thomas J. Barriers to exclusive breastfeeding among mothers during the first four weeks postpartum. Doctoral Thesis. Walden University 2016;1-40.
 52. Yılmaz E, Yılmaz Z, Işık H, Gültekin I, Timur H, Kara F et al. Factors associated with breastfeeding initiation and exclusive breastfeeding rates in Turkish adolescent mothers. *Breastfeeding Medicine* 2016;11(6):315-320.
 53. Smith HP, Coley S, Labbok M, Cupito S, Nwokah E. Early breastfeeding experiences of adolescent mothers: a qualitative prospective study. *Int Breastfeed J* 2012;7(1):13.
 54. Nelson A, Sethi S. The breastfeeding experiences of Canadian teenage mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2005;34(5):615-624.
 55. Bailey C, Pain R, Aarvold J. A 'give it a go' breast-feeding culture and early cessation among low-income mothers. *Midwifery* 2004;20(3):240-250.
 56. McFadden, AToole G. Exploring women's views of breastfeeding: a focus group study within an area with high levels of socio-economic deprivation. *Maternal and Child Nutrition* 2006;2(3):156-168.
 57. Mitra A, Khoury A, Hinton A, Carothers C. Predictors of breastfeeding intention among low-income women. *Maternal and Child Health Journal* 2004;8(2):65-70.
 58. Dennis C. Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of Human Lactation* 1999;15(3):195-201.
 59. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology & Health* 1998;13(4):623-649.
 60. Mossman M, Heaman M, Dennis C, Morris M. The influence of adolescent mothers' breastfeeding confidence and attitudes on breastfeeding initiation and duration. *Journal of Human Lactation* 2008;24(3):268-277.
 61. Andrade IG, Taddei JA. Social-economical, cultural and family determinants in the city of Natal, Brazil. *Rev Paul Pediatr* 2002;20(8):16
 62. Susin LR, Giugliani ER, Kummer SC. Influence of grandmothers on breastfeeding practices. *Rev Saude Publica* 2005; 39:141-147.
 63. Chang Y, Valliant M, Bomba A. Gender differences in knowledge and attitude regarding breastfeeding. *International Journal of Consumer Studies* 2012;36(3):342-351.
 64. Sherriff N, Hall V, Panton C. Engaging and supporting fathers to promote breast feeding: A concept analysis. *Midwifery* 2014;30(6):667-677.
 65. Rosane Odeh Susin L, Regina Justo Giugliani E. Inclusion of fathers in an intervention to promote breastfeeding: impact on breastfeeding rates. *Journal of Human Lactation* 2008;24(4):386-392.
 66. Kang N, Song Y, Im E. Korean university students' knowledge and attitudes toward breastfeeding: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2005;42(8):863-870.
 67. Grady MA, Bloom KC. Pregnancy outcomes of adolescents enrolled in a centering pregnancy program. *J Midwifery Women Health* 2004; 49:412-20.
 68. Greenwood K, Littlejohn P. Breastfeeding intentions and outcomes of adolescent mothers in the starting out program. *Breastfeed Rev* 2002; 10:19-23.
 69. Quinlivan JA, Box H, Evans SF. Postnatal home visits in teenage mothers: A randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361:893-900.
 70. Volpe E, Bear M. Enhancing breastfeeding initiation in adolescent mothers through the Breastfeeding Educated and Supported Teen (BEST) Club. *Journal of Human Lactation* 2000;16(3):196-200.
 71. Monteiro J, Dias F, Stefanello J, Reis M, Nakano A, Gomes-Sponholz F. Breast feeding among Brazilian adolescents: Practice and needs. *Midwifery* 2014;30(3):359-363.
 72. Grassley JS. Adolescent mothers' breastfeeding social support needs. *JOGNN* 2010; 39:713-722
 73. Hall Moran V, Edwards J, Dykes F, Downe S. A systematic review of the nature of support for breast-feeding adolescent mothers. *Midwifery* 2007;23(2):157-171.
 74. Sipsma HL, Jones KL, Cole-Lewis H. Breastfeeding among adolescent mothers: a systematic review of interventions from high-income countries. *Journal of Human Lactation*. 2015;31(2):221-229
 75. Pentecost R, Grassley JS. Adolescents' needs for nurses' support when initiating breastfeeding. *Journal of Human Lactation*. 2014;30(2):224-228
 76. Dykes F, Moran V, Burt S, Edwards J. Adolescent mothers and breastfeeding: experiences and support needs-an exploratory study. *Journal of Human Lactation* 2003;19(4):391-401.

77. Spear HJ. Breastfeeding behaviors and experiences of adolescent mothers. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 2006;31(2):106-113.
78. Meglio G, McDermott M, Klein J. A randomized controlled trial of telephone peer support's influence on breastfeeding duration in adolescent mothers. *Breastfeeding Medicine* 2010;5(1):41-47.
79. World Health Organization. Who guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries 2011;1-8.
80. Uzun AK, Orhon FŞ. Adolesan gebeliklerin anne ve bebek sağlığına olan etkileri. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine* 2013;66(1):19-24.



Case Report / Olgu Sunumu

PFAPA Syndrome (Periodic fever, Aphthous stomatitis, Pharyngitis and Adenitis)

PFAPA Sendromu (Periyodik Ateş, Aftöz Stomatit, Farenjit ve Adenit Birlikteliği)

Ayşe Nur Topuz¹, Selin Kızılgök^{*1}, Mahir Serbes², Nafiz Bozdemir¹

ÖZET

PFAPA sendromu; tekrarlayıcı, aftöz stomatit, farenjit ve servikal lenfadenopati ataklarının eşlik ettiği etyolojisi henüz tam olarak bilinmeyen ateşli bir hastalıktır. Benign karakterde olup beş yaşından küçüklerde ve erkek cinsiyette daha sık görülür. Uzun dönemde sekel gelişmez. Hastalığın klinik tablosu spesifik olmasına rağmen laboratuvar bulgularının non-spesifik olması nedeniyle tanısı güçtür. Bu olgu sunumunda kliniğe başvuran ve PFAPA tanısı konulan iki hasta tartışıldı.

Anahtar kelimeler: PFAPA sendromu, aftöz stomatit, farenjit, lenfadenit

ABSTRACT

PFAPA syndrome is a febrile disease with unknown etiology which is characterized by recurrent aphthous stomatitis, pharyngitis and servical adenitis. It has a benign clinical course and frequently seen in male patients under five-year-old. Although the clinical findings of PFAPA is specific, its diagnosis is often difficult due to non-specific laboratory findings. In this report, we discuss two patients diagnosed with PFAPA syndrome.

Key words: PFAPA syndrome, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis

Received / Geliş tarihi: 23.12.2016, Accepted / Kabul tarihi: 03.01.2017

¹ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Selin Kızılgök, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Sarıçam-Adana
E-mail: selinbutuner1@gmail.com

Topuz A, Kızılgök S, Serbes M, Bozdemir N. PFAPA Sendromu (Periyodik Ateş, Aftöz Stomatit, Farenjit ve Adenit Birlikteliği), TJFMPC, 2017;11(1): 59-63.

DOI: 10.21763/tjfmpe.295947

GİRİŞ

PFAPA (Periodic Fever, Aphthous Stomatitis, Pharyngitis, Adenitis) sendromu 1987 yılında Marshall ve ark. tarafından tanımlanan periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve servikal adenitin eşlik ettiği tekrarlayıcı, etiyojisi tam olarak bilinmeyen ve kalıtsal olmayan bir sendromdur.¹ PFAPA sendromu genellikle 6 ay ile 5 yaş arası çocuklarda görülür. Klinik olarak yüksek ateş ve boğaz ağrısı ile seyredir. Yüksek ateş 40-41 °C'yi bulabilir ve yaklaşık beş gün devam eder. Ateşle beraber %75 vakada farenjit ve stomatit, %66,6 vakada ise servikal reaktif lenfadenopati ve diğer minör semptomlar (baş ağrısı, bulantı, kusma, titreme ve halsizlik) görülebilir.² Hastalığa ait ateş atakları düzensiz aralıklarla yineler ve ortalama 3-4 gün sürüp, kendiliğinden düzelir.³

Kesin nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte, etiyojide viral ve otoimmün mekanizmalar ve immün sistemde disregülasyon olduğu ileri sürülmektedir (TNF-alfa, IFN-gama, IL-6 ve IL-2 seviyelerinde artış, IL-4, IL-10 seviyelerinde ise azalma).⁴⁻⁷ Ayrıca PFAPA sendromunda enfeksiyon ajanlarının antijenlerine ya da epitoplara karşı immünolojik cevapta beklenmeyen aşırı bir yanıt olabileceği öne sürülmüştür.⁵ Hastalardaki yüksek ateşin ateş düşürücü (parasetamol, ibuprofen, asetil salisilik asit) tedavilerden etkilenmemesi; tek doz prednizolon tedavisinden (1-2 mg/kg/gün) ya da yarı ömrü daha uzun olan betametazon (0,3 mg/kg/gün) kullanımından sonra 2-4 saatte dramatik olarak klinik düzelme olması tanıyı destekler. Bu klinik yanıt aynı zamanda PFAPA sendromunda inflamatuvar sürecin önemli bir rol aldığını da destekler niteliktedir.⁶ Tedavide steroid esastır, bu tedaviye rağmen ataklar devam ederse tonsillektomi uygulanması önerilir.

OLGULAR

Olgu 1:

İki yaş dokuz aylık kız hasta ateş, boğaz ağrısı ve boyunda şişlik yakınması ile genel çocuk polikliniğine başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde; vücut sıcaklığı 39,1°C, tonsiller hiperemik ve hipertrofik, farinks hiperemik ve submandibüler bölgede ve ön servikal zincirde bilateral, mobil, en büyüğü yaklaşık 1x0,5 cm çapında çok sayıda lenf bezi palpe edildi. Fizik, motor ve mental gelişimi yaşa göre normal olan hastanın diğer sistem bulguları doğal saptandı. Hastanın laboratuvar bulgularında hemoglobin: 12,2 g/dL, beyaz küre: 18.500/mm³ (% 79 segment, % 13 lenfosit, % 8 stab), trombosit: 335.000/mm³, eritrosit çökme hızı: 78 mm/saat ve C-reaktif protein: 16,9 mg/dL ölçüldü. Biyokimyasal

parametreler normal olarak saptandı. Tam idrar, PA akciğer ve sinüs grafileri normal sınırlarda idi. İdrar, kan ve boğaz kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın atak esnasında alınan serolojik incelemesinde Epstein-Barr Virüs (EBV), ve Sitomegalovirüs (CMV) serolojisinde akut enfeksiyonu gösteren bulgu saptanmadı. Atopi yönünden araştırma için yapılan deri testi ve phadiatop testi negatif olarak değerlendirildi. Hastanın öyküsünde aynı şikâyetlerle beş gün önce başvurduğu dış merkezde antibiyotik tedavisi başlanmasına rağmen ateşinin düşmediği, bu semptomların son beş ay içinde altı kez tekrarladığı ve her seferinde aileye hastanın boğaz enfeksiyonu geçirdiği bildirilmişti. Ataklar sırasında yüksek ateş yakınmasının yaklaşık 4-5 gün kadar sürdüğü, ateş düşürücü ve çeşitli antibiyotiklere rağmen düşmediği ve hastanın ataklar arasında tamamen sağlıklı olduğu öğrenildi. Öğrenilen anamnez doğrultusunda ve boğaz kültüründe üreme olmaması üzerine hastada tekrarlayan yüksek ateş ve tonsillo-farenjit ataklarının PFAPA sendromu olduğu düşünülerek, hastaya tek doz oral prednizon (1 mg/kg) verildi. Steroid tedavisini takip eden sekiz saat içinde ateş dramatik olarak düştü. Genel durumu düzelen hastanın yakınları bilgilendirilerek kontrole çağırıldı.

Olgu 2:

Dört yaş beş aylık erkek hasta dört gündür devam eden yüksek ateş, boğaz ağrısı, boyunda şişlik şikâyeti ile genel çocuk polikliniğine başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde vücut ısısı 38,2°C. Tonsiller bilateral hiperemik ve hipertrofik, üzeri yaygın kirli-beyaz eksudatif membran ile kaplı, submandibüler bölgede, ön ve arka servikal zincirde bilateral, mobil, en büyüğü 1x1 cm çok sayıda lenfadenopati mevcuttu. Fizik, motor ve mental gelişimi yaşa göre normal olan hastanın diğer sistem bulguları normal saptandı. Hastanın laboratuvar bulgularında beyaz küre: 17,500/mm³ (Periferik Yayma: % 80 segment, % 12 lenfosit, % 8 stab), hemoglobin: 12,5 g/dl, hematokrit: %36,2 trombosit: 342.000 /mm³, eritrosit çökme hızı: 80 mm/saat, C- reaktif protein: 19 mg/dl. Diğer biyokimyasal parametreler normal olarak saptandı. Tam idrar tetkiki normal olan hastanın idrar kültüründe üreme olmadı. Boğaz kültürü normal boğaz florası olarak saptandı. Akciğer grafisi ve sinüs grafileri normal olarak değerlendirildi. Atak sırasında alınan EBV, CMV, Herpes Simplex Virüs ve toksoplazma IgG ve IgM negatif bulundu. Hastadan alınan anamnezde benzer şikâyetleri son 7-8 aydır 4-5 hafta aralıklarla tekrarladığı ve yaklaşık beş gün önce dış merkezde tonsillit ön tanısı ile amoksisilin tedavisi başlandığı öğrenildi. Ateşi düşmemesi ve şikâyetlerinin gerilememesi üzerine kliniğe başvurmuşlar. Şikâyetleri 4-5 gün sürdüktan sonra düzeliyor ve 4-5 hafta süresince

tamamen sağlıklı oluyormuş. Hastada viral enfeksiyon yada periyodik ateş sendromu olabileceği düşünülerek antibiyotik tedavisi kesildi. Hasta iki gün sonra kontrole geldiğinde ateşi düşmüş ve semptomları gerilemişti ve bir hafta sonraki kontrolünde bilateral tonsil dokusu doğal ve boyundaki lenfadenopatileri oldukça küçülmüştü. Hastaya bu durumun periyodik ateş sendromu olabileceği anlatılarak şikâyetlerinin tekrarlaması durumunda tekrar polikliniğimize başvurması söylendi. Hasta üç hafta sonra tamamen aynı klinik tablo ile polikliniğimize tekrar başvurdu. Tekrarlayan yüksek ateş, aftöz stomatit, membranöz tonsilit ve servikal lenfadenopati ile başvuran hastada PFAPA sendromu olabileceği düşünüldü. Hastadan boğaz kültürü alındıktan sonra ateş düşürücü önerilip, ertesi gün kontrole çağrıldı. Kontrol muayenesinde hastanın yüksek ateşi (40°C) ve bulguları devam etmekteydi. Boğaz kültüründe normal boğaz florası üreyen hastaya PFAPA sendromu ön tanısı ile tek doz oral prednizon (1mg/kg) verildi. Hastanın annesi tedaviyi takip eden sekiz saat içinde ateşinin düştüğünü ve tekrar yükselmediğini belirtti. Yirmi dört saat sonraki muayenesinde hastanın ateşinin nüksetmediği ve iki gün sonra tüm bulgularının gerilediği görüldü.

TARTIŞMA

Birinci basamak aile hekimliği pediatrik hasta popülasyonunda yüksek ateş, farenjit, tonsillit ve adenit sıkça karşılaşılan klinik tabloların başında yer almaktadır. Her iki olguda vurgulamak istenilen; PFAPA sendromu gibi kolayca tanısı atlanabilecek klinik birliktelik sendromlarında birinci basamakta hizmet veren hekimlerin tanı sürecinde daha dikkatli davranması gerektiğidir.

PFAPA sendromu için spesifik laboratuvar testleri olmadığından, çocuklarda nedeni bilinmeyen ateşin ayırıcı tanısında PFAPA sendromu göz önüne alınmalıdır. PFAPA tanısı dikkatli bir öyküye ve detaylı muayeneye dayanmalıdır. Şimdiye kadar yayımlanmış en geniş serilerde (Thomas ve Padeh ve ark.) saptanan klinik bulgular Tablo 1’de özetlenmiştir.

PFAPA sendromunda, ateş her epizotta bulunmakla birlikte birinci olguda olduğu gibi diğer üç bulgu olan farenjit, aftöz stomatit ve servikal lenfadenopati aynı epizotta görülmeyebilir. PFAPA sendromu tanısı tekrarlayan ateşin diğer olası nedenleri ekarte edildikten sonra konulur (Tablo 2).

Hastaların %70’inde ise aftöz stomatitin gözlemlendiği bildirilmiştir. Aftöz ülser en sık gözden kaçan bulgudur. Minör aft karakterinde olup genellikle hafif ağrılıdır ve iz bırakmadan iyileşir.⁴

Tablo 1. PFAPA sendromunda gözlenen klinik bulguların sıklığı

Semptom	Thomas kriterleri (%)	Padeh kriterleri (%)
Ateş	100	100
Tonsillit	72	100
Kırıklık	-	100
Servikal lenfadenopati	88	100
Aft	70	68
Baş ağrısı	60	18
Karın ağrısı	49	18
Atralji	79	11
Üşüme hissi	80	-
Öksürme	13	-
Bulanti	32	-
İshal	16	-
Ürtiker	9	-

PFAPA sendromuna ait en önemli bulgulardan birisi ateşin yüksek olmasına karşın çocuğun genel durumunun çoğunlukla bozulmamasıdır. Bu iki olguda olduğu gibi hastaların çoğunda tipik bir kriptik tonsillit tablosu vardır. Alınan boğaz kültürü ve hızlı streptokok testleri negatiftir. Tonsillit tablosu antibiyotik tedavisine yanıt vermezken, kortikosteroid tedavisi sonrası kriptler hızla kaybolur.^{8,9} Diğer belirtiler arasında baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı, kusma, terleme, titreme, kranial nörit ve nadiren artralji görülebilir. PFAPA'lı çocuklarda artralji ya da miyalji benzeri kas-iskelet sistemine ait yakınmalar görülürken artrit bulgusuna hiç rastlanmaz.⁶ Diğer temel özellik ise ataklar arasında hastanın tamamen sağlıklı olmasıdır.¹⁰ Periyodik ateşe neden olan tablolar arasında PFAPA sendromu, Hiper Ig D sendromu (HIDS), Tümör nekroz faktörü ile ilişkili periyodik sendrom (TRAPS), Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF), ailesel soğuk ürtikeri (FCU) ve Muckle-Wells sendromu (MWS) ve siklik nötropeni sayılabilir.⁴ Ateşin belirli zaman aralıklarıyla (en az yedi gün ve altı ay boyunca ≥ 3 ateşli dönem) tekrarladığı ve sebebinin anlaşılmadığı durumlarda periyodik ateş sendromları düşünülmelidir. Biz her iki vakada PFAPA ön tanısı ile sistemik steroid uyguladık ve hastalarda dramatik iyileşme gözlemledik. PFAPA atağı olduğu anda uygulanan 1-2 mg/kg/doz prednizolon tedavisinin ardından çok yüksek olan ateş düzeyi normale döner. Bu bulgu hastalığın sistemik enfeksiyonlarla ayırıcı tanısının yapılmasında ayrıca yararlıdır.⁶

Yayınlanmış vaka serilerinde 1–2 mg/kg intravenöz puşe sonrası uygulanan 0,5–1 mg/kg ikinci doz vakalarda ateşin altı saatten diğer semptomların ise 48 saatten kısa sürede gerilemesini sağladığı gösterilmiştir. Eğer semptomlar 48-72 saat içinde gerilemez ise doz tekrarı yapılabilir.^{6,10,11} Literatürde PFAPA sendromlu yetişkin hastaların alındığı bir çalışmada günlük 60 mg prednisolon tedavisi ile hastaların az bir kısmında atak sıklığının arttığı gösterilmiş olsa da, literatürde özellikle çocuk hastalarda kortikosteroid tedavisi sonrası atakların belirgin derecede azaldığı gösterilmiş ve günümüzde steroidler ilk basamak tedavilerin içerisinde kılavuz bilgisi olarak yerini almıştır.^{12,13}

Dünyada, PFAPA sendromunda steroid ile tedavi ya primer olarak uygunsuz atakların önüne geçmek için sürekli ya da bu iki hastada planlandığı gibi sadece atakların olduğu dönemde kullanılabilir.¹⁴ Nitekim her iki vakamızın yaklaşık beş aylık takiplerinde herhangi bir PFAPA atağının oluşmadığı saptanmıştır. Ateşsiz ara dönemlerde hasta tamamen asemptomatiktir. Hastalığa özgü belirli laboratuvar parametreleri bulunmamaktadır. Gerek birinci olgu gerekse ikinci olguda olduğu gibi atak sırasında

hafif artmış lökosit sayısı (tipik olarak <13000 mm³) ve eritrosit sedimentasyon hızı (genellikle <60 mm/saat) mevcut iken, ataklar arasında bu tetkikler normale dönmektedir.¹⁰ Diğer taraftan PFAPA sendromu olan çocuklarda febril epizotlar sırasında CRP düzeylerinde artış olması inflamatuvar mekanizmaların sürece dahil olduğunu göstermektedir.¹⁵ Hastaların çoğunun tonsillit nedeniyle çalışılan streptokok için yapılan boğaz kültürleri negatiftir.¹⁶ Serum IgD ve IgE seviyelerinde hafif artış görülebilir. Ayırıcı tanı açısından ayrıca Ig'ler, IgG alt grupları, antinükleer antikor, C3, lenfosit CD4/CD8 oranı, EBV ve adenovirüs serolojisi çalışılmalıdır.

Sonuç olarak; aile hekimliğinin önemli ilkelerinden düşük prevalans hekimliğine örnek teşkil eden PFAPA sendromu, periyodik ateş yüksekliği, farenjit ve adenit tablosuyla birinci basamağa başvuran çocuklarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Bu nedenle bir aile hekimi her hastaya bütüncül yaklaşmalı ve hasta takibinde sürekliliği sağlamalıdır. Atlanmış bir PFAPA sendromu çocuğu gereksiz tetkiklere maruz bırakacak ve hem çocuk hem de ailenin anksiyetesini artıracaktır. Ailelere çocukta sekel kalmayacağı, gelişiminin etkilenmeyeceği ve hastalığın kendiliğinden iyileşeceği anlatılmalıdır. Yine böyle bir durumda aile hekimliğinin güçlü ilkelerinden olan savunmanlık rolünün bilincinde olunmalıdır.

Tablo 2. PFAPA sendromu tanısında kullanılan kriterler

1. Erken yaşta (<5 yaş) başlayan, düzenli aralıklarla yineleyen ateş atakları
2. Üst solunum yolu enfeksiyonu olmadan aşağıdaki klinik bulgulardan en az birinin olması
a) Aftöz stomatit
b) Servikal lenfadenit
c) Farenjit
3. Siklik nötropeni tanısının elenmesi
4. Ataklar arasında tamamen asemptomatik bir aralık bulunması
5. Büyüme ve gelişmenin normal olması

KAYNAKLAR

1. Murata T, Okamoto N, Shimizu T, Tamai H. Diagnosis and management of periodic fever with aphthous pharyngitis and adenitis (PFAPA). *Nihon Rinsho Meneki Gakkai Kaishi* 2007;30(2):101-7.
2. Marshall GS, Edwards KM, Butler J, Lawton AR. Syndrome of periodic fever, pharyngitis, and aphthous stomatitis. *J Pediatr* 1987;110(1):43-6.
3. Kasapçopur Ö, Arısoy N. PFAPA sendromu. *Turk Arch Ped* 2009;44(3):80-3.
4. John CC, Gilsdorf JR. Recurrent fever syndrome in children. *Ped Infect Dis J* 2002; 21:1071-7.
5. Scholl PR. Periodic fever syndromes. *Curr Opin Pediatr* 2000; 12:563-6.
6. Padeh S, Brezniak N, Zemer D, Pras E, Livneh A, Langevitz P et al. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, and adenopathy syndrome: clinical characteristics and outcome. *J Pediatr* 1999; 135:98-101.
7. Tasher D, Stein M, Dalal I, Somekh E. Colchicine prophylaxis for frequent periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis episodes. *Acta Paediatr* 2008; 97:1090-2.
8. Feder H. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, adenitis: a clinical review of a new syndrome. *Curr Opin Pediatr* 2000;12(3):253-6.
9. Pinto A, Lindemeyer RG, Sollecito TP. The PFAPA syndrome in oral medicine: differential diagnosis and treatment. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2006;102(1):35-9.
10. Thomas KT, Feder HM Jr, Lawton AR, Edwards KM. Periodic fever syndrome in children. *J Pediatr* 1999;135(1):15-21.
11. Król P, Böhm M, Sula V, Dytrych P, Katra R, Nemcová D, et al. PFAPA syndrome: clinical characteristics and treatment outcomes in a large single-centre cohort. *Clin Exp Rheumatol* 2013;31(6):980-7.
12. Padeh S, Stoffman N, Berkun Y. Periodic fever accompanied by aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis syndrome (PFAPA syndrome) in adults. *Isr Med Assoc J* 2008;10(5):358-60. PMID: 18605359.
13. Terreri MT, Bernardo WM, Len CA, da Silva CA, de Magalhães CM, Sacchetti SB, et al. Guidelines for the management and treatment of periodic fever syndromes: periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis syndrome. *Rev Bras Reumatol Engl Ed* 2016 Jan-Feb;56(1):52-7.
14. Ter Haar NM, Oswald M, Jeyaratnam J, Anton J, Barron KS, Brogan PA, et al. Recommendations for the management of autoinflammatory diseases. *Ann Rheum Dis* 2015; 74:1636-44.
15. Hernandez-Bou S, Giner M, Plaza AM, Sierra JI, Martin Mateos MA. PFAPA syndrome: with legal to case. *Allergol Immunopathol* 2003; 31:236-9.
16. Kurtaran H, Karadag A, Catal F, Aktas D. PFAPA syndrome: a rare cause of periodic fever. *Turk J Pediatr* 2004; 6:354-6.



Case Report / Olgu Sunumu

Perianal Tuberculosis in A Male Patient with Diabetes Mellitus

Diyabetli Erkek Bir Hastada Perianal Tüberküloz

Murat Özgür Kılıç*¹, Cemile Sağlam², Cevat Can³

ÖZET

Perianal tüberküloz (TB) tüberküler enfeksiyonun nadir bir formudur ve akut apse, kronik ülser, nodüler lezyon ve fistül gibi değişken klinik şekilleri vardır. Ülseratif, verrüköz, lupoid ve miliyer formlarda prezente olmasına karşın, yüzeysel ülser en sık bildirilen morfolojik tiptir. Crohn hastalığı, herpetik ülser, malignite ve diğer granümatöz hastalıklar perianal tüberkülozun ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Tanı esas olarak histolojik ve/veya bakteriyolojik incelemelere dayanır. Altı aylık anti-tüberküloz tedavisi standart tedavidir, ve cerrahi sadece fistül ve apsede endikedir. Burada, diabetes mellituslu bir erkek hastada nadir bir perianal tüberküloz olgusu sunuldu.

Anahtar kelimeler: Diyabet, erkek, perianal tüberküloz, tanı, tedavi

ABSTRACT

Perianal tuberculosis is a rare form of tubercular infection, and has variable clinical pictures such as acute abscess, chronic ulcer, nodulary lesion, and fistula. Although it can be presented in ulcerative, verruuous, lupoid and miliary forms, superficial ulceration is the most commonly reported morphological type. Crohn's disease, herpetic ulcer, malignancy, and other granulomatous diseases should be considered in the differential diagnosis of perianal tuberculosis. The diagnosis mainly depends on histologic and/or bacteriologic examination. Six-month anti-tuberculous therapy is the standard treatment, and surgery is only indicated for fistula and abscess. Herein, a rare case of perianal tuberculosis in a male patient with diabetes mellitus was presented.

Key words: Diabetes, diagnosis, male, perianal tuberculosis, treatment

Received / Geliş tarihi: 09.12.2016, Accepted / Kabul tarihi: 14.01.2017

¹ Department of General Surgery, Ankara Numune Training and Research Hospital

² Ankara Yenimahalle Tuberculous Control Dispensary

³ Department of Pathology, Faculty of Medicine, Konya Karatay University

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Department of General Surgery, Numune Training and Research Hospital, Ankara, Turkey

E-mail: murat05ozgur@hotmail.com

Kılıç MÖ, Sağlam C, Can C. Perianal Tuberculosis in A Male Patient with Diabetes Mellitus, TJFMPC, 2017;11(1): 64-66.

DOI: 10.21763/tjfmpe.295954

INTRODUCTION

Gastrointestinal TB constitutes about less than 1% of all TB cases.¹ Perianal involvement is an extremely rare form, and has variable clinical pictures such as acute abscess, chronic ulcer, nodule, and fistula. The diagnosis can be easily confused with several benign and malignant diseases such as Crohn's disease, herpetic ulcer, and anal squamous cancer. In this paper, a rare case of perianal TB in a male patient with diabetes mellitus was presented.

CASE

A 60-year-old man presented with long-standing perianal nodular lesions. He had undergone open drainage for perianal abscess three months ago, and had received multiple antibiotherapies. In physical examination, chronic nodular lesions with indurated area were found on the perianal region (Figure 1). Digital rectal examination was normal, and no abnormality was found on colonoscopy. Since the colonoscopy was normal, and the lesion was long-standing and resistant to therapy, a punch biopsy was taken for a pre-diagnosis of tuberculosis or an atypical infection. Histopathology showed epithelioid granulomas and Langhans' multinucleated giant cells, with caseous necrosis (Figure 2). Tuberculous (TB) skin test was positive; however, chest X-ray revealed no abnormality. The patient was treated with isoniazid (5 mg/kg day) and rifampicin (10 mg/kg day) for 6 months. In the first 2-month period, pyrazinamide (30 mg/kg day) and streptomycin (15 mg/kg day) were administered. After the treatment, the lesion disappeared. No recurrence was observed during 18-months follow-up.



Figure 1. The view of perianal verrucous lesions (arrows) and indurated area.

DISCUSSION

Although perianal TB can be presented in ulcerative, verrucous, nodular, lupoid and miliary

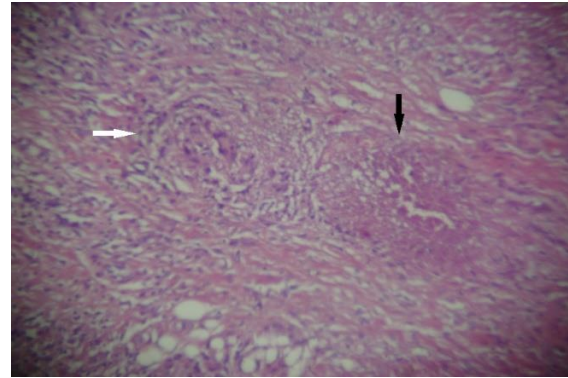


Figure 2. Histopathological appearance of granulomas containing Langhans giant cells (white arrow) and caseous necrosis (black arrow) (HE \times 10).

forms, superficial ulceration is the most common reported morphological type 2, patients rarely present with acute perianal abscess as in our case. Various underlying diseases related to immunocompromised conditions including diabetes, cancer, and human immunodeficiency virus positivity, can be found in these patients.³ Similarly, our patient had diabetes mellitus for a long time. Active pulmonary TB can be also accompanied with perianal TB, therefore such patients should be evaluated by chest radiography.³ Our patient had no active, past or contact history of TB. Crohn's disease, herpetic ulcer, and malignancy should be considered in the differential diagnosis of chronic perianal ulceration. Therefore, colonoscopy and biopsy from the lesions should be a part of the diagnostic work-up. The diagnosis mainly depends on histologic and/or bacteriologic examination. The presence of epithelioid and giant cells with caseous necrosis is the typical histopathologic finding. Culture is gold standard diagnostic method; however, requires a lot of time that may lead delay in the treatment. Polymerase chain reaction is a rapid test with high sensitivity and specificity but high cost limits its general use.² Standard anti-TB therapy for six months is the mainstay treatment with high success, and surgery is only indicated for fistula and abscess.⁴

In conclusion, perianal TB should be considered in the differential diagnosis of long standing anal lesions, particularly in patients from endemic areas of TB. Medical therapy should be the mainstay treatment modality, and surgery should be only considered in cases of fistula and abscess.

REFERENCES

1. Yurt S, Kosar F, Isik N, Urer HN. Two cases of pulmonary tuberculosis with extrapulmonary involvement in tongue and anus. *Respiratory Medicine Extra* 2005;1:1-3.
2. Matthew S. Anal tuberculosis: report of a case and review of literature. *Int J Surg* 2008;6:e36-9.
3. Tago S, Hirai Y, Ainoda Y, Fujita T, Takamori M, Kikuchi K. Perianal tuberculosis: A case report and review of the literature. *World J Clin Cases* 2015;3:848-52.
4. Ibn Majdoub Hassani K, Ait Laalim S, Toughrai I, Mazaz K. Perianal tuberculosis: a case report and a review of the literature. *Case Rep Infect Dis* 2012;2012:852763.