



Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

Original Research

Assistant Physicians Knowledge and Attitudes about Defensive
Medical Practices, Work-Related Stress and Burnout Levels

The Association Between the Neutrophil Lymphocyte Ratio
and Vitamin D Levels

Female healthcare workers and breast cancer screening

Antenatal Care and Breastfeeding

Healthy Lifestyle and Having Problems of Health of Individuals
Living in A Neighbourhood of Karesi Country in Balıkesir

Autism Spectrum Disorder Nutrition

Evaluation of Health Locus of Control of Individuals with
Type 2 Diabetes

Review

Medical Social Work Practices after Sexual Assault against Women

Between Quality Assurance and Improvement: 25 Years of
EQuiP Service (1991-2016)

Case Report

Late Onset Linear Scleroderma

TJFM&PC
Volume 12
No 2
June
2018

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

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

Electronic Journal (e-ISSN: 1307-2048)

Contact us:

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

E mail:

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

Tel: 90-322-3386060-3087

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care

Editor in Chief

Nafiz Bozdemir, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD. Adana- Türkiye

Associate Editors in Chief

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

Editors

Dilek Güldal(Dokuz Eylül University, Turkey)
M. Mümtaz Mazıoğlu(Erciyes University, Turkey)
Erkan Melih Şahin(Çanakkale Onsekizmart
University, Turkey)

International Editors

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

Statistics Editor

Refik Burgut(Maltepe University, Turkey)
Cahit Özer(Çukurova 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)
Özden Gökdemir (sağlık Bakanlığı, Isparta, Turkey)

Turkish Language:

Hatice Kurdak(Çukurova University, Turkey)
Yusuf Ziya Halefoğlu(Çukurova University, Turkey)
Berrin Telatar(İstanbul Bilim University, Turkey)

Type setting editors

Sevgi Özcan(Çukurova University, Turkey)

Web Editors

Web Application:

Yücel Uysal (Mersin University, Turkey)
Bora Gönen (DNA Arge Engineering, Turkey)
Onur Sürmegözlüer (Sağlık Bakanlığı, Niğde, Turkey)

Graphic Design:

Mustafa Çelik(Çukurova University, Turkey)
Ömer Tuğrul Çelik (TOBB Eco. And Tech.
University, Turkey)

Editorial Assistants

H.Volkan Tekayak (Sağlık Bakanlığı, Ş.urf, Turkey)
Melike Eraslan(Çukurova University, Turkey)
İsmail Ekiz (Sağlık Bakanlığı, Giresun, Turkey)
Ömer Günnar (sağlık Bakanlığı, Ardahan, Turkey)

Editorial Board

Ahmet Barış Güzel

Ahmet Muhtar Şengül

Ali Batuş

Ali Deniz

Ali Özer

Aliye Mavili

Altan Eşşizoğlu

Anıl Tombak

Arzu Uzuner

Aydan Gülsüm Genç

Ayşe Semra Demir Akca

Ayşegül Yolga Tahiroğlu

Bektaş Murat Yalçın

Berrin Telatar

Bilgin Yüksel

Birol Güvenç

Cahit Özer

Cem Doğan

Cevriye Cansız Ersöz

Cihangir Özcan

Davut Baltacı

Deniz Tuncel

Deniz Koçoğlu

Derya İren Akbıyık

Dilek Toprak

Dilek Çingil

Ediz Yeşilkaya

Elif Gökçearsan

Ercüment Erbay

Erkan Melih Şahin

Ersin Akpınar

Ertan Mert

Esat Veli Karakoç

Esra Çalık Var

Fevziye Toros

Figen Turan

Fikret Bademkiran

Füsün Ersoy

Gamze Özçürümez Bilgili

Gonca Karataş Karakuş

Gökhan Tümgör

Gülcan Arusoğlu

Güzel Dişçigil

Hacer Yapıcıoğlu
Hacer Bozdemir
Hakan Kaleağası
Hakan Özdoğu
Hasan Basri Üstünbaş
Hatice Kurdak
Hikmet Pekcan
Hülya Çakmur
Hüseyin Avni şahin
Hüseyin Per
İbrahim Başhan
İbrahim Öztur
İlhami Ünlüoğlu
İlker Ünal
İrfan Yurdabakan
İshak Aydemir
Kadir Özdel
Kürşad Akadlı Özşahin
M. Mümtaz Mazıcıoğlu
Mehmet Karakaş
Mehmet Sargın
Mehmet Uğurlu
Mehmet Ungan
Mehtap Evran
Mehtap Kartal
Melahat Demirbilek
Mete Korkut Gülmen
Mikail Özdemir
Mustafa Çelik
Mustafa Erol
Mustafa Fevzi Dikici
Nafiz Bozdemir
Nazan Bilgel
Nazan Karaoğlu
Neşe Akın
Nezih Dağdeviren
Nihal Zekiye Erdem
Nil Tekin
Nilgün Özçakar
Nurcan Yabancı
Nurşen Düzgün
Nurver Turfaner Sipahioğlu
Oğuz Tekin
Okay Başak
Orçun Yalav
Orhan Murat Koçak
Pemra C. Ünal
Ramazan Akçan

Recep Erol Sezer
Refik Burgut
Rengin Güzel
Rıza Çıtıl
Ruhuşen Kutlu
Seçil Günher Arıca
Sedat Kuleci
Sedef Kuran
Selahattin Gelbal
Selçuk Mıstık
Selim Kadıoğlu
Selma Çivi
Serap Daşbaş
Serdar Gürel
Serdar Öztora
Serkan Kumbasar
Serpil Aydın Demirağ
Seval Akgün
Sevgi Özcan
Seza Ayşe İnal
Süleyman Görpelioğlu
Süleyman Özdemir
şebnem Bıçakçı
Tacettin İnanđı
Tamer Edirne
Taşkiner Ketenci
Tolga Günvar
Tunay Sarpel
Tunç Ozan
Turan Set
Ümit Aydoğan
Veli Duyan
Vildan Mevsim
Volkan İzol
Yasemin Korkut
Yasemin Çayır
Yeltekin Demirel
Yener Aydın
Yiğit Akın
Yusuf Karataş
Yüksel Ersoy
Yüksel Ufuktepe
Zeynep Tuzcular Vural
Zuhal Sağlam

International Editorial Board

Afshin Peyrovani- Tehran, Iran
Alireza Abdollah Shamsheersaz –Huston, USA
Boonchu Pattama- Bangkok, Tayland
Arthanari Ganesan- Tamil Nadu, India
Deepak Chopra, Uttar Pradesh, India
Ebiringa Blaise Anyanwu- Delta State, Nigeria
Han Xu, Hefei, China
Inam Danish Khan, Kolkata, India
Mahsa Gilanipoor- Tehran- Iran
Micheal Weingarten, Bar-Ilan, Israel
Murlean Mills- Sydney, Australia
Ndifreke Udonwa- Crossriver, Nigeria
Olabode Alli- Nigeria
Olanrewaju Jerry-Ijishakin- Liverpool, UK
P.Pandiyam,Pachimuthu- Tamil Nadu, India
Sanjay Yadav, Maharashtra, India
Suneel Pratap Bhatnagar-New Delhi, India
Tamanna S Sinha-Gujarat, India
Waris Qidwai- Karachi, Pakistan
Wendy Barber, Ontario, Canada

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

TJFMPC is indexed in; ULAKBIM, Turkiye 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 uluslararası etik kılavuzlara uyum ve ilgili etik kurullardan izin esastır. Makalelerin etik kurullara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.

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

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

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

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

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

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

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

Yazı hazırlama kuralları:

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

Bir yazı şu bölümlerden oluşmalıdır:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yabancı dilde yayımlanan kitap:

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

Türkçe kitap:

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

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

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

Çeviri kitap:

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

Table of Contents

Original Research

[Assistant Physicians Knowledge and Attitudes about Defensive Medical Practices, Work-Related Stress and Burnout Levels](#)

Hekimlerin, Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Düzeyleri

Ömer Göcen, Ahmet Yılmaz, Hamza Aslanhan, Tahsin Çelepkolu, Suheyp Tuncay, Emre Dirican

TJFMPC, 2018;12(2): 77-87.

DOI: 10.21763/tjfmpe.432454

[The Association Between the Neutrophil Lymphocyte Ratio and Vitamin D Levels](#)

Nötrofil Lenfosit Oranı ile Vitamin D Düzeyleri Arasındaki İlişki

Funda Yıldırım Baş, Bahriye Arslan

TJFMPC, 2018;12(2): 88-91.

DOI: 10.21763/tjfmpe.432455

[Female healthcare workers and breast cancer screening](#)

Kadın Sağlık Çalışanları ve Meme Kanseri Taraması

Aynur Yalçıntaş, Aylin BaydarArtantaş, Püren Cura Ecevit, Tuğba Özdemirkan, Yusuf Üstü, Mehmet Uğurlu

TJFMPC, 2018;12(2): 92-101.

DOI: 10.21763/tjfmpe.432462

[Antenatal Care and Breastfeeding](#)

Doğum Öncesi Bakım ve Emzirme Davranışı

İlknur Göl

TJFMPC, 2018;12(2): 102-108.

DOI: 10.21763/tjfmpe.432466

[Healthy Lifestyle and Having Problems of Health of Individuals Living in A Neighbourhood of Karesi Country in Balıkesir](#)

Balıkesir Karesi İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan Kişilerin Sağlık Sorunu Yaşama Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Celalettin Çevik, Sibel Ergün, İbrahim Aldemir, Saliha Şence

TJFMPC,2018;12(2): 109-116.

DOI: 10.21763/tjfmpe.432535

[Autism Spectrum Disorder Nutrition](#)

Otizm Spektrum Bozukluğunda Beslenme

Şenay İlik, Fatma Kübra Sayın

TJFMPC, 2018;12(2): 117-125.

DOI: 10.21763/tjfmpe.432543

[Evaluation of Health Locus of Control of Individuals with Type 2 Diabetes](#)

Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sağlık Kontrol Odaklarının Değerlendirilmesi

Mustafa Kılıç, Selda Arslan

TJFMPC, 2018;12(2): 126-135.

DOI: 10.21763/tjfmpe.432547

Review

[Medical Social Work Practices after Sexual Assault against Women](#)

Kadına Yönelik Cinsel Saldırı Sonrası Müdahalede Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları

Semra Saruç, Hüsnür Aslantürk

TJFMPC, 2018;12(2): 136-147.

DOI: 10.21763/tjfmpe.432550

[Between Quality Assurance and Improvement: 25 Years of EQuIP Service \(1991-2016\)](#)

Kalite Güvencesi ve Kalite Geliştirme Arasında: 25 Yıllık EQuIP Tarihçesi (1991-2016)

Ulrik Bak Kirk, Vildan Mevsim

TJFMPC, 2018;12(2): 148-152.

DOI: 10.21763/tjfmpe.432552

Case Report

[Late Onset Linear Scleroderma](#)

Geç Başlangıçlı Lineer Skleroderma

İsmet Sevimli, Perihan Öztürk, Mehmet Kamil Mülâyım, Hülya Nazik

TJFMPC, 2018;12(2): 153-155.

DOI: 10.21763/tjfmpe.432556



Assistant Physicians Knowledge and Attitudes about Defensive Medical Practices, Work-Related Stress and Burnout Levels

Hekimlerin, Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Düzeyleri

Ömer Göcen¹, Ahmet Yılmaz^{*1}, Hamza Aslanhan¹, Tahsin Çelepkolu¹, Suheyp Tuncay¹, Emre Dirican²

ABSTRACT

Introduction: Defensive medicine is the practice of physicians to use the unnecessary procedures for diagnosis and treatment in order to protect themselves against medical malpractice cases, or to avoid taking the responsibility of high-risk medical practices which are likely to result in a malpractice case. The present study was carried out to reveal the knowledge and attitudes of research assistants working in internal and surgical medical sciences at Dicle University Medical Faculty Hospital about the defensive medicine applications and the factors affecting work-related stress and burnout levels. **Method:** The sample of this descriptive-cross-sectional type of study was designed by proportional layer method. The questionnaire, which included the sociodemographic data form, the defensive medicine applications attitude scale and the maslach burnout inventory, was applied to 200 physicians. **Results:** Of all the participants whose mean age was 29.4±3.0, 70.5%(n=141) were male, 56%(n=112) were married. The frequency of positive and negative defensive medicine was found as 98%(n=196) and 92 % (n=184) respectively. The points of defensive medicine were significantly high in the males, those working at surgical departments, those in the first two years of the specialist training in medicine, those the malpractice case opened about and smokers. The level of work-related tension was significantly high in the ones working at surgical departments, ones who keep watch for eight times or more per month, those the malpractice case opened about, smokers and alcohol users. The average points which the physicians took from Maslach Burnout Inventory were determined as 31.57±11.67 for emotional exhaustion, 11.75±6.49 for desensitization and 29.46±7.72 for personal accomplishment. **Conclusion:** In our study, it was concluded that most of the research assistants were not satisfied with the choice of profession and specialty, their knowledge of defensive medicine concept was inadequate and their high burnout rates were found in all burnout dimensions. It was seen that the burnout levels of those who applied more to defensive medicine were higher.

Key words: Defensive medicine, malpractice, burnout

ÖZET

Giriş: Defansif tıp, hekimlerin kendilerini tıbbi malpraktis davalarına karşı korumak amacı ile tanı ve tedaviye yönelik gereksiz işlemler kullanmaları veya malpraktis davası ile sonuçlanma riski yüksek tıbbi uygulamaların sorumluluğunu almamak için, bu tür uygulamalardan kaçınmalarıdır. Bu çalışma, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde, dahili ve cerrahi tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin, defansif tıp uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumları, işe bağlı gerginlik ve tükenmişlik düzeylerini etkileyen faktörleri ortaya koymak amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı-kesitsel tipteki bu çalışmanın örneklemini, orantılı tabakalı yöntemle oluşturulmuştur. Sosyodemografik veri formu, defansif tıp uygulamaları tutum ölçeği ve Maslach tükenmişlik ölçeğini içeren anket, 200 hekime uygulanmıştır. **Bulgular:** Yaş ortalaması 29,4±3,0 olan katılımcıların, % 70,5'i (n=141) erkek, %56'sı (n=112) evliydi. Pozitif ve negatif defansif tıp sıklığı, sırasıyla %98 (n=196), %92 (n=184) olarak bulunmuştur. Defansif tıp puanları, erkeklerde, cerrahi bilimlerde çalışanlarda, uzmanlık eğitiminin ilk 2 yılındakilerde, hakkında malpraktis davası açılanlarda ve sigara kullananlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. İşe bağlı gerginlik düzeyi, cerrahi bilimlerde çalışanlarda, ayda 8 ve üzeri sayıda nöbet tutanlarda, hakkında malpraktis davası açılanlarda, sigara kullananlarda, alkol kullananlarda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Hekimlerin, Maslach tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları, duygusal tükenme için 31,57±11,67, duyarsızlaşma için 11,75±6,49, kişisel başarı için 29,46±7,72 olarak belirlenmiştir. **Sonuç:** Çalışmamızda, araştırma görevlisi hekimlerin büyük kısmının meslek ve uzmanlık dalı seçiminden memnun olmadıkları, defansif tıp kavramı hakkında bilgilerinin yetersiz ve tüm tükenmişlik boyutlarında, yüksek tükenmişlik oranlarının olduğu sonucuna varılmıştır. Defansif tıbbi daha fazla uygulayanların tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Anahtar kelimeler: Defansif tıp, malpraktis, tükenmişlik

Received / Geliş tarihi:05.12.2017, Accepted / Kabul tarihi: 22.02.2018

¹Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Diyarbakır

²Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD, Diyarbakır

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ahmet Yılmaz, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D. Diyarbakır-TÜRKİYE, E-mail: dearahmetyilmaz@hotmail.com

Göcen Ö, Yılmaz A, Aslanhan H, TÇelepkolu T, Tuncay S, Dirican E. Hekimlerin, Defansif Tıp Uygulamaları Hakkındaki Bilgi ve Tutumları, İşe Bağlı Gerginlik ve Tükenmişlik Düzeyleri. TJFMPC, 2018; 12 (2): 77-87. DOI: 10.21763/tjfm.432454

GİRİŞ

Defansif tıp uygulamaları (DTU), hekimlerin, malpraktis davalarından korunmayı amaçladıkları tıbbi uygulamalardır. DTU yaygın olarak, “hekimin, hastanın tanı ve tedavisinden ziyade, öncelikle hasta tarafından dava edilmekten korunmak için, istediği tanısal tetkikler, tedaviler ve prosedürlerdir” şeklinde de ifade edilebilir.¹ Defansif tıp, pozitif ve negatif defansif uygulamalar olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Pozitif defansif tıp (PDT), hastaları malpraktis şikâyetinde bulunmaktan vazgeçirmek veya yasal süreci, yapılması gerekenin yapıldığı konusunda ikna etmek ve hoşnutsuzluktan kaynaklanabilecek olumsuz sonuçları azaltmak amacıyla, marjinal ya da tıbbi değeri olmayan ilave tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanmasıdır.² Negatif defansif tıp (NDT), hasta için yapılması gerekli olduğu halde bazı uygulamaları yerine getirmeme durumudur. DTU, sağlık hizmetinin, koruyucu hizmetler, tanı koyma, tedavi etme, bilgilendirme, kayıt ve belgelendirme gibi her aşamasında görülebilir.

Günümüzde teknoloji, tıp alanında yoğun bir şekilde kullanılmaktadır. Özellikle görüntüleme yöntemlerinin tanı ve tedavideki yeri oldukça önemlidir. Ancak, lüzumsuz yere uygulanan görüntüleme tetkikleri, biyopsi gibi girişimsel ve sezaryen gibi cerrahi müdahaleler, hastaya fiziksel ve manevi açıdan zarar verebilir. Aynı zamanda, DTU sağlık harcamalarında maliyeti arttırabilmektedir.³

İşe bağlı gerginlik (İBG), kişinin çevredeki stresörlere karşı verdiği psikolojik tepkiler olarak tanımlanmaktadır. İBG ve iş stresi, birbirinin yerine kullanılan kavramlar olarak karşımıza çıkmaktadır. İBG ve tükenmişlik daha çok hekimlik, hemşirelik, fizyoterapistlik gibi insanlarla yoğun ve süregelen ilişkide olan mesleklerde görülmektedir. Sağlık alanında çalışanlarda, yoğun iş yükü, ağır ve ölümcül hastalara bakım verme, gerektiğinde hasta ve yakınlarına duygusal destek vermek zorunda kalma gibi nedenler işle ilgili gerginliğe yol açabilmektedir.⁴

Maslach ve Jackson, tükenmişliği, duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D) ve kişisel başarıda (KB) düşme ile ifade edilen “üç boyutlu bir psikolojik sendrom” olarak tanımlamışlardır. DT, kişinin mesleği tarafından tüketilmiş ya da aşırı yüklenilmiş olma duygularını, D, çalışanların, hizmet verdikleri kişilere karşı duygudan yoksun ve umursamaz bir şekilde davranmalarını, KB noksanlığı ise bireylerin sorunların üstesinden gelememe, bireysel beceri ve başarıda düşme durumlarını ifade etmektedir. Hem İBG'nin, hem de tükenmişliğin yorgunluk, depresyon, düşük iş memnuniyeti ve

kardiyovasküler hastalıkların da içinde olduğu, stres bağlantılı hastalıklara yol açtığı bilinmektedir.⁵ Literatürde, Türkiye’de ve Dünya’da defansif tıp, İBG ve tükenmişlik hakkında, her biri için ayrı çeşitli yayınlar mevcut olup, bu üç konunun bir arada işlendiği bir çalışma örneğine rastlanmamıştır. Bazı çalışmalarda, İBG ve tükenmişlik konularının bir arada işlendiği görülmüştür.

Bu çalışma, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinde (DÜTF) çalışan araştırma görevlisi hekimlerin, tıbbi malpraktis davalarına ne sıklıkla maruz kaldığı, DTU’nun, İBG ve tükenmişlik düzeylerinin ne durumda olduğunu tespit etmek, ortaya çıkabilecek kötü sonuçların engellenmesi adına neler yapılabileceğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

MATERYAL METOD

Tanımlayıcı kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini, DÜTF’de çalışan dahili ve cerrahi tıp bilim dallarındaki araştırma görevlileri oluşturmuştur. Bu çalışma için, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar Etik Kurulundan 02.06.2016 tarih ve 217 sayı ile onay alınmıştır. Araştırmadaki güç (power), %80 olacak şekilde örnek hacmi hesaplandığında, minimum 172 kişi olması gerektiği görülmüş olup, tarafımızca 200 kişiye ulaşılmıştır. Orantılı tabakalı örneklem yöntemi kullanılarak, ilgili hastanedeki 14 cerrahi branş, 12 dahili branşta çalışan araştırma görevlilerinin, hem dahili ve cerrahi bilim dallarına göre hem de bilim dallarında yer alan branşlara göre katılımcılar belirlenerek örneklem grubu oluşturulmuştur. Temel tıp bilimlerindeki araştırma görevlilerinin, bir kısmının tıp fakültesi mezunu olmaması, bir kısmının da defansif tıp uygulamaları (DTU) ölçeğinin içerisinde sorgulanan hasta muayenesi, reçete yazma, hasta yatırma gibi durumlara sıklıkla müdahil olmamasından dolayı, temel bilimlerdeki araştırma görevlileri çalışmaya dahil edilmemiştir.

Çalışmanın verileri; 01-30/11/2016 tarih aralığında, sosyodemografik veri formu, DTU ölçeği, İBG ölçeği, MTÖ ve beraberinde, hekimlik mesleği ve hekimlerin çalıştıkları branş hakkındaki düşünceleri ve defansif tıp ile ilgili bilgi ve ilgileri hakkındaki soruları içeren anketlerin uygulanması ile toplanmıştır.

Çalışmamızda veriler; %95 güvenle, SPSS 18 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programı kullanılarak analiz edildi. Kullanılan istatistiksel testlerin önemlilik sınırı 0,05 olarak belirlenmiştir. Normal dağılım gösteren veriler için parametrik testler, göstermeyenler için parametrik olmayan testlerle analiz yapılmıştır.

Kategorik değişkenlerin analizi için ki- kare test, demografik özellikler için tanımlayıcı istatistikler kullanıldı ve ayrıca Spearman korelasyon analizi yapılmıştır.

Çalışmada kullanılan DTU Tutum Ölçeği, Başer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Kendileri tarafından yapılmış çalışmasının güvenilirlik analizinde, ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach alfa= 0,853). Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değerleri de PDT için 0,685 ve NDT için 0,918 olarak bulunmuştur.^{6,7} Katılımcının, sorulara verdiği yanıtları daha kesin bir ifade ile belirtmek için, ölçekte yer alan “tamamen katılıyorum”, “çok katılıyorum”, “orta derece katılıyorum” yanıtları *evet* olarak, “az katılıyorum” ve “hiç katılmıyorum” yanıtları *hayır* olarak kategorize edilmiştir.

İşe bağlı gerginlik (İBG) Ölçeği, Revicki ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, 18 madde içeren 4'lü likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir.⁸ Aslan ve arkadaşları tarafından geçerlik ve güvenilirliği yapılmış ve Türkçe'ye uyarlanmıştır. 15. Madde, güvenilirlik katsayılarını belirgin biçimde düşürdüğü için çalışmalarında bu maddeyi çıkartmışlardır. Ölçekten, 15. madde çıkarıldığında Cronbach alfa katsayısı 0,78 olarak bulunmuştur.⁹ Bu çalışmada da, ölçeğin 17 madde içeren formu kullanılmıştır.

MTÖ'nün Türkiye için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Cronbach Alfa katsayıları DT için 0,83, D için 0,71 ve KB için 0,72 olarak bulunmuştur.¹⁰ Bu çalışmada, 22 sorudan, 7 basamaklı cevap seçeneğinden oluşan orijinal form kullanılmıştır. Tükenmişliğin, bu üç yönü arasındaki ilişkiyle ilgili olarak, her alt ölçeğin puanı ayrı olarak değerlendirilmekte ve tek bir toplam puanla birleştirilmemektedir. Sonuç olarak, her birey için üç ayrı puan hesaplanmaktadır. Ölçekten elde edilen puanlar yorumlanırken; DT puanı için; 0-16 arası düşük, 17-26 arası orta, 27 ve üzeri yüksek, D puanı için; 0-6 arası düşük, 7-12 arası orta, 13 ve üzeri yüksek, KB puanı için; 39 ve üzeri düşük, 32-38 arası orta, 0-31 arası yüksek olarak sınıflandırılmıştır. Tükenmişliği olan bireylerde DT ve D puanlarının yüksek, KB puanının düşük olması beklenmektedir.¹¹

BULGULAR

Katılımcıların %57,5'inin (n=115) 29 yaş ve altında olduğu, %70,5'inin (n=141) erkek, %56,0'ının (n=112) evli, %30,5'inin (n=61) çocuk sahibi olduğu tespit edildi. Katılımcıların %65'i (n=130) dahili tıp bilimlerinde görev yapmakta, %90'ı (n=180) nöbet tutmaktadır. Katılımcıların diğer sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Katılımcıların, hekimlik mesleği seçimi hakkındaki soruya %28'i (n=56), uzmanlık branşı seçimi hakkındaki soruya %48'i (n=96) “doğru seçim yaptığımı düşünüyorum” şeklinde yanıt vermiştir. Verilen diğer yanıtlar Şekil 1'de görülmektedir.

Hekimlerin “Eğer bir seçim yapma şansınız olsa idi ve en başa dönebilseydiniz, yine hekimlik mesleğini seçer miydiniz?” sorusunu, %40'ı (n=80) “evet”, %27,5'i (n=55) “hayır”, %32,5'i (n=65) “kararsızım” şeklinde yanıtlamıştır.

Hekimlerin, %10,5'i (n=21) hakkında daha önce malpraktis iddiasıyla dava açıldığı, %57,5'inin (n=115) DTU kavramını daha önce hiç duymadığı tespit edilmiştir (Şekil 2). Hekimlerden sadece üçü, DTU sorularının tamamına *hayır* demiştir. Katılımcıların %98'i (n=196) PDT sorularından en az birisine, %92'si (n=184) NDT sorularından en az birisine *evet* yanıtını vermiştir (Tablo 2).

Çalışmaya katılan hekimlerin, çalıştıkları tıp bilim dallarına göre, DTU tutumları karşılaştırıldığında, dahili ve cerrahi tıp bilimleri arasında defansif tıp tutumları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasına karşın (p=0,47), DTU puan ortalaması ile tıp bilim dalı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcut idi (p<0,05). DTU puan ortalamaları, erkeklerde, kadınlara göre, cerrahi bilimlerde çalışanlarda, dahili bilimlerde çalışanlara göre, uzmanlık eğitiminin 1.-2. yılında olanlarda, 3.-5. yılında olanlara göre, ayda 8 ve üzeri sayıda nöbet tutanlarda, daha az nöbet tutanlara göre, hakkında açılmış malpraktis davası olanlarda, olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede fark yüksek bulunmuştur. Medeni durum, yaş, çocuk varlığı, meslekteki çalışma süresinin DTU puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo3,4).

Çalışmada, İBG puan ortalaması 41,36±7,44 idi. İBG puan ortalaması, cerrahi bilimlerde çalışanlarda, dahili bilimlerde çalışanlara göre, 30 yaş üzerinde olanlarda, daha küçük yaştakilere göre, ayda 8 ve üzeri sayıda nöbet tutanlarda, daha az nöbet tutanlara göre, sigara kullananlarda, kullanmayanlara göre, alkol kullananlarda, kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (p değerleri sırasıyla; p=0,009; p=0,02; p=0,005; p=0,005; p=0,047; Tablo 3,4). Hakkında açılmış malpraktis davası olanlarda, olmayanlara göre İBG puan ortalaması daha yüksek olup, bu fark kısmen istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,053; Tablo 4). Cinsiyet, medeni durum, uzmanlık eğitimi yılı, çocuk varlığı, meslekteki çalışma süresinin İBG

puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$; Tablo 3,4).

Çalışmada, DT puan ortalaması $31,57\pm 11,67$ idi. DT puan ortalaması, uzmanlık

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler (n= 200)	n	%
Yaş grupları (yıl)		
29 ve altı	115	57,5
30 ve üstü	85	42,5
Cinsiyet		
Kadın	59	29,5
Erkek	141	70,5
Medeni durum		
Evli	112	56,0
Bekar	84	42,0
Boşanmış	4	2,0
Dul	0	0,0
Çocuk varlığı		
Evet	61	30,5
Hayır	139	69,5
Tıp Bilim Dalı		
Dahili Tıp Bilimleri	130	65,0
Cerrahi Tıp Bilimleri	70	35,0
Hekim Olarak Çalışma Süresi		
0- 5 yıl	138	69,0
6 ve üzeri yıl	62	31,0
Uzmanlık eğitimi yılı		
1-2. yıl	121	60,5
3-5. yıl	79	39,5
Nöbet tutma durumu		
Evet	180	90,0
Hayır	20	10,0
Bir ayda tutulan ortalama nöbet sayısı		
0- 7 gün	121	60,5
8 ve üzeri gün	79	39,5
Sigara kullanım durumu		
Evet	47	23,5
Hayır	150	75,0
Bıraktım	3	1,5
Alkol kullanım durumu		
Evet	35	17,5
Hayır	165	82,5
Bıraktım	0	0,0

eğitiminin 1.-2. yılında olanlarda, 3.-5. yılında olanlara göre, ayda 8 ve üzeri sayıda nöbet tutanlarda, daha az nöbet tutanlara göre, sigara kullananlarda, kullanmayanlara göre, alkol kullananlarda, kullanmayanlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır (p değerleri sırasıyla; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,001$; $p=0,017$; Tablo 4). Cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk varlığı, meslekteki çalışma süresi, çalışılan tıp bilim dalı, hakkında açılmış malpraktis dava olmasının DT puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$; Tablo 3,4).

Çalışmada, D puan ortalaması $11,75\pm 6,49$ idi. D puan ortalaması, cerrahi bilimlerde çalışanlarda, dahili bilimlerde çalışanlara göre, ayda 8 ve üzeri sayıda nöbet tutanlarda, daha az nöbet tutanlara göre, hakkında açılmış malpraktis davası olanlarda, olmayanlara göre, sigara kullananlarda, kullanmayanlara göre, alkol kullananlarda,

kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p değerleri sırasıyla; $p=0,003$; $p=0,01$; $p=0,017$; $p=0,005$; $p=0,003$; Tablo 3,4). Cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk varlığı, meslekteki çalışma süresi, uzmanlık eğitimi yılının D puanı ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0,05$; Tablo 3,4).

Çalışmada, KB puan ortalaması $29,46\pm 7,72$ idi. Bağımsız değişkenlerden, KB puanını istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkileyen bir değişken tespit edilmemiştir (Tablo 3,4).

Çalışmamızda PDT ile NDT arasında ($r=+0,64$, $p< 0,01$), PDT ile TDT arasında ($r=+0,93$, $p< 0,01$), NDT ile TDT arasında ($r=+0,87$, $p< 0,01$) korelasyon saptanmıştır. PDT ile İBG arasında ($r=+0,36$, $p< 0,01$), NDT ile İBG arasında ($r=+0,46$, $p< 0,01$), TDT ile İBG arasında

($r=+0,44$, $p< 0,01$) , DT ile İBG arasında ($r=+0,71$, $p< 0,01$), DT ile D arasında ($r=+0,64$, $p< 0,01$), KB

ile DT arasında ($r= -0,18$, $p< 0,01$) korelasyon saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 2. Katılımcıların, DTU ölçek sorularına verdikleri yanıtların dağılımı

SORU	Tamamen katılıyorum	Çok katılıyorum	Orta derecede katılıyorum	Az katılıyorum	Hiç katılmıyorum
1. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gerekli gördüklerimin dışında tetkikler istiyorum.	29 (% 14,5)	27 (% 13,5)	80 (% 40,0)	37 (% 18,5)	27 (% 13,5)
2. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın endikasyonları dahilinde yazabileceğim ilaçların çoğunu yazıyorum.	30 (% 15,0)	64 (% 32,0)	56 (% 28,0)	31 (% 15,5)	19 (% 9,5)
3. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın gelişebilecek komplikasyonlar ile ilgili daha fazla konsültasyon istiyorum.	50 (% 25,0)	72 (% 36,0)	47 (% 23,5)	20 (% 10,0)	11 (% 5,5)
4. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyonları dışı nedenler ile (örn: sosyal endikasyon) hastayattırıyorum.	18 (% 9,0)	32 (% 16,0)	44 (% 22,0)	57 (% 28,5)	49 (% 24,5)
5. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile görüntüleme tekniklerini daha sık kullanıyorum.	37 (% 18,5)	52 (% 26,0)	58 (% 29,0)	30 (% 15,0)	23 (% 11,5)
6. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile tıbbi uygulamaları hastalarımın daha detaylı açıklıyorum.	55 (% 27,5)	69 (% 34,5)	46 (% 23,0)	21 (% 10,5)	9 (% 4,5)
7. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile hastalarımın daha fazla zaman ayırıyorum.	24 (% 12,0)	31 (% 15,5)	63 (% 31,5)	51 (% 25,5)	31 (% 15,5)
8. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile kayıtları daha detaylı tutuyorum.	56 (% 28,0)	68 (% 34,0)	58 (% 29,0)	14 (% 7,0)	4 (% 2,0)
9. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile aydınlatılmış onam formlarına daha fazla önem veriyorum.	74 (% 37,0)	82 (% 41,0)	29 (% 14,5)	10 (% 5,0)	5 (% 2,5)
10. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile dava etme olasılığı yüksek hastalardan kaçınıyorum.	47 (% 23,5)	43 (% 21,5)	45 (% 22,5)	44 (% 22,0)	21 (% 10,5)
11. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile karmaşık problemleri olan hastalardan kaçınıyorum.	35 (% 17,5)	36 (% 18,0)	53 (% 26,5)	48 (% 24,0)	28 (% 14,0)
12. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile komplikasyon oranları yüksek tedavi protokollerinden kaçınıyorum.	33 (% 16,5)	43 (% 21,5)	60 (% 30,0)	44 (% 22,0)	20 (% 10,0)
13. Hukuki sorunlardan korunmak amacı ile girişimsel tedavi protokolleri yerine girişimsel olmayan protokolleri tercih etmeye yöneliyorum.	32 (% 16,0)	36 (% 18,0)	57 (% 28,5)	50 (% 25,0)	25 (% 12,5)

14. Malpraktis ile ilgili konular medyada fazlaca yer buldukça hekimlik uygulamalarımızda tedirginlik hissediyorum.	69 (%34,5)	62 (%31,0)	43 (%21,5)	19 (%9,5)	7 (%3,5)
---	---------------	---------------	---------------	--------------	-------------

Tablo 3. Katılımcıların, bazı demografik değişkenlere göre ölçeklerden aldıkları puanlar

	Uzmanlık eğitimi Yılı		Bir Ayda Tutulan Nöbet Sayısı (gün/ay)		Hakkında Malpraktis Davası Açılma Durumu		Sigara Kullanım Durumu		Alkol Kullanım Durumu	
	1-2 yıl	3-5 yıl	0-7	> 8	Evet	Havır	Evet	Havır	Evet	Havır
PDT	30,8±6,6		29,0±6,9		34,3±8,0		32,8±5,9		30,8±7,4	
	28,8±7,1		31,7±6,4		29,5±6,5		29,2±6,9		29,9±6,7	
	<i>p= 0,045</i>		<i>p= 0,006</i>		<i>p= 0,003</i>		<i>p= 0,002</i>		<i>p= 0,481</i>	
NDT	16,8±4,8		15,6±5,0		19,5±4,9		17,9±5,2		17,3±5,4	
	15,2±5,3		17,1±5,1		15,8±5,0		15,7±4,9		15,9±5,0	
	<i>p= 0,022</i>		<i>p= 0,05</i>		<i>p= 0,002</i>		<i>p= 0,009</i>		<i>p= 0,156</i>	
TDT	47,7±10,3		44,6±11,1		53,8±12,2		50,7±9,3		48,1±10,9	
	44,0±11,5		48,8±10,2		45,4±10,4		44,9±11,0		45,9±10,9	
	<i>p= 0,019</i>		<i>p= 0,008</i>		<i>p= 0,001</i>		<i>p= 0,001</i>		<i>p= 0,267</i>	
İBG	41,6±7,1		40,1±7,5		44,3±9,5		44,0±6,9		43,6±6,7	
	40,8±7,8		43,1±6,8		41,0±7,1		40,5±7,4		40,8±7,5	
	<i>p= 0,440</i>		<i>p= 0,005</i>		<i>p= 0,053</i>		<i>p= 0,005</i>		<i>p= 0,047</i>	
DT	33,7±11,1		28,8±11,0		34,1±12,7		37,7±9,3		35,0±8,5	
	28,2±11,7		35,6±11,5		31,2±11,5		29,6±11,6		30,8±12,1	
	<i>p= 0,001</i>		<i>p= 0,001</i>		<i>p= 0,288</i>		<i>p= 0,001</i>		<i>p= 0,017</i>	
D	12,3±6,2		10,8±6,1		14,9±7,6		14,0±6,3		14,7±5,9	
	10,8±6,7		13,2±6,7		11,3±6,2		11,0±6,3		11,1±6,4	
	<i>p= 0,106</i>		<i>p= 0,01</i>		<i>p= 0,017</i>		<i>p= 0,005</i>		<i>p= 0,003</i>	
KB	28,8±7,4		29,4±7,4		31,4±7,0		27,8±7,0		28,5±6,7	
	30,4±8,0		29,4±8,1		29,2±7,7		29,9±7,8		29,6±7,9	
	<i>p= 0,157</i>		<i>p= 0,995</i>		<i>p= 0,218</i>		<i>p= 0,107</i>		<i>p= 0,427</i>	

* Veriler ortalama ± standart sapma olarak gösterilmiştir. PDT: Pozitif defansif tıp, NDT: Negatif defansif tıp, TDT: Toplam defansif tıp, İBG: İşe bağlı gerginlik, DT: Duyusal tükenme, D: Duyarsızlaşma, KB: Kişisel başarı

TARTIŞMA

Çalışmada, hekimlerin yarısından fazlası, hekimlik mesleği ve uzmanlık dalı seçimlerinden memnun olmadıkları yönünde yanıt vermişlerdir. Hekimlerin, çalışmamızdaki tükenmişlik ve İBG düzeylerinin yanı sıra, ülkemizdeki sosyal ve yasal hakları, kamudaki saygınlığı, çalışan memnuniyet düzeyi, iş yükü ve aldıkları ücret gibi birçok önemli etkenin bu sonuçlarda etkisi olduğu düşünülebilir^{11,25}.

Çalışmamızda, hekimlerin dava edilme oranları cerrahi branşlarda, dahili branşlara göre 4,6 kat fazla olduğu görülmüştür. Chen ve arkadaşları, Tayvan'da dahili ve cerrahi bilimlerde çalışan 457 hekime uyguladığı bir ankette, %56,5'inin malpraktis dava deneyimi olduğu görülmüştür.¹² İsrail'de, 877 hekime uygulanan bir çalışmada, hekimlerin %25'inin kariyerinde en az bir kez malpraktis davasının olduğu bildirilmektedir.¹³ Aynacı tarafından Konya'da hekimler arasında yapılan bir anket çalışmasında, dava edilme oranı %12,34 bulunmuştur.² Bu çalışmada, çalışmamıza

benzer şekilde, dahili bilimlerdeki hekimlere karşı açılan davalar, cerrahi bilimlerdekilere açılanlardan çok daha azdır. Literatürde dava edilme riski en yüksek beş uzmanlık dalı; acil tıp, genel cerrahi, ortopedi, beyin cerrahisi, kadın hastalıkları ve

doğum olarak belirtilmiştir.¹⁴ Ülkemizdeki malpraktis dava oranları daha düşük çıkmakla birlikte cerrahi branşların, dava oranlarının yüksek olması literatürle uyumludur.^{2,13,14}

Tablo 4. Katılımcıların, bazı demografik değişkenlere göre ölçeklerden aldıkları puanlar

	Tıp Bilim Dalı	Cinsiyet		Medeni Durum		Yaş (yıl)		Çocuk Varlığı		Hekim Olarak Çalışma Süresi (yıl)	
	Dahili Cerrahi	Kadın	Erkek	Evlü	Bekar	≤ 29	≥ 30	Evet	Hayır	0-5	≥ 6
PDT	28,8±6,6	28,5±6,4	30,7±6,9	29,9±6,8	30,4±7,0	30,2±6,6	29,8±7,2	30,3±6,9	29,9±6,9	30,1±6,6	29,8±7,3
	32,4±6,7										
NDT	15,5±4,9	14,9±4,6	16,7±5,2	15,9±4,9	16,5±5,3	16,2±5,2	16,2±4,9	16,3±5,0	16,1±5,1	16,1±5,2	16,4±4,8
	17,5±5,1										
TDT	44,3±10,4	43,4±10,2	47,4±11,0	45,8±10,8	47,0±11,1	46,4±10,7	46,1±11,2	46,6±11,0	46,1±10,9	46,3±10,7	46,2±11,3
	49,9±10,9										
İBG	40,3±6,8	40,8±7,0	41,5±7,6	41,7±7,7	40,6±7,0	40,3±7,0	42,7±7,7	42,1±7,8	41,0±7,2	40,6±7,0	42,8±8,1
	43,2±8,0										
DT	30,5±11,1	31,7±11,4	31,4±11,7	31,1±12,4	32,0±10,6	31,3±10,9	31,8±12,6	29,8±12,8	32,3±11,0	31,2±11,4	32,2±12,2
	33,4±12,4										
D	10,7±5,7	10,6±5,3	12,2±6,8	11,3±6,6	12,0±6,2	11,8±6,3	11,6±6,7	11,4±6,9	11,8±6,2	11,5±6,1	12,1±7,2
	13,7±7,3										
KB	28,9±7,7	29,4±7,6	29,4±7,7	29,0±7,9	30,0±7,4	29,2±7,8	29,6±7,6	29,4±8,0	29,4±7,6	29,2±7,8	29,9±7,4
	30,4±7,6										

* Veriler ortalama ± standart sapma olarak gösterilmiştir. PDT: Pozitif defansif tıp, NDT: Negatif defansif tıp, TDT: Toplam defansif tıp, İBG: İşe bağlı gerginlik, DT: Duygusal tükenme, D: Duyarsızlaşma, KB: Kişisel başarı

Çalışmamıza nazaran, DTU kavramı, hekimlerce, yurtdışında çok daha yüksek oranlarda bilinmektedir.¹⁵ Bulgularımıza göre, DTU kavramının ülkemizde henüz yeterince bilinmediği ve hekimlerin mesleki geleceği için, defansif tıp

eğitim programları düzenlenmesinin gerektiği görülmektedir.

Hekimlerimizin, haklarında açılan malpraktis davaları, diğer ülkelere göre belirgin şekilde az olmasına rağmen, DTU düzeyleri diğer ülkelere

benzer şekilde yüksektir. Ülkemizde giderek artan malpraktis davaları, malpraktis iddialarının medyada fazlaca yer bulması, tıp hukuku hakkında hekimlerin yeterli düzeyde eğitilmiş olmaması ve buna bağlı olarak davalardan gereğinden fazla korkuyor olabilecekleri, hekimlerin, kendileri

hakkında açılan davaları diğer hekimlerle de konuşması ve onları da bu konuda etkileyerek, malpraktis hakkındaki farkındalığı arttırmaları gibi etkenler DTU düzeylerindeki yüksek oranları açıklayabilir.²

Tablo 5. Kullanılan ölçeklerin korelasyon analizi

		PDT	NDT	TDT	İBG	DT	D	KB
PDT	r	1						
NDT	r	0,648*	1					
TDT	r	0,934*	0,877*	1				
İBG	r	0,363*	0,468*	0,448*	1			
DT	r	0,274*	0,372*	0,347*	0,711*	1		
D	r	0,227*	0,365*	0,314*	0,498*	0,640*	1	
KB	r	-0,080	-0,184*	-0,137	-0,271*	-0,189*	-0,119	1

*: p<0,01 PDT: Pozitif defansif tıp, NDT: Negatif defansif tıp, TDT: Toplam defansif tıp, İBG: İşe bağlı gerginlik, DT: Duygusal tükenme, D: Duyarsızlaşma, KB: Kişisel başarı

Çalışmamızda, hekimlerin, DTU içerisinde, hukuki sorunlardan korunmak amacı ile endikasyon dışı nedenler ile hasta yatırma uygulaması dışındaki diğer tüm uygulamalarda %50'nin üzerinde defansif tıp uygulama eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın yapıldığı hastanenin üçüncü basamak bir hastane olması ve araştırma görevlilerinin kendileri adına değil de, ancak kendilerinden sorumlu olan öğretim görevlisi adına ve onun onayını alarak hasta yatırması nedenleriyle, bu oranın diğer uygulamalardaki oranlardan daha az çıktığı düşünülebilir.

Aslan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, araştırma görevlilerinin İBG puan ortalaması uzman hekimlere kıyasla fazla, pratisyen hekim ve hemşirelere oranla daha düşük çıkmıştır.⁹ Çalışmamızda hekimlerin İBG puan ortalaması

Aslan ve arkadaşlarının çalışmaları ile benzer bulunmuştur. Kullanılan ölçeğin kesim noktası bulunmaması ve ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 68 olduğu düşünüldüğünde, hekimlerin çok fazla olmasa da İBG yaşadığı söylenebilir.

Literatür, hekimlerin, topluma göre daha yüksek oranda tükenmişlik yaşadığını göstermektedir.^{16,17} Aktuğ ve arkadaşları¹⁸ ile Oray ve arkadaşları¹⁹ çalışmalarında, araştırma görevlilerinin daha çok DT ve D alt boyutlarında tükenmişlik yaşadıklarını saptamışlardır. Uzmanlık eğitimi döneminde, çalışma saatlerinin uzun olması, sık nöbet tutulması, uykusuzluk, öğrenilmesi gereken bilginin fazla oluşu, deneyim eksikliği gibi pek çok faktör tükenmişliğe neden olabilir.

Çalışmamızda, cerrahi tıp bilimlerdeki hekimlerin, pozitif, negatif, toplam defansif tıp,

İBG, D puan ortalamaları, dahili tıp bilimlerindeki hekimlere göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Her iki grup arasında DT ve KB için anlamlı fark saptanmamıştır. Aynacı'nın yapmış olduğu çalışmada da pozitif ve negatif DTU yöntemlerinin hemen hepsinde, cerrahi tıp bilimlerdeki hekimlerin DTU oranları, dahili tıp bilimlerdekilere göre yüksek çıkmıştır.² Asher ve arkadaşları¹³ yaptığı çalışmada cerrahi bilimlerdeki hekimler anlamlı derecede daha fazla defansif tıp uygularken, O'leary ve arkadaşları²⁰ yaptığı çalışmada, PDT oranları açısından, dahili ve cerrahi tıp bilimleri arasında fark görülmemiş, NDT düzeyi cerrahi tıp bilimlerinde anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır.

Erol ve arkadaşları yaptığı çalışmada, bulduğumuz sonuçla uyumlu olacak şekilde, cerrahi bilimlerde çalışan araştırma görevlilerinin D açısından, dahili bilimlerde çalışanlara göre daha tükenmiş oldukları saptanmıştır.²¹ Cerrahi bilimlerde çalışan araştırma görevlilerinin, zamanlarının çoğunu ameliyathanede geçirmeleri ve genellikle hastalarıyla yüz yüze konuşmaya nispeten yeterince vakit ayıramamaları nedeniyle D'ye daha yatkın oldukları düşünülebilir.

Araştırmamızda, erkeklerin, pozitif, negatif ve toplam defansif puan ortalamaları, kadınların aldıkları puan ortalamalarına göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Aynacı'nın yaptığı çalışmada da, birçok defansif uygulama yönteminde erkekler, kadınlara göre daha fazla defans uyguladıklarını belirtmiştir.² Moosazadeh ve arkadaşlarının⁷ yaptığı çalışmada, kadınların, erkeklere göre daha fazla NDT uyguladığı, diğer bazı çalışmalarda ise cinsiyet ile DTU oranı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir.^{22,23} Çalışmamızda, cerrahi branşların DTU'nı daha fazla yapıyor olması ve cerrahi bilimlerdeki katılımcıların çoğunun erkek olması, bu bulgumuzun arkasındaki nedendir. Cinsiyete göre, İBG düzeyi arasında fark olmadığı sonucumuz, Aslan ve arkadaşları çalışmasıyla uyumlu bulunmuştur.⁴

Bu çalışmada, yaş ile DTU düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmamasına karşın, birçok çalışmada 40 yaş altındaki hekimlerin defansif tıp uygulama düzeyleri, 40 yaş üzerinelere göre anlamlı derecede yüksek çıkmıştır.^{15,22} Catino'ya göre genç hekimler mesleki tecrübe eksikliğinden dolayı daha fazla defansif tıp uygulamaktadır.²⁴ Çalışmamızdaki benzer şekilde; Sünter ve arkadaşları²⁵ ile Arıkan ve arkadaşları,²⁶ yaptıkları çalışmalarda, ileri yaştakilerde İBG'in daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Maslach'a göre, yaş, tükenmişlik ile ilgili en tutarlı değişkendir. Yaşın, tükenmişlikten koruyucu bir faktör olduğu düşünülse de tükenmişliği artırdığını gösteren çalışmalar da mevcuttur.¹⁰ Çalışmamızla uyumlu

olarak, Sünter ve arkadaşları çalışmasında, yaşın, tükenmişlik üzerine etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda, uzmanlık eğitiminin ilk 2 yılında olan hekimlerin PDT, NDT, TDT ve DT puanlarının ortalamaları, uzmanlık eğitiminin 3-5. yılında olan hekimlere göre anlamlı derecede yüksekti. Uzmanlık eğitiminin ilk yıllarında, iş yükünün daha fazla olması, yeterli tecrübelerinin bulunmaması, üstlerinden yeterince takdir görememesi ve ayrıca yeni başlayan bireylerin iş konusunda daha heyecanlı ve istekli olmaları nedeniyle daha fazla enerji harcayarak daha kısa zamanda yorulmaları gibi nedenlerden dolayı DT'nin daha yüksek düzeyde yaşanmasını açıklayabilir.

Çalışmamız, hem yurt içi hem de yurtdışı çalışmalardaki, hakkında daha önce malpraktis davası açılması ile DTU düzeyinin, açılmayanlara göre daha yüksek olduğu bilgisini desteklemektedir.^{2,13}

Sigara kullanımı ile defansif tıp, İBG, DT, D puanları arasında, alkol kullanımı ile İBG, DT, D arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Hakkında, malpraktis davası açılanların DTU oranlarının, açılmayanlara göre yüksek bulunması ve defansif tıp ile İBG ve tükenmişlik arasındaki korelasyonlar da dikkate alındığında, bu maddelerin kullanımının, açılan veya açılması olası bir malpraktis davasının yarattığı endişe, İBG ve tükenmişliğin bir sonucu olarak gündeme gelmesi akla yatkın gelmektedir.

Sigara ve/veya alkol kullanma ile İBG düzeyinin yüksekliğinin birlikteliğini gösteren çalışmalar mevcuttur.²⁶ Hellerstedt ve Jeffery'e göre İBG, daha fazla sigara içmeye neden olmaktadır.²⁷ Çalışmamızla uyumsuz olarak, ülkemizde yapılan çalışmaların çoğunda sigara/alkol kullanımı ile, tükenmişlik arasında bir ilişki bulunamamıştır. Goldberg ve arkadaşları²⁸ ise, acil servis çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada yüksek alkol tüketiminin tükenmişliği artırdığını belirtirken, Toral-Villanueva ve arkadaşları²⁹ yaptığı çalışmada sigara ve alkol kullanımı ile tükenmişlik arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde, sigara ve alkol kullanımı ile tükenmişlik arasındaki neden sonuç ilişkisi net olarak ortaya konulamamıştır.

Defansif tıbbın, dünya genelindeki yaygınlığı ve birçok çalışmada, pozitif ve negatif defansif uygulamaların ikisinin de benzer oranlarda görülmesi, çalışmamızdaki gibi PDT'yi sık uygulayan hekimlerin, aynı zamanda NDT'yi de benzer oranda uyguladığını göstermektedir. Çalışmada, defansif tıp ile tükenmişlik arasında zayıf bir korelasyon görülse de bu konudaki ilişkinin ortaya konabilmesi için daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. İBG'nin artması ile DT ve

D'nin artması, KB'nin azalması literatürle uyumludur.

Hekimlikte, branş seçerken yeteri kadar önem vermek ve zaman ayırmak gerekir. Tercih edilmesi düşünülen dalda çalışan diğer hekimlerle görüşmek, imkanlar dahilinde o dalda bir süre çalışmak, o dal hakkında çalışma koşullarını daha iyi anlamaya, kişinin kendi beklentilerine uyup uymaması açısından daha doğru değerlendirmesine yardımcı olabilir³⁰.

Tıbbın gelişiminin takibi ve yeni bilgilerin hasta yararına uygulanması adına, mezuniyet sonrası hekimin kendi alanıyla ilgili bilgi, becerisini güncel tutabilmesi sağlanmalıdır. Tıbbi malpraktis için, özel hukuki düzenlemelerin yapılması gerekir. Hekimler, trafik kazası, cinayet gibi suçlarla yargılanan kişilerin, yargılandığı kanunlarla yargılanmamalıdır. Bu nedenle sağlık sistemini düzenleyen tüm yönetmelik, kararname, genelge ve kanunlara dengeli ve hassas hazırlanmış tıbbi malpraktis kanunları da eklenerek tek çatı altında güncel hale getirilmesi uygun olacaktır. Sonuçlanmayan davaların, medyada geniş yer bulması engellenmeli, sağlıkta şiddeti önleyici, caydırıcı yasalar çıkarılmalıdır.³¹

Çalışmamızın bölgesel nitelikte olması, ülke geneli, diğer kamu ve özel hastaneler veya hekimlik mesleğindeki pratisyen, uzman, yandal uzmanı, akademisyen gibi farklı pozisyonlarda çalışan hekimler için genellenemeyişi, örneklem grubumuzun nispeten genç hekimlerden oluşması ve meslekte çalışma sürelerinin daha kısa olması, verilerin araştırma görevlilerinden toplanması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır.

SONUÇ

Hekimlerde, erkek cinsiyet, uzmanlık eğitiminin ilk 2 yılı içerisinde ve cerrahi branşta olma, nöbet sayısının fazla olması, hakkında malpraktis iddiasıyla dava açılmış olması, sigara bağımlılığı, tükenmişlik ve işe bağlı gerginlik düzeylerinin defansif tıp uygulama oranlarının yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmüştür. Hekimlerin, çalışma ortamlarının ve fiziksel koşullarının daha sağlıklı hale getirilmesi, nöbet sayılarının makul düzeylere çekilmesi, nöbet sonrası izin hakları sağlanması, iş yaşamlarında stres yönetimi, sorunlarla baş etme gibi konularda eğitim programlarının düzenlenmesi, düzenli bir şekilde uygulanması ayrıca hukuki uygulamalar konusunda eğitimler verilmesi gerekmektedir.

Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Çalışmamız 17. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi'nde (10-13

Mayıs 2018, Sheraton Grand Otel – Adana) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Hermer LD, Brody H. Defensivemedicine, costcontainmentand reform. Journal of General InternalMedicine 2010;25(5):470-3.
2. Aynacı Y. Hekimlerde Defansif (Çekinik) Tıp Uygulamalarının Araştırılması. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Adli Tıp Uzmanlık Tezi. Konya: 2008:3.
3. Sethi MK, Aseltine RH. Investigation of defensive medicine in Massachusetts, presented at the Massachusetts Medical Society 2008.2-8.
4. Aslan SH, Aslan RO, Kesepara C, Alparslan ZN, Ünal M. Kocaeli'de bir grup sağlık çalışanında işe bağlı gerginlik, tükenme ve iş doyumu. Toplum ve Hekim Dergisi. 1997;82(12):24-29.
5. Savul G. Güvencesiz istihdam, örgütsel dönüşüm ve çalışma üzerine etkisi. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. Ankara:2008.108.
6. Başer A, Başer Kolcu Mİ, Kolcu G, Gök Balcı U. Defansif Tıp Uygulamaları Tutum Ölçeğinin Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği: Ön Çalışma. Tepecik Eğit Hast. Derg. 2014;24(2):99-102.
7. Moosazadeh M, Movahednia M, Movahednia N, Amiresmaili M, Aghaei I. Determining the frequency of defensivemedicine among general practitioners in Southeast Iran. Int J HealthPolicyManag. 2014;2(3):119-23. doi: 10.15171/ijhpm.2014.28.
8. Revicki DA, May HJ, Whitley TW. Reliabilityandvalidity of theWorkRelatedStrain Inventory amonghealthprofessionals. BehavMed. 1991;17(3):111-20.
9. Aslan SH, Alparslan ZN, Aslan RO, Kesepara C, Ünal M. İşe Bağlı Gerginlik Ölçeğinin Sağlık Alanında Çalışanlarda Geçerlik ve Güvenirliği. Düşünen Adam. 1998;11(2):4-8.
10. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Ankara:Türk Psikologlar Derneği Yayını; 1992. p.143-154.
11. Marakoğlu K, Kargın NÇ, Armutlukuyu M. Tıp fakültesiaraştırmagörevlilerindetükenmişliksen dromuveilişkilifaktörlerindeğerlendirilmesi. Genel Tıp Derg. 2013;23:102-8.
12. Chen KY, Yang CM, Lien CH, Chiou HY, Lin MR, Chang HR et al. Burnout, Job Satisfaction,

- and Medical Malpractice among Physicians. *Int J MedSci*. 2013;10(11):1471–78.
13. Asher E, Greenberg-Dotan S, Halevy J, Glick S, Reuveni H. Defensive Medicine in Israel– A Nationwide Survey. *PlosOne*. 2012;7(8): e42613.
 14. Studdert DM, Mello MM, Sage WM, Desroches CM, Peugh J, Zapert K, et al. Defensive medicine among high-risk specialist physicians in a volatile malpractice environment. *JAMA*. 2005;293(21):2609-17.
 15. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Medical Ethics*. 2013 Oct 29;14:42. doi: 10.1186/1472-6939-14-42.
 16. Dyrbye LN, Varkey P, Boone SL, Satele DV, Sloan JA, Shanafelt TD. Physicians satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin Proc*. 2013;88(12):1358-67. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.07.016.
 17. Wang Z, Xie Z, Dai J, Zhang L, Huang Y, Chen B. Physician burnout and its associated factors: a cross-sectional study in Shanghai. *J Occup Health*. 2014;56(1):73-83.
 18. Aktuğ İY, Susur A, Keskin S, Balcı Y, Seber G, Günay Y. Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan hekimlerde tükenmişlik düzeyleri. *Osmangazi Tıp Dergisi*. 2006;28(2):91-101.
 19. Çolak ON, Balcı B, Özlem EN, Özaçar E, Abalı L, İbiş MA ve ark. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2013;27(2):67-73.
 20. O’leary KJ, Choi J, Watson K, Williams MV. Medical students’ and residents’ clinical and educational experiences with defensive medicine. *Acad Med*. 2012;87(2):142-8. doi:10.1097/ACM.0b013e31823f2c86.
 21. Erol A, Sarıççek A, Gülseren Ş. Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu psikiyatri dergisi*. 2007;8(4):241-47.
 22. Solaroglu I, Izci Y, Yeter HG, Metin MM, Keles GE. Health transformation Project and defensive medicine practice among neurosurgeons in Turkey. *Plos One*. 2014; 9(10):e111446. doi: 10.1371/journal.pone.0111446.
 23. Tanrıverdi O, Cay-Senler F, Yavuzsen T, Turhal S, Akman T, Komurcu S, et al. Perspectives and practical applications of medical oncologists on defensive medicine (SYSIPHUS study): a study of the Palliative Care Working Committee of the Turkish Oncology Group (TOG). *Med Oncol*. 2015;32(4):106. doi: 10.1007/s12032-015-0555-5.
 24. Catino M. Why do physicians practice defensive medicine. The side-effects of medical litigation. *Safety science monitor*. 2011;15(1):1-12.
 25. Sünter AT, Canbaz S, Dabak Ş, Öz H, Pekşen Y. Pratisyen hekimlerde tükenmişlik, işe bağlı gerginlik ve iş doyumu düzeyleri. *Genel Tıp Derg*. 2006;16(1):9-14.
 26. Arıkan D, Karabulut N. Hemşirelerde işe bağlı gerginlik ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk üniversitesi hemşirelik yüksekokulu dergisi*. 2004;7(1):10-16.
 27. Hellerstedt WL, Jeffery RW. The association of jobs train and health behaviours in men and women. *Int J Epidemiol*. 1997;26(3):575-83.
 28. Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallon WK, Moradzadeh D, et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years’ experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med*. 1996;3(12):1156-64
 29. Toral-Villanueva R, Aguilar-Madrid G, Juárez-Pérez CA. Burnout and patient care in junior doctors in Mexico City. *Occup Med (Lond)*. 2009;59(1):8-13. doi: 10.1093/occmed/kqn122.
 30. Yoney H, Yavuz DG, editörler. *Tıpta Uzmanlık Seçimi*. 1. Baskı. İstanbul: Marmara Üniversitesi Yayınları; 2010.p.12.
 31. Altun G, Yorulmaz AÇ. Yasal değişiklikler sonrası Hekim sorumluluğu ve Malpraktis. *Trakya Üniversitesi Tıp Fak. Dergisi*. 2010;1(27):7-12.



The Association Between the Neutrophil Lymphocyte Ratio and Vitamin D Levels

Nötrofil Lenfosit Oranı ile Vitamin D Düzeyleri Arasındaki İlişki

Funda Yıldırım Baş^{*1}, Bahriye Arslan²

ABSTRACT

Background: Neutrophil lymphocyte ratio has been used as an indicator of systemic inflammation. Vitamin D levels have been demonstrated to be associated with infectious diseases. In this study the relationship between Vitamin D levels and neutrophil lymphocyte ratio were assessed. **Materials and Methods:** A total of 300 subjects who were, healthy, who did not have a chronic disease, history of drug use, inflammation, or inflammatory disease, who were not pregnant, who were admitted to Family Medicine Outpatient Clinic of Süleyman Demirel University Medical Faculty between 1 September and 31 May 2015 were included in the study. Vitamin D levels and hemogram findings were evaluated retrospectively. **Results:** Mean age of the patients was 29, 6 ± 11 years, of the participants, 232 (77, 3%) were female and 68 (22, 7%) were male. Vitamin D levels were normal in 73 (24, 3%) participants and low in 227 (75, 7%). A negative correlation was found between Vitamin D and neutrophil lymphocyte ratio ($p = 0.01$, $r = -0,184$) and a positive correlation was observed between Vitamin D and hemoglobin levels ($p = 0,01$, $r = 0,187$). A positive correlation was observed between age and hemoglobin levels ($p = 0,04$, $r = 0,114$). A significant correlation was not detected between Vitamin D levels and, age, hemoglobin, neutrophils, lymphocytes, eosinophil, leukocyte, platelet count ($p = 0,98$, $p = 0,23$, $p = 0,13$, $p = 0,52$, $p = 0,30$, $p = 0,41$, $p = 0,67$, but there is significant correlation between neutrophil lymphocyte ratio $p = 0,04$). **Conclusion:** The results of the present study support that Vitamin D deficiency increases the susceptibility to inflammation. The patients who experience frequent infections should be assessed with regard to Vitamin D levels. It was concluded that normal Vitamin D levels may be required for supportive treatment of infectious diseases

Key words: Vitamin D deficiency, inflammation, neutrophil lymphocyte ratio

ÖZET

Giriş: Nötrofil lenfosit oranı; sistemik inflamasyon belirtici olarak kullanılmaktadır. Vitamin D düzeyinin, enfeksiyon hastalıkları ile ilişkili olduğu gösterilmektedir. Bu çalışmada, Vitamin D düzeyi ile nötrofil lenfosit oranı arasındaki ilişki değerlendirildi. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya 1 Eylül-31 Mayıs 2015 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran, sağlıklı, kronik hastalığı, ilaç kullanımı, inflamasyon bulgusu ve inflamatuvar hastalık anamnezi olmayan, normal vücut kitle indeksine sahip, gebe olmayan 300 kişi dâhil edildi. Kişilerin Vitamin D düzeyleri ve hemogram bulguları geriye dönük olarak incelendi. **Bulgular:** Hastaların yaş ortalaması 29,6 ± 11 yıl idi. Kadımların sayısı 232 (%77,3), erkeklerin sayısı 68 (%22,7) idi. Vitamin D düzeyi 73 (%24,3) kişide normal, 227 (%75,7) kişide düşük bulundu. Vitamin D düzeyi ile nötrofil lenfosit oranı arasında negatif korelasyon, ($p = 0,01$, $r = -0,184$), hemoglobin düzeyleri ($p = 0,01$, $r = 0,187$) arasında pozitif korelasyon gözlemlendi. Yaş ve hemoglobin düzeyleri arasında pozitif korelasyon izlendi ($p = 0,04$, $r = 0,114$). Vitamin D düzeyi düşük ve normal olan iki grup arasında; yaş, hemoglobin, nötrofil, lenfosit, eozinofil, lökosit, platelet sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken ($p = 0,98$, $p = 0,23$, $p = 0,13$, $p = 0,52$, $p = 0,30$, $p = 0,41$, $p = 0,67$), nötrofil lenfosit oranı arasında anlamlı ilişki tespit edildi ($p = 0,04$). **Sonuç:** Bu çalışma; Vitamin D eksikliğinin inflamasyona yatkınlığı arttırdığını destekler niteliktedir. Sık enfeksiyon geçiren bireylerin Vitamin D düzeyleri değerlendirilmelidir. Enfeksiyon hastalıklarının destek tedavisi açısından normal Vitamin D düzeyinin gerekli olabileceği sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Vitamin D eksikliği, inflamasyon, nötrofil lenfosit oranı

Received / Geliş tarihi: 20.12.2017, Accepted / Kabul tarihi: 17.03.2018

¹Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Funda Yıldırım Baş, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Isparta-TÜRKİYE, E-mail: dryldrmbas@yahoo.com

Baş ve Arslan. Nötrofil Lenfosit Oranı ile Vitamin D Düzeyleri Arasındaki İlişki. TJFMPC, 2018; 12 (2): 88-91. DOI:10.21763/tjfm.432455

GİRİŞ

Vitamin D (Vit D) yetersizliği; tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de oldukça sık görülen bir durumdur. Dünyada yaklaşık 1 milyar insanda Vit D eksikliği ya da yetersizliği olduğu bilinmektedir.¹ Avrupa'da görülme oranı %40-60 arasında değişmektedir.² Son yıllarda yapılan çalışmalarda Vit D düzeyinin, kemik sağlığı ve kas gücüne etkilerinin yanı sıra enfeksiyon hastalıkları üzerine olan etkileri de dikkati çekmektedir.

Nötrofil lenfosit oranı (NLO), son yıllarda özellikle sistemik inflamasyon belirteci olarak kullanılmaktadır.³ NLO; diyabet, koroner arter hastalığı, ülseratif kolit ve inflamatuvar artrit gibi sistemik ya da lokal inflamatuvar yanıt için tanınan değere sahiptir.^{4,5}

Serum 25-OH D3 düzeyleri genel olarak Vit D durumunun belirleyicisi olarak kabul edilmektedir.⁶ Vit D'nin immun-modulatör ve anti-inflamatuvar özellikleri olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.⁷ D vitamini eksikliğinin bağışıklık sistemini bozarak enfeksiyonlara sebep olduğu öne sürülmektedir. Vit D eksikliğinde sistemik inflamasyon belirteçlerinin arttığı gözlenmektedir.⁸ Vit D'nin bağışıklığı başlatmada, mukozal korumada ve endotel işlevinde faydalarının olduğu bilinmektedir. Vit D eksikliği çoklu organ yetmezliği ile ilişkili sistemik inflamasyon belirteçlerinin artması ile de ilişkili bulunmuştur.⁹

Bu çalışmada, Vit D düzeyi ile enfeksiyon göstergesi olarak karşımıza çıkan NLO arasındaki ilişkiyi tespit etmeyi amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın etik kurul izni Süleyman Demirel Üniversitesi (SDÜ) Tıp Fakültesi'nden (02-12-2015/233) alınmıştır. Çalışmaya 1 Eylül-31 Mayıs 2015 tarihleri arasında SDÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine periyodik muayene için başvuran, sağlıklı, kronik hastalığı, ilaç kullanımı, inflamasyon bulgusu ve inflamatuvar hastalığı olmayan, normal vücut kitle indeksine sahip (VKI<25 mg/m²), gebe olmayan 300 kişi dâhil edildi. Kişilerin Vit D düzeyleri ve hemogram sonuçları geriye dönük olarak değerlendirildi. Vit D< 20 ng/mL (50 nmol/L) olması Vit D eksikliği olarak kabul edildi.¹⁰ NLO; nötrofil değerinin lenfosit değerine matematiksel olarak bölünmesiyle hesaplandı. Veriler SPSS 17.0 istatistiksel analiz programında Mann Whitney U, bağımsız t testi, ki kare ve korelasyon analizleriyle değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya 232 (%77,3) kadın, 68 (%22,7) erkek olmak üzere toplam 300 kişi katıldı. Hastaların yaş ortalaması 29, 6±11,0 yıl idi. Vit D düzeyi 73 (%24,3) kişide normal iken 227 (%75,7) kişide düşük olarak tespit edildi. Vit D ortalamaları normal grupta 25,5 (IQR 23,4-31,1) ng/ml, düşük grupta 10,1 (IQR 6,4-13,8) ng/ml olarak bulundu. Cinsiyet ile Vit D düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptandı (p=0,001). Kadınlarda Vit D düzeyi anlamlı derecede daha düşüktü. Kadınlarda Vit D ortalaması 11,05 (IQR 6,6-17,9) ng/mL iken, erkeklerde 16,5 (IQR 13,0-24,0) ng/mL olarak bulundu. Vit D düzeyi ile NLO arasında negatif korelasyon (p=0,01 r=-0,184), hemoglobin (Hb) düzeyleri (p=0,01, r=0,187) arasında pozitif korelasyon saptandı. Yaş (p=0,04 r=0,114) ve hemoglobin düzeyleri arasında pozitif korelasyon gözlemlendi. Vit D düzeyi ve hemogram değerleri arasındaki korelasyon Tablo 1'de gösterilmiştir.

Katılımcılar Vit D seviyelerine göre iki gruba ayrıldığında düşük ve normal olan gruplar arasında, yaş, Hb, nötrofil, lenfosit, eozinofil, lökosit, platelet sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmazken (p=0,98, p=0,23, p=0,13, p=0,52, p=0,30, p=0,41, p=0,67), NLO değerleri arasında anlamlı farklılık tespit edildi (p=0,04).

Vit D düzeyi düşük ve normal olan iki grup arasındaki hemogram sonuçlarının karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir.

TARTIŞMA

Son yıllarda Vit D eksikliği ya da yetmezliğinin tüm dünyada önemli ölçüde artması nedeniyle bu konu hakkında çok fazla sayıda çalışma yapılmaktadır. Çalışmamıza katılanların %75,7' sinde Vit D düzeyinin düşük olduğu gözlenmiştir. Vit D'nin, kemik, kas, iskelet sistemindeki görevlerinin yanı sıra, otoimmün hastalıklar, kardiyovasküler sistem hastalıkları, obezite, glukoz intoleransı, kanser, yaşlanma ve yaşam süreci üzerinde de önemli etkileri olduğu bilinmektedir.¹ Vit D yetersizliğinde enfeksiyon hastalıklarının arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Vit D'nin immün-modulatör etkisi ile ilgili ilk kanıtlar düşük Vit D düzeyleri olanların *M. tuberculosis* enfeksiyonuna daha yatkın olmalarının ve hastalığı daha ağır geçiriyor olmalarının fark edilmesiyle gündeme gelmiştir.¹¹ Çalışmalar, 1,25(OH)2 D3' ün sitokin ve monosit-makrofaj sisteminde üretim için gerekli olan ara madde şeklinde görev aldığı ve bu nedenle güçlü bir immün-modulatör olduğunu ortaya koymaktadır.^{12,13} Serum Vit D düzeyleri, 20 ng/mL altına indiğinde monosit ve makrofajların immün yanıt başlatmadığı düşünülmektedir. Üst solunum yolu enfeksiyonlarının yılın hangi mevsimi olursa olsun serum Vit D düzeyi

düşüğünde gözlenmesi, ayrıca, Vit D düzeylerinin daha fazla düştüğü kış aylarında enfeksiyonların artması bu düşüncüyü desteklemektedir.¹⁴

Tablo 1. Vit D düzeyi ve hemogram sonuçları arasındaki korelasyon

	Vitamin D	
	p	r
Yaş	0.80	-0.015
WBC	0.14	-0.085
Hb	0.01	-0.018*
PLT	0.32	-0.057
Nötrofil	0.01	-0.159**
Lenfosit	0.38	0.051
Eozinofil	0.29	0.061
Bazofil	0.18	0.770
NLO	0.01	-0.184**

Vit D; Vitamin D, WBC; Lökosit, Hb; Hemogloblin, PLT; Platelet, NLO; Nötrofil lenfosit oranı.

* pozitif korelasyon

**negatif korelasyon

Tablo 2. Vit D düzeyi ve hemogram sonuçları

	Vit D		p
	> 20ng/mL	< 20ng/mL	
WBC(10³µL)	7.02±1.46	7.1±1.58	0.41
Hb (g/dL)	13.8 (12. 6-14. 7)	13.5 (12. 7-14. 2)	0.23
PLT (10³µL)	266.0±56. 2	269.7±67. 1	0.67
NÖTROFİL (10³ µL)	3.8 (3.25-4.80)	4.1 (3.40-5.00)	0.13
LENFOSİT (10³ µL)	2.2 (1.85-2.80)	2.1 (1.90-2.60)	0.52
EOZİNOFİL (10³ µL)	0.1 (0. 1-0. 2)	0.1 (0. 1-0. 1)	0.30
NLO	1.5 (1.35-2.22)	1.9 (1.50-2.33)	0.04*

Vit D; Vitamin D,WBC; Lökosit, Hb; Hemogloblin, PLT; Platelet, NLO; Nötrofil lenfosit oranı.

WBC, PLT; (ortalama ± standart sapma), Hb, nötrofil, lenfosit, eozinofil, NLO; (ortanca, çeyrek değerler genişliği (25-75)

*anlamli ilişki

Yaşlılar üzerinde yapılan bir çalışmada, Vit D düzeyleri ile inflamatuvar sitokinler (IL-6, IL-10, IL-18, TNF-α, IL-1β, hsCRP) arasında ilişki olduğu gözlenmiştir.¹⁵ Hastanede yatan hastalarla yapılan diğer bir çalışmada Vit D eksikliğinde enfeksiyon ve sepsis oranlarında artış tespit edilmiştir.²

NLO, son yıllarda özellikle sistemik inflamasyon belirtici olarak kullanılmaktadır.³ Ayrıca kardiyak hastalıkların ve bazı kanser türlerinin prognozunu belirlemek için de etkili olabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.^{16,18} NLO; diyabet, koroner arter hastalığı, ülseratif kolit ve inflamatuvar artrit gibi sistemik ya da lokal inflamatuvar yanıt için tanısıl değere sahiptir.^{4,5}

Bu çalışmada Vit D düzeyleri ile NLO arasında bir ilişki olduğu bulundu. Bu sonuç diğer çalışmalarla benzer olarak Vit D düzeyinin inflamasyonla ilişkili olabileceğini ve Vit D'nin azalmasının NLO'da artışa sebep olabileceğini göstermektedir.

Vit D düzeyi ile Hb düzeyleri arasında bir ilişki saptanmıştır. Vit D düzeyi azaldıkça Hb değerleri de azalmaktadır. Bu durum, yapılan çalışmalarla benzer şekilde Vit D düzeyi ile anemi ve inflamasyon birlikteliği arasında ilişki olabileceğini desteklemektedir.¹⁸

Vit D eksikliği, Amerika Birleşik Devletleri'nde kadınların yarısını, erkeklerin üçte birini etkileyen bir halk sağlığı sorunudur.¹⁹ Çalışmamızda da cinsiyet ile Vit D düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmış ve kadınlarda Vit D düzeyi anlamlı derecede daha düşük bulunmuştur.

D vitamini eksikliği; yaşın artması, yetersiz güneş ışığı alımı, diyetle Vit D alımının azalması, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, artan yağ kitlesi ve hareketsizlik nedeniyle karşımıza çıkmaktadır.²⁰ Çalışmalar yaşın artmasıyla birlikte Vit D düzeyinin azaldığını göstermektedir. Fakat bizim çalışmamızda D vitamini ile yaş arasında, hasta grubumuzun genç olması nedeniyle anlamlı fark bulunamamıştır.

Çalışmanın tek merkezde yapılması, hastaların yaş ortalamalarının düşük olması ve çalışmanın yapıldığı zamanın güneşin etkisinin daha fazla olduğu aylarda yapılmaması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Ayrıca retrospektif olması nedeniyle kalsiyum, potasyum, alkelen fosfataz gibi testlere ilişkin veriler sunulamamıştır. Sonuç olarak; Vit D eksikliği enfeksiyona yatkınlığı artırabilmektedir. Hemogram gibi ucuz ve kolay elde edilebilir bir testle NLO oranının düşük tespit edilmesi diğer patolojiler dışlandıktan sonra Vit D eksikliği konusunda bizleri uyarabilir. Özellikle sık enfeksiyon geçiren hastalarda Vit D düzeylerinin ölçülmesi ve eksik olanların tedavi edilmesi ile enfeksiyon hastalıklarının daha az görülmesine katkı sağlanabilir. Daha kapsamlı çalışmalarla bu etki desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Sözen T. D hormonu: Güncel gelişmeler. Hacettepe Tıp Dergisi 2011; 42: 14-27.
2. De Haan K, Groeneveld J, De Geus H, Egal M, Struijs A. Vitamin D deficiency as a risk factor for infection, sepsis and mortality in the critically ill: systematic review and met analysis. Crit Care 2014; 18: 660.
3. Usta Atmaca H, Akbas F, Ökten IN, Nuhoglu E, İnal BB. Nötrofil lenfosit oranı obezitede

- inflamatuvar bir belirteç olarak kullanılabilir mi? *İstanbul Med J* 2014;15(4)0-0.
4. Celikbilek M, Doğan S, Özbakır O, Zararsız G, Küçük H, Gürsoy S, et al. Neutrophil-lymphocyte ratio as a predictor of disease severity in ulcerative colitis. *J Clin Lab Anal* 2013; 27: 72-6.
 5. Tousoulis D, Antoniadis C, Koumallos N, Stefanadis C. Proinflammatory cytokines in acute coronary syndromes: from bench to bedside. *Cytokine Growth Factor Rev* 2006; 17: 225-33.
 6. Dawson-Hughes B, Heaney RP, Holick MF, Lips P, Meunier PJ, Vieth R. Estimates of optimal vitamin D status. *Osteoporos Int* 2005; 16: 713-6.
 7. Peterson CA, Heffernan ME. Serum tumor necrosis factor alpha concentrations are negatively correlated with serum 25(OH) D concentrations in healthy women. *J Inflamm* 2008; 5: 10.
 8. Hewison M, Zehnder D, Chakraverty R, and Adams JS: Vitamin D and barrier function: a novel role for extra-renal 1 alpha-hydroxylase. *Mol Cell Endocrinol* 2004; 215: 31-8.
 9. Jeng L, Yamshchikov AV, Judd SE, Blumberg HM, Martin GS, Ziegler TR, et al. Alterations in vitamin D status and anti-microbial peptide levels in patients in the intensive care unit with sepsis. *J Transl Med* 2009; 7:28.
 10. Ross AC, Manson JE, Abrams SA, Aloia JF, Brannon PM, Clinton SK. et al. The 2011 report on dietary reference intakes for calcium and vitamin D from the Institute of Medicine: what clinicians need to know? *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96: 53-8.
 11. Nnoaham KE, Clarke A. Low serum vitamin D levels and tuberculosis: a systemic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol* 2008; 37:113-9.
 12. Liu PT, Stenger S, Li H, Wenzel L, Tan BH, Krutzik SR, et al. Toll-like receptor triggering of a vitamin D-mediated human antimicrobial response. *Science* 2006; 311:1770-73.
 13. Di Rosa M, Malaguarnera M, Nicolette F, Malaguarnera L: Vitamin D3: a helpful immuno-modulator. *Immunology* 2011; 134:123- 39.
 14. Ginde AA, Mansbach JM, Camargo Jr Ca. Association between serum 25 hydroxy vitamin D level and upper respiratory tract infection in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Arch Intern Med* 2009; 169:384-90
 15. De Vita F, Lauretani F, Bauer J, Bautmans I, Shardell M, Cherubini A, et al. Relationship between vitamin D and inflammatory markers in older individuals. *AGE* 2014; 36: 94-6.
 16. Dirican A, Kucukzeybek B. B, Alacacioglu, Erten C, Varol U, Somali I, et al. “Do the derived neutrophil to lymphocyte ratio and the neutrophil to lymphocyte ratio predict prognosis in breast cancer?” *International Journal of .Clin Oncol* 2015; 20(1): 70–81.
 17. Williams B. A., Merhige M. E, “Association between neutrophil-lymphocyte ratio and impaired myocardial perfusion in patients with known or suspected coronary disease,” *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 2013; 42 (6): 436–41.
 18. Smith EM, Alvarez JA, Martin GS, Zughair SM, Ziegler TH, Tangpricha V, Nutrition Vitamin D deficiency is associated with anemia among African-Americans in a U.S. cohort. *Br J Nutr* 2015; 113(11): 1732–40.
 19. Lips P. Vitamin D deficiency and secondary hyperparathyroidism in the elderly: consequences for bone loss and fractures and therapeutic implications. *Endocr Rev* 2001; 22: 477–501.
 20. Holick MF. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med* 2007; 357:266–81.



Original Research / Özgün Araştırma

Female healthcare workers and breast cancer screening

Kadın Sağlık Çalışanları ve Meme Kanseri Taraması

Aynur Yalçıntaş¹, Aylin Baydar Artantaş^{*2}, Püren Cura Ecevit³, Tuğba Özdemirkan⁴, Yusuf Üstü⁵, Mehmet Uğurlu⁵

ABSTRACT

Aim/Background: Breast cancer is the common type of cancer all around the world. In this study, we aimed to evaluate female healthcare professionals' knowledge, attitudes, behaviours and beliefs about breast cancer and breast cancer screening methods. **Methods:** This study was conducted in a training and research hospital. Female healthcare professionals were included in the study. The data were collected by questionnaires filled out through face to face interviews. SPSS for Win. Ver. 15.0 was used for the analysis. **Results:** The study included 525 participants, 52.4% (n=275) of them were midwives/nurses, 31.2% (n=164) were doctors, and 16.4% (n=86) were other allied health personnel. The doctors were found more knowledgeable than the others about signs and symptoms of breast cancer (p=0.001). The sensitivity subscale scores according to Breast Cancer Health Belief Model Scale were higher in the participants whose first-degree relatives had a history of breast cancer (p=0.001). **Conclusion:** Early diagnosis of breast cancer can be possible by the implementation of screening programs effectively. For this purpose, it is necessary to encourage healthcare professionals to be sensitive to the subject as well as increasing the awareness of breast cancer in the community.

Keywords: Breast cancer screening, breast cancer, healthcare professionals, Breast Cancer Health Belief Model Scale

ÖZET

Giriş ve Amaç: Meme kanseri tüm dünyada yaygın olarak görülen bir kanser türüdür. Bu çalışmada kadın sağlık çalışanlarının meme kanseri ve meme kanseri tarama metodlarıyla ilgili bilgi, tutum, davranış ve sağlık inançlarını değerlendirmeyi hedefledik. **Yöntem:** Bu çalışma bir eğitim ve araştırma hastanesinde yürütülmüştür. Veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulan anket formları aracılığıyla toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS for Win. Ver. 15.0 (Statistical Package for Social Sciences Inc., Chicago, ILL., USA) paket programı kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 525 sağlık çalışanının %52,4 (n=275)'ünü ebe/hemşire, %31,2 (n=164)'sini doktor ve %16,4 (n=86)'ünü diğer yardımcı sağlık personeli oluşturmaktadır. Meme kanseri belirtilerini bilme durumuna bakıldığında, doktorların diğerlerine göre meme kanseri belirtilerini daha iyi bildikleri saptanmıştır, bu sonuç istatistiksel olarak da anlamlıdır ($\chi^2=101,512$; p=0,001). Birinci derece akrabalarında meme kanseri öyküsü olanların, olmayanlara göre Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (MKSİMÖ) duyarlılık alt boyutundan aldıkları puan ortalaması daha yüksek olarak bulunmuştur (p=0,001). **Sonuç:** Meme kanserinde erken tanı, tarama programlarının etkin bir şekilde yürütülmesiyle yakalanabilir. Bunun için de toplumda meme kanseri farkındalığının artırılmasının yanında sağlık çalışanlarının konuya hassasiyetle eğilmelerinin sağlanması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Meme kanseri taraması, meme kanseri, sağlık çalışanları, Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Received Date / Geliş Tarihi: 22.01.2018, **Accepted Date / Kabul Tarihi:** 18.03.2018

¹Family Physician Specialist, Konya Karatay No:09 Family Health Center

²Family Physician Specialist, Ankara Atatürk Training and Research Hospital, Department of Family Medicine

³Family Physician Specialist, Konya Meram No:25 Family Health Center

⁴Public Health Specialist, Ankara Public Health Directorate

⁵Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine

***Corresponding author:** Aylin Baydar Artantaş, ²Family Physician Specialist, Ankara Atatürk Training and Research Hospital, Department of Family Medicine, Ankara. **E-mail:** draylinbaydar@yahoo.com

INTRODUCTION

Cancer is a major health problem, which is one of the most common causes of death in the world. According to research results of International Agency for Research on Cancer (IARC), breast cancer is the most common disease among female cancer types and it constitutes 25% of all cancers in women, with 1.67 million new cases. Breast cancer is the most common cause of cancer deaths in women in developing countries, (324,000 deaths, 14.3%), whereas it is the second most common cause of death after lung cancer in developed countries (198,000 deaths, 15.4%).¹ Approximately one in eight women are faced with the risk of developing invasive breast cancer in their life time, in United States of America (USA). Among US women in 2017, there will be an estimated 252,710 new cases of invasive breast cancer, 63,410 new cases of breast carcinoma in situ, and 40,610 breast cancer deaths.²

In Turkey, breast cancer (40.6%) is the most common cancer in women, the incidence of breast cancer is 40.7 per 100 thousand and approximately 15,000 women come down with it every year.³ Early diagnosis is important for treatment of the disease, quality of life and life expectancy, in breast cancer, as well as for many other types of cancer. Breast cancer screening methods such as Breast Self-Examination (BSE), clinical breast examination (CBE) and mammography facilitate early diagnosis, and they are defined as health improving facilities.^{4,5}

Breast cancer screening programs vary between countries and consensuses. The World Health Organization (WHO) recommends mammography for women aged 50-69, once every 1-2 years and does not recommend BSE and CBE.⁶ In Canada and England, BSE and CBE are not included in routine screening program, while mammography screening is recommended for women aged 50-74, in every 2-3 years in Canada and for women between ages 50-70, once in 3 years, in England.⁷ American Cancer Society recommends that the benefits and limitations of BSE should be introduced to every asymptomatic woman from 20 years old and they should be warned to admit to healthcare professionals if they observe abnormal changes. BSE increases awareness of breast cancer, therefore healthcare professionals are recommended to control and train women who want to perform BSE about the right technique. Regarding CBE and mammography; these are recommended once every three years as part of a periodic health examination after 20 years of age, and once in a year after 40 years of age.⁸⁻¹⁰ According to the national standards for breast cancer screening issued by the Turkish Ministry of Health:

- Between the ages of 20-40: BSE monthly
- Between the ages of 40-49: BSE monthly, CBE once in a year, for individuals with a history of breast cancer in first-degree relatives, mammography once in two years
- Between the ages of 50-69: BCE monthly, CBE once in a year and mammography once in two years.⁷

The most important criteria for community-based cancer screening is to execute a program that covers 70% of the target population. However, currently, the coverage ratio of breast cancer screening in Turkey is between 20-30% with the sum of opportunistic hospitals performing screening and admissions to community-based programs. For this reason, studies to integrate the family physicians into the program have been carried on by Ministry of Health.¹¹

The success of the screening program is directly associated with knowledge, attitudes, behaviours and health beliefs of healthcare professionals. In general, the healthcare professionals' knowledge about risk factors for the development of breast cancer, high-risk individuals, signs and symptoms leading to the diagnosis of breast cancer is important in the early diagnosis of breast cancer. Thus, a decrease in breast cancer mortality, improving the quality of life and saving first the breasts and then lives of women may be possible by virtue of early diagnosis. Health care professionals first themselves should be knowledgeable about risk factors, signs and screening methods, in order to be useful to the community.¹²

Although a variety of models have been used to define the effectiveness of the methods of early diagnosis of breast cancer, Health Belief Model (HBM) is often used in formulating the theoretical framework of BSE and other breast cancer screening studies, because beliefs are active on health behaviours HBM is a model investigating what motivates individuals to do or avoid actions related to their healthcare.^{13,14}

The aim of this study is to evaluate knowledge, attitudes, behaviours and health beliefs of female healthcare professionals about breast cancer, BSE, CBE and mammography.

METHODS

Sample Selection

This hospital-based cross-sectional study was conducted in a training and research hospital in Ankara- the capital city of Turkey-between 26 June and 15 July 2012. A total of 525 volunteers from

900 female health workers were included in the study. Inclusion criteria were working actively in the hospital at the time of the study and being a female healthcare professional. The participation rate was 58.33%.

Data Collection

Data were collected through a questionnaire prepared in accordance with the literature. The first part of the questionnaire consists of questions about the socio-demographic characteristics and knowledge about breast cancer and screening methods. The second part included Breast Cancer Health Belief Model Scale (BCHBMS). BCHBMS was introduced by Champion (1984) and based on the health belief model on faith for the early diagnosis of breast cancer.¹⁵ In this study, the Turkish version of BCHBMS was used.¹⁶ BCHBMS consists of 8 subscales and 52 items including "sensitivity", "caring/seriousness" and "health motivation", about individual's judgment related to the overall health and breast cancer; "obstacles", "benefits", "self-efficacy" about BSE; and "benefits" and "obstacles" about mammography. Higher scores indicate an increase in sensitivity and caring, higher perception of benefits, higher perception of obstacles. The model explains how the behaviours of individuals to protect themselves from diseases and deficiencies were characterized and affected. The questionnaire was applied by face to face interview technique. Approval of Ethics Committee for Non-Drug Clinical Trials of Yildirim Beyazit University School of Medicine was obtained.

Statistical Analysis

The data were analyzed by using SPSS for Win. ver. 15.0 software package (Statistical Package for Social Sciences Inc., Chicago, Ill., USA). Appropriate data were presented as descriptive statistics (number, percent); the data specified by measurement were presented as mean \pm standard deviation and median (min-max). Mann-Whitney U test was used for defining differences between the groups, tests of compliance with the normal distribution, and non-parametric tests after the assessment as well as descriptive statistics. A value of $p < 0.05$ was accepted statistically significant. Validity and reliability analysis of the BCHBMS questions were performed and Cronbach's alpha values were calculated.

RESULTS

A total of 525 female healthcare professionals participated in the study. The median age of the

participants was 31 years (min: 18, max: 59), and 37.5% (n=197) of the participants were between 20-29 years of age. Regarding professions, 52.4% (n=275) of them were midwives/nurses, 31.2% (n=164) were doctors, and 16.4% (n=86) were other allied healthcare personnel (Emergency medical technician, laboratory technician, radiology technician, anesthesia technician, dental technician, child development specialist, medical biologist, dietician, physiotherapist and pharmacist). The median duration of working in the profession was found to be 8 years (min. 2 months; max. 38 years).

The participants were asked which of the symptoms of breast cancer they knew. Knowing 3 symptoms were classified as "low level", 6 symptoms "moderate", and knowing all of the 9 symptoms were classified as "high level". The most well-known three symptoms were growth in neighbouring lymph nodes 82.7% (n=434), an asymmetric collapse of breast 81.9% (n=430) and a mass in the breast 77.5% (n=407), respectively. The least well-known symptom was an abnormal swelling of the arm 61% (n=320). Distributions of the level of knowledge of the symptoms of breast cancer according to the professions are shown in Table 1.

We found that 86% of the doctors, 53.1% of the nurses/midwives and 27.9% of the other allied healthcare professionals knew the symptoms of breast cancer at "high level". In addition, we found that the doctors knew the symptoms of breast cancer better, compared to other healthcare professionals. This difference was statistically significant. ($X^2=101.512$; $p=0.001$)

The most well-known risk factors associated with breast cancer were "a family history of breast cancer" (99.2%), "exposure to radiation" (94.1%), and "smoking" (94.1%). The least known risk factors were menopause after 50 years of age (40.8%), "menstruation before 12 years of age" (50.1%), and "history of benign breast disease" (52.2%), respectively.

Ninety-four point one percent of (n=494) the participants stated that BSE is essential, whereas 67.6% (n=355) of them answered the question whether they perform BSE positively. Regarding the participants who stated that they perform BSE (n=355); 44.2% (n=157) said "I'm doing once in a month", 39.2% (n=139) said "I'm doing whenever I recall", 9.9% (n=35) said "I am a doing once in six months", 3.9% (n=14) said "I'm doing once in a week", and 2.8% (n=10) said "I'm doing once in a year". Forty percent of the doctors (n=44), 49.2% (n=96) of the midwives/nurses and 34% (n=17) of other allied health personnel stated that they perform BSE once in a month. The ratio of those

who perform BSE once in a month and on the 5th-7th days of menstruation (at the right time after 40 and frequency) was 21.4% (n=76). The distribution of performing BSE and undergoing mammography

years age according to the professions are shown in Table 2.

Table 1. Distribution of breast cancer symptoms knowledge levels according to professions						
Professions (n=525)	The knowledge of the breastcancer symptoms (n=525)					
	Low Level		Moderate		High Level	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Doctors	1	0.6	22	13.4	141	86
Nurses/Midwives	39	14.2	90	32.7	146	53.1
The other allied healthcare personnels*	29	33.7	33	38.4	24	27.9
$\chi^2= 101,512$ p=0,001						

*Emergency medical technician, laboratory technician, radiology technician, anaesthesia technician, dental technician, child development specialist, medical biologist, dietician, physiotherapist and pharmacist

Table 2. Distribution of performing BSE and undergoing mammography after 40 years of age according to professions				
Professions (n=525)	Not performing BSE		Performing BSE	
	n	(%)	n	(%)
	Doctors	54	32.9	110
Nurses/Midwives	80	29.1	195	70.9
The other allied healthcare personnels*	36	41.9	50	58.1
$\chi^2= 4,911$ p=0,086				
Professions (n=121)	Not undergoing mammography		Undergoing mammography	
	n	(%)	n	(%)
	Doctors	10	26.3	28
Nurses/Midwives	30	49.2	31	50.8
The other allied healthcare personnels*	11	50	11	50
$\chi^2= 5,700$ p=0,058				

*Emergency medical technician, laboratory technician, radiology technician, anaesthesia technician, dental technician, child development specialist, medical biologist, dietician, physiotherapist and pharmacist

There were no significant differences between health care professionals in terms of performing

BSE and undergoing mammography after 40 years age. It is found that 73.7% of physicians underwent

mammography. Although this difference between professions was not considered statistically significant, the physicians seem to undergo mammography considerably more than other professions.

According to our results, 77.5% (n=275) of those who perform BSE have been informing their environment and patients about having the breast examination, while 54.1% of those who do not perform BSE (n=92) did not provide information. This finding suggests that performing BSE is effective in healthcare professionals' informing their environment and patients ($X^2=52.050$, $p=0.001$). Regarding those who perform BSE (n=355), 47.9% (n=170) of them stated that they had learned BSE from health care professionals, and % 37.2 (n=132) of them stated that they received BSE training.

Regarding admission to healthcare professionals, 6.5% of the participants stated that they regularly visit a doctor for CBE and 15.2% of them reported irregular visits. Overall 78.3% of the participants stated that they did not admit to physicians for CBE; we found that 81.7% of physicians (n=134), 76% (n=209) of midwives/nurses and 79.1% (n=68) of other allied health care professionals did not admit a physician for CBE. There were no statistically significant differences between professions whether or not undergoing CBE ($X^2=2.006$; $p=0.367$). We found that 67.2% of the participants have been encouraging their acquaintances and patients to undergo CBE, and 71.2% (n=374) of the participants did not know the age of starting CBE.

The physicians gave more correct answers to questions "which imaging methods are used for early diagnosis of breast cancer" ($X^2=38.177$, $p=0.001$), and "from what age should mammography started and how often it should be repeated for breast cancer screening" (78%, n=128) ($\chi^2=81.428$, $p=0.001$) than the other healthcare professionals participating in the study. In addition, 15% of the participants underwent mammography once in their lives.

Cronbach's alpha values of the average scores obtained from the subscales of BCHBMS were found ranging between 0.686-0.895 and this scale was accepted as highly reliable. Average scores of BCHBMS subscales according to the presence of a history of breast cancer in first-degree relatives, performing BSE, undergoing BCE and mammography are shown in Table 3.

The mean scores obtained from BCHBMS sensitivity subscale were found to be higher in those with a history of breast cancer in first degree relatives, than those without ($p=0.001$). Health motivation, BSE benefits, and BSE self-efficacy scores of those performing BSE than who do not perform BSE ($p=0.030$, $p=0.001$, $p=0.001$ respectively). Again BSE obstacles scores of those who perform BSE were lower than those do not perform BSE ($p=0.001$). BHSBMS mammography obstacles scores of those who had not undergone mammography found to be higher were than that of those who underwent mammography ($p = 0.027$).

DISCUSSION

Early diagnosis and treatment of breast cancer may be possible by following appropriate cancer screening programs. Healthcare professionals have a key role in the success of a screening program. In order to improve healthcare professionals' level of knowledge, attitudes, behaviours and health beliefs about screening breast cancer, an evaluation of the current situation is required. In order to investigate and evaluate the knowledge level of breast cancer, we asked some questions about symptoms and risk factors of breast cancer; the most well-known symptoms of breast cancer were growth in neighbouring lymph nodes, asymmetric collapse in one breast, and breast mass, respectively. Similarly, Sim and colleagues found that the most well-known symptoms were breast masses and nipple changes. Twenty-nine percent of the participants were able to state one symptom, while 32% of the participants were able to state two symptoms.¹⁷ In our study, 59.2% (n=311) of the participants were able to state nine symptoms associated with breast cancer. This high ratio may be attributed to that the participants in our study were health care professionals and a list of symptoms was introduced to the participants to choose from in it. In the same study, 39% of the participants did not know "positive family history" among risk factors, whereas in our study, this risk factor was the most well-known risk factor (99.2%). This result may also be attributed to the same causes; nonetheless, almost all of our participants' knowledge ability about this risk factor is a gratifying situation. Akpınar et. al¹⁸. in their study "positive family history" was the most well-known risk factor, this was similar to our results.

Regarding the behaviour related to breast cancer screening methods, Demirkıran et al reported that Turkish women's rates of performing breast cancer screening methods are lower than that of women in Western countries.¹⁹ In Turkey, the rate of women health workers who perform breast self-

Table 3. Comparison of average scores of BCHBMS subscales with “History of Breast Cancer in the first degree relatives”, “performing BSE”, “undergoing CBE” and “mammography”

Groups of Subscale (n=516)	History of breast cancer in the first degree relatives			Performing BSE			Undergoing CBE			Undergoing mammography		
	No	Yes	Value of p	No	Yes	Value of p	No	Yes	Value of p	No	Yes	Value of p
Sensitivity	7,3±2,3	8,5±2,1	0,001	7,7±2,4	7,3±2,3	0,074	7,4±2,3	7,2±2,3	0,324	7,4±2,4	7,3±2,3	0,477
Caring / Seriousness	19,9±5,2	20,5±4,6	0,482	20,1±5,5	19,9±4,9	0,462	19±5,1	20,2±5,0	0,497	19,9±5,2	19,9±4,6	0,884
Health Motivation	20,1±4,2	20,7±3,7	0,314	19,7±4,1	20,3±4,2	0,030	20,0±4,2	20,3±4,0	0,527	20,1±4,1	20,3±4,8	0,241
Benefits of BSE	15,9±3,5	16,5±2,9	0,357	15,0±3,7	16,4±3,2	0,001	15,8±3,4	16,1±3,3	0,272	15,9±3,4	16,0±3,6	0,447
Obstacles of BSE	17,1±5,6	17,9±4,4	0,123	19,9±5,5	15,9±5,0	0,001	16,9±5,3	18,2±5,8	0,058	17,1±5,5	17,6±5,6	0,387
Self-efficacy of BSE	36,3±7,0	36,7±7,8	0,949	32,9±7,2	37,9±6,4	0,001	36,2±7,1	36,4±7,0	0,993	36,1±7,2	37,9±6,2	0,072
Benefits of Mammography	17,6±3,4	17,4±2,6	0,723	17,6±3,1	17,5±3,4	0,994	17,6±3,2	17,2±3,5	0,204	17,5±3,3	17,9±3,6	0,171
Obstacles of Mammography	25,9±7,2	25,7±5,9	0,96	27,7±7,3	24,9±6,8	0,001	25,8±6,9	25,6±7,3	0,593	26,1±6,9	24,3±7,4	0,027

examination (BSE) every month regularly has been increasing as 25%, 14.7%, 28.6% and 32% through years.^{13,20,21,22} Besides these limited studies, according to the latest health statistics published by the Ministry of Health of Turkey, the rate of those who perform BSE every month regularly is reported 10.1%.³

We found that the ratio of those who perform BSE once a month on the 5th -7th days of menstruation (at the right time and frequency) was 21.4%. The relatively high results may be due to our participants' being healthcare professionals. In a study conducted by Mahmoodi et al, it is reported that 6% of female healthcare professionals perform BSE regularly (monthly), 50% of them perform less frequently and %44 of them never perform BSE.²³ Clarke and Sandler in their study conducted with nurses reported that 41% of the nurses perform BSE once in a month.²⁴ Chong et al. in their study reported that 67% of nurses in Singapore perform BSE once in a month.²⁵ Lee reported the ratio was 40% in Korea²⁶ and in another study conducted by Foxall et al. the ratio of African American nurses who perform BSE once in a month was 43% and the ratio of Caucasian nurses was 20%.²⁷ We found that the overall ratio of the participants who regularly perform BSE every month was 44.2 % (n=157); according to professional groups, %49.2 (n=96) of the nurses, 40% (n=44) of the physicians, and 34% (n=17) of other allied health personnel performed BSE regularly. In our study, the ratios of performing BSE were similar to the international ratios, while higher when compared with other studies in Turkey. These results may be attributed to the recent improvements in efforts aimed at early diagnosis of breast cancer in Turkey.

Studies related alone with BSE training and implementation of BSE as a screening method reported that BSE does not reduce the mortality rate but allows detection of tumours with smaller diameter.²⁸⁻³⁰ Attitudes regarding the use of BSE in breast cancer screening vary according to countries. Currently, the women are recommended to perform breast self-examination regularly every month, between 20 and 69 years of age, in Turkey. Considering actual condition, we can say that current rates are not at an adequate level.

In our study, the ratio of breast cancer screening methods other than BSE was found as CBE with a ratio of 21.7%, and mammography with a ratio of 15%, which is the lowest ratio. One reason for the low ratio of mammography in our study may be attributed to the younger population of the study. However, given that the ratio of undergoing mammography after forty years of age was found to be 57.8% in our study, it can be suggested that healthcare professionals do not adequately care

about their health status or they do not have adequate knowledge about it. In the study of Canbulat et al. it is found that 15% of the nurses have been visiting physicians for CBE, regularly.¹² Again, in another study conducted in Turkey, it is found that 28.4% of physicians and 24.1% of nurses and midwives visit physicians for CBE.¹⁸ In the same study the ratio of physicians underwent mammography was found to be 10.4% and the ratio of nurses and midwives was found to be 10.1%.

It has been shown that health beliefs, attitudes and behaviours of women are effective in their undergoing screening for breast cancer.^{22,28,29} According to Sim et al., the women who are sensitive about breast cancer and perceived breast cancer as a serious condition, and with a low perception of obstacle and a high perception of benefit, will go through with more breast cancer screening behaviour.^{17,28}

Champion (1993) reported that perception of obstacles plays a significant role in BSE.³⁰ Educational status and family history of breast cancer are reported to be associated with BSE.³¹ In the study of Erbil et al., breast cancer sensitivity of individuals who themselves or their family members were diagnosed with breast cancer found to be significantly higher.³² Again in the same study, women whose a relative or friend was diagnosed with breast cancer got significantly higher scores from sensitivity, benefits, safety and health motivation subscales than the others, and their perception of obstacles were lower. In our study, the average sensitivity subscale score of those with a history of breast cancer in first-degree relatives was higher than the others, there was no significant difference in other dimensions. Although it is expected that those with higher sensitivity may perform BSE and undergo mammography, we cannot observe this sensitivity to return to behaviours of undergoing screening. Karayurt reported significant differences between the mean scores of sensitivity, benefits, obstacles, health motivation and confidence subscales of the nurses who perform BSE and who don't.²² Lee found that sensitivity and confidence perceptions are higher and perception of obstacles is lower, in those who perform BSE.²⁶

In our study, mean scores of health motivation, the benefits of BSE, and BSE self-efficacy subscales were higher in the group who perform BSE, while mean scores BSE obstacles and mammography obstacles were significantly higher in the group who do not perform BSE. It is important to consider the health belief perceptions of women and particularly to define and reduce the perceptions that interrupt the expected preventive health

behaviours, in the future studies, aiming prevention and early diagnosis of breast cancer.

The knowledge, attitude and behaviour regarding breast cancer, among women who participated in our study, does not only concern them but also pertinent to their patients and relatives who should consult them due to their duties. Furthermore, it is also important that our study group consisting of physicians, nurses, midwives and other allied healthcare professionals facilitates to define the current level of knowledge about breast cancer of women healthcare professionals practising different professions.

Our results show that the ratio of women healthcare professionals who perform breast cancer screening behaviours is low. The data we presented in this study were obtained from women healthcare professionals in a single hospital. It is a limiting factor for this study. More reliable information obtained by multicenter studies is needed to represent the whole country. Although, theoretically, it is expected that every contact with the healthcare system might be an opportunity for individuals to obtain information related to the improvement of health, unfortunately, currently, especially in hospitals, an emphasis is placed on curative services rather than improving health, preventive medicine, and providing consultancy about screening programs. As a result, the ratio of cancer screening among women who admitted to hospitals remains low.

Currently the overall coverage rates of community-based breast cancer screening and screening performed by profiteer hospitals in Turkey range between 20-30%.¹¹ Reasons for this situation include physician's limited time for services other than treatment services, crowded patient population, physician's staying away from consulting services due to performance-based salary system, patients' failure to request counseling from physicians, patients and healthcare professionals' lack of knowledge. Obviously, the condition cannot be explained only by lack of education; it is necessary to consider affecting factors all together and produce appropriate solutions. First of all, the perception that the purpose of healthcare services is not only to treat diseases but also to promote health in the community need to be established. Indeed, noteworthy efforts have been made in this regard in recent years. Especially publication of relevant information through the media, several meetings and campaigns organized by the Ministry of Health and NGOs, in support of health promotion activities are acceptable in situ applications. However,

programs especially informing the public about cancer screening are not sufficient.

In Turkey, from 2004 on the gradually family practice model has been adopted into the primary health care delivery, and since 2010 the system covered the whole country. Recently, 3 types of cancer screening (cervix, colorectal, breast) programs have been initiated in family medicine units under control of National Cancer Control Program; but there are still problems with application of the program. Considering the conditions in Turkey, risk factors should be identified and a risk model available for Turkey should be developed. For this purpose, cancer screening guidelines should be prepared and introduced by the Ministry of Health and specialist associations.

It is very important for the society that healthcare professionals should have accurate information about breast cancer symptoms, risk factors and screening methods essential for early detection. Proper counselling services can promote awareness of many women and play an important role in early diagnosis of breast cancer. It should be noted that it is not possible to give the right message to the community unless knowledge and motivation of the healthcare professionals are improved.

REFERENCES

1. GLOBACAN worldwide in 2012. 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx (Access date:19.01.2017).
2. AmericanCancerSociety <http://www.cancer.org/cancer/breastcancer/detailedguide/breast-cancer-key-statistics> (Access date:01.01.2018).
3. Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. http://www.iccpportal.org/sites/default/files/plans/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf (Access date:06.01.2018).
4. Üskent N. Meme kanserinin doğal seyri, gelişimi, risk faktörleri, dünyadaki dağılımı ve epidemiyolojisi, olgular ışığında meme kanseri kitabı, 2003:8.
5. Topal U, Meme kanseri taraması. Ed:Engin K, Meme kanserleri, Bursa. Nobel Tıp Kitapevleri, 2005: 623-27.
6. Seçginli S. Breast cancer screening: what are the last changes? TAF Prev Med Bull 2011;10(2):193-200.

7. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kanser Daire Başkanlığı
<http://kanser.gov.tr/Dosya/tarama/meme.pdf>(Access date:11.01.2015).
8. Smith RA, Cokkinides V, Brooks D, Saslow D, Brawley O. Cancer Screening in the United States, 2010: A review of current American Cancer Society guidelines and issues in cancer screening. *CA Cancer J Clin* 2010;60:99-119.
9. Lechner L, Nooijer JD, Vries HD. Breast Self examination: longitudinal predictors of Intention and subsequent behaviour. *European journal of cancer prevention*. 2004; 13:1-8.
10. Champion VL. Breast self-examination: What now? *Oncology Nursing Forum*. 2003; 30(5): 723-24.
11. 2013-2018 Ulusal Kanser Kontrol Planı. kanser.gov.tr/Dosya/BilgiDokumanlari/raporlar/Ulusal_Kanser_Kontrol_Plani_2013_2018.pdf.
12. Canbulat N, Cingil D, Demirgöz M, Meşe M, Aksuoğlu A. Hemşirelerin meme kanseri ve tarama davranışlarına ilişkin sağlık inançları. *Kadın Doğum Dergisi* 2006;5 (2):1060-83.
13. Aydın Avcı İ, Işıklı Z. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi inançları, Sağlık ve Toplum Dergisi 2006; 16:91-4.
14. Seçginli S, Nahcivan N. Breast Cancer Screening Belief Scale Among Turkish Women Cancer Nursing, 2004, 27 (4):287.
15. Champion, VL. Instrument development for health belief model constructs. *Advance in Nursing Science*, 1984; 6 (3): 73-85.
16. Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın Avcı İ. Meme kanseri taramalarında champion sağlık inanç modeli ölçeğinin Türkçe uygulamalarına ilişkin sonuçlar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2004; 1(2):71-85.
17. Sim H L, Seah M, Tan S M. Breast cancer knowledge and screening practices: a survey of 1,000 Asian women *Singapore Med J* 2009; 50 (2):132.
18. Akpınar Y.Y, Baykan Z, Naçar M, Gün İ. Çetinkaya F. Knowledge, attitude about breast cancer and practice of breast cancer screening among female healthcare professionals: a study from Turkey *APJCP* 12 2011; (11):3063-8.
19. Demirkıran F, Akdolun Baklaya N, Memis S, Türk G, Özvurmaz S, Tunçyürek P. How do nurses and teachers perform breast self-examination: are they reliable sources of information? *BMC Public Health* 2007; 7(96):1-8.
20. Bedük T, Şen S. Hemşirelerin kanserin erken tanısında kendi kendine yapılan meme muayenelerine ilişkin uygulamaları ve bu muayeneleri yapmama nedenleri. 3. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı 1992; 448-55.
21. Kabcıoğlu F, Kurçer MA, Şimşek Z, Karakoç Kaya Ö. Şanlıurfa il merkezinde görev yapan ebe ve hemşirelerin kendi kendine meme muayenesi yapma davranışları ve etkileyen faktörler. *Hemşirelik Forumu* 2005;1:31-6.
22. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. *Meme Sağlığı Dergisi* 2008; 4(1):15-20.
23. Mahmoodi M, Montazeri A, Jarvandi S, Ebrahimi M, Haghighat S, Harirchi. I. Breast self examination: knowledge, attitudes and practices among female healthcare workers in Tahrán, Iran, *The Breast Journal* 2002; 8:222-5.
24. Clarke D.E, Sandler S.E. Factors involved in nurses' teaching breast self examination. *Cancer Nurs* 1989; 12:41-6.
25. Chong P.N, Krishman M, Hong C.Y, Swah T.S. Knowledge and practice of breast cancers screening among public health nurses in Singapore. *Singapore Med J* 2002; 43:509-16.
26. Lee E.H. Breast self examination performance among Korean nurses. *Journal for Nurses in Staff Development* 2003; 19:81-7.
27. Foxall M.J, Baron C.R, Houfek J. Ethnic differences in breast self examination practice and health beliefs. *J Adv Nurs* 1998; 27:419-28.
28. Nahcivan N, Seçginli S. Meme kanserinde erken tanıya yönelik tutum ve davranışlar: bir rehber olarak sağlık inanç modelinin kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2003;7(1) s:33-8.
29. Çenesiz E, Atak N. Türkiye'de sağlık inanç modeli ile yapılmış araştırmaların değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2007; 6(6):427-34.
30. Champion, VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing Research*. 1993; 42 (3): 139-43.
31. Altuncan H, Akın B, Ege E. 20-60 yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri. *Meme Sağlığı Dergisi*. 2008; 4(2):84-91.

32. Erbil N, Bölükbaş N. Breast cancer and breast self-examination according to a Turkish version of the Champion Health Belief Model Scale. *Asian Pacific J Cancer Prev*, 2012; 13(11), 5823-5828.



Antenatal Care and Breastfeeding

Doğum Öncesi Bakım ve Emzirme Davranışı

İlknur Göl^{*1}

ABSTRACT

Aim/background: There is a positive effect on the mother's breastfeeding behaviors in giving breastfeed and breastfeeding counselling as a standard part of antenatal care. This study was performed with the aim to investigate the effect antenatal care on the breastfeeding behavior of mothers with the 0-24 month old baby. **Methods:** The sample of this descriptive, cross-sectional study included 141 mothers presenting to two family health care centers between March and June in 2016 and having a 0-24- month-old baby. Data were collected at face-to-face interviews with a questionnaire created by the researcher and was composed of a total of 33 questions, of which nine were about socio-demographic features, 13 were about the history of pregnancy and antenatal care and 11 were about breastfeeding. Data were analyzed with percentages and Chi-square test. **Results:** Mothers receiving breastfeeding counselling during antenatal care started to breastfeed their babies earlier and breastfed them for longer periods of time. **Conclusion:** Counselling in breast milk and breastfeeding during pregnancy has a significant effect on the earlier initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding for the first six months of life. Based on the results of the study, it can be recommended that breastfeeding counselling should be offered continuously.

Keywords: Breastfeed, antenatal care, breastfeeding behavior

ÖZET

Amaç/giriş: Anne sütü ve emzirme konularındaki eğitimlerin doğum öncesi bakımın standart bir parçası olarak verilmesinin, annelerin emzirme davranışları üzerinde olumlu etkisi vardır. Bu çalışmanın amacı, aile sağlığı merkezlerine başvuran 0-24 aylık bebeği olan annelerin doğum öncesi bakım alma durumlarının emzirme davranışlarına etkisini değerlendirmektir. **Yöntem:** Kesitsel tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın örneklemini iki Aile Sağlığı Merkezine Mart-Haziran 2016 tarihleri arasında başvuran 0-24 aylık bebeği olan 141 anne oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan ve annelerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 9, gebelik ve doğum öncesi bakım öykülerine yönelik 13 ve emzirmeye yönelik 11 soru olmak üzere toplam 33 soru içeren bir anket formu kullanılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler dağılım ve ki-kare testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Anne sütü/emzirme eğitimi alanların almayanlara göre bebeklerini daha erken dönemde emzirmeye başladığı ve daha uzun süre emzirdiği belirlenmiştir. **Sonuç:** Gebelik döneminde anne sütü ve emzirme konularında eğitim alınan erken emzirmeye başlama ve ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme üzerinde anlamlı etkisi vardır. Doğum öncesi bakımın bir parçası olarak anne sütü/emzirme eğitimi verilmesi önemlidir.

Anahtar kelimeler: Anne sütü, doğum öncesi bakım, emzirme davranışı

Received Date / Geliş Tarihi: 05.12.2017, Accepted Date / Kabul Tarihi: 20.03.2018

¹ Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği AD. Çankırı TÜRKİYE

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: İlknur GÖL, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği AD. Çankırı TÜRKİYE E-mail: ilknurmayirgol@gmail.com

INTRODUCTION

The World Health Organization (WHO) defines antenatal care as the follow-up of mothers and their fetuses once or more than once during pregnancy by health professionals.¹ The goal of this follow-up is to help women to experience a healthy pregnancy and to give birth to a healthy baby.² Antenatal care is composed of three main components, i.e. evaluation and protection of mothers and their fetuses' health, counselling and education related to health and treatment services.^{2,3} Since early diagnosis in pregnancy is important, the WHO and Canadian Gynecology and Obstetrics Association has recommended initiation of antenatal care as early as possible.^{1,4} It is stated in Antenatal Care Management Guide, prepared by Turkish Ministry of Health, that follow-up of pregnant women should be initiated in the fourteenth week of pregnancy and should be performed at least four times during pregnancy.⁵ The WHO reported that 68% of the women in developing countries and 98% of women in developed countries receive antenatal care.⁶ According to data from Turkish Population and Health Study (TPHS) in 2013 the rate of women receiving antenatal care in their last pregnancy in Turkey is 97%.⁷ Another important issue concerning mothers' and their babies' health is breastmilk and breastfeeding. It is well known that breastfeeding plays an essential role in survival, growth and development of babies.⁸ As well as the promotion of mothers' and their babies' health, breastfeeding enhances mother-baby bonding and is cost-effective.⁹ It has been noted in the literature that breastfed babies have lower risk of insulin-dependent diabetes, sudden infant death syndrome, childhood cancers and obesity than those not breastfed.¹⁰⁻¹² Therefore, the WHO and American Pediatric Academy recommend that breastfeeding should be started within the first hour of birth and that babies should only be fed with breastmilk in the first six months of birth and continue to take breastmilk for two years.^{13,14} The most recent scientific evidence indicates that exclusive breastfeeding (only breastmilk, no food or water except vitamins and medications) for the first 6 months is associated with the greatest protection against major health problems for both mothers and infants.¹⁵ An institution of breastfeeding in the first hour of birth is important in terms of release of breastmilk and maintenance of breastmilk production as well as early cessation of postpartum bleeding and prevention of complications likely to appear in breasts, which facilitate lactation. Since the first breastmilk released (colostrum) contains high concentrations of antibodies, it protects newborns against infections.^{16,17} Despite all these positive aspects of breastfeeding, rates of breastfeeding are not as high as expected. In addition to low rates of breastfeeding, many women

end breastfeeding earlier than recommended by authorities. It is estimated that feeding babies in accordance with recommended breastfeeding practices can help save lives of 1,5 million babies.⁸ Based on data from TPHS 2013, 50% of babies are breastfed in the first hour of birth, 26% of babies are fed with food other than breastmilk and 58% of babies are only given breastmilk in the first two months of their lives in Turkey.⁷ The rate of exclusive breastfeeding drops as the age of babies increases and decreases to 10% in babies aged 4-5 months. It has been reported that incorporation of counselling about the importance of breastmilk and breastfeeding, benefits of breastfeeding for both mothers and babies, initiation of breastfeeding and breastfeeding techniques into antenatal care can be effective in early start of breastfeeding, exclusive breastfeeding in the first six months of life and improvement of breastfeeding rates. Evidence-based guides also recommend that training involving practices of breastfeeding should be offered to support breastfeeding.^{18,19} In light of evidence from the literature and abovementioned guides, this study was conducted to the effect of antenatal care on the breastfeeding behavior of mothers with the 0-24 month-old baby

METHODS

Study design

This study has a descriptive, cross-sectional design.

Study setting

The study was performed in two family health care centers in the center of a city in Middle Anatolia in Turkey. Six family health care centers are located in the province when the study is carried out. The study was performed in two family health care centers with the highest population density.

Study population

The study population included all women presenting to two family health care centers for any reason between March and June in 2016 and having a baby aged 0-24 months. On March-June 2016, 160 women presenting to family health care centers. Women were informed about the purpose of the study and the content of the questionnaire. The study was conducted with 141 women, as twenty-one women did not want to participate in the study. The study was conducted with 87% participation rate.

Inclusion criteria

Women who were older than 18 years, spoke Turkish, having a baby aged 0-24 months and

volunteered to participate in the study were included in the study.

Exclusion criteria

Women who had a chronic disease that would prevent breastfeeding were excluded from the study.

Data collection tools

Data were collected with face-to-face interviews using a questionnaire created by the researcher and included a total of 33 questions, of which nine were about socio-demographic features, 13 were about history of pregnancy and antenatal care and 11 were about breastfeeding.¹⁶⁻²⁰

Data analysis

Obtained data were analyzed with descriptive statistics, and Chi-square test for detection of a relation between dependent and independent variables. $P < 0.05$ was considered significant for evaluation of results of statistical analyses.

Ethical considerations

Ethical approval was obtained from the ethical committee of a university in Middle Anatolia and permissions were obtained from the public health directorate of the city where the study was conducted. The mothers in the study population were informed about the study and oral informed consent was taken from those voluntarily accepting to participate in the study.

RESULTS

Forty-one point eight percent of the mothers were aged 20-24 years and the rate of the mothers aged 35 years or older was 7.1%. Thirty-eight points three percent of the mothers were primary school graduates, 35.5% of the mothers were high school graduates, 81.6% of the mothers were a housewife, 51.1% of the mothers were married to a high school graduate and 69.5% of the mothers were married to a worker. Fifty-one point six percent of the mothers got married at the age of 20 years or at a younger age and 52.5% were aged 21-25 years when they first got pregnant. Forty-two point six percent of the mothers had one pregnancy, 15.6% of the mothers had one spontaneous abortion and 14.2% of the mothers had one induced abortion. Seventy-five point two percent of the mothers underwent caesarian section and 24.8% of the mothers gave vaginal birth (Table 1).

Table 1. Socio-demographic features of the study sample

Socio-demographic features	n	%
Age (years)		
20 yrs. old or younger	8	5.7
21-24	59	41.8
25-29	42	29.8
30-34	22	15.6
35 years old or older	10	7.1
Education		
Primary School	54	38.3
High School	50	35.5
University	37	26.2
Occupation		
Housewife	115	81.6
Civil servants	16	11.3
Workers	10	7.1
Husband's education		
Primary School	34	24.0
High School	72	51.1
University	35	24.8
Husband's occupation		
Civil servants	36	25.5
Workers	98	69.5
Other	7	0.5
Health insurance		
Yes	138	97.9
No	3	2.1
Age at marriage (years)		
20 years old and younger	72	51.1
21-25	47	33.3
26-30	17	12.1
31-40	5	3.5
Age at first pregnancy (years)		
20 years old or younger	43	30.5
21-25	74	52.5
26-30	19	13.5
36-40	5	3.5
Number of pregnancy		
One	60	42.6
Two	54	38.3
Three	22	15.6
Four or more	5	3.5
Number of spontaneous abortion		
No	115	81.6
One	22	15.6
Two	4	2.8
Number of induced abortion		
No	121	85.8
One	20	14.2
Type of the last labor		
Normal (vaginal birth)	35	24.8
Caesarian section	106	75.2
Number of live children		
One	75	53.2
Two	51	36.2
Three	14	9.9
Four or more	1	0.7
Total	141	100

Ninety-two point two percent of the mothers reported to receiving antenatal care in their last birth while 7.8% of the mothers reported they did not need it. Eighty-nine percent of the mothers receiving antenatal care noted that they started to get care in the fourth-eighth week of their pregnancy. Thirty-three point three percent of the mothers got antenatal care 5-6 times during their pregnancy and 47.5% of the mothers got this care from family health care centers. Seventy-one point six percent of the mothers receiving antenatal care were offered to counselling about breastfeeding (Table 2). There was no significant relation between receiving antenatal care and descriptive characteristics including age, education, number of pregnancies, spontaneous abortion and induced abortion ($p>0.05$).

	n*	%
Antenatal care		
None	11	7.8
1-2	10	7.1
3-4	27	19.1
5-6	44	31.2
7-8	13	9.2
9 or more	36	25.5
Time of the first follow-up visit		
4 th -8 th weeks	119	89.3
9 th -16 th weeks	14	10.8
Place of antenatal care		
State hospital	33	24.8
Family health care center	67	50.4
Private hospital	33	24.8
Subjects about which information was given during antenatal care		
Nutrition	102	72.3
Risks in pregnancy	69	48.9
Labor	70	49.6
Postpartum care	92	65.2
Breastmilk/breastfeeding	101	71.6
Family planning	79	56.0

* The total was not expressed since one participant selected more than one statement.

Twenty-seven point seven percent of the mothers breastfed their babies. Eighty percent of the mothers giving vaginal birth and 10.1% of the mothers undergoing caesarian section breastfed their babies after giving birth with a significant difference ($p<0.05$). In addition, the rate of the

mothers breastfeeding in the first hour of birth was 28.4%. Seventy-seven point one percent of the mothers giving vaginal birth and 1.9% of the mothers having caesarian section breastfed their babies within the first hour of their giving birth with a significant difference ($p<0.05$). About half of the women having the caesarian section (42.5%) reported to breastfeed their babies within the tenth hour after birth or later. Nine point two percent of the mothers having a baby aged 6-24 months and 9.8% of the mothers having a baby aged 6-24 months fed their babies only with breastmilk for the first six months. Of all the mothers receiving to counselling about breastfeeding during antenatal care, 35% started breastfeeding for the first one hour of giving birth and 22.5% gave their babies only breastmilk for the first six months of their babies' birth. Of all the mothers not offered counselling about breastfeeding, 12.5% breastfed their baby within the first hour of birth and 2.5% gave their babies only breastmilk for the first six months of life. The difference between the mothers getting counselling about breastfeeding and those not getting any counselling about it was significant ($p<0.05$) (Table 3). However, there was no significant relation between breastfeeding for the first six months of life and descriptive characteristics like age, education, occupation, number of pregnancies and type of birth ($p>0.05$).

Of all the mothers participating in the study, 71% continued to breastfeed, 29% did not breastfeed, 13.5% could not produce breastmilk and 11.3% did not breastfeed since their babies rejected breastmilk. The longest duration of exclusive breastfeeding was two months (17.7%). Thirty-four percent of the mothers fed their babies with breastmilk and formula instead of exclusive breastfeeding. The most frequent three responses to the question what benefits breastmilk has for babies are that it protects against diseases (59.6%) and supports growth of babies (37.6%) and strengthens immunity of babies (19.6%). However, one mother said she did not know that breastmilk has any benefits and another mother said breastmilk did not have any benefits. When the mothers were asked what benefits breastfeeding has for mothers, 48.9% reported it accelerated weight loss, 14.22% reported it made mother-baby bonding stronger and 7.8% reported it protected against breast cancer. However, it was striking that 28.4% of the mothers said breastfeeding was not beneficial to mothers.

DISCUSSION

In the present study, we found that mothers receiving counselling about breastmilk and breastfeeding during antenatal care initiated breastfeeding at a higher rate in the first hour and breastfed their babies in the first six months

Table 3. The relation between receiving counselling about breastfeeding and feeding babies with breastmilk only for the first six months of life and time of the first breastfeeding

Exclusive breastfeeding for the first six months of life	Receiving counselling about breastfeeding				Total	Test	p
	Yes		No				
	n	%	n	%			
Yes	12	22.5	1	2.5	13	9.2	$\chi^2=35.122$ p=0.004
No	89	77.5	39	97.5	128	90.7	
Total	101	100	40	100	141	100	
Time of the first breastfeeding							
Within the first one hour of birth	35	34.7	5	12.5	40	28.4	$\chi^2=6.920$ p=0.009
1 hours after birth	66	65.3	35	87.5	101	71.6	
Total	101	100	40	100	141	100	

exclusively with mother milk at higher rates compared to mothers not receiving counselling. This result underlines the importance of breastfeeding related counselling during antenatal care. Research shows that mothers offered to counselling about breastmilk and breastfeeding by nurses/midwives breastfeed their babies for a longer period of time.^{21,22} In a study by Tokat and Okumuş (2013), antenatal training offered to strengthen perceived breastfeeding self-efficacy was found to achieve its goal and increase breastfeeding success.¹⁸ Moreover, the presence of the mothers not knowing benefits of breastfeeding for babies and thinking that breastfeeding is beneficial neither for mothers nor for babies reveals a need for specific counselling about breastfeeding.

In this study, we observed that 92.2% of the mothers got antenatal care in their latest pregnancy. Other studies carried out in different parts of Turkey also showed that about all women got antenatal training.^{20,23} Turkish Ministry of Health states in Antenatal Care Management Guide that pregnant women in Turkey should be followed minimum four times during their pregnancies. In the current study, the finding that 68% of the mothers got antenatal care five times or more shows that they were offered sufficient antenatal care in accordance with the guide created by the ministry. The rate of the women receiving adequate antenatal care in Turkey was reported to be 39.7% by Etiler et al., 51.6% by Çetin et al., and 48.1% by Omaç et al.^{17,23,24} In a study in Latin American countries, the rate of women receiving sufficient antenatal care was found to be 24.5%.²⁵ Based on data from TPHS 2013, the rate of women getting antenatal care in their recent pregnancy was 92% in 2008 and increased to 97% in 2013 in Turkey. This shows that the rate of women not given antenatal care decreased by about 64%. Furthermore, the rate of receiving sufficient antenatal care was 89%.⁷ The rates of receiving antenatal care and sufficient antenatal care found in the present study are consistent with those reported by TPHS 2013.

In the current study, 28.4% of the mothers started to breastfeed their babies within the first hour of giving birth; however, most of the mothers (71.6%) could not start breastfeeding within the first hour of delivery. TPHS 2013 revealed that the rate of breastfeeding in the first hour of birth was 50%. The rate of mothers unable to breastfeed within the first hour of birth was 69.9% in a study by Eker and Yurdakul (2006), 51.9% in a study by Bolat et al., (2011), 47.4% in a study by Ünsür, Gündoğan, Ünsür and Okan (2014), 34% in a study by Awi and Alikor (2006), 47.1% in a study by Vieira et. al., (2010) and 41.1% in a study by Wang, Lau, Chow and Chan (2014).²⁶⁻³¹ The rate of breastfeeding in the first hour of birth in the present study was found to be lower than those reported by TPHS 2013 and other studies. In addition, the WHO reported that breastfeeding rates of 0-29%, 30-49%, 50-89% and 90-100% in the first one hour of birth were poor, moderate, good and very good respectively.^{25,30} In light of this classification, the rate of breastfeeding in the first hour found in the current study can be considered as poor. It was found to be higher in the mothers having lower education levels, having a vaginal birth and receiving counselling about breastmilk and breastfeeding. Thirty-five point one percent of primary school graduates and 24% of the mothers graduating from high school or having higher education levels breastfed their babies in the first hour. It was a favorable finding that the rate of mothers with lower education levels breastfeeding in the first hour was higher. In addition, there have been studies showing that type of birth is effective in the initiation of breastfeeding and that women having normal birth start breastfeeding earlier.¹⁷ Consistent with the literature, the present study revealed that 77% of the mothers giving vaginal birth and 1.9% of the mothers having caesarian section began breastfeeding in the first hour of birth and that about half of the latter group could breastfeed their babies ten hours after birth or later. The rate of exclusive breastfeeding in the first six months varies from country to country. It was reported to be 11.3% in the United States, 10.1% in

Sweden and 7% in Norway.^{27,33,34} According to data from TPHS 2013, it was 42% in 2008 and 30% in 2013 in Turkey.⁷ In the present study, 9.2% of the mothers having babies aged 6-24 months fed their babies only with breastmilk for the first six months and 9.8% of the mothers having babies aged 0-6 months still gave their babies breastmilk only. The rate of exclusive breastfeeding was 27.7% in a study by Ünsür et al. (2014) and 52.8% in a study by Bolat et al. (2011).^{27,28} Although breastfeeding is quite common in Turkey, both data from TPHS 2013 and from the present study indicate that exclusive breastfeeding is not very common as opposed to what is recommended.

LIMITATIONS OF THE STUDY

Since the study was carried out only in two family health care centers in a city located in Middle Anatolia in Turkey, results cannot be generalized to all mothers. The results are restricted by the time of the study, the questionnaire developed for the purpose of this study and self-reports of the mothers included in the study.

CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

Almost all the mothers in this study were found to get sufficient antenatal care in their last pregnancy. Receiving antenatal care did not significantly differ in terms of descriptive characteristics including age, education, number of pregnancy and spontaneous abortion. Seventy-one point six percent of the mothers offered antenatal care were shown to be informed about breastmilk and breastfeeding. A higher rate of the women getting this information breastfed their babies in the first hour of delivery and fed their babies only with breastmilk for the first six months of life. Considering this significant effect of breastfeeding counselling on earlier initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding for the first six months of life, it is obvious that this counselling should be offered as part of antenatal care. It can be recommended that nursing school curricula and in-service training should provide nurses and midwives with recent knowledge about breastfeeding and that they should be encouraged to emphasize breastfeeding while giving antenatal care. In accordance with evidence from studies on earlier breastfeeding and maintenance of breastfeeding, breastfeeding specific protocols should be created in health care centers. As well as training, peer counselling, i.e. getting advice from other women, can contribute to effective breastfeeding. When the media is thought to be one of the most important sources for providing individuals with knowledge, it can be recommended that programs underlining the

importance of breastmilk and breastfeeding could appear more frequently.

ACKNOWLEDGEMENT

The author is grateful to all mother who participated in the study.

REFERENCES

1. World Health Organization. WHO Programme to map best reproductive health practice. WHO Antenatal Care Randomized Trial: manual for the implementation of the new model. Geneva: World Health Organization 2002, 1-2. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42513/1/WHO_RHR_01.30.pdf. Date accessed: 06.12.16.
2. Çatak B, Aksan AD, Zincir M. Karabük toplum sağlığı merkezi bölgesinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. TAF Preventive Medicine Bulletin, 2012; 11(2): 153-162.
3. Raatikainen, K, Heiskanen N, Heinonen S. Under-attending free antenatal care is associated with adverse pregnancy outcomes. BMC Public Health, 2007; 7(1): 1.
4. The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Healthy beginnings: guidelines for care during pregnancy and childbirth. Canada: The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada 1998, <https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/12/gui71EPS9812.pdf>. Date accessed: 05.12.2017.
5. Republic of Turkey Ministry of Health. Antenatal Care Management Guide. Ankara, Turkey: Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning; 2009, 2.
6. Pirinççi E, Polat A, Köroğlu A, Kumru S. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2010; 11(2): 1-7.
7. Hacettepe University Institute of Population Studies. 2013 Turkey Demographic and Health Survey. Hacettepe University Institute of Population Studies, T.R. Prime Ministry Undersecretary of State Planning Organization and TÜBİTAK, 2014, 119-120, Ankara.
8. Willumen J. Breastfeeding education for increased breastfeeding duration: Biological, behavioural, and contextual rationale. World Health Organization. eLibrary of Evidence for Nutrition Actions (eLENA), 2013, 1. <http://www.who.int/elena/using/en>. Date accessed: 25.02.2017.
9. Hanson LA, Korotkova M, Haversen L, Mattsby-Baltzer I, Hahn-Zoric M, Silfverdal, SA et.al. Breast-feeding, a complex support system for the offspring. Pediatrics International 2002; 44(4): 347-352.
10. Arenz S, Ruckerl R, Koletzko B, Von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity—a

- systematic review. *Int J Obes* 2004; 28(10): 1247-1256.
11. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiology* 2005; 162(5): 397-403.
 12. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR., Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *The Cochrane Library* 2012, 6.
 13. Victora C, Barros A. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries. *The Lancet* 2000; 355(9202): 451- 455.
 14. Balyakina E, Fulda KG, Franks SF, Cardarelli KM, Hinkle K. Association between healthcare provider type and intent to breastfeed among expectant mothers. *Matern Child Health J* 2016; 20(5): 993-1000.
 15. Wight NE, Cordes R, Chantry CJ, Howard CR, Lawrence RA, Marinelli KA, et al. ABM clinical protocol# 3: hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeeding Medicine* 2009; 4(3): 175-183.
 16. Şahin H, Yılmaz M, Aykut M, Balci E, Sağıroğlu M, Öztürk A. Kayseri’de iki toplum sağlığı merkezine başvuran annelerde emzirme sorunları ve risk etmenleri. *Türk Pediatri Arşivi* 2013; 48(2): 145-151.
 17. Çetin F, Güneş G, Karaoğlu L, Üstün Y. Turgut Özal Tıp Merkezinde doğum yapan annelerin doğum öncesi bakım alma ve emzirmeye başlama durumları ve etkileyen faktörler. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi* 2005; 12(4):247-252.
 18. Tokat MA, Okumuş H. Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye temelli antenatal eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi Hemsirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013;10(1): 21-29.
 19. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 2(2): 3.
 20. Küçük E, Çan G, Toptas M. Giresun 1 nolu sağlık ocağı bünyesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım alma sıklığı. 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı 2004, 232, Ankara.
 21. Eker A, Yurdakul M. Annelerin bebek beslenmesi ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2006; 15(9): 158-163.
 22. Turan M. Doğum sonrası erken dönemde, doğru teknik ile emzirmenin tek başına anne sütü ile beslenme süresine etkisi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2000; 63(3): 286-292.
 23. Etiler N, Aktekin R, Çapar H. Antalya kent merkezindeki bir sağlık ocağı bölgesinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum* 2000;3:41-5.
 24. Omaç M, Güneş G, Karaoğlu L, Pehlivan E. Arapgir devlet hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi* 2009; 14(2): 115-119.
 25. Paredes I, Hidalgo L, Chedraui P, Palma J, Eugenio J. Factors associated with inadequate prenatal care in Ecuadorian women. *Int J Gynecol Obstet.* 2005; 88(2): 168-172.
 26. Bolat F, Uslu S, Bolat G, Bülbül A, Arslan S, Çelik M, ve ark. İlk altı ayda anne sütü ile beslenmeye etki eden faktörler. *Çocuk Dergisi* 2011; 11(1): 5-13.
 27. Ünsür KE, Gündoğan DB, Ünsür TM, Okan FF. Emziren annelerin emzirme ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Euras J Fam Med.*2014; 3(1):33-40.
 28. Awi DD, Alikor EAD. Barriers to timely initiation of breastfeeding among mothers of healthy full-term babies who deliver at the University of Port Harcourt Teaching Hospital. *Nigerian Journal Of Clinical Practice* 2006; 9(1): 57-64.
 29. Vieira TO, Vieira GO, Giugliani ERJ, Mendes CM, Martins CC, Silva LR. Determinants of breastfeeding initiation within the first hour of life in a Brazilian population: cross-sectional study. *BMC Public Health* 2010;10(1):1.
 30. Wang W, Lau Y, Chow A, Chan KS. Breast-feeding intention, initiation and duration among Hong Kong Chinese women: a prospective longitudinal study. *Midwifery* 2014; 30(6):678-687.
 31. Baker EJ, Sanei LC, Franklin N. Early initiation of and exclusive breastfeeding in large-scale community-based programmes in Bolivia and Madagascar. *Journal of Health, Population and Nutrition* 2006; 530-539.
 32. Al-Sahab B, Lanes A, Feldman M, Tamim H. Prevalence and predictors of 6-month exclusive breastfeeding among Canadian women: a national survey. *BMC Pediatrics* 2010; 10(1):1.
 33. Liu J, Shi Z, Spatz D, Loh R, Sun G, Grisso J. Social and demographic determinants for breastfeeding in a rural, suburban and city area of South East China. *Contemporary Nurse* 2013; 45(2): 234-243.
 34. Turan M. Doğum sonrası erken dönemde, doğru teknik ile emzirmenin tek başına anne sütü ile beslenme süresine etkisi. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2000; 63(3): 286-292.



Original Research / Özgün Araştırma

Healthy Lifestyle and Having Problems of Health of Individuals Living in A Neighbourhood of Karesi Country in Balıkesir

Balıkesir Karesi İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan Kişilerin Sağlık Sorunu Yaşama Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Celalettin Çevik^{*1}, Sibel Ergün¹, İbrahim Aldemir², Saliha Şence³

ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to evaluate the illness and healthy lifestyle behaviours last 15 days among individuals who were 18 years old or above in an urban area in the city center of Balıkesir province. **Method:** This cross-sectional study was applied face to face to individuals who were 18 years old or above living in an urban area in Balıkesir city center. Population of this study consisted of individuals who were 18 years old or above living in Adnan Menderes neighbourhood. The sample of the study concluded 394 individuals considering 15% of frequency of having health problem, 5% of type 1 error, 5% of deviation and 2% design effect. The sample group was reached by multi stage cluster sampling. The survey comprised of the form of health service use and healthy lifestyle behaviours scale. Number and percentage, chi-square, Independent-Samples t test, the one-way analysis of variance and logistic regression was used to analyse the data. **Results:** 65% of the sample was female; 28% was in the group of 18-27 years of age; 62% of participants had high school or higher level of education; 56% was married. 23% of participants had health problems last 15 days. 61,5% of those who had health problems went to hospital. Disease frequency for those who were illiterate, those who had broken family, and those who had chronic illness were found statistically significant ($p<0,05$). The educational level of health problem was 0,2 times (0,1-0,5) lower than those of illiterates in high school students, 5,4 times (1,4-6,3) compared to those of the core family type in those of the extended family type, 15,3 times (2,8-8,4), 11,9 times (6,32-12,62) higher than those without chronic disease, and 0,9 times (0,9-0,9) health problems compared to those with lower levels of healthy lifestyle behaviours. Point average of healthy lifestyle behaviour scale was 136,7±20,2 in research group. Scale point was statistically higher for individuals who live alone, those who go to physician regularly, those who generally go to public hospital, and those who get knowledge about health issues from internet ($p<0,05$). **Conclusion:** Healthy lifestyle behaviours were found to be higher in those with moderate or state hospital visits, regular physician controls. Among the participants, socioeconomically disadvantaged groups have a high incidence of health problems and low health-style behaviour scores. For this reason, the development of healthy lifestyle behaviours of disadvantaged groups may reduce the frequency of living with health problems.

Key words: Health Lifestyle, health problem, health promotion, prevention.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, kentsel bir bölgede yaşayan kişilerin, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama durumlarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini, Balıkesir ili, Karesi ilçesi, Adnan Menderes Mahallesinde yaşayan, 18 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama sıklığı %15, %5 tip I hata, %5 sapma, 2 desen etkisi göz önünde bulundurularak 394 kişiden oluşmaktadır. Örneklem grubuna, çok aşamalı küme örnekleme yöntemi ulaşılmıştır. Sağlık hizmet kullanımı formu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği, yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Çözümleme, sayı ve yüzdeler ki-kare testi, t testi, tek yönlü varyans analizi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırma grubundaki kişilerin, %65,5'i kadın, %28,7'si 18-27 yaş grubunda, %62,4'ü lise ve üzeri öğrenime sahip, %56,6'sı evli kişilerdir. Katılımcıların %23,1'inin son 15 gün içinde bir sağlık sorunu yaşamış, %61,5'i sağlık kurumuna başvurmuştur. Okuryazar olmayanlarda, güvencesi olmayanlarda, parçalanmış aileye sahip kişilerde ve kronik hastalığı olan kişilerde sağlık sorunu yaşama sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Sağlık sorunu yaşama durumu, eğitim durumu lise olanlarda, okuryazar olmayanlara kıyasla 0,2 kat (0,1-0,5) düşük, geniş aile tipindeki kişilerde, çekirdek aile tipinde olanlara kıyasla 5,4 kat (1,4-6,3), parçalanmış aile tipinde olanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlara göre 15,3 kat (2,8-8,4) yüksek, kronik hastalığı olanlarda, olmayanlara kıyasla 11,9 kat (6,3-12,6) yüksek, sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek olanlarda, düşük olanlara kıyasla 0,9 kat (0,9-0,9) sağlık sorunu yaşama düşüktür. Katılımcıların, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği puan ortalaması 136,7±2,2'dir. Ölçek puanı, yalnız yaşayanlarda, düzenli olarak hekime gidenlerde, genellikle devlet hastanesine başvuranlarda, sağlıklı ilgili bilgileri internetten edinilenlerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). **Sonuç:** Sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı orta düzeyde olup, devlet hastanesine başvuran, düzenli hekim kontrolünde olan kişilerde yüksek bulunmuştur. Katılımcıların içinde sosyoekonomik olarak dezavantajlı olan gruplarda, sağlık sorunu yaşama sıklığı yüksek, sağlıklı yaşam biçimi davranış puanı yüksek kişilerde düşük bulunmuştur. Bu nedenle, dezavantajlı grupların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi, sağlık sorunu yaşama sıklığını azaltabilir.

Anahtar kelimeler: Sağlıklı yaşam biçimi, sağlık sorunu yaşama, sağlığı geliştirme, koruma

Received / Geliş tarihi: 27.11.2017, Accepted / Kabul tarihi: 08.04.2018

¹ Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü

² Maltepe Devlet Hastanesi, İstanbul

³ Keşan Devlet Hastanesi, Edirne

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Celalettin Çevik, Balıkesir Üniversitesi Balıkesir Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Balıkesir - TÜRKİYE, E-mail: celalettincevik@balikesir.edu.tr

Çevik C, Ergün S, Aldemir I, Şence S. Balıkesir Karesi İlçesine Bağlı Bir Mahallede Yaşayan Kişilerin Sağlık Sorunu Yaşama Durumları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TJFMPC, 2018; 12 (2): 109- 116. DOI: 10.21763/tjfm.432535

GİRİŞ

Çağdaş sağlık anlayışı, birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, geliştiren, bireyin kendi sağlığı üzerindeki kontrolünün kazandırılması üzerine kuruludur.¹ Ottawa Sağlığı Geliştirme Konferansında ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ), 21. Yüzyılda Herkes İçin Sağlık hedeflerinde, sağlığı geliştirmenin önemi üzerinde durulmuş, sigara içme, alkol ve madde kullanımı, sağlıksız kilo alımı, fiziksel inaktivite, şiddet davranışları ve stres gibi sağlıksız davranışların azaltılması hedeflenmiştir.² DSÖ projeksiyonlarına göre, toplumdaki erken ölümlerin ana nedenleri içinde ön sıralarda yer alan kardiyovasküler hastalıklar, kronik solunum yolu hastalıkları, kanserler ve diyabet için risk faktörleri olan tütün, alkol ve tuz kullanımının azaltılması, obezitenin, kan şekeri ve kan basıncının düşürülmesi ile, 2010-2025 arasında erken ölümler içinde erkeklerde %22, kadınlarda %19 azalma olacağı öngörülmektedir.³ Bu nedenle, sağlığı destekleyen bir çevrenin oluşturulması, sağlık hizmetlerine yön verme ve buna göre sağlık politikası oluşturulması toplumun yaşam kalitesinin artırılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanması bakımından önemlidir. Bireylerin, yaşam tarzını değerlendiren gereçlerden biri bireylerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimini ölçen sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğidir (SYBDÖ).^{4, 5} Literatüre bakıldığında, SYBDÖ puanının 107,8-137,5 olduğu görülmektedir.⁶⁻¹¹ SYBDÖ puanı, yaşa,¹²⁻¹⁵ eğitim durumuna,^{8, 12, 16} sosyal sınıfa,⁶ medeni duruma,^{8, 12-15} kronik hastalığı olma durumuna,⁸ göre değiştiği görülmektedir. Çalışmalar, yaşam biçimi ile sağlık sorunu yaşama ve sağlık hizmet kullanımı arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Sağlıksız yaşam biçimi davranışlarına sahip olma durumunun, bireyin sağlığı üzerindeki etkilerinden biri de sağlık sorunu yaşama riskinin artmasıdır. SYBDÖ puanı düşük kişilerde, fiziksel aktivite, sağlıksız diyet ve stres yönetiminin iyi olmaması gibi başta kronik hastalıklar olmak üzere, sağlık sorunlarının ortaya çıktığı, ancak egzersiz, diyet, duygusal destek gibi hastalık risk faktörlerinin önlenebileceği görülmektedir.^{17, 18}

Sağlık sorunu yaşamanın önüne geçilmesinde, bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesi, sağlık sorumluluğu alabilmesi önem taşımaktadır. Nitekim sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip kişilerde, yaşam kalitesinin, sağlık sorunu yaşam durumunun daha az olması beklenmektedir.¹⁶⁻¹⁹ Literatürde sağlık sorunu yaşama sıklığı, son 15 gün, son 1 ay, son 3 ay olmak üzere, sorulan sağlık sorunu yaşama durumu literatürde son 15 gün için %8,3-39,5 arasında değişmektedir.^{2, 11, 20-23} Literatürde, sağlık

sorunu yaşama sıklığı konusunda saptanan farklılıklarda önemli düzeyde, toplumun yaş yapısı,^{22, 24, 25} cinsiyet,^{23, 26} kronik hastalığı olma,^{20, 24} bilinen risk faktörlerindedir. Sağlığı korumada, geliştirmede, yaşam kalitesinin artırılmasında bireyin kendi sağlığını nasıl algıladığı, bedeninin farkında olması, sağlık sorunu yaşaması, sağlık hizmet kullanımı gibi kendisi ve sağlık sistemiyle ilgili koşullar belirleyici olmaktadır.²⁷ Literatürde, özellikle öğrenciler, hemşireler, hekimler, öğretmenler gibi izlenmesi kolay grupların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemeye yönelik çalışmalar olmasına karşın,^{6, 12-15, 26} toplum tabanlı yürütülen çalışma sayısı oldukça azdır.^{11, 23}

Bu çalışmanın amacı, Balıkesir'de Karesi ilçesine bağlı bir mahallede yaşayan kişilerin, sağlıklı yaşam biçimi davranış puanları, sağlık sorunu yaşama durumları ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu çalışma, Balıkesir ilinde kentsel bir bölgede yaşayan, on sekiz yaş ve üzeri kişilerle, Ağustos-Eylül 2016 tarihleri arasında yüz yüze görüşülerek yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini, Adnan Menderes Mahallesinde yaşayan 11008 kişi oluşturmaktadır. Araştırmanın örnek büyüklüğünü ise, son 15 günde sağlık sorunu yaşama sıklığı %15, %5 tip I hata, %5 sapma, 2 desen etkisi göz önünde bulundurularak 394 kişi oluşturmaktadır. Örnek grubuna çok aşamalı küme örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Muhtarlıktan, basit rastgele seçim yöntemiyle belirlenen 10 küme başı hane istenmiş, her bir kümeden otuz dokuz kişiye bir yönerge doğrultusunda ikişer hane atlanarak kümedeki kişi sayısı tamamlanmıştır.

Anket, sağlık hizmet kullanımı soru formu ve 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından sağlığı geliştirme modelini test etmek amacıyla geliştirilen, Esin ve ark. tarafından Türkçe geçerliliği güvenilirliği yapılan "SYBDÖ" kullanılmıştır.^{4, 5} Sağlık sorunu yaşama ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, araştırmanın bağımlı değişkenleri olup, yaş, cinsiyet, sağlık güvencesi, gelir durumu, çalışma durumu, aile tipi, kronik hastalık varlığı bağımsız değişkenlerdir. Sağlık hizmet kullanımı formunda, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama, sağlık kurumuna başvurmaya yönelik sorular ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ise bireyin sağlıklı yaşam biçimine yönelik sağlığı geliştiren davranışları ölçen sorulardan oluşmaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişki ve stres yönetimi olmak üzere 6 alt boyutu olan ölçek, toplam 52 maddeden oluşan bir ölçektir. Araştırmada elde edilen veriler SPSS 22.0

programında çözümlenmiştir. Çözümlemede, sayı ve yüzdeler, ki-kare testi, t testi, Tukey HSD'li tek yönlü varyans analizi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın yürütülmesi için, Balıkesir Valiliğinden yazılı izin alınmıştır (05/04/2016 tarih ve 96450617/044-6419 sayılı). Çalışmaya katılan bireylere, araştırmanın amacı ve katılımın gönüllük esasına bağlı olduğu anlatıldıktan sonra, istedikleri zaman araştırmadan çıkabilecekleri söylenmiştir. Gönüllülük ilkesine özen gösterilerek, katılımcıların sözel ve yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma grubunun yaş ortalaması $38,3 \pm 14,6$ olup, %34,5'ini erkekler, %62,4'ünü lise ve üzeri öğrenime sahip kişiler, %56,6'sını evli, %93,4'ünü ailesiyle birlikte yaşayan, %89,1'ini sağlık güvencesi olan, %85,8'ini geniş aile yapısına sahip kişiler, %56,9'unu maddi durumunu yetersiz olan, %59,6'sını herhangi bir kronik hastalığı olmayan, %33,3'ünü kronik hastalığı nedeniyle düzenli olarak hekim kontrolüne giden kişiler oluşturmaktadır (Tablo 1). Araştırma grubundaki kişilerin %23,1'i son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşamış, bunların %61,5'i sağlık kurumuna başvurmuştur. Sağlık kurumuna başvuranların %53,5'i devlet hastanesine gittiğini, %39,3'ü sağlık sorunu yaşadıklarında genellikle devlet hastanesini tercih ettiğini, %18,0'ı son 1 yıl içinde yatarak tam tedavi aldığını, %22,1'i evde bakım hizmeti aldığını, %39,4'ü sağlıkla ilgili bilgileri internetten edindiğini %56,6'sı toplumun sağlık konusunda farkındalığa sahip olmadığını bildirmiştir (Tablo 2).

Araştırma grubunda, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama, yaş arttıkça artmaktadır. Okuryazar olmayanlarda, sağlık güvencesi olmayanlarda, parçalanmış aileye sahip kişilerde ve kronik hastalığı olan kişilerde sağlık sorunu yaşama durumu anlamlı olarak yüksektir ($p < 0,05$). Cinsiyet, medeni durum, gelir durumuna göre son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama durumu benzerdir ($p > 0,05$) (Tablo 3).

Araştırma grubunda, ölçek alt puanları, kendini gerçekleştirme boyutunda $26,4 \pm 4,6$, sağlık sorumluluğu alt boyutunda $22,5 \pm 4,4$, fiziksel aktivite alt boyutunda $18,2 \pm 4,6$, beslenme alt boyutunda $22,4 \pm 4,0$, kişiler arası ilişkiler alt boyutunda $25,6 \pm 4,4$, stres yönetimi alt boyutunda $21,4 \pm 4,2$, ölçek toplam puanı $136,7 \pm 20,2$ 'dir. Araştırma grubunda, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi olma durumu, maddi durum, son 15 gün içinde sağlık kurumuna başvurma, kronik hastalığı olma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması benzerdir ($p > 0,05$). Yalnız yaşayanlarda, düzenli

olarak hekime gidenlerde, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşamayanlarda, sağlıkla ilgili bilgileri internetten takip edenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı anlamlı olarak yüksektir ($p < 0,05$) (Tablo 4).

Tablo 5'te sağlık sorunu yaşama durumu ve etkili faktörler, lojistik regresyon modeli ile değerlendirilmiştir. Sağlık sorunu yaşama durumu, eğitim durumu lise olanlarda, okuryazar olmayanlara kıyasla 0,2 kat (0,1-0,5) düşük, geniş aile tipindeki kişilerde çekirdek aile tipinde olanlara kıyasla 5,4 kat (1,4-6,3), parçalanmış aile tipinde olanlarda, çekirdek aile yapısına sahip olanlara göre 15,37 kat (2,83-18,41) yüksek, kronik hastalığı olanlarda, olmayanlara kıyasla 11,9 kat (6,3-12,6) yüksek, sağlıklı yaşam biçimi davranışları yüksek olanlarda, düşük olanlara kıyasla 0,9 kat (0,9-0,9) sağlık sorunu yaşama düşük bulunmuştur. Yaş ve sağlık güvencesi ile sağlık sorunu yaşama arasında ilişki bulunmamıştır.

Tablo 5'e bakıldığında, modelin ($\chi^2=114,696$, $p=0,001$, Cox&Snell $R^2=0,25$, Nagelkerke $R^2=0,38$) anlamlı olduğu görülmektedir. Modelde yer alan yaş ve sağlık güvencesi dışında eğitim, aile tipi, kronik hastalık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı değişkenlerinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu söylenebilir. Modelin genel olarak doğru sınıflandırma oranı %76,9'dur. Bu sonuçlara göre kurulan modelin geçerli ve kullanılabilir bir model olduğu görülmektedir.

TARTIŞMA

Bu çalışma, Balıkesir il merkezinde kentsel bir bölgede yürütülen, sağlık sorunu yaşama durumu ile SYBD ölçeğinin birlikte ele alındığı toplum tabanlı bir çalışmadır. Literatürde, daha çok öğrenciler, öğretmenler, sağlık çalışanları gibi gruplar üzerinde yürütülen çalışmalar olduğu için, ^{6, 8, 12, 14} bu durum karşılaştırmayı güçleştirmektedir. Araştırma grubunda SYBDÖ puanı orta düzeydedir ($136,7 \pm 20,2$). Literatür incelendiğinde, SYBDÖ puanının öğrenciler, sağlık çalışanları, öğretmenler, hastalar gibi özel gruplarda 107,8-137,5 arasında değiştiği, ^{6-8, 10} görülmektedir. Çalışmamızdaki SYBDÖ puanının, literatüre benzer olmakla birlikte birçoğundan yüksek olduğu görülmektedir. Bu farklılık bizim çalışmamızın toplum tabanlı olmasına bağlı olabilir. Nitekim literatürde sağlık çalışanlarında, düşük sosyoekonomik yapıya sahip gruplarda, ⁶ SYBDÖ puanının düşük, öğretim elemanları ve kronik hastalık tanısı alanlarda yüksek bulunmuştur.

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri			
Değişkenler		Sayı	%
Cinsiyet	Erkek	136	34,5
	Kadın	258	65,5
Yaş grubu X±Ss: 38,3±14,6	18-27	113	28,7
	28-37	95	24,1
	38-47	80	20,3
	48 +	106	26,9
Eğitim durumu	Okuryazar değil	33	8,4
	İlköğretim	115	29,2
	Lise ve üzeri	246	62,4
Medeni durum	Evli	223	56,6
	Bekar	138	35,0
	Boşanmış	33	8,4
Evde yaşanan kişi	Ailesiyle	366	92,9
	Yalnız	28	7,1
Sağlık güvencesi	Var	351	89,1
	Yok	43	10,9
Aile tipi	Çekirdek	338	85,8
	Geniş	37	9,4
	Parçalanmış	19	4,8
Maddi durum	Yeterli	170	43,1
	Yetersiz	224	56,9
Kronik hastalık	Var	159	40,4
	Yok	235	59,6
Kronik hastalık izlemi için düzenli gidilen hekim	Var	53	33,3
	Yok	106	66,7
Toplam		394	100,0

X: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 2. Araştırma grubunun sağlık hizmet kullanımı ile ilgili özellikleri			
Değişkenler		Sayı	%
Son 15 gün içinde sağlık sorunu	Evet	91	23,1
	Hayır	303	76,9
Bu sağlık sorunu olduğunda ne yaptınız?	Hiçbir şey yapmadım	22	24,2
	Kendi kendime tedavi etmeye çalıştım	9	9,9
	Sağlık kurumuna gittim	56	61,5
	Geleneksel sağlıkçılara gittim	4	4,4
Tercih edilen sağlık kurumu	Aile sağlığı merkezi	7	12,5
	Devlet hastanesi	30	53,5
	Üniversite hastanesi	13	23,2
	Özel hastane	21	10,7
Genellikle gidilen sağlık kurumu	Aile sağlığı merkezi	145	36,8
	Devlet hastanesi	155	39,3
	Üniversite hastanesi	22	5,6
	Özel hastane	72	18,3
Son 1 yılda yatarak tanı ve tedavi	Evet	71	18,0
	Hayır	323	82,0
Evde bakım hizmeti alma	Evet	87	22,1
	Hayır	307	77,9
Toplam		394	100,0

Araştırma grubunun beşte biri, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşamıştır. Literatürdeki çalışmalara göre, son 15 günde sağlık sorunu yaşama %8,3-39,5 arasında değiştiği görülmektedir.^{9, 11, 21-24} Sağlık sorunu yaşama sıklığındaki bu farklılık,

sağlık algısı, araştırma yöntemi ve gelişmişlik düzeyine bağlı olabilir. Nitekim refah düzeyi daha yüksek olanlarda ve sağlık sigortası sistemi kapsamında olanlarda, diğer gruplara göre daha önemsiz sorunların sağlık sorunu olarak algılandığı

Değişkenler (n=394)		Son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama						χ^2	p
		Var		Yok		Toplam			
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Yaş	18-27 yaş	10	8,8	93	91,2	113	100,0	12,110	0,020
	28-37 yaş	12	12,6	83	87,4	95	100,0		
	38-47 yaş	27	33,8	53	66,2	80	100,0		
	48 ve üzeri yaş	55	51,9	51	48,1	106	100,0		
Eğitim	Okuryazar değil	15	45,5	18	54,5	33	100,0	12,127	0,004
	İlköğretim	29	25,2	86	74,8	115	100,0		
	Lise ve üzeri	47	19,1	199	80,9	246	100,0		
Sağlık güvencesi	Yok	15	34,9	28	65,1	43	100,0	3,980	0,045
	Var	76	21,7	275	78,3	351	100,0		
Aile tipi	Çekirdek	3	8,1	34	91,9	37	100,0	14,827	0,001
	Geniş	75	22,4	260	77,6	335	100,0		
	Parçalanmış	10	52,6	9	47,4	19	100,0		
Kronik hastalık	Var	72	45,3	87	54,7	159	100,0	73,878	0,001
	Yok	19	8,1	216	91,9	235	100,0		

Değişkenler (n=394)		Sağlıklı yaşam biçimi davranışları		Test değeri	p
		Sayı	X±Ss		
Evde yaşanılan kişi	Ailesiyle	366	133,7±18,6	t=2,447	0,032
	Yalnız	28	136,9±20,4		
Kronik hastalık izlemi için düzenli gidilen hekim	Var	53	142,0±16,9	t=2,147	0,045
	Yok	106	136,6±19,6		
Son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama	Evet	91	134,9±20,6	t=3,379	0,001
	Hayır	303	142,9±17,3		
Son 15 gün içinde sağlık kurumuna başvurma	Evet	56	143,3±16,8	t=1,926	0,057
	Hayır	35	142,4±18,2		
Sağlık bilgisi edinilen kaynak	İnternet	155	143,5±16,3	F=7,437	0,001
	Sağlık çalışanları	45	129,0±20,6		
	TV'den	103	136,7±20,8		
	Takip etmiyorum	91	133,0±20,8		

X: Ortalama, Ss: Standart sapma, t=Student's t testi, F=Tukey HSD'li Tek Yönlü Varyans Analizi

Değişkenler	Beta	SH	p	OR	%95 Güven Aralığı	
Yaş	-0,007	0,010	0,525	0,98	0,97-1,01	
Sağlıklı yaşam biçimi davranış puanı	-0,027	0,008	0,001	0,97	0,95-0,98	
Eğitim	Okuryazar değil				1,0	
	İlköğretim	-0,542	0,511	0,289	0,59	0,21-1,58
	Lise ve üzeri	-1,473	0,483	0,002	0,22	0,09-0,59
Sağlık güvencesi	Yok				1,0	
	Var	0,413	0,412	0,316	1,52	0,67-3,39
Aile tipi	Çekirdek				1,0	
	Geniş	1,695	0,672	0,012	5,44	1,46-6,30
	Parçalanmış	2,733	0,863	0,002	15,37	2,83-18,41
Kronik hastalık	Yok				1,0	
	Var	2,481	0,325	0,001	11,95	6,32-12,62

OR: Odds Ratio, SH =Standart Hata Cox and Snell R²:0,25 Nagelkerke R²:0,38 χ^2 : 114,696 p=0,001

veya ifade edildiği görülmektedir.^{9, 11, 21, 27} Ulusal ve uluslararası çalışmalara bakıldığında, bizim saptadığımız oran ortalama bir orandır. Literatürdeki farklılık, araştırma gruplarının sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra, çalışmaların yöntem farklılıklarından da kaynaklanmaktadır. Manisa’da 2009 yılında yürütülen toplum tabanlı çalışmada, sağlık sorunu yaşama sıklığı bizim çalışmamızın yarısıdır.²⁰ Bu durum, araştırma grubunun bizim çalışmamıza göre daha genç olmasına bağlı olabilir. İzmir’de yürütülen bir çalışmada, bizim çalışmamızdan yüksek biçimde kişilerin üçte biri, sağlık sorunu yaşamaktadır²⁴. Bursa’da yürütülen çalışmada, her üç kişiden biri son 15 gün içinde hastalanmıştır²². İzmir ve Bursa’da yürütülen çalışmalarda, sağlık sorunu yaşama oranının bizim çalışmamızdan yüksek olması, Balıkesir’in gelişmişlik durumunun diğer illerden düşük olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir²⁵. Gana’da yürütülen çalışmada, sağlık sorunu yaşama oranı, bizim çalışmamızdan düşük olması, Gana’daki çalışmada araştırma grubunun daha genç bir popülasyon üzerinde yürütülmesine bağlı olabilir²³. Çin’de yürütülen küçük ölçekli bir bölgedeki göçmenlerde yapılan çalışmada, sağlık sorunu yaşama durumu bizim çalışmamızın yarısıdır¹¹. Bu durum, sağlıklı göçmen etkisine, göçmenlerin sağlık algısının düşük olmasına ya da sağlık güvencesi olmamasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Myanmar’da yürütülen bir çalışmada da, sağlık sorunu yaşama sıklığı bizim çalışmamızın yarısıdır.²⁶ Bu fark, Myanmar’daki çalışmanın düşük sosyoekonomik özelliklere sahip bir grupta yürütülmesine bağlı olabilir. Çin’de yürütülen toplum tabanlı bir çalışmada ise, bizim çalışmamıza benzer biçimde her beş kişiden biri son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşamıştır.²⁸

Araştırma grubunda, SYBDÖ puanını etkileyen değişkenlere bakıldığında, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sağlık güvencesi olma durumu, gelir durumu, kronik hastalığı olma durumuna göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalaması benzer olduğu bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, yaş kimi çalışmalarda anlamlı bir fark oluşturmazken,¹³ kimi çalışmalarda ise ileri yaş grubunda SYBDÖ puanı anlamlı olarak yüksektir.^{6, 12, 14} Bu farklılık, araştırma gruplarının yaş yapısının farklılığından, yaş arttıkça kronik hastalıklara bağlı olarak da bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yöneliyor olmalarından kaynaklanabilir. Cinsiyet, bizim çalışmamızda anlamlı bir fark oluşturmayıp, benzer şekilde literatürdeki çalışmalarda da cinsiyete göre anlamlı fark saptanmamıştır.^{10, 14, 15} Bizim çalışmamızdan farklı olarak, sosyoekonomik bakımdan farklı olan iki bölgede yürütülen bir çalışmada, erkeklerde SYBDÖ puanı yüksek bulunmuştur.⁶ Bu durum, Konya’da yürütülen çalışmanın sosyoekonomik bakımdan daha heterojen olmasına ve daha çok

kadınlara ulaşılmasına bağlı olabilir. Nitekim çalışan erkeklere ulaşılammış, ileri yaş grubunda yaşam tarzına dikkat eden erkeklere ulaşılmış olabilir. Araştırma grubunda, eğitim durumuna göre SYBDÖ puanı literatürle benzer biçimde anlamlı fark oluşturmazken^{13, 15}, bazı çalışmalarda eğitim durumu iyileştikçe SYBDÖ puanının arttığı görülmektedir.^{8, 12, 16, 29} Bu çalışmaların, daha çok kadın popülasyon ağırlıklı olduğu düşünüldüğünde, eğitimleşme oranının bizim çalışmamıza göre daha düşük olması, kadınları alt sosyal sınıfta yer almasına neden olabilmektedir. Alt sosyal sınıftaki kadınların da yaşam tarzı olarak, üst sosyal sınıfa göre bağımlılıkları daha fazladır⁶. Araştırma grubunda medeni durum SYBDÖ puanının literatüre benzer biçimde medeni durumun etkisinin olmadığı bulunmuştur.^{8, 12-15} Çalışmamızda, Konya’da yürütülen bir çalışmaya benzer biçimde, yalnız başına yaşayanlarda SYBDÖ puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.⁶ Araştırmada, sağlık güvencesi olma durumuna göre İran’da yürütülen bir çalışmayla benzer biçimde, ölçek puanları arasında anlamlı fark yokken, bazı çalışmalarda da sağlık güvencesi olanlarda SYBDÖ puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.²⁶ Araştırma grubunda, gelir durumu SYBDÖ literatürle benzer olarak farklılık göstermezken,^{14, 15, 29} bizim çalışmamızdan farklı olarak, iki farklı bölgede kadınlarla yürütülen bir çalışmada,⁶ tıp fakültesi öğrencileriyle yürütülen bir çalışmada,¹⁰ ve gebelerle yürütülen bir çalışmada,¹⁶ gelir durumu algısı yüksek olanlarda SYBDÖ puanı anlamlı olarak yüksektir. Çalışmamızda, düzenli gidilen bir hekimi olan kişilerde, SYBDÖ puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum daha çok birinci basamak hekimlere giden kişilerin sürekli hizmet kapsamında, aynı hekimden hizmet almalarının olumlu bir etkisi olarak görülebilir. Nitekim sağlık çalışanlarının nüfusunu tanıması sağlık davranışı oluşturma da önemli faktörlerden biridir.

Araştırma grubunda, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama çok değişkenli regresyon modeline göre eğitim durumu yüksek kişilerde, çekirdek aile yapısına sahip kişilerde, SYBDÖ puanı yüksek kişilerde anlamlı olarak düşük, kronik hastalığı olanlarda yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ileri yaş grubunda hastalanma durumu literatürle benzer biçimde yüksek bulunmuştur.^{22, 24, 25} Bizim çalışmamızda, cinsiyete göre sağlık sorunu yaşama bakımından anlamlı fark yok iken, Manisa’da, Bursa’da ve Myanmar’da yürütülen çalışmalar da kadınlarda sağlık sorunu yaşama durumu daha yüksek bulunmuştur.^{20, 22, 26} Okuryazar olmayanlarda sağlık sorunu yaşama durumu, Bursa’da yürütülen çalışmaya benzer biçimde yüksektir.²² Çalışma sonuçlarımız ve literatür bulguları, sağlık sorunu yaşamada, kronik hastalığı olma, aile tipi, eğitim durumu ve SYBDÖ puanı belirleyici olduğunu göstermektedir. Nitekim

çok değişkenli regresyon analizine göre de kronik hastalığı olma, aile tipi, eğitim durumu ve SYBDÖ puanı sağlık sorunu yaşama durumunun %36'sını açıklamaktadır. Çalışmamızda, sağlık sorunu yaşama, parçalanmış ailesi olanlarda daha yüksektir. Burada yalnız yaşamının psikososyal sorunlara gebe olması etkili olabilir. Kronik hastalık olanlarda, sağlık sorunu yaşama durumu literatürdeki çalışmalarda da yüksek bulunmuştur. Manisa'da, İzmir'de yürütölen çalışmalarda benzer olarak kronik hastalığı olan kişilerde, sağlık sorunu yaşam durumu yüksektir.^{20, 24, 25} Nitekim Lee ve ark. yürüttüğü sistematik derlemede de, benzer biçimde kronik hastalıklarda sağlık sorunu yaşama ve sağlık kurumuna başvurma durumu yüksek bulunmuştur.² Çalışmamızda, cinsiyet, medeni durum, gelir durumuna göre son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşama benzerdir. Myanmar'da, Çin'de yürütölen çalışmalarda da bu durum benzerdir.^{26, 28}

Bu çalışmada, kişilerin SYBDÖ puanı düşük kişilerin daha çok sağlık sorunu yaşadığı bulunmuştur. Literatürle kıyaslandığında, SYBDÖ ve sağlık sorunu yaşamının değerlendirilmesinden ziyade sigara içme, alkol kullanma, fiziksel aktivite yapma gibi davranışların sorgulandığı çalışmalar vardır. Bu çalışmalara göre olumsuz sağlık davranışına sahip gruplarda sağlık sorunu yaşama durumu yüksek bulunmuştur.²⁰ Bireyin kendi sağlığından sorumlu olması, sağlıklı yaşam tarzı benimsemesi sağlık sorunu yaşama sıklığını da azaltmaktadır.^{5, 16, 18} Nitekim Phiri ve ark. hemşirelerle yürüttüğü çalışmada da, çalışmamızla benzer biçimde sağlıksız davranışlara sahip kişilerin sağlık sorunu yaşama risklerinin yüksek olduğu bulunmuştur.¹⁸

SONUÇ ve ÖNERİLER

Araştırma gurubunun SYBDÖ puanı orta düzeydedir. Yalnız yaşayanlarda, düzenli olarak hekime gidenlerde, son 15 gün içinde sağlık sorunu yaşamayanlarda, sağlıkla ilgili bilgileri internetten takip edenlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanı anlamlı olarak yüksektir.

Katılımcıların dörtte biri son on beş gün içinde sağlık sorunu yaşamıştır. Sağlık sorunu yaşama durumu, eğitim durumu düşük kişilerde, parçalanmış aile yapısında olan kişilerde ve SYBDÖ puanı düşük kişilerde yüksek bulunmuştur. Sağlık sorunu yaşama durumu üzerinde etkili olan öz sorumluluğun artırılması, sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması bireyin, toplumun korumaya geliştirmeye önemli katkı sağlayabilir. Katılımcıların sürekli aynı hekim tarafından izlenmesi SYBDÖ puanını artırdığından aynı hekimden hizmet alınmasının sağlanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsayıcılığının ve sürekliliğinin artırılması önemlidir. Kişilerin

SYBDÖ puanı orta düzeyde olup, bu anlamda kişilere yönelik eğitimler verilmesi, bilgiye doğru kaynaktan ulaşılması sağlanabilir. Bireyin, ailenin toplumun sağlığını geliştirmede yaşam tarzının yanında çevresel düzenlemeler yapılması ve mevzuatın düzenlenmesi toplumun farkındalığını artırabilir.

Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Literatüre bakıldığında, sağlık sorunu yaşama durumu ve hizmet kullanımına yönelik farklı popülasyonlarda çalışmalar yürütölse de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yürütöldüğü çalışmalar, genellikle öğrenciler, öğretmenler, sağlık çalışanları gibi incelemesi kolay olan gruplar üzerinde yapılmıştır. Bu nedenlerle, çalışmamızın toplum tabanlı olması güçlü yanı olmakla birlikte, literatürle kıyaslanması sınırlı olmuştur. Ayrıca çalışmamız kesitsel tipte olduğu için, neden ve sonuçlar aynı anda göröldüğünden nedensellik bağıntısı kurmak güç olmuştur. Çalışmanın mesai saatleri içinde yürütölmeye nedeniyle, hanelerde daha çok kadınlara ulaşılması araştırmamızın bir başka kısıtlılığdır.

Bu çalışma 11-12 Kasım 2016 tarihinde İzmir'de düzenlenen 5. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresinde sözlü sunum olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Davies SC, Winpenny E, Ball S, Fowler T, Rubin J, Nolte E. For debate: a new wave in public health improvement. *The Lancet*. 2014;384(9957):1889-95.
2. Flynn MA. Empowering people to be healthier: public health nutrition through the Ottawa Charter. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2015;74(3):303-12.
3. Kontis V, Mathers CD, Rehm J, Stevens GA, Shield KD, Bonita R, et al. Contribution of six risk factors to achieving the 25× 25 non-communicable disease mortality reduction target: a modelling study. *The Lancet*. 2014;384(9941):427-37.
4. Esin N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Türkçeye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*. 1999;12(45):87-95.
5. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing research*. 1987;36(2):76-81.
6. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *DEUHYO Dergisi*. 2009;2(4):145-54.
7. Benemei S, De Cesaris F, Fusi C, Rossi E, Lupi C, Geppetti P. TRPA1 and other TRP channels in migraine. *The journal of headache and pain*. 2013;14(1):71.

8. Sonmezer H, Cetinkaya F, Nacar M. Healthy life-style promoting behaviour in Turkish women aged 18-64. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2012;13(4):1241-5.
9. Lee JT, Hamid F, Pati S, Atun R, Millett C. Impact of noncommunicable disease multimorbidity on healthcare utilisation and out-of-pocket expenditures in middle-income countries: cross sectional analysis. *PLoS One*. 2015;10(7):e0127199.
10. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, et al. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2012;26(3):151-7.
11. Zou G, Zeng Z, Chen W, Ling L. Self-reported illnesses and service utilisation among migrants working in small-to medium sized enterprises in Guangdong, China. *Public health*. 2015;129(7):970-8.
12. Enjezab B, Farajzadegan Z, Taleghani F, Aflatoonian A, Morowatisharifabad MA. Health promoting behaviors in a population-based sample of middle-aged women and its relevant factors in Yazd, Iran. *International journal of preventive medicine*. 2012;3(Suppl1):S191.
13. Özçelik H, Sönmez Y. Isparta il merkezinde görev yapan toplum lideri bazı meslek gruplarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2015;22(4):115-25.
14. Ozvurmaz S, Mandiracioglu A. Healthy lifestyle behavior of employees in small and medium-sized enterprises in Aydin, Turkey. *Pakistan journal of medical sciences*. 2017;33(2):404.
15. Ulutasdemir N, Kilic M, Zeki Ö, Begendi F. Effects of occupational health and safety on healthy lifestyle behaviors of workers employed in a private company in Turkey. *Annals of global health*. 2015;81(4):503-11.
16. Onat G, Aba YA. Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women. *Turkish Journal of Public Health*. 2014;12(2):69.
17. Motaghi M, Dolatabadi ED. Lifestyle of elderly people of Isfahan's villages in Iran in 2014. *International Journal of Humanities and Cultural Studies (IJHCS)* ISSN 2356-5926. 2016:790-803.
18. Phiri LP, Draper CE, Lambert EV, Kolbe-Alexander TL. Nurses' lifestyle behaviours, health priorities and barriers to living a healthy lifestyle: a qualitative descriptive study. *BMC nursing*. 2014;13(1):38.
19. Semnani S, Noorafkan Z, Aryaie M, Sedaghat SM, Moghaddami A, Kazemnejhad V, et al. Determinants of healthcare utilisation and predictors of outcome in colorectal cancer patients from Northern Iran. *European journal of cancer care*. 2015.
20. Çevik C. Manisa kent merkezinde yaşayan kişilerde ayakta tanı ve tedavi hizmeti kullanımı ve etkili faktörlerin belirlenmesi. *Manisa: Manisa Celal Bayar Üniversitesi*; 2010.
21. Riaz A, Greer J, Murray L. Overview Report Office for National Statistics., 2006:2-5.
22. Seçkin R. Nilüfer HSEAB'nde yaşayanların ayaktan tanı-tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerini kullanımları ve etkileyen etmenler [Uzmanlık Tezi]. *Bursa: Uludağ Üniversitesi*; 2009.
23. Frank A, Benedict AO, Adusei-Nkrumah J. Analysis Of Gender And Healthcare Services Utilization In Rural Ghana. *Research journal's Journal of Public Health*. 2016;2(2).
24. Aksakoğlu G, Uçku R, Okuyan Z, Ergör G, Günay T, Ergör A, et al. İzmir ili "Metropolitan" alanda toplumun sağlık düzeyi ve sağlık hizmetlerinin kullanımı. *Toplum ve Hekim Dergisi*. 2009;24:226-33.
25. Nesanır N, Dinç Horasan G, Cambaz S, Baysan P, Şerifhan M, Deveci S, et al. Sosyal Sınıfın ve Sağlık Güvencesinin Manisa'daki Sağlık Hizmet Kullanımı Üzerine Etkisi: Bir Eşitsizlik Araştırması. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2010;30(4):1263-71.
26. SoeAung M, MyintOo W, ThiLwin K, Maung TM. Health Services Utilization and Self-Reported Acute Illnesses among Urban Families Inthanlyin Township, Yangon Region, Myanmar. *International Journal of Health Sciences and Research (IJHSR)*. 2016;6(1):36-42.
27. Alvarez-Dardet C, Morgan A, Cantero MTR, Hernán M. Improving the evidence base on public health assets—the way ahead: a proposed research agenda. *J Epidemiol Community Health*. 2015;jech-2014-205096.
28. Ministry of Health China CfHSAI. Reports on the 2008 national health services survey results. 2009:131-40.
29. Özpulat F, Sivri BB. Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 55 yaş ve üstü kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *STED*. 2013;22(3):80-9.



Original Research / Özgün Araştırma

Autism Spectrum Disorder Nutrition

Otizm Spektrum Bozukluğunda Beslenme

Şenay İlik*¹, Fatma Kübra Sayın²

ABSTRACT

Objective: (ASD), Nutritional problems are among the major problems that affect both the parents and the child's life in the long term in autism spectrum disorder (ASD). Underestimation of this problem impairs the quality of life, increases the dependence causes many health problems. The purpose of this study is to identify the nutritional status of the children with autism spectrum disorder and to suggest solutions. **Method:** Descriptive scanning model was used in the study. Thirty parents including 25 mothers and 5 fathers participated in the study. The 'Parent Interview Form About Nutrition of Autistic Children' developed by researchers was used for data collection. Qualitative data were analyzed by descriptive analysis method. **Discussion:** The main problems were found to be food selection and eating fast. Eating behavior and problems, approach of the family and coping strategies were detected to vary among children. **Conclusion:** Families were seen to feel helpless and need guidance for their children's nutrition.

Key words: Autism, nutrition, nutritional habits

ÖZET

Amaç: Otizm spektrum bozukluğu (OSB) gösteren çocukların birçok probleminin yanı sıra beslenme problemi de uzun vadede aile ve çocuğun yaşamını etkileyen önemli problemdir. Bu problemin hafife alınması, kişinin yaşam kalitesini düşürür, bir başkasına bağımlılığını artırır, birçok sağlık problemini beraberinde getirir. Bu araştırmanın amacı OSB gösteren çocukların beslenme ile ilgili durumlarının belirlenmesi ve bu konuda çözüm önerileri geliştirmektir. **Yöntem:** Araştırmada betimsel tarama modeli kullanılmıştır. Çalışmaya 25 anne, 5 baba olmak üzere 30 ebeveyn katılmıştır. Çalışmada araştırmacılar tarafından geliştirilmiş 'OSB'li Çocukların Beslenmeleri Hakkında Ebeveyn Görüşme Formu' kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen nitel veriler nitel analiz yöntemlerinden olan betimsel analiz yöntemi ile analiz edilmiştir. **Tartışma:** OSB'li çocukların beslenmeleri ile ilgili en temel beslenme sorunları gıda seçiciliği ve hızlı yeme olarak bulunmuştur. Ayrıca yeme davranışlarının ve sorunlarının, ailelerin yaklaşımlarının ve başa çıkma becerilerinin değişkenlik gösterdiği bulunmuştur. **Sonuç:** Ailelerin çocuklarının beslenmeleri konusunda çaresiz hissettikleri ve rehberliğe gereksinim duydukları görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Otizm, beslenme, beslenme alışkanlıkları

Received Date / Geliş tarihi: 31.07.2017, **Accepted Date / Kabul tarihi:** 15.04.2018

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü

² Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Şenay İLİK, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, Özel Eğitim Bölümü
E-mail: senayilik@gmail.com

İlik Ş, Sayın FK. Otizm Spektrum Bozukluğunda Beslenme. TJFMPC, 2018; 12(2):117-125. DOI: 10.21763/tjfm.432543

GİRİŞ

Çocukluk çağında beslenme, çocuğun yaşına, vücut ağırlığına ve genel klinik durumuna göre ayarlanmaktadır. Bu dönemdeki dengeli beslenme enfeksiyonlara karşı direnci artırır, bağışıklık sistemini güçlendirir ve malnutrisyon gelişiminin önüne geçilmesini sağlar.² Yedi-on dört yaşına kadar alan ilköğretim dönemi ise büyüme ve gelişimin hızlı olduğu, bu sürece özgü besin ögesi gereksinimlerinde meydana gelen değişimlerin yanında yaşam boyu sürebilecek davranışların büyük ölçüde oluştuğu bir dönemdir. Bu hızlı büyümeyi sağlayabilmek için enerji, protein, vitamin, mineral ve diğer besin öğelerinin, yeterli ve dengeli bir beslenme planı oluşturularak sağlanması gerekmektedir.^{3,4} Bu dönemde sağlıklı beslenme ile bedensel, duygusal-sosyal gelişim ve okul başarısı/devamlılığı olumlu yönde etkilenmektedir.⁵⁻¹⁰ Çocukluk döneminde ve yetişkinlik dönemine temel oluşturan doğru beslenme alışkanlıklarının kazanılması fiziksel gelişmeyi sağlamanın yanı sıra, hastalıklardan korunma açısından da önemlidir.¹¹

Beslenme yetersizliğinin getirdiği protein ve enerji alımının yetersiz olması durumunda ilk gözlenen değişiklik kilo alımında yavaşlamaya bağlı olarak büyümenin etkilenmesi şeklinde karsımıza çıkar. Beslenme yetersizliği devam ederse lineer büyümede duraklama ya da yavaşlama, kemiklerin olgunlaşmasında ve diğer gelişme parametrelerinde gerilik görülür.³

Engelli bireylerde normal gelişim gösteren bireylerin beslenme sorunlarına ek olarak engel türünün yetersizliğine özgü beslenme sorunları da meydana gelebilmektedir. Bedensel yetersizliği olan çocuklarda en sık rastlanan beslenme sorunları çiğneme, yutma güçlüğü ve reflüdür. Sürekli sulu besin alımına bağlı kabızlık görülebilir.² Görme yetersizliği olan çocuklarla ilgili pek çok çalışmada bu çocukların, fiziksel aktivitelere katılımlarının sınırlı olması nedeniyle, aynı yaştaki sağlıklı çocuklara göre daha hareketsiz bir yaşam tarzı sürdürdükleri ve fiziksel aktivitelerinin daha az olduğu saptanmıştır.^{11,13} Nöro-gelişimsel bozukluklardan biri olan otizm spektrum bozukluğunda (OSB) ise beslenme sorunları tıbbi/nutrisyonel faktörler, davranışsal/bağlamsal faktörler ve ailesel faktörler gibi birçok faktörden kaynaklanabilmektedir. Gereksinim duyulan besinlerin uzun süre eksik alınması beslenme yetersizliğine neden olabilmekte, fiziksel aktivite azalmasına bağlı olarak kaslarda zayıflık meydana gelebilmektedir. Bunun sonucu olarak bağışıklık sistemi zayıflayan bu çocuklarda; yaşam kalitesi kötüleşir, hastalıkların maliyeti artar, büyüme ve gelişmeleri yavaşlar, işlevsel kapasiteleri düşer.²

OSB'li çocukların beslenme bozuklukları, genetik yapı, cinsiyet, çevresel etmenler, sosyo-ekonomik durum, kültür, toplumun sağlık bilgisi ve gelenekler gibi çeşitli etmenlerin etkisi altındadır.¹⁵ Çocukların büyüme ve gelişmesi üzerine etki eden bağımsız değişkenlerden cinsiyeti ve genetik özellikleri değiştirmek mümkün değildir. Bunun yanı sıra sosyo-ekonomik durumu, kültür ve gelenekleri, değiştirebilmek de kolay olmamaktadır. Ancak çocukluktan başlayan doğru ve bilinçli beslenme eğitimi, spor yapma alışkanlıkları gibi bazı bağımsız değişkenlerin düzenlenmesi ile daha sağlıklı bir yaşam mümkün olabilir. Bu nedenle aileler çocuklarının sağlıklı ve doğru beslenmesi için gerekli bilgi donanımına sahip olmalıdırlar.^{11,16,17} OSB gösteren çocukların birçok probleminin yanı sıra beslenme problemi de uzun vadede aile ve çocuğun yaşamını etkileyen bir faktördür. Bu problemin göz ardı edilmesi, kişinin yaşam kalitesini düşürür, bir başkasına bağımlılığını artırır, birçok sağlık problemini beraberinde getirir. Bu araştırmanın amacı OSB olan çocukların beslenme ile ilgili durumlarını aileler açısından belirleyerek bu konuda çözüm önerileri geliştirmektir.

YÖNTEM

Araştırma Metodu

Çalışmada OSB'li çocukların beslenme durumlarının derinlemesine irdelemek ihtiyacından hareketle nitel araştırma yöntemlerinden betimsel tarama modeli kullanılmıştır. Yıldırım ve Şimşek'e (2003) göre, nitel araştırma bir olguyu ilgili bireylerin bakış açılarından görebilmeye ve bu bakış açılarını oluşturan sosyal yapıyı ve süreçleri ortaya koymaya olanak vermektedir.¹⁸

Çalışma grubu

Bu çalışmanın örneklemini Konya ili merkezindeki 10 özel eğitim ve rehabilitasyon kurumuna devam eden, OSB tanısı almış 30 öğrencinin ebeveynleri oluşturmaktadır. Görüşmeye katılan ebeveynler seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden amaçlı örnekleme yöntemine göre belirlenmiştir. Amaçlı örnekleme yönteminin araştırmaya sağlayacağı en önemli avantaj bilgi açısından zengin durumların seçilerek derinlemesine araştırma yapılmasına olanak sağlamasıdır (Büyüköztürk, 2012). Araştırmaya katılan ebeveynlerin tamamı gönüllülük esasına dayanarak seçilmiştir. Araştırmaya katılan 30 ebeveynin 25'i anne, 5'i babadır. Ebeveynlerin demografik özelliklerine bakıldığında annelerin 8'i çalışmakta olup 12'si ev hanımıdır. Çalışmaya katılan babaların tamamı bir işte çalışmaktadır. Ebeveynlerin 8'i 30-40 yaş

grubunda, 7'si 40-50 yaş grubunda ve 15'i 50 yaş ve üzerindedir.

Veri Toplama Aracı

Ebeveynler ile yapılacak görüşme için ebeveyn görüşme formu geliştirilmiştir. Bu alanda yapılan çalışmalar incelenerek sorular taslak olarak düzenlenmiştir. Taslak form Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) olan çocukların beslenme durumları ile ilgili 17 maddeden oluşmaktadır. Görüşme Formu'nun kapsam geçerliliğini sağlamak amacıyla üç uzman tarafından incelenmiş ve alınan görüş ve dönütler doğrultusunda madde ifadeleri yeniden düzenlenmiştir. Daha sonra biçimlendirilen maddeler on beş soru ile pilot çalışmada kullanılmıştır. Pilot çalışma için üç ebeveyn görüşme formu'ndaki sorular uygulanmıştır. Pilot çalışma sonrasında Görüşme Formu'ndan beş soru çıkarılarak Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu'na on maddelik son şekli verilmiştir.

Verilerin Toplanması ve Analizi

Verilerin toplanması sürecinde özel eğitim ve rehabilitasyon kurumları ile görüşülerek çalışmanın amacı anlatılmıştır. Kurumlardan alınan izin ve kurum müdürleri aracılığı ile ebeveynlerle iletişime geçilmiştir. OSB olan çocukların ebeveynleri çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul eden ailelerle formu doldurmak üzere tarih ve saat belirlenmiştir. Görüşmelerin tamamı ? Ocak 2017- ? Nisan 2017 tarihleri arasında OSB gösteren çocukların devam ettiği özel eğitim ve rehabilitasyon kurumlarında gerçekleştirilmiştir. Ailelere görüşmeden elde edilecek sonuçların araştırma amaçlı kullanılacağı ve kişisel bilgilerin çalışmada kullanılmayacağı hakkında bilgi verilmiş ve araştırmacı ve ebeveynler arasında güven ilişkisi oluşmasına dikkat edilmiştir. Otuz- otuz beş dakika süren görüşmeler ses kayıt cihazı kullanılarak kayıt altına alınmıştır. Ses kayıt cihazı kullanılması, verilerin eksik kalma ihtimalini büyük ölçüde ortadan kaldırmıştır. Ses kayıtlarında bir değişiklik yapılmadan görüşme formlarına verilerin dökümü alınmıştır. Verilerinin analizinde, nitel veri analiz tekniklerinden betimsel analiz tekniği kullanılmıştır. Birebir alıntı olarak kullanılabilen düşünceler belirlenmiş ve gerekli görüldüğü durumlarda bulgular bölümünde aynı şekilde yer almıştır.

BULGULAR

'Otizm Spektrum Bozukluğu olan çocuğunuzun nasıl beslenmesi gerektiğini biliyor musunuz? Bu konudaki bilgileri nereden elde ettiniz?' sorusu altında yapılan görüşmeye göre OSB'li bireylerin ebeveynlerinin yarısı (n=15) çocuklarının

beslenmesi hakkında bilgi sahibi olmadıklarını belirtmişlerdir. Diğer yarısı ise bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir ancak bilgi kaynakları değişiklik göstermektedir. Ebeveynlerin bir kısmı (n= 5) çocukları hakkında bilgiye ihtiyaç duydukları dönemde doktor ya da diğer uzmanlardan katkı göremediklerini, bu nedenle internete yöneldiklerini belirtmişlerdir. Ebeveynlerin bir bölümü (n=8) diyetisyenlerden öğrendiklerini belirtirken ikisi ebeveyn çocuklarının ihtiyaçlarını gözlemleyerek zamanla öğrendiklerini belirtmişlerdir. Aşağıda bu durumu yansıtan veli görüşlerinden kesitler aktarılmıştır.

"Benim çocuğum yemek yemezdi. Öncelikle bu konu hakkında doktorlardan yardım istedim ancak bana, "Acıkınca yer, zorla yedir" gibi şeyler söylediler. Ben de dediklerini yaptım, tam beş gün hiçbir şey yemeden durdu, yemek istemedi, daha da dururdu. Sonra daha fazla dayanamadım, yedirdim. Doktorlardan bu konuda bilgi alamayınca internette öğrenmeye başladım. Şimdi de internete bakarak bir şeyler yapmaya çalışıyorum."(E.5)

"Evet, üç ayda bir diyetisyene gidiyoruz. O bize bu konuda bilgi veriyor. Hamurlu gıdalar ve market ürünlerinden kaçınıyorum."(E.12)

"Farklı bir şey yapmam gerektiğini bilmiyorum."(E.3)

"Biraz biliyorum. Bu konuda pek dikkat etmiyoruz. O yüzden bilgi edinme ihtiyacını sadece eğitimi için hissettim."(E.18)

'Çocuğunuzun obeziteye yatkınlığı var mı, varsa nelere dikkat ediyorsunuz?' sorusu altında yapılan görüşmeye göre OSB'li bireylerin ebeveynlerinin yaklaşık yarısı (n=14) herhangi bir önlem almadıklarını belirtirken diğerleri çeşitli önlemler aldıklarını belirtmişlerdir. Önlem alanların çoğu (n=10) çocuklarının beslenmesi ile ilgili olarak abur cubur konusuna dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Ebeveynlerin bir kısmı ise (n=6) çocuklarının yemesinin sakıncalı olduğunu düşündükleri yiyecekler konusunda dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Aşağıda bu durumu yansıtan veli görüşlerinden kesitler aktarılmıştır.

"Yemekleri çok zor yer, şu anda kilo problemi olmadığı için dikkat etmiyoruz."(E.6)

"Abur cuburu çok sever. Görmemesi için elimizden geleni yapıyoruz."(E.9)

"Doktorunun önerisi doğrultusunda şekerli besini çok tüketmemesi gerekiyor. Kısıtlamadığım zaman süt ürünleri tüketmiyor, bu yüzden şekerli besinleri kısıtlıyorum."(E.12)

‘Çocuğunuza sınırlamalar koyuyorsanız çocuğunuz nasıl tepkiler veriyor?’ sorusu altında yapılan görüşmeye göre ebeveynlerin bir kısmı (n=8) hiçbir sınırlama koymadığını belirtirken büyük çoğunluğu (n=22) sınırlama koyduklarını belirtmiştir. OSB’li çocukların tepkilerinin farklılaştığı görülmektedir. Sınırlama koyanlardan içerisinde büyük bölümü (n=10) çocukların çok tepki gösterdiğini, ısrarla isteyip hırçınlaştığını, kendine ve çevresine zarar verdiğini belirtmişlerdir. Sınırlayan ebeveynlerden 12’si ise çocuklarının herhangi bir tepki göstermediğini belirtmiştir. Aşağıda bu durumu yansıtan veli görüşlerinden kesitler aktarılmıştır.

“Benim çocuğum uzun bir süre yemek yemedi. Birkaç yıldır yemek yiyor bu nedenle hiçbir sınırlama koymuyorum, vitamin olsun diye ne isterse yaparım. Yemeklerde onun sevebileceği şeyler yaparım, biz de onu yeriz.” (E.4)

“Pek tepki vermez. Sevdiği şeyleri verdiğim kadar yer. Sevmediklerinde zaten tepki vermez.” (E.7)

“Kafasına vurur, özellikle sevdiği yemeklerde. Onu oyalayacak başka şeyler verdiğimde bir süre sonra ona dalıyor. Her aklına geldiğinde aynı şeyleri tekrar yaşıyoruz.” (E.9)

“Sınırlama koyunca çok sinirlenir ve panikler. Sinirlenince de ellerini kulaklarına vurarak ortada koşar. Kendine zarar verdiği de olur, çevresindeki eşyalara da. Bu durum genellikle onun istediği şeyi elde etmesiyle sona erer.” (E.21)

‘Çocuğunuza herhangi bir beslenme programı uyguluyor musunuz?’ sorusu altında yapılan görüşmeye göre OSB’li çocukların ebeveynlerinin bir kısmının (n=6) beslenme programı uyguladığı görülmektedir. Büyük bir bölümü (n=24) ise çocukları için herhangi bir program uygulamadıklarını ancak mümkün olduğunca dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Aşağıda bu durumu yansıtan veli görüşlerinden kesitler aktarılmıştır.

“Bir programımız yok, ama ekmeğe çok tüketmemeye çalışırız. Sebze, yumurta, et ve kefir daha çok tüketmesini sağlarız.” (E.29)

“Diyetisyen kontrolünde beslenme programı uyguluyoruz. Et, tavuk, fındık, ceviz gibi ürünleri sık kullanması gerekiyor. Bulgur ve kuru meyveler yasak. Deniz ürünleri de yemiyor mesela.” (E.15)

“Uygulamıyoruz. Biz ne yiyorsak ona da onları yediriyorum.” (E.2)

‘Çocuğunuz günde kaç öğün yemek yiyor?’ sorusu altında yapılan görüşmeye göre ebeveynlerin yarısından fazlası (n=18) çocuklarının günde 3-4 öğün yediğini belirtirken bir kısmı (n=12) ise çocuklarının günde 5’ den fazla öğün yediğini belirtmişlerdir. 5’den fazla öğün yediğini söyleyenlerin bir kısmı doyma hissinin oluşmadığını düşündüklerini söylemişlerdir. Aşağıda bu durumu yansıtan veli görüşlerinden kesitler aktarılmıştır.

“Üç-dört öğünü bizimle yer. Arada da abur cubur yer. Genelde onlar yerine süt verip yerini doldurmaya çalışırım. Meyve de veririm ama hepsini yemez. Bazen de farklı bir yere gittiğimizde etrafla ilgilenmekten bir iki defa yediği olur.” (E.24)

“Çoğunlukla 5’ den fazla öğün yer. Sabah yemeye başlar, yatma saatine kadar durmadan yemek ister, sürekli acıktır.” (E.14)

‘Çocuğunuz öğünlerde yemek seçiyor mu? Hangi yemekleri seçiyor?’ sorusuna ebeveynlerin bir kısmı (n=6) çocuklarının öğünlerinde yemek seçmediğini belirtirken büyük çoğunluğu (n=24) ise çocuklarının besinleri seçtiğini belirtmiştir. Genellikle çocuklarının abur cubur tarzı yemeklere daha fazla ilgi gösterdiğini söylerlerken büyük bölümü de çocuklarının yeme tercihlerinin yaşa bağlı olarak değiştiğini belirtmişlerdir. Aşağıda bu durumu yansıtan veli görüşlerinden kesitler aktarılmıştır.

“Çorbayı sevmez. Küçükken katı yemediği için hep çorba verirdik diye herhalde. Bir de kırmızı renkli meyve ve sebzelere takıntısı var, genelde tüketmek istemez.” (E.20)

“Pasta, börek, cips, çikolata, kızartma, tavuk, makarna yemeyi çok sever, bunları yediği gün çok mutlu, hareketli olur.” (E.10)

“Yemek seçmez. Gün içinde sürekli acıktığı için hemen hemen her şeyi yer. Bende yesin diye daha çok sevebileceği şeyler yapıyorum.” (E.1)

“Yaşına göre sevdikleri değişti. Önceden hep süt içerdi. Katı yiyecek hiç yemezdi. Şimdi katı yiyecekleri yemeye başladı. En çok menemen ve simit yemeyi sever, diğer yiyecekleri de yer. Yemek istediği yiyeceğin kokusunun güzel olması gerekir. Taze kokmazsa ya da eskiyse çok sevdiği yiyeceği bile yemez. Yemeden önce koklar.” (E.26)

‘Çocuğunuz akşamları en geç ne zaman yemek yiyor?’ sorusuna verilen cevaplara göre ebeveynlerin bir bölümü (n=8) çocuklarının akşam en geç 6 ‘da yemek yediğini, büyük çoğunluğu (n=20) yemek ya da diğer gıda tüketiminin en geç 9 civarına kadar devam ettiğini belirtmişlerdir. Bir bölümü (n=2) ise çocuklarının yatma saatine kadar yemek istediğini belirtmiştir. Aşağıda bu durumu yansıtan veli görüşlerinden kesitler aktarılmıştır.

“En son 7 gibi akşam yemeği yeriz. Sonrasında abur cubur görürse ister.”(E.8)

“Saat 9’ dan sonra yemek vermem. Uyumadan bir buçuk saat önce falan meyve vermeyi de keserim. Çünkü diyetisyenimiz bu konuda bize sürekli ikazda bulunuyor. Biz de ilerde başka bir sağlık problemi ile karşılaşmamak için sıkı sıkıya uyuyoruz.”(E.22)

“Uyku düzeni yok, bazen sabah 5 e kadar uyumaz. Bazen o saate kadar atıştırdığı bile olur. Kaçta uyursa uyusun yemeğini yemeden uyumaz.” (E.11)

‘Çocuğunuzun yemek yemede sergilediği kötü davranışları nelerdir?’ sorusu altında sonuçlara bakıldığında görüşmeye katılan ebeveynlerin farklı türden sorunlar yaşadığı görülmektedir. Ebeveynlerin bir bölümü(n=4) ~~bu konuda~~ çocuklarının yeme kurallarına uygun olmadan çoğunlukla her gıdayı eliyle yemek istediğini belirtmiştir. Bir kısmı (n=8) ise çocuklarının sürekli yemek yeme isteği içerisinde olduğunu, bu durumun onları ileriye dönük olarak çok üzdüğünü belirtmişlerdir. ~~Bu konuda~~ Ebeveynlerin yarısından fazlası (n=18) ise çocuklarının çok hızlı ve aceleci bir şekilde yediğini, ~~delaysıyla~~ bu sırada hem görsel olarak hem de sindirim açısından olumsuz bir durumun ortaya çıktığını belirtmişlerdir. Aşağıda bu durumu yansıtan veli görüşlerinden kesitler aktarılmıştır.

“Çorbasını kaşıkla ben yediriyorum. Diğer tüm yemekleri eliyle yer.”(E.16)

“Gezerken, oyun oynarken, nerdeyse her an elinde bir ekmek olur. Mutlaka atıştırarak, yiyecek bir şeyler arar.”(E.28)

“Yiyecekleri çok hızlı ve aceleci yemesi ve oturarak yememesi bu konuda en büyük sorunumuz. Uzaktan baktığınızda sanki ilk defa yemek yediğini sanırsınız.”(E.13)

‘Çocuğunuz besinleri bağımsız olarak tüketebiliyor mu?’ sorusuna verilen cevaplara göre ebeveynlerin büyük çoğunluğu (n=24) çocuklarının yardımsız yiyebildiğini belirtirken , bir kısmı(n=6) ~~da~~ çocuklarına bir şekilde yardımda bulduklarını

ifade etmişlerdir. Aşağıda bu durumu yansıtan veli görüşlerinden kesitler aktarılmıştır.

“Önüne konulan yiyeceği yer. Yeme kurallarına çok uymuyor, biraz pis yiyor ama aç kalmaz.”(30)

“Hayır, bağımsız yiyemez, fiziksel destek veriyorum.”(E.17)

‘Çocuğunuzun kabızlık ya da ishal gibi mide-bağırsak sorunları yaşıyor mu?’ sorusuna göre yapılan görüşmede ebeveynlerin büyük çoğunluğu (n=15) normal dışında çok fazla sorunlarının olmadığını belirtirken bazıları (n=8) zaman zaman kabızlık sorunlarını yaşadıklarını, bunu da çok fazla katı gıda yemelerine bağladıklarını belirtmişlerdir. Bir bölümü (n=7) de kusma problemi yaşadıkları ve bunu hızlı yeme şekillerine bağladıklarını ifade etmişlerdir. Aşağıda bu durumu yansıtan veli görüşlerinden kesitler aktarılmıştır.

“Bazen kabız olur. O da benim ihmalden kaynaklanıyor. O istedi diye hep katı gıda verdiğim oluyor. Başka sorun yok.” (E.5)

“Hayır, bir sorun yaşamıyor. Zaman zaman evde bu konuda hepimize bir şey olursa o da bizimle aynı şeyleri yaşar.”(E.17)

“Çok sık kusar. Bunu doktorlara çok sordum, bir sebep bulamadılar, en son çok hızlı yediği için besinlerin hazım olmadığına bağladılar.”(E.11)

TARTIŞMA

Bu çalışmada OSB gösteren çocukların beslenme ile ilgili sorunları belirlenmiş olup, elde edilen sonuçlar literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Toplumumuzdaki beslenme sorunları, besin üretimi, dağıtımı ve teknolojisindeki yetersizlik ve düzensizler, satın alma gücünün yetersizliği ve dengesizliği, kültürel etmenler ve eğitim yetersizliği gibi pek çok faktörün etkisi altındadır.¹⁹ Bu faktörlere, engellilik nedeniyle yaşanan beslenme sorunları da eklendiğinde sorunun boyutunun artması kaçınılmazdır. Beslenme sorunlarına, yetersizliğin getirdiği sağlık problemlerinin yanı sıra ebeveynlerin beslenme tutumları da etki etmektedir. Yapılan çalışmalar OSB’li çocukların nörotipik yaşlıları ile benzer türde yeme davranış sorunları yaşadıklarını-ancak OSB’li çocukların beslenme ile ilgili tedaviye daha dirençli olduklarını göstermektedir. Çocukluk çağındaki OSB’li olgularda bu davranışlar daha uzun süre devam etmekte ve birçok yeme davranış bozukluğu aynı anda görülmektedir.²⁰

Çalışmamızda ebeveynlerin çocuklarının nasıl beslenmesi gerektiği ile ilgili görüşlerine başvurulmuştur. Ebeveynlerin büyük bir bölümünün herhangi bir uzmandan yardım almadığı ve yeterli düzeyde bilgi sahibi olmadıkları düşünülmektedir. Bu durum çocuğun şu anki durumunda ya da gelecekte yaşanabilecek bir sağlık sorunu ihtimaline karşı olumsuz bir durum olarak düşünülmektedir. Nitekim OSB'li çocukların beslenme durumlarını inceleyen çalışmalarda belli vitamin ve mineral eksiklikleri görülmektedir. Sharp (2013) meta-analiz çalışmasında, OSB'li çocukların daha düşük kalsiyum ve protein aldığını tespit etmiştir.²¹ Yetersiz miktarda tüketilecek yaygın olarak bildirilen diğer besin maddeleri arasında kalsiyum, demir, vitamin A, C, D, B6, B12, E ve K'nin yanı sıra lif, folik asit ve çinko bulunmaktadır.^{21,22} Biçer ve Alsaffar (2013) Türkiye'de yaptıkları çalışmalarında OSB'li çocukların diyetlerinde kalsiyum, çinko, vitamin B6 ve folat alımının yetersiz olduğunu, yüksek kilolu ve obez çocuk oranının da %58.5 olduğunu belirlemişlerdir.²³

Çalışmamızda çocukların büyük bölümünün yemek seçtiği, bir kısmının hamur işlerine, bir kısmının da abur cubur gıdalara düşkün olduğu sonucuna varılmıştır. Yemek seçmek veya gıda seçiciliği sorunu literatürde tek bir davranış şeklinde tanımlanmamıştır, bunun yerine yalnızca belli gıdaları yeme, yalnızca belli gıdaları reddetme, ya da sınırlı gıda repertuarı durumlarını kapsamaktadır. OSB'li çocuklarla normal çocukların karşılaştırıldıkları çalışmalarda OSB'li çocukların gıda seçiciliği probleminin daha baskın olduğu ayrıca normal çocuklardan daha fazla tercih ettikleri besin grubunun nişastalı gıdalar olduğu görülmektedir.²⁴

Bu durum OSB'li çocukların duyuşal hassasiyetlerinin gıdalara karşı seçiciliği ve tolere etme becerisini belirlediği görüşünü doğurmaktadır yani belli gıdaları tüketme eğilimi gıdanın dokusu ve kokusu ile ilişkilidir.^{25,26} Örneğin OSB'li çocukların püre gibi yumuşak dokulu gıdaları tercih ettikleri görülmektedir.²⁴ Bizim çalışmamızda da benzer şekilde ebeveynler çocuklarının kokusunu sevdiği gıdaları tükettiklerini belirtmektedirler. Bu sebeple gıda seçiciliğine sebep olan faktörler incelenirken en başta duyuşal hassasiyet (aynı zamanda duyuşal savunma veya duyuşal aşırı tepki) incelenmektedir. Zaten OSB'li çocuklar çoğu kişinin zararsız bulacağı belirli dokusal uyarılara karşı gözlemlenebilir bir kaçınma veya olumsuz davranış tepkisi göstermektedirler ki bu durum "dokusal savunuculuk" olarak adlandırılmaktadır. Yüksek dokusal hassasiyeti olan, OSB'li çocuklarda görülen gıda dokuları ile ilgili zorluklar beslenme sorunlarının alt sebebidir. Bu durum aynı zamanda bu çocukların bazı tekstil dokularını tolere

edememeleri ve yün kıyafet giymeye dayanamamaları gibi bir tekstil intoleransı ile de benzerlik oluşturur. Bizim çalışmamızda duyuşal hassasiyetin besin seçmeye etkisi belirgin şekilde görülürken, her OSB'li bireyde farklı bir şekilde ortaya çıktığı görülmektedir. Örneğin bazı çocuklar katı gıda tüketimini reddedip yalnızca sıvı gıda tüketmek isterken aynı zamanda hep katı gıdalar tüketen veya bulgur ve pirinç gibi hep taneli gıdalar tüketen çocuklar da mevcuttu.

Bu çalışma sonuçlarında OSB'li çocukların ebeveynlerinin yemek sırasında rahatsızlık duydukları en önemli konunun (ebeveynlerin %60) çocukların aşırı hızlı yemeleri olduğu görülmektedir. Bu durumu açıklamak için dokusal savunuculuğun bir parçası gibi görülen oral savunuculuk ele alınabilir. Oral savunuculuk çocuğun belli dokudaki gıdayı ağzına alamaması ve diş fırçası gibi belli araçları ağzına sokamaması sorunudur.^{27,28} Oral hassasiyetle mücadele etmeye çalışan çocuk tatlarını almamak için gıdaları hızla ağzına tıkıştırarak ve ağzını doldurmakta, bu sayede eskisi kadar rahatsız olmadan ve fazla çiğnemenin gıda maddelerini yutmaktadır. Bu sorun hem yemek sırasında aileleri rahatsız etmekte hem de sindirimle ilgili sıkıntıların artmasına yol açmaktadır.

Çalışmamızda ebeveynlere çocuklarının kabızlık ya da ishal gibi mide-barsak sorunları hakkında bir sorun yaşama durumları sorulduğunda ebeveynlerin neredeyse yarısının sorun yaşadığı belirlenmiştir. Normal gelişim gösteren çocuklar ile kıyaslandığında bunun oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışmalarda tıbbi/nütrisyonel faktörlerden olan Gastro-intestinal (GI) Semptomlar %9-%70 olarak görülmektedir.²⁹ OSB'li bireylerde sık rastlanan gastro-intestinal sorunlar kronik karın ağrısı, konstipasyon, kronik diyare ve gastro-özofageal reflü hastalığıdır.²⁹

OSB'li çocuklardaki barsak sorunlarının açıklanmasında normal barsak florasının ve barsak geçirgenliğinin bozulmuş olması hipotezleri kullanılmaktadır.³⁰ Normal barsak florası, bitki poli-sakkaritlerinin parçalanması, gastro-intestinal hareketliliğinin ve su dengesinin sağlanması, bazı vitaminlerin üretilmesi ve patojen bakterilere karşı rekabetin sağlanmasından sorumludur. Buna ek olarak, bağırsak mikro biyolojisinin beyin gelişiminde etkili olan çeşitli nörotropinleri ve proteinleri modüle ettiği gösterilmiştir.³¹ OSB'li çocuklarda barsak florasının ve barsak geçirgenliğinin çeşitli sebeplerle bozulması ve besin emiliminin bundan etkilenmesi gastro-intestinal sorunların kaynağıdır. Bizim çalışmamızda hızlı yeme nedeniyle hazımsızlık ve kusma sorunlarının ortaya çıkması da sıklıkla görülen bir durumdur. OSB'li çocuklara özgü açık

bir gastro-intestinal pato-fizyolojisinin varlığı henüz tanımlanmamış olmasına rağmen, bu popülasyonda gastro-intestinal semptomlar için artmış risk kritik bir sorundur.³⁰

Ebeveynlerin %50'sinin OSB'li çocuklarının nasıl beslenmesi gerektiğini bilmediklerini söylemeleri ve yalnızca %20 sinin bir beslenme programı uygulaması ebeveynlerin kendilerini bu konuda yetersiz gördüklerini göstermektedir. Ebeveynlerin beslenme ile ilgili soruların çoğuna duygusal yaklaştıkları ve çocuklarına yeme ile ilgili sınırlamaları çok az koyabildikleri görülmüştür. Bu durumun OSB'li çocuklarda yeme ile ilgili problem davranış geliştirmeye fırsat yarattığı düşünülmektedir. OSB'li çocukların ebeveynleri genellikle çocuklarının beslenme alışkanlıkları hakkında olumsuz görüş paylaşmakta ve normal gelişen çocukların ebeveynlerine göre daha sık sorunlu yeme davranışları bildirmektedirler.³² Martins ve ark. (2008) OSB'li çocuğa sahip ebeveynlerin, aynı yaştaki normal gelişime sahip çocukların ebeveynlerine kıyasla, çocuklarının beslenme durumu üzerinde daha fazla kontrol sağlamaya çalıştıklarını, çocuklarının yeme davranışlarını yönetmek için aşırı duygusal davranışlar gösterdiklerini ve çocuklarının yeme davranışı üzerinde daha fazla davranışsal kontrol uyguladıklarını bildirmiştir.³³

SONUÇLAR

OSB'li çocukların ebeveynlerinin beslenme ile ilgili görüşlerini aldığımız bu çalışmada çocukların en temel beslenme sorunları olarak gıda seçiciliği ve hızlı yeme sorunları ile karşılaştık. Bu sorunlar en kısa yoldan duygusal hassasiyet veya duygusal savunmacılığa bağlanıyor olsa da aslında çoklu faktörlerden etkilenmektedir. Görülmektedir ki besleme problemleri karmaşık ve çok yönlüdür ancak evrensel olarak kabul edilen çözümlerden yoksundurlar.

Bu çalışmada her OSB'li çocuğun yeme davranışının ve sorunlarının birbirinden farklı olduğu, ayrıca her ebeveynin yaklaşımlarının ve başa çıkma becerilerinin değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Ebeveynlerin çocuklarının beslenme durumları konusunda bilgiye ihtiyaç duydukları ve çoğunlukla çaresiz kaldıkları görülmektedir. Doktorlar, beslenme uzmanları ve mesleki terapistlerin multi-disipliner bir yaklaşım ile ve ebeveynler ile işbirliği içinde OSB'li çocukların beslenme sorunlarına eğilmeleri önemlidir. Sonuç olarak OSB'li çocukların beslenmeleriyle ilgili olarak belirlenecek programlarda iki nokta önemlidir; çocukların ve ebeveynlerinin bireysel yaklaşımlara ihtiyaç duydukları ve ancak multi-disipliner bir yaklaşımla sorunların çözülebileceğidir.

ÖNERİLER

1-OSB'li çocukların günlük öğün sayılarının düzenlenmesi ve yatmadan önce yemeyi bıraktıkları saatlerin belirlenmesi gerekmektedir. Çünkü bu konular da sağlıklı beslenme için belirleyicidir ve henüz üzerinde durulmamış konulardır.

2-Çocukların yaşları ilerledikçe beslenme problemlerinin nasıl değiştiği araştırılması gereken bir diğer konudur.

3-OSB'li çocuklarda hangi beslenme probleminin hangi vitamin ve mineral eksikliklerine yol açtığını tespit etmek çocuğun sağlığını koruma aşamasında önemle üzerinde durulması gereken bir konudur.

4-Ebeveynlerin OSB olan çocuklarına özel beslenme programı uygulamalarını engelleyen nedenler üzerinde durulmalı ve uygulanan beslenme programlarının etkinliği değerlendirilmelidir. Son olarak, OSB olan çocuklarda gıda seçiciliğini etkilemek üzere tasarlanan müdahalelerin sonuçlarını incelemek ve bu çocuk nüfusunun beslenme durumunu iyileştirmek kritik öneme sahiptir.

KAYNAKLAR

1. Köksal G. Engellilerde Beslenme. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2008.726-727.
2. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi 2002:431-444
3. Montero P. Nutritional assessment and diet quality of visually impaired Spanish children. *Annals of Human Biology* 2005;32(4):498-512.
4. Datar A, Sturm R, Magnabosco JL. Childhood overweight and academic performance: national study of kindergartners and first-graders. *Obesity Research* 2004;12(1):58-68.
5. Kiess W, Marcus C, Wabitsch M. Obesity in childhood and adolescence. Vol 9. Switzerland: Karger Basel; 2004:22-45
6. Lobstein T, Baur L. Policies to prevent childhood obesity in the European Union. *The European Journal of Public Health* 2005;15(6):576-579.
7. Mikkila V, Lahti-Koski M, Pietinen P et al. Associates of obesity and weight dissatisfaction among Finnish adolescents. *Public Health Nutrition* 2003;6(1):49-56.
8. O'Toole TP, Anderson S, Miller C, et al. Nutrition services and foods and beverages available at school: results from the School Health Policies and Programs Study. *The*

- Journal of School Health 2006;77(8): 500-521.
9. Organization WH. Obesity: preventing and managing the global epidemic: World Health Organization; 2000:185-198.
 10. Aslan UB, Calik BB, Kitiş A. The effect of gender and level of vision on the physical activity level of children and adolescents with visual impairment. *Research in Developmental Disabilities* 2012;33(6): 1799-1804.
 11. Armbruster J, Ponchillia P, Wiebold J. The national sports education camps project: Introducing sports skills to students with visual impairments through short-term specialized instruction. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 2005; 99(11): 685- 696.
 12. Geraghty ME, Depasquale GM, Lane AE. Nutritional Intake and Therapies in Autism: A Spectrum of What We Know: Part 1. *ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition* 2010;2:62.
 13. Vançelik S, Önal SG, Guraksın A et al. Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi ve Alışkanlıklarını İle İlişkili Faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6:242-248.
 14. Vançelik S, Önal SG, Guraksın A Atatürk Üniversitesi Öğrencilerinde Beden Ağırlığı Durumu ve İlişkili Bazı Faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006;5:72-82.
 15. Tezcan S, Ertan AE, Aslan D. Beş Yaş Altı Çocuklarda Malnutrisyon Durumunun Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri* 2003;23:420-429.
 16. Yıldırım A ve Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayınları; 2003: 40-65.
 17. Baysal A. Beslenme. 13. Baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınları; 2011: 471
 18. Kočovska E, Fernell E, Billstedt E et al. Vitamin D and autism: Clinical review. *Research in Developmental Disabilities* 2012;33:1541-50.
 19. Sharp WG, Berry RC, McCracken C et al. Feeding problems and nutrient intake in children with autism spectrum disorders: A meta-analysis and comprehensive review of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2013;43(9):2159–2173.
 20. Hyman SL, Stewart PA, Schmidt B et al. Nutrient intake from food in children with autism. *Pediatrics* 2012;130:145–153.
 21. Biçer A, Alsaffar A, Body mass index, dietary intake and feeding problems of Turkish children with autism spectrum disorder (ASD). *Research Developmental Disabilities* 2013;34(11):3978–3987.
 22. Schreck KA, Williams K, Smith AF. A comparison of eating behaviors between children with and without autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2004;34:433-438.
 23. Tomchek SD, Dunn W. Sensory processing in children with and without autism: A comparative study using the Short Sensory Profile. *The American Journal of Occupational Therapy* 2007;61:190-200.
 24. Field D, Garland M, Williams K. Correlates of specific childhood feeding problems. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2003;39: 299-304.
 25. Kern JK, Trivedi MH, Garver CR et al. The pattern of sensory processing abnormalities in autism 2006;10:480-494.
 26. Dunn W. The impact of sensory processing abilities on the daily lives of young children and their families: A conceptual model. *Infants Young Child* 1997;9:23-35.
 27. Buie T, Fuchs GJ, Furuta GT et al. Recommendations for evaluation and treatment of common gastrointestinal problems in children with ASDs. *Pediatrics* 2010;125:19-29.
 28. McElhanon BO, McCracken C, Karpen S et al. Gastrointestinal symptoms in autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Pediatrics* 2014;135(5):872–883.
 29. Douglas-Escobar M, Elliott E, Neu J. Effect of intestinal microbial ecology on the developing brain. *JAMA Pediatrics* 2013;167(4):374–379.
 30. Lane AE, Young RL, Baker AEZ et al. Sensory processing subtypes in autism: association with adaptive behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2010;40:112-22.
 31. Martins Y, Young RL, Robson DC. Feeding and eating behaviors in children with autism and typically developing children. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2008;38:1878-1887.

OSB'li Çocukların Beslenmeleri Hakkında Ebeveyn Görüşme Formu

Tarih ve Saat _____ Görüşmeci _____

GİRİŞ

1. Formu dolduran Anne () Baba () 3. Yaşınız:.....
4. Anne meslek 5. Baba meslek

Merhaba, Çocuğunuzun Beslenme durumları ile ilgili görüşmek istiyorum. Bu görüşmede amacım OSB gösteren çocukların beslenme ile ilgili durumlarını ebeveynler açısından belirleyerek bu konuda çözüm önerileri geliştirmektir. Her soruya cevap vermeniz çalışma için önemlidir. Katılımınız ve katkınız için teşekkürler.

- Görüşmeye katılıp katılmama sizin isteğimize bağlıdır.
- Başlamadan önce bu söylediklerimle ilgili belirtmek istediğiniz bir düşünce ya da sormak istediğiniz bir soru var mı?
- Görüşmeyi izin verirsiniz sesli olarak kaydetmek istiyorum. Bunun sizin için bir sakıncası var mı?

1. OSB'li çocuğunuzun nasıl beslenmesi gerektiğini biliyor musunuz, bu konudaki bilgileri nereden elde ettiniz?
2. Çocuğunuzun obeziteye yatkınlığı var mı, varsa nelere dikkat ediyorsunuz?
3. Çocuğunuza sınırlamalar koyuyorsanız çocuğunuz nasıl tepkiler veriyor?
4. Çocuğunuza herhangi bir beslenme programı uyguluyor musunuz?
5. Çocuğunuz günde kaç öğün yemek yiyor?
6. Çocuğunuz öğünlerde yemek seçiyor mu?
7. Çocuğunuz akşamları en geç ne zaman yemek yiyor?
8. Çocuğunuzun yemek yemede sergilediği kötü davranışları nelerdir?
9. Çocuğunuz besinleri bağımsız olarak tüketebiliyor mu?
10. Çocuğunuzun kabızlık ya da ishal gibi mide-barsak sorunları yaşıyor mu?



Original Research / Özgün Araştırma

Evaluation of Health Locus of Control of Individuals with Type 2 Diabetes

Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sağlık Kontrol Odaklarının Değerlendirilmesi

Mustafa Kılıç¹, Selda Arslan*¹

ABSTRACT

Introduction/Aims: The locus of control used in the management of chronic diseases is used to explain the different behaviors individuals exhibit in relation to disease. This study, was done with the purpose of investigating the health locus of control and affecting factors of diabetic individuals. **Methods:** This study was a descriptive and cross-sectional study. Data were collected from 325 diabetic individuals living at city center. The questionnaire form and Multidimensional Health Locus of Control Scale were used in collecting data. **Results:** The average age of the patients participated to research was 53.3±8.0 years and 51.4% of them were women, 88.9% of them were married, 69.8% of them were primary school graduated and 43.7% of them were housewives. From scale; it was determined that they got 25.3±6.8 points from Internal Health Locus of Control sub-dimension, 27.3±4.7 points from Strong Others Internal Health Locus of Control sub-dimension, 17.9±5.5 points from Chance Locus of Control sub-dimension. **Internal health locus of control;** marital status, education level, person living together, regular exercise, regular diabetes diet application status were found meaningful ($p<0.05$). **Powerful others health locus of control;** adhering to regular diabetes diet, taking regular health checks, **Chance health locus of control;** marital status, person living, number of individuals in family, status of compliance to regular diabetes diet were found meaningful ($p<0.05$). **Conclusion:** It was found that the individuals had mainly external control locus, it's suggested to enhance patients' internal health locus of control by nurses for the purpose of providing independency.

Keywords: Diabetes, nursing, health locus of control

ÖZET

Giriş/Amaç: Kronik hastalıkların yönetiminde kullanılmakta olan kontrol odağı, bireylerin hastalık karşısında sergilemiş oldukları farklı davranışları açıklamak için kullanılmaktadır. Bu çalışma, diyabetli bireylerin sağlık kontrol odaklarını ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel türde bir çalışmadır. Veriler, kent merkezinde yaşayan 325 diyabetli bireyden toplanmıştır. Verilerin toplanmasında anket formu ve Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 53.3±8.0 yıl olup, %51.4'ü kadın, %88.9'u evli, %69.8'i ilköğretim mezunu, %43.7'si ev hanımıdır. Ölçeğin; İç Kontrol Odağı alt boyutundan 25.3±6.8, Güçlü Başkaları Kontrol Odağı alt boyutundan 27.3±4.7, Şans Kontrol Odağı alt boyutundan 17.9±5.5 puan aldığı belirlenmiştir. **İç kontrol odağında;** medeni durum, öğrenim durumu, yaşadığı kişi, düzenli egzersiz yapma, düzenli diyabet diyeti uygulama durumu anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). **Güçlü başkaları kontrol;** düzenli diyabet diyetine uyma, düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu, **Şans kontrol odağında ise** yaş, medeni durum, yaşadığı kişi, ailedeki birey sayısı, düzenli diyabet diyetine uyma durumu anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). **Sonuç:** Hastaların daha çok dış kontrol odağına sahip oldukları saptanmış, hemşireler tarafından hastaların bağımsızlıklarını sağlamak amacıyla iç kontrol odaklarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Diyabet, hemşirelik, sağlık kontrol odağı

Received / Geliş tarihi: 12.02.2018 Accepted / Kabul tarihi: 26.04.2018

¹ Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Konya-Türkiye

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Selda Arslan, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Konya-Türkiye,

E-mail: seldayarali@hotmail.com

Kılıç ve Arslan. Tip 2 Diyabetli Bireylerin Sağlık Kontrol Odaklarının Değerlendirilmesi. TJFMPC, 2018; 12 (2): 126-135. DOI: 10.21763/tjfm.432547

GİRİŞ

Pek çok bilişsel motivasyon teorisinin merkez prensiplerinden biri, insanların yaşamlarının önemli alanlarını kontrol etme isteğidir.¹ Kontrol odağı, insanların yaşamlarını etkileyen olayları kendi beceri, kişilik ve davranışlarını şans, kader, tanrı, içgüdüler ve dışsal etmenlerin sonucu olarak algılama biçimidir.^{2,3} Rotter tarafından kuramsallaştırılan kavrama göre insan; hayatına tesir edebilen yaşam deneyimlerini etkileyebilme yeteneğine sahip, bilinçli bir varlık olarak tanımlanmıştır.² Fakat dış uyarıcılar ve pekiştireçler de insan davranışlarını etkileyebilmekte, insanlar bunu iç denetim ve dış denetim odağı olmak üzere iki şekilde algılamaktadırlar. İç denetim odaklı insanlar, pekiştirmenin kendi davranışlarına bağlı olduğunu düşünerek kendi yaşamlarından sorumlu olduklarını düşünürler ve buna uygun davranışlar ortaya koyarlar.^{1,2,4,5} İç denetim odaklı insanların hayatta daha başarılı olduğu⁵ ve yaşamlarını kontrol edebilmelerine ilişkin inançlarının yanında olumsuz olaylarla başa çıkma kapasitelerinin de yüksek olduğu belirtilmiştir.^{2,4} Dış denetim odaklı insanlar ise, davranışlarının sonucunda elde edeceği yarar veya zararların aslında şans, kader ya da bir başkasının etkisine bağlı olarak ortaya çıkacağına inanırlar. Bu durumda bir davranışın algılanması, sonucunun öngörülemediği, anlamlandırılmadığı durumlarda dış kontrole dair şans/kader olarak algılanabilmektedir.^{1,2,4} Bu bireyler kendi sonuçlarını kontrol edemez ve diğer faktörlerin etkisinde kalırlar, güçsüz ve yabancılaşmış kişilerdir bu yüzden kendi durumlarını değiştirmek veya iyileştirmek için daha az gayret gösterirler.^{2,4,5}

Genellikle kronik hastaların, kendi yönetimlerini değerlendirmeleri için kullanılan kontrol odağı kavramı, günlük hayatta hastaların yüzleşmek zorunda oldukları çeşitli durumlardaki davranışlarını gösterir.⁶ Diyabete uyum sağlamak hastalar için karmaşık bir süreçtir. Bugüne kadar diyabet alanında fiziksel ve psikolojik faktörlere ilişkin çok sayıda araştırma yapılmıştır, ancak diyabet hastalarında kontrol odağının belirlenmesine, bunun tedavi ve bakım üzerindeki etkilerinin incelenmesine yönelik çalışma sayısı sınırlıdır.⁶⁻⁸ Diyabetin hemşirelik yönetimi, sadece psikososyal sağlık problemlerinin prevelansı üzerine odaklanmayı değil, aynı zamanda sağlık kontrol odakları gibi subklinik göstergeler üzerine de yeterince odaklanmayı gerektirir.⁸ Sağlık kontrol odağının, hastalığa uyumda etkili olduğu,^{8,9} iç kontrol odağı yüksek olan hastaların tedaviye uyumlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir.⁷ Ayrıca, iç kontrol odağının daha iyi fiziksel ve mental sağlık durumu ve ileriye dönük olumlu sağlık davranışlarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir.¹⁰ Diyabette sağlık kontrol odakları ile ilgili çalışmalarda, iç kontrol odağına sahip bireylerde

düzenli diyet ve egzersiz oranlarının yüksek olduğu,^{12,13} iç kontrol odağının HbA1c düzeyi ile ilişkili¹¹ öz-etkililik ve öz bakım davranışlarıyla pozitif bir etkileşim içerisinde olduğu görülmüştür.¹⁴

Ülkemizde, sağlık kontrol odağı algısı üzerinde yapılan araştırmalar incelendiğinde, genellikle eğitim bilimleri ve psikoloji gibi alanlarda yapıldığı, sağlıkla ilgili olarak diyabet alanında ise sınırlı sayıda³, araştırmanın olduğu görülmüştür. Sağlık kontrol odakları, çeşitli durumlardan ve faktörlerden etkilenebilmektedir.^{8,9,14} Hemşirelerin, diyabetli bireylerin kendi sağlıklarını yönetebilmelerini desteklemesi ya da cesaretlendirebilmesi için, diyabetli bireylerin sağlık kontrol odaklarının belirlenmesi gerekmektedir.⁸ Sağlık kontrol odağının davranışların belirleyicisi olduğu dikkate alındığında, ülkemizde tip 2 diyabetli bireylerin kontrol odaklarına ilişkin yapılmış çalışmalara rastlanamaması nedeniyle bu çalışmada tip 2 diyabetli bireylerin sağlık kontrol odaklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırma Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanan bu çalışma, her bölgeyi temsil etmesi amacıyla Konya ilinin merkez ilçeleri olan, Selçuklu, Meram ve Karatay'da bulunan ve kura yöntemiyle belirlenen üç aile sağlığı merkezinde yürütülmüştür. Diyabetli bireylerin yaşadıkları yerde değerlendirilmek istenilmesi, sağlık kontrol odaklarına doğrudan etki edecek unsurların (sağlık profesyonelleri, hastane ortamında tedavinin düzenli yapılması gibi durumlar) bulunmaması gibi durumlar göz önüne alındığından, araştırmanın aile sağlığı merkezinde yapılmasına karar verilmiştir. Araştırma evrenini 2015 yılı içinde, belirlenen aile hekimliği otomasyon sistemine kayıtlı 2800 diyabetli birey oluşturmaktadır. Örneklem sayısı için %95 güç, 0.05 önemlilik değeri ve 0.10'luk beklenen etkiyle bağımsız değişken sayısı maksimum 20 kabul edilerek, örneklem büyüklüğü 325 olarak belirlenmiştir.¹⁵ 18-65 yaş aralığında, en az ilkokul mezunu ve en az 6 aydır diyabet tanısı almış olan ve iletişim problemi bulunmayan bireyler çalışmaya dahil edilmiştir. Verilerin toplanmasında, kurum hekimleri aracılığıyla diyabetli bireyler bilgilendirilerek, bilgilendirme sonrasında ilk gelen diyabetli bireyden başlanarak gelen tüm diyabetli bireyler araştırmaya alınmıştır. Örneklem hesabında belirlenen sayıya ulaşıldığında, veri toplama işlemi sona erdirilmiştir. Araştırma verileri, Haziran 2015–Aralık 2015 tarihleri arasında 325 birey üzerinden toplanmıştır. Verilerin toplanmasında, formlar diyabetli bireylere dağıtılarak kendilerinin işaretlemeleri istenmiş; ancak okuma konusunda

yardımlı isteyen bireylere de sorular okunarak yardımcı olunmaya çalışılmıştır. Veri toplama esnasında formlar kontrol edilerek, boş bırakılmaması için çaba gösterilse de, 18 kişinin verileri, yaş veya eksik doldurma gibi nedenlerle araştırmaya dahil edilmemiştir. Araştırmayı kabul eden bireylerin hepsinden gönüllü onamları alınmış, onam vermeyip çalışmaya katılmayı reddeden bireylere ilişkin bir sayı tutulmamıştır. Meram bölgesinden veriler toplanırken; diyabetli bireylerin Aile Sağlığı Merkezi başvuru oranlarının az olması, araştırmacının zamanının kısıtlı olması gibi nedenlerle bu bölgeden yeterli veri toplanamamış, bu nedenle verilerin analizinde bölgesel karşılaştırmalar yapılamamıştır.

Veri Toplama Araçları

Anket Formu: Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek^{4,16,17} hazırlanan formda, bireylerin sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, ekonomik durum algısı, birlikte yaşadığı kişi, ailedeki birey sayısı), sağlık ve hastalık özelliklerine (beden kitle indeksi, sigara ve alkol kullanma durumu, diyabet tanı süresi, HbA1c düzeyi, ailede diyabet varlığı, diyabet eğitimi alma, yeterli eğitim aldığı düşünme, düzenli sağlık kontrolü yaptıрма, diyabet tedavi türü, ilaçları düzenli kullanma, düzenli egzersiz yapma ve düzenli diyabet diyeti uygulama) ilişkin sorular bulunmaktadır. Bireylerin boy, kilo değerleri araştırmacı tarafından kurumda ölçülmüş, HbA1c düzeyleri için; kan tahlilleri yanında olan hastaların değerlerine bakılmış, kan tahlili yanında olmayan hastaların sözel bildirimleri dikkate alınmamış, bu hastalara tekrar invaziv bir girişim yapılmamıştır.

Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği: Wallston ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilen, 18 maddeden, 3 alt boyuttan oluşan Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği C formu kullanılmıştır. İç, güçlü başkaları ve şans kontrol odaklarından oluşan ölçek, 18 maddeden oluşmaktadır¹⁸. Her alt boyut altışar madde üzerinden 6-36 arasında puanlanır. Alt boyutlar arasında; en yüksek alt boyut puanı üzerinden kişilerin o alt boyuta ilişkin odağına sahip olduğu şeklinde değerlendirilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirliği Üstündağ-Budak¹⁹ tarafından yapılmıştır. Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeğinin iç-tutarlılık katsayısı 0.63 olarak bulunmuştur. Ölçekte yer alan maddelerin faktör yükleri 0,41 ile 0,79 arasındadır. Açıklanan toplam varyans 47,4 dür. Bu çalışmada, Cronbach alfa 0.61 olarak bulunmuştur.

Verilerin Analizi

Veriler SPSS 20 programı kullanılarak değerlendirilmiş; sayı, yüzde, ortalama, standart

sapma olarak özetlenmiştir. Normal dağılım Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiş ve analizlerde bağımsız gruplarda t testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Farklılığı aramak için Tukey HSD ve Dunnett T3 testleri kullanılmış, anlamlılık $p < 0.05$ olarak değerlendirilmiştir. Beden kitle indeksi kilo/boy² (kg/m²) olarak hesaplanmış ve sınıflandırılmıştır. HbA1c düzeyi ise, aritmetik ortalamalarına göre gruplandırılmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu

Verilerin toplanması için, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2015/31 sayılı karar ile ve Konya Halk Sağlığı Müdürlüğünden 86104336/600 sayılı yazılı izinler alınarak yapılmıştır. Çalışmaya katılan bireylere, araştırmanın amacı anlatılarak sözlü ve Gönüllü Bilgilendirme Formu imzalatılarak yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 53.3±8.0 (min:30-max:65) yıl olup, %51.4'ü kadın, %88.9'u evli, %69.8'i ilköğretim mezunu, %43.7'si ev hanımıdır. Hastaların %63.4'ü algıladığı ekonomik durumunu orta olarak değerlendirirken, %58.8'inin eş ve çocukları ile birlikte yaşadığı ve ailede ortalama birey sayısının 3.8±1.8 olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan hastaların bazı alışkanlıklarına göre dağılımı incelendiğinde; %76.4'ünün sigara kullanmadığı, kullananların ortalama kullanma süresinin 15.5±7.9 yıl olduğu, %98.5'inin alkol kullanmadığı, kullananların ortalama kullanma süresinin 12.6±4.8 yıl olduğu, %52.6'sının düzenli egzersiz yapmadığı, %66.5'inin diyabet diyetine uymadığı, %80.9'unun sağlık kontrollerini düzenli yaptırdığı bulunmuştur. Araştırmaya katılan hastaların ortalama tanı süresi 8.7±7.2 yıl, HbA1c düzeyi %8.2±1.1'dir. Hastaların %54.2'sinin ailesinde diyabet olmadığı, %87.7'sinin diyabet eğitimi aldığı, eğitim alanların %82.5'inin eğitimi hekimden aldığı, %76.8'inin aldığı eğitimin yeterli olduğunu düşündüğü saptanmıştır. Hastaların %69.2'si sadece oral anti diyabetik kullandığını, %88'i düzenli ilaçlarını kullandıklarını belirtmişlerdir.

Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği; İç Kontrol Odağı alt boyutundan ortalama 25.3±6.8, Güçlü Başkaları Kontrol Odağı alt boyutundan ortalama 27.3±4.7, Şans Kontrol Odağı alt boyutundan ortalama 17.9±5.5 puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 1). Hastaların, Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeğinin **İç Kontrol Odağı** alt boyutunun sosyodemografik özellikler ile ilişkisi değerlendirildiğinde yaş ve cinsiyet değişkenlerinin

puan ortalamasının benzer olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Medeni durumu evli olanların bekar/dul/boşanmışlara göre, ortaokul ve üstü mezun olanların ilkökul mezunu olanlara göre, ailesi veya başka kişiler ile yaşayanların yalnız yaşayanlara, ailede birey sayısı üç ve üzerinde olanların bir ve iki olanlara göre puan ortalaması anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). **Güçlü Başkaları Kontrol Odağı** alt boyutunda cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı kişi değişkenleri puan ortalamalarının benzer olduğu bulunmuşken, yaş ve ailedeki birey sayısı arasında anlamlı fark bulunmuştur. Tukey HSD testine göre ise, farklılığın 52 yaş ve üstünde olanlardan kaynaklandığı (28.3 ± 4.1); bu grubun puan ortalamasının 41-51 yaş (26.3 ± 5.2) ve 30-40 yaş aralığında (24.4 ± 4.9) daha yüksek olduğu

görülmektedir ($p<0.05$). Ailedeki birey sayısı bir veya iki olanların, birey sayısı üç ve üzerinde olanlara göre puan ortalaması yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). **Şans kontrol odağı** alt boyutunda cinsiyet, eğitim durumu puan ortalamalarının benzer ($p>0.05$); yaş medeni durum, yaşadığı kişi ve ailedeki birey sayısının puan üzerine etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur. Tukey HSD testine göre, 52 yaş ve üstünde olanların (18.2 ± 5.7) ve 41-51 yaş (18.2 ± 5.1) aralığında olanlar benzer puan ortalamasına sahip olduğu görülmüş ve bu grupların ve 30-40 yaş aralığında (14.2 ± 5.7) olanlara göre puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bekar/dul/boşanmışların evli olanlara göre, yalnız yaşayanların, ailesi veya diğer kişiler ile yaşayanlara göre puan ortalaması yüksek bulunmuştur ($p<0.05$)(Tablo 2).

Tablo 1. Hastaların çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı

	Ort±ss	Ortanca	En Küçük	En Büyük
Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği				
İç Kontrol Odağı	25.3±6.8	27.0	6	36
Güçlü Başkaları Kontrol Odağı	27.3±4.7	27.0	6	36
Şans Kontrol Odağı	17.9±5.5	19.0	6	36

Ort: Aritmetik Ortalama

ss: Standart Sapma

Hastaların beden kitle indeksi ve bazı alışkanlıklarına göre, Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği alt boyutlarının puan dağılımı incelendiğinde, **İç kontrol odağı** alt boyutunun beden kitle indeksi, sigara kullanma durumu ve düzenli sağlık kontrolü yaptıranların puan ortalamasının benzer olduğu ($p>0.05$), düzenli egzersiz yapma, düzenli diyabet diyeti uygulama durumunun ise, puan ortalamasında farklılık olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu farklılığın nedenine bakıldığında, düzenli egzersiz yapanların (28.4 ± 4.8) ve bazen yapanların (28.2 ± 5.2) puan ortalamasının benzer ve her iki grubunda düzenli egzersiz yapmayanlara (22.6 ± 7.2) göre puan ortalamasının yüksek olduğu bulunmuştur. Düzenli diyabet diyeti uygulayanların (26.9 ± 6.2), uygulamayanlara (22.1 ± 7.0) göre puan ortalaması yüksek bulunmuştur. **Güçlü Başkaları Kontrol Odağında** beden kitle indeksi açısından grupların puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu, Dunnett T3 testine göre ise, farklılığın bütün gruplar arasında olduğu, hafif kilolu olanların (28.6 ± 4.3) en yüksek puan ortalamasına, normal kiloda olanların (23.3 ± 6.0) ise en düşük puan ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Düzenli egzersiz yapanların ve bazen egzersiz yapanların puan ortalamasının benzer

ve düzenli egzersiz yapmayanlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Düzenli diyabet diyetine uyanların (28.0 ± 4.2), uymayanlara göre (26.0 ± 5.3), düzenli sağlık kontrolü yaptıranların (28.0 ± 4.6) yaptırmayanlara göre (24.5 ± 4.2) puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Sigara kullanma durumuna göre ise grupların puan ortalamasının benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). **Şans kontrol odağında**, sigara kullanma ve düzenli sağlık kontrolü yaptıran durumları puan ortalamalarının benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Beden kitle indeksine göre, obez olanların puan ortalamasının hafif kilolu ve normal kiloda olanlarla benzer olduğu ve hafif kilolu olanların normal kiloda olan gruptan daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Düzenli egzersiz yapma durumuna göre oluşturulan gruplar arasında, puan ortalamasına göre farklılığın anlamlı olduğu, düzenli egzersiz yapanların puan ortalamasının en yüksek, bazen yapanların ise en düşük olduğu bulunmuştur. Düzenli diyabet diyetine uymayanların (19.2 ± 4.6) uyanlara (17.3 ± 5.9) göre ortalaması yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Sigara kullanma ve düzenli sağlık kontrolü yaptırmaya göre ise grupların puan ortalamasının benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 2. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı

	n	%	İç Kontrol Odağı Ort±SS	Güçlü Başkaları Kontrol Odağı Ort±SS	Şans Kontrol Odağı Ort±SS
Yaş					
30-40 ^a	20	6.2	26.8±4.3	24.4±4.9	14.2±5.7
41-51 ^b	115	35.4	26.1±6.4	26.3±5.2	18.2±5.1
52 ve üzeri ^c	190	58.5	24.7±7.3	28.3±4.1	18.2±5.7
Test ve p değeri			F= 2.137 p=0.120	F= 10.815 p<0.001 a,b<c, p=0.001*	F= 5.011 p=0.007 a<b,c, p<0.05*
Cinsiyet					
Kadın	167	51.4	25.0±6.3	27.7±4.9	17.9±5.7
Erkek	158	48.6	25.6±7.4	26.9±4.5	18.0±5.4
Test ve p değeri			t= -0.744 p=0.458	t= 1.489 p=0.138	t=-0.266 p=0.790
Medeni durum					
Evli	289	88.9	25.7±6.7	27.3±4.5	17.6±5.6
Bekar/dul/boşanmış	36	11.1	22.4±7.5	28.1±6.0	20.8±4.4
Test ve p değeri			t= 2.645 p=0.009	t= -0.989 p=0.323	t= -3.234 p=0.001
Eğitim Durumu					
İlkokul	227	69.8	24.4±7.2	27.7±4.3	18.0±5.6
Ortaokul ve üstü	98	30.2	27.4±5.3	26.6±5.5	17.9±5.5
Test ve p değeri			t= -3.615 p<0.001	t= 1.894 p=0.059	t=.097 p=0.923
Yaşadığı kişi					
Yalnız	17	5.2	21.8±6.8	26.7±5.6	21.2±4.6
Aile ile / diğer kişiler ile	308	94.8	25.5±6.8	27.4±4.7	17.8±5.5
Test ve p değeri			t=-2.156 p=0.032	t= -0.609 p=0.543	t= 2.484 p=0.014
Ailedeki birey sayısı					
1-2	111	34.2	23.8±7.2	28.4±4.2	19.0±4.3
3 ve üzeri	214	65.8	26.1±6.5	26.8±4.9	17.4±6.0
Test ve p değeri			t= -2.863 p=0.004	t= 2.796 p=0.005	t= 2.613 p=0.009

*Tukey HSD

t: bağımsız gruplarda t testi

F: tek yönlü varyans analizi

Tablo 3. Hastaların beden kitle indeksi ve bazı alışkanlıklarına göre çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutlarının puan dağılımı					
	n	%	İç Kontrol Odağı Ort±SS	Güçlü Başkaları Kontrol Odağı Ort±SS	Şans Kontrol Odağı Ort±SS
Beden kitle indeksi					
Normal ^a	23	7,1	23.9±5.9	23.3±6.0	15.2±4.3
Hafif Kilolu ^b	164	50,5	25.5±7.0	28.6±4.3	18.5±5.5
Obez ^c	138	42,5	25.4±6.8	26.5±4.4	17.8±5.6
Test ve p değeri			F=0.523 p=0.593	F=17.752 p<0.001 a<c<b, p<0.005**	F=3.673 p=0.026 a<b,c, p<0.05*
Sigara kullanma durumu					
Kullanıyor	51	15.7	24.7±5.8	26.6±3.3	16.7±5.5
Kullanmıyor/bırakmış	274	84.3	25.4±7.0	27.5±4.9	18.2±5.5
Test ve p değeri			t= -0.679 p=0.498	t= -1.280 p=0.201	t=-1.786 p=0.075
Düzenli egzersiz yapma durumu					
Evet ^a	79	24.3	28.4±4.8	29.4±4.4	20.3±4.0
Hayır ^b	171	52.6	22.6±7.2	26.1±4.6	17.9±5.6
Bazen ^c	75	23.1	28.2±5.2	28.1±4.5	15.6±5.9
Test ve p değeri			F= 32.942 p<0.001 a,c>b p<0.001	F= 15.395 p<0.001 a,c>b, p>0.001	F=14.63 p<0.001 a>b>c, p<0.005
Düzenli diyabet diyeti uygulama durumu					
Evet	216	66.5	26.9±6.2	28.0±4.2	17.3±5.9
Hayır	109	33.5	22.1±7.0	26.0±5.3	19.2±4.6
Test ve p değeri			t= 6.362 p<0.001	t= 3.792 p<0.001	t=-3.038 p=0.003
Düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumu					
Evet	263	80.9	25.1±7.1	28.0±4.6	18.0±5.6
Hayır	62	19.1	26.0±5.5	24.5±4.2	17.6±5.5
Test ve p değeri			t= -0.886 p=0.377	t= 5.399 p<0.001	t= 0.585 p=0.559

*Tukey HSD ** Dunnett T3 t: bağımsız gruplarda t testi F: tek yönlü varyans analizi

Hastaların, hastalık özelliklerine göre Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği alt boyutlarının puan dağılımı incelendiğinde, **İç Kontrol Odağı** alt boyutunda HbA1c düzeyi, diyabetle ilgili yeterli eğitim aldığını düşünme ve diyabet tedavi şeklinin puan ortalamalarının benzer olduğu ($p>0.05$), ailede diyabet varlığı, diyabet eğitimi alma ve ilaçlarını düzenli kullanma durumunun anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Farklılığı saptamak için kullanılan Tukey HSD testine göre, birinci ve ikinci derece akrabalarında diyabet görülenlerin puan ortalamasının benzer olduğu ve ailede diyabeti olmayanların puan ortalamasının iki gruptan daha düşük olduğu bulunmuştur. Diyabet eğitimi almayanların (27.8±4.5) alanlara (25.0±7.0) göre, ilaçlarını düzenli kullanmayanların (28.3±2.6), kullananlara (24.9±7,1) göre puanları yüksek bulunmuştur.

Güçlü Başkaları Kontrol Odağında HbA1c düzeyi, diyabet eğitimi alma ve ilaçlarını düzenli kullanma puan ortalamalarının benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Ailede diyabet varlığında ise ikinci derece akrabalarında diyabet görülenlerin puan ortalamasının gruplarla benzer olduğu, ailede diyabeti olmayanların puan ortalamasının ise birinci derece akrabalarında diyabet görülenlerinden yüksek olduğu belirlenmiştir. Diyabetle ilgili yeterli eğitim aldığını düşünenlerin (27.8±4.5), düşünmeyenlere (26.4±5.4) göre puan ortalaması yüksek bulunmuştur. Diyabet tedavi şeklinde ise, sadece insülin kullananlar ile insülin ile birlikte oral anti diyabetik kullananların puan ortalamalarının benzer olduğu ve her iki grubun puan ortalamasının sadece oral anti diyabetik kullananlara göre yüksek olduğu bulunmuştur.

Şans kontrol odağında diyabet eğitimi alma durumu, diyabetle ilgili yeterli eğitim aldığı düşünme ve ilaçlarını düzenli alma durumu puan ortalamalarının benzer olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). HbA1c düzeyi 8.2 ve daha düşük olanların arasında olanların (18.9±5.3) 8.3 ve üzeri olanlara (15.7±5.1) göre puanı ortalaması yüksek bulunmuştur. Dunnett T3 testine göre, birinci ve

ikinci derece akrabalarında diyabet görülenlerin puan ortalamasının benzer olduğu ve ailede diyabeti olmayanların puan ortalamasının iki gruptan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Diyabet tedavi şeklinde ise sadece insülin kullananlar ile, insülin ile birlikte oral anti diyabetik kullananların puanlarının benzer olduğu, farkın sadece oral anti diyabetik kullananlardan kaynaklandığı ve puanının iki gruptan daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların hastalık özelliklerine göre çok boyutlu sağlık kontrol odağı ölçeği alt boyutlarının puan dağılımı					
	n	%	İç Kontrol Odağı Ort±SS	Güçlü Başkaları Kontrol Odağı Ort±SS	Şans Kontrol Odağı Ort±SS
HbA1c Düzeyi (n=158)					
8.2 ve altı	88	55.7	26.2±6.2	27.2±5.1	18.9±5.3
8.3 ve üzeri	70	44.3	24.4±8.0	26.7±4.9	15.7±5.1
Test ve p değeri			t= 1.543 p=0.125	t=0.548 n=0.584	t= 3.845 p<0.001
Ailede diyabet varlığı					
Birinci derece akrabalarda ^a	97	29.8	26.4±6.3	25.8±5.6	16.9±6.1
İkinci derece akrabalarda ^b	52	16.0	26.4±7.0	27.4±4.5	15.2±5.6
Yok ^c	176	54.2	24.4±7.0	28.2±4.0	19.3±4.8
Test ve p değeri			F= 3.638 p=0.027 a,b>c, p<0.05*	F= 7.990 n<0.001 c>a, p<0.001**	F=14.66 p<0.001 a,b<c, p<0.005**
Diyabet eğitimi alma durumu					
Hayır	40	12.3	27.8±4.5	26.4±4.5	16.8±4.0
Evet	285	87.7	25.0±7.0	27.5±4.7	18.1±5.7
Test ve p değeri			t= 2.481 p=0.014	t= -1.372 n=0.171	t=-1.404 p=0.161
Diyabetle ilgili yeterli eğitim aldığı düşünme (n=285)					
Evet	219	76.8	25.4±6.7	27.8±4.5	18.2±5.8
Hayır	66	23.2	23.5±8.1	26.4±5.4	17.8±5.5
Test ve p değeri			t= 1.890 n=0.060	t= 0.061 n=0.040	t= 0.530 p=0.597
Diyabet tedavi şekli					
Sadece oral anti diyabetik ^a	225	69.2	25.0±6.2	26.6±4.8	18.9±5.0
Sadece insülin ^b	63	19.4	25.8±7.5	29.5±4.1	16.1±5.6
İnsülin ile birlikte oral anti diyabetik ^c	37	11.4	26.4±9.0	28.5±4.0	15.2±7.0
Test ve p değeri			F=0.896 p=0.409	F= 11.273 p<0.001 b,c>a, p<0.001 *	F=11.73 p<0.001 a>b,c, p=0.00**
İlaçlarını düzenli alma durumu					
Evet	286	88.0	24.9±7.1	27.4±4.7	18.0±5.3
Hayır	39	12.0	28.3±2.6	26.8±4.5	17.5±7.0
Test ve p değeri			t= -2.902 p=0.004	t=0.797 p=0.426	t= 0.562 p=0.575

*Tukey HSD
TARTIŞMA

**DunnettT3

t: bağımsız gruplarda t testi

F: tek yönlü varyans analizi

Katılımcıların, Çok Boyutlu Sağlık Kontrol Odağı Ölçeği'nden aldıkları puanlar incelendiğinde; İç Kontrol Odağı alt boyutundan 25.3±6.8, Güçlü Başkaları Kontrol Odağı alt boyutundan 27.3±4.7, Şans Kontrol Odağı alt boyutundan 17.9±5.5 puan aldığı belirlenmiştir (Tablo 1). Çalışmadaki bu göstergelerle diyabetli bireylerin hastalık yönetiminde, dışsal kuvvetlere daha çok inanma eğiliminde olduğu görülmektedir. Diyabetli hastalarda yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde, Al Nawafa'h ve Hamdan-Mansour (2015); iç kontrol odağından 27.2±6, güçlü başkaları kontrol odağından 30.8±5.2, şans kontrol odağından 15.6±6.6 puan⁸, Aflakseir ve ZarrinPour (2014) sırasıyla 26.0±4.2, 24.9±4.6, 20.9±5.9 puan²⁰, Williams ve arkadaşları (2016) 25.9±5.6, 23.7±5.6, 17.4±5.9 puan¹¹ aldıklarını belirlemiştir. Zahednezhad ve arkadaşları (2011); 27.9±6.3, 18.88±6.56, 25.30±5.59 olarak⁹ bulmuştur. Çalışmalarda, diyabeti olan bireylerin genellikle iç kontrol ve güçlü başkaları kontrol odaklarının yüksek olduğu gözlemlenmiştir.^{14,21} Ülkemizde ise diyabet hastalarının kontrol algılarına yönelik sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Bireylerin, iç kontrol odaklarının güçlü başkaları kontrol odağına yakın olması bireylerin hastalık algısının yüksek olmasıyla açıklanabilir. Hastalığın kronik olması, komplikasyonlar oluşturması nedeniyle de bireyler başka kişilerin yardımına ihtiyaç duyabilmekte ve bu da güçlü başkaları kontrol odağının yüksek olmasına neden olabilmektedir. Ayrıca yapılan çalışmalarda güçlü başkaları kontrol odağı ve iç kontrol odağının önceliklerinin değişken olmasının eğitim ve sosyokültürel farklılıklar nedeniyle olduğu düşünülmüştür.

Yüksek iç kontrol odağına sahip olan hastaların tedavi ile uyum oranlarının ve kendi sağlıklarına olan inançlarının daha fazla olduğu söylenebilir.^{7,9} İç kontrolü yüksek olan bireylerin, diyetlerine daha çok dikkat ettiklerini gösteren çalışma mevcutken¹³, diyetle uyumu etkilemediğini belirten çalışmada mevcuttur.²⁰ Aynı şekilde, iç kontrol odağının öz-etkililik puan ortalamasıyla pozitif yönde bir anlamlılık gösterdiği bulunmuştur.¹⁴ Ayrıca iç kontrolün yaş²², ekonomik durum²²⁻²⁴, fiziksel-mental sağlık ve sağlık davranışları ile ilişkili olduğu da²⁵ bildirilmiştir. Yaş ile iç kontrol odağı arasındaki ilişkide anlamlılık saptanmayan çalışmalar mevcutken²⁰⁻²⁶, Poortinga ve ark (2008) çalışmasında²³ ise 35-64 yaş arasındaki bireylerin daha yüksek iç kontrol odağına sahip olduklarını bildirmiştir. Abredari ve ark (2015) çalışmasında²⁴ ise yaş arttıkça erkeklerin iç kontrol odağının geliştiğini belirtmiş ve çeşitli çalışmalarda erkeklerin daha yüksek iç kontrolle sahip oldukları bildirilmiştir.^{12,23,26} Medeni durum

değerlendirildiğinde çalışmamıza paralel olarak evli bireylerin iç kontrol odak puanının daha yüksek olduğunu destekleyen çalışma bulunmaktadır.²⁶ İç kontrol odağı güçlü olan bireylerin karşılaştıkları sorunların kendi kişilik özelliklerinden kaynakladığını düşünmeleri, başarıya ulaşmak için çaba göstermeleri kendi motivasyonlarını arttırabilir. Ayrıca, çalışmaya alınan hastaların iç kontrol odağı puanının çok yüksek olmamasının nedeni grubun yaş ortalamasının orta düzey ve eğitim seviyesinin düşük olması ile açıklanabilir. Tıbbi tedavi alt boyutunda anlamlılık bulunmaması, hastaların istenilen ilaç prosedürüne uyması ve tedavi boyutunda zorlu bir davranış gerektirmemesi ile açıklanabilir.

Hemşirelerin ve hastaların kontrol algılarının karşılaştırıldığı bir çalışmada; hemşirelerin ve hastaların dış kontrol odağına daha çok sahip oldukları görülmüştür.⁸ Aflakseir ve ZarrinPour'un (2014) çalışmasında,²⁰ dış kontrol odağına sahip kişilerin diyetle uyum eğilimleri yüksek iken, şans odağına sahip kişilerin daha az uyum gösterme eğiliminde oldukları görülmüştür. Grotz ve ark. (2011), yetişkin Alman popülasyonunda yaptıkları çalışmada²⁷ yaşlı bireyler, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olanlar ve göç yoluyla gelenlerin daha çok güçlü başkaları ve şans odağına sahip oldukları bulunmuş aynı çalışmada şans sağlık odağının fiziksel aktivite, dış sağlığı, düzenli muayenelere gitmek gibi sağlıklı davranışlarla daha az ilişkili olduğu bildirilmiştir. Poortinga ve ark. (2008) çalışmasında²³, 45-74 yaş arasındaki bireylerin güçlü başkaları odak puanının giderek arttığı ve 65-74 yaş arasındaki bireylerin şans kontrol odak puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Fuscaldiva ark. (2011) çalışmasında²¹ kadınların erkeklere göre şans alt boyutundan aldıkları puanın istatistiksel olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.

Aynı şekilde, Morowatisharifabad ve ark. (2010) çalışmalarında¹² kadınların şans kontrol odağı alt boyutundan aldıkları puanın erkeklere oranla daha fazla olduğu ve cinsiyetin, güçlü başkaları kontrol odağı üzerinde bir anlamlılık oluşturmadığı belirtilmiştir. Dış kontrol odağı ve şans kontrol odağını kullanan bireylerin bütün başarısızlıklarının kendi kontrollerinin dışında olduğunu düşünmeleri nedeni ile motivasyonlarının daha az olduğu söylenebilir. Ayrıca dini tutum veya inancı yüksek olan bireylerin içinde buldukları sosyokültürel ortamı da denetim odağını etkilemektedir. Bazı insanların daha kadereci bir tutuma sahip olmaları nedeni ile şans odağını kullanan bireylerin yetersiz sağlık davranışları açısından bir risk faktörü olarak ele alınması gerektiği ve şansın sağlık davranışları üzerinde dolaylı bir etkileşimi olabileceği de

unutulmamalıdır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, üç aile sağlığı merkezine başvuran tip 2 diyabetli bireyler ile yapıldığından örneklem sınırlılığı içermektedir. Bu nedenle çalışma sonuçları evrene genellenemez.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Katılımcıların iç kontrol, güçlü başkaları ve şans kontrol odakları arasında güçlü başkaları kontrol odağından aldıkları puanın daha yüksek olduğu ve bu odağın da çeşitli faktörlerden (yaş, BKİ, egzersiz yapma durumu gibi) etkilendiği saptanmıştır. Hemşireler, diyabetli bireylerin sağlık algılarını belirleyerek hastaların kendi sağlıklarını yönetebilmelerini desteklemelidir. Hasta ile etkin bir işbirliği yapmalı ve hastalıklarında etkin bir rol oynamalarını sağlamalıdır. Çalışmanın daha geniş örneklem grubuyla tekrar edilmesi, yapılan fiziksel aktivitenin türünün, süresinin ve sıklığının incelenmesi önerilir.

Teşekkür: Çalışmanın istatistiksel analizlerinde destek olan Doç. Dr. Deniz TANYER'e teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Schunk DH. Öğrenme teorileri: eğitimsel bir bakışla. Şahin M, çev.editör. 5. Baskı. Ankara:Nobel Akademik Yayıncılık; 2014, p. 492-494.
2. Rotter J. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs: General and Applied 1966; 80: 1-28.
3. Küçükkaragöz H, Akay Y, Canbulat T. Rotter iç-dış kontrol odağı ölçeğinin öğretmen adaylarında geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Akademik Bakış Dergisi, 2013;35:1-12.
4. O'hea E, Moon S, Grothe K, Boudreaux E, Bodenlos J, Wallston K, et al. The interaction of locus of control, self-efficacy, and outcome expectancy in relation to HbA1c in medically underserved individuals with type 2 diabetes. J Behav Med 2009; 32:106-17. doi: [10.1007/s10865-008-9188-x](https://doi.org/10.1007/s10865-008-9188-x)
5. Yeşilyaprak B. Eğitim psikolojisi: gelişim, öğrenme-öğretim. Ankara: Pegem Akademi Yayınları; 2012: 245-69.
6. Trento M, Tomelini M, Basile M, Borgo E, Passera P, Miselli V et al. The locus of control in patients with type 1 and type 2 diabetes managed by individual and group care. Diabet Med 2008; 25: 86-90 doi: [10.1111/j.1464-5491.2007.02319.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2007.02319.x)
7. Przybylski M. Health locus of control theory in diabetes: a worthwhile approach in managing diabetic foot ulcers? Journal of Wound Care 2010; 19: 228-33 doi: [10.12968/jowc.2010.19.6.48470](https://doi.org/10.12968/jowc.2010.19.6.48470)
8. Al Nawafa'h A, Hamdan-Mansour A. Correlates of health locus of control among patients diagnosed with type-ii diabetes mellitus. Journal of Diabetes Mellitus 2015; 5: 190-7 doi: [10.4236/jdm.2015.53023](https://doi.org/10.4236/jdm.2015.53023).
9. Zahednezhad H, Poursharifi H, Babapour J. Memory, health locus of control and adherence in type ii diabetic patients in Iran - Tabriz. Procedia - Social and Behavioral Sciences , 2011; 30: 2621-4 <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.513>
10. Keedy N, Keffala V, Altmaier E, Chen J. Health locus of control and self-efficacy predicted back pain rehabilitation outcomes. The Iowa Orthopaedics and Rehabilitation 2014; 34: 158-65.
11. Williams J, Lynch C, Voronca D, Egede L. Health locus of control and cardiovascular risk factors in veterans with type 2 diabetes. Endocrine 2016; 51:83-90 doi: [10.1007/s12020-015-0677-8](https://doi.org/10.1007/s12020-015-0677-8).
12. Morowatisharifabad M, Mahmoodabad S, Baghianimoghadam M, Tonekaboni N. Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of iranians. Int J Diabetes Dev Ctries 2010; 30: 27-32.
13. Cobb-Clark D, Kassenboehmer S, Schurer S. Healthy habits: the connection between diet, exercise, and locus of control. Journal of Economic Behaviour and Organization 2014;98:1-28 <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2013.10.011>.
14. Chen S, Lin H. Relationships among health locus of control, psychosocial status and glycemic control in type 2 diabetes adults. Journal of Nursing and Care 2014:1-6 doi:10.4172/2167-1168.1000162.
15. Cohen J, Cohen P, West SG, Aiken LS. Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences. 3rd edition:Mahwah NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 2003:19-64.
16. Erol O, Enc N. Hypoglycemia fear and self-efficacy of Turkish patients receiving insulin therapy. Asian Nursing Research 2011;5:222-228.
17. Akpunar D. Diyabet eğitiminin hastaların sağlık inancına, bilgi düzeyine ve diyabet yönetimine etkisi, Atatürk Üniversitesi:Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yükseklikisans Tezi. Erzurum: 2012:51-67.
18. Wallston K, Wallston B, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHL) scales. Health Education Monographs 1978; 6: 160-70.

19. Üstündağ-Budak M, Mocan-Aydın G. The role of personality factors in predicting the reported physical health symptoms of Turkish college students. *Adolescence* 2005; 40: 559-72.
20. Aflakseir A, ZarrinPour R. Predicting adherence to diet regimen based on health locus of control: a cross sectional study. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity* 2014; 5: 71-6.
21. Fuscaldi F, Balsanelli A, Grossi S. locus of control in health and self-esteem in type-2 diabetic patients. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45: 853-9 <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400009>.
22. Lindström M, Rosvall M. Marital status, social capital and health locus of control: a population-based study. *Public Health* 2012; 126: 790-5 doi: 10.1016/j.puhe.2012.06.001.
23. Poortinga W, Dunstan F, Lone D. Health locus of control beliefs and socio-economic differences in self-rated health. *Preventive Medicine* 2008; 46: 374-80 doi: 10.1016/j.ypmed.2007.11.015.
24. Abredari H, Bolourchifard F, Rassouli M, Nasiri N, Taher M, Abedi A. Health locus of control and self-care behaviours in diabetic foot patients. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2015; 29:1-5.
25. Keedy N. Health locus of control, self-efficacy, and multidisciplinary intervention for chronic back pain. *The Iowa Orthopaedic Journal* 2009;34:158-165.
26. Bell RA, Quandt SA, Arcury TA, McDonald J, Vitolins MZ. Health locus of control among rural older adults. *Gerontology & Geriatrics Education* 2002;22:69-89 http://dx.doi.org/10.1300/J021v22n04_06.
27. Grotz M, Hapke U, Lampert T, Baumeister H. Health locus of control and health behaviour: results from a nationally representative survey. *Psychol Health Med* 2011; 16: 129-40 doi: 10.1080/13548506.2010.521570.



Review Article / Derleme

Medical Social Work Practices after Sexual Assault against Women

Kadına Yönelik Cinsel Saldırı Sonrası Müdahalede Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları

Semra Saruç*¹, Hüsnünur Aslantürk²

ABSTRACT

As a type of sexual violence, women are exposed to sexual assault more frequently than men. For this reason, intervention after sexual assault usually takes shape on women, and women come to the forefront in such practices. The need for health services for all dimensions of women exposed to sexual assault firstly increases the need for prioritizing interventions, not only physically in terms of diagnosis and treatment, but also components of psychological, emotional, social and economic well-being that are the nature of sexual assault. In this context, medical social work practices have an important place in the intervention of women exposed to sexual assault. In this general framework, the aim of this work is not only to discuss the importance of medical social work practices structured at the community, individual, group, and community level, but also with family, community, society, and not with women exposed to individual sexual assault.

Keywords: Sexual assault, woman, medical social work practices

ÖZET

Cinsel şiddetin bir türü olan cinsel saldırıya, kadınların erkeklere oranla daha fazla maruz kaldıkları bilinmektedir. Bu nedenle, cinsel saldırı sonrası müdahale genellikle kadınlar üzerine şekillenmekte, kadın bu tür uygulamalarda ön plana çıkmaktadır. Cinsel saldırıya maruz kalan kadınların, öncelikle her boyutuyla sağlık hizmetine olan ihtiyacı, sadece fiziksel olarak tanı ve tedavi boyutunda değil, cinsel saldırının doğası gereği psikolojik, duygusal, sosyal ve ekonomik anlamda sağlığın bileşenlerini de ön plana çıkarıcı müdahalelere duyulan ihtiyacı arttırmaktadır. Bu bağlamda, cinsel saldırıya maruz kalan kadınlara yapılan müdahalede, tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemli bir yeri bulunmaktadır. Bu genel çerçevede, bu çalışmanın amacı, sadece bireysel olarak cinsel saldırıya maruz kalan kadınla değil, ailesiyle, çevresiyle, toplumla bireysel, grup ve toplum düzeyinde yapılandırılan tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının yeri ve önemini tartışmaktır.

Anahtar kelimeler: Cinsel saldırı, kadın, tıbbi sosyal hizmet uygulamaları

Received / Geliş tarihi: 18.01.2018, Accepted / Kabul tarihi: 19.03.2018

¹Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

²Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Doç.Dr. Semra Saruç, Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Eskişehir -TÜRKİYE, E-mail: semrasaruc@gmail.com

Saruç ve Aslantürk. Kadına Yönelik Cinsel Saldırı Sonrası Müdahalede Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları. TJFMPC, 2018; 12(2): 136-147.

DOI: 10.21763/tjfm.432550

GİRİŞ

“İnsanın sosyal hayatta varoluş mekanı”¹ olarak tanımlanan beden, en fazla önem verilen özelliklerinden biri de cinsiyettir.² Bedene yönelen en ağır tahakkümlerden biri olan şiddet de, bu cinsiyet faktöründen etkilenmekte ve kadınlar hayatlarının her döneminde, farklı şiddet biçimleriyle yüz yüze gelme tehlikesini, erkeklere oranla daha yüksek düzeyde yaşamaktadır.

Günümüzde kadına yönelik şiddet, tüm dünyada mücadele edilen önemli bir sosyal sorun olarak gündemdeki yerini korumaktadır. Kadına yönelik şiddetin, tüm formları farklı şekillerde kadını etkilemesine rağmen, cinsel şiddet, fiziksel, ruhsal, duygusal, sosyal ve ekonomik etkileri olması nedeniyle özellikli bir yere sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Şiddet ve Sağlık Raporu’nda³ cinsel şiddet, “bireyin rızası olmadan, baskı kullanarak ya da rızasının aranmayacağı durumlarda herhangi bir cinsel hareket, girişim, cinsel içerikli sözler ile fiziksel, ruhsal ve sosyal zarar görmesi” olarak tanımlanmaktadır. Aynı raporda, cinsel şiddet türleri de ayrıntılı bir şekilde tanımlanmıştır. Buna göre, evlilik içinde, beraberliklerde ya da yabancılar tarafından gerçekleştirilen tecavüz, savaş esnasında sistematik olarak gerçekleştirilen tecavüz, cinsel satışmalar ve saldırılar, engelli bireylerin, çocukların cinsel istismarı, evlenmeye zorlama, gebelikten korunma yöntemlerini kullanma hakkının engellenmesi, zorla düşük, bekâret muayeneleri gibi kadının cinsel bütünlüğüne yönelik saldırgan eylemler, bireylerin cinsel istismar amacıyla ticari yönden kötüye kullanılması, cinsel şiddet kapsamında değerlendirilmektedir.

Cinsel şiddetin bir türü olan cinsel saldırı ise, kullanılan zorlamaya göre farklı şekillerde ele alınır. Ülkemizdeki uygulamayı da kapsamı açısından, 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu’nun altıncı bölümünde yer alan “Cinsel Dokunulmazlığa Karşı Suçlar” başlığı altında yer alan 102. maddede yer verilen tanım belirleyici olacaktır. İlgili maddede cinsel saldırı “cinsel davranışlarla bir kişinin vücut dokunulmazlığını ihlal etmek” olarak tanımlanmıştır. Cinsel saldırı eylemi, iki farklı şekilde gerçekleşebilmektedir. İlk olarak cinsel saldırı, “vücuda organ ya da sair cismin girişi olmadan, vücut dokunulmazlığının ihlalini” içerirken, ikinci tür cinsel saldırıda ise “kişinin vücut dokunulmazlığının, vücuda cinsel organ veya sair bir cisim sokulmasıyla ihlal edilmesi” söz konusudur. Vajinal, anal ve oral yolla bir cisim ya da organ kullanılarak gerçekleştirilen saldırılar bu kapsamdadır.⁴ Görüldüğü gibi cinsel saldırı kişiye dokunmaktan, sarılmaktan tecavüze kadar geniş bir yelpazede değerlendirilen bir dizi durumu kapsamaktadır. Tecavüz ya da ırza geçme ise cinsel

saldırının en uç noktasıdır ve “mağdurun rızası olmadan gerçekleşen penetrasyon” olarak tanımlanmaktadır.⁵

Yaygınlık

Cinsel saldırıya maruz kalma oranlarıyla ilgili veriler değerlendirildiğinde, toplumsal ve kültürel koşullar önemli bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır. Cinsel saldırıya maruz kaldığını açıklamanın, bir kadın için, içinde yaşadığı toplumun bakış açısından ve kültürel değerlerinden bağımsız olmadığı aşikârdır. Ayrıca doğası gereği, duygusal, psikolojik, sosyal ve ekonomik hayatına etkileri de bu durumu çevresindekilerle paylaşma konusunda belirleyicidir. Bu noktada cinsel saldırıya maruz kalmakla ilgili istatistiki verileri, bu çerçevede değerlendirmek, gerçek tabloya ilişkin bir fikir verebilir. Bu tablonun vahametiyle ilgili olarak Davis⁶, oldukça az sayıda kadının yaşamları boyunca bir kez olsun cinsel saldırı girişimine, ya da cinsel saldırıya maruz kalmadığını söyleyebileceğini belirtmektedir.

Medeni kültürlerin hemen hemen hepsinde, cinsel saldırı ile karşılaşmakla birlikte, görülme sıklığı toplumdaki topluma önemli ölçüde farklılaşmaktadır. Bu noktada Amerika Birleşik Devletleri, cinsel saldırının, özellikle de tecavüzün en fazla görüldüğü toplumlardan biri olarak ön plana çıkmaktadır.⁶ Amerika’da, son yirmi yıllık dönemde tecavüz oranı, yüz bin kişide %88 artmıştır⁷ ve her 6 dakikada bir kadına tecavüz edilmektedir.⁸ Kanada’da, 420 kadınla gerçekleştirilen bir çalışmada, 16 yaşından itibaren araştırmaya dâhil olan kadınların yüzde 40’ı, hayatlarının bir döneminde cinsel zorlama ile yüz yüze geldiklerini bildirmişlerdir.⁹

Çoğu toplumsal yapıda, farklı şekillerde olsa da genel olarak cinsel ilişkinin meşruiyet kazandığı bir kurum olarak, evlilik kurumu da kadına yönelik cinsel saldırının yaşandığı alanlardan biridir. Bu nedenle, ülkemizde “kol kırılır yen içinde kalır” bakış açısıyla, aile içinde var olan şiddete, özellikle de en mahrem alan olarak kültürümüzde kabul gören cinsel alana müdahale etmek yerine, bu tür sorunların eşler arasında çözümlenmesinin gerekliliğiyle ilgili bakış açısı sonucu, bu alana devlet tarafından mümkün olduğu kadar az müdahale edilmesiyle ilgili yaklaşımın terk edilmeye başlandığı görülmektedir.¹⁰ Özellikle aile içinde meydana gelen şiddet ile ilgili tartışmalarda, ailenin “özel alan” olarak kabul edilmesi ve bu nedenle devletin bu konudaki sorumluluğunun sınırlandırılmasıyla ilgili, literatürde yapılan tartışmalar sonucunda,¹¹ evlilik içi tecavüzün birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de suç olarak tanımlanmasıyla birlikte, evlilik

birliği içerisinde, erkeğin kadına karşı her türlü cinsel tahakkümünün olağan sayıldığı bakış açısı da değişmeye başlamıştır. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi şiddet Arařtırması¹² (2014) sonuçlarına göre, evlenmiş kadınların yüzde 12’si, yaşamlarının herhangi bir döneminde eşleri ya da birlikte oldukları erkekler tarafından, cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. İngiltere’de de, en yaygın tecavüz şekli, kadınların şimdiki eşleri, eski eşleri ya da partnerleri tarafından gerçekleştirilmektedir. Ayrıca, her yedi evli kadından birisi, eşleri tarafından cinsel ilişkiye zorlanmaktadır.¹³ Ülkemizde, 2015 yılında 5340 kişi cinsel suçtan hüküm giymiştir. Cinsel suçtan hüküm giyenlerin oranı, tüm hükümlüler içinde %3,1’dir. Cinsel suçlarda, %98,9 oranında erkekler hüküm giymiş, dolayısıyla cinsel saldırılara en yüksek oranda kadınlar maruz kalmıştır.¹⁴

Cinsel saldırı, şiddet suçlarından en yaygın olanı, en hızlı artanı ve aynı zamanda en gizli kalanı olarak ön plana çıkmaktadır.¹⁵ Dünya genelinde gerçekleşen cinsel saldırılarla ilgili bilgiler, genel olarak emniyet güçleri, sağlık kuruluşları, sivil toplum kuruluşları ve yapılan araştırmalardan elde edilmektedir.³ Ancak, cinsel saldırının kayıtlı sayısal verilerden yola çıkılarak değerlendirilmesi, genel epidemiyolojiyi anlamak açısından yetersiz kalmaktadır. Bu durum, cinsel saldırıların adli mercilere bildirilme oranının düşüklüğü ile ilgilidir. Çoğu araştırma tahminine göre, tecavüz girişimlerinin yalnız %20 ile %50’si resmi mercilere intikal etmektedir. 246 cinsel saldırı mağduru ile yapılan bir araştırmada, 100’ünün yaşadığı saldırıyı polise bildirmedeği görülmüştür.⁶ Yine bir başka çalışmada, cinsel saldırı mağduru kadınların, %90’ından fazlasının bu durumu adli mercilere bildirmedeği dikkat çekmektedir.¹⁶ Amerika’da ise Ulusal Suç Araştırması sonuçlarına göre, gerçek tecavüz olaylarının polise duyurulanlardan iki katı fazla olduğu görülmüştür.¹⁷ Bu durumun nedeniyle ilgili olarak, bildirilen olguların daha çok bir yabancıнын topluma açık bir yerde birdenbire ve şiddetli saldırısı ile karşı karşıya kaldıkları ya da zorla eve giren birinin, tecavüzle birlikte silah kullandığı ve yaralama ile sonuçlanan saldırılardan oluştuğu görülmektedir. Yani, daha çok klasik olarak toplum tarafından “cinsel saldırı” olarak tanımlanan ve kabul gören olguların bildirimiminin daha yüksek olduğu dikkat çekmektedir. Aynı zamanda saldırganın kendisinden intikam alma ihtimali, mağdura inanılmayacağı, rezil olma korkusu, suçluluk, ailesini ya da arkadaşlarını koruma duygusu gibi sebeplerden dolayı cinsel saldırıların bildirimiminin düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca, cinsel saldırganın mağdurun çevresinden ya da ailesinden birisi olması durumunda, ya da cinsel saldırıya fiziksel şiddet yerine sözlü tehdit gibi diğer şiddet türlerinin eşlik ettiği durumlarda, bildirim

oranlarının daha düşük olduğu da dikkat çekmektedir.⁶

Cinsel Saldırıya Yönelik Yaklaşımlar

Cinsel saldırı, doğası gereği, tıp, halk sağlığı, aile hekimliği, hukuk, psikoloji, hemşirelik, sosyal hizmet gibi birçok disiplini doğrudan ilgilendiren bir fenomendir. Hukuk, cinsel saldırının hukuksal boyutuna, tıp, cinsel saldırıya maruz kalan ve cinsel saldırıda bulunan kişinin tüm yönleriyle sağlık durumuna, halk sağlığı, cinsel saldırı olgusunun toplumsal sağlığa etkilerine, aile hekimliği, cinsel saldırıya maruz kalma ile ilgili koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine, psikoloji, her iki tarafın da psikolojik durumuna, hemşirelik cinsel saldırıya maruz kalan kadına verilen sağlık ve bakım hizmetine, sosyal hizmet ise “çevresi içinde birey” anlayışını yansıtan ve bireyi bir bütün olarak ele alan biyo-psiko-sosyal boyutuna odaklanır. Her disiplin, kendi çalışma alanıyla ilgili kendi bilimsel bilgi temeline dayanarak, farklı bakış açılarıyla cinsel saldırıyı ele almaktadır. Bu bağlamda, literatürde cinsel saldırı konusunda, birçok farklı yaklaşım olduğu dikkat çekmektedir. Scully,⁶ cinsel saldırı, özellikle de tecavüzle ilgili yaklaşımları, beş genel başlık altında sınıflandırmaktadır:

Hastalık Modeli: Bu modelde cinsel saldırı, akıl sağlığının yerinde olmayışının ve genellikle denetim altında tutulamayan cinsel bir dürtünün sonucu olarak ele alınmaktadır. Cinsel saldırıda bulunma davranışını, bir hastalık ve kişinin iradesi ile denetim altına alınmayan bir durum olarak ele almak, cinsel saldırıda bulunan kişiyi davranışından sorumlu tutmamak sonucuna ulaşmayı beraberinde getirmektedir.

Psikoanalitik Model: Bu modelde, cinsel saldırıya maruz kalan bireyleri, kişisel özelliklerine ya da içinde buldukları koşullara göre sınıflandırma yaklaşımı dikkat çekmektedir. Örneğin Lither (1973), bilinçli ya da bilinç dışı olarak tecavüz edilme isteği taşımayan “gerçek kurbanlar” ile içten içe tecavüzle ilgili mazoşist bir ihtiyaç içinde olan “profesyonel kurbanları” birbirinden ayırır. Profesyonel kurbanlar, bilinç dışı bir istek sonucunda gizli bir şekilde kendilerini tecavüzcüye sunarak, tecavüzcüyle farkında olmadan bir işbirliği içine girerler.⁶

Psikopatolojik Model: Bu modelde ise cinsel saldırıyı bireysel bir sorun olarak görme eğilimi ön plandadır. Bu ise bir toplumsal sorun olarak günümüzde kabul gören cinsel saldırının sebebinin, bireyde aranmasına ve kültürel ve toplumsal yapının etkilerinin göz ardı edilmesine yol açmaktadır. Cinsel saldırı “hasta” erkeklerle sınırlı bir bağlamda ele alındığında, çözüme de bu hastalığı tedavi etmekle ulaşılabilir. Bu davranıştan

korunmak için, kadınların tek çaresi ise bu hasta erkeklerden uzak durarak kendilerini korumaktır.

Feminist Model: Psikopatolojik modele tepki olarak geliştirilen feminist modelde, cinsel saldırının toplumsal ve kültürel altyapısını açıklayacak alternatif bir açıklama önerilmektedir. Cinsel saldırıyı, kadın erkek ilişkileri çerçevesinde çözümleyen bu modelde tecavüz, cinsel zorlamanın sadece erkekler tarafından uygulanan bir biçimi olarak ele alınır. Bu modelde tecavüz, kadınlara yönelik uygulanan bir toplumsal denetim mekanizmasıdır. Toplumsal ve kültürel olarak var edilen cinsiyetçi bakışın altında, kadını, erkeğin “malı” olarak gördüğü için, kadın bedenine zorla sahip çıkılmasının yani cinsel saldırının haklılaştırılması yatmaktadır.

Antropolojik Model: Bu modelde, cinsel saldırının daha çok kültürel tutumlara, kadın ve erkek cinsi arasındaki iktidar ilişkilerine, kadınların erkeklerle kıyasla buldukları toplumsal ve ekonomik statüye ve toplumdaki diğer şiddet biçimlerinin miktarına bağlı olduğu belirtilmektedir.

Cinsel saldırı, karmaşık bir toplumsal içeriğe sahip bir olgudur. Bu nedenle onu sadece “cinsel saldırı” olarak diğer toplumsal olgulardan izole bir şekilde ele almak, bu olgunun analizinde yanlış yollara sapılmasına neden olabilir.⁵ Bununla birlikte, kadına yönelik cinsel saldırının en önemli kaynağının, her türden cinsiyetçi yaklaşımlar olduğu söylenebilir. Benzer bir bakış açısıyla Arın’da, cinsel şiddetin kaynağının, “kadın ve erkek arasındaki güç dengesizliği” olduğunun altını çizmektedir.¹⁸ Tecavüz konusunda uzmanlaşmış feministlerden Poulina Bart ve Susan Brownmiller, cinsel saldırının “tüm erkeklerin, kadınların tümünü sindirmek amacıyla onları sürekli korku içinde tuttuğu bilinçli bir süreç” olduğu görüşünü paylaşmaktadır.¹⁷

Cinsel saldırı mağdurlarıyla çalışan sosyal hizmet uzmanı, planladığı tıbbi sosyal hizmet uygulamalarında, sosyal hizmetin eklektik bilgi temelinden hareketle, çalıştığı vakanın cinsel saldırı ile çalışmanın genel özellikleri ve seçeceği yaklaşımın bu durumu açıklama gücünü göz önünde bulundurarak uygun yaklaşımı seçer. Diğer yandan, uygulamalarını temellendireceği yaklaşımı belirlerken, sosyal hizmet uzmanı müracaatçının “biricik” ve “tek” olduğu ilkesinden uzaklaşmadan hareket etmelidir. Her cinsel saldırı vakası kendine has özellikler taşımakta, her cinsel saldırı mağduru kadın da, kendi biricik ve tek sürecini yaşamaktadır. Bu süreçte dikkat edilmesi gereken diğer bir hususta, mağdurun cinsel saldırı sonrası bulunduğu evre ve bu bağlamdaki ihtiyaçlarıdır. Kriz evresinde bulunan bir mağdura uygulanacak sosyal hizmet müdahalesinde, krize müdahale yaklaşımı ön planda iken, uzun dönem evrede

psikanalitik modelden faydalanabilir. Ayrıca, sosyal hizmet uzmanı cinsel saldırı mağdurlarıyla çalışırken, mikro, mezzo ve makro boyutta sosyal hizmetin temel rollerinden olan savunuculuk rolü gereği feminist bakış açısını da çalışmalarına yansıtır.

Cinsel Saldırı Sonrası Müdahale ve Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları

Literatürde, cinsel saldırıya maruz kalmanın bir sağlık problemi olduğunun, kısa ve uzun dönemde çeşitli sağlık sorunlarına sebep olabileceğinin altı çizilmektedir. Bu sağlık sorunları, istenmeyen gebelik ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar dahil olmak üzere, cinsel sağlık ve üreme sağlığı sorunları, ruh sağlığı sorunları, fiziksel yaralanmalar ve toplumsal dışlanma olmak üzere genel olarak dört başlık altında özetlenebilir.^{3,19-21} Özellikle cinsel saldırı sonucunda meydana gelen gebelikler ve eşlik eden jinekolojik sorunlar, bir yandan fiziksel sağlığı tehdit ederken, bir yandan da mağdurun ruhsal duygusal ve sosyal hayatını etkileyen sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Gebelik durumu olmasa dahi, cinsel saldırı mağdurlarının ruhsal ve sosyal açıdan da etkilendiği bilinmektedir.^{22,23} Tecavüz sonrası dönemde, cinsel saldırı mağdurlarının post travmatik stres bozukluğu yaşama durumunun yüksek olduğu ve psikolojik olarak patoloji görülme durumunun sık olduğu görülmektedir Aynı zamanda yaşanan post travmatik stres bozukluğunun, fobik tepkiler ve dissosiyatif bozukluklarla da ilişkili olduğu ve bu dönemdeki bireylerin borderline benzeri bir dizi semptom sergilediği de anlaşılmaktadır.²² Cinsel saldırıya uğrayan ve uğramayan bireylerin, psikolojik durumlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada, cinsel saldırıya uğrayan kadınların, sonraki bir yıllık dönemde cinsel saldırı mağduru olmayan gruba kıyasla daha yüksek düzeyde kaygı, korku, şaşkınlık ve şüphe yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır.²⁴

Cinsel saldırı sonrası içinde bulunduğu çevrenin ve kültürün cinsel saldırıya bakış açısı ve bu duruma ilişkin kabulü, cinsel saldırı mağdurunun sürece ilişkin uyumunu etkilemektedir. Cinsel saldırı mağdurlarının, tecavüz sonrası dönemde sosyal uyum düzeylerinin bu durumdan etkilendiği, özellikle saldırıyı izleyen ilk birkaç ay içerisinde sosyal uyum düzeylerinde önemli ölçüde azalma olduğu, devam eden dönemde de uyum sorunu yaşanmaya devam eden alanın iş hayatı olduğu görülmektedir. Ayrıca, bu dönemde akrabalarla ilişkilerin içeriğinin de sosyal uyum düzeyi üzerinde önemli etkisi olan bir faktör olduğu dikkat çekmektedir.²⁵

Mağdurlar, doğrudan maruz kaldıkları suç sonrasında, acil müdahale ya da daha sonraki

süreçlerde fiziksel ve ruhsal tedavi almak amacıyla da sağlık kuruluşuna başvurabilir. Bu nedenle, özellikle sağlık alanı ve bu alanda çalışan profesyoneller, cinsel saldırı mağdurlarının doğrudan ya da yönlendirme sonucunda ilk iletişim kurdukları kişiler olmaları nedeniyle özellikli bir yere sahiptirler.²⁶

Scully,⁶ cinsel saldırıyı ve özellikle tecavüzü son otuz kırk yıllık dönemde, alkolizm, uyuşturucu bağımlılığı gibi tıbbın çalışma alanına giren sosyal sorunlardan biri olarak ele almaktadır. Cinsel saldırının sosyal yönüne yapılan bu vurgu, cinsel saldırı mağdurlarını ve cinsel saldırıda bulunanları, tıbbi sosyal hizmet içinde öncelikli bir konuma taşımaktadır. Cinsel saldırıya maruz kalmak, bir yandan korku verici bir yandan da hayatın sonlanmasına kadar varabilecek zor bir deneyimdir. Bu nedenle mağdurların fiziksel sağlıklarının yanında, psiko-sosyal danışmanlık almaları da önerilmektedir. Cinsel saldırı sonrası, mağdurlar ve aileleri ya da eşlerinin de ayrı, ayrı dâhil oldukları bir danışmanlık hizmetine sağlık sistemi içinde ulaşmaları önemlidir.²⁷ Bu çerçevede, hastanelerde hizmet veren tıbbi sosyal hizmet birimleri, ya da acil ve krize müdahale birimleri aracılığıyla, sosyal hizmet uzmanı tarafından sunulan tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, cinsel saldırı sonrası müdahalenin olmazsa olmazlarından. Tıbbi sosyal hizmet “ayaktan ya da yatarak tedavi gören hastaların tıbbi tedaviden etkin bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek, sosyal işlevselliğinin yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet müdahalesi”dir.²⁸ Tıbbi sosyal hizmetin uygulama alanlarından biri de kadına yönelik şiddet, dolayısıyla cinsel saldırıyı kapsayacak şekilde cinsel şiddet mağdurlarıdır. Krize müdahale birimleri ise acil servislerde oluşturulan ve öncelikli olarak acil servise gelen her türlü intihar girişimi vakalarında ve diğer kriz durumlarında bireye ve ailesine psikososyal destek sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde kurulan birimlerdir. Krize Müdahale Birimleri, 2004 yılında Sağlık Bakanlığı Ruh Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından “Acil Serviste İntihar Girişimlerine Psikososyal Destek ve Krize Müdahale Programı” ile 30 ilde pilot çalışması yapılan hastanelerin acil servislerinde kurulmuştur. Şiddet te, Krize Müdahale Biriminin çalışma alanlarından biri, dolayısıyla bir kriz durumu olarak tanımlanmıştır.²⁹ Ancak, Krize Müdahale Birimleri tüm hastanelere yaygınlaştırılamamıştır. Dolayısıyla bu birimlerin bulunmadığı hastanelerde sosyal hizmet uzmanlarının tıbbi sosyal hizmet birimlerinde görev

yaparken, cinsel saldırı mağdurlarıyla çalıştıklarının altı çizilmelidir.

Krize müdahalede, bir diğer vurgulanması gereken nokta ise ekip çalışmasıdır. Cinsel saldırı mağdurlarına verilen sağlık hizmeti kapsamındaki ekip üyeleri, acil hekimi, psikiyatr, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire, idari personelden krize müdahale ekibinin içinde yer alan çalışanlardan oluşmaktadır. Ekip üyelerinin mağdur ile çalışmalarını kendi görev alanlarıyla sınırlandırmaları, mağdur ile çalışırken önemli konulardan biridir. Görev alanı içine girmeyen, mağdurun özel hayatına ilişkin konuların ekipte yer alan sağlık personeli tarafından bilinmemesi “gizlilik” ilkesinin temel prensiplerindedir.²⁶ Bu çerçevede mağdurlara karşı yargılayıcı olmayan, duyarlı bir yaklaşımla empati kurularak destek sağlanmalıdır.

Genel olarak bu alanda çalışan profesyonellerin ve bu ekibin bir parçası olarak sosyal hizmet uzmanlarının, empatik destek sunmak ve iyi bir dinleyici olmak için sahip olması gereken özellikler şu şekilde sıralanabilir:³⁰

- Yasal, tıbbi prosedürler hakkında bilgi kaynağına sahip olmak,
- Tecavüze uğrayan kadın ve çevresi arasında arabulucu olmak,
- Gerçekçi yaklaşım. Tecavüze karşı vermiş olduğu tepkilerin normal olduğunu bilmesini sağlamak,
- İlişkiyi başlatıcı. Özellikle bu süreç boyunca mağduru aramayı içerir. Bu aşamada, ona ilginin kendisinin refahı için ve sosyal hizmet uzmanının ise kendisini dinlemek için olduğunu bilmesini sağlamak,
- Yeniden düzenleyici. Hislerini ve algılarını değiştirmesini sağlamak, kendini suçlama ve suçluluk duygusunu öfkeye, güçsüzlük duygusunu ise kontrole dönüştürmek,
- Kaynaklarla bağlantı kurucu. İhtiyaçlarını toplumda var olan kaynaklarla ve kişisel kaynaklarla karşılamasını sağlamaktır.

Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarında da engellilik, korunmaya muhtaç çocuk, yaşlılık, suçluluk gibi diğer sosyal hizmet alanlarında olduğu gibi birey, grup ve toplum düzeyinde yapılan uygulama esastır. Sosyal hizmet uygulamalarında, sorun alanını sadece cinsel saldırıya uğramış kadın çerçevesinde ele almaktan ziyade “çevresi içinde birey” anlayışından hareketle, kadının eşi ve/veya ailesi, arkadaşları, iş ortamı, içinde bulunduğu çevre ve en nihayetinde toplumsal olarak ele alınmaktadır.

Bu bağlamda, cinsel saldırı sonrası müdahalede tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının tartışılacağı bu

bölümde cinsel saldırı mağdurları ile gerçekleştirilen sosyal hizmet müdahalesi birey, grup ve toplum; diğer bir ifadeyle mikro, mezo ve makro düzeyde ele alınmıştır.

Cinsel Saldırı Mağdurlarıyla Mikro Düzeyde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları

Öncelikle bu alanda çalışan ve farklı şekillerde sağlık hizmeti çerçevesinde cinsel saldırı mağdurlarına müdahale eden meslek elemanlarının, ilk olarak kabul etmesi gereken nokta “kurban olmadığınız sürece cinsel saldırının etkilerini anlamanızın aşırı derecede zor” olduğu³⁰ ve iyileşmenin “bireysel bir süreç”²⁷ olduğudur. Bu nedenle cinsel saldırı mağduru kadınlarla gerçekleştirilecek sosyal hizmet müdahalesine mikro düzeyden başlanması önemlidir.

Cinsel saldırıya maruz kalmış kadınların çoğu “tecavüz travma sendromu”(rape trauma syndrome) yaşamaktadır. Cinsel saldırının bir travma olarak ele alınması ve iyileşme sürecinin de farklı aşamalardan geçerek gerçekleştiğini kabul ederek başlamak, bu alanda yapılacak sosyal hizmet müdahalesinin sistematize edilmesi açısından önemlidir. Mağdurun iyileşme sürecinin hangi aşamasında olduğunu bilmek, uygulama yapacak sosyal hizmet uzmanının nereden başlayacağını bilmesi açısından önemlidir. Katz,³⁰ cinsel saldırı sonrasındaki iyileşme evresini; kriz evresi, kısa dönem evre ve uzun dönem ya da bütünleşme evresi olarak üç farklı evrede ele almaktadır:

1. Kriz Evresi: Cinsel saldırının hemen sonrası dönem, genellikle kriz evresidir. Bu dönemde cinsel saldırıya maruz kalmış kadın şok, öfke, anksiyete, inkâr gibi birçok deneyimi aynı anda yaşamaktadır. Bu dönemde mağdurun en temel ihtiyaçları tıbbi bakım ve tedavi, fiziksel ve psikolojik olarak güvende hissetmektir. Saldırganın tekrar geri dönmesinden korkan kadın, güvenliğinin sağlandığından emin olmak ister. Ancak bu evrede mağdur henüz kendisine tam olarak neler olduğunun farkında olmayabilir. Mağdurlar arasında bu dönem çevreye verilen tepkiler farklılaşabilir. Kimisi ağlarken, kimisi gülebilir, titreme, huzursuzluk gibi davranışlar sergileyebilirler.³⁰

Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarında gerçekleştirilecek mikro müdahalelerde, sosyal hizmet uzmanı genel olarak kriz evresinde olan mağdurlarla karşılaşacaktır. Cinsel saldırı, birçok kaynaktan yaşamı etkileyen bir kriz durumu olarak ele alınır.³¹ Literatürde bir çok farklı şekilde açıklanan kriz “birey tarafından zararlı, tehditkar ya da yoğun ölçüde üzücü olarak algılanan ve süregelen baş edebilme metotları ile çözülemeyen, stresli ya da travmatik olay ya da olaylar dizisi”

olarak tanımlanabilir.³² Lindemann ve Caplan tarafından ilk kez kullanılan kriz kavramı, daha 1960’lı yıllardan itibaren, sosyal hizmet alanında da kullanılmaya başlanmıştır.³³ Akut ve belli bir süre ile sınırlı bir denge bozukluğu olan kriz durumunda, homeostasis bozulmuş ve buna bağlı olarak birey kendini tehlikede hissetmektedir.³⁴ Krize müdahale ise bireyin kriz olarak tanımlanan durumdan önce sahip olduğu fonksiyonelliğine dönmesi üzerine kurulu kısa süreli bir müdahaledir.³⁵ Krize müdahalenin “duygusal ve çevresel alandaki acil ilk yardımla bireyin ve çevrenin acısının azaltılması” ve “kriz esnasında bireyin uyum ve mücadele gücünün kuvvetlendirilmesi” olmak üzere iki temel amacı vardır.³¹ Cinsel saldırı sonrasında sağlık kuruluşuna gelen kadına da bu kriz evresinde yapılacak müdahale, yaşadığı olaydan kaynaklanan acının azaltılması amacıyla, ilk yardımın yapılması ve sonrasında eski fonksiyonelliğine tekrar dönmesini sağlamaktır.

Krize müdahalenin aşamaları, krize yol açan durumun değerlendirilmesi, kriz durumu hakkında başvuranın bilgilendirilmesi, sorunun kısımlara ayrılarak çözümlenmesi ve tedavi sürecinin uygulanması olmak üzere dört temel adımdan oluşmaktadır.³³ Cinsel saldırı mağdurlarıyla gerçekleştirilen tıbbi mikro düzeyde sosyal hizmet uygulamalarında da, cinsel saldırı sonrasındaki iyileşmenin evrelerinde mağdurun sergilediği davranışlar ve sergilediği özellikler ile krize müdahalenin aşamaları uyumlu bir çizgide yol alır.

Cinsel saldırı sonrasında mağdurların ilk uğrak noktalarından biri sağlık kuruluşlarıdır.²⁶ Özellikle resmi mercilere intikal etmiş cinsel saldırılarda mutlaka mağdurun muayenesi için sağlık kuruluşuna getirilmesi sağlanmaktadır. Bu bağlamda, sosyal hizmet uzmanının da ilk fonksiyonu mağdurun fiziksel güvenliğinin sağlanması konusunda ona destek vermek ve ardından mağdur ile çevresi arasında arabuluculuk etmektir. Bu noktada sosyal hizmet uzmanı, cinsel saldırının faili ve gerçekleşme şekli ile ilgili de ayrıntılı bilgiye sahip olmalıdır. Bu yolla failin mağdurun eşi, aile üyelerinden ya da çevresinden birisi olması durumunda kendini ve sosyal hizmet müdahalesini bu çerçevede konumlandırmayı başarma şansı artabilir. Mağdurun ihtiyaçlarının saptanması ve sıraya konulması aşamasında bire bir mağdurla çalışan sosyal hizmet uzmanı, olası seçenekleri ile ilgili mağduru bilgilendirir.³⁰ Bu aşamada, özellikle dikkat edilmesi gereken nokta mağdurun içinde bulunduğu fiziksel ve psikolojik durumdur. Müdahalenin planlanabilmesi için mağdurla birlikte fiziksel ve psikolojik olarak ihtiyaç belirlenmesi, arabuluculuk ya da psiko-sosyal destek gibi uygulamalar gerçekçidir. Çok ağır fiziksel ve cinsel şiddet görmüş bir mağdurun, o an

içinde bulunduğu durum saptanarak yola çıkılmalı ve sosyal hizmet uygulamalarında önemli bir yeri olan ve kaynağını Gestalt terapidenden alan “şimdi ve burada” ilkesi çerçevesinde hareket edilmelidir. Bu bağlamda, cinsel saldırı mağdurunun “şu anda” yaşadığı ya da yaşamakta olduğu duygularını ifade etmesine çalışılır.³⁶

2. Kısa Dönem Evre: Cinsel saldırıyı takip eden iki ile altı hafta içinde ortaya çıkan bu dönemde, cinsel saldırının etkileri net olarak görülmeye ve bu durum mağdurun hayatını kontrol etmeye başlar. Mağdur, bu evrede evini taşımak, telefon numarasını değiştirmek gibi fiziksel, duygusal ve davranışsal olarak hayatında birçok değişikliği yapabilir. Aynı zamanda bu dönemde travma fobileri (phobias as a result of a trauma) olarak bilinen geceleri yalnız uyuyamama, yalnız dışarı çıkmaktan korkma, olağan üstü güvenlik önlemleri alma gibi fobik tepkiler sergileyebilir. Bu dönemdeki diğer tepkiler; kabus görme, sinirli ruh hali, ruhsal durumdaki değişiklikler, vajinal enfeksiyonlar, iştahın değişmesi gibi fiziksel tepkilerdir. Genel olarak özetlendiğinde, bu dönemde cinsel saldırı mağduru kadının enerjisinin büyük bir bölümü, cinsel saldırı ile mücadele etmekle geçer ve bu durumun hayatı üzerindeki etkileri ile ilgili farkındalığı artar. Duygusal olarak kadın suçlulukla ve kendini ayıplama ile mücadele edebilir. Kadın, cinsel saldırıyı kafasında tekrar tekrar yaşar ve bu durumdan kaçınması için neler yapması gerektiğini düşünür. Eğer kızgınlığını ifade edemezse, kendisini depresif hisseder ve içe kapanır.³⁰ Bu dönemde sosyal hizmet uzmanı krize müdahalenin, mağdurun mücadele gücünü arttırmasıyla ilgili amacına hizmet edecek uygulamalar üzerinde yoğunlaşır. Bu noktada mağdur, mücadele etmek için desteğe ihtiyaç duyar.

Bu evrede sosyal hizmet müdahalesi, cinsel saldırı mağduruna yaşadığı farklı duygularla baş etmesinde destek olmak üzerine kurulur. Bu dönemde hayatının cinsel saldırıdan önceki haline birden bire dönmesini bekleyen kadınla yapacağı bireysel müdahalede, sosyal hizmet uzmanı gerçekçi olmalı, sadece ümit vermek yerine mağdurun gösterdiği tepkilerin normal olduğunu bilmesini sağlamalı ve bu konudaki şüphelerinin giderilmesinde yardımcı olmalıdır. Cinsel saldırıyı tekrar tekrar konuşmanın iyileşme süreci için olmazsa olmaz olmadığı, ancak iyileşme süreci için önemli bir adım olduğunun farkında olan sosyal hizmet uzmanı, mağdurun destek ve danışmanlık hizmetlerini kullanması ile ilgili onu bilgilendirmeli ve yüreklendirmelidir. Aynı zamanda mağdurun sosyal destek mekanizmalarının da etkin olarak kullanılmasıyla ilgili olarak mağduru desteklemelidir. Mağdur ile olumlu bir ilişkinin başlaması için uzman, bireysel müdahalelerinde desteğini tekrar tekrar sunmalıdır.³⁰

3. Uzun Dönem Evre (Bütünleşme Evresi): İyileşme sürecinin son evresi olan bütünleşme evresi adaptasyonu içerir. Ancak bu evrenin, cinsel saldırıya karşı yeni bir travmanın gelişmediği durumlarda ortaya çıktığının altının çizilmesi gereklidir. Bütünleşme evresinde cinsel saldırı mağduru kadın, yaşadığı bu deneyimi hayatına başarıyla geçirmeye başlar. Artık maruz kaldığı cinsel saldırı kişinin hayatını yönetmez ve mağdur sürekli cinsel saldırıyla mücadele etmez. Son evrede mağdur kendini hayatında bir dizi değişiklik yapmış olarak bulur. Hatta cinsel saldırının onun hayatındaki etkisini kabullenmeyen aile üyeleriyle ya da arkadaşlarıyla görüşmeyi bile bırakabilir. Bu dönemde uzman, mağdurun cinsel saldırı sonrasında hayatında yapmış olduğu değişimleri gözden geçirmesine yardımcı olur. Kritik olan nokta ise yapılan müdahalenin suçlayıcı ya da utandırıcı unsurlar içermemesidir.³⁰

Mikro düzeyde gerçekleştirilen müdahalelerde, cinsel saldırı mağduru ile bire bir çalışan sosyal hizmet uzmanı öncelikle genel olarak mağdurların genel bireysel özellikleri ve cinsel saldırı sonrası dönemde yaşadıkları muhtemel evrelerin üzerinde önemle durarak değerlendirir. Bu düzeyde çevresi içinde değerlendirilen mağdurla gerçekleştirilen çalışmada ailesi, arkadaşları ve çevresi tarafından kabul edilen ve desteklenen mağdurun daha az psikolojik stres yaşadığı göz önünde bulundurulur. Toplumsal entegrasyonun sağlandığı ve bireyin cinsel saldırı öncesi sosyal işlevselliğine dönmek için çabaladığı bu dönemde, sosyal hizmetin temel rollerinden olan danışmanlık işlevi altında tanımlanan “muhtedir kılıcı” rolü çerçevesinde çalışmalarını yürütür.³⁷ Mikro düzeyde bireyin güçlendirilmesinin hedef alındığı bu işlev ve rolde sosyal hizmet uzmanı, cinsel saldırı mağduru kadınlara “kendi hayatları ve koşulları üzerinde büyük bir kontrol kazanmaları için” yardım eder. Mikro düzeyde güçlendirmenin daha çok kişisel ya da psikolojik düzeyine odaklanan sosyal hizmet uzmanı, güven geliştirme, benlik saygısının arttırılması ve beceri geliştirmeyi hedefler.³⁸

Cinsel Saldırı Mağdurlarıyla Mezzo Düzeyde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları

Sosyal hizmet uygulamalarının temel bileşenlerinden biri olan grup çalışması, “ortak özellikleri, nitelikleri veya deneyimleri olan bireylerin oluşturduğu bir grup içinde, karşılıklı yardımı güçlendiren” bir yöntem olarak tanımlanmaktadır.³² Cinsel saldırı mağdurlarıyla gerçekleştirilen grup çalışmalarında da, cinsel saldırı ve sonrası süreçteki deneyimlerin paylaşılması, mağdurların karşılıklı olarak birbirlerinden yardım almaları ve nihai olarak hem bireysel hem de grup düzeyindeki değişimi

gerçekleştirebilmelerinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Sosyal hizmet uygulamalarında mezzo düzeyde grup çalışmaları genel olarak tedavi ve görev grupları olarak iki farklı şekilde gerçekleştirilmektedir.³⁷⁻³⁹ Kişiler arası ve sosyal ilişkileri geliştirmek amacıyla grup üyelerinin sosyal işlevselliğini arttıran sosyo-eğitsel “tedavi grupları” ve sosyal değişim, süpervizyon ve eğitime odaklanan “görev grupları”.⁴⁰ Tedavi gruplarında, grup üyelerinin değişimine yardımcı olmak esastır.⁴⁰ Tedavi gruplarına eğitim, gelişim, iyileştirme, sosyalizasyon grupları örnek olarak verilebilir. Komiteler, yönetim grupları, delege komiteleri, ekipler, tedavi konferansları ve sosyal eylem grupları ise görev gruplarının örnekleridir.³⁵ Cinsel saldırı mağduru kadınlarla gerçekleştirilen grup çalışmalarında da mağdurun eğitilmesi, güçlendirilmesi ya da saldırının acısından kurtarılarak tedavi edilmesi amaçlanabilir.

Cinsel saldırıya maruz kalma, travmatik bir deneyim olarak değerlendirildiğinde, travma mağdurları için işlevsel olan grup çalışmalarının bu alanda sıklıkla kullanıldığı görülmektedir. Travma sonrasında ailesine, arkadaşlarına, aşka ve topluma karşı bağlanma sorunu yaşayan birey, grubun bir üyesi olarak bu ilişkileri tekrar inşa etme fırsatı bulur.⁴¹ Cinsel saldırı mağdurlarıyla gerçekleştirilen grup çalışmasının, grup üyeleri üzerindeki etkileri şu şekilde sıralanabilir:⁴²

Hafıza Kaybı: Birey, uğradığı tecavüz olayını anlatmada büyük zorluk çeker, olayın vahametiyle neler olduğunu zor hatırlar. Ama grup içinde herkes tecrübesini anlattıkça hafızası açılır daha da netleşir.

Hafızayı Duygulara Karıştırma: Travma neticesinde, bazıları olayı anlatırken hiç etkilenmemiş gibi neler olduğunu teker teker anlatacak, bazıları ise korku duygularıyla konuşamayacaktır. Burada, tedavinin ikinci önemli amacına ulaşılmış olunacaktır. Tecavüzle ilgili hafızadaki bilgiler, etkilerle ve geçmişle ilişkilendirilecektir.

Etkiye Katlanma: Üçüncü amaç olan travmatik olayla ilgili sebep ve duygular katlanılabilir hale gelmiştir. Cinsel saldırıdan hemen sonraki yoğun duygulara katlanılabilmektedir.

Semptom Uzmanlığı: Grup tedavisinin diğer bir amacı da, travma sonrası semptomların azalması veya baş edilebilir hale gelmesidir. Daha katlanılabilir daha kolay tespit edilebilir ve mantuki olarak kontrol edilebilir.

Kendine Saygı: Hiçbir tedavi, kendine saygının yeniden kazandırılmasından daha etkili olamaz. Bu tedaviyle suçluluk duygusu, kendini suçlama ve utanç yerini, kendi değerini anlama ve kişisel değere bırakır.

Bağlılık: Grup tedavisinin son amacı, yalnızlık ve utançla mücadele etme ve böylece kendisiyle beraber aynı tecrübeyi yaşayan grup üyelerini tanıma, çare arama ve güvenme duygusunu kazanmaktır. Birçok mağdur için grupta yer alan bu üyeler ilk güveneceği kişiler olacaktır.⁴²

Sosyal hizmette grup uygulamalarına özgü karşılıklı yardım (mutual help) süreci, grup üyelerinin kendi deneyimlerinden yola çıkarak, diğer grup üyelerine yardım etmesi ve derinleşmesi şeklinde gerçekleşir. Bu yardım sürecinde, grup üyesi yeniden yaşayarak, yeniden öğrenecek ve daha güçlü olacaktır.⁴³ Diğer bireylerle eşitlikçi bir ortamda karşılaşma şansı bulan cinsel saldırı mağdurları, bu deneyimi günlük yaşamlarına da genelleme imkânına sahip olacaktır.⁴²

Cinsel saldırı sonrası müdahalede grup çalışmalarının kullanılması mağdurların suçluluk, utanma, öfke gibi duygularının grup ortamında paylaşılmasına olanak sağladığı için önemli bir sosyal hizmet uygulaması olarak ön plana çıkmaktadır. Grup ortamı sayesinde cinsel saldırı mağduru diğer insanlarla iletişime geçmek, onlara güvenmek için önemli adımlardan birini atmış olur. En önemlisi, benzer deneyimleri yaşayan grup üyeleriyle bir araya gelerek diğer grup üyelerinin durumundan hareketle kendi iyileşme süreçleriyle ilgili bir fikir edinme şansı yakalarlar.

Sosyal hizmet uzmanı, grup sürecinde gerçekleştirdiği uygulamalarda bir yandan cinsel saldırı mağdurunun güçlendirilmesiyle ilgili çalışırken, diğer yandan yasal prosedür ve hakları konusunda bilgilendirilmesi, cinsel konulara ilişkin tabu olarak kabul edilen konuların konuşulması gibi alanlarda da katkı verir. Ayrıca bu katkı özellikle bu alanda gerçekleştirilen feminist grup çalışması aracılığıyla da gerçekleştirilmektedir. Özellikle kadın haklarının savunulması konusunda sosyal hizmet literatüründe önemli bir yeri olan feminist yaklaşım cinsel taciz ve sömürünün toplumdaki tüm kadınları etkilediğini ve bu durumun, cinsiyetçi bir bakışın gelişmesine neden olduğunu vurgular.⁴⁴

Cinsel Saldırı Mağdurlarıyla Makro Düzeyde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları

Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları kapsamında cinsel saldırı mağdurlarıyla gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamaları, bireysel ve grup düzeyinde yapılan çalışmalarla sınırlı kalmamaktadır. Mağdurlarla bire bir çalışan sosyal hizmet uzmanı,

uygulamadan edindiği tecrübeleri politika geliştirme sürecine ve toplumsal boyuta taşımakla da sorumludur. Sosyal hizmet uzmanı toplumsal düzeyde “değişim ajanı” rolüyle kurumsal ve toplumsal düzeyde değişimin yaratılmasına katkıda bulunur.⁴⁵

Cinsel saldırı mağduru kadın için en önemli aşamalardan ve iyileşme göstergelerinden biri ait olduğu topluma ve çevresine dönüş aşamasıdır.⁴⁶ Bu nedenle, sadece mağdurlarla yapılan çalışmalar sorunun çözümünde tek başına yeterli değildir. Topluma yönelik farkındalık çalışmalarına dahil olmak ya da cinsel saldırı ile ilgili proje geliştirme süreçlerinde etkin rol almak önemlidir. Cinsel saldırının tam olarak olduğu, hangi durumları kapsadığı, altında yatan nedenler, saldırı mağdurlarını nasıl etkilediği ile farklı kurum ve kuruluşlarda çalışan ve bir şekilde cinsel saldırı mağdurlarıyla yüz yüze gelen profesyonelleri ve tüm toplumu kapsayıcı bir farkındalık ve algı oluşturulmasıyla mümkün olabilir. Öncelikle toplumda cinsel şiddete maruz kaldığı halde bu durumu şiddet olarak tanımlamayan, şiddeti sadece fiziksel müdahale çerçevesinde ele alan bir zihniyetin değiştirilmesine yönelik çalışmalar ve düzenlemeler ilk adım olarak gerçekleştirilebilir. Sosyal hizmet uzmanı, bu çerçevede toplumsal cinsiyete ilişkin farkındalık çalışmaları yaparak, cinselliğin konuşulabildiği eğitim ortamları yaratarak, şiddet konusunda farklı kitle iletişim araçlarını kapsayacak projelerin geliştirilmesinde aktif görev alarak cinsel şiddete mağdur boyutundan bir yaklaşım geliştirilmesinde danışmanlık ve kaynak geliştirici rolleri ile katkı sağlayabilir.

Güler, Tel ve Tuncay⁴⁷ tarafından, kadınların kadına yönelik şiddete bakış açılarının ortaya çıkarılması amacıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, çalışmaya katılan kadınların, şiddetin tanımı içinde ekonomik ve cinsel şiddetin olmadığı, kadınların bu iki önemli şiddet türünden bahsetmedikleri ve çoğunlukla fiziksel şiddeti işaret ettikleri görülmüştür. Yine evli kadınların şiddete bakış açıları ile ilgili yapılan bir diğer çalışmada, kadınların %88,1'i şiddet olarak fiziksel şiddeti tanımlamışlardır.⁴⁸ Araştırmacılar, bunun sebebi olarak kadınların şiddet kavramının kapsamına dair bilgi eksikliğine vurgu yapmışlardır. Ayrıca, eşler arasında yaşanan cinsel şiddete ilişkin deneyimlerin, aile yapısının doğası içinde değerlendirilmesi ya da yabancılar ile konuşulmayacak derecede mahrem sayılmasının da etkili olabileceğinin altı çizilmiştir.⁴⁷ Makro sosyal hizmet boyutunda gerçekleştirilecek sosyal hizmet uygulamalarında, sosyal hizmet uzmanının önemli rollerinden biri de yasal süreçler üzerinde doğrudan ya da dolaylı müdahale sağlayacak çalışmaları planlamak, organize etmek

ve gerçekleştirmektir. Sosyal hizmetin, toplumsal değişimi yaratma sürecinde önemli bir adım olan yasalarda gerçekleştirilen düzenlemeler ve cinsel saldırı konusundaki iyileştirmeler bu konuya ilişkin önemli katkı sağlar.

Konuya ilişkin mevzuat incelendiğinde, Kadına Yönelik Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi- CEDAW⁴⁹ (Birleşmiş Milletler), Pekin Deklarasyonu⁵⁰, Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye İlişkin Avrupa Konseyi Sözleşmesi⁵¹ (İstanbul Sözleşmesi) gibi uluslararası metinlerle karşılaşılmaktadır. Bu metinlerin oluşturulması ve sonrasında ulusal mevzuata uyarlanması aşamasında sosyal hizmet uzmanları uluslararası ve ulusal düzeyde hak savunuculuğu rolü ile etkin bir şekilde rol almış ve süreci takip etmiştir. Geçmişte örnek olarak, ülkemizde evlilik içi tecavüzlerin yasal bir suç sayılmasına ilişkin yasal düzenlemenin değiştirilmesinde hukuk, tıp, hemşirelik, psikoloji, sosyoloji, antropoloji gibi birçok meslek mensubu ile birlikte sosyal hizmet uzmanlarının da bireysel ve kurumsal düzeyde önemli bir rolü vardır. Uluslararası düzeyde ise sosyal hizmet mesleğinin makro boyutunda yaptığı çalışmalar ve felsefi yaklaşımı ile kadın hareketinin birçok boyutunda aktif rol alan ve makro sosyal hizmet uygulamalarında önemli bir yere sahip olan Jane Addams, sosyal hizmet uzmanının politik olarak aktivist rolüne dikkat çeken bir öncü olarak örnek verilebilir.⁵²

Cinsel saldırılarla ilgili politika belgeleri incelendiğinde, bu konuyu kadına yönelik şiddet kapsamında ele alan Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Eylem Planı (2016-2020) ile karşılaşılmaktadır.⁵³ Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Eylem Planı'nda, 2016 ile 2020 yılları arasındaki dönemi kapsayan ulusal hedefler beş başlıkta ele alınmıştır. Konuya ilişkin mevzuatın geliştirilmesi, farkındalık çalışmaları, koruyucu önleyici hizmetlerin etkililiğinin artırılması ve mağdurların sosyo-ekonomik olarak güçlendirilmesi, şiddetin tüm taraflarına yönelik sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve bu konuya ilişkin kurumlar arası işbirliğinin güçlendirilmesi ve politika geliştirilmesi olarak özetlenebilecek ulusal hedeflerde paydaş kurumlardan biri de Sağlık Bakanlığı'dır. Özellikle sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve uygulanması hedefi kapsamında, Sağlık Bakanlığı sorumlu kurum olarak işaret edilmektedir. Bu bölümde yer alan faaliyetlerden biri, İstanbul Sözleşmesi gereğince, cinsel şiddet mağdurları için özel hizmet modellerinin oluşturulması ve uygulamaya geçirilmesine yer verilmiştir. Ayrıca bir diğer faaliyet olarak, 6284 sayılı Kanun kapsamında hakkında önleyici tedbir kararı verilen şiddet uygulayanlara yönelik rehabilitasyon ve destek programları uygulamak

üzere psikososyal destek merkezlerinin kurulması ve kapasitesinin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu çerçevede, cinsel şiddete yönelik Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğunun sadece fiziksel tedavi ile sınırlandırılmadığı ve psikososyal alana da vurgu yapıldığı görülmektedir. Bu durum, bu süreçte tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının birey, grup ve toplum düzeyinde cinsel saldırı mağdurlarını da kapsayacak şekilde sağlık hizmetleri içinde önemli bir yeri olduğuna ilişkin algıyı pekiştirmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Cinsel saldırı, mağdur kadınların ışık tutmasıyla beraber 1970'li yıllardan itibaren bir sosyal sorun olarak gündeme gelmiştir.⁶ Bu tarihten itibaren toplumsal değişimle birlikte kadının toplumdaki konumunun değişmesi, kadın hakları konusundaki gelişmelerle birlikte öncesinde yok sayılan, konuşulmayan bir konu olan cinsel saldırılar her yönüyle konuşulmaya başlamıştır. Özellikle kadın hareketlerinin etkisiyle, kadınların cinsel saldırılarla ilgili deneyimlerini daha rahat bir şekilde ifade etmeye başlamaları, tüm resmi bütün gerçekliğiyle yansıtmasa da konuya ilişkin genel bir tablonun açığa çıkmasına yol açmıştır. Önce uluslararası alanda, ardından da ülkelerin iç mevzuatında konuya daha çok yer vermeleri ve kadınların haklarının teslim edilmesiyle birlikte cinsel saldırı mağdurlarına ilişkin yeni hizmet modelleri de geliştirilmeye başlamış, tüm kuruluşlar kendi hizmet alanları dâhilinde sürece dâhil olmuşlardır. Bu durum, çalışmanın odak noktası olması itibariyle özellikle sağlık hizmetlerinde konuya ilişkin duyarlılığın artmasına, yeni düzenlemelerin yapılmasına, çok yönlü ve disiplinler arası bir bakış açısıyla müdahalelerin çeşitlendirilmesine yol açmıştır. Sağlık hizmet sunumunun tüm boyutlarında ve bu süreçte aktif rol alan aile hekimleri, halk sağlığı uzmanları, kadın doğum uzmanları, psikiyatristler gibi sağlık profesyonellerinin hemen, hemen tamamı aynı zamanda hemşireler, paramedikler, psikologlar ve sosyal hizmet uzmanlarının hem cinsel saldırı olgusuna, hem de cinsel saldırıya maruz kalmış bireye karşı farkındalıklarının yüksek olması gerekmektedir. Özellikle cinsel saldırı sonrasında, bireyin vücut bütünlüğünün bozulmuş olma ihtimali ve özel alanın ihlal edilmiş olması nedeniyle fiziksel muayene ve girişimsel işlemler sırasında mağdura yaklaşımda hassas olunmalı ve yaşadığı süreç dikkate alınmalıdır. Cinsel saldırı mağdurlarının fiziksel tanı ve tedavisinde, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçlarını karşılamak üzere konuya ilişkin duyarlı bir ekip tarafından sunulacak sağlık hizmetinin, cinsel saldırı mağdurlarının yaşayacağı muhtemel ikincil örselenmelerin önüne geçeceği düşünülmüştür.

Bu genel çerçevede, cinsel saldırı mağdurlarıyla bire bir yapılan mikro düzeyde müdahalenin yanında, grup ortamında ve toplumsal düzeyde yapılan sosyal hizmet müdahalelerinin bir bütün olarak sağlık alanında önemli bir yeri vardır. Bu nedenle, bu uygulamayı gerçekleştiren sosyal hizmet uzmanlarının cinsel saldırıyla ilgili mevzuata ve diğer kurum ve kuruluşların verdiği hizmetlere hâkim olması, danışmanlık, arabuluculuk, hak savunuculuğu, harekete geçiricilik gibi rollerini ön planda tutması gerekmektedir. Bu çerçevede Sağlık Bakanlığı tarafından hizmet içi eğitimler kapsamında, cinsel saldırı ile çalışan tüm meslek elemanlarına ve bu grubun içinde sosyal hizmet uzmanlarına yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmesinin, verilen hizmetin niteliğini geliştireceği düşünülmektedir. Ayrıca, cinsel saldırı mağdurlarıyla çalışan ekip üyelerine, tüm ekip üyelerinin rolleri ve sorumluluklarıyla ilgili bilgilendirici etkinliklerin düzenlenmesi disiplinler arası çalışmanın etkinliğini arttıracaktır.

KAYNAKLAR

1. Okumuş, E. Bedene müdahalenin sosyolojisi, K. Canatan (Ed.), Beden Sosyolojisi (1. Baskı) içinde (45-67), 2011, İstanbul: Açılım Kitap, p.45-67.
2. User, İ. Biyoteknolojiler ve kadın bedeni, Y. İnceoğlu ve A. Kar (Ed.). Dişilik, güzellik ve şiddet sarmalında kadın ve bedeni (1. Baskı) içinde (133-169), 2010, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, p.133-169.
3. World Health Organization. Sexual violence. In: World report on violence and health. Geneva, 2002, Retrieved Dec 12, 2017, from http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf, p.149.
4. Dumrul, C., Karabacak Danacı, H. Kadın ve kız çocuklarına karşı işlenen cinsel şiddet suçlarında cezasızlık sorunu raporu. Ankara Barosu Dergisi, 2015, 4, 255-290.
5. Davis, A. Kadınlar, ırk ve sınıf. Çev: İnci Çekiner, 1994, İstanbul: Sosyalist Yayınlar, p.165, 188-189.
6. Scully, D. Cinsel şiddeti anlamak: Tutuklu tecavüzcüler üzerine bir inceleme. çev: Şirin Tekeli, Laleper Aytek, Kadın Araştırmaları Dizisi-6, 1994, İstanbul: Metis Yayınları, ss. 17, 46, 50-64, 63-64.
7. Buchwald, E., Fletcher, P. R., & Roth, M. Transforming a rape culture (p. XI), (Eds.), 1993, Minneapolis, MN: Milkweed Editions, p.9.
8. United Nations. Violence Against Women, 2000, Erişim tarihi, 8 Aralık 2017. <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/pim/feature/2VIOL.TXT>.

9. Randall, M., & Haskell, L. Sexual violence in women's lives: Findings from the Women's Safety Project, a community-based survey. *Violence Against Women*, 1995, 1(1), 6-31.
10. Artuk, ME. Kadına yönelik cinsel istismara örnek olarak evlilik içinde ırza geçme ve fücür. *Kadına Yönelik Cinsel Şiddete Karşılaştırmalı Hukukun Yaklaşımı* (içinde), İstanbul: İstanbul Barosu Kadın Hakları Uygulama Merkezi. Yayın no:1, 2002, p. 31-48.
11. Sparks, A. Feminists negotiate the executive branch: The policing of male violence. C. Daniels (Ed.), *Feminist negotiate the state: The politics of domestic violence*, 1994, Lanham, New York: University Press of America, p.35-52.
12. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması özet rapor, 2014, Ankara.
13. Rape Crisis England & Wales Headline Statistics 2016-17. Erişim tarihi: 5 Aralık 2017, <https://rapecrisis.org.uk/statistics.php>.
14. Türkiye İstatistik Kurumu, Ceza infaz kurumu istatistikleri, 2017, Erişim tarihi: 20 Kasım 2017, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?i d=18689>.
15. Dunn, SF, Gilchrist, VJ. Sexual assault. *Primary Care*, 1993, 20(2), 359-373.
16. Abarbanel, G, Richman, G. The rape victim in crisis intervention book 2: The practitioner's sourcebook for brief therapy. Ed. Parad HJ, Parad L, 1990, Family Service America. Milwaukee Wisconsin, p. 93.
17. French, M. Kadınlara karşı savaş. çev: Beril Eyüboğlu, 1992, İstanbul: Metis Yayınları, p.243, 246
18. Arın, C. Kadına yönelik cinsel şiddet. *Kadına Yönelik Cinsel Şiddete Karşılaştırmalı Hukukun Yaklaşımı* (içinde), İstanbul: İstanbul Barosu Kadın Hakları Uygulama Merkezi. Yayın no:1, 2002, p. 8-11.
19. Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M. R., & McKeown, R. E. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of family medicine*, 2000, 9(5), 451-457.
20. Eby, K. K., Campbell, J. C., Sullivan, C. M., & Davidson, W. S. Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 1995, 16(6), 563-576.
21. Jewkes, R., Sen, P. and Garcia-Moreno, C. 'Sexual violence', in Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., and Lozano, R. (eds.), 2002, World report on violence and health. Erişim tarihi: 20 Kasım 2017, http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/.
22. Darves-Bornoz, J. M. Rape-related psychotraumatic syndromes. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 1997, 71(1), 59-65.
23. Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Lynskey, M. T. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1996, 35(10), 1365-1374.
24. Kilpatrick, D. G., Resick, P. A., & Veronen, L. Effects of a rape experience: A longitudinal study. *Journal of Social Issues*, . 1981, 37(4), 105-122.
25. Resick, P. A., Calhoun, K. S., Atkeson, B. M., & Ellis, E. M. Social adjustment in victims of sexual assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49(5), 705.
26. Adalet Bakanlığı Mağdur Hakları Daire Başkanlığı. Mağdura yaklaşım kılavuzu. Adalet Bakanlığı Mağdur Hakları Daire Başkanlığı Yayın No: 02, 2016, Ankara: Analitik Reklam, p.20.
27. Wiseman, R. Cinsel şiddet ve tecavüze karşı kendimizi savunurken: Yaşananlar, önlemler ve günlük yaşama geri dönüş el kitabı. çev: Lale Akalın, 1994, İstanbul: Sel Yayıncılık, p.157
28. Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi, 2011, Erişim tarihi: 23 Kasım 2017, <http://www.hasta.saglik.gov.tr/TR,4778/tibbi-sosyal-hizmet-uygulama-yonergesi.html>.
29. Ünlü Akyollu, İ. Psikososyal destek ve krize müdahale birimine ilişkin Sakarya örneğinde bir değerlendirme. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2015, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli, p.65.
30. Katz, J. H. The healing process after rape. 1993, Saratoga, California: R&E Publishers, p.79-86.
31. Özdemir, U. Kriz, krize müdahale ve kriz tedavisi. *Acil Sağlık Hizmetlerinde Sosyal Hizmet Çalışmaları Panel Kitapçığı* içinde, Ed. (A. Kaya, E. Özkan, AH, Türkdemir), 2012, 79-84.
32. Teater, B. Sosyal hizmet kuram ve yöntemleri: Uygulama için bir giriş. Çev. Ed. A. Karatay, 2015, Ankara: Nika Yayınevi, p.231, 267.
33. Turan, N. Bireylerle ve ailelerle sosyal hizmet. Ankara, 2012, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayını, p.298-299, 302.
34. Sayıl, I. Ruh sağlığı sorunu olarak şiddet. *Kriz Dergisi*, 2000, 2(2): 273-276.
35. Mavili Aktaş, M. Küçük gruplar: Dinamikleri ve süreci, 2001, Ankara, Mustafa Kitabevi, p.37, 42-58.

36. Topses, G. Bulut Serin, N. Psikolojik danışma ve kişilik kuramları, 2012, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık, p.89, 1-32.
37. Duyan V. Sosyal Hizmet Temelleri Yaklaşımları Müdahale Yöntemleri. Ankara, Sosyal Çalışma Yayınları, 2014, p.294.
38. Thompson, N. Kuram ve uygulamada sosyal hizmeti anlamak. Ankara, Dipnot Yayınevi, 2016, p.42.
39. Kirst-Ashman, K., Hull, G.H. Understanding generalist practice. Second Edition, 1999, Chicago: Nelson-Hall Publishers, p.91-94.
40. Duyan, V., Özgür Sayar, Ö., Özbulut, M. Sosyal hizmeti tanımak ve anlamak, 2008, Ankara, Öncü Basımevi, p.90, 96.
41. Herman, J. Trauma and recovery. 1997, New York: Basic Books. p.49
42. Koss, M. P., & Harvey, M. R. The rape victim: Clinical and community interventions, 1991, Newbury Park, California: Sage Publications, Inc, 205-223.
43. Kurland, R. and Salmon, R. Group work vs. casework in a group: Principles and implications for teaching and practice. Social Work with Groups, 1992, 15(4), 3-10.
44. Yassen, J. And Glass, L. Sexual assault survivor groups: A feminist practice perspective. Social Work (May/June), 1984, 252-257.
45. Sheafor, B. W., Horejsi, C. R., & Horejsi, G. A. Techniques and guidelines for social work practice, Sixth Edition, 2002, Boston: Allyn & Bacon, Inc. p.89.
46. Erdal, M. Gözaltında tecavüz, 1997, İstanbul, Çiviyazıları, p.50.
47. Güler, N., Tel, H., & Tuncay, F. Ö. Kadının aile içinde yaşanan şiddete bakışı. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2005, 27(2), 51-56.
48. Efe, Ş. Y., & Ayaz, S. Kadına yönelik aile içi şiddet ve kadınların aile içi şiddete bakışı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2010, 11(1), 23-29.
49. Birleşmiş Milletler, Kadına karşı her türlü ayrımcılığın önlenmesi uluslararası sözleşmesi, Erişim tarihi: 19 Şubat 2018, https://www.unicef.org/turkey/cedaw/_gi18.html.
50. Birleşmiş Milletler, Pekin Deklarasyonu ve Eylem Planı, Erişim tarihi: 19 Şubat 2018, <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/pekin.pdf>.
51. Kadınlara Yönelik Şiddet ve Ev İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadele Hakkındaki Avrupa Konseyi Sözleşmesi, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120308M1-1.pdf>.
52. Knight, L. W. Jane Addams: Eylemci bir ruh. 2014, (Çev. Ed. Özlem Cankurtaran Öntaş) Ankara: Ayizi Kitap.
53. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Kadına yönelik

şiddetle mücadele ulusal eylem planı (2016-2020). Erişim tarihi: 24 Kasım 2017, <http://kadininstatusu.aile.gov.tr/ulusal-eylem-planlari/kadina-yonelik-siddetle-mucadele-ulusal-eylem-planı>.



Between Quality Assurance and Improvement: 25 Years of EQuIP Service (1991-2016)

Kalite Güvencesi ve Kalite Geliştirme Arasında: 25 Yıllık EQuIP Tarihçesi (1991-2016)

Ulrik Bak Kirk¹, Vildan Mevsim^{*2}

ABSTRACT

The European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQuIP) is WONCA Europe's network for Quality Improvement and Patient Safety. It has formally been in service since 1991, with the aim of developing tools and methods for quality improvement in general practice in collaboration with GP research institutions. In 2016, EQuIP is celebrating its 25th Anniversary, which demonstrates an appropriate occasion for contemplating and commenting on the current *quality* and *patient safety* developments in the europe context of primary care. The organisational history of EQuIP can be divided into three major phases: Product phase (1991-2006), Reflecting phase (2006-2011) and Networking phase (2011-now). The first phase lasted from 1991-2006, and the main interest was to develop 'one size fits all' tools to assess and improve quality in primary health care. The intermediate phase was from 2006-2011, where the focus for quality development switched from individual tools and an individualistic approach for decision making to health care systems and methods for planning and implementing change. The latest phase started in April 2011 and is still ongoing. During this period, the focal point shifted towards collaboration and involvement of stakeholders and networks rather than products.

Key Words: Patient safety, family medicine, quality improvement

ÖZET

1991 yılında kurulan Avrupa Aile Hekimliği Kalite ve Hasta Güvenliği Derneği (EQuIP), WONCA Avrupa Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Ağıdır. Genel pratisyenlik akademik birimleri işbirliğinde aile hekimliği uygulamasında kalite geliştirmeye yönelik araçlar ve yöntemler geliştirmek amacıyla kurulmuştur. 2016 yılı EQuIP'in 25. yıldönümünü olması nedeniyle tanıtım ve faaliyetlerin değerlendirilmesi açısından fırsat olarak görülmüştür. EQuIP'in tarihi; Ürün aşaması (1991-2006), Yansıma aşaması (2006-2011) ve Ağ oluşturma aşaması (2011-şimdi) olarak üç ana aşamada incelenmiştir. Birinci aşama 1991'den 2006 yılına kadar devam etmiştir. Bu aşamada ana ilgi odağı birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme ve değerlendirme için 'herkese uyan tek beden' araçlar geliştirmektir. Yansıma dönemi 2006-2011 yılları arasında gerçekleşmiştir. Bu dönemde kalite geliştirme, sağlık sistemleri için karar verme ve planlamada, uygulamanın değişiminde gerekli olan yöntemlere yönelik geliştirilen bireysel araçlar ve bireysel yaklaşımlara odaklanılmıştır. Ağ oluşturma aşaması Nisan 2011'de başlamış ve halen devam etmektedir. Bu dönemin odak noktası, ürünler yerine paydaşların ve ağların iş birliği ve katılımıdır. EQuip bu amaçlar doğrultusunda halen pek çok çalışma yürütmektedir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, hasta güvenliği, kalite geliştirme

Received Date / Geliş Tarihi: 18.01.2018, Accepted Date / Kabul Tarihi: 20.03.2018

¹ University of Copenhagen Faculty of Health and Medical Sciences Copenhagen DENMARK

² Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Balcova İzmir TÜRKİYE

* Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Vildan Mevsim, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Balcova İzmir TÜRKİYE, E-mail: ymevsim@gmail.com

Kirk UB, Mevsim V. Kalite Güvencesi ve Kalite Geliştirme Arasında: 25 Yıllık EQuIP Tarihçesi (1991-2016). TJFMPC, 2018; 12(2): 148-152.

DOI: 10.21763/tjfm.432552

GİRİŞ

Avrupa Aile Hekimliği Kalite ve Hasta Güvenliği Derneği (EQuIP), WONCA Avrupa Kalite Geliştirme ve Hasta Güvenliği Ağıdır. Hollanda'lı araştırmacı Richard Grol tarafından kurulan EQuIP, 1991'den beri çalışmalarını yürütmektedir. Genel pratisyenlik akademik birimleri işbirliğinde aile hekimliği uygulamasında kalite geliştirmeye yönelik araçlar ve yöntemler geliştirmek amacıyla kurulmuştur.

2016 yılının EQuIP'in 25. yıldönümünü olması, Avrupa'da çeşitli ülkelerde birincil bakımda kalite ve hasta güvenliği konusunda sağlanan gelişmeleri değerlendirmek için bir fırsat yaratmıştır.

WONCA Avrupa Ağ'larından bir olan EQuIP'nin kuruluş amacı, tüm Avrupa ülkelerinde, aile hekimliğinde hasta güvenliği ve bakım kalitesini en yüksek düzeye çıkarmak için katkıda bulunmak olarak belirlemiştir. EQuIP bunu başarmak için uzmanlık ve metodolojinin aktarılabilmesi ve işbirliğinin sağlanabileceği bir yapı oluşturmuştur. Bununla birlikte, birinci basamakta Kalite Geliştirme (QI), Kalite Yönetimi ve Geliştirme alanında projeler geliştirerek ve yürüterek katkıda bulunmaktadır.

Birinci basamakta kalite geliştirme ve güvenliği hasta bakım hizmetini iyileştirmek amacıyla, iyi klinik uygulama için hedeflerin belirlenmesi ve performansın değerlendirilmesine yönelik planlanmış faaliyetleri içeren sürekli bir süreçtir. Kalite Geliştirme anlayışı, tek başına yetkinlik yerine pratisyen hekimlerin ve uygulamanın fiili performansına eleştirel bir bakış açısına odaklanmaktadır.¹

EQuIP Kalite Geliştirme'nin tıp mesleğinin sorumluluğunda olması gerektiği görüşünü savunmaktadır. EQuIP üyeleri kalite geliştirme ve hasta güvenliği konularındaki çalışmalarını, profesyonel bir sorumluluk bakış açısıyla, hasta bakımının tüm yönlerini kapsayan, hasta merkezli, hastanın uygun sağlık bakımı kullanımını arttıran, günlük uygulamanın rutinini, tıp eğitiminin bir parçası olarak, aile hekimliği konusunda spesifik stratejileri olan bir süreç olarak yürütmektedirler.¹

EQuIP ilk toplantısını 1990'da Barselona'daki WONCA Avrupa Bölgesi Kongresi'nde gerçekleştirmiş ve amaçları belirlemiştir. Bunlar;

1. Kalite Geliştirme konusundaki Avrupa'daki aile hekimlerinin kuruluşları, dernekleri ve aile

hekimliği akademileri arasındaki işbirliğini teşvik etmek

2. Çalıştaylar organize ederek, raporlar hazırlayarak ve işbirliği projeleri oluşturarak uzman değişimini ve kalite gelişimini teşvik etmek

3. EQuIP çalışmalarını desteklemek için her ülkedeki aile hekimleri, eğitimcileri ve araştırmacıların ulusal ağlarının oluşturulmasını sağlamak

4. Mezuniyet öncesi dönemde, sürekli tıbbi eğitim ve mesleki eğitim programlarına kalite geliştirme konusundaki derslerin yerleştirilmesini sağlamak

5. Kalite geliştirmeyle ilgili çeşitli çalışmalar başlatmak, desteklemek ve danışmanlık yapmak, şeklinde belirlenmiştir.²

2003 yılında amaçlar ile ilgili revizyon çalışmaları yapılmıştır. Amaçlar aşağıdaki gibi güncellenmiştir:

1. EQuIP, Avrupa Aile Hekimliği'nde kalite geliştirme ve hasta güvenliği konusunda bilgi ve yenilikler geliştirmeyi ve profesyoneller arasında ağ kurulumunu desteklemeyi amaçlamaktadır.

2. EQuIP, kalite geliştirme ve hasta güvenliği gündeminin WONCA Avrupa'nın temel alanı olmasını sağlamayı amaçlamaktadır.

3. EQuIP'nin görevi Avrupa birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme ve hasta güvenliği konusunda eğitim, öğretim ve araştırma alanlarında iyi uygulamaları geliştirmek ve değiştirmektir.

4. EQuIP, Aile Hekimliği'nde kalite ve hasta güvenliğindeki en iyi uygulamaların yürütülmesini sağlamayı ve teşvik etmeyi amaçlamaktadır.

5. EQuIP birinci basamak sağlık hizmetinde kalite geliştirme ve hasta güvenliği konularında WONCA Avrupa için gündemleri belirlemeye ve yönlendirmeye çalışacaktır.³

EQuIP dünya çapındaki birinci basamağı güçlendirmek için yürüttüğü çalışmalarını Avrupa Sağlık Kayıtları Enstitüsü, Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Aile Hekimliği Birliği (WONCA), WONCA Avrupa, European Journal of General Practice dergisi ve Avrupa Aile Hekimliği Araştırma Networkü (EGPRN) işbirliğinde yapmaktadır.¹

EQuIP'in organizasyonel yapısında bir meclis ve bir yürütme komisyonu yer almaktadır. Yürütme kurulunda başkan, sekreter, sayman WONCA Avrupa Yürütme Kurulu temsilcisi ve 1-3 üye bulunur. Bunun dışında ülkelerin temsilcilerinden oluşan delegeler meclisi de bulunmaktadır.²

2006 baharında Türkiye'de yapılan toplantıda, EQuIP tüzüğü'nün gözden geçirilmesi konusunda karar alınmış ve tüzük taslağı hazırlamak üzere bir grup delege

görevlendirilmiştir. Taslaklar, İspanya'da 2006 yılında, Çek Cumhuriyeti'nde 2007 yılında, Fransa'da 2007 yılında ve Norveç'te 2008 yılında yapılan dört ardışık toplantıdan sonra, EQuIP meclisi tarafından 8 Kasım 2008'de Bükreş'te kapalı bir toplantıyla kabul edilene kadar tartışılmış ve son haline getirilmiştir.²

Halen EQuIP çatısı altında çalışmalar yürüten çalışma grupları da mevcuttur. Bunlar; E-sağlık, Eşitlik, Hasta Güvenliği, Kişiselleştirilmiş Bakım, Sosyal medya, Kalite Eğitimi, Göstergeler, Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yapılandırılmış Küçük Grup çalışma gruplarıdır.⁴ Bu çalışma grupları kendi faaliyet alanlarında çeşitli çalışmalar yürütmektedir. Çalışma grupları farklı ülkelerden, farklı disiplinlerden olan üyelerden oluşmaktadır.

Tarihsel Süreç

EQuIP'nin organizasyon tarihi üç ana aşamaya ayrılabilir:

1. Ürün aşaması (1991-2006)
2. Yansıma evresi (2006-2011)
3. Ağ oluşturma aşaması (2011-şimdi)

Ürün Aşaması (1991-2006)

Birinci aşama 1991'den 2006 yılına kadar devam etmiştir. Bu aşamada ana ilgi odağı birinci basamak sağlık hizmetlerinde kalite geliştirme ve değerlendirme için 'herkese uyan tek beden' araçlar geliştirmektir.

EUROPEP

EQuIP'nin ilk ürünü, 1995-1999 yılları arasında geliştirilen, hastaların aile hekimliği hizmetini değerlendirmesini sağlayan, uluslararası geçerliliği olan standart bir ölçüm aracı olan EUROPEP (EUROPEan Patients Evaluates Patient care)'tir. EUROPEP ölçeği hastaların aile hekimliğinde, bakım kalitesindeki önceliklerini yansıtan bakış açılarını sorgulamaktadır. Bu nedenle, hasta önceliklerinin yanı sıra bu alandaki literatürün sistematik olarak gözden geçirilmesi için 8 Avrupa ülkesinde (Norveç, İsveç, Danimarka, İngiltere, Hollanda, Almanya, Portekiz ve İsrail) bir anket çalışması yapılmıştır.^{5,6}

Olgunluk Matrisi

21. yüzyıla gelindiğinde, birinci basamakta pratiğe dayalı kalite iyileştirmesini teşvik etmeyi amaçlayan bir örgütsel değerlendirme aracı olan Uluslararası Aile Hekimliği Pratiği Olgunluk Matrisi (IFPMM), EQuIP'den katkı ile oluşturuldu. Bu araç, 1996 ve 2003 yılları arasında Glyn Elwyn

ve meslektaşları tarafından geliştirilen İngiltere Maturity Matrix'e dayanıyordu. Araç, örgütsel gelişimi ortaya koyan bir takım örgütsel boyutlardan oluşuyordu. Bu ölçek kullanılarak yapılan değerlendirmede, bireylerin her bir ölçek boyutunda organizasyonlarının nerede olduklarını göstermelerini ve daha sonra bunu bir takım olarak tartışarak, uygulamaları için fikir birliğine vardıkları bir puanı vermeleri gerektirir.⁷

EPA

Avrupa Uygulama Değerlendirmesi (*European Practice Assessment-EPA*) birinci basamak sağlık hizmetleri yönetimini değerlendirmek amacıyla 2002-2005 yılları arasında geliştirildi. EPA, kalite göstergeleri kullanarak, iyi uygulamaları vurgulamak için bir akreditasyon sistemi sundu. EPA aracı uzmanlık bilgisi ve rutin günlük uygulama arasındaki boşluğu kapatmak ve iyileştirmenin mümkün olduğu alanları belirlemek de dahil olmak üzere tasarlanmıştır.⁸

Yansıma Evresi (2006-2011)

Ara dönem 2006-2011 yılları arasında gerçekleşti. Bu dönemde kalite geliştirme, sağlık sistemleri için karar verme ve planlamada, uygulamanın değişiminde gerekli olan yöntemlere yönelik geliştirilen bireysel araçlar ve bireysel yaklaşımlara odaklandı.

PUKÖ (Plan-Do-Study-Act cycles) döngüleri⁹ kullanılarak, küçük ölçekli testler ile ölçme ve bu testlere yapılan geri bildirim ile sağlanan değişimler sonucu ortaya bir gelişme bilimi çıkmıştır.

2007'de Danimarka'dan Tina Eriksson EQuIP'nin 5. başkanlığına geldiğinde, yeni bir çağın geldiğine işaret etti. Bu ikinci aşamada, eğitim kalitesi, EQuIP için yeni bir alan oldu. EQuIP, Aralık 2010'dan Kasım 2012'ye kadar, AB tarafından finanse edilen *inGPinQI* projesine ortak olarak katıldı.¹⁰ Proje sonuçları çağdaş bir teorik çerçeve, uygulamaya yönelik eGuidebook, arteriyel hipertansiyon ve diabetes mellitusun yönetimi için yeni kılavuzlar [11], e-öğrenme vb. içermektedir. Aynı dönemde EQuIP Yaz Okulları, kaliteyi araştırmak için yapılandırılmış bir konsept ve oluşturulmuş bir öğrenme platformu haline geldi. Yaz okulları 2009'da Finlandiya'nın Tuusula kentinde başladı ve 2011 yılına kadar Ghent, Belçika'da olmak üzere devam etti. 2013'te iki araştırma kursu (birinde İngilizce, diğeri Fransızca olmak üzere), 2014'te İngiliz Yaz Okulu Danimarka'da yapıldı. 2017 yılında da Paris yakınlarında bir Fransız Yaz Okulu düzenlendi.

kongrelerde EQuIP olarak yaptığı katkılar ve katılımlar ile etkinlik alanını genişletmektedir.

Ağ Oluşturma Aşaması (2011-şimdi)

En son aşama Nisan 2011'de başladı ve halen devam ediyor. Bu dönemin odak noktası, ürünler yerine paydaşların ve ağların iş birliği ve katılımına yöneldi. Yakın bir örnek, EQuIP'nin 2012-2015 yılları arasında geliştirdiği Kronik Durumlarda Hasta Güçlendirmesi-Wonca Europe (PECC-WE) projesi (*Patient Empowerment in Chronic Conditions - Wonca Europe*) İstanbul'da düzenlenen Wonca Europe 2015 konferansında resmi olarak başlatıldı. Bu proje Wonca Avrupa Yıldönümü Araştırma Fonu projesi olarak fonlanmaya hak kazanmış bir projedir. Bu proje doğrultusunda ortak bir çevrimiçi veri bankası hazırlandı.

Hasta güvenliği, aile hekimliğinde kalite gelişiminin yalnızca bir yanı olmakla birlikte, üzerinde konuşulur bir konu haline gelmiştir ve genel pratisyenler için temel bir yetkinlik olarak vurgulanmıştır.¹² Birçok eski EQuIP temsilcisi tarafından geliştirilen bu araştırma alanı, tek bir emniyet tedbirini tanımlamak yerine, aynı zamanda ölçütlerin yerel koşullara göre kişiselleştirilmesini ve klinisyenlerin bu tür güvenlik ölçüm araçlarını geliştirmelerini desteklemektedir.¹³

EQuIP'nin hasta güvenliği içerisindeki amacı, birinci basamakta hasta güvenliği konuları olarak; doktor ve personel yorgunluğu ve tükenmişliği ile ikinci ve üçüncü kurban sendromlarına odaklanmaktadır,¹⁴ çünkü bu alan şu an için yeterli farkındalığa, ayrıca iş yükü yoğun olan pratisyen hekimlerin ve sağlık personelinin hasta güvenliği riskini en aza indirmeyi sağlayacak uygun müdahale stratejilerine sahip değildir.¹⁵

2015 yılında EQuIP, Adrian Rohrbasser liderliğindeki Kalite Çemberleri üzerine yeni bir çalışma grubu oluşturdu. Dr Rohrbasser, kalite çemberlerini teşvik eden ve engelleyen, bu iki durumda da ödüllendirici ve değerli olarak algılanan, bağlamsal faktörleri tanımlamaya çalışmaktadır. Mutlaka yeni araç geliştirme ihtiyacı yoktur. Bölgesel veya ülkeye ait bağlam, tarih ve geleneğe bağlı olarak mevcut araçları nasıl kullandığımıza ilişkin kapsamlı bir anlayışa ihtiyaç vardır.

EQuIP ağının tamamı ve sürekli genişletilmesi, gelecekte bu tür değer temelli kalitede kesinlikle önemli bir rol oynamaktadır. Ağustos 2017 itibarıyla, EQuIP, 25 Avrupa ülkesinden 95 aktif ve özel üyeye sahiptir.

EQuIP üye sayısının gittikçe arttırmaktadır. Yılda iki defa yapılan kongreleriyle ve farklı

KAYNAKLAR

1. From closed quality group to open network. Edition: June 2016 http://equip.woncaeurope.org/sites/equip/files/Documents/EQuIP_June2016.pdf (giriş 20.12.2017)
2. **Ortiz JMB. Short history of EquiP.** <http://equip.woncaeurope.org/members/sh-ort-history-equip>(giriş 20.12.2017)
3. EQuIP Constitution, Version Approved 5ThApril 2013 <http://equip.woncaeurope.org/about/constitution>(giriş 20.12.2017)
4. Working Groups of EquiP. <http://equip.woncaeurope.org/8-working-groups> (giriş 20.12.2017)
5. Grol R et al. Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Family Practice 1999;16:4-11.
6. Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Soc Sci Med 1998;47:1573-88.
7. Edwards A et al. Assessing organisational development in European primary care using a group based method: A feasibility study of the Maturity Matrix. Int J Health Care Qual Assur 2010;23:8-21.
8. Szecsenyi J. et al. Effectiveness of a quality-improvement program in improving management of primary care practices. CMAJ 2011;18(3):1326-1333
9. de Koning H, Verver JP, van den Heuvel J, Bisgaard S, Does RJ. Lean six sigma in healthcare. J Health Qua 2006;28:4-11.
10. InGPInQI: Innovative lifelong learning of European General Physicians in Quality Improvement supported by information technology 2012. Available at: <http://ingpinqi.eu/> (giriş 18.07. 2016).
11. Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Jozwiak J. Treatment targets in patients with Type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe. Eur J Gen Pract. 2014;20:253-59.
12. Eur J Gen Pract. Patient safety in primary care (supplement issue). 2015;21:1-77.
13. Vincent C, Esmail A. Researching patient safety in primary care: Now and in the future. Eur J Gen Pract 2015;21:1-2.
14. Second and Third Victim Research Group. Recommendations for providing

- an appropriate response when patients experience an adverse event with support for healthcare's second and third victims 2015. Available at: http://www.segundavictimas.es/data/documentos/segundas_victimas_maquetacion_ingles_impresion_v06.pdf (giriş 18.07.2016).
15. Royal College of General Practitioners. Patient safety implications of general practice overload 2015. Available at: <http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z-policy/2015/RCGP-Patient-safety-implications-of-general-practice-workload-July-2015.ashx> (giriş 20.07.2016).



Case Report/ Olgu Sunumu

Late Onset Linear Scleroderma

Geç Başlangıçlı Linear Skleroderma

*İsmet Sevimli¹, Perihan Öztürk^{*1}, Mehmet Kamil Mülayım¹, Hülya Nazik¹*

ABSTRACT

En coup de sabre (linear scleroderma of face) is a rare type of morphea (localized scleroderma) involving frontoparietal area of the forehead and scalp. Many triggering factors have been blamed in the development of morphea like trauma, immobilization, BCG vaccination, injections of vitamin K, mechanical compression from clothing, etc. En coup de sabre usually affects the pediatric population, with 67 % of patients diagnosed before 18 years of age. In this article, it was reported to emphasize the late started a case of 30 years old female.

Key words: En coup de sabre, localized scleroderma, morphea

ÖZET

En coup de sabre (yüzün linear skleroderması), alın ve saçlı derinin frontopariyetal bölgesini tutan, morfeanın (linear skleroderma) nadir görülen bir tipidir. Gelişiminde travma, immobilizasyon, BCG aşısı, K vitamini enjeksiyonları, giysilerin mekanik basısı gibi tetikleyiciler suçlanmıştır. En coup de sabre genellikle pediatrik popülasyonda görülür, olguların %67'si 18 yaşından önce tanı almıştır. Burada, 30 yaşında yetişkin bir hastaki en coup de sabre geç başlangıçlı vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: En coup de sabre, lokalize skleroderma, morfea, geç başlangıç

Received Date/ Geliş Tarihi: 15.07.2017, Accepted Date/ Kabul Tarihi: 05.02.2018

¹KSU (Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi) Tıp Fakültesi Dermatoloji AB Kahramanmaraş TÜRKİYE

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: perihan.ozturk, KSU (Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi) Tıp Fakültesi Dermatoloji AB Kahramanmaraş TÜRKİYE

E-mail: drperihanozturk@hotmail.com

Sevimli İ, Öztürk P, Mülayım MK, Nazik H. Geç Başlangıçlı Linear Skleroderma. TJFMPC, 2018; 12(2): 153-155.

DOI: [10.21763/tjfmpe.432556](https://doi.org/10.21763/tjfmpe.432556)

GİRİŞ

Skleroderma; deride ve diğer organlarda artmış kollajen üretimine bağlı kalınlaşma ve sertleşmelerle karakterize olan, etiyojisi bilinmeyen bir bağ dokusu hastalığıdır. Lokalize skleroderma ile sistemik sklerozis arasında yer alan geniş bir dağılıma sahiptir.¹ Morfea olarak bilinen lokalize formu iç organ tutulumu olmaksızın deriyi, nadiren de deri altı kas dokusunu tutar.² Morfea lineer skleroderma, plak morfea, derin morfea, büllöz morfea ve generalize morfea olarak alt tiplere ayrılır.³⁻⁵ Lineer skleroderma çoğu zaman ekstremitelerde yerleşir fakat bazen alın ve saçlı derinin frontoparyetal bölgesini de tutabilir ki bu durum kılıç yarısına benzediği için en coup de sabre olarak adlandırılmıştır.⁶ En coup de sabre çocuklarda yaklaşık 10 yaş civarında sık görülmekle birlikte yetişkinlerde nadirdir.^{7,8} Bu çalışmada, geç başlangıçlı bir en coup de sabre olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

30 yaşındaki kadın hasta, alın sol frontal bölgeden sol kaşa doğru uzanan lineer plak sebebiyle polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde şikayetinin yaklaşık 3 yıl önce başladığı öğrenildi. 1 yıl önce yapılan biyopsisinde; kollajenize bağ dokuda artış ve kollajende kabalaşma, histokimyasal trikrom boyası ile kollajende artış, elastik boyasında elastik liflerde dejenerasyon görülmüş olup morfea ile uyumlu rapor edilmişti.

Olgunun öz geçmişinde ve soy geçmişinde bir özellik yoktu.

Olgunun dermatolojik muayenesinde alın sol taraf saçlı deriden sol kaşa doğru uzanan lineer hafif deprese bir plak mevcuttu (Resim 1). Palpasyonda hafif sertlik hissedilmekteydi.



Resim 1. Alın sol taraf saçlı deriden sol kaşa doğru uzanan lineer hafif deprese plak

Olgu eşlik edebilecek nörolojik anomaliler açısından göz ve nöroloji polikliniğine yönlendirildi. Herhangi bir patoloji saptanmadı.

Sekiz ay boyunca kullandığı kolşisine rağmen şikayetlerinde gerileme olmayan hastaya metotreksat 7,5 mg tablet, topikal kalsipotriol ve betametazon krem, topikal takrolimus % 0,1 pomat başlandı. 1. ay kontrolünde hastanın endürasyonunda azalma olduğu tespit edildi.

TARTIŞMA

Skleroderma derinin fibrozisine neden olan bir hastalıktır. Sadece deri tutulumu ile sınırlı olabileceği gibi iç organ tutulumunun da eşlik ettiği daha ciddi hastalık formlarında da görülebilir. Skleroderma, sistemik sklerozis ve lokalize skleroderma olarak iki majör gruba ayrılır. Lokalize skleroderma yalnızca deri ve deri altı dokuya sınırlıdır ve Raynaud fenomeni, akroskleroz ve iç organ tutulumunun olmaması ile sistemik formdan ayrılır.⁴ Lokalize sklerodermanın bir alt tipi olan lineer skleroderma genellikle çocuklarda görülür. Lineer sklerodermalı hastaların % 67'si 18 yaşından önce tanı almıştır.⁶ Literatürde yetişkin başlangıçlı olgu sayısı nadir olup Arif ve ark. 26 yaşında başlayan lineer skleroderma olgusu sunulmuştur.⁹ Olgumuzda 27 yaşında bir başlangıç söz konusuydu.

Morfeanın kesin sebebi bilinmemekle birlikte; patojenik süreçlerin başında iki olası sebep ileri sürülmektedir: fibroblast fonksiyon bozukluğu ve olgularda daha fazla otoimmün hastalıklar görüldüğü için otoimmün fonksiyon bozukluğu; bununla birlikte; literatürde travma, immobilizasyon, BCG aşısı, K vitamini enjeksiyonları ve giysilerin mekanik basısı tetikleyici faktörler olarak düşünülmüştür.^{10,11,12} Olguda herhangi bir travma ve enjeksiyon öyküsü bulunmamaktaydı.

Vakaların çoğu sporadiktir. Bununla birlikte ailesel vakalarda rapor edilmiştir. Ailesel olguların belirgin HLA birlikteliklerinden ziyade, ortak tetikleyicilere maruziyetten dolayı oluştuğu bildirilmiştir.¹³

Her ne kadar kesin mekanizmaları açık değilse de lokalize skleroderma, en coup de sabre ve sistemik sklerozisin patogenezinin benzer olduğu düşünülür.¹⁰ Erken dönemdeki deri biyopsileri aylar veya yıllar sonrası fibrozis gelişiminden önce endotelial hücre hasarını gösterir. Sonrası, mononükleer hücre infiltratına eşlik eden vasküler permeabilite artışı perivasküler hücre infiltratına, damar duvarı intimasının kalınlaşmasına ve vasküler lümenin daralmasına yol açar.¹⁴ Mikrovasküler hasara neyin sebep olduğu ise tam anlaşılacakla birlikte çocuk popülasyonda gelişim öncesi travma suçlanmıştır.¹⁵ Olgumuzda tetikleyici etken tespit edilemedi.

En coup de sabre, nörolojik anomalilere eşlik edebilmektedir. Çayırılı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 22 yaşında bir yetişkin olguda en coup de sabre epilepsi birlikteliği saptanmıştır.¹⁶ Olgumuzda nörolojik tutulum saptanmadı.

Hastalığın ayırıcı tanısında; liken sklerosus et atrofikus, lupus pannikülit, morfea benzeri fenilketonüri, eozinofilik fasit gibi hastalıklar düşünülmekle birlikte klasik klinik görünüm ile kolayca biyopsi ile de kesin ayrımı yapılabilir.¹²

Literatürde morfea tedavisinde fototerapi, imikimod, topikal takrolimus, kalsipotriol betametazon kombinasyonu, sistemik steroidler ve metotreksat, D-penisilamin, siklosporin, mikofenolat mofetil ve fotoforez gibi çok sayıda tedavi seçeneği kullanılmaktadır.¹ Olgumuza metotreksat 7,5 mg tablet, topikal kalsipotriol betametazon kombinasyonu ve topikal takrolimus tedavisi verildi ve 1 ay sonraki kontrolünde hastanın endüryasyonda azalma tespit edildi.

En coup de sabre yetişkinlerde nadir görülen lineer sklerodermanın yüz yerleşimli formudur. Bu çalışma, hem literatürde geç başlangıçlı en coup de sabrenin nadir görülmesi sebebiyle hem de aile hekimliğine başvuran hastalara; hastalıkla ilgili bilgi verilebilmesi, eşlik eden hastalıkların araştırılabilmesi ve erken dönem tedavisinin yapılabilmesini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Fett N, Werth WP. Update on morphea: part I. Epidemiology, clinical presentation, and pathogenesis. *J Am Acad Dermatol* 2011; 64: 217-228.
2. Weibel L, Sampaio MC, Visentin MT, Howell KJ, Woo P, Harper JJ. Evaluation of methotrexate and corticosteroids for the treatment of localized scleroderma (morphoea) in children. *Br J Dermatol* 2006; 155:1013-1020.
3. Cassidy JT, Petty RE. The systemic scleroderma and related disorders. In: Cassidy JT, Petty RE, editors. *Textbook of pediatric rheumatology*. Philadelphia: W. B. Saunders; 2001. p. 505-34.
4. Nelson A. Localized sclerodermas. In: Cassidy JT, Petty, RE, editors. *Textbook of pediatric rheumatology*. Philadelphia: W. B. Saunders; 2001. p. 535-44.
5. Uziel Y, Miller ML, Laxer RM. Scleroderma in children. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42: 1171-1203.
6. Holland KE, Steffes B, Nocton JJ, Schwabe MJ, Jacobson RD, Drolet BA. Linear scleroderma en coup de sabre with associated neurologic abnormalities. *Pediatrics* 2006;117:132-136.
7. Tollefson MM, Witman PM. En coup de sabre morphea and Parry-Romberg syndrome: a retrospective review of 54 patients. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: 257.
8. Orozco-Covarrubias L, Guzmán-Meza A, Ridaura-Sanz C, Carrasco Daza D, Sosa-de-Martinez C, Ruiz-Maldonado R. Scleroderma 'en coup de sabre' and progressive facial hemiatrophy. Is it possible to differentiate them? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002;16(4):361-6.
9. Goodfield MJD, Jones SK, Veale DJ. The Connective Tissue Diseases. In: Burns T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. Eds. *Rook's Textbook of Dermatology*. Wiley-Blackwell, U.K, 8 th. ed 2010;3:5164-5178.
10. Ehara M, Oono T, Yamasaki O, Matsuura H, Iwatsuki K. Generalized morphea-like lesions arising in mechanically-compressed areas by underclothes. *Eur J Dermatol* 2006; 16(3):307-309.
11. Katsumoto TR, Whitfield ML, Connolly MK. The pathogenesis Of systemic sclerosis. *Annu Rev Pathol* 2011; 6:509-37. doi: 10.1146/annurev-pathol-011110-130312.
12. Zulian F. Localized scleroderma in childhood. https://www.uptodate.com/contents/localized-scleroderma-in-childhood?sectionName=Linear%20scleroderma%20of%20the%20face&anchor=H10&source=see_link#H16
13. Brownell I, Soter NA, Franks Jr, AG. Familial linear scleroderma (en coup de sabre) responsive to antimalarials and narrowband ultraviolet B therapy. *Dermatology Online Journal* 2007; 13:11.
14. Vancheeswaran R, Black CM, David J, Hasson N, Harper J, Atherton D, et al. Childhood-onset scleroderma: Is it different from adult-onset disease. *Arthritis Rheum* 1996; 39:1041-9.
15. Arif T, Majid I, Ishtiyag Haji ML. Late onset 'en coup de sabre' following trauma: Rare presentation of a rare disease. *Our Dermatol Online* 2015;6:49-51.
16. Çayırılı M, Açıkgöz G. Linear scleroderma 'en coup de sabre' and Epilepsy: A case report. *J Turk Acad Dermatol* 2013;7:137.