

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

Original Research

Evaluation of Prenatal Care Services in Istanbul Adalar District

Knowledge, Attitude and Behaviors of Women between the Ages of 40-69
on Early Detection of Breast Cancer

Attitudes of Physicians and Nurses Towards the Disabled and Awareness of
Applications for the Disabled in a University Hospital

Retrospective Evaluation of White Code Based Files in Tokat Province
Between 2012 and 2014

The Fatalism Approaches According to The Frequency of Occupational
Accidents and Other Sociodemographic Characteristics of Health Workers

Malnutrition in Home Care Patients

What Do the Adults Know About the Cancer Screening Programs?

Are routine detailed screening tests in healthy children necessary?

Prenatal Breastfeeding Training in Turkish Women: How are the effects?

Effect of Follow-Up Visit Frequencies on Weight Lost: A Historical Cohort
Study

Examination of Factors Affecting to Secondary Traumatic Stress, Cynicism
and Burnout in Healthcare Professionals

Determining The Prevalence of Obesity and The Effective Risk Factors in
Adolescents in The Age Group of 15-18 Years At A Secondary School

Factors Affecting the Presence of Fever in Children Brought to the
Emergency Department with Fever Complaint

The Frequency of Tobacco and Tobacco Product Use in Medical Faculty
Students

Review

A Different Dimension in Promoting Breastfeeding: Paternal Support

Meta-Analysis Steps and Reporting

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 University, Turkey

Editors

Sevgi Özcan (Çukurova University, Turkey)
Hatice Kurdak (Çukurova University, Turkey)
Dilek Güldal (Dokuz Eylül University, Turkey)
M. Mümtaz Mazıcıoğlu (Erciyes University, Turkey)
Erkan Melih Şahin (Onsekizmart University, Turkey)
Recep Erol Sezer (Yeditepe University, Turkey)
Ümit Aydoğan (Sağlık Bilimleri University, Turkey)
Rıza Çıtıl (Gaziosmanpaşa University, Turkey)
Nil Tekin (Narlıdere Huzur Evi, Turkey)
Tamer Edirne (Pamukkale University, Turkey)
Derya İren Akbıyık (Sağlık Bilimleri University, Turkey)
Yücel Uysal (Mersin 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)
Mehmet Ugan (WONCA Europe, President elect)
Radost Assenova (University of Plovdiv, Bulgaria)
Shlomo Vinker (Tel Aviv University, ISR)

Statistics Editors

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

Language Editors

English Language:

Hatice Çubukcu (Çukurova University, Turkey)
Tolga Günvar (Dokuz Eylül University, Turkey)
Özden Gökdemir (İzmir Ekonomi University, Turkey)

Turkish Language:

Hatice Kurdak (Çukurova University, Turkey)
Yusuf Ziya Halefoğlu (Çukurova University, Turkey)
Berrin Telatar (İstanbul Bilim University, Turkey)
Çiğdem Gereklioğlu (Başkent University, Turkey)
Gülçilem Güneş (Çukurova University, Turkey)

Typesetting Editors

Sevgi Özcan (Çukurova University, Turkey)
Aslı Korur (Başkent University, Turkey)
İsmail Ekiz (Ministry of Health, Giresun, Turkey)
Ömer Günnar (Ministry of Health, Ardahan, Turkey)
Zeliha Yelda Özer (Ministry of Health, Adana, Turkey)

Web Editors

Web Application:

Yücel Uysal (Mersin University, Turkey)
Bora Gönen (DNA Arge Engineering, Turkey)
Onur Sürmegözlüer (Ministry of Health, Niğde, Turkey)
Umutcan Yıldırım (Çukurova University, Turkey)

Graphic Design:

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

Editorial Board

Ahmet Barış Güzel	Cem Doğan	Figen Turan
Ahmet Muhtar Şengül	Cevriye Cansız Ersöz	Fikret Bademkiran
Ali Batuş	Cihangir Özcan	Fusun Ersoy
Ali Deniz	Deniz Tanyer	Gamze Özçürümez Bilgili
Ali Rıza Şişman	Deniz Tuncel	Gonca Karataş Karakuş
Aliye Mavili	Deniz Koçoğlu	Gonca Polat
Altan Eşşizoğlu	Derya İren Akbıyık	Gökhan Tümgör
Anıl Tombak	Dilek Çingil	Gülay Yılmazel
Arzu Uzuner	Dilek Toprak	Gülbin Gökçay
Aydan Gülsüm Genç	Ediz Yeşilkaya	Gülcan Arusoğlu
Ayfer Gemalmaz	Elif Gökçearsan	Güzel Dişçigil
Aysun Ardıç	Emre Benlidayı	Hacer Bozdemir
Ayşe Semra Demir Akca	Ercüment Erbay	Hacer Yapıcıoğlu
Ayşegül Yolga Tahiroğlu	Erkan Melih Şahin	Hakan Kaleağası
Bektaş Murat Yalçın	Ertan Mert	Hakan Özdoğu
Berrin Telatar	Esat Veli Karakoç	Hasan Basri Üstünbaş
Bilgin Yüksel	Esra Çalık Var	Hatice Kurdak
Birol Güvenç	Fatma Göksin Cihan	Hikmet Pekcan
Cahit Özer	Fevziye Çetinkaya	Hülya Akan
Hülya Çakmur	Fevziye Toros	Seval Akgün

Hüseyin Avni Şahin	Nilgün Özçakar	Sevgi Özcan
Hüseyin Per	Nurcan Yabancı	Seza Ayşe İnal
İbrahim Başhan	Nurettin Oğuz	Süheyl Asma
İbrahim Öztur	Nurşen Düzgün	Süleyman Görpelioglu
İlhami Ünlüoğlu	Nurver Turfaner Sipahioğlu	Süleyman Özdemir
İlker Ünal	Oğuz Tekin	Şebnem Bıçakçı
İrfan Yurdabakan	Okay Başak	Şule Gökyıldız
İshak Aydemir	Orçun Yalav	Tacettin İnandı
Kadir Özdel	Orhan Murat Koçak	Tamer Edirne
Kürşad Akadlı Özşahin	Özge Tuncer	Tamer Tetiker
M. Mümtaz Mazırcıoğlu	Özüm Erkin	Taşkiner Ketenci
Mehmet Karakaş	Pemra C. Ünal	Tolga Günvar
Mehmet Sargin	Ramazan Akçan	Tunay Sarpel
Mehmet Uğurlu	Recep Erol Sezer	Tunç Ozan
Mehmet Ungan	Refik Burgut	Turan Set
Mehtap Evran	Rengin Güzel	Ümit Aydoğan
Mehtap Kartal	Rıza Çıtlı	Veli Duyan
Melahat Demirbilek	Ruhuşen Kutlu	Vildan Mevsim
Mete Korkut Gülmen	Rukuye Aylaz	Volkan İzol
Mikail Özdemir	Seçil Günher Arıca	Yasemin Çayır
Mustafa Çelik	Sedat Kuleci	Yasemin Korkut
Mustafa Erol	Sedef Kuran	Yavuz Selim Yıldırım
Mustafa Fevzi Dikici	Selahattin Gelbal	Yeltekin Demirel
Nafiz Bozdemir	Selçuk Mıstık	Yener Aydın
Naim Nur	Selim Kadioğlu	Yeşim Uncu
Nazan Bilgel	Selma Çivi	Yiğit Akın
Nazan Karaoğlu	Semra Saruç	Yusuf Karataş
Neşe Akın	Serap Daşbaş	Yüksel Ersoy
Nezih Dağdeviren	Serdar Gürel	Yüksel Ufuktepe
Nihal Zekiye Erdem	Serdar Öztora	Zeynep Tuzcular Vural
Nil Tekin	Serkan Kumbasar	Zuhal Sağlam
	Serpil Aydın Demirağ	

International Editorial Board

Afshin Peyrovani, Iran
Alireza Abdollah Shamshirsaz, USA
Arthanari Ganesan, India
Boonchu Pattama, Tayland
Deepak Chopra, India
Ebiringa Blaise Anyanwu, Nigeria
Han Xu, China
Inam Danish Khan, India
Mahsa Gilanipoor, Iran
Micheal Weingarten, Israel
Murlean Mills, Australia
Muhammad Salman, UK
Ndifreke Udonwa, Nigeria
Olabode Alli- Nigeria
Olanrewaju Jerry-Ijishakin, UK

P.Pandiyan,Pachimuthu, India
Pratik Kalsaria, USA
Radost Assenova, Bulgaria
Sanjay Yadav, India
Shlomo Vinker, İsrail
Suhel Ashraff, UK
Suneel Pratap Bhatnagar, India
Supriya Bhat, India
Tamanna S Sinha, India
Waris Qidwai, Pakistan
Wendy Barber, Canada

Author Guidelines

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

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

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

Conflict of interest:

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

Contributions of authorship

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

Financial support

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

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

Copyright

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

Text Format

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

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

Manuscripts should include the following sections:

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

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

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

Sub Headings

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

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

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

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

References

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

Examples for References (please note the punctuation marks) :

1.Articles:

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

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

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

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

2.Books:

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

Books published in a foreign language

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

Books in Turkish:

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

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

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

Translated books:

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

3.Publications in conference proceedings

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

4.Dissertations

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

Yazarlara Bilgi

Yayın Politikası

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yazı hazırlama kuralları:

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

Bir yazı şu bölümlerden oluşmalıdır:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yabancı dilde yayımlanan kitap:

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

Türkçe kitap:

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

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

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

Çeviri kitap:

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

Original Research

Evaluation of Prenatal Care Services in Istanbul Adalar District

İstanbul Adalar İlçesi Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliğinin Değerlendirilmesi

Emine Özge Çakır, Can Öner, Hüseyin Çetin, Engin Ersin Şimşek

TJFMPC, 2019;13(2): 111-118 DOI: 10.21763/tjfmpe.569443

Knowledge, Attitude and Behaviors of Women between the Ages of 40-69 on Early Detection of Breast Cancer

40-69 Yaş Arası Kadınların Meme Kanserinin Erken Tespiti Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları

Celalettin Çevik, Soner Güneş, T.Dilara Hattatoğlu, M.Asım Satıcı, Barış Bulut, S.Ceyda Şahin, Merve Kocataş, Laçın Çiflik, Serkan Kaygusuz, Erhan Eser

TJFMPC, 2019;13(2): 119-128 DOI: 10.21763/tjfmpe.569469

Attitudes of Physicians and Nurses Towards the Disabled and Awareness of Applications for the Disabled in a University Hospital

Üniversite Hastanesindeki Doktor ve Hemşirelerin Engellilere Yönelik Uygulamalar Konusundaki Farkındalıkları ve Engellilere Yönelik Tutumları

Elif Kılıç, Rıza Çıtlı

TJFMPC, 2019;13(2): 129-141 DOI: 10.21763/tjfmpe.569484

Retrospective Evaluation of White Code Based Files in Tokat Province Between 2012 and 2014

Tokat İlinde 2012-2014 Yılları Arasında Beyaz Kod Kaynaklı Açılan Dosyaların Retrospektif Değerlendirilmesi

Serhat Gülpınar, Yunus Emre Bulut, Rıza Çıtlı

TJFMPC, 2019;13(2): 142-150 DOI: 10.21763/tjfmpe.569497

The Fatalism Approaches According to The Frequency of Occupational Accidents and Other Sociodemographic Characteristics of Health Workers

Sağlık Çalışanlarının İş Kazası Geçirme Sıklığı ve Diğer Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kadercilik Yaklaşımlarının İncelenmesi

Yasin Uzuntarla, Fatma Uzuntarla

TJFMPC, 2019;13(2): 151-158 DOI: 10.21763/tjfmpe.569677

Malnutrition in Home Care Patients

Evde Bakım Hastalarında Malnütrisyon

Sabah Tüzün, Nazlı Hacıağaoğlu, Mustafa Reşat Dabak

TJFMPC, 2019;13(2): 159-166 DOI: 10.21763/tjfmpe.569695

What Do the Adults Know About the Cancer Screening Programs?

Yetişkinler Kanser Tarama Programları Hakkında Ne Biliyor?

İlknur Göl, Özüm Erkin

TJFMPC, 2019;13(2): 167-176 DOI: 10.21763/tjfmpe.569706

Are routine detailed screening tests in healthy children necessary?

Sağlıklı çocuklarda ayrıntılı tarama testleri gerekli mi?

Derya Kalyoncu

TJFMPC, 2019;13(2): 177-182 DOI: 10.21763/tjfmpe.430406

Prenatal Breastfeeding Training in Turkish Women: How are the effects?

Türk Kadınlarında Doğum Öncesi Anne Sütü Eğitimi: Etkileri Nasıldır?

Hatice Tuba Akbayram, Hüseyin Avni Sahin

TJFMPC, 2019;13(2): 183-190 DOI: 10.21763/tjfmpe.569762

Effect of Follow-Up Visit Frequencies on Weight Lost: A Historical Cohort Study

İzlem Sıklığının Kilo Kaybı Üzerine Etkisi: Bir Retrospektif Kohort Çalışması

Elif Ateş, Turan Set, Gamze Dur

TJFMPC, 2019;13(2): 191-195 DOI: 10.21763/tjfmpe.569836

Examination of Factors Affecting to Secondary Traumatic Stress, Cynicism and Burnout in Healthcare Professionals

Sağlık Çalışanlarında İkincil Travmatik Stres, Sinizm ve Tükenmişliğe Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi

Levent B. Kıdak, Günseli Yıldırım, İrfan Yurdabakan

TJFMPC, 2019;13(2): 196-202 DOI: 10.21763/tjfmpe.446111

Determining The Prevalence of Obesity and The Effective Risk Factors in Adolescents in The Age Group of 15-18 Years At A Secondary School

Bir Ortaöğretim Kurumundaki 15-18 Yaş Adölesanlarda Obezite Prevelansı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Burcu Aykanat Girgin, Özlem Bulantekin Düzalan

TJFMPC, 2019;13(2): 203-211 DOI: 10.21763/tjfmpe.454771

Factors Affecting the Presence of Fever in Children Brought to the Emergency Department with Fever Complaint

Acil Servise Yüksek Ateş Yakınmasıyla Getirilen Çocuklarda Ateş Varlığı Üzerinde Etkili Olan Faktörler

Barış Karabulut, Kenan Topal, Çiğdem Gereklioğlu, Hüseyin Aksoy, Ümit Çelik

TJFMPC, 2019;13(2): 212-218 DOI: 10.21763/tjfmpe.569886

The Frequency of Tobacco and Tobacco Product Use in Medical Faculty Students

Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı

Ruhuşen Kutlu, Celalettin Vatansav, Nur Demirbaş, Sadık Taşer

TJFMPC, 2019;13(2): 219-226 DOI: 10.21763/tjfmpe.569908

Review

A Different Dimension in Promoting Breastfeeding: Paternal Support

Emzirme Sürecinin Desteklenmesinde Farklı Bir Boyut: Baba Desteği

Gülsün Ayran, Ayda Çelebioğlu

TJFMPC, 2019;13(2): 227-231 DOI: 10.21763/tjfmpe.569920

Meta-Analysis Steps and Reporting

Meta-Analiz Basamakları ve Raporlanması

Zeynep Aşık, Mehmet Özen

TJFMPC, 2019;13(2): 232-240 DOI: 10.21763/tjfmpe.569924



Original Research / Özgün Araştırma

Evaluation of Prenatal Care Services in Istanbul Adalar District

İstanbul Adalar İlçesi Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliğinin Değerlendirilmesi

Emine Özge Çakır¹, Can Öner^{*1}, Hüseyin Çetin¹, Engin Ersin Şimşek¹

ABSTRACT

Introduction: Maternal deaths are one of the most important public health problems in the world and in our country. One of the effective ways to reduce maternal mortality is to provide adequate prenatal care for women during the pregnancy, both quantitatively and qualitatively. The aim of this study is to evaluate the prenatal care services quantitatively and qualitatively provided by family doctors in Istanbul, Adalar. **Methods:** The universe of this cross-sectional and descriptive study were pregnant receiving antenatal care services in Adalar and registered in the Family Medicine Information System (n=88). Study data were collected using face-to-face interview technique with an information gathering form prepared in line with the contents of the prenatal care management guide (PC-MG). The quantity of PC was evaluated by the count of PC services taken by the women and the quantity was evaluated by a scoring methods, 2 points for all applied parameters and 0 point for non-applied parameters according to PC-MG. **Results:** Sixty-five pregnant were included to the study. It was found out that 94% of the pregnant have been shown to receive antenatal services at least once. 44,3% (n=27) of women receive prenatal care service from the family physician and 21,3% (n=13) of pregnant receive from the family health midwife/nurse. According to Kessner Index which shows the quantitative adequacy 46.2% of women take an inadequate prenatal care. Mean antenatal care service content score is 52, 0 ± 22, 6, indicating an intermediate adequate level of prenatal care. This score scores have a significant relationship with only educational year from the social parameters (p=0,037). **Conclusion:** Although the prenatal care in Adalar were reaches up to 94% quantitatively, this is below the national ratio. Moreover, it is difficult to say that it was adequate in terms of quality. For this reason, training should be planned to increase the awareness of health personnel to provide prenatal care services and to increase the health literacy of the pregnant women.

Key words: Prenatal care, pregnancy follow-up, maternal health, family medicine

ÖZET

Giriş: Anne ölümleri, dünyada ve ülkemizde en önemli halk sağlığı sorunlarından birisidir. Anne ölümlerini azaltmada etkin yollardan birisi, gebelik süresince kadınlara nicel ve nitel yönden yeterli Doğum Öncesi Bakım Hizmeti (DÖB) verilmesidir. Bu çalışmanın amacı, İstanbul ili Adalar ilçesinde aile hekimlerine verilen doğum öncesi bakım hizmetlerinin kapsayıcılığı ve içeriği yönünden değerlendirilmesidir. **Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı olan araştırmanın evrenini, Adalar ilçesinde Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'ne kayıtlı doğum öncesi bakım hizmeti alan gebeler oluşturmuştur (n=88). Çalışma verileri, doğum öncesi bakım yönetim rehberinin (DÖB-YR) içeriği doğrultusunda hazırlanan bir bilgi toplama formu ile yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. DÖB hizmetlerinin niceliği, kişinin aldığı DÖB hizmet sayısına ve niteliği ise DÖB-YR dikkate alınarak, araştırmacılar tarafından yapılması gerekli tüm parametrelere yapıldıysa "2", yapılmadıysa "0" puan verilerek elde edilen puanlama yardımıyla değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya 65 gebe dahil edilmiştir. Çalışma sonucunda, gebelerin %94'ünün en az bir defa DÖB hizmeti aldığı gösterilmiştir. Kadınlardan %44,3 (n=27)'ü aile hekiminden alırken, %21,3 (n=13)'ü aile sağlığı ebe/hemşiresinden bu hizmeti almaktadır. Nicel olarak yeterliliği gösteren Kessner İndeksi dikkate alındığında, çalışma grubunun %46,2'sinin yetersiz bir DÖB hizmeti aldığı tespit edilmiştir. İçerik bakımından hesaplanan DÖB hizmeti puanı ortalaması 52,0±22,6 olup, içerik bakımından orta düzeyde yeterli bir hizmeti işaret etmektedir. DÖB hizmet puanı, sosyal parametrelere sadece eğitim yılı ile anlamlı bir ilişki göstermektedir (p=0,037). **Sonuç:** Adalar ilçesinde verilen DÖB hizmeti nicel açıdan %94'e ulaşmış olmasına karşın, ülke ortalamasının altındadır. Öte yandan, nitelik açısından da yeterli olduğunu söylemek güçtür. Bu nedenle DÖB hizmeti veren sağlık personelinin farkındalığını ve gebelerin bu konuda sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik eğitimler planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Doğum öncesi bakım, gebe izlemi, anne sağlığı, aile hekimliği

Received / Geliş tarihi: 10.09.2018, Accepted / Kabul tarihi: 18.11.2018

¹ Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Can Öner, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul - TÜRKİYE, E-mail: drcanoner@gmail.com

Çakır EÖ, Öner C, Çetin H, Şimşek EE. İstanbul Adalar İlçesi Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliğinin Değerlendirilmesi. TJFMPC, 2019;13(2): 111-118.

DOI: 10.21763/tjfm.569443

GİRİŞ

Tüm gebelikler, anne ve bebek sağlığı açısından ölümcül olabilecek riskler taşısa da bu risklerin önceden belirlenmesi, etkin bir risk yönetimi yapılması ve koruyucu önlemlerin alınması mümkündür. Güvenli anneliği sağlayan önemli bileşenlerden birisi de “doğum öncesi bakım hizmetleri” dir.¹ Doğum öncesi bakım (DÖB), eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından, gebenin en az bir veya daha fazla defa görülmesi veya düşük riskli gebeliklerde, gebenin bir sağlık kuruluşu tarafından belirli prosedürler doğrultusunda, en az 4 defa izlenmesi olarak tanımlanmaktadır.

Dünya genelinde, gebelerin %60'ı nicel olarak yeterli DÖB hizmeti almaktadır. Bu oranlar, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre büyük farklılıklar göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde en az bir kez DÖB hizmeti alan gebe oranı %98,0 iken, az gelişmiş ülkelerde bu oran %65,0'dir.¹ Türkiye’de kadınların DÖB hizmetlerinden yararlanma oranları son 20 yıl içinde belirgin olarak artmıştır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 1993 verilerine göre, kadınların %62,3’ü en az bir defa DÖB hizmeti almışken, bu oran 2013 yılında %97’ye yükselmiştir.^{2,3}

Doğum öncesi bakım hizmetlerinde yeterlilik, ağırlıklı olarak “nicel” ölçülmüştür. Oysaki anne ve bebek sağlığının korunması ve geliştirilmesinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin niceliği yanında, içeriği ve hizmet kalitesi de önemlidir. Sayısal olarak yeterli, ancak içerik olarak zayıf bir doğum öncesi bakım hizmetinin, anne sağlığı üzerine olumlu bir etkisi yoktur.⁴ Bu nedenle, birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de DÖB hizmetlerinin ulusal düzeyde standardize edilmesi, verilen hizmetlerin nicelik ve niteliklerinin yükseltilmesi amacıyla ülkemizde, ilki 2008 ve ikincisi 2014 yıllarında olmak üzere, iki adet “Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri Yönetim Rehberi” yayımlanmıştır. Bu rehberlerde, gebeye verilmesi gerekli her tür hizmet detaylı bir biçimde açıklanmıştır. Bu araştırmanın amacı, İstanbul ili Adalar İlçesi’nde aile hekimlerince takip edilen gebelerin aldıkları, DÖB’ün kapsayıcılığı ve bu hizmetlerin nicelik-nitelik yönünden ulusal kılavuza uygunluğunun değerlendirilmesidir.

YÖNTEM

Kesitsel ve tanımlayıcı tipteki çalışma, 01.10.2017-01.02.2018 tarihleri arasında İstanbul ili Adalar İlçesi’nde gerçekleştirilmiştir. Bölgenin 2016 yılı toplam nüfusu 14.478 kişidir. Nüfusun %47,35 i kadındır (7058). Kadın nüfusunun %48,1’i (3398) doğurganlık çağındadır. 2016 yılı canlı doğum sayısı 120’dir. İlçe içerisinde 6 aile hekimi birimi

bulunmaktadır. Aile hekimi başına düşen nüfus 2485’dir.

Çalışma evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihte Adalar İlçesi’ndeki tüm gebeler (n=68) ve o dönemde lohusa olan kadınlar (n=20) oluşturmaktadır. Çalışmada, örneklem belirlenmemiş ve tüm evrene ulaşılması planlanmıştır. İl Sağlık Müdürlüğü ve yerel etik komiteden gerekli izinler alındıktan sonra (Etik Kurul Tarih/No26.09.2017-2017/514/114/7) çalışma verileri, yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacılar tarafından ev ziyaretleri yapılarak toplanmıştır. Herhangi bir nedenle ulaşılamayan kadınlara, ikinci bir ziyaret yapılmıştır. İki ziyaret sonunda ulaşılamayan kadınlar çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışma sonunda kadınların %74 (n=65)’üne ulaşılabilmektedir.

Çalışmanın veri toplama formu “Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (2014)” esas alınarak hazırlanmıştır. Veri toplama formu, kadının sosyodemografik, biyodemografik özellikleri ile doğum öncesi yapılması gereken ölçüm, test, bilgilendirme ve danışmanlık hizmetlerini içeren sorulardan oluşturulmuştur. Araştırmada, DÖB hizmetleri nicelik, nitelik ve niteliğe etki eden faktörler açısından değerlendirilmiştir.

Doğum öncesi bakım hizmetlerinin niceliği, gebenin, gebelik süresince aile hekiminden DÖB hizmeti alıp almaması, aldı ise kaç kez aldığı ile değerlendirilmiştir. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi’nde her bir izlem için belirlenen parametreler, anne ve bebek sağlığı açısından değerlendirilmez. Bu açıdan DÖB hizmetlerinin niteliğinin değerlendirilmesinde, gebelerin aldıkları izlem sırasında uygulanması gerekli tüm parametreler kullanılmıştır. Bu parametreler, öykü alma alt başlığından 11 parametre, iletişim alt başlığından 5 parametre, fizik muayene alt başlığından 9 parametre, laboratuvar hizmetleri alt başlığından 7 parametre, ilaç desteği ve tedaviler alt başlığından 5 parametre, danışmanlık alt başlığından 10 parametre ile kayıt ve planlama alt başlığından 3 parametre, toplamda 7 alt başlıkta 50 parametre olarak belirlenmiştir. Belirlenen her bir parametreye yapılmışsa “2”, yapılmamışsa “0” (sıfır) puan verilmiştir. Sonrasında, bu puanlar toplanmış ve her bir gebe için “DÖB hizmeti puanı” oluşturulmuştur. Bu hizmet puanına göre DÖB hizmetinin kalitesi; 0-48 puan arasında yetersiz, 50-70 puan arasında orta yeterli, 70-84 puan arasında yeterli ve 86 puan ve üstünde ise çok yeterli olarak sınıflandırılmıştır. Kadınların, sosyodemografik, biyodemografik özellikleri ile sağlık hizmet kullanımına ilişkin özellikleri, DÖB sırasında aldığı

hizmetler ve bu hizmetlere ilişkin özelliklerden bağımsız, DÖB hizmeti puanları ise bağımlı değişken olarak alınarak, bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişken üzerindeki etkileri değerlendirilmiştir.

Çalışma verileri, SPSS 21,0 paket programında analiz edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı ölçütler (sıklık, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma ve en büyükten küçük değer) kullanılmıştır. Ortalamaların kıyaslanmasında, parametrik verilerde t testi ve ANOVA kullanılırken, non-parametrik veya dağılımı normal olmayan verilerin kıyasında Mann Whitney U testi veya Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Değişkenler arası ilişkiler, Pearson, Spearman korelasyon testleri ile değerlendirilmiştir. Ayrıca, sayımla belirlenen verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. (p) değeri 0,05 altında anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya, aile hekimliği birimlerinden hizmet alan 47 gebe ve 18 lohusa dâhil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 29,6±5,6 yıldır. Kadınların, ortanca gebelik sayısı 3 (min:1- max:9); ortanca yaşayan çocuk sayısı 1 (min:0- max:6) bulunmuştur. Çalışma grubunun demografik ve obstetrik özellikleri tablo 1’de derlenmiştir.

Katılımcıların %6,0 (n=4)’ü hiç DÖB hizmeti almazken, 4 ve üstü DÖB hizmeti alanların oranı %38,0 (n=25)’di. En az bir izlemin yapılması gerekli olan, 14 hafta ve altı gebeliklerde tüm gebelere nicel açıdan yeterli izlem yapılmıştı. Gebelik haftalarına göre yapılan izlem sayısı tablo 2’de verilmiştir.

Gebelere sunulan DÖB hizmetinin %44,3 (n=27)’si tamamen aile hekimi tarafından, %21,3(n=13)’ü tamamen aile sağlığı ebe/hemşiresi tarafından verildiği belirtilmiştir. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi dikkate alındığında, gebelerin %16,4 (n=10)’ünde riskli gebelik saptanmıştır. Verilen DÖB hizmetinin alt bileşenleri ve bu bileşenlere ait parametrelerin uygulanma durumu tablo 3’de verilmiştir. Genel olarak bakıldığında, tüm parametrelerde sorgulanma oranları %50 civarındadır. Öykü alma alt başlığı dikkate alındığında en az sorgulanan parametrenin gebelerde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu, en sık sorgulanan parametrenin ise akraba evliliği varlığı olduğu görülmektedir. Fizik muayene alt başlığında ise en az yapılan uygulama kardiyovasküler sistem muayenesi ve kalp oskültasyonu (%13,1) idi. Gebelere en sık yapılan laboratuvar uygulaması (%88,5), tam idrar tetkiki (TİT)’dir. Aile hekimleri tarafından takip edilen gebelerin %55,7 (n=34)’sinde demir eksikliği

anemisi saptanmış, bu olguların %85,3 (n=29)’üne tedavi dozunda demir desteği verilmiştir. Gebeliğin 12. haftasında vitamin-D desteği verilen gebe oranı %77,2 (n=44)’tür. Gebelerin %75,4 (n=46)’sına tetanos ve %45,9 (n=28)’una hepatit bulaşıklama durumları sorulmuştur. Tetanos aşısı olmayan 45 gebenin %82,2 (n=37)’sine tetanos aşılması yapılmıştır. Yine Hepatit-B aşılması olmayan 27 gebenin %51,9 (n=14)’üne Hepatit-B aşısı önerilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve obstetrik özelliklerine göre dağılımı (n=65)

		%(n)
Yaş	18-34 yıl	72,4 (47)
	≥35 yıl	27,6 (18)
Eğitim Düzeyi	Eğitimsiz/Okur-Yazar	21,5 (14)
	İlkokul-Ortaokul	30,8 (20)
	Lise	21,5 (14)
	Üniversite ve üstü	26,2 (17)
Çalışma Durumu	Çalışıyor	26,2 (17)
Sosyal Güvencesi	Var	93,8 (61)
Akraba Evliliği	İkinci derece*	17,0 (11)
	Üç ve üstü**	3,0 (2)
	Yok	80,0 (52)
Hane Halkı Büyüklüğü	≤3 kişi	55,3 (36)
	4-5 kişi	27,8 (18)
	≥6 kişi	16,9 (11)
Gebelik Haftası	≤14 hafta	12,5 (8)
	15-24 hafta	20,0 (13)
	25-32 hafta	9,0 (6)
	33 ve üstü	30,8 (20)
	Loğusa	27,7 (18)
Gravida	1	15,4 (10)
	2	32,3 (21)
	≥3	52,3 (34)
Yaşayan Çocuk	0	17,0 (11)
	1	41,5 (27)
	2	20,0 (13)
	≥3	21,5 (14)
Ölen Çocuk	1	3,1 (2)
	≥2	3,1 (2)
Düşük	1	13,8 (9)
	2	3,1 (2)
	≥3	6,2(4)

*İki kardeşin çocuklarının yaptığı evlilikler (kuzen evliliği) ** iki kardeşin torunlarının evliliği

İzlem sayısı	0 %, (n=4)	1 %, (n=15)	2 %, (n=13)	3 %, (n=8)	4+ %, (n=25)	Toplam %, (n=65)
≤14 hafta	0	40,0 (6)	15,5 (2)	0	0	12,5 (8)
15-24 hafta	75,0 (3)	26,6 (4)	23,0 (3)	0	12,0 (3)	20,0 (13)
25-32 hafta	0	0	23,0 (3)	12,5 (1)	8,0 (2)	9,0 (6)
≥33 hafta	0	13,4 (2)	15,5 (2)	50,0 (4)	48,0 (12)	30,8 (20)
Doğum yapmış	25,0 (1)	20,0 (3)	23,0 (3)	37,5 (3)	32,0 (8)	27,7 (18)
Toplam	100 (4)	100 (15)	100 (13)	100 (8)	100 (25)	100 (65)

* Renkli olan alan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre haftasına göre yeterli yapılmayan izlemleri göstermektedir.

Alt Başlık	Parametre	% (n)
Öykü alma	Akıntı-Kaşıntı Şikâyeti	41,0 (25)
	Kronik Rahatsızlık Öyküsü	49,2 (30)
	Kadın Hastalıkları Öyküsü	42,6 (26)
	Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	9,8 (6)
	Kalıtsal Hastalık Varlığı	41,0 (25)
	Sigara Kullanımı	55,7 (34)
	Alkol Kullanımı	44,3 (27)
	Madde Bağımlılığı	27,9 (17)
	Kanser Öyküsü	23,0 (14)
	Akraba Evliliği	68,9 (42)
	Eşinin Kan Grubu	52,5 (32)
Fizik Muayene	Boy Ölçümü	36,1 (23)
	Kilo Ölçümü	88,5 (57)
	Nabız Sayımı	60,7 (39)
	Tansiyon Ölçümü	82,0 (53)
	Akciğer Muayenesi	18,0 (12)
	KVS Muayenesi	13,1 (9)
	Ödem Muayenesi	34,4 (22)
	Varis Muayenesi	36,1 (23)
	Batın muayenesi	21,3 (14)
Laboratuvar Uygulaması	Tam İdrar Tahlili	88,5 (54)
	Tam Kan Sayımı	86,8 (53)
	Kan Grubu Tayini	70,4 (43)
	Açlık Kan Şekeri	62,3 (38)
Danışmanlık	Gebelik Boyunca Dikkat Edilecek Durumlar ve Şikâyetler	60,7 (37)
	Gebelikte Beslenme	59,0 (36)
	Gebelikte Fiziksel Aktivite	27,9 (17)
	Gebelikte Cinsel Yaşam	18,0 (11)
	Gebelikte Hijyen ve Vücut Bakımı	24,6 (15)
	Gebelikte Ağız ve Diş Sağlığı	13,1 (8)
	Gebelikte İlaç Kullanımı	55,8 (34)
	Gebelikte Tehlike İşaretleri	31,2 (19)
	Anne Sütü Ve Emzirme*	32,6 (14)
Doğum Sonrası Bakım*	23,3 (10)	
Destek	Demir Desteği*	85,3(29)
	D vitamini desteği*	77,2(44)

* Doğum öncesi bakım yönetim rehberi 'ne göre ilgili haftadaki gebeler dikkate alınarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya katılanların ortalama DÖB hizmeti puanı $52,0 \pm 22,6$ 'dır. DÖB hizmetinin yeterliliği açısından 0-49 puan yetersiz hizmet, 50-69 orta yeterli hizmet ve 70 puan ve üzeri yeterli DÖB hizmeti olarak kabul edildiğinde, gebelerin %50,8 (n=31)'i nitelik açısından yetersiz bir DÖB hizmeti almışken, gebelerin %23,0 (n=14)'si orta yeterlilikte ve %26,2'i (n=16) yeterli bir DÖB hizmeti almıştır.

Katılımcıların aldıkları DÖB hizmeti puanı ile aldıkları eğitim yılı arasında pozitif yönde, zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,26$; $p=0,037$; $R=0,067$). Öte yandan yaş, hane halkı sayısı ve gravida sayısı ile DÖB hizmet puanı arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (sırasıyla $r=-0,109$, $p=0,398$; $r=-0,032$, $p=0,804$; $r=0,079$, $p=0,542$).

TARTIŞMA

Çalışma sonucunda katılımcıların %94'ünün, en az bir defa aile hekimi veya aile sağlığı ebesi/hemşiresi tarafından DÖB hizmeti aldığı gösterilmiştir. Ulusal verilere bakıldığında, son 30 yıl içerisinde DÖB hizmetinin nicel boyutunun belirgin olarak geliştiği söylenebilir. Bizim çalışmamıza benzer şekilde, 2013 TNSA verilerine göre de en az bir defa sağlık personelinin DÖB hizmeti alan gebe oranı %97'dir.³ Çatak ve arkadaşlarının 2012 yılında İstanbul'da yürüttükleri çalışmada, en az bir defa DÖB hizmeti alan gebelerin oranı %87,4 olarak bildirilmektedir.⁵ Dünya genelinde sağlık personeli tarafından en az bir defa DÖB hizmeti alanların oranı %70 civarındadır ve bu oran gelişmiş ülkelerde %98'dir.¹ İstanbul ili Adalar ilçesinde DÖB hizmetlerine erişim oranlarının, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen "Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005-2015" kapsamında ülke genelinde gebelerin %98'inin en az bir kez DÖB alma hedefine yaklaştığı ve gelişmiş ülke verileri ile uyumlu olduğu söylenebilir. İstanbul ili özelinde, 2012-2018 dönemi içerisinde en az bir defa DÖB hizmeti alanların oranının belirgin bir biçimde artmış olduğu söylenebilir. Bunun temel nedeninin, aile hekimliği uygulamasının zaman içerisinde yerleşmesi ve gerek sağlık personeli ve gerekse halk tarafından daha iyi anlaşılması olduğunu düşünülmektedir. Öte yandan gerek sağlık personeli sayısındaki ve gerekse birinci basamak sağlık kuruluşu sayısındaki artış, birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimi daha kolay hale getirmiş olabilir. Aile sağlığı merkezleri DÖB hizmetlerinin en sık alındığı kurumlardır.⁶ Aile hekimliği uygulaması başladığında, İstanbul'da sağlık ocağı sayısı 604 ve birinci basamakta çalışan hekim sayısı

2007 iken, bu sayı 2018 itibarıyla aile hekimliğinde çalışan hekim sayısı 4493'tür.

Çalışmamızda, gebe başına izlem sayısı 2,93 olarak hesaplanmıştır. Aile hekimliği uygulaması öncesinde İstanbul'da 2010 yılında gebe başına DÖB izlemi sayısı 2 iken, bu oran 2012 yılında 3,9 olarak bulunmuştur.⁵ Bu açıdan bakıldığında, elde ettiğimiz veriler 2012 verilerinin altında kalmıştır. Çalışma sonucunda, 14 hafta altında bütün gebelerin en az bir defa DÖB hizmeti aldığı, 15-24 hafta arasında olan gebelerden 3'ünün (%23,0) hiç doğum öncesi bakım almadığı görülmüştür. Bu açıdan bakıldığında, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne uyumun nicel açıdan orta seviyelerde olduğu söylenebilir. Çatak ve ark.(2014)'nin yaptıkları çalışmada, 15-24 haftalık gebelerin %2,4'ünün hiç, 25-32 haftalık gebelerin ise %5,9'unun bir ve daha az, 33 haftadan büyük ve doğum yapmış gebelerin ise %4'ünün 2 ve daha az DÖB aldığı bildirilmektedir.⁷ İstanbul'da yapılan saha çalışmasında ise 25 hafta altı gebelerin %6'sının hiç DÖB hizmeti almadığı ve gebelik haftasıyla uyumlu olarak en az iki DÖB hizmeti alanların ise %39,5 olduğu bildirilmektedir.⁵ Bu veriler ışığında İstanbul özelinde nicel olarak yeterliliğin, son 5 yıl içerisinde çok fazla değişmediği söylenebilir. Öte yandan, ilk 14 hafta içerisinde tüm gebelere ulaşılarak DÖB hizmeti verilmesi önemli bir gelişmedir. Doğum Öncesi Bakım Hizmeti'ne erken başlanması anne ve bebek sağlığı açısından belirgin bir öneme sahiptir. Yapılan çalışmalar, ilk DÖB hizmetinin erken alınmasının nicel ve nitel yönden daha yeterli bir DÖB hizmeti aldıklarını göstermektedir. İstanbul'da 2012 yılında yapılan saha çalışmasında bu oran %50 olarak bulunmuştur.⁵ Bu açıdan bakıldığında 15 hafta altında izlem alan gebelerin oranının 5 yıl içinde 2 kat artması ve tüm gebelere ulaşması olumlu bir gelişmedir. Bu gelişmede, İstanbul ili içerisinde kullanılan Gebe-Lohusa İzleme Programının (GEBLİZ) etkisi olduğunu düşünüyoruz.⁸

Çalışma sonucunda, DÖB hizmetlerinden öykü alma alt bileşeninde neredeyse tüm parametrelerin %50 civarında sorgulandığı belirlenmiştir. En az sorgulanan durum ise psikiyatrik hastalık öyküsüdür. Oysaki güncel çalışmaların birçoğu, gebelerde antenatal depresyonun zannedilenden daha yüksek oranlarda olduğunu (%7-20) ancak iştahsızlık, halsizlik gibi semptomların gebeliğe eşlik etmesi nedeniyle ayrımında zorlanıldığını bildirilmektedir.⁹ Bunun yanı sıra, bir veya birden fazla psikiyatrik bozukluğu olan gebelerin oranının %14,1 ve tedavi alanların oranı yalnızca %5,5 olduğu bildirilmektedir. Antenatal dönemde depresyonu

olan gebelerde, doğum sonrası depresyon oranları artmaktadır.¹⁰

Doğum Öncesi Bakım Hizmeti sırasında, rehberde yapılması istenen fizik muayene uygulamaları ile çalışma grubundaki gerçekleştirme oranları incelendiğinde; gebelerin sadece %13,1'inin sırasıyla kardiyovasküler sistem muayenesinin ve kalp oskültasyonunun yapıldığı bulunmuştur. Diğer yandan gebelerin %88,5'inin kilosu ölçülürken, %82'sinin tansiyonu değerlendirilmiştir. Çatak ve ark. (2012) tarafından İstanbul'da yapılan çalışmada, kalp oskültasyonu yapılan gebelerin oranını %25; tansiyonu ölçülen gebelerin oranını %93,8 ve kilosu ölçülen gebelerin oranını ise %86,2 olarak bildirmektedir.⁵ Veriler kıyaslandığında, 5 yıl içerisinde gebelerin DÖB fizik muayene alt başlığı altında aldıkları hizmetlerde belirgin bir değişim olmadığı görülmektedir.

Verilen DÖB hizmetinin, laboratuvar hizmetleri alt başlığı ele alındığında, tüm gebelerin %88,5'ine TİT yapılmıştır. Bu oran, 2012 yılı İstanbul çalışmasında %42,0 olarak bulunmuştur.⁵ Bursa'da yapılan çalışma da ise aile hekimlerince gebelerde TİT yapılma oranları %64,0 olarak bildirilmektedir.⁷ Tam kan sayımı yapılan gebe oranı ise %86,9 olarak bulunmuştur. Bu oran, 2012 yılı İstanbul çalışmasında %64,8 ve Bursa saha çalışmasında ise %81,4 olarak verilmiştir.^{5,7} Bu değerler dikkate alındığında, aile hekimleri tarafından gebelere verilen laboratuvar hizmetlerinin belirgin olarak arttığı söylenebilir. Aile Sağlığı Merkezlerinde, merkezi bir planlama ile laboratuvar hizmetlerinin verilmeye başlanması bu oranları belirgin olarak yükseltmiş olabilir.

Çalışmada dikkat çekici bulgulardan birisi de, aile hekimlerinin sadece her dört kadından birisine Glukoz Tarama Testi yapılmasının önermesidir. Diyabetik anne bebeklerinde konjenital malformasyon sıklığı %1-4 arasında bildirilmektedir.¹¹ Bu açıdan bakıldığında, OGTT ile tarama yapılması ve diyabetik annelerin tanınarak, diyabetlerinin kontrol altında tutulmasını sağlamak ve perinatal mortalite oranlarını azaltmaktadır. Aile hekimlerinin, beklenenden daha düşük Glukoz Tarama Testi önermesinde son yıllarda yazılı ve görsel basında Glukoz Tarama Testleri ile ilgili, kanıtı dayalı olmayan olumsuz haberlerin gerek sağlık çalışanları gerekse hastalar üzerinde etkili olduğunu düşünülmektedir.

Çalışma sonucunda, gebelerin %75,4 (n=46)'üne tetanos; %45,9 (n=28)'ine hepatit B bağışıklama durumları sorulduğu gösterilmiştir. Yapılan çalışmalarda, doğurganlık çağındaki kadınların %58,9'unun en az 1 kez 15 yaşından sonra aşılanmış olduğunu gösterilmiştir. Yine aynı

çalışmada, gebelerin %5'inin HbsAg pozitif olduğu, Anti-Hbs pozitifliğinin ise %26,4 olduğu bildirilmektedir.¹² Türkiye Hepatit-B enfeksiyonu açısından endemik bir bölgede bulunmaktadır ve anneden bebeğe geçiş önemli bir enfeksiyon kaynağıdır. Gebe takibinde, rutin olarak Hepatit B enfeksiyonunun serolojik olarak taranması, yeni doğanların enfeksiyondan korunması ve enfeksiyonla karşılaşanların tedavi edilmesi için gereklidir. Koruyucu önlemlerin faydaları; toplumsal düzeyden bireysel düzeye doğru inildiğinde fark edilemez ve ihmal edilebilir hale gelmektedir. Bunun temel nedeni, bireylerin koruyucu önlemlere karşı motivasyonlarının düşük olmasıdır. Bu duruma, halk sağlığında "önleme çelişkisi (prevention paradox)" denilmektedir. Yaptığımız çalışmada, elde edilen düşük tetanos ve hepatit B bağışıklama düzeyleri önleme çelişkisi ile açıklanabilir. Öte yandan sağlık çalışanları açısından bilgi ve motivasyon eksikliği ve koruyucu hizmetlerin uygulanmasında teşvik ve ceza mekanizmalarının yetersizliği bu sonucu doğuruyor olabilir. Yine zaman içerisinde, hekimlerin bir kısmının koruyucu sağlık hizmetlerinden uzaklaşarak tedavi edici hizmetlere kayması da bu sonucun doğmasında etkili olabilir.¹³

Çalışmamızda, gebelere verilmesi gerekli danışmanlık hizmetlerinden hiçbirisi %60 oranını geçmemekle beraber, gebelik boyunca dikkat edilecek durumlar ve şikâyetler gebelikte beslenme ve gebelikte ilaç kullanımı dışında kalan diğer 7 başlıkta bu oranlar %10-30 arasında değişmektedir. Bu açıdan, aile hekimleri tarafından gebelere verilen danışmanlık hizmetinin yetersiz olduğu söylenebilir. Öte yandan, 2012 saha çalışmasında danışmanlık hizmetlerinden sadece "gebelik boyunca dikkat edilecek durumlar ve şikâyetler" başlığı sorgulanmış ve bu konuda danışmanlık oranı %65,7 olarak bulunmuştur.⁵ Bu açıdan, DÖB hizmetlerinin danışmanlık alt başlığında son 5 yıl içinde belirgin bir değişim olmadığı söylenebilir.

Doğum Öncesi Bakım Hizmetinden yararlanma, ağırlıklı olarak kadınların DÖB hizmeti alma eğilimlerini etkileyen demografik, sosyoekonomik ve kültürel faktörler tarafından etkilenmektedir. Çalışmamızda, bu faktörlerden sadece eğitim yılının alınan DÖB hizmetinin niteliği ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Eğitim düzeyinin, DÖB hizmeti alımını etkilediği yönünde yapılmış birçok çalışma mevcuttur.¹⁴⁻¹⁶ Diğer parametrelerle ilişkili, pozitif veya negatif yönde bir ilişki gösterilememesinin temel nedeninin, çalışma bölgesinin nispeten sosyoekonomik düzeyi yüksek bir bölge olması ve çalışma grubunun sayısal yetersizliği olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak, İstanbul ili Adalar İlçesi'nde yürütülen bu çalışmada, en az bir defa DÖB hizmeti

alan gebe oranının %94 olduğu, gebelerin %60 oranında DÖB Yönetim Rehberi'nde belirtilen gebelik haftasına uygun sayıda muayene edildiği ve tüm gebelerin ilk doğum öncesi bakımın ilk 14 hafta içinde yapıldığı görülmüştür. Her ne kadar nicel açıdan bir yeterliliğe ulaşılsa da aile hekimleri tarafından gebelere verilen DÖB hizmetinin yeterli nitelikte olduğunu söylemek güçtür. Aile hekimleri, daha çok ağırlık ölçümü, kan basıncı ölçümü, laboratuvar tetkik hizmetlerini öncelemiş iken, danışmanlık hizmetleri ve fizik muayene uygulamalarını yeterli düzeylerde vermemektedir. Son beş yıl içerisinde nicel açıdan iyileşmeler olsa da nitelik açısından fazlaca bir değişiklik olmamıştır.

Bu bağlamda; DÖB hizmeti veren her düzeydeki sağlık personelinin, DÖB Yönetim Rehberi içeriği konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını belirleyecek ek çalışmalar yapılmalı, bu çalışmalar ışığında sağlık personeline DÖB hizmetleri konusunda eğitimler verilmelidir. Erken dönemde, gebe tespitinin yapılmasını sağlayan bilgi erişim alt yapıları güçlendirilmelidir. Her bir Toplum Sağlığı Merkezi, özelinde birinci basamakta verilen DÖB hizmetleri ile ilgili periyodik saha çalışmaları yapılarak mevcut DÖB politikası üzerinde yerel düzeyde revizyonlar yapılmalıdır. Gebelerin sağlık okur-yazarlığının artırılması, DÖB hizmetlerinde talebi arttıracığından bu yönde çalışmalar yapılması faydalı olabilir.

Bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı, örneklemin yalnızca Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'ne (AHBS) kayıtlı gebelerden seçilmiş olmasıdır. Çalışmanın yapıldığı dönemde, gebe sayısının ilçe genelinde az olması (n=63) ve bu gebelerde hepsine ulaşamayacağı düşünüldüğünden, çalışma evrenine lohusalık dönemindeki kadınlar da dâhil edilmiştir. Çalışma yapıldığı dönemde, AHBS'deki adres bilgilerinin yeterince güncel olmaması, bazı gebelerin telefon vb. erişim bilgilerini içermemesi nedeniyle bazı gebelere ulaşamamıştır. Öte yandan ilçe genelinde AHBS'ye kayıtlı olmayan gebelerin var olma ihtimali vardır. Diğer bir kısıtlılık, DÖB hizmetinin niteliğinin ölçülmesine yönelik kabul gören bir ölçüm aracı olmamasıdır. Verilerin sadece kadınlarla olan yüz yüze görüşmeye dayanması, kadınların yapılan işlemi hatırlayamaması veya bazı işlemlerin yapılmış olmasına karşın, kadınların bu işlemleri bilmemesi ve bu nedenle yapılamamış gibi bildirme ihtimali çalışmanın diğer önemli bir kısıtlılığıdır.

KAYNAKLAR

1. Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 384(9947):980-1004.
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International Inc, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması 1998, HÜNEE, Ankara, 1999.p 105-117
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2013. p 141-152
4. Garbrysh S, Campell OMR. Still too far to walk: Literature review of the determinants of delivery service use. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9:34. DOI:10.1186/1471-2393-9-34.
5. Catak B, İkısık H, Kartal SB, Oner C, Uluc HH, Segmen O. Evaluation of prenatal care in Istanbul: a population based study. *Perinatal Journal* 2012;20(3):126-134 DOI: 10.2399/prn.12.0203003
6. Yücel U, Çiçeklioğlu M, Öcek ZA, Taner Ş. İzmir'in Bornova ilçesinin üç semtinde yaşayan gebelerin Doğum Öncesi Bakım hizmetlerinden yaralanma düzeyi. *TAF Prev Med Bull* 2015;14(5):370-377.
7. Çatak B, Öner C, Gülay M, baştürk S, Oğuz I, Özbek R. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. *Türk Aile Hek Derg* 2014; 18 (2): 63-69
8. Başar SB, Birler AG, Özkul D, Ünlüer S, Gürleyük S, Yamak A, ve ark. The Improvement of Prenatal, Postnatal, Newborn and Preschool Child's Health Care Services in Istanbul: GEBLİZ. *TAF Prev Med Bull* 2010;9(4):289-296
9. Andersson L, Sundstrom-Poromaa I, Bixo M, Wulff M, Bondestam K, Astrom M. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:148–54.
10. Larsson C, Sydsjo G, Josefsson A. Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2004;104:459–66.
11. Lindsay RS, Bennett PH, Hanson RL, Knowler WC. Secular trends in birth weight, BM, and diabetes in the offspring of diabetic mothers. *Diabetes Care* 2000; 23: 1249-54

12. Saęöz N, Apan T. Gebelerde tetanos, hepatit B, ve Rubella seropozitiflik oranları. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2002;12(1):52-55.
13. Basan MN, Bilir N. Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişkisi ve nedenleri. TAF Prev Med Bull 2016;15(1):44-50.
14. Kabir M, Iliyasu Z, Abubakar IS, Asani A. Determinants of utilization of antenatal care services in Kumbotso village, northern Nigeria, Trop Doct; 35(2):110-1
15. Halim N, Bohara AK, Ruan X. Healthy mothers, healthy children: does maternal demand for ANC matter for child health in Nepal. Health Policy Plan 2011;26 (3): 241-5. 48
16. Eleonora R, Alzira M, Heloisa B. Risk factors for inadequate prenatal care use in the metropolitan area of Aracaju, North east Brazil BMC Pregnancy and Child Birth 2009; 9 (3): 68-72.



Original Research / Özgün Araştırma

Knowledge, Attitude and Behaviors of Women between the Ages of 40-69 on Early Detection of Breast Cancer

40-69 Yaş Arası Kadınların Meme Kanserinin Erken Tespiti Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları

Celalettin Çevik^{*1}, Soner Güneş², T.Dilara Hattatoğlu², M.Asım Satıcı², Barış Bulut², S.Ceyda Şahin², Merve Kocataş², Laçin Çıflık², Serkan Kaygusuz², Erhan Eser³

ABSTRACT

Introduction: In this study, it was aimed to determine the knowledge attitude and behavior characteristics of women between the ages of 40-69 and the factors related to early detection of breast cancer and to evaluate the related factors. **Method:** The cross-sectional study was conducted in two urban and semi-urban areas of Balıkesir. The population of the study consisted of 2000 women aged between 40-69 years who were enrolled in two family health centers. The sample size was calculated as at least one time mammography use rates of 40% for women over 40 years of age and a minimum of 7% deviation and 95% confidence level with a minimum of 177. The sample selection was performed by face-to-face interviews with the questionnaire form structured by the researchers. The dependent variables of the study are self breast examination and mammography at any time. The independent variables are social and demographic characteristics, general health status, utilization of health services and information about institutions, the information index and attitude index about breast cancer. In the univariate analysis of dependent and independent variables, Chi-square test and Fisher's exact test were used in categorical data. Backward elimination method was used in logistic regression model. Type 1 error value $p < 0.05$ was considered as significant in the analysis. **Results:** The mean age of the research group consisting of 180 people was 52,8±8,3 years. Self breast examination were higher 3.2 times (1,3-7,8) in those living in the semi-urban area; 2,5 times (1,1-6,2) in women aged 40-50, 3,0 times (1,1-6,2) the majority of life in the village, 2,5 times (1,1-6,5) without chronic disease, 3,1 times (1,3-7,4) in those with lower knowledge points, 5,8 times (2,6-12,9) those with low attitude scores ($p < 0.05$). No mammography was found in 2,3 times (1,1-4,6) women in 40-50 years old, 3,8 times (1,1-14,1) for those without health insurance, 2,3 times (1,1-4,6) in those with lower knowledge score, 2,1 times (1,1-4,1) in those with lower attitude score ($p < 0.05$). **Conclusion:** Only one-fifth of women performed regular breast self-examination and only half had mammography. Self-breast self-examination and mammography-pulling behavior are low in socio-demographically disadvantaged groups. Knowing the community health center and going to the community health center affect the behavior positively. Therefore, it may be useful to increase the availability and accessibility of health services through community-based planned and routine screening to enable women to receive training and mammography in BSE.

Key words: Self breast examination, mammography, breast cancer

ÖZET

Giriş: Bu çalışmada Balıkesir'de yarı kentsel ve kentsel iki aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan 40-69 yaş arası kadınların meme kanserinin erken tespiti konusundaki bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin saptanması ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Kesitsel tipteki çalışma Balıkesir'in kentsel ve yarı kentsel iki bölgesinde yürütülmüştür. Araştırmanın evreni iki aile sağlığı merkezinde kayıtlı 40-69 yaş arası 2000 kadından oluşmaktadır. Örnek büyüklüğü 40 yaş üstü kadınların en az bir kez mamografi çekme sıklığı %40 alınıp %7 sapma ve %95 güven düzeyi ile minimum 177 hesaplanmıştır. Örnek seçimi "çok aşamalı olasılıklı küme örnekleme yöntemi" ile yapılmış veri araştırmacılar tarafından yapılandırılmış anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri herhangi bir zamanda kendi kendisine meme muayenesi yapma (KKMM) ve mamografi çekmedir. Bağımsız değişkenler ise sosyal ve demografik özellikler, genel sağlık durumu, sağlık hizmetlerinden faydalanma, kurumlar hakkında bilgi durumu, bilgi indeksi ve tutum indeksidir. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin tek değişkenli analizlerinde, kategorik verilerde ki-kare testi ve Fisher'in kesin testi kullanılmıştır. Lojistik regresyon modelinde Backward eleme yöntemi kullanılmıştır. Çözümlemelerde tip 1 hata değeri $p < 0.05$ olanlar anlamlı kabul edilmiştir. **Bulgular:** 180 kişiden oluşan araştırma grubunun yaş ortalaması 52,8±8,3 yıldır. Kendi kendisine meme muayenesi yapmama durumu yarı kentsel bölgede yaşayanlarda 3,2 kat (1,3-7,8); 40-50 yaş kadınlarda 2,5 kat (1,1-6,2), yaşamın büyük çoğunluğunu köyde geçirenlerde 3,0 kat (1,1-6,2); kronik hastalığı olmayanlarda 2,5 kat (1,1-6,5), bilgi puanı düşük olanlarda 3,1 kat (1,3-7,4), tutum puanı düşük olanlarda 5,8 kat (2,6-12,9) yüksektir ($p < 0.05$). Mamografi çekmeme 40-50 yaş kadınlarda 2,3 kat (1,1-4,6), sağlık güvencesi olmayanlarda 3,8 kat (1,1-14,1), bilgi puanı düşük olanlarda 2,3 kat (1,1-4,6), tutum puanı düşük olanlarda 2,1 kat (1,1-4,1) yüksektir ($p < 0.05$). **Sonuç:** Kadınların ancak beşte biri düzenli kendi kendine meme muayenesi yapmaktadır ve ancak yarısı mamografi çekmiştir. Sosyodemografik olarak dezavantajlı gruplarda kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi çekme davranışı düşüktür. İlçe Sağlık Müdürlüğü'nün bilinmesi ve İlçe Sağlık Müdürlüğüne gidilmesi davranış olumlu etkilemektedir. Bu yüzden kadınların KKMM konusunda eğitimi ve mamografi çekirebilmesi için topluma dayalı planlı ve rutin taramalar ile sağlık hizmetlerinin kullanımı ve ulaşılabilirliğini arttırmak faydalı olabilir.

Anahtar kelimeler: Kendi kendine meme muayenesi, mamografi, meme kanseri

Received / Geliş tarihi: 09.10.2018, Accepted / Kabul tarihi: 20.11.2018

¹ Balıkesir Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

² Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

³ Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

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

Çevik C, Güneş S, Hattatoğlu TD, Satıcı MA, Bulut B, Şahin SC, M Kocataş M, Çıflık L, Kaygusuz S, n Eser E. 40-69 Yaş Arası Kadınların Meme Kanserinin Erken Tespiti Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. TJFMPC, 2019;13(2): 119-128. DOI: 10.21763/tjfm.569469

GİRİŞ

Meme kanseri meme dokusunda hücrelerin anormal gelişimi ile seyreden, Uluslararası Kanser Ajansı tarafından yayımlanan Global Cancer Incidence, Mortality and Prevalence (GLOBOCAN) 2018 verisine göre dünyada ve Türkiye’de kadınlarda en sık görülen ve en fazla ölüme neden olan kanser türüdür.^(1, 2) Kanser mortalitesinin azaltılmasında kanserin erken evrede yakalanabilmesi yani erken tanı en önemli koruyucu yaklaşımlardan biridir. Ulusal kanser tarama programına göre Türkiye’de uygulanan meme kanseri tarama protokolü; 20 yaşından sonra her ay menstrüasyon sonrası kendi kendine meme muayenesi (KKMM), 40-69 yaş arası kadınlarda iki yılda bir klinik meme muayenesi ve mamografidir.⁽³⁾ Meme kanseri insidansı 2005 yılında Türkiye’de 100.000 kadında 35 iken 2014 yılına kadar 43’e yükselmiştir.⁽⁴⁾ Türkiye’de ve yurt dışında gerçekleştirilen çalışmalarda KKMM yapma sıklıkları çok farklıdır. Türkiye’de yürütülen çalışmalarda her ay düzenli KKMM yapma sıklığı %9,5-%42,6 arasında değişirken,^(5, 6) yurtdışında %41,2-%83,5 arasındadır.⁽⁷⁻⁹⁾ KKMM yapma durumu ileri yaş grubunda,^(7, 10) eğitim durumu yüksek olanlarda,^(10, 11) meme kanseri konusunda bilgisi olanlarda,⁽¹²⁾ aile öyküsü pozitif olanlarda,⁽¹¹⁾ muayenenin nasıl yapılacağını bilenlerde,⁽¹³⁾ meme kanserini ciddi bir sorun olarak algılayanlarda yüksektir.^(8, 11, 12) Literatürde mamografi çekirme sıklığının ise %10,5-55,9 arasında olduğu görülmektedir.⁽¹⁴⁻¹⁸⁾ Yapılan çalışmalara göre mamografi çekirme sıklığı eğitim durumu,⁽¹⁹⁻²¹⁾ yaş,⁽¹⁸⁾ ve aylık gelir arttıkça artmaktadır^(20, 22); çekirdek aileye sahip olanlarda,⁽²⁰⁾ sağlık güvencesi olanlarda ve sosyoekonomik durumu iyi kişilerde yüksektir⁽²³⁾. Meme kanseri insidansının yüksek olması ve KKMM, mamografi ile erken tanı konulabiliyor olması önemlidir. Balıkesir’de KKMM ve mamografi bilgi tutum davranışını saptamaya yönelik yürütülmüş toplum tabanlı bir çalışma olmadığı için bu çalışmanın yapılmasına karar verilmiştir.

Bu çalışmada Balıkesir’de yarı kentsel ve kentsel iki aile sağlığı merkezi bölgesinde yaşayan 40-69 yaş arası kadınların meme kanseri konusundaki bilgi tutum ve davranış özelliklerinin saptanması ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu çalışma Mart-Nisan 2018 döneminde, Balıkesir’in kentsel bölgesinde bulunan Karesi 1 No’lu Aile Sağlığı Merkezi’ne (ASM) bağlı Dumlupınar Mahallesi ve yarı kentsel bölgesindeki Altıeylül 3 No’lu ASM’ye bağlı Gündoğan Mahallesi’nde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini iki aile sağlığı merkezinde (ASM) kayıtlı 40-69 yaş

arası 2000 kadın oluşturmuş, örnek büyüklüğü 40 yaş üstü kadınların en az bir kez mamografi çekirme sıklığı %40^(14, 15) alınıp, %7 sapma ve %95 güven düzeyi ile minimum 177 kadın olarak hesaplanmış ve toplam 180 kadınla görüşülmüştür. Örnek seçimi “çok aşamalı olasılıklı küme örneklem yöntemi” ile yapılmıştır. İki ASM’de bulunan 10 aile sağlığı biriminden rastgele 3’ü seçilmiştir. Örnek seçimi için üç aile hekimi bölgesinin her biri için 60’şar kadına ulaşılması hedeflenmiştir. Küme büyüklüğü 10 olarak belirlenmiş ve 180 örnek büyüklüğü hesabıyla her bir aile hekimliği bölgesinden 6’şar olmak üzere 18 küme belirlenmiştir. Daha sonra, basit rastgele seçim yöntemiyle 20 küme başı hane belirlenmiştir. Araştırmacılar, aile sağlığı merkezinden aldıkları küme başı adrese gidip evde bir kadın varsa görüşme yapmışlardır. Daha sonra bir hane atlayarak her üçüncü hanede anket uygulamayı sürdürmüşlerdir. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından yapılandırılmış anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri, herhangi bir zamanda kendi kendisine meme muayenesi yapma ve mamografi çekirmedi. Bağımsız değişkenler ise sosyodemografik, özellikler, genel sağlık durumu, sağlık hizmetlerinden faydalanma, kurumlar hakkında bilgi durumu, meme kanseri hakkında bilgi indeksi ve tutum indeksi’dir. Bilgi indeksi; meme kanseri sıklığını etkileyen nedenler, doğum yapmamak, emzirmek, 50 yaşından sonra menopoz, fiziksel aktivite, on bir yaşından önce adet olmak, obezite, aile öyküsünü de içeren 13 sorudan oluşmaktadır. Bilgi indeksinin toplam puan aralığı 13,0-65,0’dır. Tutum indeksi 8 sorudan oluşmaktadır. Bilgi ve tutum indeksinin cevapları 5’li likert tipindedir. Tutum sorularının toplam puan aralığı 8,0-40,0’dır. Tutum indeksinde KKMM ile ilgili; her ay düzenli KKMM yapmanın meme kanserine yakalanma ihtimalini azaltacağı, KKMM’yi yararlı bulduğu, gelecekte KKMM ile kitleyi bulabileceği hakkındaki düşünceleri sorulmuştur. Mamografi uygulaması ile ilgili; mamografinin kitleyi erken bulmaya yardımcı olabileceği, mamografinin kitleyi KKMM’den daha önce bulacağı, mamografi uygulamasının acı veren bir yöntem olduğu, mamografi uygulamasının utandırıcı olup olmadığı konusundaki düşünceleri sorulmuştur. Davranış sorularında hiç KKMM yapıp yapmadığı, eğer yapmıyorsa nedenleri, yapıyorsa ne sıklıkla yaptığı, şüpheli bir durumla karşılaşp karşılaşmadığı sorulmuştur. Mamografi davranışı içinse yaşamında hiç mamografi çekirmediği, çekirme ve çekirmeme nedenleri, en son ne zaman çekirdiği sorulmuştur. Analizlerde tanımlayıcı veriler frekans ve yüzde olarak verilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin tek değişkenli analizleri; ki-kare testi, Fisher’in kesin testi, t testi, ANOVA ile değerlendirilmiş analizler sonucunda anlamlı bulunan değişkenler Binary lojistik regresyon modelinde Backward eleme

yöntemiyle değerlendirilmiştir. Tip 1 hata değeri $p < 0,05$ olanlar anlamlı kabul edilmiştir. Çalışma için Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan 13.12.2017 tarih 144 sayılı etik kurul onayı alınmıştır.

BULGULAR

180 kişiden oluşan araştırma grubunun yaş ortalaması $52,8 \pm 8,3$ 'tür. Araştırma grubundaki kadınların %66,7'si yarı kentsel bölgede yaşayan, %55,6'sı 51-69 yaş arasında, %62,8'i ilköğretim mezunu, %76,7'si gelir getiren bir işte çalışmayan, %52,8'i işsiz, %90,6'sı sağlık güvencesi olan, %59,4'ü yaşamının büyük çoğunluğunu kentte geçiren, %68,9'u çekirdek aile yapısına sahip kadınlardır. Katılımcıların %92,2'si alkol kullanmayan, %67,8 i sigara içmeyen, %51,1'i kronik hastalığı olan, %60,0'ı sağlık kurumuna ulaşımında güçlük çekmeyen, %76,7'si sağlıkla ilgili bilgi kaynağı olarak TV kullanan, %58,3'ü İlçe Sağlık Müdürlüğünü bilen, %88,3'ü İlçe Sağlık Müdürlüğüne hiç başvurmamış kişilerdir (Tablo 1).

Araştırma grubunda bilgi puan ortalaması $42,67 \pm 6,06$, tutum puan ortalaması $27,73 \pm 2,84$, KKMM yapma sıklığı %57,2, her ay KKMM yapma sıklığı %18,3, KKMM'de kuşkulu bir durumla karşılaşma sıklığı %27,1, klinik meme muayenesi yaptırma sıklığı %43,3'tür. En az 1 kez mamografi çekirme %47,2, mamografiyi zamanında çekirme %37,2'dir. Mamografi çekirtmeme nedeni olarak en sık kendisinde meme kanserinin olmayacağını düşünme (%53,2) en sık çekirtme nedeni ise doktor önerisidir (%43,5) (Tablo 2).

Araştırma grubunda KKMM yapmama kentsel bölgede yaşayanlarda ($\chi^2=13.110$ $p=0,001$), 40-50 yaş kişilerde ($\chi^2=13.180$ $p=0,001$), çalışmayanlarda ($\chi^2=11.835$ $p=0,008$), sağlık güvencesi olmayanlarda ($\chi^2=7.050$ $p=0,029$), yaşamın büyük çoğunluğunu köyde geçirenlerde ($\chi^2=21.276$ $p=0,001$), aile tipi geniş olanlarda ($\chi^2=9.841$ $p=0,043$), kronik hastalığı olmayanlarda ($\chi^2=9.074$ $p=0,011$), klinik muayeneye gitmeyenlerde ($\chi^2=5.641$ $p=0,048$), İlçe Sağlık Müdürlüğünü bilmeyenlerde ($\chi^2=2.038$ $p=0,049$), İlçe Sağlık Müdürlüğüne başvurmayanlarda ($\chi^2=10.045$ $p=0,007$) anlamlı olarak yüksektir. Eğitim düzeyi azaldıkça KKMM yapma durumu azalmaktadır ($\chi^2=12.129$ $p=0,016$). Alkol kullanımı, sigara içme, hastaneye ulaşımında zorluk çekme durumuna göre KKMM yapma durumu arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Tablo 3'e bakıldığında modelin anlamlı olduğu ($\chi^2=71.330$, $p=0,001$, Nagelkerke $R^2=0,43$) görülmektedir. Modelde yer alan yaşanılan yer, yaş, sağlık güvencesi, yaşamın büyük çoğunluğunun geçtiği yer, bilgi indeksi, tutum indeksi değişkenleri

istatistiksel açıdan anlamlıdır. Modelin genel olarak doğru sınıflandırma oranı %73,9'dur. Bu sonuçlara göre kurulan modelin geçerli ve kullanılabilir bir model olduğu görülmektedir. Lojistik regresyon modeline göre KKMM yapmama, yarı kentsel bölgede yaşayanlarda kentsel bölgede yaşayanlara kıyasla 3,2 kat (1,3-7,8), 40-50 yaş kişilerde 51 yaş ve üzeri kişilere kıyasla 2,5 kat (1,1-6,2), yaşamın büyük çoğunluğunu köyde geçirenlerde diğerlerine kıyasla 3,0 kat (1,1-6,2), kronik hastalığı olmayanlarda olanlara kıyasla 2,5 kat (1,1-6,5), bilgi puanı düşük olanlarda yüksek olanlara kıyasla 3,1 kat (1,3-7,4), tutum puanı düşük olanlarda yüksek olanlara kıyasla 5,8 kat (2,6-12,9) yüksektir. Eğitim, çalışma durumu, sağlık güvencesi, aile tipi, kronik hastalık varlığı, İlçe Sağlık Müdürlüğünü bilme, İlçe Sağlık Müdürlüğüne gitme ile KKMM yapma arasında anlamlı ilişki yoktur.

Araştırma grubunda mamografi çekirtmeme kentsel bölgede yaşayanlarda ($\chi^2=10.753$ $p=0,005$), 40-50 yaş kişilerde ($\chi^2=9.962$ $p=0,007$), çalışmayanlarda ($\chi^2=18.492$ $p=0,001$), sağlık güvencesi olmayanlarda ($\chi^2=8.333$ $p=0,016$), yaşamının büyük çoğunluğunu köyde geçirenlerde ($\chi^2=21.147$ $p=0,001$), kronik hastalığı olmayanlarda ($\chi^2=7.640$ $p=0,022$), TSM'yi bilmeyenlerde ($\chi^2=10.491$ $p=0,005$), klinik muayeneye gitmeyenlerde ($\chi^2=4.384$ $p=0,049$), İlçe Sağlık Müdürlüğüne başvurmayanlarda ($\chi^2=8.832$ $p=0,012$) anlamlı yüksektir. Eğitim düzeyi azaldıkça da mamografi çekirtmeme durumu da azalmaktadır ($\chi^2=10.936$ $p=0,027$). Eş eğitim durumu, Balıkesir'e göç etme, aile tipi ve vücut kütle indeksiyle ilgili özellikler açısından anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 4'e bakıldığında modelin ($\chi^2=33.976$ $p=0,001$, Nagelkerke $R^2=0,23$) anlamlı olduğu görülmektedir. Modelde yer alan yaşanılan yer, yaş, sağlık güvencesi, yaşamın büyük çoğunluğunun geçtiği yer, kronik hastalık varlığı, İlçe Sağlık Müdürlüğünü bilme, İlçe Sağlık Müdürlüğüne gitme bilgi indeksi, tutum indeksi değişkenleri istatistiksel açıdan anlamlıdır. Modelin genel olarak doğru sınıflandırma oranı %65,0'tir. Bu sonuçlara göre kurulan modelin geçerli ve kullanılabilir bir model olduğu görülmektedir. Mamografi çekirtmeme 40-50 yaş kişilerde 51 yaş üzeri kişilere kıyasla 2,3 kat (1,1-4,6), sağlık güvencesi olmayanlarda olanlara kıyasla 3,8 kat (1,1-14,1), bilgi puanı düşük olanlarda yüksek olanlara kıyasla 2,9 kat, tutum puanı düşük olanlarda yüksek olanlara kıyasla 2,1 kat yüksektir. Yaşanılan yer, eğitim, TSM'ye gitme durumuna göre anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$) (Tablo 4).

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri

Değişkenler		n	%
Yaşadılan yer	Yarı kentsel	120	66,7
	Kentsel	60	33,3
Yaş	40-50 yaş	80	44,4
	51 -69 yaş	100	55,6
Eğitim	İlköğretim	113	62,8
	Lise	42	23,3
	Üniversite ve üzeri	25	13,9
Gelir getiren işte çalışma durumu	Evet	42	23,3
	Hayır	138	76,7
Sağlık güvencesi	Var	163	90,6
	Yok	17	9,4
Yaşamın büyük çoğunluğunu geçirdiği yer	Kent	107	59,4
	Kasaba	32	17,8
	Köy	41	22,8
Aile tipi	Geniş	48	26,7
	Çekirdek	124	68,9
	Parçalanmış	8	4,4
Alkol	Evet	14	7,8
	Hayır	166	92,2
Sigara	Evet	39	21,7
	Hayır	122	67,8
	Bıraktım	19	10,6
Kronik hastalık	Var	92	51,1
	Yok	88	48,9
Hastaneye ulaşımında güçlük	Evet	72	40,0
	Hayır	108	60,0
Sağlıkla İlgili Bilgi kaynağı	TV	138	76,7
	Gazete	14	7,8
	İnternet	28	15,6
İlçe Sağlık Müdürlüğünü farkındalığı	Evet	75	41,7
	Hayır	105	58,3
İlçe Sağlık Müdürlüğüne başvuru	Evet	21	11,7
	Hayır	159	88,3
Toplam		180	100,0

Tablo 2. Araştırma grubunun bilgi, tutum indeksi puanları, kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi çektirme durumuna ilişkin sonuçlar

Değişkenler	Dağılım Aralığı	Ort±ss	Olası puan Aralığı
Bilgi puanı	28-61	42,6±6,0	13,0-65,0
Tutum puanı	18-40	27,7±2,8	8,0-40,0
		n	%
KKMM yapma durumu			
Evet		103	57,2
Hayır		77	42,8
KKMM yapma sıklığı			
Ayda		33	18,3
2 aydan fazla		70	38,9
Yapmayanlar		77	42,8
KKMM'de şüpheli durumla karşılaşma			
Evet		28	27,1
Hayır		75	72,9
Klinik meme muayenesi yaptırma			
Evet		78	43,3
Hayır		102	56,7
En az 1 kez mamografi çektirme			
Evet		85	47,2
Hayır		95	52,8
Ulusal tarama programlarına uygunluk açısından mamografi çektirme sıklığı			
Zamanında		67	37,2
Geç		35	19,4
Yapmayan		78	43,3
Mamografi çektirmeme nedeni			
Meme kanserinin kendisinde olmayacağını düşündüğü için		50	53,2
Mamografinin ağrı verici işlem olduğunu düşündüğü için		14	14,9
Nerede çekileceğini bilemediği için		14	14,9
Mamografinin ışın yaydığını düşündüğü için		8	8,5
Zaman ile ilgili sorunlar		7	7,0
Çeken personelin erkek olması		1	1,1
Mamografi çektirme nedeni			
Doktor önerdiği için		37	43,5
Ailede meme kanseri hikayesi olması		14	16,5
Düzenli gidilmesi gerektiğini düşünmesi		13	15,3
Kendisinden şüphelenme		12	14,1
Arkadaş önerisi		9	10,6
Toplam		180	100,0

Tablo 3. Lojistik regresyon "Backward" modelinde KKMM yapmama durumunu etkileyen değişkenler

Değişkenler		β	SH	P	OR (%95 GA)
Yaşanılan yer	Kentsel (ref)				
	Yarı kentsel	1,188	0,446	0,008	3,2 (1,3-7,8)
Yaş	51 ve üzeri (ref)				
	40-50 yaş	0,940	0,453	0,038	2,5 (1,1-6,2)
Sağlık güvencesi	Var (ref)				
	Yok	1,392	0,737	0,059	4,0 (0,9-17,0)
Yaşamın büyük çoğunluğunu geçirdiği yer	Kent (ref)				
	Kasaba	-0,747	0,618	0,227	0,4 (0,1-1,5)
Kronik hastalık	Köy (ref)				
	Var (ref)	1,110	0,548	0,043	3,0 (1,1-8,8)
Bilgi puanı	Yüksek (ref)				
	Yüksek (ref)	0,952	0,475	0,045	2,5 (1,1-6,5)
Tutum puanı	Düşük (ref)				
	Düşük	1,158	0,437	0,008	3,1 (1,3-7,4)
		1,765	0,406	0,001	5,84 (2,6-12,9)

Değişkenler, yaşanılan bölge, yaş, eğitim, çalışma durumu, sağlık güvencesi, çoğunlukla yaşanılan yer, sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük, aile tipi, kronik hastalık varlığı, klinik muayene, TSM'yi bilme, TSM'ye gitme, Bilgi indeksi, tutum indeksi. ($\chi^2=75,636$, $p=0,001$, Nagelkerke $R^2=0,471$)

Tablo 4. Lojistik regresyon modelinde mamografi çektirmeme durumunu etkileyen değişkenler

Değişkenler		β	SH	p	OR (%95 GA)
Yaşanılan yer	Yarı kentsel (ref)				
	Kentsel	0,654	0,379	0,084	1,92 (0,9-4,0)
Yaş	51 ve üzeri (ref)				
	40-50 yaş	0,849	0,346	0,014	2,33 (1,1-4,6)
Sağlık güvencesi	Var (ref)				
	Yok	1,354	0,661	0,040	3,87 (1,1-14,1)
İlçe Sağlık Müdürlüğünü gitme durumu	Evet (ref)				
	Hayır	1,065	0,585	0,069	2,90 (0,9-9,1)
Bilgi puanı	Yüksek (ref)				
	Düşük	0,849	0,345	0,014	2,33 (1,1-4,6)
Tutum puanı	Yüksek (ref)				
	Düşük	0,755	0,341	0,027	2,12 (1,1-4,1)

Değişkenler, yaşanılan bölge, yaş, eğitim, çalışma durumu, sağlık güvencesi, çoğunlukla yaşanılan yer, kronik hastalık varlığı, klinik muayene, TSM'yi bilme, TSM'ye gitme Bilgi indeksi, tutum indeksi. $\chi^2=33,976$ $p=0,001$, Nagelkerke $R^2=0,23$

TARTIŞMA

Türkiye'de özellikle toplum tabanlı çalışmalar kadınlarının meme kanserine yaklaşımları, kendi kendine meme muayenesi yapma ve mamografi çektirme davranışları pek bilinmemektedir.

Çalışmamız toplum tabanlı olması, iki farklı bölgede meme kanserinin erken tanısına ilişkin bilgi ,tutum ve davranışın saptanması anlamında önemli bir çalışmadır. Bu araştırmaların bulguları, Türkiye'de kadınlarda meme kanserinin erken tanısına yönelik bilgi ve tutumları olsa da davranışlarının, yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

Araştırma grubunda KKMM yapma sıklığı %57,2, her ay düzenli KKMM yapma %18,3 ve KKMM'de kuşkulu bir durumla karşılaşma %27,1, klinik meme muayenesi yapma %43,3'tür. KKMM

yapma ve düzenli KKMM yapma literatürdeki çalışmalarda araştırmanın tipine, araştırma grubunun özelliklerine bağlı olarak değişmektedir. Kars'ta ASM'ye başvuran kadımlarla yürütülen bir çalışmada bizim çalışmamızdan düşük biçimde

KKMM yapma sıklığı %23,5, her ay düzenli yapma %8,85 bulunmuştur. Bu durum çalışmamızda seçilen yaş aralığının tamamı 40 yaş üstü iken Kars'ta yapılan çalışmanın popülasyonunun %46,9'unun 18-39 yaş aralığında olmasından ve ilköğretim mezunlarının araştırma grubunun %81'ini oluşturmasından kaynaklanabilir.⁽²⁴⁾ Nitekim çalışmamızda katılımcıların bilgi ve tutum puanları da indeks ortalamasının oldukça üzerindedir. Manisa'da kırsal alanda 20-64 yaş arası kadınlarla yürütülen araştırmada da bizim çalışmamızdan düşük biçimde KKMM yapma %29,2, aylık düzenli KKMM yapma

sıklığı %10,2'dir. Bu durum yaş aralığının Manisa'da 20-64 seçilmesine ve kadınların %20,0'sinin okuma yazma bilmemesine bağlanabilir.⁽¹⁷⁾ Kütahya'da ASM'ye başvuran 15-49 yaş kadınlarla yürütülen bir çalışmada ise bizim çalışmamıza benzer biçimde en az bir kez KKMM yapma %56,6 bulunmuştur.⁽²⁵⁾ Sivas'ta sağlık kurumlarında çalışan 40 yaş üstü kadınlarla yürütülen bir çalışmada da bizim çalışmamıza benzer biçimde en az bir kere KKMM yapma %51,6'dır.⁽²⁶⁾ Bu benzerlik Sivas'ta yapılan çalışmadaki katılımcıların farkındalık düzeyinin yüksek olmasına bağlı olabilir. İstanbul'da 40-60 yaş arası kadınlarla yapılan toplum tabanlı bir çalışmada ise bizim çalışmamızdan yüksek biçimde olarak en az bir kere KKMM yapma %78'dir. Bu durum daha kentsel bir bölgede yürütülen çalışmada örgün eğitim düzeyinin yüksekliğine bağlanabilir.⁽²³⁾

Araştırma grubunda en az 1 kez mamografi çekirme sıklığı %47,2, mamografiyi zamanında çekirme sıklığı %37,2'dir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda bu sıklığın %3.6 ile %56 arasında değiştiğini görülmektedir.^(6, 23, 27-30) En az 1 kez mamografi çekirme sıklığı Kahramanmaraş'ta KKMM eğitimine katılan kadınlarda %20,9,⁽²⁹⁾ Isparta'da yarı kentsel bir alanda 20 yaş üzeri kadınlarda yapılan çalışmada %3,2,⁽³⁰⁾ Çanakkale'de yarı kentsel bir alanda menapoz sonrası kadınlarda yapılan çalışmada %28,9,⁽²⁷⁾ Ankara'da hastaneye başvuran kadınlarda %28,5,⁽⁶⁾ İstanbul'da kentsel bir alanda 40 yaş üzeri kadınlarda yapılan çalışmada %53,6,⁽²¹⁾ İzmir'de kentsel bir alanda 18 yaş üzeri kadınlarda yapılan çalışmada %55,9,⁽¹⁴⁾ İstanbul'da sağlık çalışanlarında yapılan çalışmada %56 bulunmuştur.⁽²⁸⁾ Manisa'da 40 yaş üstü kadınlarda düzenli mamografi çekirme sıklığı yarı-kentsel bölgede %44,2 iken kentsel bölgede %30 bulunmuştur.⁽³¹⁾ Çalışmaların yapıldığı yaş dilimleri ve bölgeler dikkate alındığında bölgesel farklılıkların ve sosyoekonomik durumun etkili olabileceği görülmektedir. Bizim çalışmamızda, Balıkesir kent merkezine benzer sosyoekonomik yapıya sahip olan Ege ve Marmara bölgesinde kentsel alanda yapılan çalışmalara oranla mamografi çekirme sıklığının düşük olması, mamografi hizmetine ulaşılabilirliğin güçlüğünden kaynaklanmış olabilir.

Araştırma grubunda en sık mamografi çekirme nedeni %43,5 ile doktor önerisi ve %16,5 ile ailede meme kanseri hikayesidir. Mamografi çekirtmeme nedenleri arasında ise en sık meme kanserinin kendisinde olmayacağını düşünme (%53,2), mamografinin ağrı verici işlem olduğunu düşünme (%14,9) ve aynı oranla nerede çekileceğini bilememe olduğu görülmektedir. Çanakkale'de yarı kentsel bir alanda yapılan çalışmada mamografi çekirtmeme nedenleri arasında en sık mamografi çekirtmesi gerektiğini bilmemesi (%26,7)⁽²⁷⁾

Manisa'da 40 yaş üstü kadınlarda yapılan kesitsel çalışmada yarı-kentsel bölgede %36,6 ile nerede çekileceğini bilmemesi, kentsel bölgede %26,9'unun meme kanseri olacağını düşünmemesi;⁽³¹⁾ Belçika'da yaşayan Türk kadınlarında yapılan bir çalışmada 35-49 yaş arası kadınların %38'inin sorun olmadıkça mamografi çekirtmenin gereksiz olduğunu düşünmesi, %38'inin bir şey çıkmasından korkması, ⁽³²⁾ Singapur'da 40-69 yaş kadınlarda yapılan bir çalışmada yeterli zaman olmaması (%42,5), işlem sırasında acı çekme korkusu (%26,9) ve kendilerinin kansere yakalanmayacağına ilişkin inançlarıdır (%24,6).⁽³³⁾ Tamil'de 50 yaş üzeri kadınlarda yapılan bir çalışmada meme kanserine yakalanma risklerinin düşük olduğuna inanma (%37,5), zaman yetersizliği (%9,4),⁽³⁴⁾ Brezilya'da 18 yaş üzeri kadınlarda yapılan bir çalışmada ise en sık neden testin gereksiz olduğunu düşünmesi (%27,2) yer almaktadır.⁽⁹⁾

Çalışmamızda literatüre uyumlu biçimde bilgi ve tutum puanı yüksek olanların düzenli KKMM yapma ve düzenli mamografi çekirtme sıklıkları; düzensiz KKMM yapanlara, düzensiz mamografi çekirtenlere ve ikisini de hiç yapmayanlara göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Gaziantep'te ASM'ye başvuran 15-49 yaş kadınlarda yapılan çalışmada KKMM yapma sıklığı düzeyi bilgi düzeyi ile orantılı olarak yüksek bulunmuştur⁽³⁵⁾. Çanakkale'de sağlık ocağına başvuran menapoz dönemindeki kadınlarda yapılan çalışmada KKMM yapma ve mamografi çekirtme sıklığı bilgi ve tutum düzeyi ile orantılı olarak yüksek bulunmuştur.⁽²⁷⁾ Nijerya'da 18 yaş üstü kadınlarda yapılan çalışmada bilgi puanı yüksek olanların KKMM yapma ve mamografi çekirtme sıklığı yüksek bulunmuştur.⁽¹⁰⁾ Bu çalışmada İlçe Sağlık Müdürlüğünü bilen ve buraya başvuran kadınlarda KKMM yapma sıklığı artmış olarak bulunmuştur. Ulusal çalışmalarda İlçe Sağlık Müdürlüğü farkındalığının KKMM yapma üzerine etkisini gösteren bir kaynak bulunamamıştır. Bizim çalışmamızda İlçe Sağlık Müdürlüğüne başvuranların KKMM yapmasında İlçe Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezinin rolü etkili olabilir. Ayrıca kronik hastalığı olanlarda, çekirdek aile tipine sahip olanlarda ve sağlık güvencesi olanlarda KKMM yapma sıklığı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda tek değişkenli analiz sonuçlarına göre kentsel bölgede yaşayanlarda, 51 yaş ve üzerinde, eğitim durumu yüksek olanlarda, gelir getiren bir işte çalışanlarda yaşamın büyük çoğunluğunu kentte geçirenlerde, İlçe Sağlık Müdürlüğü farkındalığı olanlarda, İlçe Sağlık Müdürlüğüne gidenlerde, bilgi ve tutum puanı yüksek kişilerde KKMM yapma durumu yüksektir. Ancak lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre yaşanan yer, yaş, yaşamın büyük çoğunluğunun

geçtiği yer, kronik hastalığı olma, bilgi ve tutum puanı değişkenleri anlamlılığını sürdürmüştür. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, çalışmamıza benzer biçimde yaş ilerledikçe KKMM yapma sıklığı anlamlı ölçüde artmıştır.^(15, 26, 36) Buna karşılık yaş arttıkça KKMM yapma sıklığının azaldığını gösteren kaynaklar da vardır.^(18, 30) Çalışmamızda düzenli mamografi çekme alışkanlığı yüksek eğitilmiş, çalışan ve gelir durumu iyi olan, İlçe Sağlık Müdürlüğü farkındalığı olan, İlçe Sağlık Müdürlüğüne başvuran kadınlarda daha yüksektir. Çalışmamızda gelir getiren bir işte çalışanlarda literatüre benzer biçimde KKMM yapma sıklığı artmış olarak bulunmuştur. Benzer araştırmalarda da çalışan ve geliri giderinden fazla,^(6, 18) eğitim durumu iyi olan kişilerde,^(18, 36, 37) KKMM yapma durumu fazla bulunmuştur. Ancak regresyon analizinde bu durum anlamlılığını yitirmiştir. Yaşamının büyük bölümünü kent merkezinde geçirenlerde literatüre benzer biçimde KKMM yapma sıklığı yüksek bulunmuştur.⁽⁶⁾

Lojistik regresyon analizinde ise yarı kentsel bölgede yaşayanlarda, 50-69 yaş kişilerde, sağlık güvencesi olanlarda, bilgi, tutum puanı yüksek olan kişilerde mamografi çekme yüksek bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalara bakıldığında yarı kentsel bölgede yaşayanların kentsel bölgede yaşayanlara göre daha düzenli mamografi çektiği görülmüştür. Türkiye’de yapılan farklı çalışmalarda ise mamografi çekme sıklığı kentsel bölgelerde daha yüksektir.^(15, 17, 38) Bu durum verilerin toplandığı yarı-kentsel bölgenin şehir merkezine yakın olması, birinci basamak sağlık hizmetlerine katılımın daha yüksek olması ile açıklanabilir. 50-69 yaş kişilerde en az 1 kez mamografi çekme sıklığı daha fazladır. Yapılan bazı çalışmalarda da ileri yaşın önemli bir etken olduğu görülmektedir.^(14, 28, 29) Buna karşılık yaş ile mamografi çekme arasında anlamlı ilişki bulunmayan çalışmalar da mevcuttur.^(9, 15, 30) Sağlık güvencesi olan kişilerde en az bir kez mamografi çekme alışkanlığı daha yüksektir. Literatürde de benzer sonuçlar saptanmıştır.^(9, 14, 21) İstanbul’da kentsel bir bölgede 40-69 yaş kadınlarda yapılan çalışmada özel sağlık sigortası olanların yeşil kartı olanlara göre daha düzenli mamografi çektiği görülmüştür.⁽²¹⁾ Eğitim durumu yükseldikçe ve gelir durumu arttıkça mamografi çekme sıklığının arttığı görülmüştür.^(9, 19, 21, 22, 30) Buna karşılık literatürde eğitim düzeyi ile en az 1 kez mamografi çekme arasında anlamlı ilişki bulunmadığını gösteren veriler de vardır.^(15, 38) Yüksek eğitilmiş olmanın İlçe Sağlık Müdürlüğü farkındalığını arttırabileceği ve bu nedenle İlçe Sağlık Müdürlüğü hizmet kullanımının bu kişilerde daha yüksek olduğu açıklanabilir.

Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Araştırmanın toplumu temsil eden bir örnek üzerinde yürütülmüş olması ve bu bölgedeki ilk çalışmalardan biri olması çalışmanın güçlü yönleridir. Çalışmamızın yapılmış olduğu aile hekimi bölgelerindeki 40-69 yaş kadın nüfusun coğrafi olarak dağılımının gösterildiği bir listenin olmayışı, anket çalışmamız için seçilen kadınların gereç yöntemde belirtildiği gibi seçilmesine neden olmuştur. Bilgi ve tutum açısından değerlendirmeyi kendi oluşturduğumuz indeksle ölçtüğümüz için çalışmamızın bilgi ve tutum puanları diğer ulusal ve uluslararası çalışmalarla karşılaştırılmamıştır.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak bu çalışmada kadınların meme kanseri hakkında bilgisinin ve tutumunun yeterli olduğu ancak KKMM ve mamografi çekme konusunda beklenen seviyede olmadığı görülmüştür. İlçe Sağlık Müdürlüğüne bilinmesi ve İlçe Sağlık Müdürlüğüne gidilmesi davranış olumlu etkilemektedir. Bu yüzden kadınların KKMM konusunda eğitimi ve mamografi çekme için topluma dayalı planlı ve rutin taramalar ile sağlık hizmetlerinin kullanımı ve ulaşılabilirliğini arttırmak faydalı olabilir.

Çıkar çatışması: Yok

Finansal destek: Yok

KAYNAKLAR

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018;1-31.
2. Dimitrova N, Znaor A, Agius D, Eser S, Sekerija M, Ryzhov A, et al. Breast cancer in South-Eastern European countries since 2000: Rising incidence and decreasing mortality at young and middle ages. European Journal of Cancer. 2017;83:43-55.
3. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları 2018 [cited 05.10.2018]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/idari-ve-mali-isler-db/satin-alma-ilanlari/Kanser-Afis-Brosur-Kitap-Basimi-Alimi/Brosur-Afis.pdf>.
4. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. TC Sağlık Bakanlığı. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Ankara. 2016:181-209.

5. Erbil N. Health beliefs and breast self-examination among female university nursing students in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2014;15(6):6525.
6. Koçyiğit O, Erel S, Kısmet K, Kılıçoğlu B, Sabuncuoğlu MZ, Akkuş MA. Polikliniğe başvuran kadınların meme kanseri, meme muayenesi ve mamografi hakkında bilgi düzeyi: İl merkezinde yapılan bir çalışma. *Nobel Medicus*. 2011;7(2):19-25.
7. Al-Dubai SAR, Ganasegeran K, Alabsi AM, Manaf MRA, Ijaz S, Kassim S. Exploration of barriers to breast-self examination among urban women in Shah Alam, Malaysia: a cross sectional study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012;13(4):1627-32.
8. Birhane N, Mamo A, Girma E, Asfaw S. Predictors of breast self-examination among female teachers in Ethiopia using health belief model. *Archives of Public Health*. 2015;73(1):39.
9. Silva T, Mauad E, Carvalho A, Jacobs L, Shulman L. Difficulties in implementing an organized screening program for breast cancer in Brazil with emphasis on diagnostic methods. *Rural & Remote Health*. 2013;13(2):1-11.
10. Okobia MN, Bunker CH, Okonofua FE, Osime U. Knowledge, attitude and practice of Nigerian women towards breast cancer: a cross-sectional study. *World journal of surgical oncology*. 2006;4(1):11.
11. Tastan S, Iyigün E, Kılıc A, Unver V. Health beliefs concerning breast self-examination of nurses in Turkey. *Asian nursing research*. 2011;5(3):151-6.
12. Didarloo A, Nabilou B, Khalkhali HR. Psychosocial predictors of breast self-examination behavior among female students: an application of the health belief model using logistic regression. *BMC public health*. 2017;17(1):861.
13. Sharaa HM. Beliefs and reported practices related to breast self-examination among sample of Egyptian women. *Academic Journal of Cancer Research*. 2013;6(2):99-110.
14. Açıköz A, Çehrelı R, Ellidokuz H. Kadınların kanser konusunda bilgi ve tutumları ile erken tanı yöntemlerine yönelik davranışları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2011;25(3):145-54.
15. Dişçigil G, Şensoy N, Tekin N, Söylemez A. Breast health: Knowledge, behaviour and performance in a group of women living in aegean region. *Marmara Medical Journal*. 2007;20(1):29-36.
16. Ersin F, Polat P. Examination of factors affecting women? s barrier perception to participate in breast cancer screenings in a region affiliated with a family health center in Turkey. *Turkish journal of medical sciences*. 2016;46(5):1393-400.
17. Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. *BMC cancer*. 2006;6(1):43.
18. Yılmazel G. Çorum İli Kırsalında Yaşayan 20 Yaş Ve Üzerindeki Kadınların Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumları Ve Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. *J Breast Health*. 2013;9:82-7.
19. Özaydın AN, Güllüoğlu BM, Ünal PC, Gorpe S, Cabioglu N, Öner BR, et al. Bahçeşehir'de oturan kadınların meme kanseri bilgi düzeyleri, bilgi kaynakları ve meme sağlığı ile ilgili uygulamaları. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*. 2009;5(4):214-24.
20. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2015;65(1):5-29.
21. Yıldırım A, Özaydın A. Knowledge, source of information and compliance with breast cancer screening programs among women in İstanbul/Moda. *J Breast Health*. 2014;10:47-56.
22. Maral I, Budakoglu II, Ozdemir A, Bumin MA. Behaviors toward methods of breast cancer early detection in women over 40 years in a rural region of Ankara, Turkey. *Journal of Cancer Education*. 2009;24(2):127.
23. Yıldırım A, Özaydın A. Sources of breast cancer knowledge of women living in Moda/İstanbul and their attendance to breast cancer screening. *J Breast Health*. 2014(10):47-56.
24. Akgün Şahin Z. Kars' ta yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi uygulamasına yönelik bilgi, inanç ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. 2015;13(2):54-61.
25. Şen S, Başar F. Kütahya bölgesinde yaşayan kadınların kendi kendine meme muayenesi ve meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri. *Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health*. 2012;8(4):185-90.
26. Yılmaz M, Durmuş T. Health beliefs and breast cancer screening behavior among a group of female health professionals in Turkey. *The Journal of Breast Health*. 2016;12(1):18-24.
27. Çelik GO, Malak AT, Öztürk Z, Yılmaz D. menapoz sonrası dönemdeki kadınların kendi kendine meme muayenesini uygulama, mamografi çekirme ve pap smear yaptırma durumlarının incelenmesi *Anatolian Journal of Clinical Investigation*. 2009;3(3):159-63.
28. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi

- Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Istanbul Medical Journal. 2014;15(3).
29. Özer A, Bankaoğlu E, Ekerbiçer HÇ, Hüdayioğlu MR, Özdemir M. Kahramanmaraş'ta Yaşayan Bir Grup Kadının Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma ve Mammografi Çektirme Durumu İle Bunları Etkileyen Faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni Ocak-Nisan. 2009;28:14-8.
 30. Sönmez Y, Nayir T, Köse S, Gökçe B, Kışioğlu AN. Bir sağlık ocağı bölgesi'nde 20 yaş ve üzeri kadınların meme ve serviks kanseri erken tanısına ilişkin davranışları. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;19(4):124-30.
 31. Babuş S, Eser E. Manisa'da Seçilmiş İki Bölgede Meme Kanseri ve Erken Tanı Yöntemleri Açısından Bilgi, Tutum ve Davranış Araştırması. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2017;26(6):221-30.
 32. Çetin N, Tulay N, Benli RA, Demir N, Jan K. Meme Kanseri ve Meme Kanserine İlişkin Türk Kadınlarının Bilgi, Tutum ve Görüşleri. Dirim. 2007;11(1):311-21.
 33. Leong H, Heng R, Emmanuel S. Survey on mammographic screening among women aged 40 to 65 years old at polyclinics. Singapore medical journal. 2007;48(1):34.
 34. Meana M, Bunston T, George U, Wells L, Rosser W. Influences on breast cancer screening behaviors in Tamil immigrant women 50 years old and over. Ethnicity and Health. 2001;6(3-4):179-88.
 35. Güner İÇ, Tetik A, Gönener HD. Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi. 2007;13(2):55-60.
 36. Altuncan H, Akın B, Ege E. 20-60 yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri. Meme Sağlığı Dergisi. 2008;4(2):84-91.
 37. Balaman P, Pehlivan E, Güneş G. Malatya İl Merkezinde 18 Yaş Üzeri Kadınların Kansere İlgili Bazı Tutumları ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulamaları+. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010;17(2):107-12.
 38. Secginli S, Nahcivan NO. Factors associated with breast cancer screening behaviours in a sample of Turkish women: a questionnaire survey. International journal of nursing studies. 2006;43(2):161-71.



Original Research / Özgün Araştırma

Attitudes of Physicians and Nurses Towards the Disabled and Awareness of Applications for the Disabled in a University Hospital

Üniversite Hastanesindeki Doktor ve Hemşirelerin Engellilere Yönelik Uygulamalar Konusundaki Farkındalıkları ve Engellilere Yönelik Tutumları

Elif Kılıç¹, Rıza Çıtıl*²

ABSTRACT

Introduction: Population of the disabled is increasing worldwide and the disabled face with many limitations due to various social and physical obstacles. It is important that the practices that are made in order to provide the ideal health care service for the disabled are in compliance with the current legislation and that the attitudes of health personnel are positive. The present study aims at determining the awareness of the physicians and nurses in a university hospital about the applications for the disabled and their attitudes towards the disabled. **Method:** This cross-sectional study was completed with 220 participants in Kahramanmaraş Sütçü İmam University Hospital. Data were obtained by using a socio-demographic data form and Scale of Attitudes Toward Disabled Persons (SADP) for participants through face to face interviews. Chi-square test, Independent Samples t test and One Way ANOVA were used for assessment of data. **Results:** Of the participants, 41,4% are physicians, 58,6% are nurses; 62,7% are women. the Mean age is 27,3±5,8 years; 49,6% have 2-4-year professional time and 4,1% of the participants have a disabled person in their family. With respect to the regulations for the disabled in the hospital in which the research was carried out, 25% of the participants stated that there is a car park for the disabled, 24,1% stated that there is a washbasin and toilet for the disabled, 10,5% there is a disabled lift, 23,6% there are guide signs, 14,5% there is a ramp, 9,1% there is welcoming personnel, 3,2% there is personnel who know sign language, 24,5% of the participants stated that the disabled have priority Mean SADP scores was 64,34±13,19, the attitudes of health professionals towards the disabled was found to be moderate. While there is a significant difference between SADP scores with regard to the education level and professional time of the participants (p<0,05), no significant difference was found with regard to occupation, gender, age group, marital status, having children and having a disabled person in their family (p>0,05). **Conclusion:** Physicians and nurses have low awareness for practices for disabled people at the hospital, and the attitudes towards the disabled are overall moderate despite being positive. The curriculum of health personnel should be re-arranged and raise the awareness of the society should be ensured for improving the attitudes towards the disabled.

Key words: Disabled, physician, nurse, awareness, attitude, SADP

ÖZET

Giriş: Dünya genelinde engelli nüfus oranı artmakta olup engelli bireyler çeşitli sosyal ve fiziksel engellerden dolayı birçok sınırlılıklarla karşılaşmaktadır. Engellilere yönelik ideal sağlık hizmeti sunulabilmesi için yapılan uygulamaların güncel mevzuata uygun olması ve sağlık personelinin tutumlarının olumlu yönde olması önemlidir. Bu çalışmada üniversite hastanesindeki doktor ve hemşirelerin engellilere yönelik uygulamalardan haberdar olma durumlarının ve engellilere yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Kesitsel nitelikteki çalışmaya Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Hastanesi'ndeki toplam 220 doktor ve hemşire katılmıştır. Veriler sosyo-demografik veri formu ve Engellilere Yönelik Tutum Ölçeği'nin (YEKYTÖ) yüz yüze uygulanmasıyla elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare Testi, İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların %41,4'ü doktor, %58,6'sı hemşire, %62,7'si kadındır. Yaş ortalaması 27,3±5,8 yıl, %49,6'sının meslekte hizmet süresi 2-4 yıldır. Katılımcıların %4,1'i ailesinde engelli birey olduğunu belirtmiştir. Hastanede engellilere yönelik düzenlemeler konusunda katılımcıların %25'i araç park yeri, %24,1'i lavabo/tuvalet, %10,5'i asansör, %23,6'sı yönlendirme işaretleri, %14,5'i çıkış rampası, %9,1'i karşılama personeli, %3,2'si işaret dili bilen personel olduğunu, %24,5'i engellilere öncelik verildiğini belirtmiştir. Katılımcıların engellilere yönelik tutum ölçeği ortalama puanları 64,34±13,19 olup, engellilere yönelik tutumları orta düzeydedir. Engellilere yönelik tutumların öğrenim düzeyi ve meslekte hizmet süresine göre anlamlı farklılık göstermesine karşılık (p<0,05); meslek, cinsiyet, yaş grubu, evlilik durumu, çocuğu olma durumu ve ailesinde engelli birey olma durumunun ise bu tutumlar üzerine anlamlı etkisi yoktur (p>0,05). **Sonuç:** Doktor ve hemşirelerin hastanede engelli bireylere yönelik yapılan uygulamalarla ilgili farkındalığı düşüktür ve engellilere yönelik tutumları olumlu olmakla birlikte genel olarak orta düzeydedir. Engellilere yönelik tutumların olumlu yönde olması için sağlık personelinin eğitim müfredatı düzenlenmeli ve toplumun farkındalık kazanması sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Engelli, doktor, hemşire, farkındalık, tutum, YEKYTÖ ölçeği

Received/Geliş tarihi:25.07.2018, Accepted/Kabul tarihi:21.11.2018

1Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

2Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Rıza Çıtıl, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
E-mail:rcitil38@gmail.com

Kılıç E, Çıtıl R. Üniversite hastanesindeki doktor ve hemşirelerin engellilere yönelik uygulamalar konusundaki farkındalıkları ve engellilere yönelik tutumları TJFMPC, 2019;13(2): 129-141. DOI: 10.21763/tjfm.569484

GİRİŞ

Engellilik bireylerin günlük yaşama katılımı için ihtiyacı olan yeteneklerde kısıtlılık olması şeklinde tanımlanmakta olup vücudun yapı ve fonksiyonlarındaki çeşitli tıbbi sorunlara bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.¹ Engellilik kültürel bir kavram olup başka toplumlarda olduğu gibi bizim toplumumuzda da engelliler çoğunlukla acınan ve dışlanan bireyler olarak görülmektedir.²⁻⁴ Nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıklardaki artış nedeni ile dünya genelinde engellilik sıklığı da artmaktadır. Bu oranın 2011 yılı Dünya Engellilik Raporu'na göre %15,6 (gelir düzeyi yüksek olan ülkelerde %11,8 düşük gelirli ülkelerde %18,0) olduğu bildirmektedir.⁵ Türkiye'de ise 2011 Yılı Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre; toplumdaki bireylerin %6,9'unun en az bir engeli olduğu ve görme, duyma, konuşma, yürüme, yaşlılarına göre öğrenme, basit dört işlem yapma, hatırlama veya dikkatini toplama gibi fonksiyonlardan en az birinde çok zorlandıkları veya hiç yapamadıkları saptanmıştır.⁶

Engelli bireyler çevrelerinde hareketlerini kısıtlayan çok sayıda engel ve uygun olmayan düzenlemeler nedeniyle toplumsal hayatta hizmete erişim konusunda birçok sorunla karşılaşmaktadırlar. Engelli bireylere yönelik düzenlemeler Avrupa ülkelerinde sosyal model çerçevesinde geliştirilmeye başlamıştır. Bu model, bireyleri engelli kılan durumun, onların engelli olmalarından kaynaklanmadığını öne sürerek engellileri toplum içinde kısıtlayan sebepler ile bu tarz düşünce yapılarını eleştirmektedir. Engelli bireylere sosyal açıdan değil de daha çok tıbbi açıdan bakılması engellilere yönelik ayrımcı, damgalayıcı ve dışlayıcı tutumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.⁷ Engellilik konusunda ülkemizde yapılan ilk yasal düzenlemelerin ise çoğunlukla tıbbi boyut çerçevesinde olduğu, zamanla engelliliğin bir toplum sağlığı sorunu olduğunun farkına varılarak engelli bireylerin sosyal hayata daha rahat katılabilmelerini sağlayacak bazı düzenlemelerin yapılmaya çalışıldığı belirtilmektedir.⁸ Türkiye Özürlüler Araştırması sonuçları da ülkemizde engellilerin ulaşılabilirlik konusunda çeşitli sorunlar yaşadıklarını ortaya koymaktadır.⁹ Engellilerin sosyal yaşama bağımsız bir şekilde katılım sağlamaları insan hakları açısından önemlidir. Dünya Engellilik Raporu'nda "engelliliği anlamak" konusundaki ana hedef, engelliliğe yönelik farkındalığın artırılması ve engelliliğe bakış açısının düzeltilmesi olarak bildirilmektedir.¹⁰ Engellilik ile ilgili tanımlarda zaman içinde yapılan değişikliklerden de anlaşılacağı gibi engellilik ile ilgili tutumların

fiziksel ve tıbbi boyuttan psiko-sosyal boyuta doğru kaydığı, insana insan olduğu için değer veren gelişmiş ülkelerde engelliliğe daha insancıl yaklaşıldığı belirtilmektedir.⁸

Engelli bireyler yaşadıkları çevrede birçok sorunla karşılaşmakla birlikte belki de bu sorunlardan en önemlisini sağlık hizmetine erişimleri konusunda yaşamaktadır. Engellilerin toplumdaki diğer bireylere göre sağlık sorunlarıyla karşılaşma oranları daha fazladır ve mevcut engelleriyle ilişkili sorunlara bağlı olarak sağlık hizmet gereksinimleri de artış göstermektedir. Engellilik kavramının çok boyutlu yapısı, sağlık sistemlerinin açık uçlu sistemler olmaları, klasik hasta bakım modelleri yerine biyopsikososyal yaklaşımların tercih edilmeye başlanması ve kaynakların sınırlı olması gibi nedenlerden dolayı, engellilere en uygun sağlık hizmeti sunulabilmesi için yoğun çalışmalar yapılmaktadır.¹¹

Ülkemizde engelli bireylerin sağlık kuruluşlarında sık karşılaştığı başlıca sorunlar arasında; sağlık kurumlarının mimari yapısı ile asansör ve merdivenlerin engellilere uygun olmaması, engellilere hizmet veren sağlık çalışanlarının farkındalık düzeyinin yeterli olmaması, bazı sağlık çalışanlarının Sağlık Bakanlığı tarafından engelliler için çıkartılan yasal mevzuata uymaması, sağlık çalışanları ile engelli bireyler arasındaki iletişim sorunları, engellilerin sağlık kuruluşuna başvurmadan önce ve sağlık kuruluşu içindeki ulaşım sorunları, işaret dili bilen sağlık personeli sayısının yetersiz olması, engellilerin muayene ve ilaç ücretleri gibi sağlık giderlerinde belirli oranda ücret kesilmesi, engelli bireyler için hastanelerde özel eğitilmiş bir yardımcı bulunmaması, hastanelerde rehabilitasyon birimleri, psikiyatri veya psikolog yardımının yetersiz olması, sağlık kuruluşlarındaki tuvaletlerin engellilere uygun olmaması ve engelliler için hastanede özel bir danışmanlık biriminin olmaması sayılabilir. Bu sorunlar engelli bireylerin mağdur olmasına neden olabileceği için gerekli yasal düzenleme ve denetimlerin yapılması sağlanmalıdır.¹²

Literatürde engelli bireylerin sağlık personelinin uygun olmayan tutum ve davranışları nedeniyle sağlık hizmeti alırken sıklıkla çeşitli engellerle karşılaştıkları bildirilmektedir.¹³⁻¹⁵ Engelli bireylerin sağlık hizmetinden yararlanmaları engelli olmayanlar kadar kolay olmalı ve sağlık kuruluşuna girdikleri andan itibaren hizmetten yararlanmaları sorunsuz şekilde sağlanmalıdır. Sağlık çalışanları engelli bireylere sağlık hizmeti sunarken, diğer

insanlara olan davranışlarına göre daha hassas ve dikkatli olmalıdır.

Bu çalışmada üniversite hastanesinde çalışan doktor ve hemşirelerin engelli bireylere yönelik uygulamalardan haberdar olma durumları ve engellilere yönelik tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Kesitsel nitelikteki bu çalışma Ocak-Nisan 2016 tarihleri arasında Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmüştür. Çalışma öncesinde Hastane Başhekimliği'nden çalışma izni ve Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı (15-KAEK-212) alınmıştır. Çalışmanın evrenini hastanede çalışan 315 doktor ve 430 hemşire oluşturmaktadır. Çalışmaya alınması planlanan örneklem büyüklüğü literatürdeki çalışmalarda engelli bireylere yönelik tutum ölçeğinden elde edilen puanların aritmetik ortalama ve standart sapması dikkate alınarak PASS programı yardımıyla %80 güç, %5 yanılma payı ve 0,145'lik etki büyüklüğü ile 213 olarak hesaplanmıştır. Çalışmanın yürütüldüğü dönemde hastanede görev yapan doktor ve hemşirelere çalışmaya dahil edilirken, izinli veya raporlu olanlar ve ulaşılmasına rağmen anket doldurmayı kabul etmeyenler çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışma 91 doktor ve 129 hemşire olmak üzere toplam 220 katılımcıyla tamamlanmıştır.

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından ilgili literatür eşliğinde hazırlanan anket formu çalışmaya katılmayı kabul eden doktor ve hemşirelere çalıştıkları birimlerde yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde hemşire ve doktorların çeşitli tanımlayıcı özellikleri, ikinci bölümde engellilikle ilgili sorular ve hastanedeki engellilere yönelik yapılan uygulamalar, üçüncü bölümde ise engelli bireylere yönelik tutumu belirlemek amacıyla kullanılan Yetersizlikten Etkilenmiş Kişilere Yönelik Tutum Ölçeği (YEKYTÖ) yer almaktadır. YEKYTÖ Yüker tarafından 1970 yılında engelli bireylere yönelik olumlu ve olumsuz tutumları değerlendirmek için geliştirilmiş, Özyürek tarafından Türkçe uyarlaması yapılmıştır.^{16,17} Ölçeğin amacı, engel gruplarını özel olarak ayırmaksızın, genel anlamda yetersizlikten etkilenmiş kişilere yönelik tutumları ölçmektir. Ölçek 20 maddeden oluşmaktadır ve 6'lı likert biçiminde hazırlanmıştır (+3 Tamamen Katılıyorum, +2 Katılıyorum, +1 Biraz Katılıyorum, -1 Biraz Katılmıyorum, -2 Katılmıyorum, -3 Kesinlikle

Katılmıyorum). Ölçeğin 2, 5, 6, 11 ve 12. maddeleri ters şekilde puanlanmaktadır. Tüm maddeler işaretleri dikkate alınarak toplandıktan sonra, negatif değerleri ortadan kaldırmak amacıyla +60 eklenerek toplam puan elde edilmektedir. Ölçekten alınacak en yüksek puan 120'dir. Ölçekten alınan yüksek puan engelli kişilerin, engelli olmayan kişilerle benzer şekilde algılandığı anlamına gelmektedir. Düşük puan ise, engelli kişilerin engelli olmayan kişilerden farklı algılandığını göstermektedir.¹⁸ Testi yanıtlayanların düşük puan alması, yetersizliği olan kişilerin sadece farklı algılandığı değil, aynı zamanda "aşağı" veya "değersiz" görüldüğü dolayısıyla önyargılı tutum içinde bulunduğu anlamına da gelmektedir.

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics Version 20.0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama \pm standart sapma ile gösterilmiş, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi, karşılaştırmalı analizlerde İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 220 kişinin %41,4'ü doktor, %58,6'sı hemşiredir. Katılımcıların %62,7'si kadın, %37,3'ü erkektir. Yaş ortalaması $27,3 \pm 5,8$ yıl (en küçük 19 yaş - en büyük 46 yaş) olup, %25'i 19-22 yaş grubunda, %43,2'si 23-29 yaş grubunda ve %31,8'i 30 yaş ve üzerindedir. Görev yerlerine göre %69,1'i servislerde, %21,4'ü yoğun bakım ünitelerinde, %9,5'i diğer birimlerde (acil, poliklinik, diyaliz ünitesi, idari birimler) çalışmaktadır. Öğrenim düzeylerine göre %29,5'i lise mezunu, %43,2'si üniversite (önlisans ve lisans) mezunu, %27,3'ü yüksek lisans ve doktora (lisansüstü) mezunudur. Katılımcıların %59,6'sı evli, %38,6'sı bekar, %1,8'i dul/boşanmış olduğunu ve %29,1'i çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir. Çalışma şekillerine göre %25'i gündüz, %6,4'ü vardiya ve %68,6'sı nöbet usulü çalışmaktadır. Katılımcıların meslekte hizmet süreleri %16,8'inde 1 yıl ve daha az, %49,6'sında 2-4 yıl, %33,6'sında 5 yıl ve daha fazladır. Araştırmaya katılanların %4,1'i ailesinde engelli birey olduğunu ve %30,5'i engelli birey ile aynı evi paylaşmayı istediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %3,6'sı çalıştığı ortamda engelli birey olduğunu ve %36,4'ü engelli birey ile çalışmayı istediklerini ifade etmişlerdir. Çalıştıkları hastanede engellilere yönelik bir eğitime katıldığını belirtenlerin oranı %10,5'dir. Katılımcıların %13,6'sı mezuniyet

Tablo 1. Katılımcıların bazı değişkenlere göre engellilere yönelik yeterli eğitim alma durumları						
Değişkenler	Engellilere yönelik yeterli eğitim alma durumu				χ^2	p
	Evet		Hayır			
	Sayı	%	Sayı	%		
Meslek						
Doktor	6	6,6	85	93,4	6,537	0,011*
Hemşire	24	18,6	105	81,4		
Görev yeri						
Servis	25	16,4	127	83,6	3,421	0,181
Yoğun bakım	3	6,4	44	93,6		
Diğer birimler†	2	9,5	19	90,5		
Cinsiyet						
Kadın	19	13,8	119	86,2	0,005	0,941
Erkek	11	13,4	71	86,6		
Yaş grubu						
19-22 yaş	12	21,8	43	78,2	6,954	0,031*
23-29 yaş	14	14,7	81	85,3		
30 yaş ve üzeri	4	5,7	66	94,3		
Öğrenim düzeyi						
Lise	9	13,8	56	86,2	1,050	0,592
Üniversite	15	15,8	80	84,2		
Yüksek lisans ve doktora	6	10,0	54	90,0		
Toplam	30	13,6	190	86,4		

* p<0,05

† Diğer birimler (acil, poliklinik, diyaliz ünitesi, idari birimler)

öncesi eğitimleri süresince müfredat kapsamında engellilere yönelik yeterli eğitim aldıklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan doktorların %23,1'i, hemşirelerin ise %35,7'si engelli birey ile aynı evi paylaşmayı istediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların mesleğine göre engelli bireyle aynı evi paylaşmayı isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup, bu oran hemşirelerde doktorlara göre daha yüksektir (p<0,05). Katılımcıların görev yeri, cinsiyeti, yaş grubu ve öğrenim düzeyleri ile engelli bireyle aynı evi paylaşmayı isteme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05). Tablo 1'de görüldüğü gibi doktorların %6,6'sı, hemşirelerin %18,6'sı; 19-22 yaş grubundakilerin %21,8'i, 23-29 yaş grubundakilerin

%14,7'si, 30 yaş ve üzerindekiilerin %5,7'si eğitim hayatlarında engellilere yönelik yeterli eğitim aldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların mesleği ve yaş grubuna göre eğitim hayatlarında engellilere yönelik yeterli eğitim alma durumları arasında anlamlı fark saptanmış olup hemşireler doktorlara göre, 19-22 yaş grubundakiler daha ileri yaştaakilere göre daha fazla olacak şekilde engellilere yönelik yeterli eğitim aldıklarını belirtmişlerdir (p<0,05). Buna karşılık katılımcıların görev yeri, cinsiyeti ve öğrenim düzeyine göre ise anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Katılımcıların görev yaptıkları hastanede engelli bireylere yönelik yapılan düzenlemeler ile ilgili olarak hastane yönetimiyle yapılan görüşme sonucunda hastanede engelli araç park yerinin, engelliler için lavabo/tuvaletin, engelli asansörünün, yönlendirme

işaretlerinin, çıkış rampasının ve tutunma barlarının olduğu, buna karşılık engelliler için karşılama personeli ve işaret dili bilen personelin olmadığı öğrenilmiştir. Katılımcıların çalıştıkları hastanede engelli bireylere yönelik yapılan düzenlemeler konusundaki farkındalıklarını belirlemek amacıyla, engellilere yönelik düzenlemeleri bilme durumları sorulduğunda; %25'i araç park yeri olduğunu, %24,1'i engelliler için lavabo-tuvalet olduğunu, %10,5'i engelli asansörü olduğunu, %23,6'sı engelliler için yönlendirme

işaretleri olduğunu, %14,5'i çıkış rampası olduğunu ve %11,4'ü engelliler için tutunma barları olduğunu belirtmişlerdir. Buna karşılık katılımcıların %57,7'si engelliler için karşılama personeli olmadığını ve %48,6'sı da işaret dili bilen personel olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 2). Çalışmamıza katılan doktor ve hemşirelerin çalıştıkları hastanede engellilere yönelik yapılan düzenlemeleri doğru olarak bilme oranları istenilen düzeyde olmadığı için bu konudaki farkındalıklarının düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

Tablo 2. Katılımcıların çalıştıkları hastanede engellilere yönelik düzenlemeleri bilme durumları		
Engellilere yönelik düzenlemeler	n	%
Engelli araç park yeri		
Var	55	25,0
Yok	73	33,2
Fikrim yok	92	41,8
Engelliler için lavabo / tuvalet		
Var	53	24,1
Yok	77	35,0
Fikrim yok	90	40,9
Engelli asansörü		
Var	23	10,5
Yok	108	49,1
Fikrim yok	89	40,4
Yönlendirme işaretleri		
Var	52	23,6
Yok	95	43,2
Fikrim yok	73	32,2
Çıkış rampası		
Var	32	14,5
Yok	104	47,3
Fikrim yok	84	38,2
Tutunma barları		
Var	25	11,4
Yok	102	46,3
Fikrim yok	93	42,3
Engelliler için karşılama personeli		
Var	20	9,1
Yok	127	57,7
Fikrim yok	73	33,2
İşaret dili bilen personel		
Var	7	3,2
Yok	107	48,6
Fikrim yok	106	48,2
Toplam	220	100,0

Katılımcıların %24,5'i çalıştıkları hastanede engellilere öncelik verildiğini ifade etmişlerdir. Bu oran kadınlarda %29,7, erkeklerde %15,9; 19-22 yaş grubunda %47,3, 23-29 yaş grubunda %16,8, 30 yaş üzerinde olanlarda %17,1 olarak

bulunmuştur. Katılımcıların cinsiyet ve yaş grubuna göre çalıştıkları hastanede engellilere öncelik verilmesi konusundaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup, kadınlar erkeklere göre, 19-22 yaş grubundakiler daha ileri yaş gruplarına göre

daha fazla engellilere öncelik verildiğini düşünmektedirler ($p<0,05$). Buna karşılık katılımcıların

mesleği, görev birimi ve öğrenim düzeylerine göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların çeşitli özelliklerine göre engellilere öncelik verilmesi konusundaki düşünceleri								
Değişkenler	Engellilere öncelik verilmesi						χ^2	p
	Evet		Hayır		Fikrim yok			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
Meslek								
Doktor	16	17,6	29	31,9	46	50,5	5,661	0,059
Hemşire	38	29,5	44	34,1	47	36,4		
Görev yeri								
Servis	43	28,3	48	31,6	61	40,1	3,935	0,415
Yoğun bakım	7	14,9	18	38,3	22	46,8		
Diğer birimler	4	19,0	7	33,3	10	47,6		
Cinsiyet								
Kadın	41	29,7	46	33,3	51	37,0	6,501	0,039*
Erkek	13	15,9	27	32,9	42	51,2		
Yaş grubu								
19-22 yaş	26	47,3	18	32,7	11	20,0	28,411	<0,0001*
23-29 yaş	16	16,8	26	27,4	53	55,8		
30 yaş ve üzeri	12	17,1	29	41,4	29	41,4		
Öğrenim düzeyi								
Lise	22	33,8	23	35,4	20	30,8	9,002	0,061
Üniversite	22	23,2	26	27,4	47	49,5		
Yüksek lisans ve doktora	10	16,7	24	40,0	26	43,3		
Toplam	54	24,5	73	33,2	93	42,3		

* $p<0,05$

Çalışmamıza katılan doktor ve hemşirelerin YEKYTÖ ortalama puanlarının $64,34\pm 13,19$ (en küçük 27 – en büyük 93) olduğu saptanmıştır. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre YEKYTÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 4'te verilmiştir. Katılımcıların öğrenim düzeyine göre YEKYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup lisansüstü eğitim yapanlarda öğrenim düzeyi lise veya üniversite olanlara göre YEKYTÖ puan ortalamalarının daha düşük olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların meslekte hizmet süresine göre YEKYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup 1 yıl ve daha az süredir çalışanlarda hizmet süresi daha fazla olanlara göre YEKYTÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların mesleği, görev yeri, cinsiyeti, yaş grubu, evlilik durumu, çocuğu

olma durumu ve çalışma şekline göre YEKYTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcıların engelli bireylerle ilgili bazı özelliklerine göre YEKYTÖ puanlarının karşılaştırılması Tablo 5'de verilmiştir. Ailesinde engelli birey olmayanlarda, engelli bireylerle aynı evi paylaşmayı istemeyenlerde ve engelli bireylerle birlikte çalışmayı istemeyenlerde YEKYTÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Katılımcıların ailesinde engelli birey olma durumu, engelli bireylerle aynı evi paylaşmayı isteme durumu ve engelli bireylerle birlikte çalışmayı isteme durumuna göre YEKYTÖ puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4. Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre YEKYTÖ puanlarının karşılaştırılması

Sosyodemografik özellikler		n	Ort±SS	Test*	p
Meslek	Doktor	91	62,82±14,07	t=1,432	0,154
	Hemşire	129	65,40±12,47		
Görev yeri	Servis	152	64,70±13,72	F=0,716	0,490
	Yoğun bakım	47	62,43±12,45		
	Diğer birimler	21	66,00±10,72		
Cinsiyet	Kadın	138	64,39±13,79	t=0,080	0,936
	Erkek	82	64,24±12,19		
Yaş grubu	19-22 yaş	55	67,11±12,50	F=1,709	0,184
	23-29 yaş	95	63,76±12,41		
	30 yaş ve üzeri	70	62,94±14,54		
Öğrenim düzeyi	Lise	65	65,40±11,71 ^(a)	F=9,343	<0,001 [†]
	Üniversite	95	67,34±11,62 ^(a)		
	Yüksek lisans ve doktora	60	58,43±15,19 ^(b)		
Evlilik durumu	Evli ve dul/boşanmış	135	64,88±12,26	t=0,772	0,441
	Bekar	85	63,47±14,57		
Çocuğu olma durumu	Var	64	63,39±14,60	t=0,680	0,497
	Yok	156	64,72±12,59		
Meslekte hizmet süresi	1 yıl ve daha az	37	69,57±11,77 ^(a)	F=3,642	0,028 [†]
	2-4 yıl	109	63,01±12,35 ^(b)		
	5 yıl ve daha fazla	74	63,68±14,52 ^(b)		
Çalışma şekli	Gündüz	55	66,91±13,82	F=1,508	0,224
	Vardiya	14	61,93±16,01		
	Nöbet usulü	151	63,62±12,63		

*İki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, tek yönlü varyans analizi

†p<0,05

Tablo 5. Katılımcıların engellilerle ilgili bazı özelliklerine göre YEKYTÖ puanlarının karşılaştırılması

Engellilerle ilgili bazı özellikler		n	Ort±SS	Test*	p
Ailede engelli birey olma durumu	Evet	9	57,11±14,37	t=1,685	0,093
	Hayır	211	64,64±13,08		
Engelli bireylerle aynı evi paylaşmayı isteme durumu	Evet	67	63,91±13,63	t=0,316	0,752
	Hayır	153	64,52±13,03		
Engelli bireylerle birlikte çalışmayı isteme durumu	Evet	80	63,74±13,16	t=0,508	0,612
	Hayır	140	64,68±13,24		

* İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi

TARTIŞMA

Çalışmamıza katılan doktor ve hemşirelerden ailesinde engelli birey olduğunu belirtenlerin oranı düşüktür (%4,1). Katılımcıların yaklaşık üçte ikisinin engelli birey ile aynı evi paylaşmayı istemedikleri saptanmıştır. Niçin istemedikleri sorulmamış olmakla birlikte bu durumun nedenleri içinde ailelerinde engelli birey oranının düşük olması nedeniyle yeterince empati yapılamamasına bağlı engellilere yönelik önyargılar olabilir. Buna ek olarak bireyler evdeki engelli bireyin kendi günlük yaşamlarını etkileyebileceğini düşünüyor olabilirler. Yapılan bir çalışmada ailesinde engelli birey olan aile üyelerinin sadece %7,2'si ailelerinde engelli birey olmasının günlük yaşamlarını hiç etkilemediğini belirtmiştir.¹⁹ Dolayısıyla ailesinde engelli birey olanların büyük çoğunluğu yaşamlarının etkilenmediğini düşünmektedirler. Çalışmamızda katılımcıların yalnızca üçte biri engelli birey ile çalışmayı istediklerini belirtmiş olup bu durumun sağlık personelinin engellilere yönelik önyargılarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ülkemizde yürürlükteki mevzuat hükümlerine göre elli veya daha fazla işçi çalıştırılan işyerlerinde özel sektörde faaliyet gösteren işverenlerin çalışan sayısının %3'ü, kamu sektöründe ise %4'ü kadar engelli birey istihdam etmeleri yasal zorunluktur. Bu nedenle diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık alanında da engelli bireylerle birlikte çalışma durumu söz konusu olduğu için tüm sağlık personelinin engellilere yönelik farkındalıklarının artırılması önemlidir.

Sağlık hizmeti sunan personelin bilgi, beceri ve davranışlarını geliştirmek amacıyla sağlık personeline verilen eğitimin engellilik hakkındaki tüm bilgileri içermesi gerektiği, engelliliğe ilişkin olumsuz inanç ve tutumların eğitim ve bilgilendirme yoluyla değiştirilebileceği belirtilmektedir.⁵ Engelli bireylerle nasıl uygun bir ilişki kuracağını bilemeyen bireyler, genellikle engellilerden kaçınmaktadırlar. Sağlık personelinin engelli bireylerle ilgili bilgi düzeyi arttıkça, onlara ilişkin tutumlarının da olumlu yönde değişme olasılığı artacaktır. Böylece engelli bireylere yönelik yanlış inanç, önyargı, kaygı ve korkular azalarak, engellilerin toplumdaki diğer bireylere göre daha az farklı algılanmaları ve toplum tarafından kabul edilmeleri sağlanmış olacaktır. Çalışmamızda katılımcıların çok azı (%13,6) eğitimleri süresince müfredat kapsamında engellilere yönelik yeterli eğitim aldıklarını belirtmişlerdir. Bu oran doktorlarda sadece %6,6, hemşirelerde %18,6 olup hem doktorların hem de hemşirelerin büyük çoğunluğunun eğitimleri süresince engellilere yönelik yeterli eğitim almadıkları saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada ABD'deki birçok

hekimin engelli bireylere yönelik eğitim almadığı, bu durumun engelli bireylere yönelik bakım hizmetlerinde eşitsizliğe sebep olacağı belirtilmektedir. Bu nedenle Amerikan tıp eğitimcileri engelli hastalara bakımın hasta merkezli olmasını sağlayan beceriler ile hastaların yaşam kalitesi algılarını anlamaya çalışan eğitim programları geliştirmeye başlamışlardır. Engellilik ile ilgili eğitim programları sayesinde geleceğin doktorlarının engelli bireylere daha etkili sağlık hizmeti verebilecekleri bildirilmektedir. Bu durumun hekimlere engellilere yönelik hasta merkezli bakım vermelerini sağlayan yetenekleri kazanmaları için önemli fırsat sağlayacağı düşünülmektedir.²⁰ ABD'de hemşirelik öğrencileriyle yapılan bir çalışmada da eğitimin engellilere yönelik tutumu büyük ölçüde etkilediği saptanmıştır.²¹

Sağlık kuruluşlarında engelli bireylere yönelik yapılan uygulamalar, ilgili kalite standartları kapsamında Sağlık Bakanlığı yetkililerince periyodik olarak yerinde değerlendirilmektedir. İlgili standart maddelerinden bazıları otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyoların engellilerin kullanımına yönelik düzenlenmesi, engelliler için çıkış rampaları ve tutunma barları bulunması, asansörlerde engellilere yönelik düzenlemeler ve yardım çağrı sisteminin bulunması, engellilerin sağlık hizmeti almaları ile ilgili olarak öncelikli kayıt yaptırılmaları ve öncelikli muayenelerinin sağlanmasıdır.²² Araştırmanın yapıldığı hastanede engelli bireylere yönelik düzenlemelerle ilgili hastane yönetimiyle yapılan görüşme sonucunda engelli araç park yeri, engelliler için lavabo/tuvalet, engelli asansörü, yönlendirme işaretleri, çıkış rampası ve tutunma barlarının olmasına karşılık engelliler için karşılama personeli ve işaret dili bilen personelin olmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların hastanedeki engelli bireylere yönelik yapılan düzenlemelerden araç park yeri, engelliler için lavabo-tuvalet, engelli asansörü, engelliler için yönlendirme işaretleri, çıkış rampası ve engelliler için tutunma barları olduğunu doğru olarak bilme oranları oldukça düşüktür. Yine katılımcıların yaklaşık yarısı hastanede engelliler için karşılama personeli ve işaret dili bilen personel olmadığını bilmemektedirler (Tablo 2). Bu nedenle çalışmamıza katılan doktor ve hemşirelerin çalıştıkları hastanedeki engellilere yönelik düzenlemelerle ilgili farkındalık düzeylerinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Mersin'de yataklı sağlık kuruluşlarında engellilere yönelik düzenlemelerin değerlendirilmesi amacıyla özel ve kamu olmak üzere toplam dokuz hastanede yürütülen çalışmada, yürürlükteki mevcut mevzuata göre bu hastanelerdeki engelsizlik durumları 16 puan üzerinden değerlendirildiğinde saptanan

puanın kamu hastanelerinde (9.5±1.3) özel hastanelere göre (10,6±2,3) daha düşük olarak bulunmasına karşılık mevcut eksiklikler açısından kamu ve özel hastaneler arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen bu hastanelerde takip izi, personel için özel otopark yeri, işaret dili bilen personel, rampa, tutunma yerleri, her poliklinik katında engelli tuvaleti, engelli hasta odalarının olduğu katta engelli tuvaleti, öncelik tabelaları, merdiven yüksekliği, asansör kapı genişliği ve hasta için özel otopark yeri konularında eksiklikler olduğu saptanmıştır.²³ Engellilerin sağlık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanabilmeleri için başvurdukları hastanelerdeki engellilere yönelik yapılan uygulamaların ne düzeyde olduğu son derece önemlidir. Ülkemizde kamu ve özel sağlık kuruluşlarında son yıllarda erişilebilirlik konusunda önemli ilerlemeler olduğu görülmektedir. Sağlık hizmeti veren kurumların binalarının yapımı planlanırken herkes için erişilebilir nitelikte olması, fiziksel yapı, donanım, mobilya ve malzemeye sahip olması gerektiği belirtilmektedir.²⁴

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının görev yaptıkları hastanede engellilere yönelik yapılan uygulamalardan yeterince haberdar olmadıkları saptanmıştır. Hastanede engellilere yönelik yapılan uygulamalar ve fiziksel düzenlemelerle ilgili yöneltilen sorulara katılımcıların çoğunluğunun “fikrim yok” ve “hayır” cevabını vermeleri bu konuda yapılanlardan yeterince haberdar olmadıklarını göstermektedir. Düzenlenecek periyodik hizmet içi eğitimler ile sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir. Çalışmamızda katılımcıların cinsiyet ve yaş grubuna göre çalıştıkları hastanede engellilere öncelik verilmesi konusundaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmasına karşılık; katılımcıların mesleği, görev birimi ve öğrenim durumlarının engellilere öncelik verilmesi konusundaki düşünceleri üzerine anlamlı etkisinin olmadığı saptanmıştır (Tablo 3).

Son yıllarda toplumun engellilere karşı farkındalığının artırılmasına yönelik çok sayıda çalışma yürütülmektedir. Fakat engelli bireylerin toplumla bütünleşmesini engelleyen çeşitli sorunlar vardır. Bu sorunlardan biri de engelli olmayan bireylerin engelli bireylere yönelik önyargılı tutumlarıdır. Engelli bireylerin yaşamlarındaki en önemli stres kaynağı olan bu olumsuz veya önyargılı tutumlar, engelli bireylerin ayrımcılığa maruz kalmasına ve toplum dışına itilmesine neden olabilmektedir. Engelli bireylere yönelik tutumların incelendiği çalışmaların çoğunda engellilere yönelik olumsuz tutumların beklenenden daha yaygın olduğu

bildirilmektedir.²⁵ Ülkemizde engelli bireylere yönelik tutumların iyileştirilmesi ve ayrımcılığa maruz kalmalarının önlenmesi amacıyla yürütülen çalışmalardan biri olan Türkiye’de Özürlülüğe Dayalı Ayrımcılıkla Mücadele Projesi ile engelli bireylerin haklarını kullanabilmeleri, uygun işlerde istihdam edilmeleri ve toplumsal hayatta var olmaları hedeflenmiştir.²⁶ Yapılan çalışmalarda engelli bireylere yönelik olumlu tutum geliştirilmesinde üzerinde durulması gereken önemli hususlardan birinin engellilerle ilgili olumsuz tutumların olabildiğince en aza indirilmesi olduğu bildirilmektedir. Engellilik durumu nedeniyle yaşadığı toplumdan soyutlanan, çoğunlukla aileleri tarafından aşırı koruma altında yetiştirilen ve toplumsal faaliyetlere katılım olanakları sınırlanan engelli bireylerin sosyal çevreye ve topluma katılma olanakları önemli ölçüde sınırlandırılarak toplumdan daha da soyutlanmaktadır. Bu durum engellilere yönelik olumlu tutumlar geliştirilmesine engel oluşturmaktadır.²⁷ Toplumun, engelli bireylere bakış açısının düzeltilmesi sağlık çalışanlarının tutum ve davranışlarıyla yakından ilgidir. Literatürde engelli bireylerin sağlık kuruluşlarına başvurarak sağlık hizmetlerine ulaşabilmesinin önündeki en büyük engellerden birinin sağlık personelinin uygun olmayan tutum ve davranışları olduğu bildirilmektedir.²⁸ Çalışmamızda katılımcıların engelli bireylere yönelik tutumlarını belirlemek amacıyla kullanılan YEKYTÖ ortalama puanlarının 64,34±13,19 olduğu saptanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 (sıfır), en yüksek puan ise 120 (yüz yirmi) olduğu için çalışmamızda elde edilen bu sonuç doktor ve hemşirelerin engelli bireylere yönelik olumlu tutumlarının olduğunu fakat istenilen yüksek düzeyde olumlu tutum yerine “orta düzeyde olumlu” tutumlarının olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda bu sonuç doktor ve hemşirelerin engelli bireylere yönelik önyargılı tutum içinde olmadıkları anlamına gelmektedir. Sarı ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencileriyle yaptığı çalışmada engellilere yönelik olumlu tutumların olduğu saptanmıştır.¹⁸ Buna karşılık engellilere yönelik tutum ölçeği kullanılarak yapılan ve sağlık personelinin engelli bireylere yönelik tutumlarının incelendiği bir çalışmada katılımcıların çoğunluğunun engellilere yönelik negatif tutumlarının olduğu, engelli bireylere yönelik sağlık hizmetleri sunumunda da bilgi ve becerilerinin zayıf olduğu saptanmıştır.¹³ Benzer şekilde Kore’de yapılan bir çalışmada da sağlık personelinin engelli bireylere yönelik negatif tutumları olduğu belirtilmektedir.²⁹

Katılımcıların bazı sosyodemografik özelliklerine göre YEKYTÖ ortalama puanları

karşılaştırıldığında (Tablo 4); doktorlarda hemşirelere göre daha düşük olmakla birlikte katılımcıların mesleğine göre engelli bireylere yönelik tutumları arasında anlamlı fark olmadığı, genel olarak olması istenilen şekilde benzer tutum içinde oldukları saptanmıştır ($p>0,05$). Tüm sağlık personelinin engelli bireylere yönelik en üst düzeyde sağlık hizmeti sunması ve bunu yaparken herhangi bir ayrımcılık yapmadan her bireye eşit düzeyde hizmet vermesi beklenmektedir. Literatürde bireylerin sosyodemografik özelliklerinin engellilere yönelik tutumları üzerine etkisi olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur.^{18,28,30} Hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada engelli bireylere yönelik tutumları gösteren ölçek puan ortalamasının kız öğrencilerde erkekler göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁸ Buna karşılık bizim çalışmamızda katılımcıların cinsiyetlerine göre engelli bireylere yönelik tutumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu durum erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre engelli bireylere yönelik daha fazla olumsuz tutumları olduğunu göstermektedir. Literatürde sağlık personellerinin katıldığı bazı çalışmalarda kadın sağlık çalışanlarının erkekler göre engelli bireylere yönelik daha fazla pozitif tutumları olduğu bildirilmektedir.^{18,28,30,31}

Çalışma bulgularımıza göre gençlerde daha ileri yaş gruplarına göre engellilere yönelik tutum puanları daha yüksek olmakla birlikte engellilere yönelik tutumlarda bireylerin yaşının anlamlı bir etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Ancak engellilere yönelik tutumda yaşın etkili olduğunu gösteren çalışmalar da vardır. Manisa’da yapılan bir çalışmada; 45 yaş ve üzerindeki bireylerin engellilere yönelik olumlu tutumlarının daha genç yaştaakilere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.³² Bunun yanı sıra ülkemizde engellilere yönelik tutumların ölçülmesi amacıyla yapılmış en kapsamlı çalışma olan “Toplum Özürlülüğü Nasıl Anlıyor” isimli çalışmada engellilere yönelik toplumsal tutumların olumlu olduğu ve genç yaştaaki bireylerin olumlu tutumlarının yaşlılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.³³ Benzer şekilde literatürde bazı çalışmalarda sağlık personelinin yaşı ile engelli bireylere yönelik tutumları arasında ters ilişki bulunmuştur.^{14,34} İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada genç yaş grubundaki öğrencilerde daha ileri yaştaakilere göre engelli bireylere yönelik olumlu tutumların anlamlı şekilde daha fazla olduğu bulunmuştur.³⁵ Uysal ve ark. tarafından Türkiye’de üç farklı şehirdeki hemşirelik öğrencilerinde yapılan çalışmada da 18-21 yaş grubu öğrencilerde 22 yaş ve üzerinde olanlara göre

engellilere yönelik pozitif tutumun anlamlı şekilde daha fazla olduğu saptanmıştır.³⁶

Çalışmamızda katılımcıların öğrenim düzeylerine göre YEKYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup, lise ve üniversite mezunu olan katılımcıların lisansüstü eğitim yapanlara göre engellilere yönelik tutumlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 4). Çalışma sonuçlarımıza göre katılımcıların öğrenim düzeyleri ile engelli bireylere yönelik tutumları arasında ters bir ilişki olduğu görülmektedir. Manisa’da yapılan bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer şekilde öğrenim düzeyi arttıkça engelli bireylere yönelik olumlu tutumun azalmakta olduğu; öğrenim düzeyi ilköğretim ve altında olan bireylerin engellilere yönelik olumlu tutumlarının öğrenim düzeyi ilköğretim üzerinde olanlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir.³² Çalışmamızda katılımcıların evlilik durumu ve çocuğu olma durumunun engelli bireylere yönelik tutumları üzerine anlamlı etkisinin olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Çalışmamızda katılımcıların meslekte hizmet süresine göre YEKYTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup meslekte hizmet süresi az olanlarda, hizmet süresi daha fazla olanlara göre engellilere yönelik olumlu tutumun daha fazla olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu durumun son yıllarda engellilik konusundaki yasal düzenlemeler nedeniyle sağlık kuruluşlarında yapılan örnek uygulamalar, lisans döneminde engellilik konusundaki eğitimler ve farkındalık düzeyinin daha fazla olmasına bağlı olabileceği düşünülmektedir. Katılımcıların çalışma şekline göre YEKYTÖ puan ortalamaları arasında ise anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 4).

Çalışmamızda katılımcıların ailesinde engelli birey olma durumu, engellilerle aynı evi paylaşmayı isteme durumu ve engellilerle birlikte çalışmayı isteme durumuna göre YEKYTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$; Tablo 5). Literatürde bazı çalışmalarda bizim çalışma bulgularımıza benzer şekilde araştırmaya katılanların yakınları arasında engelli birey olma durumuna göre engelli bireylere yönelik tutumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.^{18,37} Aynı şekilde Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada da ailesi veya çevresinde engelli birey olma durumunun öğrencilerin engellilere yönelik tutumları üzerine etkisinin olmadığı saptanmıştır.³⁵ Buna karşılık kişinin engelli bireyler ile daha önceden bir etkileşiminin olmasının engellilere yönelik olumlu tutumları etkilediğini gösteren çalışmalar da mevcuttur.^{28,31} Çalışma bulgularımızın literatürdeki bu çalışmalarla uyumsuz olması, ailesinde

engelli birey olan katılımcı sayısının çok az olmasından kaynaklanıyor olabilir. Sağlık personelinin engelli bireylerle daha önceden herhangi bir etkileşimi olması engellilik konusunda belirli konularda bilgi sahibi olmalarını da sağlayacaktır. Literatürde engellilik konusunda daha önceden herhangi bir bilgisi olma durumunun engellilere yönelik tutumlar üzerine olumlu etkileri olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur.^{4,28,36} Konya’da iki farklı üniversitedeki hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir müdahale çalışmasında, engellilere yönelik olumlu tutum geliştirilmesinde etkili bir yöntem olduğu bilinen empati aktiviteleri ve eğitim verilen katılımcıların engelli bireyleri anlayabilmeleri ve onlara yönelik tutumlarının olumlu yönde etkilendiği saptanmıştır.² Mezuniyet öncesi ve sonrasında engellilik konusunda yapılacak çeşitli etkinliklerin sağlık personelinin farkındalık düzeyini artırarak engellilere yönelik tutumları üzerine olumlu etkileri olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Birincisi örneklem grubu sadece bir ildeki üniversite hastanesinde çalışan doktor ve hemşirelerden oluştuğu için elde edilen bulguların ülkemizdeki tüm hastaneler ve tüm sağlık personeline genellenemez oluşudur. İkinci sınırlılık, ailesinde engelli birey olan katılımcı sayısının az olması nedeniyle istatistiksel karşılaştırma yapılması ve yorumlanmasının güç oluşudur. Diğer bir sınırlılık ise hastanede engelli bireylere yönelik yapılan düzenlemelerin hastane yönetimi ile görüşülerek onların sözel ifadelerine göre belirlenmiş olmasıdır.

SONUÇ

Araştırmaya katılan doktor ve hemşirelerin yalnızca üçte biri engelli bireylerle aynı evi paylaşmayı ve birlikte çalışmayı istediklerini belirtmişlerdir. Doktorların ve hemşirelerin büyük çoğunluğu hem eğitimleri süresince hem de çalıştıkları hastanede engellilere yönelik yeterli eğitim almadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmanın yapıldığı hastanede engellilere yönelik güncel mevzuat kapsamında çeşitli düzenlemeler yapılmış olmasına rağmen katılımcıların yapılan bu tür uygulamalardan yeterince haberdar olmadıkları ve farkındalık düzeylerinin “düşük” olduğu saptanmıştır. Doktor ve hemşirelerin engellilere yönelik tutumları olumlu olmakla birlikte genel olarak orta düzeydedir.

Toplumun engelli bireylere yönelik bakış açısının düzeltilmesinde sağlık çalışanlarının etkisi oldukça önemlidir. Özellikle de doktor ve hemşirelerin tutum ve davranışlarıyla toplumun engellilere olan bakış açısını olumlu yönde etkileyerek farkındalık

kazanılmasına önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Engelli bireylerin sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmaları için sağlık kuruluşlarının fiziksel düzenlemeleri iyileştirilmeli ve sağlık çalışanlarına periyodik hizmet içi eğitimler verilmelidir. Doktor ve hemşirelerin engellilere yönelik tutumlarının daha olumlu yönde olmasını sağlamak için eğitim müfredatında engellilikle ilgili düzenlemeler yapılmalı, engelli bireylere yönelik tutum ve farkındalığı artırıcı çalışmalara daha fazla ağırlık verilerek elde edilen sonuçlara göre engellilere yönelik sağlık hizmetlerinin planlanması sağlanmalıdır.

Çıkar çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Çalışmamız II. Uluslararası Multidisipliner Çalışmaları Kongresi’nde (4-5 Mayıs 2018, Adana) sözel bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Linden M. Definition and assessment of disability in mental disorders under the perspective of the international classification of functioning disability and health (ICF). *Behav Sci Law*, 2017;35(2): 124-134.
2. Geçkil E, Kaleci E, Cingil D, Hisar F. The effect of disability empathy activity on the attitude of nursing students towards disabled people: a pilot study. *Contemp Nurse*, 2017;53(1):82-93.
3. Alptekin S, Batık VM. Özel eğitim bölümü öğrencilerinin yetersizlikten etkilenmiş kişilere yönelik tutumlarına özel eğitim dersinin etkisi. *Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 2013; 4(4): 18-34.
4. Secombe JA. Attitudes towards disability in an undergraduate nursing curriculum: A literature review. *Nurse Educ Today*, 2007;27(5):459-465.
5. Dünya Engellilik Raporu Yönetici Özeti 2011; <http://eyh.aile.gov.tr/data/5480490c369dc57170df34bd/Dunya%20Engellilik%20Raporu%20Yonetici%20Ozeti.pdf>. Erişim tarihi: 25.12.2017
6. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Dünya Nüfus Günü 2015 Sayı: 18617. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18617> Erişim tarihi: 17.12.2017
7. Kolat S. Avrupa Birliği sosyal politikası çerçevesinde özürliilere yönelik ayrımcılıkla

- mücadele ve Türkiye'deki yansımalar, T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, Ankara, 2010. <http://www.dezavantaj.org/index.php/aratirmalar/8-engelli/287-avrupa-birliinde-oezuerluelere-yoenelik-ayrirmclikla-muecadele> Erişim: 14.06.2016.
8. Kara B. Türkiye'de engelli bireylerin yasal hakları ve uygulamadaki yeri. *The Journal of Academic Social Science Studies*, 2016;48: 249-260.
 9. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (ÖZİDA), Özürlülüğe dayalı ayrımcılığın ölçülmesi ve araştırması, 2010;75-103. http://eyh.aile.gov.tr/data/55100c5e369dc5c9d8afa563/ozida_turkce_rapor.pdf Erişim tarihi: 19.11.2017
 10. Oral A, Aydın R, Ketenci A, Akyüz G, Sindel D, Yalınman A. Dünya engellilik raporu: Türkiye'de engellilik ile ilgili konuların analizi ve fiziksel tıp ve rehabilitasyon tıp uzmanlığının katkıları. *Turk J Phys Med Rehab*, 2016;62(1):83-97.
 11. İnan S, Ceyhan Peker G, Tekiner S, Ak F, Dağlı Z. Engellilik, Türkiye'de engellilerin durumu ve sağlık hizmet sunumuna bakış. *TAF Prev Med Bull*, 2013;12(6):723-728.
 12. Deldal YB. Engellilerin en çok karşılaştığı başlıca sağlık problemleri. www.medikalakademi.com.tr/engellilerin-en-cok-karsilastigi-baslica-saglik-problemleri/ Erişim tarihi: 20.11.2017.
 13. Devkota HR, Murray E, Kett M, Groce N. Healthcare provider's attitude towards disability and experience of women with disabilities in the use of maternal healthcare service in rural Nepal. *Reproductive Health*, 2017; 14(1):79.
 14. Dorji S, Solomon P. Attitudes of health professionals toward persons with disabilities in Bhutan. *Asia Pacific Disabil Rehabil J*, 2009;20(2):32-42.
 15. Kleinitz P, Walji F, Vichetra K, Pikar K, Ouch F, Yodiffee N, et al. Barriers to and facilitators of health services for people with disabilities in Cambodia. *Ausaid Knowledge Hubs For Health*, 2012.
 16. Yuker HE, Block JR, Campbell WJ. A scale to measure attitudes toward disabled persons. New York, NY: Ina Mend Institute at Human Resources Center, 1970.
 17. Özyürek M. Tutumlar ve yetersizlikten etkilenmişlere yönelik tutumların değiştirilmesi (5. Baskı). Kök Yayınları. 2013, Ankara.
 18. Sarı YH, Bektaş M, Altıparmak S. Hemşirelik öğrencilerinin engellilere yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 2010; 27(2): 80-83.
 19. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı. Engelli bireylerin istihdam edilebilirliğinin artırılması için teknik yardım projesi ihtiyaç analizi raporu, 2017, Hacettepe Üniversitesi, Ankara. <http://hacettepemeslekirehabilitasyon.org.tr/file/IhtiyacAnaliziRaporu.pdf> Erişim tarihi: 12.01.2018
 20. Lezzoni LI, Long-Bellil LM. Training physicians about caring for persons with disabilities: "Nothing about us without us!". *Disabil Health J*, 2012;5(3):136-139.
 21. Cervasio K, Fatata-Hall K. Attitudes of nurses toward children with disabilities: The attitudes of nursing students toward children with disabilities: An experimental design. *Int J Phys Med Rehabil*, 2013;1:140-155.
 22. Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik Temel Bilgiler Rehberi <http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/750b66c8527d4e029e0c0b0dccc6be04.pdf> Erişim tarihi: 28.09.2017.
 23. Kurt AÖ, Coşkun A, Yatkın P, Karkın EB. Mersin il merkezinde yataklı sağlık kuruluşlarında özürlülere yönelik düzenlemelerin değerlendirilmesi. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2-6 Ekim 2012, p 1163.
 24. Gezer H. Hastanelerde ve sağlık merkezlerinde erişilebilirlik. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 2014;13(25):113-133.
 25. Gedik Z, Toker H. Üniversite öğrencilerinin engelli bireylere yönelik tutumları ve sosyal beğenirlik düzeyleri. *Journal of Higher Education and Science*, 2018; 8 (1):111-116.
 26. T.C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. Türkiye'de özürlülüğe dayalı ayrımcılıkla mücadele projesi; Özürlülüğe dayalı ayrımcılığın ölçülmesi araştırması; Özürlülüğe dayalı ayrımcılıkla mücadele sempozyumu. 3-5 Kasım, Ankara: 2010. <http://www.eyh.gov.tr/projeler/ayrimciliklamucadele> Erişim tarihi: 13.09.2017.
 27. Sezer F. Engelli bireylere karşı olumlu tutum geliştirmeye yönelik önleyici rehberlik çalışması; Deneysel bir uygulama. *New World Sciences Academy Education Sciences*, 2012;7(1):16-26.

28. Tervo RC, Palmer G, Redinius P. Health professional student attitudes towards people with disability. *Clin Rehabil*, 2004;18(8):908-15.
29. Kim K, Park YH, Lee BS, Kim JY. Comparison of the attitudes toward and contact with disabled person among health care professionals, lay persons, and disabled persons. *Korean J Rehabil Nurs*, 2010;13(1):13-22.
30. Au KW, Man DWK. Attitudes toward people with disabilities: A comparison between health care professionals and students. *Int J Rehabil Res*, 2006;29(2):155-160.
31. Thompson TL, Emrich K, Moore G. The effect of curriculum on the attitudes of nursing students toward disability. *Rehabil Nurs*, 2003;28(1):27-30.
32. Altıparmak S, Sarı HY. Manisa ilinde engelli bireylere karşı toplumsal tutum. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2012; 13(2): 110-116.
33. Kaner S, Öğülmüş S, Büyüköztürk Ş, Dökmen Z. Toplum özürüllüğü nasıl anlıyor? T.C Başbakanlık Özürüllüler İdaresi Başkanlığı, 2009, Ankara.
34. Bakheit AM, Shanmugalingam V. A study of the attitudes of a rural Indian community toward people with physical disabilities. *Clin Rehabil*, 1997;11(4):329-34.
35. Gökçe A, Güneş G, Seyitoğlu ÇD. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin engellilere yönelik tutum ve davranışları. *Medicine Science*, 2016;5(2):351-62.
36. Uysal A, Albayrak B, Koçulu B, Kan F, Aydın T. Attitudes of nursing students toward people with disabilities. *Nurse Educ Today*, 2014; 34(5): 878-884.
37. Şahin H, Bekir H. Üniversite öğrencilerinin engellilere yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2016; 20(3):767-779.



Original Research / Özgün Araştırma

Retrospective Evaluation of White Code Based Files in Tokat Province Between 2012 and 2014

Tokat İlinde 2012-2014 Yılları Arasında Beyaz Kod Kaynaklı Açılan Dosyaların Retrospektif Değerlendirilmesi

Serhat Gülpınar¹, Yunus Emre Bulut², Rıza Çıtıl^{*3}

ABSTRACT

Objective: White code system is implemented as an emergency management tool to prevent assault against medical staff in Turkey. In this study, it was aimed to evaluate White code based files that had been opened because of assault against medical staff in Tokat province between 2012 and 2014. **Methods:** In this descriptive study, White code based files that had been followed by Tokat Health Directorate Law Office between 2012 and 2014 were examined retrospectively. Descriptive data belong to victims, assailants, assaults and cases were demonstrated as number, percentage, mean±standard deviation and min-max. **Results:** As a result of examination of total 134 files, it was found that 50,7% of victims were male and the mean age was 31,3±6,9years. The occupational group that made the most White code notification because of exposure to assault was physicians (64,2%). Most common places that assault happens was hospitals (85,8%). 50% of the assaults was occurred in the city center. 76,1% of assailants were male, the mean age was 39,1±12,8 years, 60,4% of assailants was patients and 68,7% of them were alone at the moment of assault. The assault cases happened most frequently in emergency services (41,8%), 94,8% of them were insulted, 39,6% were threatened, 12,7% were physical violence and 0,7% were injured. The most common causes for assault were the claims that malpractice (24,6%), disorder during the examination (22,4%) and abuse of duty (22,4%). 79,1% of assault were sued and 78,3% of them were concluded. It was decided that the concluded cases were fined in 44,5%, no need to prosecute in 24,4%, imprisonment in 14,6%, acquittal in 12,2%, no need to punishment in 3,7%. It was determined that 34,7% of penalties were postponed and 66,6% of the imprisonments were converted into fines. **Conclusion:** Among the medical staff, White code notification because of exposed to assault was most frequently performed by physicians, and assault cases were most commonly occurred in emergency services. Majority of assailants were male, middle-aged, patient and alone during the case. In the vast majority of assault cases were sued, and these cases have resulted in the most frequent fines. One third of penalties were postponed, and two third of imprisonments were converted into fines. In order to prevent all kinds of violence against to medical staff, all necessary intervention methods should be applied and deterrent legal measures should be taken.

Key words: Assault, whitecode, medicalstaff

ÖZET

Amaç: Türkiye’de sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek için acil durum yönetim aracı olarak Beyaz Kod Sistemi uygulanmaktadır. Bu çalışmada Tokat ilinde 2012-2014 tarihleri arasında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet nedeniyle beyaz kod kaynaklı açılan dosyaların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu tanımlayıcı çalışmada, Tokat Sağlık Müdürlüğü Hukuk Bürosunun 2012-2014 yılları arasında takip ettiği beyaz kod kaynaklı açılan dosyalar retrospektif olarak incelenmiştir. Mağdur, saldırgan, şiddet olayı ve davalara ait tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, ortalama ± standart sapma ve min-max olarak gösterilmiştir. **Bulgular:** Toplam 134 dosyanın incelenmesi sonucunda; mağdurların%50,7’si erkek ve yaş ortalaması 31,3±6,9 yıldır. Şiddete maruziyet nedeniyle fazla beyaz kod bildirimini yapan meslek grubu hekimlerdir (%64,2). Şiddetin en sık (%85,8) yaşandığı yer hastanelerdir. Şiddet olaylarının %50’si il merkezinde gerçekleşmiştir. Saldırganların %76,1’i erkek, yaş ortalaması 39,1±12,8 yıl, %60,4’ü hastalar ve %68,7’si saldırı anında yalnızdır. Şiddet olayları en sık (%41,8) acil servislerde gerçekleşmiş olup bunların %94,8’inde hakaret, %39,6’sında tehdit, %12,7’sinde fiziksel şiddet ve %0,7’sinde yaralanma olduğu saptanmıştır. En sık şiddet nedenleri; yetersiz ve yanlış tedavi (%24,6), muayene sırasında kargaşa (22,4) ve görevi kötüye kullanma (%22,4) iddialarıdır. Şiddet olaylarının %79,1’inde dava açılmış ve bunların %78,3’ü sonuçlanmıştır. Sonuçlanan davaların %44,5’inde para cezasına, %24,4’ünde kovuşturmayla yer olmadığına, %14,6’sında hapis cezasına, %12,2’sinde saldırganın beraatına ve %3,7’sinde cezaya yer olmadığına karar verilmiştir. Verilen cezaların %34,7’sinin ertelendiği, hapis cezalarının ise %66,6’sının paraya çevrildiği saptanmıştır. **Sonuç:** Sağlık personeli içinde en sık/çok hekimler şiddet nedeniyle beyaz kod bildirimini yapmakta ve şiddet vakaları en sık/çok acil servislerde gerçekleşmektedir. Saldırganların çoğunluğu erkek, orta yaş grubunda, hasta ve olay esnasında yalnızlardır. Şiddet olaylarının büyük çoğunluğunda dava açılmış ve bu davalar en sık/çok para cezasıyla sonuçlanmıştır. Verilen cezaların üçte biri ertelenmiş, hapis cezalarının ise üçte ikisi paraya çevrilmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik her türlü şiddetin önlenmesi için gerekli tüm müdahaleler (yöntemleri) uygulanarak caydırıcı yasal önlemler alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Şiddet, beyaz kod, sağlık çalışanları

Received / Geliş tarihi: 03.08.2018, Accepted / Kabul tarihi: 22.11.2018

¹ Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Pazar Meslek Yüksek Okulu Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü

² Ankara İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı

³ Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Rıza ÇITIL, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tokat-TÜRKİYE, E-mail: rcitil38@gmail.com

Gülpınar S, Bulut YE, Çıtıl R. Tokat İlinde 2012-2014 Yılları Arasında Beyaz Kod Kaynaklı Açılan Dosyaların Retrospektif Değerlendirilmesi. TJF&PC, 2019;13(2): 142-150. DOI: 10.21763/tjfmpc.569497

GİRİŞ

Şiddet; bütün milletlerin yaşamlarında yer alan, tüm meslek dallarını, yaş ve etnik grupları ilgilendiren günümüzün en fazla kontrol edilemeyen sosyal olgularındandır.¹Şiddet, bireyin kendi kendisine (veya) başka bir bireye yahut belirli bir grup ya da topluma yönelik ölüme, yaralamaya, ruhsal zararlar ve gelişimsel problemlere sebep olabilecek fiziki güç uygulanması ya da gözdağı vermek için/amacıyla sergilenmesi olabilir. Şiddet olayları günümüzde dünyanın hemen her yerinde görülmekte olup şiddet olaylarının cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, ırk, din, dil ayırt etmeksizin toplum genelindeki bütün bireyleri etkilediği ve tüm sektörler için çok önemli bir sağlık sorunu olduğu bildirilmektedir.² Şiddet, sağlık alanı ve sağlık dışındaki birçok meslek gruplarını ilgilendirmekte ve özellikle de iş yerlerinde her geçen gün şiddet görülme sıklığı artmaktadır.³İş sağlığı ve güvenliği açısından en önemli sorunlardan biri, iş yerinde şiddet olarak görülmektedir. İş yerlerinde görülen şiddet; çalışanın işini icra ederken bir ya da daha fazla kişi tarafından istismara uğraması ya da saldırıya maruz kalması olayıdır.^{2,3}

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, diğer sektörlerde yaşanan şiddete göre farklılık göstermektedir. Sağlık çalışanlarının yalnızca hastalar değil aynı zamanda hastanın ailesiyle de yakın bir ilişki içinde olması gereklidir. Hasta ve hasta yakınları, çeşitli sağlık sorunları nedeniyle toplumdaki diğer sağlıklı bireylere göre daha hassas ve kaygılı oldukları gibi öfke kontrolü konusunda da yetersiz olabilmektedirler.⁴Sağlık kurumlarında görülen şiddet çeşitleri; hastalar, hasta yakınları ya da başka bir kişi tarafından sağlık çalışanı için risk teşkil eden tehdit eylemi, sözlü tehdit, cinsel veya fiziksel saldırı durumlarıdır.^{1,3} Sağlık sektöründeki birden fazla meslek grubunu etkileyen sağlık çalışanlarına yönelik işyerinde görülen şiddet, diğer işyerlerine göre daha fazladır.^{2,3} Son yıllarda doktorlar ve hemşireler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına yönelik artan şiddet olayları nedeniyle sağlık kuruluşları özellikle de hastaneler riskli işyerleri içerisinde yer almaktadırlar.⁴⁻⁶ Amerika Birleşik Devletleri'nde şiddet olaylarının yaklaşık onda birinin iş yerlerinde yaşanmakta olduğu ve sağlık çalışanlarının özellikle ölümcül olmayan şiddet olaylarına karşı daha yüksek risk altında oldukları bildirilmektedir.⁷Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri olarak, sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki iletişim eksikliği, yüksek stres seviyesi, adalet sistemindeki boşluklar, güvenlik önlemlerinin yetersiz olması ve sağlık çalışanlarının korunmasına yönelik yasal düzenlemelerdeki yetersizlikler sayılabilir.⁸

Sağlık Bakanlığı, 14.05.2012 tarihinde “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair

Yönetmelik” doğrultusunda sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılması konusunda (beyaz kod uygulaması, bildirim süreci ve hukuki yardım alınması, çalışan hakları ve güvenliği birimine başvurulması, çalışanların hizmetten çekilmesi, hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, çalışanların eğitimi, risk değerlendirmesi ve güvenlik tedbirlerinin artırılması) çalışmalar başlatmıştır.^{9,10}Bu kapsamda kamu ve özel sağlık kuruluşlarındaki sağlık personeline yönelik şiddet olaylarını takip edebilmek amacıyla kurulan “Beyaz Kod” uygulaması sağlık alanındaki şiddetin önlenmesi açısından oldukça önemlidir.16.03.2016 tarihinde Sağlık Bakanlığınca “Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulamaları” ile ilgili olarak yayınlanan genelge ile şiddete uğrayan sağlık personelleri için uygulanacak hukuki yardıma dair usul ve esaslar belirlenmiştir. Yapılan hukuksal düzenlemeler yoluyla sağlık kurumlarında çalışan kişilere görevlerini icra ettikleri esnada ya da yaptıkları iş sebebi ile uygulanan bilerek yaralanma olayları tutuklanma sebebi sayılan suçlar içerisinde sayılmış olup özel sağlık kurumlarında çalışan personeller de Türk Ceza Kanunu (TCK)’nın uygulanması açısından kamu çalışanı olarak sayılmışlardır. Bunlara ek olarak verilen sağlık hizmetinin kesintiye uğramaması açısından şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının istekleri doğrultusunda ifadeleri, çalıştıkları birimlerde alınabilir ibaresi eklenmiştir. Ayrıca bu genelge ile beyaz kod olaylarında başvuru işlemlerinin nasıl yapılacağı, hukuki destek sağlanacak personelin kimler olduğu, hukuki yardım dâhilinde olmayan çalışanlar ve olaylar, 113 Beyaz Kod Çağrı Merkezi, Bakanlık ve bakanlık bünyesinde yer alan kurumlarda beyaz kod süreci, üniversiteler ve özel sağlık kurumlarında beyaz kod süreci, İl Beyaz Kod koordinatörlüğü ve diğer konularda açıklamalar yapılmıştır.¹¹

Beyaz kod uygulaması sayesinde sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin resmi olarak kayıt altına alınmış olması büyük önem taşımaktadır. Sağlık çalışanlarının memnuniyet düzeyinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha nitelikli hale getirilmesi için şiddet olayları her yönüyle analiz edilerek şiddetin önlenmesi için gereken tedbirler ivedilikle alınmalıdır. Dünya genelinde olduğu gibi ülkemizde de son dönemlerde sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sıklığında artış olması ve bildirim oranlarının beklenenden az olması nedeniyle bu konunun araştırılması oldukça önemlidir. Bu çalışmada Tokat ilinde 2012-2014 yılları arasında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet nedeniyle açılan beyaz kod kaynaklı dosyaların retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır. İlimizde sağlık sektöründeki beyaz kod bildirimlerine dayalı şiddet olaylarının çeşitli tanımlayıcı özellikler açısından incelenmesiyle hem sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin bildirim ve

boyutları tespit edilerek gerekli önlemlerin alınması hem de bu konuda literatüre katkı sağlanması düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmada Tokat İl Sağlık Müdürlüğü Hukuk Bürosunun 2012-2014 yılları arasında takip ettiği beyaz kod kaynaklı dava dosyaları Sağlık Müdürlüğünden gerekli izin alındıktan sonra araştırmacılar tarafından retrospektif olarak incelenmiştir. Dava dosyalarının değerlendirilmesi sırasında adı geçen bireylerin kişisel verilerinin gizli tutulmasına özen gösterilerek kayıtlı bilgiler araştırmacılarca oluşturulan ve üç bölümden oluşan standart bir forma aktarılmıştır. Bu formun birinci bölümünde mağdur, ikinci bölümünde saldırgan ve şiddet olayı, üçüncü bölümünde ise dava ile ilgili bilgiler kaydedilmiştir. Araştırmada toplam 145 dava dosyası incelenmiş olup bunların 134'ü sağlık personeli ile ilgili, 11 dosya ise güvenlik ve temizlik gibi özel hizmet personeli ile ilgili olduğu saptanmıştır. Araştırmamıza sadece sağlık personeline ait olan dosyalar(n=134) dahil edilmiş olup özel hizmet personeline ait olan dosyalar ise çalışma dışında bırakılmıştır. Araştırmamız Helsinki Bildirgesi prensipleri doğrultusunda gerçekleştirilmiş olup dosyalardaki kişisel bilgilerle ilgili gizlilik ve mahremiyetin korunması ilkelerine dikkat edilmiş ve ilgili kurum olan Sağlık Müdürlüğünden çalışmanın yürütülmesi için gerekli izin alınmıştır.

İstatistiksel Analiz:

Veriler IBM SPSS Statistics20.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde mağdur, saldırgan, şiddet olayı ve davalara ait tanımlayıcı veriler sayı, yüzde, aritmetik ortalama \pm standart sapma ve min-max olarak gösterilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet nedeniyle beyaz kod kaynaklı açılan toplam 134 dosyadaki şiddete maruz kalan bireylerin (mağdur) %50,7'si erkek, %49,3'ü kadın olup yaş ortalaması $31,3 \pm 6,9$ (min:19 yaş, max:63 yaş) yıldır. Mağdurların 64,2'si hekim, %26,1'i hemşire/ebe, %6,7'si acil tıp teknisyeni (ATT) ve %3,0'ı laboratuvar teknisyenidir. %29,9'u lise, %70,1'i üniversite ve üzeri mezundur. %85,8'i hastanelerde, %4,5'i ağız ve diş sağlığı merkezleri (ADSM)'de, %3,7'si 112 acil sağlık istasyonlarında ve %2,2'si sağlık evlerinde çalışmaktadır. %50,0'ı Tokat il merkezinde, %50,0'ı ise ilçelerde (%18,7'si Turhal'da, %7,5'i Erbaa'da ve %23,8'i diğer ilçelerde) görev yapmaktadır (Tablo 1). Hekimlerin %47,7'sinin pratisyen hekim, %53,3'ünün ise uzman hekim (%55,6'sı cerrahi branşlarda uzman ve 44,4'ü dahili branşlarda uzman) olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. Şiddete maruz kalanların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı		
	n	%
Cinsiyet		
Erkek	68	50,7
Kadın	66	49,3
Meslek		
Hekim (41'i Pratisyen, 45'i Uzman)	86	64,2
Hemşire/Ebe	35	26,1
Acil Tıp Teknisyeni (ATT)	9	6,7
Laboratuvar Teknisyeni	4	3,0
Öğrenim Düzeyi		
Lise	40	29,9
Üniversite ve Üzeri	94	70,1
Çalışılan Birim		
Hastane	115	85,8
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi (ADSM)	6	4,5
Aile Sağlığı Merkezi (ASM)	5	3,7
112 Acil Sağlık İstasyonu	5	3,7
Sağlık Evi	3	2,2
Çalışılan Yer		
Tokat Merkez	67	50,0
Turhal	25	18,7
Erbaa	10	7,5
Diğer İlçeler*	32	23,8
Toplam	134	100,0

*Reşadiye, Niksar, Pazar, Zile, Yeşilyurt, Sulusaray, Artova, Başçiftlik, Almus

Tablo 2'ye bakıldığında, çalışmamızda şiddet uygulayanların(saldırgan) %76,1'i erkek, %23,9'u kadın olup yaş ortalaması 39,1±12,8 (min:15 yaş, max:80 yaş) yıldır. Saldırganların %12,7'si okuryazar değil, %8,2'si eğitimsiz okuryazar, %25,4'ü ilk ve ortaokul, %33,6'sı lise, %9,0'ı üniversite ve üzeri mezunu olup %11,2'sinin ise öğrenim düzeyi ilgili dosyalarda herhangi bir

bilgi olmadığı için bilinmemektedir. %70,2'sinin kentsel bölgelerde, %29,9'unun ise kırsal bölgelerde yaşadığı saptanmıştır. Saldırganların %60,4'ünün hastanın kendisi olduğu, %39,6'sının ise hasta yakını olduğu; %68,7'sinin saldırı esnasında yalnız olduğu belirlenmiştir. Ayrıca saldırganların %7,5'inin şiddet olayı sırasında alkollü olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Şiddet uygulayanların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı		
	n	%
Cinsiyet		
Erkek	102	76,1
Kadın	32	23,9
Öğrenim Düzeyi		
Okuryazar Değil	17	12,7
Eğitimsiz Okur Yazar	11	8,2
İlk ve Ortaokul	34	25,4
Lise	45	33,6
Üniversite ve Üzeri	12	9,0
Bilinmeyen	15	11,2
Yaşanılan Yer		
Kent	94	70,2
Kır	40	29,9
Şiddet Uygulayan Kişi		
Hasta	81	60,4
Hasta Yakını	53	39,6
Saldırı Esnasında Yalnız Olma Durumu		
Yalnız Olanlar	92	68,7
Yalnız Olmayanlar	42	31,3
Toplam	134	100,0

Tablo 3. Beyaz kod verilmesine neden olan şiddet olayları ile ilgili bazı özellikler		
Olayın Gerçekleştiği Birim	n	%
Acil Servis	56	41,8
Poliklinik	40	29,9
Yataklı Servis	21	15,7
Aile Sağlığı Merkezi (ASM)	5	3,7
Ambulans	5	3,7
Sağlık Evi	3	2,2
İdare Bölümü	3	2,2
Yoğun Bakım	1	0,7
Tehdit Olup Olmadığı		
Tehdit Olanlar	53	39,6
Tehdit Olmayanlar	81	60,4
Hakaret Olup Olmadığı		
Hakaret Olanlar	127	94,8
Hakaret Olmayanlar	7	5,2
Fiziksel Şiddet Olup Olmadığı		
Fiziksel Şiddet Olanlar	17	12,7
Fiziksel Şiddet Olmayanlar	117	87,3
Alet Kullanımı Olup Olmadığı		
Alet Kullanımı Olanlar*	9	6,7
Alet Kullanımı Olmayanlar	125	93,3
Yaralanma Olup Olmadığı		
Yaralanma Olanlar	1	0,7
Yaralanma Olmayanlar	133	99,3
Toplam	134	100,0

*Serum askısı, zımba vb.

Beyaz kod verilmesine neden olan şiddet olayları ile ilgili bazı özelliklere bakıldığında (Tablo 3), çalışmamızda şiddet olaylarının %41,8'i acil servislerde, %29,9'u polikliniklerde, %15,7'si yataklı servislerde, %3,7'si ASM'lerinde, %3,7'si ambulans içinde, %2,2'si sağlık evinde, %2,2'si sağlık kuruluşlarının idare bölümünde, %0,7'si yoğun bakımda gerçekleşmiştir. Olayların %39,6'sında tehdit olduğu; %94,8'inde hakaret olduğu; %12,7'sinde fiziksel şiddet olduğu; %6,7'sinde şiddet uygulamak için herhangi bir alet kullanıldığı; %99,3'ünde yaralanma olmadığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayan saldırganların ifadelerine göre şiddet

olaylarının nedenleri Tablo 4'de verilmiştir. Saldırganların beyanı doğrultusunda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının %24,6'sının yetersiz ve yanlış tedavi, %22,4'ünün muayene sırasında kargaşa (muayene sırası ve bekleme süresine itiraz), %22,4'ünün görevi kötüye kullanma, %6,0'ının rapor verilmemesi, %5,2'sinin tedaviden zarar gördüğü, %4,5'inin doktorun kaba tavrı, %3,7'sinin alkol kaynaklı huzursuzluk, %11,2'sinin diğer iddialar (kendileriyle ilgilenilmediği iddiası, kendi hastalarının daha acil olduğu iddiası, kendilerine adil davranılmadığı iddiası vb.) ile gerçekleştiği saptanmıştır.

Tablo 4. Şiddet uygulayanların ifadelerine göre şiddet olayının nedenleri		
	n	%
Şiddet Olayının Nedenleri		
Yetersiz veya Yanlış Tedavi İddiası	33	24,6
Muayene Sırasında Kargaşa (Muayene sırası ve bekleme süresine itiraz)	30	22,4
Görevi Kötüye Kullanma İddiası	30	22,4
Rapor Verilmemesi	8	6,0
Tedaviden Zarar Gördüğü İddiası	7	5,2
Doktorun Kaba Tavrı İddiası	6	4,5
Alkol Kaynaklı Huzursuzluk	5	3,7
Diğer Nedenler*	15	11,2
Toplam	134	100,0

*Kendileriyle ilgilenilmediği iddiası, kendi hastalarının daha acil olduğu iddiası, kendilerine adil davranılmadığı iddiası vb.

Tablo 5. Beyaz kod nedeniyle açılan davalar ve verilen cezaların dağılımı		
	n	%
Dava Açılma Durumu (n=134)		
Dava Açılanlar	106	79,1
Dava Açılmayanlar	28	20,9
Dava Sonuçlanma Durumu (n=106)		
Sonuçlanan Davalar	83	78,3
Devam Eden Davalar	23	21,7
Dava Sonucu Ceza Durumu (n=83)		
Ceza Verilenler	49	59,0
Ceza Verilmeyenler	34	41,0
Dava Sonucu (n=83)		
Adli Para Cezası	37	44,5
Hapis Cezası	12	14,4
Kovuşturmaya Yer Olmadığı	20	24,0
Beraat	10	12,0
Cezaya Yer Olmadığı	4	4,8
Ceza Ertelenme Durumu (n=49)		
Ertelenmeyen Cezalar	32	65,3
Ertelenen Cezalar	17	34,7
Hapis Cezasının Paraya Çevrilme Durumu (n=12)		
Hapis Cezası Paraya Çevrilmeyenler	4	33,3
Hapis Cezası Paraya Çevrilenler	8	66,7

Beyaz kod nedeniyle açılan davalar ve verilen cezaların dağılımı incelendiğinde (Tablo 5); çalışmamızda beyaz kod verilmesine sebep olan şiddet olaylarının %79,1'inde dava açıldığı, %20,9'unda mağdur talepte bulunmadığı için henüz dava açılmadığı, dava açılması talebinde bulunulan 106 şiddet olayından ortalama 24,32 (min=1gün, max=209 gün) gün sonra dava açıldığı, açılan davaların %78,3'ünün sonuçlandığı, %21,7'sinin devam ettiği, sonuçlanan davaların ortalama 184 (min=10 gün,max=705 gün) günde sonuçlandığı saptanmıştır. Sonuçlanan davaların %44,5'i adli para cezası, %14,4'ü hapis cezası, %24,0'ı kovuşturmayaya yer olmadığı, %12,0'ı beraat ve %4,8'i cezaya yer olmadığı şeklinde sonuçlandığı; verilen cezaların %34,7'sinin ertelendiği, hapis cezası alanların ortalama 485 (min:30 gün, max:1825gün) gün hapis cezası aldığı, hapis cezalarının %66,7'sinin para cezasına çevrildiği, verilen para cezalarının ortalama 5422 (min:500lira, max:8840 lira) lira olduğu belirlenmiştir.

TARTIŞMA

Çalışmamızda şiddete maruz kalma nedeniyle beyaz kod bildirimini yapan sağlık çalışanlarının %50,7'sinin erkek, %49,3'ünün kadın olduğu belirlenmiştir. Yapılan literatür taramasında şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının çoğunluğunun kadın olduğu bildirilmektedir.^{3,12-14} Çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Öztürk ve Babacan çalışmalarında şiddete maruz kalan sağlık personelinin %48'inin kadın olduğunu saptamıştır.¹⁵ Bayram ve ark. ise çalışmalarında şiddet görenlerin %60,1'inin erkekler olduğunu belirtmişlerdir.¹⁶ Çalışma bulgumuzun literatürdeki bazı çalışmalarla farklı olmasının, bizim çalışmamızda il genelindeki tüm sağlık kuruluşlarında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet nedeniyle beyaz kod verilen ve dosya açılan olayların ele alınması, diğer çalışmalarda ise farklı sağlık kuruluşlarında ve sadece beyaz kod nedeniyle dosya açılan olaylar değil tüm şiddet olgularının ele alınması ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Literatürde sağlık çalışanlarına yönelik işyerinde şiddete en çok maruz kalan meslek grubunun hekimler olduğu bildirilmektedir.^{14,17} Her ne kadar bizim çalışmamızda beyaz kod bildirimini yapanların %64,2'sinin hekimler olduğu saptanmış olsa da, çalışmamız tanımlayıcı nitelikte olduğu için hekim, hemşire veya diğer sağlık çalışanlarındaki şiddet sıklığına bu veriler üzerinden ulaşılamaz. Ancak özellikle hekim ve hemşirelerde şiddete maruz kalma sıklığının diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla olabileceği bilinmektedir.

Çalışmamızda şiddet olaylarının büyük çoğunluğunun (%85,8) hastanelerde gerçekleştiği belirlenmiştir. Yapılan literatür taramasında, yaşanan şiddet olaylarının en çok hastane acil

servislerinde gerçekleştiği bildirilmektedir.¹⁶⁻¹⁸ Hastanelerde yaşanan şiddet olaylarının, diğer sağlık kuruluşlarına göre daha fazla olmasının nedeninin en çok şiddet yaşanan birimler olan acil servisleri ve poliklinik gibi hizmetleri içerisinde barındırması ve diğer sağlık kuruluşlarına göre daha fazla başvuru olmasıyla ilişkili olduğu söylenebilir. Çalışmamızda şiddete maruz kalanların %50'sinin il merkezinde çalıştığı dolayısıyla şiddet olaylarının yarısının il merkezinde yaşandığı belirlenmiştir. İl merkezindeki sağlık kuruluşu ve sağlık çalışanı sayısı ilçelere göre daha fazla olduğu için sağlık hizmetlerine başvuru oranı da daha fazladır. Bu nedenle şiddet olasılığının il merkezinde her bir ilçeye göre da daha yüksek olması beklenen bir durumdur (Tablo 1).

Çalışmamızda beyaz kod bildirimini yapılan olaylarda şiddet uygulayanların %76,1'inin erkek olduğu saptanmıştır. Xing ve ark. Çin'in Heilongjiang eyaletinde hastanelerde çalışan pratisyen hekim ve hemşirelerle yaptıkları çalışmada şiddet uygulayanların en çok erkekler (%88,7) olduğunu belirtmişlerdir.¹⁹ Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda da sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin en çok erkekler tarafından uygulandığı saptanmıştır.^{3,13,20} Çalışmamızda saldırganların öğrenim düzeylerine bakıldığında %20,9'unun okuryazar olmadığı veya eğitimsiz okuryazar olduğu, %25,4'ünün ilkököl veya ortaokul mezunu olduğu, %33,6'sının lise mezunu olduğu ancak %9'luk kısmının üniversite ve üzeri mezunu olduğu saptanmıştır. Saldırganların %11,2'sinin ise öğrenim düzeyi ile ilgili dosyalarda kayıtlı herhangi bir bilgiye ulaşılamadığı için öğrenim düzeyleri bilinmemektedir. Çalışmamızda incelenen beyaz kod bildirimlerinin yapıldığı dönemde Tokat ilinde öğrenim düzeyi Türkiye ortalamasına göre daha düşük olup 15 yaş ve üzerindeki bireylerin %19'unun öğrenim düzeyi ilkökolden az, %30'u ilkököl mezunu, %25'i ortaokul mezunu, %17'si lise mezunu, %9'u üniversite ve üzeri mezunudur. Çalışma sonuçlarımıza göre şiddet uygulayan saldırganların yaklaşık yarısının öğrenim düzeyinin ortaokul ve altında olduğu, üçte birinin de lise mezunu (Tokat geneline göre daha yüksek) olduğu görülmektedir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarına yönelik şiddet uygulayan saldırganların büyük çoğunluğunun (%70,2) kentsel bölgelerde yaşadığı saptanmış olup bunun nedeninin şiddet olaylarının büyük kısmının il merkezindeki sağlık kuruluşlarında gerçekleşmesi ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda şiddet uygulayanların %60,4'ünün hastaların kendisi olduğu, %39,6'sının hasta yakını olduğu ve saldırganların %68,2'sinin saldırı esnasında yalnız olduğu saptanmıştır (Tablo 2). Yapılan literatür taramasında çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde Pompeii ve ark. yaptığı

çalışmada şiddet uygulayanların çoğunluğunun (%76) hastanın kendisi olduğunu saptamıştır.²¹ Abbas ve ark. Mısır'daki çalışmalarında şiddet uygulayanlarının %62,8'inin hastanın kendisi olduğu saptanmıştır.²² Akca ve ark. Ankara'da özel bir tıp merkezi çalışanlarında yaptıkları çalışmalarında sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin %45,5'inin hasta tarafından, %40,9'unun hasta ve hasta yakını tarafından, %13,6'sının ise hasta yakını tarafından uygulandığını belirlemişlerdir.¹³ Yapılan literatür taramasında çalışma bulgumuzdan farklı olarak, şiddet uygulayanların daha fazla hasta yakınlarının olduğu çalışmalara da rastlanmıştır.^{20,23,24}

Çalışmamızda beyaz kod verilmesine neden olan şiddet olayları ile ilgili bazı özelliklere bakıldığında (Tablo 3); şiddet olaylarının en çok (%41,8) acil servislerde olduğu saptanmıştır. Çalışma bulgularımıza benzer şekilde literatürde sağlık personeline yönelik şiddet olaylarının en sık/çok acil servislerde olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.^{17,20,25-27} Şiddet olaylarının acil servislerde daha fazla olmasının; acil servislerdeki hasta sayısının fazla olması, başvuran hastaların triajı? dikkate alınmadan durumlarının diğer bireylerden daha acil olduğunun düşünülmesi gerçekten acil olan hastaların ise önemli bir kısmının hemen müdahale gerektiren ve yüksek riskli hastalar olması nedeniyle ölüm oranının yüksek olduğu, bu nedenle hasta, hasta yakınları ve sağlık personelinin daha gergin olmaları ile ilişkili olduğu söylenebilir. Çalışmamızda şiddet olaylarının %39,6'sında tehdit olduğu saptanmış olup yapılan literatür taramasında bu oranı Hamdan ve Abu Hamra'ni Filistin'de %48,4; Terzoni ve ark. İtalya'da %40,2; Fujita ve ark. Japonya'da %29,8 olarak saptamışlardır.²⁸⁻³⁰ Çalışmamızda şiddet olaylarının %12,7'sinde fiziksel şiddet olduğu saptanmıştır. Xing ve ark. Çin'in Heilongjiang eyaletinde pratisyen hekim ve hemşirelerle yaptıkları çalışmada bu oranı %12,6 olarak belirtmişlerdir.¹⁹ Wei ve ark. ise Taiwan'da hastanelerde hemşireler ile yaptıkları çalışmada bu oran %19,1 olarak saptanmıştır.²⁵ Bu çalışmalara benzer şekilde fiziksel şiddet sıklığı İtalya'da %11,5; Japonya'da %15,9 ve Filistin'de %20,8 olarak saptanmıştır.²⁹⁻³¹ Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise bu oranı Çamcı ve Kutlu %15,8; Aktaş ve Aydemir ise %11,2 olarak belirlemiştir.^{3,20} Çalışma bulgumuz, yapılan literatür taramasıyla benzerlik göstermektedir. Çalışmamızda şiddet olaylarının %6,7'sinde saldırganların herhangi bir alet kullandığı ve bu olayların %0,7'sinde yaralanma olduğu saptanmıştır. Çiçek Durak ve ark. İzmir'de bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan doktor ve hemşirelerde yaptıkları çalışmalarında katılımcıların en son şiddete maruz kaldıklarında saldırganın herhangi bir cisim kullanma oranını %6,3 ve uğradıkları şiddet sonrası yaralanma oranını %4,1 olarak

saptamışlardır.³² Çin'de hastanelerde çalışan pratisyen hekim ve hemşirelerde yapılan çalışmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarında saldırganların %34'ünün önceden yanlarında getirdikleri bıçak veya sopaları kullandıkları, %28,3'ünün masa ve sandalye gibi odada bulunan mobilyaları kullandıkları ve fiziksel şiddet sonrasında yaralanma oranının %56,6 olduğu belirtilmiştir.¹⁹ Çamcı ve Kutlu'nun Kocaeli'nde ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarındaki sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada şiddete maruz kalma sonrası fiziksel yaralanma oranı %5,1 olarak saptanmıştır.³

Çalışmamızda şiddet uygulayanların ifadelerine göre en çok şiddet uygulama gerekçeleri; yetersiz veya yanlış tedavi iddiası (%24,6), muayene sırası ve bekleme süresine itiraz edilmesi gibi muayene sırasında kargaşa iddiaları (%22,4) ve görevi kötüye kullanma iddiası (%22,4) olarak saptanmıştır (Tablo 4). Adaş ve ark. çalışmalarında en çok şiddet gerekçesini ihmal ve tedavi memnuniyetsizliği (%37,8) olarak belirlemişlerdir.³³ Bazı çalışmalarda ise en sık şiddet nedeni bekleme süresine itiraz edilmesi olarak tespit edilmiştir.^{26,34}

Çalışmamızda yaşanan şiddet olaylarının %79,1'inde dava açıldığı, açılan davaların %78,3'ünün sonuçlandığı, sonuçlanan davaların %58,9'unda adli para cezası ve hapis cezası verildiği, %40,8 'inde kovuşturmayla yer olmadığı, beraat ve cezaya yer olmadığı şeklinde sonuçlandığı belirlenmiştir. Çamcı ve Kutlu çalışmalarında dava açılma oranını %2,6 olarak saptanmıştır.³ Çalışma bulgumuzun bu çalışmaya göre çok yüksek oranda olmasının, bizim çalışmamızda sadece beyaz kod verilen şiddet olaylarının ele alınması, Çamcı ve Kutlu'nun çalışmasında ise sağlık çalışanlarına yönelik beyaz kod verilen/verilmeyen bütün şiddet olaylarını kapsamı ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda sonuçlanıp ceza almasına karar verilen davalarda verilen cezaların üçte birinin (%34,7) ertelendiği, hapis cezası ile sonuçlanan davaların ise %66,7'sinde verilen hapis cezalarının para cezasına çevrildiği saptanmıştır (Tablo 5). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ile ilgili olarak TCK'da gerekli değişiklikler yapılarak verilen cezaların caydırıcı olması amacıyla hapis cezalarında erteleme veya para cezasına çevirme yapılmamalıdır.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmamızda bazı sınırlılıklar vardır. Sadece 2012-2014 yılları arasındaki beyaz kod dosyaları çalışma kapsamına alındığı için, o tarihlerden sonraki dönemde beyaz kod işleyişi konusunda uygulamaya geçen yeni düzenlemeleri içermemektedir. Bu nedenle elde ettiğimiz sonuçları 2014 yılı sonrasındaki uygulamalar için genellemek uygun

değildir. Çalışmamızda sadece Tokat ilindeki beyaz kod dosyaları değerlendirildiği için sonuçlar nüfusu daha fazla olan ve bu nedenle de sağlık kuruluşu ve sağlık personeli sayısı daha fazla olan illeri genellemez. Çalışmamızın tanımlayıcı nitelikte olması ve sadece beyaz kod dosyalarındaki kayıtlı mevcut verilerle sınırlı olması nedeniyle şiddet olaylarının olası nedenlerinin daha iyi anlaşılabilmesi için neden sonuç ilişkisini ortaya koyacak istatistiksel karşılaştırma ve analizler yapılamamıştır. Ayrıca çalışmamızda sağlık personeline yönelik şiddet nedeniyle beyaz kod verilen ve böylece bildirim yapılmış olan şiddet olayları incelendiği için çalışma sonuçlarımız bu dönemde sağlık kuruluşlarında şiddet olayı yaşanmasına karşılık bildirim yapılmayan olaylar konusunda fikir veremez. Örneklem büyüklüğünün daha fazla olduğu, çok merkezli ve sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenlerine yönelik kapsamı daha geniş olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

SONUÇ

Çalışma sonuçlarımıza göre şiddet nedeniyle beyaz kod bildirim yapanların çoğunluğu hekimlerdir. Şiddet olayları en sık hastane acil servislerinde gerçekleşmekte ve il merkezindeki sağlık kuruluşlarında ilçelere göre daha fazla görülmektedir. Saldırganların çoğunluğu hastaların kendisi, erkek, orta yaş grubunda ve şiddet olayı esnasında yalnızlardır. Saldırganların en çok yetersiz veya yanlış tedavi, muayene sırası ve bekleme süresine itiraz edilmesi ile görevi kötüye kullanma iddialarından dolayı şiddet uyguladıkları belirlenmiştir. Şiddet olaylarının büyük çoğunluğunda dava açılmış, davalar en sık para cezasıyla sonuçlanmıştır. Verilen cezaların üçte biri ertelenmiş, hapis cezalarınınsa üçte ikisi paraya çevrilmiştir.

Sağlık çalışanlarının kendilerine yönelik olası şiddet nedeniyle sürekli korku yaşayarak sağlık hizmeti sundukları bireylere karşı risk altında olduklarını hissetmeleri; güvensizliğe, daha az adanmışlığa ve böylece hizmet kalitesinin olumsuz etkilenmesine yol açabilir.⁴ Beyaz kod uygulaması ile ilgili düzenli olarak sağlık çalışanlarına eğitimler verilmeli, şiddete maruz kalanlara gerekli destek sağlanmalı, şiddet olaylarının tekrar yaşanmaması ve uygulamada yaşanan aksaklıkların giderilmesi için gerekli düzeltici girişimlerde bulunulmalıdır.¹³ Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet nedeniyle beyaz kod uygulanmasına yol açan olayların gerçek boyutlarını, risk faktörlerini ve olası çözüm yollarını doğru şekilde belirleyebilmek için örneklem büyüklüğünün daha fazla olduğu, kapsamı daha geniş olan çok merkezli bilimsel çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır. Bu konuda farkındalığın artırılarak verilen cezaların ertelenmeden veya paraya çevrilmeden caydırıcı yasal düzenlemeler

yapılması ile hem sağlık çalışanlarının daha memnun ve verimli şekilde çalışmaları hem de hastaların daha nitelikli sağlık hizmeti alabilmeleri sağlanmış olacaktır.

Çıkar çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Teşekkür: Çalışmanın yürütüldüğü dönemdeki İl Sağlık Müdürü Dr. Sadettin Yazı'ya ve Sağlık Müdürlüğünde görevli Hüseyin Gül'e beyaz kod kaynaklı dosyaların incelenmesi konusundaki yardımlarından dolayı çok teşekkür ederiz.

Bu çalışma 9.Uluslararası Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Hasta Güvenliği Kongresi, 13-16 Mayıs 2015 Belek, Antalya'da sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Ünsal Atan Ş, Dönmez S. Hemşirelere karşı işyeri şiddeti. Adli Tıp Dergisi2011;25(1):71-80.
2. Bıçkıcı F. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve neden olan faktörler: Bir devlet hastanesi örneği. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi2013;5(1):43-56.
3. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi2011; 2(1):9-16.
4. Pınar T, Pınar G. Sağlık çalışanları ve işyerinde şiddet. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013;12(3): 315-326.
5. Aytaç S, Dursun S. Çalışma hayatında kadına yönelik şiddet: Sağlık sektöründe bir uygulama. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası 2013;71(1):67-78.
6. Annagür, B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2010;2(2):161-173.
7. Elliott PP. Violence in health care. What nurse managers need to know. Nurs Manage 1997; 28(12): 38-41.
8. Kaplan B, Pişkin RE, Ayar B. Violence against the althcare workers. Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences2013;21(1): 4-10.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı,Çalışan Güvenliği Genelgesi (14.05.2012). <https://www.saglik.gov.tr/TR,3282/calisan-guvenligi-genelgesi-14052012.html> Erişim Tarihi: 12.02.2018.
10. Cebeci H. Hastanelerde iş kazaları ve çalışan güvenliği:Karabük şehir merkezi örneği. Uluslararası İşletme ve Yönetim Dergisi 2013; 1(1): 62-82.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı, Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Genelgesi (16.03.2016).

- <https://beyazkod.saglik.gov.tr/hukuki-yardim-ve-uygulama-genelgesi.pdf> Erişim Tarihi: 02.03.2018
12. Speroni KG, Fitch T, Dawson E, Dugan L, Atherton M. Incidence and cost of nurse workplace violence perpetrated by hospital patients or patient visitors. *Journal of Emergency Nursing* 2014; 40(3): 218-228.
 13. Akca N, Yılmaz A, Işık O. Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet: özel bir tıp merkezi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2014; 13(1): 1-12.
 14. Bilişli Y, Hizay D. Sağlık çalışanlarına yönelik işyerinde şiddet: üniversite hastanesi örneği. *The Journal of Academic Social Science Studies* 2016; 52:473-486.
 15. Öztürk H, Babacan E. Hastanede çalışan sağlık personeline hasta/yakınları tarafından uygulanan şiddet: nedenleri ve ilgili faktörler. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2014; 1(2): 70-80.
 16. Bayram B, Çetin M, Çolak Oray N, Can İÖ. Workplace violence against physicians in Turkey's emergency departments: a cross-sectional survey. *BMJ Open* 2017 Jun 29;7:e013568.doi:10.1136/bmjopen-2016-013568
 17. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3(3): 147-154.
 18. Fernandes CM, Bouthillette F, Raboud JM, Bullock L, Moore CF, Christenson JM, et al. Violence in the emergency department: A survey of healthcare workers. *CMAJ*, 1999 Nov 16;161(10):1245-1248.
 19. Xing K, Jiao M, Ma H, Qiao H, Hao Y, Li Y, et al. Physical violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: a cross-sectional survey. *Plos One* 2015 Nov 16;10(11):e0142954. Doi: 10.1371/journal.pone.0142954
 20. Aktaş E, Aydemir İ. Şiddete maruz kalan sağlık çalışanlarının beyaz kod uygulamasına ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Health Sci* 2018;3(1):32-47.
 21. Pompeii LA, Schoenfisch AL, Lipscomb HJ, Dement JM, Smith CD, Upadhyaya M. Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. *Am J Ind Med* 2015;58(11): 1194-1204.
 22. Abbas MA, Fiala LA, Abdel Rahman AG, Fahim AE. Epidemiology of workplace violence against nursing staff in Ismailia Governorate, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc* 2010;85(1-2):29-43.
 23. Hedayati Emam G, Alimohammadi H, Zolfaghari Sadrabad A, Hatamabadi H. Workplace violence against residents in emergency department and reasons for not reporting them: a cross sectional study. *Emergency* 2018 Jan 16;6(1):e7.
 24. Wu S, Zhu W, Li H, Lin S, Chai W, Wang X. Workplace violence and influencing factors among medical professionals in China. *Am J Ind Med* 2012 Nov;55(11):1000-1008.
 25. Wei CY, Chiou ST, Chien LY, Huang N. Workplace violence against nurses-prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: cross-sectional study. *Int J Nurs Stud* 2016 Apr;56: 63-70.
 26. Baykal Tural Z, Babayiğit M, Dereli N, Güleç H, Babayiğit MA, Horasanlı E. Hastanemizde 2013 yılı içinde beyaz kod-sağlık çalışanlarına şiddet olaylarının retrospektif değerlendirmesi. *Anestezi Dergisi* 2015; 23(3):156-159.
 27. Gülalp B, Karcıoğlu O, Köseoğlu Z, Sarı A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2009;15(3):239-242.
 28. Hamdan M, Abu Hamra A. Workplace violence towards workers in the emergency departments of Palestinian hospitals: a cross-sectional study. *Human Resources for Health* 2015 May 7;13:28. doi: 10.1186/s12960-015-0018-2.
 29. Terzoni S, Ferrara P, Cornelli R, Ricci C, Oggioni C, Destrebecq A. Violence and unsafety in a major Italian hospital: experience and perceptions of health care workers. *La Medicina Del Lavoro* 2015;106(6):403-411.
 30. Fujita S, Ito S, Seto K, Kitazawa T, Matsumoto K, Hasegawa T. Risk factors of workplace violence at hospitals in Japan. *Journal of Hospital Medicine* 2012;7(2):79-84.
 31. Kitaneh M, Hamdan M. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2012;12:469.
 32. Çiçek Durak T, Yolcu S, Akay S, Demir Y, Kılıçaslan R, Değerli V, et al. Bozyaka eğitim ve araştırma hastanesi sağlık çalışanlarına hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddetin değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi* 2014;24:130-137.
 33. Adaş EB, Elbek O, Bakır K. Sağlık sektöründe şiddet: Hekimlere yönelik şiddet ve hekimlerin şiddet algısı. *Gaziantep: Gaziantep Kilis Tabip Odası Yayını*, 2008.
 34. Özcan NK, Bilgin H. Violence to wards healthcare workers in Turkey: A systematic review. *Türkiye Klinikleri J MedSci* 2011;31(6): 1442-1456.



The Fatalism Approaches According to The Frequency of Occupational Accidents and Other Sociodemographic Characteristics of Health Workers

Sağlık Çalışanlarının İş Kazası Geçirme Sıklığı ve Diğer Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kadercilik Yaklaşımlarının İncelenmesi

Yasin Uzuntarla*¹, Fatma Uzuntarla²

ABSTRACT

Introduction: In this study, it is aimed to examine the fatalism approaches according to the frequency of occupational accidents and other sociodemographic characteristics of employees of a training and research hospital. **Method:** This descriptive study was conducted with healthcare personnel working in a training and research hospital. 500 healthcare personnel participated in the study. Survey method was used as data collection tool, and Fatalism Scale for the occupational accidents was used. SPSS 22 statistical program was used in the evaluation of data. **Results:** Of the participants, 53.2% were female, 59.6% were married, 42% were under the age of 30, 68.8% were university graduates, 34.8% had income between 3501-6000 TL, 35.2% were nurses, and 46.2% had a professional experience of over 11 years, 50.8% did not have work accidents, 39.0% had 1-3 times, 10.2% had 4 or more occupational accidents. Mean score of the Fatalism Scale for the occupational accidents of the healthcare personnel was found as (14.9±4.9). Significant differences were found in fatalism approaches according to participants' gender and occupation (p < 0.05). **Conclusion:** The training and research hospital workers' level of fatalism approaches towards occupational accidents are found low. Employees' awareness of the importance of safety precautions to prevent occupational accidents should be increased, especially for the auxiliary staff.

Key words: Occupational accidents, health workers, fatalism

ÖZET

Giriş: Bu çalışma, ile bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların iş kazası geçirme sıklığı ve diğer sosyodemografik özelliklerine göre kadercilik yaklaşımlarının incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık personelleriyle gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya 500 sağlık personeli katılmıştır. Araştırmada, veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmış ve iş kazalarına yönelik kadercilik ölçeğinden yararlanılmıştır. Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 22 istatistik programı kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmamızda, katılımcıların %53,2'sinin kadın, %59,6'sının evli, %42,0'sinin 30 yaşın altında, %68,8'inin üniversite mezunu, %34,8'inin 3501-6000 TL arası gelire sahip olduğu, %35,2'sinin hemşire, %46,2'sinin 11 yıl ve üzerinde mesleki deneyimi olduğu, %50,8'inin iş kazası geçirmediği, %39,0'unun 1-3 kez, %10,2'sinin 4 veya daha fazla iş kazası geçirdiği bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının iş kazalarına yönelik kadercilik puan ortalaması (14,9±4,9) olarak saptanmıştır. Katılımcıların cinsiyetine ve mesleklerine göre kadercilik yaklaşımlarında anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,05). **Sonuç:** Sağlık çalışanlarının iş kazalarına yönelik kadercilik yaklaşım düzeyleri düşük bulunmuştur. Yardımcı personel başta olmak üzere, çalışanların iş kazalarını önlemede güvenlik tedbirlerinin önemine yönelik farkındalıkları artırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: İş kazası, sağlık çalışanları, kadercilik

Received /Geliş tarihi: 17.07.2018, Accepted/Kabul tarihi: 15.12.2018

¹Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Çankaya Üniversitesi İş Sağlığı ve Güvenliği AD.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Yasin Uzuntarla, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

E-mail:yasinuzuntarla@gmail.com

Uzuntarla Y, Uzuntarla F. Sağlık Çalışanlarının İş Kazası Geçirme Sıklığı ve Diğer Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kadercilik Yaklaşımlarının İncelenmesi TJFMPC, 2019; 13(2): 151-158. DOI: 10.21763/tjfmpe.569677

GİRİŞ

İş sağlığı, temelinde meslek hastalıklarını ve iş kazalarını konu edinmekte, çalışanların güvenli koşullarda çalışarak sağlığını korumalarını amaçlamakta ve böylece biyopsikososyal iyiliğin sürdürülmesi ve geliştirilmesi çalışmalarını kapsamaktadır.¹ İş güvenliği ise, çalışanların güvenliğine yönelik yapılan bilimsel, sistematik ve planlı çalışmaları kapsamaktadır.² İş sağlığı ve güvenliği denilince, akla ilk olarak ölüm ve yaralanma sayısının yüksek olmasından ötürü iş kazaları gelmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) iş kazasını, beklenmeyen ve planlanmayan ölüm, sakatlanma ve zarara yol açan istenmeyen durum olarak tanımlamaktadır.^{3,4}

İş kazaları, tüm ülkelerin ortak sorunu olmakla birlikte iş sağlığı ve güvenliğine önem veren gelişmiş ülkelerde daha az karşılaşıldığı görülmektedir. İstatistikler incelendiğinde, dünya genelinde her yıl yaklaşık 50 milyon iş kazası gerçekleştiği ve 100 bin kişinin ölümüne yol açtığı değerlendirilmektedir.⁵ Türkiye’de iş kazası sayısı maalesef her yıl artmaktadır. 1995 yılında 87.960 olan iş kazası sayısı, 2016 yılında 286.068’e yükselmiştir.⁶ 2017 yılında ise 359.653 iş kazasının meydana geldiği tespit edilmiştir. İş kazaları, en fazla bina inşaatı sektörü (34.952 vaka) ile fabrikasyon metal ürünleri imalatında (23.627 vaka); en az ise kütüphane, arşiv ve müzeler (18 vaka) ile uluslararası örgüt ve temsilciliklerin faaliyetlerinde (14 vaka) gerçekleşmiştir. Sağlık sektöründe ise 2.340’ı erkek, 4.680’i kadın olmak üzere toplam 7.020 iş kazası meydana gelmiştir. İş kazaları, en sık İstanbul (93.003 vaka), İzmir (31.024 vaka), Ankara (24.970 vaka), Bursa (21.743 vaka) illerinde; en az Iğdır (52 vaka), Bayburt (67 vaka) ve Tunceli (68 vaka) illerinde görülmüştür.⁷

Amerika Birleşik Devletleri’nin İşçi İstatistikleri Raporu’na göre, sağlık sektörü iş kazasının görüldüğü en yüksek ikinci sektördür. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği’ne göre de sağlık kuruluşları, tehlikeli ve çok tehlikeli grupta yer almaktadır. Sağlık hizmeti sunulurken karşılaşılabilecek riskler çalışan, hasta ve işletme güvenliği için tehdit oluşturmaktadır.^{4,8,9} İş kazalarının gerçekleşmesinde, emniyetsiz durum ve emniyetsiz hareket olmak üzere iki unsurun etkisi bulunmaktadır. Emniyetsiz durumların önemli bir kısmı ile, emniyetsiz hareketlerin bütünü çalışanlar tarafından oluşturulmaktadır. Emniyetsiz durumların ve hareketlerin önlenmesi, iş kazalarının azaltılması açıdan önem taşımaktadır.¹⁰ Fakat iş kazalarının önlenmesinde, emniyet tedbirlerinin yeterli olmayacağını ve bunun kaçınılmaz olduğunu öne süren kadercilik yaklaşımı da gündeme gelmiştir.

Kadercilik, yaşananların kayıtsız kabullenilmesi, öğrenilmiş çaresizlik gibi ifadelerle tanımlanmaktadır. Sabır ve tevekkül düşünceleriyle bağlantılı olup, geleneksel kültürün egemen olduğu toplumlarda genç bireylere aktarımı daha yoğundur. İş ortamının taşıdığı tehlike durumunun çalışanlarca kabulü ile kadercilik yaklaşımı arasındaki ilişki, yapılan çalışmalarca ortaya konulmuş ve sektörlere göre kadercilik yaklaşımlarının değişebileceği kabul edilmiştir.^{11,12}

İş, çalışan açısından kültürel, sosyal ve ekonomik yönü olan bir etkinliktir. Hastaneler, sağlık hizmeti sunan merkez olmalarının yanı sıra aynı zamanda nitelikli ve uzmanlaşmış personele sahip birer işyeridir. 871 bini ülkemizde olmak üzere, dünya genelinde yaklaşık 60 milyon sağlık çalışanı bulunmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu esnasında sağlık çalışanları ergonomik, fiziksel, biyolojik, kimyasal, çevresel, psikososyal risk ve tehlikelerle karşılaşmakta ve iş kazası geçirebilmektedirler. Gerekli güvenlik önlemlerinin alınması ve emniyet kurallarına uyulması, iş kazalarını önlemede etkili olmaktadır.^{13,14}

Bu çalışma ile, sağlık çalışanlarının iş kazalarına kadercilik yaklaşımlarının incelenmesi ve iş kazası geçirme sıklığı ile diğer sosyodemografik özelliklerine göre kadercilik yaklaşımlarının değişiklik gösterme durumunun irdelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışma, Ankara ilinde bulunan bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık personelleriyle gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yürütüldüğü hastanede 384 hemşire, 192 sağlık teknisyeni/teknikeri, 167 yardımcı personel ve 236 hekim olmak üzere toplam 979 personel bulunmaktadır. Örneklem hesaplaması yapılmayarak, tüm personele ulaşılmaya çalışılmış fakat izin, istirahat, görevlendirme ve ankete katılmak istememe gibi nedenlerden dolayı 500 sağlık personeliyle çalışma tamamlanmıştır. Çalışmaya katılım oranı %51’dir. Araştırma, Şubat-Nisan 2018 tarihleri arasında gönüllü olarak katılım sağlayanlarla yürütülmüştür.

Araştırmada, veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anket formu iki bölümden ve 13 sorudan oluşmaktadır.

Sosyodemografik Özellikler

İlk bölüm, araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, medeni durum, aylık hane geliri, meslek ve çalışma yıllarını içeren 7 sorudan oluşmaktadır.

Kadercilik Ölçeği

Çalışanların, iş kazalarına yönelik kadercilik yaklaşımlarını belirlemek üzere, Rundmo ile Hale tarafından geliştirilen ve Dursun tarafından Türkçeye çevrilen Kadercilik ölçeği (ölçek 6 sorudan oluşmaktadır) kullanılmıştır. Orijinal çalışmada güvenilirlik katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur.^{15,16}

Beşli likert tarzında olan ölçek; “Tamamen katılmıyorum” için 1, “Tamamen katılıyorum” için 5 puan olarak hesaplanmıştır. Ölçekten, en düşük 6, en yüksek 30 puan alınabilmektedir. Ölçek puan ortalaması, yorumlamada sınır değer olarak kabul edilmiştir. Ölçekten alınan puanların yüksek olması, çalışanların iş kazalarına karşı daha kaderci bir yaklaşım sergiledikleri anlamına gelmektedir.¹⁷

İstatistiksel Analiz

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde SPSS istatistik programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde, tanımlayıcı istatistikler için aritmetik ortalama, standart sapma, frekans analizi

kullanılırken, gruplar arası karşılaştırmada normal dağılım gösterdiklerinden dolayı bağımsız t-testi, ANOVA testi, post hoc tukey testi kullanılmıştır. Anlamlılık seviyesi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızda, katılımcıların %53,2’sinin kadın, %59,6’sının evli, %42,0’sinin 29 yaş ve altında, %68,8’inin üniversite mezunu, %34,8’inin 3501-6000 TL arası gelire sahip olduğu, %35,2’sinin hemşire, %46,2’sinin 11 yıl ve üzerinde mesleki deneyimi olduğu bulunmuştur (Tablo 1). Ayrıca sağlık çalışanlarının %50,8’inin iş kazası geçirmediği, %39,0’unun 1-3 kez, %10,2’sinin 4 veya daha fazla iş kazası geçirdiği bulunmuştur (Tablo 2).

Çalışmamızda, kadercilik ölçeği güvenilirlik katsayı 0,83 olarak bulunmuş ve güvenilir olduğu değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarının, iş kazalarına yönelik kadercilik puan ortalaması (14,9±4,9), ölçek puan ortalamasının altında olduğundan kadercilik düzeyleri düşük bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri			
Sosyodemografik özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	266	53,2
	Erkek	234	46,8
Medeni durum	Evli	298	59,6
	Bekar	202	40,4
Yaş (yıl)	≤29	210	42,0
	30-41	164	32,8
	≥42	126	25,2
Eğitim durumu	İlköğretim	18	3,6
	Lise	28	5,6
	Üniversite	344	68,8
	Yüksek lisans	63	12,6
	Doktora/Tıpta Uzmanlık	47	9,4
Aylık hane geliri	0-3500 TL	155	31,0
	3501-6000 TL	174	34,8
	6001 TL ve üzeri	171	34,2
Meslek	Hekim	74	14,8
	Hemşire	176	35,2
	Sağlık teknisyeni/teknikeri	111	22,2
	Yardımcı personel	139	27,8
Meslekte çalışılan süre (yıl)	≤5	188	37,6
	6-10	81	16,2
	≥11	231	46,2
Toplam		500	100,0

Katılımcıların, en yüksek düzeyde olumlu yanıt verdikleri sorular incelendiğinde %30,6'sının (n = 153) "Kazalar aniden olur ve önlemek için yapabilecek çok az şey vardır" ifadesine tamamen katılıyorum ya da katılıyorum yanıtını verdiği bulunmuştur. En yüksek düzeyde olumsuz yanıt verdikleri sorular incelendiğinde ise %68'inin (n = 340) "Bir kazadan kaçınmanız imkânsızdır" ifadesine "tamamen katılmıyorum" ya da "katılmıyorum" yanıtını verdiği bulunmuştur (Tablo 4).

Katılımcıların, cinsiyetlerine göre kadercilik yaklaşımlarına bakıldığında, kadınların erkeklere göre puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur (p=0,005). Meslekleri açısından da gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuş olup (p=0,04), yardımcı personelin sağlık teknisyeni/teknikerlerine göre kadercilik puanları daha yüksektir (p=0,03). Ayrıca sağlık çalışanlarının medeni durumlarına, yaşlarına, eğitim seviyelerine, gelirlerine, çalışma sürelerine ve iş kazası geçirme sıklıklarına göre kadercilik yaklaşımlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 5).

TARTIŞMA

İş kazalarının, yıllar içerisindeki mortalite ve morbidite oranlarındaki artışın yanı sıra, kazanın hemen ardından ortaya çıkan hesaplanabilen ve sonraki zamanlarda ortaya çıkan hesaplanamayan mali kayıpları da düşünüldüğünde, iş kazaları ile

etkin mücadele edilmesi gerekmekte ve bunun için iş kazalarına sebebiyet verebilecek faktörlerin incelenmesinde fayda bulunmaktadır.¹⁸ Yapılan çalışmalarda, iş kazalarının büyük ölçüde personelin güvensiz davranışları sonucu olduğu sonucuna ulaşılmış ve bu kapsamda araştırmamızda, katılımcıların iş kazalarına yönelik kadercilik yaklaşımları ele alınmıştır.¹⁹⁻²¹

Çalışmamızda, sağlık personellerinin yarısının meslek hayatı süresince en az bir kez iş kazası geçirdiği bulunmuştur. Cebeci tarafından, sağlık çalışanları ile yürütülen çalışmada %89'unun en az bir kez iş kazası geçirdiği tespit edilmiştir. İş kazaları ayrıntılı incelendiğinde, %76,2'sinin mobbing, %68,3'ünün kesici-delici alet yaralanması, %40'ünün kaygan zeminde düşme ve %25'inin enfeksiyona maruz kaldıkları bulunmuştur. Şencan ve arkadaşlarının çalışmasında, hemşirelerin %57'sinin kesici-delici alet yaralanmasına maruz kaldığı ve kazaların daha çok ameliyathanede gerçekleştiği bulunmuştur. Azap ve arkadaşlarının çalışmasında ise, sağlık çalışanlarının %64'ünün kan ve vücut sıvılarına maruz kaldığı bulunmuştur. Pakowska ve arkadaşları tarafından, hastanede görevli paramediklerin 2005-2015 yılları arasındaki iş kazalarının incelendiği retrospektif çalışmada, 390 iş kazası yaşandığı ve bunun 265'inin kesici delici alet yaralanmasından kaynaklandığı bulunmuştur. Araştırmamızın sonuçları, diğer araştırmalarla benzerlik göstermekte ve sağlık sektöründe iş kazalarının sık yaşandığı verisini desteklemektedir.²²⁻²⁵

Meslek hayatı boyunca iş kazası geçirme sıklığı (kesici-delici alet yaralanması, şiddet, kan ve vücut sıvına maruziyet vs.)	n	(%)
Hayır	254	50,8
Evet, 1-3 kez	195	39,0
Evet, 4 veya daha fazla	51	10,2

Değişken	N	Madde sayısı	Ort.±Ss.	Minimum	Maksimum	Cronbach Alpha
Kadercilik	500	6	14,97±4,93	6	30	0,83

Tablo 4. Sağlık personelinin kadercilik ölçeğine verdiği yanıtların dağılımı											
S.N.	İfadeler	Tamamen katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Tamamen katılıyorum	
		n	%	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
1.	Kazalar aniden olur ve önlemek için yapabilecek çok az şey vardır.	70	14,0	205	41,0	72	14,4	98	19,6	55	11,0
2.	Çalışırken başınıza ne geleceği büyük ölçüde şans meselesidir.	93	18,6	220	44,0	86	17,2	77	15,4	24	4,8
3.	Kazalar kaçınılmazdır.	94	18,8	196	39,2	91	18,2	99	19,8	20	4,0
4.	Bir kazadan kaçınmanız imkânsızdır.	119	23,8	221	44,2	90	18,0	47	9,4	23	4,6
5.	Cihazların ve teknik ekipmanların kullanımı kazaları kaçınılmaz kılar.	74	14,8	212	42,4	95	19,0	106	21,2	13	2,6
6.	Kurumun çabalarına rağmen kazaların önlenmesi kaçınılmaz görünüyor.	93	18,6	201	40,2	94	18,8	94	18,8	18	3,6

Tablo 5. Katılımcıların iş kazası geçirme sıklığı ve diğer sosyodemografik özelliklerine göre kadercilik yaklaşımları

Özellikler	n	%	Kadercilik puanı	
			Ort±Ss.	p
Cinsiyet				
Kadın	266	53,2	15,55±4,54	0,005 t=2,842
Erkek	234	46,8	14,30±5,28	
Medeni durum				
Evli	298	59,6	14,91±5,15	0,75
Bekar	202	40,4	15,05±4,60	t=-0,307
Yaş(yıl)				
≤29	210	42,0	14,53±4,67	0,08
30-41	164	32,8	14,92±4,93	F=2,499
≥42	126	25,2	15,76±5,29	
Eğitim seviyesi				
İlköğretim ¹	18	3,6	17,55±6,08	0,16 F=1,621
Lise ²	28	5,6	15,50±5,26	
Üniversite ³	344	68,8	14,77±4,78	
Yüksek lisans ⁴	63	12,6	14,73±4,97	
Doktora/Tıpta Uzmanlık ⁵	47	9,4	15,46±5,17	
Aylık hane geliri				
0-3500 TL	155	31,0	15,17±4,70	0,32
3501-6000 TL	174	34,8	15,24±5,27	F=1,124
6001 TL ve üzeri	171	34,2	14,51±4,77	
Meslek				
Hekim ¹	74	14,8	14,79±4,91	0,04 F=2,759
Hemşire ²	176	35,2	15,22±4,79	
Sağlık teknisyeni/teknikeri ³	111	22,2	13,89±5,21	3-4=0,03
Yardımcı personel ⁴	139	27,8	15,61±4,81	
Meslekte çalışılan süre (yıl)				
≤5	188	37,6	14,59±4,75	0,33
6-10	81	16,2	14,90±4,01	F=1,104
≥11	231	46,2	15,30±5,35	
İş kazası geçirme sıklığı				
Hayır	254	50,8	14,98±5,11	0,30
Evet, 1-3 kez	195	39,0	14,70±4,71	F=1,225
Evet, 4 ve daha fazla	51	10,2	15,92±4,79	

Bağımsız t testi, ANOVA testi, Post Hoc Tukey testi

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının iş kazalarına yönelik kadercilik ölçeği puan ortalaması (14,9±4,9) bulunmuştur. Yavan tarafından madencilik sektöründe, Dursun tarafından imalat sektöründe, Havold ve Nessel tarafından denizcilik sektöründe, Yıldız ve Yılmaz tarafından inşaat sektöründe çalışanlarla gerçekleştirilen çalışmalarda ise orta/yüksek düzeyde bulunmuştur.^{12,16,17,26} Sağlık sektöründe kadercilik düzeyinin, diğer sektörlerde göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Sağlık sektörü, doğası gereği doğrudan insan hayatı üzerinde etkili olmaktadır. Böylece, güvenlik tedbirlerine ağırlık vermek yerine, kaderciler bir yaklaşım sergilenmesinin sağlık çalışanlarının ve hastaların ölümüne, sakat kalmasına veya zarar görmesine neden olmasının kadercilik düzeyinin düşük olmasına yol açtığı değerlendirilmektedir.

Araştırmamızda, kadınların erkeklere göre iş kazalarına daha kaderciler yaklaştıkları bulunmuştur. Bu bulgu, Dursun'un çalışması ile benzerlik taşımaktadır.¹⁶ Kadınların biyopsikososyal yapıları sonucu olaylara daha duygusal yaklaştıkları ve kazaların gerçekleşmesinde kaderin payını daha yüksek algıladıkları değerlendirilmektedir. Çalışmamızda, meslek grupları açısından incelendiğinde, yardımcı personellerin sağlık teknisyeni/teknikerlerine göre iş kazalarına daha kaderciler yaklaşım sergiledikleri bulunmuştur. Bu sonuç, Yıldız ve Yılmaz'ın çalışması ile benzerlik taşımakta ve teknik personelin diğer çalışanlara göre güvenlik kurallarına uyumunun daha yüksek olmasının kaderciler yaklaşımlarının düşük olmasında etkili olabileceği değerlendirilmektedir.²⁶

Araştırmamızda, katılımcıların iş kazası geçirme sıklıklarına göre kadercilik yaklaşımlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Dursun tarafından imalat sektöründe, Williamson ve arkadaşları tarafından Avustralya’da 7 farklı sektörde yapılan çalışmada, Yücebilgiç’in imalat sektörü çalışanlarıyla gerçekleştirdikleri çalışmalarda da iş kazası geçirme sıklığına göre, kadercilik yaklaşımlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Araştırmamız önceki çalışmalarla benzerlik taşımaktadır.^{16, 27,28.}

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın, sadece Ankara’daki bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan sağlık personeliyle gerçekleştirilmesi ve katılım oranının düşük olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. Bu nedenle çalışma sonuçları evrene genellenemez.

SONUÇ

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının iş kazalarına yönelik kadercilik yaklaşımlarının düşük olduğu ve yaklaşık yarısının iş kazası geçirdiği bulunmuştur. Kadınların erkeklere, yardımcı personelin sağlık teknisyeni/teknikerlerine göre daha kaderci yaklaşımları sonucuna ulaşmıştır. İş kazası geçirme sıklığı ve araştırmada ele alınan diğer sosyodemografik özelliklere göre ise kadercilik yaklaşımlarında anlamlı farklılık yoktur. Yardımcı personel başta olmak üzere, çalışanların kadercilik yaklaşımlarını daha da azaltarak, iş kazalarını önlemede güvenlik tedbirlerinin önemine yönelik farkındalıkları artırmak üzere eğitim ve organizasyonlar düzenlenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması veya anlaşmazlık bulunmamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Demirbilek T. İş Güvenliği Kültürü. İzmir: Dokuz Eylül Yayınları, 2005. p.10-30.
2. Akbulut T. İşçi Sağlığı Prensipleri ve Uygulamaları. İstanbul: Sistem Yayıncılık, 1996. p.18-25.
3. Morcalı MŞ. Stresin Sağlık Çalışmaları Güvenliğine Etkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2017. p.11-15.
4. Uzuntarla F. Sağlık Çalışanlarının İş Güvenliği Farkındalıkları ile Güvenli Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Çankaya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2018. p.8-25.
5. Aytaş YD, Sözbir N. Gemi İnşa Sanayinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği. Gemi ve Deniz Teknolojisi 2009;179: 27-32.
6. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). SGK İstatistik Yıllıkları 2016 [Online]. Erişim

adresi:

http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari. Erişim Tarihi: 10 Haziran, 2018.

7. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK). SGK İstatistik Yıllıkları 2017 [Online]. Erişim adresi: http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari. Erişim Tarihi: 30 Kasım, 2018.
8. Akkaya Ö. Hastane Personelinin Çalışan Güvenliğine Dair Algılarının İncelenmesi: Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2015. p.1-56.
9. İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği [Online]. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=9.5.16909&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch>, Erişim Tarihi: 02 Haziran, 2018.
10. Ezgin R. İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Kavramının İrdelenmesi ile Otomotiv Sanayinde İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Uygulamaları Üzerine Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1995. p.10-35.
11. Esparza OA. Factors Derived from Fatalism Scales and Their Relationship to Health-Related Variables, The University of Texas At Al Paso, Master Thesis, Texas, 2005. p.1-6.
12. Yavan Ö. Yeraltı madencilğinde risk ve kadercilik algılarının iş güvenliği algısı üzerindeki etkisi. Karaelmas İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi 2017;1(1):58-64.
13. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri 2016 Haber Bülteni. Ankara: Sağlık Bakanlığı Haber Bülteni No.5, 2016. p.1-7.
14. Solmaz M, Solmaz T. Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(3):147-156.
15. Rundmo T, Hale AR. Managers' Attitudes Towards Safety and Their Behavioural Intentions Related to Safety Promotion. Trondheim: Rotunde publikasjoner rapport no 28, 1999. p.3-11.
16. Dursun S. Güvenlik Kültürünün Güvenlik Performansı Üzerine Etkisine Yönelik Bir Uygulama. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Bursa, 2011. p.114-135.
17. Havold JI, Nasset E. From Safety culture to safety orientation: validation and simplification of a safety orientation scale using a sample of seafarers working for Norwegian ship owners. Safety Science 2009;49:305-326.
18. Balcı B, Taçkın E, Balcı EÖ, Yerden A. İş kazalarında mali kayıplar. İstanbul Journal of Social Sciences 2013;6:66-83.

19. Öztürk H, Babacan E, Özdaş Anahar E. Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(4):252-268.
20. İnci Eİ, Bilişli Y, Hizay D. İş kazalarına maruz kalan sağlık çalışanlarının bildirimlerinin değerlendirilmesi: üniversite hastanesi örneği. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2016;3(3):83-88.
21. Akgün S. Sağlık sektöründe iş kazaları. Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2015;2(2):67-75.
22. Cebeci H. Hastanelerde iş kazaları ve çalışan güvenliği: Karabük şehir merkezi örneği. Uluslararası İşletme ve Yönetim Dergisi 2013;1(1):62-82.
23. Sencan I, Şahin I, Yıldırım M, Yeşildal N. Unrecognized abrasions and occupational exposures to blood-borne pathogens among health care workers in Turkey. Occupational Medicine 2004;54:202-206.
24. Azap A, Ergönül Ö, Memikoğlu KO, Yeşilkaya A, Altunsoy A, Bozkurt GY ve ark. Occupational exposure to blood and body fluids among health care workers in Ankara, Turkey. Am J Infect Control 2005;33:48-52.
25. Pakowska AG, Szatko F, Ulrichs M. Work-Related accidents and sharp injuries in paramedics-illustrated with an example of a multi-specialist hospital, located in Central Poland. Int. J. Environ. Res. Public Health 2017; 14: 901.
26. Yıldız S, Yılmaz M. Türk inşaat sektöründe çalışanların güvenlik kültürü düzeyinin ve güvenlik performansı ile ilişkisinin incelenmesi. Politeknik Dergisi 2017;20(1): 137-149.
27. Williamson AM, Feyer AM, Cairns D, Biancotti D. The development of a measure of safety climate: the role of safety perceptions and attitudes. Safety Science 1997;25:15-27.
28. Yücebilgiç H. A Proposed Model Safety Climate: Contributing Factors and Consequences. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2007. p.50-88.



Malnutrition in Home Care Patients

Evde Bakım Hastalarında Malnütrisyon

Sabah Tüzün^{*1}, Nazlı Hacıağaoğlu², Mustafa Reşat Dabak³

ABSTRACT

Introduction: The studies on malnutrition are conducted in elderly with the prevalence ranging from 1% to 83%. The present study aimed to investigate the prevalence of malnutrition and the associated factors in the patients receiving homecare. **Method:** The participants followed at home-care unit between January 2015 and June 2015 were enrolled into the study. Socio-demographic characteristics, comorbid conditions, laboratory markers, and the scores of mini nutritional assessment short form (MNA-SF) and mini nutritional assessment (MNA) scales were retrospectively retrieved from the patient's files for all participants. MNA-SF is used as a screening test to assess the nutritional status, and the participants having a score of <12 are subjected to the complete MNA test. According to the MNA scores, the participants are classified as following: >23 normal nutritional status, 17-23 risk of malnutrition, and <17 malnutrition. **Results:** A total of 146 participants were enrolled. The MNA-SF score was <12 in 105 (71.9%) of the participants. Based on the MNA scores, normal nutrition was detected in 51 (34.9%), risk of malnutrition was detected in 53 (36.3%), and malnutrition was detected in 42 (28.8%) of the participants. Being completely bedridden, having decubitus ulcers, and using enteral nutrition support products were significantly higher in the participants with malnutrition (p<0.001, p<0.001 and p<0.001, respectively). Nevertheless, while 26 (61.9%) of malnutrition participants have been using enteral nutrition support product, only 3 (5.7%) of the participants with the risk of malnutrition have been using enteral nutrition support product. Moreover, albumin was significantly lower but creatinine was significantly higher in those with malnutrition (p=0.003 and p=0.001, respectively). **Conclusion:** Malnutrition is frequently seen in the individuals receiving homecare and it becomes an important health problem as it begins insidiously and treated not properly. Such participants need to be screened regularly for malnutrition and treated early as soon as the risk emerges.

Key words: Home care services, protein-energy malnutrition, nutrition status, enteral nutrition

ÖZET

Giriş: Malnütrisyon ile ilgili çalışmalar genellikle yaşlı bireylerde yapılmakta ve sıklığı %1'den %83'e kadar değişmektedir. Bu çalışmada evde sağlık hizmetlerine başvuran bireylerin malnütrisyon sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmaktadır. **Yöntem:** Bu çalışmaya Ocak 2015 ile Haziran 2015 tarihleri arasında evde sağlık biriminde takip edilen bireyler dahil edilmiştir. Tüm katılımcıların takip dosyalarından sosyodemografik özellikleri, eşlik eden hastalıkları, laboratuvar tetkikleri, mini beslenme değerlendirmesi kısa formu (MND-SF) ve mini beslenme değerlendirmesi (MND) testi puanları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. MND-SF beslenme durumunun değerlendirilmesinde tarama testi olarak kullanılmakta ve 12 puan altı bireylerde MND testinin tamamı uygulanmaktadır. MND puanına göre 23 üzeri normal nütrisyon, 17-23 arası malnütrisyon riski ve 17 altı malnütrisyon olarak sınıflandırılmaktadır. **Bulgular:** Toplam 146 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. MND-SF puanına göre katılımcıların 105 (%71,9)'i 12 puan altında bulunmuştur. Katılımcıların MND puanına göre 51 (%34,9)'inde normal nütrisyon, 53 (%36,3)'ünde malnütrisyon riski ve 42 (%28,8)'sinde malnütrisyon saptanmıştır. Malnütrisyon olanlarda yatağa tam bağımlılık, dekübit ülseri ve enteral beslenme destek ürünü kullanımı anlamlı yüksek gözlenmiştir (sırasıyla p<0.001, p<0.001 ve p<0.001). Bununla beraber, malnütrisyon olanların 26 (%61,9)'i enteral beslenme destek ürünü kullanırken, malnütrisyon riski olanların sadece 3 (%5,7)'ünün enteral beslenme destek ürünü kullandığı tespit edilmiştir. Ayrıca, malnütrisyon olanlarda albumin anlamlı düşük iken, kreatinin düzeyi anlamlı yüksek saptanmıştır (sırasıyla p=0.003 ve p=0.001). **Sonuç:** Malnütrisyon evde sağlık hizmeti alan bireylerde sık gözlenmekte ve sinsi başlaması, yeterli tedavi edilmemesi nedeniyle önemli bir sağlık sorunudur. Bu bireylerde malnütrisyon düzenli olarak taranmalı ve risk geliştiğinde erken tedavi edilmelidir.

Anahtar kelimeler: Evde bakım hizmetleri, protein-enerji malnütrisyonu, beslenme durumu, enteral beslenme

Received Date: 05.11.2018, **Accepted Date:** 31.01.2019

¹Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

³Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Sabah Tüzün, Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

E-mail: sabahtuzun@gmail.com

Tüzün S, Hacıağaoğlu N, Dabak MR. The Prevalence of Malnutrition and the Related Factors in Home Care Patients. TJFMPC, 2019; 13(2): 159-166. DOI: 10.21763/tjfm.569695

INTRODUCTION

Malnutrition is a state of nutritional lack or imbalance resulting in the progression of chronic conditions such as cardiovascular diseases, osteoporosis, dementia and mental disorders as well as the development of acute health problems such as infection and dehydration.¹⁻³ The prevalence of malnutrition is much higher in the homecare patients as compared to the normal population.^{4,5} The studies on malnutrition are mostly conducted in the elderly, and its prevalence varies.⁴⁻⁸ The prevalence of malnutrition in elderly changes between 2-32% for those living in the population and 1-18% for those staying at inpatient treatment facilities.⁵ A study in this age group reported the prevalence of 5.8% for those living in the population, 13.8% for those living in nursing homes, and 38.7% for those staying at the hospitals.⁴ Among the elderly people receiving ambulatory care, the prevalence of malnutrition changes between 2.1 and 13.0% and the risk of malnutrition is 14.3 and 31%.^{7,8} Studies carried out in people receiving homecare determined the prevalence for malnutrition risk as 38.2-39.3% and whereas the prevalence of malnutrition as 33.1 to 48.3%.^{9,10}

Nutritional status is assessed using body mass index (BMI), serum albumin level, nutrition assessment forms, and recordings of nutritional content.⁹ Guidelines for nutrition recommend the use of Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF) and Mini Nutritional Assessment (MNA) test for the screening of nutrition particularly in elderly.^{1,7,9}

Although individuals receiving homecare are under the serious risk of malnutrition, the prevalence of malnutrition varies widely depending on several factors.⁵⁻¹⁰ The present study aimed to determine the prevalence of malnutrition and the related factors in the patients utilizing homecare services.

METHOD

Study sample

The participants followed by the Unit of Home Healthcare Services between January and June 2015 were included in the study, and patient files were retrospectively evaluated in terms of age, gender and other socio-demographic characteristics as well as comorbid conditions, medications, scores of MNA-SF and MNA test and laboratory analyses. The study was approved by the XXXX Ethics

Committee (Approval No:89513307/1009/509, Decision no:90).

Study measurement tools

Nutritional status of all participants was screened by MNA-SF, consists of 6 questions, and MNA test was performed in those having a MNA-SF score of <12.¹ According to MNA test, which is valid and reliable for Turkish population, score of ≥ 23.5 is considered as normal nutritional status, 17 to 23 is considered as the risk of malnutrition, and <17 is considered as malnutrition.^{1,11}

Study exclusion criteria

Since there are measurement of four limbs in the MNA test, participants with an extremity amputated for any reason and the participants with documented muscular disorder were excluded.

Statistical analysis

Statistical analyses were done by using IBM SPSS 22.0 software. Descriptive data was presented in frequency, percentage, mean and standard deviation, median, minimum and maximum. In addition, the differences between groups was evaluated by One-way ANOVA test for the variables showing normal distribution and by Kruskal Wallis test and Mann Whitney U test for the variables not showing normal distribution. Categorical variables were analyzed using Pearson Chi-square test. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

RESULTS

A total of 146 participants receiving homecare were enrolled into the study. The socio-demographic characteristics of the participants according to the nutritional status are summarized in Table 1.

The MNA-SF score was <12 in 105 (71.9%) of the participants and the mean score was 8.79 ± 3.44 . In addition, the mean MNA score of the participants was 17.41 ± 5.21 ; according to the MNA score, 51 participants (34.9%) have normal nutritional status, 53 participants (36.3%) have the risk of malnutrition, and 42 participants (28.8%) have malnutrition. The mean age of the participants according to the nutritional status was as follows: 81.13 ± 13.10 years in those with normal nutrition, 81.20 ± 9.76 years in those with the risk of malnutrition, and 77.23 ± 15.10 years in those with malnutrition ($p = 0.239$). General health status of the participants according to the nutritional status are summarized in Table 2.

		Normal Nutrition (n=51)	Risk of Malnutrition (n=53)	Malnutrition (n=42)	p
Age, year	<65	4 (7.8)	4 (7.5)	6 (14.3)	0.472
	≥65	47 (92.2)	49 (92.5)	36 (85.7)	
Sex	Male	17 (33.3)	16 (30.2)	13 (30.9)	0.938
	Female	34 (66.7)	37 (69.8)	29 (69.1)	
Education	Illiterate	11 (21.6)	14 (26.4)	13 (30.9)	0.889
	Primary school	27 (52.9)	24 (45.3)	17 (40.5)	
	Middle school	4 (7.8)	6 (11.3)	2 (4.8)	
	High school	6 (11.8)	6 (11.3)	6 (14.3)	
	University	3 (5.9)	3 (5.7)	4 (9.5)	
Marital Status	Single/Widowed/Divorced	38 (74.5)	34 (64.2)	31 (73.8)	0.440
	Married	13 (25.5)	19 (35.8)	11 (26.2)	
Caregiver	Nurse	7 (13.7)	3 (5.6)	3 (7.1)	0.729
	Spouse	5 (9.8)	8 (15.1)	7 (16.7)	
	Children	34 (66.7)	37 (69.8)	30 (71.4)	
	Parents	2 (3.9)	1 (1.9)	2 (4.8)	
	Spouse and children	2 (3.9)	2 (3.8)	0 (0.00)	
	Sibling	1 (2.0)	2 (3.8)	0 (0.00)	
Assistant caregiver	No	38 (74.5)	42 (79.3)	32 (76.2)	0.846
	Yes	13 (25.5)	11 (20.7)	10 (23.8)	

*Data are presented as number (%).
Pearson Chi-square test.

		Normal Nutrition (n=51)	Risk of Malnutrition (n=53)	Malnutrition (n=42)	p
Degree of dependency	Independent	17 (33.3)	4 (7.6)	1 (2.4)	<0.001*
	Partially bedridden	31 (60.8)	31 (58.5)	14 (33.3)	
	Completely bedridden	3 (5.9)	18 (33.9)	27 (64.3)	
Orientation-cooperation	No	4 (7.8)	21 (39.6)	25 (59.5)	<0.001*
	Yes	47 (92.2)	32 (60.4)	17 (40.5)	
Enteral nutrition support product	No	51(100.0)	50 (94.3)	16 (38.1)	<0.001*
	Yes	0(0.0)	3 (5.7)	26 (61.9)	
Decubitus ulcer	No	49 (96.1)	46 (86.8)	28 (66.7)	<0.001*
	Yes	2 (3.9)	7 (13.2)	14 (33.3)	
Number of medications/day		(0.00-19.00) 1.00	(1.00-15.00) 1.00	(0.00-15.00) 1.00	0.118**
Duration of homecare, year		(0.00-3.00)	(0.00-2.00)	(0.00-5.00)	0.164**

Pearson Chi-square test, **Kruskal Wallis test

		Normal Nutrition (n=51)	Risk of Malnutrition (n=53)	Malnutrition (n=42)	p
Diabetes Mellitus	No	31 (60.8)	35 (66.0)	30 (71.4)	0.559
	Yes	20 (39.2)	18 (34.0)	12 (28.6)	
Hypertension	No	8 (15.7)	11 (20.8)	11 (26.2)	0.459
	Yes	43 (84.3)	42 (79.2)	31 (73.8)	
CKD	No	44 (86.3)	45 (84.9)	37 (88.1)	0.904
	Yes	7 (13.7)	8 (15.1)	5 (11.9)	
Neurological diseases	No	32 (62.8)	31 (58.5)	22 (52.4)	0.601
	Yes	19 (37.2)	22 (41.5)	20 (47.6)	
CAD	No	35 (68.6)	34 (64.2)	34 (80.9)	0.190
	Yes	16 (31.4)	19 (35.8)	8 (19.1)	
Dementia	No	36 (70.6)	21 (39.6)	19 (45.2)	0.004
	Yes	15 (29.4)	32 (60.4)	23 (54.8)	
Oncologic diseases	No	47 (92.2)	47 (88.7)	33 (78.6)	0.112

*Data are presented as number (%).

CAD; Coronary Artery Disease, CKD; Chronic Kidney Disease

Pearson chi-square test

	Normal Nutrition (n=51)	Risk of Malnutrition (n=53)	Malnutrition (n=42)	p
Albumin (g/dL)	3.82±0.38	3.66±0.44	3.50±0.49	0.003*
Hemoglobin (g/dL)	12.20±1.46	11.90±1.93	11.79±1.88	0.507*
Hematocrit (%)	37.61±4.35	36.72±5.79	36.33±5.91	0.502*
Creatinine (mg/dL)	0.86 (0.45-2.14)	0.78 (0.30-4.20)	0.66 (0.32-3.78)	0.001**
TSH (uIU/mL)	1.33 (0.18-4.88)	1.33(0.01-15.62)	1.48(0.04-17.97)	0.975**
Vitamin D (ng/mL)	18.85(3.00-63.45)	11.89(0.00-65.45)	22.47(3.13-70.00)	0.255**
Vitamin B12(pg/mL)	315.00 (120.00-1078.00)	312.00(119.00-1500.00)	399.50 (143.00-1500.00)	0.071**

Data are presented as mean±standard deviation and median (minimum-maximum), where appropriate.

TSH, Thyroid Stimulating Hormone

*One-way ANOVA test, **Kruskal Wallis test

Daily amount of enteral nutritional support product used by the participants according to the nutritional status was 4.00 (2.00-5.00) items/day in those with the risk of malnutrition and 2.00 (1.00-8.00) items/day in those with malnutrition ($p=0.483$).

With regard to the presence of the chronic diseases, at least one chronic disease was present in 49 (96.1%) of the participants with normal nutrition, in 50 (94.3%) of the participants with the risk of malnutrition, and in 39 (92.9%) of the participants with malnutrition ($p=0.792$). Chronic disease status of the participants according to the nutritional status is summarized in Table 3.

When anthropometric measurements of the participants are evaluated, mean value of the arm circumference was 30.19 ± 4.88 cm in those with normal nutrition, 27.19 ± 3.96 cm in those with the risk of malnutrition, and 23.69 ± 4.70 cm in those with malnutrition ($p<0.001$). Mean value of the calf circumference was 49.55 ± 8.55 cm in those with normal nutrition, 44.83 ± 6.42 cm in those with the risk of malnutrition, and 37.59 ± 7.73 cm in those with malnutrition ($p<0.001$). Some biochemical markers of the participants according to the nutritional status are summarized in Table 4.

In terms of serum albumin levels, there was no significant difference between the participants with normal nutritional status and those under the risk of malnutrition, whereas the difference was significant between those with normal nutritional status and in malnutrition ($p=0.053$, $p=0.104$ and $p=0.001$, respectively). While there was no significant difference between the participants with normal nutritional status and under the risk of malnutrition in terms of serum creatinine level, significant difference was determined between those under the risk of malnutrition and in malnutrition ($p=0.408$ and $p=0.008$, respectively).

DISCUSSION

Malnutrition, which is common in the people utilizing homecare service, is an important risk factor for morbidity and mortality.^{1,9,10} The present study evaluated the malnutrition prevalence and the associated factors in the home healthcare service.

The prevalence of malnutrition shows quite variation between the studies, however, these studies have been usually carried out in elderly.^{6,12,13} In the earlier studies, the prevalence of malnutrition in elderly ranges from 2-to-22.8%,

and the risk of malnutrition ranges from 24-to-47.3%.^{4,6,12,13} A study conducted in primary healthcare unit determined malnutrition in 11% and the risk of malnutrition in 25% of elderly individuals.¹⁴ In Turkey, the prevalence of malnutrition and the risk of malnutrition among old outpatients is found to be 2.1-13% and 14.3-31% respectively.^{7,8,15} The reason of high prevalence of malnutrition in the present study may be the inclusion of participants receiving home healthcare services. The prevalence of malnutrition was 5.8% in elderly living in the population, 13.8% in those living in nursing homes, 38.7% in those staying at hospitals, and 50.5% in those staying at rehabilitation centers.⁴ On the other hand, according to the European Seneca study, which was a multinational study, the prevalence of severe protein-energy malnutrition was reported 10-38% in healthy old people, 5-12% in old people receiving homecare, 26-65% in old people staying in a hospital, and 5-85% in old people staying in nursing homes.¹⁶ In another study, the risk of malnutrition and the prevalence of malnutrition among the participants staying in nursing homes were found to be 68.8% and 10.3%, respectively.³ In Turkey, the studies carried out with the patients receiving homecare reported the prevalence of malnutrition of 33.1-48.3% and the risk of malnutrition of 38.2-39.3%.^{9,10} Another study determined malnutrition in 3% and risk of malnutrition in 48% of the individuals receiving homecare.¹⁷ In the present study, malnutrition was present in 53 (36.30%) and the risk of malnutrition was present in 42 (28.8%) of the participants. The prevalence of malnutrition and malnutrition risk of individuals receiving homecare was high consistent with the previous studies. Therefore, early determination and treatment of individuals under the risk of malnutrition may play an important role in the prevention of malnutrition.

Enteral nutrition support products are among the options preferred for the treatment of malnutrition.¹ In a study conducted with the individuals receiving homecare, increase in weight and BMI was determined in the 3rd and 6th months in the group receiving oral nutrition support product as compared to the standard care group.¹⁸ In the present study, the rate of using enteral nutrition support products was significantly high in the participants having malnutrition. Nevertheless, while 61.9% of the participants with malnutrition have been using enteral nutrition support product, only 5.7% of the participants under the risk of malnutrition have been using enteral nutrition support product. One of the most common

problems associated with malnutrition is its insidious onset and accordingly, the probability of being overlooked.⁹ Inadequate treatment is the other critical problem.⁹ For these reasons, people utilizing homecare services need to be regularly screened and followed for malnutrition and treated early as soon as the risk of malnutrition appeared.^{9,17}

While some of the studies conducted in elderly observed that the risk and prevalence of malnutrition are increased with age, some studies failed to determine this relationship.^{3,6,10,12,14,15} In addition, earlier studies showed no relationship between nutritional status and gender, but a study found that the risk of malnutrition is higher in females.^{6,9,10,12,14,15} With regard to the relation of nutritional status with education and marital status, one of the studies determined no relationship, whereas another study found that the risk and prevalence of malnutrition increase with decreasing education level.^{3,12} In the present study, no significant difference was determined between the nutritional states in terms of age, gender, education level and marital status.

Earlier studies determined high prevalence and risk of malnutrition among bedridden participants.^{10,14} In the present study as well, the prevalence of malnutrition was high in completely bedridden participants, whereas the risk of malnutrition was higher in the partially bedridden participants. Malnutrition is one of the most important risk factors playing a role in both the development and healing of decubitus ulcers.¹⁹ Studies from Turkey determined the risk of malnutrition to be high in old participants with decubitus ulcers.^{10,15} Likewise, in the present study, decubitus ulcers were significantly more common in the malnutrition participants.

The earlier studies revealed controversial outcomes regarding the relationship between nutritional status and presence of chronic diseases.^{7,8,15} While some studies determined no relationship between nutritional status and the presence of chronic disease, one study demonstrated a relationship.^{3,6-8,10,15} Nevertheless, some earlier studies found a relationship between malnutrition, the risk of malnutrition and hypertension, coronary artery disease, type-2 diabetes mellitus, dementia, depression and congestive heart failure, whereas some studies failed to demonstrate such relationship.^{3,8,10,15} In the present study, no significant relationship was determined between the

nutritional status and presence of chronic disease, however, the risk of malnutrition was high in the participants with dementia. Earlier studies shown that dementia and depression are risk factors for malnutrition.^{8,15} Besides, similar to the present study, some studies have found no relationship between malnutrition and all chronic diseases.⁶⁻⁸

Measurement of serum albumin level is one of the methods used for the assessment of malnutrition.⁹ In some studies conducted with old people, albumin level was found to be low in those with malnutrition, whereas some studies failed to determine significant difference in albumin levels between the nutritional states.^{7,8,10,15} In the present study, albumin level was found low in malnourished participants as compared to the participants without malnutrition. Earlier studies determined no relationship between creatinine level and nutritional status, whereas the present study found significantly lower creatinine level in participants with malnutrition.^{9,10,15} This difference might have arisen from the fact that, daily fluid requirement is calculated and replaced when malnutrition is developed in the participants followed by our homecare unit. There is no documented relationship between nutritional status and hemoglobin or hematocrit concentration. In some earlier studies, hemoglobin and hematocrit concentrations were low in malnourished individuals, whereas some studies failed to demonstrate such relationship.^{7-10,15} In the present study, no relationship was determined between nutritional status and hemoglobin or hematocrit concentration, which might have resulted from necessary supportive treatment provided in those with low hemoglobin and hematocrit concentration. Similar to the present study, another study determined no relationship between nutritional status and TSH level.⁹ In addition, in one of the studies evaluating the relationship between nutritional status and Vitamin B12 concentration, Vitamin B12 was found to be low in participants with malnutrition, whereas the other studies determined no difference.^{7-9,15} In the present study, although Vitamin B12 was high in malnourished participants, the difference was not statistically significant. High B12 level in the present study may be resulted from necessary supportive treatment provided in the participants developing malnutrition.

One of the limitations of the present study is using the MNA test to assess the nutritional status also in the participants under 65 years of age. However, MNA is a more appropriate test for the

assessment of nutritional status in geriatric participants.⁴ Another limitation is the evaluation of the relationship between laboratory parameters and nutritional status while the supportive treatment was going on. The other limitation is not to evaluate participants in terms of depression, which is one of the risk factors for malnutrition, because the participants with normal orientation and cooperation, who are diagnosed with depression during earlier follow-up have been receiving antidepressant therapy.

In conclusion, the risk of malnutrition was detected in 53 (36.3%) and malnutrition was detected in 42 (28.8%) of the participants. While the prevalence of using enteral nutrition support product was high in malnutrition participants, it was only 5.7% in the participants with the risk of malnutrition. In addition, the prevalence of malnutrition was high in the participants who are completely bedridden and having decubitus ulcers. Regular screening and follow-up and early treatment as soon as malnutrition is developed are of critical importance in the participants receiving homecare, which are at greater risk of malnutrition.

Conflict interest: None.

Funding source: None.

REFERENCES

1. Arıoğul S. Evde Bakımda Malnütrisyön. Yaşlılarda Malnütrisyön Kılavuzu. Ankara: Akademik Geriatri Derneği, 2013. p.72-76
2. Volkert D, Kreuel K, Heseker H, Stehle P. Energy and nutrient intake of young-old, old-old and very-old elderly in Germany. Eur J Clin Nutr 2004;58:1190-200.
3. Nazemi L, Skoog I, Karlsson I, Hosseini S, Mohammadi MR, Hosseini M, et al. Malnutrition, Prevalence and Relation to Some Risk Factors among Elderly Residents of Nursing Homes in Tehran, Iran. Iran J Public Health 2015;44(2):218-27.
4. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Frequency of malnutrition in older adults: a multinational perspective using the mini nutritional assessment. J Am Geriatr Soc 2010;58(9):1734-8.
5. Aslan D, Şengelen M, Bilir N. Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ve Yaklaşımlar. Ankara: Geriatri Derneği Eğitim Serisi No 1;2008:7-14.
6. Lisboa da Silva D, Alves Santos P, Coelho Cabral P, Pessoa de Araujo Burgos MG. Nutritional screening in clinical patients at a University Hospital in Northeastern Brazil. Nutr Hosp 2012;27(6):2015-9.
7. Saka B, Özkuluk H. İç hastalıkları polikliniğine başvuran yaşlı hastalarda nütrisyönel durumun değerlendirilmesi ve malnütrisyönün diğer geriatric sendromlarla ilişkisi. Gülhane Tıp Dergisi 2008;50(3):151-7.
8. Saka B, Kaya O, Oztürk GB, Erten N, Karan MA. Malnutrition in the elderly and its relationship with other geriatric syndromes. Clin Nutr 2010;29(6):745-8.
9. Çevik A, Basat O, Ucak S. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastalarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi ve Beslenme Durumunun Laboratuvar Parametreleri Üzerine Olan Etkisinin İrdelenmesi. Konuralp Tıp Dergisi 2014;6(3):31-37.
10. H. Akan, A. Ayraller, O. Hayran. Evde sağlık birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumları. Türk Aile Hek Derg 2013;17(3):106-112.
11. Sarıkaya, D. Geriatrik hastalarda Mini Nütrisyönel Değerlendirme (MNA) testinin uzun ve kısa (MNA-SF) formunun geçerlilik çalışması. Uzmanlık tezi. Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, 2013.
12. Ramya MS, Ranganath TS, Jyothi J, Swetha NB. To assess the nutritional status among elderly and factors influencing it, in an urban area, Bengaluru- a cross sectional study. Int J Community Med Public Health 2017;4(5):1727-32.
13. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature-what does it tell us? J Nutr Health Aging 2006;10(6):466-85.
14. Mastronuzzi T, Paci C, Portincasa P, Montanaro N, Grattagliano I. Assessing the Nutritional Status of Older Individuals in Family Practice: Evaluation and Implications for Management. Clinical Nutrition 2015;34(6):1184-88.
15. Ülger Z, Halil M, Kalan I, Yavuz BB, Cankurtaran M, Güngör E et al. Comprehensive assesment of malnutririön risk and related factors in a large group of community- dwelling older adults. Clinical Nutrition 2010;29(4):507-11.
16. De Groot CP, van Staveren WA, Dirren H, Hautvast JG. Summary and conclusions of the report on the second data collection period and longitudinal analyses of the SENECA Study. Eur J Clin Nutr 1996;50(Suppl 2):S123-4.

17. Soini H, Routasalo P, Lagström H. Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. *Eur J Clin Nutr* 2004;58(1):64-70.
18. Stow R, Ives N, Smith C, Rick C, Rushton A. A cluster randomised feasibility trial evaluating nutritional interventions in the treatment of malnutrition in care home adult residents. *Trials* 2015;16:433.
19. Primiano M, Friend M, McClure C, Nardi S, Fix L, Schafer M, et al. Pressure ulcer prevalence and risk factors during prolonged surgical procedures. *AORN J* 2011;94(6):555-66.



What Do the Adults Know About the Cancer Screening Programs?

Yetişkinler Kanser Tarama Programları Hakkında Ne Biliyor?

İlknur Göl^{*1}, Özüm Erkin²

ABSTRACT

Aim/background: Cancer is a disease group that is preventable and treatable with early diagnosis. In this study, it was aimed to determine the knowledge and practices of adults who applied to family health centers concerning cancer screening programs conducted in Turkey. **Methods:** Sample of this descriptive study consisted of 153 adults older than 18 years, who were not diagnosed with cancer, who applied to two family health centers in a city center in the Central Anatolia Region of Turkey between April-June 2017 and. The data were collected using a questionnaire form composed of with 27 questions. Individuals' Socio-demographic characteristics (10 questions), knowledge level about cancer screening programs (11 questions) and practices concerning cancer screening programs (6 questions) were questioned. The data were evaluated using percentage distribution and chi-square test. **Results:** Of the participants, 42.5% of the adults who participated in the study were in the age range of 40-49 years. It was determined that 59.5% of female participants had no knowledge about the frequency of breast cancer screenings had to be performed, 89.3% about cervical cancer screenings and 84.3% of all participants were detected not to know about colon cancer screenings. It was determined that 65.5% of the females were familiar with self-examination of the breast, 14.5% did it regularly, 60% were aware of breast cancer screening, 50.6% had it regularly, 62.3% were aware of cervical cancer screening and 15.3% had it regularly. Among all adults, 25.5% were aware of colorectal cancer screening and 15% had it. **Conclusion:** It was determined that half of female participants had knowledge about breast cancer screening, less than half of them about cervical cancer screenings, and one fourth of all participants about colon cancer screenings; however, the rate of participating in these screenings was lower. It can be recommended to arrange programs to increase the knowledge of adults concerning cancer screening programs and also raise their awareness.

Key words: Cancer, cancer screening tests, screening programs, adult

ÖZET

Amaç/giriş: Kanser, önlenebilir ve erken tanı ile tedavi edilebilir bir hastalık grubudur. Bu çalışmada, aile sağlığı merkezlerine başvuran yetişkinlerin Türkiye'de yürütülen kanser tarama programları konusundaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki çalışmanın örneklemini; İç Anadolu'da bir il merkezindeki iki aile sağlığı merkezine Nisan-Haziran 2017 tarihleri arasında başvuran kanser tanısı almamış 18 yaş üzeri 153 yetişkin oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında, 27 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. Bireylerin sosyo-demografik özellikleri (10 soru), kanser tarama programları hakkındaki bilgileri (11 soru) ve kanser tarama programlarına ilişkin uygulamaları (6 soru) sorgulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik dağılım ve ki-kare testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan yetişkinlerin %42,5'i 40-49 yaş aralığındadır. Kadın katılımcıların %59,5'inin meme, %89,3'ünün servikal ve tüm katılımcıların %84,3'ünün de kolon kanseri taramalarının ne sıklıkla yapılması gerektiğini bilmedikleri belirlenmiştir. Kadınların %65,5'inin kendi kendine meme muayenesini bildiği, %14,5'inin düzenli olarak yaptığı, %60'nın meme kanseri taramasını bildiği, %50,6'sının yaptırdığı, %62,3'ünün servikal kanser taramasını bildiği ve %15,3'ünün yaptırdığı belirlenmiştir. Tüm yetişkinler arasında kolorektal kanser taramasını bilenlerin oranı %25,5 iken, tarama yaptıranların oranı %15'dir. **Sonuç:** Kadın katılımcıların yarısının meme, yarısından azının serviks ve tüm katılımcıların da dörtte birinin kolon kanseri taramasını bildiği, ancak bu taramalara katılma oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Yetişkinlerin kanser tarama programları konusundaki bilgilerinin artırılması ve farkındalıklarının geliştirilmesine yönelik programların düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Kanser, kanser tarama testleri, tarama programları, yetişkin

Received Date:- 21.11.2018, **Accepted Date:** 04.02.2019

¹Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çankırı Merkez

² İzmir Demokrasi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İzmir

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** İlknur Göl, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü Çankırı Merkez

E-mail: ilknurnayirgol@gmail.com

Göl İ, Erkin Ö. Yetişkinler Kanser Tarama Programları Hakkında Ne Biliyor? TJFMPC, 2019; 13(2): 167-176.

DOI: 10.21763/tjfm.569706

GİRİŞ

Kanser, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre hücrelerin genetik değişimlerinin sonucunda ortaya çıkan, kontrolsüz hücre çoğalmasıyla karakterize bir hastalık grubudur.¹ Hastalık yükü açısından önemli bir sağlık sorunu olan kanser, dünya çapında önde gelen ikinci ölüm sebebidir.² Dünya Sağlık Örgütü (2018) verilerine göre %30-50'si önlenebilir olan kanser tahmini 9.6 milyon insanın ölümüne yol açmıştır.^{1,2} Kansere bağlı ölümlerin yaklaşık olarak %70'i ülkemizin de içinde bulunduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir.² Türkiye İstatistik Kurumu (2017) verilerine göre, Türkiye'de her beş ölümden birinin sebebi kanserdir.³ Amerikan Kanser Derneği'nin yayınladığı (2015) "Kanser Atlası"na göre Türkiye'de her yıl ortaya çıkan 148 bin civarındaki yeni vaka düşünüldüğünde, kanserin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu görülmektedir.⁴ Literatürde kanser insidansının önümüzdeki yıllarda daha da artış göstereceği, 2030 yılında 24 milyon insanın kansere yakalanacağı, her yıl 17 milyon insanın yaşamını kanser nedeniyle yitireceği ve 75 milyon kişinin ise kanserle yaşayacağı öngörülmektedir.^{5,6}

Bu artış nüfusun yaşlanması, ortalama yaşam ömrünün uzaması, değiştirilebilir risk faktörlerinin (ör. tütün kullanımı) yaygınlığı, birincil ve ikincil koruma programlarının istenen düzeyde olmaması ve yetersiz ya da erişilemeyen tedavi uygulama sistemlerini içeren çok sayıda faktöre atfedilmektedir.^{4,7} Kanser, önlenebilir ve erken tanı ile tedavi edilebilir bir hastalık grubudur. Kanserle mücadelenin ilk ve en önemli adımı hastalığın önlenmesidir. Bu amaçla, sigara bıraktırma gibi sağlığı geliştirme, HPV aşısı gibi birincil koruma girişimleri yapılmaktadır. İkincil koruma kapsamında yer alan erken tanı ve taramada ise temel amaç hastalığın belirti ya da bulgu vermeden saptanmasıdır.⁸⁻¹⁰ Dünyada kanserin yüksek morbidite ve mortalitesi göz önüne alındığında birincil ve ikincil korunmanın öneminin boyutu daha net anlaşılmaktadır.¹⁰

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); erken tanıma imkanı olan meme, serviks kanseri ve kolorektal kanserlere yönelik toplum tabanlı taramaları önermektedir.^{11,12} Ülkemizde de "Ulusal Kanser Tarama Standartları Programı" içerisinde "meme kanseri, servikal kanser ve kolorektal kanser", için tarama standartları bulunmaktadır. Bu taramaların toplumsal tabanlı olabilmesinde hedef

nüfusun %70'ine ulaşılması amaçlanmaktadır. Toplum tabanlı taramalar, tüm birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında yürütülmektedir.^{13,14}

Önemli bir halk sağlığı sorunu olan kanserlerin önlenmesinde, toplumun kanser tarama programları konusunda bilgilendirilmesi önemlidir. Toplumun doğru bilgilendirilmesinde de sağlık çalışanlarının önemli rolü göz önüne alındığında sağlık çalışanlarının da konuya yönelik bilgilerinin geliştirilmesi gerekmektedir.¹⁵ Ancak, insidansı giderek artan ve sonuçları tüm toplumu etkileyen kanser konusunda, Türkiye genelindeki bilgi düzeyini, duyarlılık ve farkındalığı belirlemeye yönelik yapılmış araştırmalar oldukça sınırlıdır.¹⁶ Dünyada, özellikle gelişmekte olan ülkelerde meme, serviks ve kolon kanseri erken tanı davranışlarına yönelik yapılan çalışmalarda kanser tarama programlarına katılımın yeterli olmadığı gösterilmiştir.¹⁷⁻¹⁹ Bu çalışmada, İç Anadolu Bölgesi'nde bir il merkezinde aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvuran ve kanser tanısı almayan yetişkinlerin ülkemizde uygulanan kanser tarama testleri hakkındaki bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın yapıldığı yer

Araştırma, İç Anadolu Bölgesi'nde bir il merkezindeki iki aile sağlığı merkezinde yürütülmüştür. Araştırmanın yürütüldüğü İl Merkezinde yedi adet ASM bulunmakta olup çalışma nüfus yoğunluğu en fazla olan iki ASM'de yürütülmüştür.

Araştırmanın evreni

Araştırmanın evrenini; iki ASM'ye Nisan-Haziran 2017 tarihleri arasında başvuran, kanser tanısı almamış 18 yaş üzeri, 153 gönüllü birey oluşturmuştur. Çalışma, araştırmaya katılmayı kabul eden ile yürütülmüştür.

Veri toplama araçları

Verilerin toplanmasında; araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan toplam 27 soru içeren bir anket formu kullanılmıştır.^{8,9,12,15,16} Oluşturulan form içerik geçerliliği için halk sağlığı hemşireliği alanında uzman iki öğretim üyesi

tarafından değerlendirilmiş ve önerileri doğrultusunda forma son hali verilmiştir. Anket formu ile; bireylerin sosyo-demografik özellikleri (10 soru), kanser tarama programları hakkındaki bilgileri (11 soru) ve kanser tarama programlarına ilişkin uygulamaları (6 soru) sorgulanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından aile sağlığı merkezlerinde anket tekniği ile toplanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistikler ve bağımlı/bağımsız değişkenlerin arasındaki ilişkiyi belirleyebilmek için ki kare analizi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde belirlenen anlamlılık düzeyi $p \leq 0.05$ dir.

Araştırmada etik boyut

Araştırmanın yapılabilmesi için, İç Anadolu'daki bir üniversitenin etik kurulundan ve araştırmanın yürütüldüğü İl Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır. Katılımcılar araştırma hakkında bilgilendirilmiş, istekli ve araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin sözel onamları alınarak araştırmaya gönüllü katılımları sağlanmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Araştırma yalnızca Türkiye'de Orta Anadolu'da bir il merkezinde bulunan iki ASM'de yapıldığından sonuçları tüm evrene genellenemez. Araştırmanın bulguları, veri toplama formundaki sorular ile sınırlıdır.

BULGULAR

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Tarama testlerini bildiğini ifade eden yetişkinlerin oranı %54'tür. Tarama testlerinin bildiğini ifade edenlerin belirttiği ilk üç bilgi kaynağı sırasıyla; medya (%30), hemşire (%18,3) ve arkadaşlardır (%4,6)'tır. Katılımcıların Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) hakkındaki bilgileri incelendiğinde; katılımcıların %53'ü KETEM hakkında bilgisi olduğunu belirtirken %18,3'ü bu bilgiyi hemşireden ve/veya arkadaşlarından edindiğini ifade etmiştir. "KETEM'de hangi taramalar yapılıyor?" diye sorgulandığında; yetişkinlerin %55,6'sı meme kanseri, %40'ı servikal kanser ve %25,5'i kolon

kanseri cevabını vermiştir. Taramaların ne sıklıkla yapılması gerektiğine yönelik bilgileri incelendiğinde ise; kadınların %59,5'inin meme, %89,3'ünün servikal ve tüm yetişkinlerin %84,3'ünün kolon kanseri taramalarının ne sıklıkla yapılması gerektiğini bilmedikleri saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı		
Sosyodemografik özellikleri	Sayı	%
Yaş (yıl)		
18-29 yaş	14	9.2
30-39	60	39.3
40-49	65	42.5
50 ve üzeri	14	9.2
Cinsiyet		
Kadın	85	55.6
Erkek	68	44.4
Medeni durum		
Evli	135	88.2
Bekar	18	11.8
Eğitim durumu		
Okur yazar	2	1.3
İlköğretim	91	59.5
Lise	35	22.9
Üniversite	25	16.3
Birinci derece akrabada kanser öyküsü		
Var	60	39.2
Yok	93	60.8
Kendini riskli bulma durumu		
Riske sahip olduğunu düşünen	106	69.3
Riske sahip olduğunu düşünmeyen	47	30.7
Toplam	153	100

Tablo 2. Katılımcıların kanser tarama testleri hakkındaki bilgileri			
Bilgi		Sayı	%
Tarama testlerini bilme	Evet	83	54.2
	Hayır	70	45.8
KETEM hakkında bilgi	Evet	81	52.9
	Hayır	72	47.1
KETEM’de yapılan tarama testleri hakkında bilgi	Akciğer kanseri	26	17.0
	Meme	85	55.6
	Servikal	61	39.9
	Prostat	8	5.2
	Deri	12	7.8
	Kolorektal Kanser	39	25.5
KKMM*	Bilen	55	65.5
	Bilmeyen	30	35.7
Meme kanseri için tarama sıklığı*	Bilmiyorum	119	59.5
	6 ayda bir kez	32	38.1
	Doktor önerdiği zaman	3	3.6
Servikal kanser için tarama sıklığı*	Bilmiyorum	70	89.3
	6 ayda bir kez	8	9.5
	3-5 yılda bir kez	3	3.6
	Şikayetim olduğunda	4	4.8
Kolorektal kanser için tarama sıklığı	Bilmiyorum	129	84.3
	6 ayda bir kez	1	0.7
	Yılda bir kez	15	9.8
	5 yılda bir kez	8	5.2

*Kadın katılımcılar üzerinden hesaplanmıştır.

Katılımcıların herhangi bir kanser tarama programına katılımları sorgulandığında; %54.2’si kanser tarama programlarına katıldıklarını belirtmişlerdir. Herhangi bir kanser taraması yaptırmayan bireylerin bilmemeleri (%45.7), gerek duymamaları(%37.1) ve korkmaları (%17.1) nedenleriyle tarama yaptırmadıkları belirlenmiştir. Kadın katılımcıların %65.5’i kendi kendine meme muayenesini (KKMM) bildiklerini belirtmişlerdir. KKMM’ni bilenlerin içinde her ay düzenli olarak KKMM yaptığını bildirenlerin oranı %14.5 iken, %49.1’i yılda bir kez KKMM’si yaptığını ifade etmiştir. Kadın katılımcılar arasında meme kanseri için tarama yaptırmama oranı %50.6, servikal kanser için tarama yaptırmama oranı ise %15.3’tür. Bu çalışmada, meme kanseri taraması yaptıranların %74.4’ünün, servikal kanser taraması yaptıranların da tamamının son 5 yıl içinde 1 kez tarama yaptırdığı saptanmıştır. Araştırma grubunun %15’i

kolon kanseri taraması yaptırmış olup, tarama yaptıranların %87’si erkek ve %13 kadındır (Tablo 3).

Tablo 4’de katılımcıların tarama yaptırmama durumlarını etkileyebileceği düşünülen bağımsız değişkenlere ilişkin veriler sunulmuştur. Medeni durumun bireylerin kanser taraması yaptırmama durumları üzerinde herhangi bir etkisinin olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). İlköğretim mezunu katılımcıların kanser taraması yaptırmama durumlarının lise ve üniversite mezunlarına göre, birinci derece yakınlarında kanser hastalığı olduğunu belirtenlerin belirtmeyenlere göre ve kanser açısından kendisini riskli görenlerin görmeyenlere göre daha fazla taramalara

Tablo 3. Katılımcıların kanser taramalarına yönelik uygulamaları			
Uygulamalar		Sayı	%
Herhangi bir kanser taraması yaptırmama	Yaptıran	83	54.2
	Yaptırmayan	70	45.8
Yaptırmama nedeni	Bilmemek	32	45.7
	Gerek duymamak	26	37.1
	Korkmak	12	17.1
KKMM bilgi durumu*	Bilen	55	65.5
	Bilmeyen	30	25.6
KKMM yapma durumu/sıklık*	Yapmayan	2	3.6
	Her ay	8	14.5
	Yılda bir	27	49.1
	Aklına geldikçe	18	32.7
Meme kanseri taraması yaptırmama*	Yaptıran	43	50.6
	Yaptırmayan	42	49.4
Son 5 yılda yaptırmama sıklığı	Bir kez	32	74.4
	Üç kez	3	7.0
	Dört kez	8	18.6
Servikal kanser taraması yaptırmama*	Yaptıran	13	15.3
	Yaptırmayan	72	84.7
Son 5 Yılda yaptırmama sıklığı	Bir kez	13	100
Kolorektal kanser taraması	Yaptıran	23	15.0
	Yaptırmayan	130	85.0

*Kadın katılımcılar üzerinden hesaplanmıştır.

katıldıkları belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4). Ayrıca, kanser tarama programları hakkında bilgisi olduğunu belirtenlerin servikal kanser ve kolorektal kanser taraması yaptırmama durumlarının bilgisi olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

TARTIŞMA

Kanser, hastalık yükü, mortalite, morbidite oranları ve insidansı ile dünyada ve ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Mortalite oranlarının yüksek olmasıyla birlikte alınacak tedbirlerle önenebilir

olan kanser erken tanı ile tedavi edilebilir bir hastalıktır. Bu nedenle, kanserlerin önlenmesinde, toplumun kanser tarama programlarını bilmesi ve taramalara katılması önemlidir. Bu çalışmada, İç Anadolu Bölgesi'nin bir il merkezindeki aile sağlığı merkezlerine (ASM) başvuran ve kanser tanısı almamış yetişkinlerin, ülkemizde kanserde erken tanı amaçlı uygulanan tarama programları hakkındaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amaçlanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların bazı özelliklerine göre tarama yaptırma durumları

Özellikler	Meme Kanseri Taraması		Servikal Kanser Taraması		Kolorektal Kanser Taraması							
	Yaptıran	Yaptırmayan	Yaptıran	Yaptırmayan	Yaptıran	Yaptırmayan						
	n	%	n	%	n	%	n	%				
Medeni durum												
Evli	35	47.9	38	52.1	12	16.7	60	83.3	20	15.0	113	85.0
Bekar	8	66.7	4	33.3	1	7.7	12	92.3	3	15.8	16	84.2
Test Değeri	$\chi^2=1.445$ p=0.351		$\chi^2=0.685$ p=0.681		$\chi^2=0.007$ p=1.000							
Eğitim												
Okur yazar	-	-	2	100	-	-	2	100	-	-	2	100
İlköğretim	26	52.0	24	48.0	9	18.0	41	82.0	20	22.0	71	78.0
Lise	6	46.2	7	53.8	4	30.8	9	69.2	-	-	34	100
Üniversite	11	55	9	45.0	-	-	20	100	3	12.0	22	88.0
Test Değeri	$\chi^2=2.345$ p=0.504		$\chi^2=6.658$ p=0.023		$\chi^2=9.931$ p=0.002							
Ailede kanser varlığı												
Var	11	37.9	18	62.1	8	27.6	21	72.4	23	38.3	37	61.7
Yok	32	57.1	24	42.9	5	8.9	51	91.1	-	-	92	100
Test Değeri	$\chi^2=2.821$ p=0.504		$\chi^2=5.134$ p=0.052		$\chi^2=41.555$ p=0.0001							
Kendini riskli görme												
Evet	43	75.4	14	24.6	5	8.8	52	91.2	23	21.7	83	78.3
Hayır	-	-	28	100	8	28.6	20	71.4	-	-	46	100

Araştırmaya katılanların %54'ünün kanser tarama testleri ve %53'ünün KETEM hakkında bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Kanser tarama programlarının yürütüldüğü kurum olan KETEM'in bilinmesi tarama programlarının amacına ulaşmasında önemlidir. Katılımcıların kanser tarama testleri hakkında en çok medya aracılığı ile bilgi edindiği belirlenmiştir. Şeker ve ark. (2017)'lerinin hemşireler ile yürüttüğü çalışmada, katılımcıların kanser taraması hakkındaki bilgilerini hemşirelik eğitiminden sonra televizyon ve radyodan öğrendikleri bildirilmiştir.²⁰ Aluko ve ark. (2014)'lerinin çalışmasında medyanın sağlık bilgilerini yaygınlaştırmak ve güncellemek için kullanılması gerektiği vurgulanırken, bu çalışmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.²¹ Araştırmaya katılanların yarısından fazlası meme kanseri, her beş kişiden ikisi servikal kanser ve yaklaşık her dört kişiden biri de kolorektal kanserler için KETEM'de tarama yapıldığını bildiklerini belirtmişlerdir. Ancak, katılımcıların büyük çoğunluğunun kanser taramalarının yapılma sıklığına ait bilgilerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Koruk ve ark. (2015)'lerinin çalışmasında, mevcut çalışma bulgusuna benzer şekilde, katılımcıların yaklaşık dörtte üçünün, kanser taramalarının yapılma sıklığı ve yapılma yaşına ait bilgilerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir.¹⁵ Yetişkinlerin KETEM'lerde hangi yaş aralıklarında hangi tarama testlerinin yapıldığını bilmelerinin, bu testleri yaptırmalarında etkili olabileceği düşüldüğünde bu bulgular, ülkemizde kanser hastalığında erken tanı amaçlı uygulanan tarama programlarına yönelik eğitimlere olan ihtiyacı göstermektedir. Kadın katılımcılar arasında, KKMM'sini bilme oranı (%65,5) yüksek olmasına rağmen her ay düzenli olarak yapılma oranı (%14,5) düşüktür. Ülkemizde yapılmış olan, Gençtürk (2015)'ün çalışmasında bu oran %19,7, Maral ve ark. (2009)'lerinin çalışmasında %9,3, Göçgeldi ve ark. (2008) çalışmasında %28,9, Keten ve ark. (2014) çalışmasında da %17,7'dir.²²⁻²⁵ Uluslararası literatürde ise; Jelinski ve ark. (2005) yaptığı çalışmada %61, Simi ve ark. (2009)'nın çalışmasında %53,3, Al Dubai ve ark. (2012)'nin çalışmasında %55, Veena ve ark. (2017) çalışmasında %20'dir.²⁶⁻²⁹ Gerek ulusal gerekse uluslararası literatür incelendiğinde; KKMM'nin düzenli uygulanmasına yönelik farklılıklar olduğu görülmektedir. Ülkemizde KKMM'si yapma oranının düşük olması, bireylerin KKMM'nin öneminin farkında olmadıklarını ve/veya KKMM'sini yapmayı bilmediklerini, konu

hakkında yeterli bilgilendirme yapılmadığını düşündürmüştür.

Bu çalışmada katılımcılar tarafından en çok meme kanseri taraması yaptırılmış olup bunu sırasıyla servikal kanser ve kolorektal kanser taramaları izlemiştir. Meme ve servikal kanser taramalarının ilk sıralarda yer almasının muhtemel sebebi araştırma gurubunda kadın katılımcı sayısının daha fazla olması ile açıklanabilir. Kadın katılımcılar arasında KETEM'de meme kanseri taraması yapıldığını bilme oranı %60 ve yaptırma oranı da %50,6'dır. Servikal kanser taramasının bilinme oranı %62,3 ve yaptırma oranı ise yalnızca %15,3'tür. Ülkemizde yapılmış olan çalışmalarda kadınların meme kanseri için tarama yaptırma oranları; %45,4 (Şeker ve ark. 2017), %51,3 (Yiğitbaş ve ark. 2016), %34,7 (Kabacaoğlu ve ark. 2015), servikal kanser için tarama yaptırma oranları ise; %20,7 (Şeker ve ark. 2017), %30,7 (Kabacaoğlu ve ark. 2015), %5,8 (Yiğitbaş ve ark. 2016) olarak bildirilmiştir.^{20,30,31} Uluslararası literatürde yapılmış çalışmalar incelendiğinde de, kadınların meme kanseri taraması yaptırma oranları; %47,6 (Moskowitz ve ark. 2007), %52 (Soskolne ve ark. 2007) iken, servikal kanser için tarama yaptırma oranları da; %23,2 (Visanuyothin ve ark. 2015), %9,9 (Mupepi ve ark. 2011), %3 (Hsu ve ark. 2011) olarak bildirilmiştir.³²⁻³⁶ Hem ulusal hem de uluslararası literatürdeki bu çalışma bulguları bizim çalışma bulgularımızı destekler niteliktedir. Özellikle servikal kanser taramasının bilinme oranının yüksek olmasına rağmen yaptırma oranının düşük olması, utanma ve/veya mahremiyet duygusunu akla getirmektedir.

Araştırmaya katılan yetişkinler arasında kolorektal kanser taramasını bilenlerin oranı %25,5 iken, tarama yaptırma oranı %15'dir. Yiğitbaş ve ark. (2016) çalışmasında bu oranlar sırasıyla; %41,8 ve %4,5 olarak bildirilmiş olup, çalışmamızın bulguları ile benzerlik göstermektedir.³⁰ Kolorektal kanser taraması yaptırma oranı kadınlara göre erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Honein-Abou Haidar ve ark. (2016) kadınların kolorektal kanserin erkek hastalığı olduğuna inandıklarını bildirilmiştir. Ayrıca, aynı çalışmada kolorektal kanser taramasına katılımda en önemli bariyerin tarama konusunda farkındalık eksikliği ve taramanın amacının anlaşılması olduğu belirtilmiştir.³⁷ Bu nedenle kolorektal kanserin cinsiyet ayrımı olmaksızın tüm bireylerde görülebilecek olduğu konusunda toplum bilinçlendirilmelidir.

Bu çalışmada, özellikle meme kanseri taramasını bilenlerin oranı, taramayı yaptıranların oranı ile benzer bulunmuştur. Bu durum, yürütülen tarama programlarının tanıtılması, danışmanlık ve toplumun merkezlere yönlendirilmesi ile tarama testi yaptırma oranlarında artış olabileceğini düşündürmüştür. Nitekim, Tekpınar ve ark. (2018) çalışmasında, katılımcılara kanserler ve kanser taramaları eğitimi verdikten sonra meme ve serviks kanserine yönelik tarama yaptırmak isteyenlerin sayısının arttığını belirtmiş olması da bu görüşü desteklemektedir.³⁸ Ayrıca mevcut çalışmada birinci derece yakınlarında kanser hastalığı olduğunu belirtenlerin ve kanser açısından kendisini riskli görenlerin daha fazla taramalara katıldıklarının belirlenmiş olması da kanser taramaları hakkında daha fazla bilgi sahibi olmalarıyla açıklanabilir. Yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yiğitbaş ve ark. (2016) çalışmasında kanser taraması yaptıran bireylerin çoğunun yakınlarında kanser öyküsü olduğunu belirtmiştir.³⁰ Bu sonuçlar, ailesinde kanser öyküsü olan bireylerin farkındalık düzeylerinin artması ve bilgilendirme konusunda daha duyarlı hale gelmeleri ile ilişkilendirilebilir.

SONUÇ

Bu çalışmaya katılan yetişkinler arasında en çok meme kanseri taraması yaptırılmış olup bunu servikal kanser ve kolorektal kanser taramaları izlemiştir. Kadın katılımcıların KKMM ve servikal kansere yönelik tarama testlerini bilme oranları yüksek olmasına rağmen yapma ve yaptırmama oranlarının düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca, araştırmaya katılan tüm yetişkinler arasında kolorektal kansere yönelik yürütülen taramaların hem bilinme hem de yaptırmama oranlarının çok düşük olduğu belirlenmiştir. Araştırma grubunun ne zaman hangi tarama testlerinin yaptırılması konusundaki bilgilerinin de yeterli olmadığı saptanmıştır.

Bu sonuçlara göre; yetişkinlerin kanser tarama programları konusundaki bilgilerinin artırılması ve farkındalıklarının geliştirilmesi amacıyla;

•Birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygun eğitim materyallerinin hazırlanarak yetişkinlere ulaştırılması,

•Bireylerin kanser taramalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarını olumlu yönde

etkileyecek eğitim ve tanıtım faaliyetlerinin düzenlenmesi,

•Medya iş birliği ile KETEM ve kanser tarama programları konusundaki yayınların artırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. WHO. Cancer. <http://www.who.int/cancer/en/> Erişim Tarihi: 26.12.2018
2. World Health Organization (2018). Cancer Key facts <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cancer> Erişim Tarihi: 26.12.2018
3. Türkiye İstatistik Kurumu (2017). Basın Odası Haberleri. http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2017_24_20170504.pdf
4. Amerikan Kanser Derneği. Kanser Atlası. <http://canceratlas.cancer.org/assets/uploads/2015/04/The-Cancer-Atlas-Second-Edition-in-Turkish1.pdf>. Erişim Tarihi: 26.12.2018
5. Türkiye Psikiyatri Derneği. 4 Şubat Dünya Kanser Günü Basın Bülteni: Kanser Ve Ruhsal Bozukluklar. <http://www.psikiyatri.org.tr/basin/247/turkiye-psikiyatri-dernegi-4-subat-dunya-kanser-gunu-basin-bulteni-kanser-ve-ru> Erişim Tarihi: 13.11.2018
6. Samur M. Kanser tanısı almış hastaların bilgilendirilme durumu; hekim ve hekim adaylarının yaklaşımları hakkında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Sina Hastanesi'nde yapılan sınırlı bir araştırmanın sonuçları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2000; 53: 161-6.
7. Sivaram S, Majumdar G, Perin D, Nessa A, Broeders M, Lynge E et. al. (2018). Population-based cancer screening programmes in low-income and middle-income countries: regional consultation of the International Cancer Screening Network in India. The Lancet Oncology 2018; 19(2): 113-122.
8. Ünal G, Orgun F. Kanserden korunmaya ilişkin eğitim programının uygulanması ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2010; 13(1): 31-35.
9. Turgay A, Sarı D, Türkistanlı Ç. Knowledge, attitudes, risk factors, and early detection of cancer relevant to the schoolteachers in İzmir,

- Turkey. Preventive Medicine 2005;40(6): 636-41.
10. Çürük GN, Kaçmaz HY. Kolorektal kanserden korunma ve hemşirenin sorumlulukları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017; 6(4): 224-233.
 11. Fink DJ. Cancer detection: The cancer-related check up guidelines. In: Holleb AI, Fink DJ, Murphy GP. American Cancer Society Textbook of Clinical Oncology. Atlanta, American Cancer Society, 1991; 153-77.
 12. Kaya C, Üstü Y, Özyörük E, Aydemir Ö, Şimşek Ç, Şahin AD. Sağlık çalışanlarının kanser taramaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal 2017; 17(1): 73-83.
 13. Saatçi E. Dünyada ve Türkiye'de kanser epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2014;5(2): 1-8.
 14. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Taramaları. In: Özkan S, Keskinlik B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G et al. (eds). Ulusal Kanser Kontrol Planı 2013-2018. Ankara: T. C. Sağlık Bakanlığı; 2013:43-5
 15. Koruk İ, Gözükara F, Yiğitbay E, Keklik AZ. Şanlıurfa'da birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının ulusal kanser tarama standartları ile ilgili bilgi düzeyi. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2015; 13(2): 127-136.
 16. Gültekin M, Özgül N, Olcayto E, Tuncer M. Kanser ve kanser risk faktörleri hakkında Türk halkının bilgi düzeyinin ölçülmesi ve araştırılması. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2011; 8(1): 57-61.
 17. Tuzcu A, Sümen A, Avcı DY. Kanser tarama programlarına katılımı artırmada bir sağlık davranış değişim modeli: precede-proceed. HEAD. 2018; 15(2): 123-130.
 18. Park K, Hong WH, Kye SY, Jung E, Kim MH, Park HG. Community based intervention to promote breast cancer awareness and screening: the Korean experience. BMC Public Health 2011; 11: 468.
 19. Panieri E. Breast cancer screening in developing countries. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2012; 26(2): 283-90.
 20. Şeker N, Yasin YK, Özaydın E, Çapacı B, Okyay P. Üçüncü basamak sağlık kuruluşundaki hemşirelerin kanser tarama programları bilgileri ile tarama testlerini yaptırma durumları. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi 2017; 19(1): 14-18.
 21. Aluko J, Ojelade M, Sowunmi C, Oluwatosin O. Awareness, knowledge and practices of breast cancer screening measures among female postgraduate students of a Nigerian Federal University: a cross-sectional study. Afr J Med Med Sci. 2014;43(1):79-86.
 22. Gençtürk N. İstanbul'da bir sağlık kuruluşunda çalışan kadın sağlık profesyonellerinin kendi kendine meme muayenesini bilme ve uygulama durumları. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015; 2(2): 209-216.
 23. Maral I, Budakoglu II, Ozdemir A, Bumin MA. Behaviors toward methods of breast cancer early detection in women over 40 years in a rural region of Ankara, Turkey. Journal of Cancer Education. 2009;24 (2):127-8.
 24. Göçgeldi E, Açıklak CH, Hasde M, Aygüt G, Çelik S, Gündüz İ et. al. Ankara-Gölbaşı ilçesinde bir grup kadının kendi kendine meme muayenesi yapma konusundaki tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Fırat Tıp Dergisi, 2008; 13(4): 261-265.
 25. Ketten HS, Yıldırım F, Ölmez S, Üçer H, Çelik M. Knowledge, attitudes and behavior about breast cancer in women presenting to early cancer diagnosis, screening and education centre in Kahramanmaraş, Turkey. Gaziantep Med J 2014; 20: 212-216.
 26. Jelinski SE, Maxwell CJ, Onysko J, Bancej CM. The influence of breast self-examination on subsequent mammography participation. American Journal Of Public Health 2005; 95(3): 506-511.
 27. Simi A, Yadollahie M, Habibzadeh F. Knowledge and attitudes of breast self examination in a group of women in Shiraz, southern Iran. Postgraduate Medical Journal 2009; 85(1004): 283-287.
 28. Al-Dubai SAR, Ganasegeran K, Alabsi AM, Manaf MRA, Ijaz S, Kassim S. Exploration of barriers to breast-self examination among urban women in Shah Alam, Malaysia: a cross sectional study. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2012; 13(4): 1627-1632.
 29. Veena KS, Kollipaka R, Rekha R. The Knowledge and attitude of breast self examination and mammography among rural women. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology 2017; 4(5): 1511-1516.
 30. Yiğitbaş Ç, Bulut A, Bulut A, Semerci M. Bingöl devlet hastanesine başvuran yetişkinlerin kanser tarama testlerine ilişkin

- bilgi ve tutumları. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi 2014; 17(1): 29-38.
31. Kabacaoğlu M, Oral B, Balci E, Günay O. Breast and cervical cancer related practices of female doctors and nurses working at a university hospital in Turkey. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 2015;16(14):5869-73.
 32. Moskowitz JM, Kazinets G, Wong JM, Tager IB. "Health is strength": A community health education program to improve breast and cervical cancer screening among Korean American Women in Alameda County, California. Cancer Detection and Prevention 2007; 31(2): 173-183.
 33. Soskolne V, Marie S, Manor O. Beliefs, recommendations and intentions are important explanatory factors of mammography screening behavior among Muslim Arab women in Israel. Health Education research 2006; 22(5): 665-676.
 34. Visanuyothin S, Chompikul J, Mongkolchatti A. Determinants of cervical cancer screening adherence in urban areas of Nakhon Ratchasima Province, Thailand. Journal of Infection and Puplic Health 2015; 8 (6): 543-552.
 35. Mupepi SC, Sampselle CM, Johnson TRB. Knowledge, attitudes, and demographic factors influencing cervical cancer screening behavior of Zimbabwean Women. Journal of Women's Health 2011; 20(6): 943-953.
 36. Hsu YY, Cheng Y_M, Hsu KF, Fetzer SJ, Chou CY. Knowledge and beliefs about cervical cancer and human papillomavirus among taiwanese Undergraduate women. Oncology Nursing Forum 2011; 38(4): E297-305.
 37. Honein-AbouHaidar GN, Kastner M, Vuong V, Perrier L, Daly C, Rabeneck L et. al. Systematic review and meta-study synthesis of qualitative studies evaluating facilitators and barriers to participation in colorectal cancer screening. Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers 2016; 25(6): 907-917.
 38. Tekpınar H, Özen M, Aşık Z. Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaların kanser taramalarına ilişkin yaklaşımlarının değerlendirilmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018; 22(1): 28-36.



Are routine detailed screening tests in healthy children necessary?

Sağlıklı çocuklarda ayrıntılı tarama testleri gerekli mi?

Derya Kalyoncu*¹

ABSTRACT

Background: The aim of the study was to determine if routine detailed screening tests in healthy children are needed or not. **Methods:** A total of 590 healthy children (mean age: 9.7±2.9 years, M/F: 286/304) who were referred from primary care providers for screening tests were evaluated retrospectively in terms of laboratory findings such as complete blood count, lipid profiles, liver and kidney function tests. **Results:** Iron deficiency anemia was significantly more common in teenage girls than boys. Only 16.7% of girls and 16.4% of boys had lipid abnormalities. The other biochemical parameters were within normal limits in both groups. **Conclusions:** No significant difference was observed in biochemical parameters in healthy children. Thus, unnecessary tests should not be done in healthy children by primary care physicians. **Key words:** Healthy children, screening tests, biochemical tests

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı sağlıklı çocuklarda rutin ayrıntılı tarama testlerine gerek olup olmadığını değerlendirmektir. **Gereç ve yöntem:** Çalışmaya aile hekimleri tarafından tarama testlerinin yapılması için tarafımıza yönlendirilen 590 sağlıklı çocuk (ortalama yaş: 9.7±2,9 yıl, E/K:286/304) alınmıştır. Çalışılan test sonuçları (tam kan sayımı, lipit düzeyleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, tiroid testleri) retrospektif olarak değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Demir eksikliğine bağlı anemi ergen kız çocuklarında erkeklere oranla daha sık saptanmıştır. Lipit bozuklukları kızlarda %16,7, erkeklerde %16,4 oranında saptanmıştır. Diğer biyokimyasal parametreler normal tespit edilmiştir. **Sonuç:** Sağlıklı çocuklarda ayrıntılı biyokimyasal testler açısından istatistiksel olarak anlamlı patoloji saptanmamıştır. Bu nedenle, maliyet de düşünüldüğünde aile hekimleri tarafından gereksiz testler istenilmemeli ve bu konuda aile hekimleri bilgilendirilmelidir. **Anahtar kelimeler:** Sağlıklı çocuk, tarama testleri, laboratuvar testleri

Received Date: 27.06.2018, Accepted Date: 04.02.2019

¹Istinye State Hospital, MD, Istanbul, TURKEY

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Derya Kalyoncu, Istinye State Hospital, Istanbul, TURKEY

E-mail: deryakaly@hotmail.com

Kalyoncu D. Are routine detailed screening tests in healthy children necessary? TJFMPC, 2019; 13(2): 177-182.

DOI: 10.21763/tjfmpe.430406

INTRODUCTION

Screening is defined as testing for the disease in an apparently healthy population or individual.¹ The goal of screening is not to detect disease in individuals but to identify persons who are at greater risk of having the disease and who warrant further testing.¹ All newborns should be screened for the presence of certain diseases such as congenital hypothyroidism, phenylketonuria (PKU), hyperbilirubinemia and hearing loss.

Pediatric preventive care guidelines recommend periodic health evaluation to assess children's overall health and risk factors for preventable diseases by history, physical exam, age-appropriate developmental assessment, assessment of immunization status and administration of immunizations and laboratory testing as needed.²⁻¹¹ Periodic health evaluation should be done annually between ages 5-21.

Children without symptoms of disease, generally do not need detailed laboratory screening tests. In this study, healthy children who were referred to our hospital from their primary care physicians for laboratory tests were evaluated and the necessity of these tests was discussed.

MATERIALS AND METHODS

A total of 590 healthy children admitted to the pediatric outpatient clinics of Istinye State Hospital (Istanbul, Turkey) between February 2018 and March 2018 were evaluated retrospectively. The children were excluded if they had chronic illnesses such as liver diseases, endocrine, gastrointestinal, cardiovascular or neurological disorders.

Baseline complete blood count, biochemical tests including alanine aminotransferase (ALT), aspartate aminotransferase (AST), fasting glucose, blood urea nitrogen (BUN), creatinine, iron, ferritin, lipid profile, thyroid-stimulating hormone (TSH), free T4 and anti-HBs levels were the screening tests requested by the primary care physicians. Complete blood count was examined by using Mindray BC-6800 (Mindray, China) and biochemical tests were

analyzed by using Beckman Coulter AU680 (Beckman Coulter, Brea, CA, USA).

Children who had hemoglobin levels lower than 11.5 g/dL between 5-11 years of age and 12 g/dL between 12-15 years of age, serum ferritin level lower than 12 ng/ml, iron level lower than 30 µg/dL, iron binding capacity greater than 480µg/dL was regarded as having iron deficiency anemia.^{12,13}

Fasting glucose of 100 to 125 mg/dL (5.5 to 6.9 mmol/L) is considered to be prediabetic (impaired fasting glucose) and a level of ≥ 126 mg per dL (7.0 mmol/L) is consistent with the diagnosis of diabetes.¹⁴

Abnormal values compatible with dyslipidemia are a fasting total cholesterol of ≥ 200 mg/dL, a LDL cholesterol of ≥ 130 mg/dL, non-HDL cholesterol of ≥ 145 mg/dL, triglycerides of ≥ 100 mg/dL for ages 0-9 and ≥ 130 mg/dL for ages 10-19 years and a HDL cholesterol of < 40 mg/dL.¹⁴

Individuals with anti-HBs levels of 10 mIU/mL or greater after completing an HBV vaccination series are considered protected from hepatitis B.^{15,16}

The study has been carried out in accordance with the principles of the Declaration of Helsinki.

Statistical analysis

Statistical analysis was performed using the NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007&PASS 2008 Statistical Software (Utah, U.S.A). All results are expressed as the mean \pm SD. The analysis was conducted using Fisher's exact test and chi-square test. A value of $p < 0.05$ was considered statistically significant

RESULTS:

The mean age of the children was 9.7 ± 2.9 years (range 5-16 years) and male:female ratio was 286/304. 27 (8.8%) of the girls and 10 (0.4%) of the boys had iron deficiency anemia ($p=0.03$) and oral iron therapy was initiated for these children.

Table 1. The demographic features and laboratory findings of the children according to gender			
	Male (n=286)	Female (n=304)	p
Age (mean±SD)	9.63±2.9	9.98±3.0	0.10
Fasting glucose (mg/dL)	94.5±6.5 (95)	93.5±6.5 (94)	0.00
ALT (U/L)	19.3±7.8 (17)	18.1±8.5 (15)	0.00
AST (U/L)	26.9±6.0 (26)	26.5±5.7 (24)	0.41
BUN (mg/dL)	23.5±5.1 (23)	22.8±6.7 (22)	0.10
Creatinin (mg/dL)	0.43±0.0 (0.42)	0.43±0.0 (0.4)	1.00
Cholesterol (mg/dL)	170.5±29.3 (171)	177.6±121 (168)	0.31
Triglyceride (mg/dL)	76.04±34.4 (70)	79.4±33.4 (74)	0.20
LDL (mg/dL)	103.2±24.3 (100)	102.4±24 (101)	0.61
HDL (mg/dL)	52.6±11.7 (51)	51.6±9.8 (50)	0.21
Hemoglobin (g/dL)	13.02±1.0 (13)	12.6±1.1 (13)	0.00
Ferritin (ng/mL)	22.5±10.3 (20)	20.1±9.7 (19)	0.00
Serum iron (µg/dL)	104±76.5 (75)	123±78.2 (78)	0.00
Iron binding capacity (µg/dL)	305±56.6 (300)	320±74.4 (318)	0.00
TSH (µIM/mL)	2.72±1.15 (2.59)	2.69±1.3 (2.49)	0.70
Free T4 (ng/dL)	0.90±0.24 (0.86)	0.90±0.2 (0.87)	1.00
Anti-HBs (Mik-MEIA)			
<10 (number, median)	3.79±2.3 (54, 2)	3.79±2.3 (54, 2)	0.20
>10 (number, median)	119.5±191.9 (104,52)	119.5±191.9 (104,52)	

Anti-HBs=hepatitis B surface antibody; ALT= alanine aminotransferase; AST= aspartate aminotransferase; BUN= blood urea nitrogen; HDL=high-density lipoprotein; LDL= low-density lipoprotein; TSH= thyroid-stimulating hormone
 *Fisher's exact test and chi-square test. p < 0.05 was considered statistically significant.

Only 16.7% of girls and 16.4% boys had lipid abnormalities. 27 (8.8%) of the girls had hypercholesterolemia, 51 (16.7%) had hypertriglyceridemia and 27 (8.8%) had high LDL levels, whereas 32 (11.1%) of the boys had hypercholesterolemia, 47 (16.4%) had hypertriglyceridemia and 26 (9%) had high LDL levels ($p>0.05$) (Table 1). Physical activity and referral to dietitians for appropriate diet were advised to these patients. The other biochemical parameters were within normal limits in both groups (Table 1).

Because the list of screening tests was changed according to a primary care provider, anti-HBs levels were examined in 158 (5.2%) of the boys and 160 (52.6%) of the girls. 65.8% of the boys and 59.3% of the girls had protective anti-HBs titers.

DISCUSSION

American Academy of Pediatrics (AAP), the CDC (Centers for Disease Control and Prevention), and the U.S. Preventive Services Task Force have recommendations for both universal screening and targeted population-specific screening.²⁻⁷ Height, weight, body mass index, the onset of sexual maturity, iron deficiency anemia, vision and hearing screening, cognitive, emotional and social maturation, immunization are considered mandatory.²⁻¹⁰ The other issues such as latent tuberculosis, lead screening, and dyslipidemia risk assessment should be done on an as-needed basis.

Height and weight should be evaluated at every visit to a primary care physician. Screening for obesity in children 6 years and older and offering or referring them for detailed evaluation if children have BMI \geq 85th percentile or a significant increase in BMI percentile are recommended.^{3,17,18} No evidence was found on appropriate screening intervals for obesity.^{3,17}

The North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) published a clinical practice guideline outlining the screening, diagnosis, and treatment of pediatric nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD).¹⁹ They recommend that children older than 10 years with a body mass index (BMI) \geq 85th percentile should be screened for NAFLD

using an alanine aminotransferase (ALT) level.^{19,20} The limitation of our study was that children were evaluated retrospectively, thus BMI could not be calculated. We observed that from not only overweight or obese children but AST and ALT have also been requested from all of the children regardless of BMI.

The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) concludes that the evidence is insufficient to recommend for or against routine screening for lipid disorders in infants, children, adolescents, or young adults up to age 20 (Grade: I Statement).³ Dyslipidemias are abnormalities of lipoprotein metabolism and include elevations in TC, LDL-C, or triglycerides or deficiencies of HDL-C. These disorders can be acquired or familial; monogenic dyslipidemias are related to genetic conditions such as familial hypercholesterolemia and multifactorial dyslipidemias are due to risk factors including environmental factors such as obesity, diet, or diabetes.³

An expert panel from the US National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) endorsed by the American Academy of Pediatrics recommended initial lipid screening with fasting lipid profile for children between two and eight years of age with a BMI \geq 95th percentile (or other risk factors for cardiovascular disease, such as family history of dyslipidemia/early cardiovascular disease and/or morbidity in first- or second-degree relatives, history of diabetes, hypertension, or smoking in childhood).^{10,14,21} In 2014, AAP updated the Schedule of screening and assessment for well-child visits as cholesterol screening ages between 5-8 screen if at risk, starting at age 9 screen child at least once if not previously screened, children older than 11 years screen if not screened previously, or if risk factors (family history of premature cardiovascular disease, parent with known lipid disorder, overweight/obese) have changed.^{6,8} Many children with multifactorial types of dyslipidemia will have normal lipid levels in adulthood. Potential harms of screening may include labeling of children whose dyslipidemia would not persist into adulthood or cause health problems.² The American Academy of Family Physicians (AAFP) and USPSTF conclude that the current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening for lipid disorders in children and adolescents 20 years or younger.^{2,22} We

observed in this study that screening for lipid disorders have been requested from all of the children regardless of determined risk factors by primary care physicians.

Serum hemoglobin is the primary screening test for identifying anemia, it is not sensitive for iron deficiency because mild deficiency states may not affect hemoglobin levels.⁴ Iron deficiency anemia is more common in teenage girls than teenage boys because their bodies are not able to store as much iron, in addition to the loss of blood during menstruation. Insufficient dietary intake and low socioeconomic status are also risk factors for iron deficiency. In our country, the frequency of iron deficiency anemia (IDA) has been reported to range between 15.2% and 62.5% in different studies involving children.¹² The overall prevalence of anemia was found to be 27.6% in Istanbul.²³ Recommended screening for anemia screen those with known risk factors such as excessive menstrual blood loss, low iron intake, or previous diagnosis of iron deficiency anemia annually.

School-aged children should receive age-appropriate immunizations, as well as catch-up immunizations if needed. Children who have completed the hepatitis B vaccination series and have anti-HBs ≥ 10 mIU/mL is considered as having vaccine-induced protection.^{15,16} Anti-HBs levels following vaccination decline over time. Immunocompetent persons remain protected, even if anti-HBs levels decline to < 10 mIU/mL beyond that time, presumably because of persistent cellular immunity and immune memory.^{15,16} In our study, 53% of the children were referred by their primary care physicians for testing anti-HBs levels. The benefit to cost ratio of the tests should be acceptable.

As discussed in these guidelines, no recommendations were mentioned about a routine screening of serum ALT, AST, fasting glucose, BUN, creatinine, iron, ferritin, lipid profile, thyroid function tests, and anti-HBs levels in healthy children.

In conclusion, screening is carried out for early identification and treatment of common childhood diseases and will definitely reduce the incidence of these diseases. Our aim should be to reduce the prevalence of preventable diseases for

healthy generations. The incidence of these conditions, however, varies in countries and even different regions and states of the same country. Increasing awareness secondary to the needs of the state screening should be done according to needs of where the child lives and demographic parameters. The benefits of early diagnosis must be weighed against unnecessary tests and procedures.

REFERENCES

1. Minkovitz C, Wissow L. Evaluating and using laboratory tests. In: Oski's Pediatrics. Principles and Practice, 4th, McMillan JA, Feigin RD, DeAngelis C, Jones MD (Eds), Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2006. p.95.
2. The Guide to Clinical Preventive Services 2014: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 May. Clinical Summaries of Recommendations for Children and Adolescents. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235850>. Accessed date: 05.05. 2018.
3. U.S. Preventive Services Task Force. The Guide to Clinical Preventive Services 2010 - 2011: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2010 Aug. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56707/> Accessed date:01.05.2018.
4. The Guide to Clinical Preventive Services 2012: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 Oct. Recommendations for Children and Adolescents. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK115119/> Accessed date: 3.05.2018.
5. Simon GR, Baker C, Barden GA III, et al. 2014 recommendations for pediatric preventive health care. *Pediatrics*. 2014;133(3):568–570.
6. Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Bright Futures Periodicity Schedule Workgroup/American Academy of Pediatrics. Recommendations for Preventive Pediatric Health Care - Periodicity Schedule. *Pediatrics*. 2017;139(4). pii: e20170254. doi: 10.1542/peds.2017-0254. www.aap.org/en-

- us/professional-resources/practice-support/Pages/PeriodicitySchedule.aspx Pediatrics 2017 Accessed date:04.05.2018.
7. Bright Futures Steering Committee. Bright Futures guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. Middle childhood. http://brightfutures.aap.org/pdfs/Guidelines_PDF/17-Middle_Childhood.pdf. Accessed date: 04.05.2018.
 8. Geoffrey R Simon, Cynthia Baker, Graham A Barden 3rd, Brown OW, Hardin A, Lessin HR, Meade K, Moore S, Rodgers CT; Committee on Practice and Ambulatory Medicine, Curry ES, Dunca PM, Hagan JF Jr, Kemper AR, Shaw JS, Swanson JT; Bright Futures Periodicity Schedule Workgroup. 2014 recommendations for pediatric preventive health care. *Pediatrics*. 2014;133(3):568-70. doi: 10.1542/peds.2013-4096.
 9. Behrman RE, Kliegman RM, editors: Nelson Essentials of Pediatrics, 4th edition, Philadelphia, 2002, WB Saunders, chapter 1;2-4 pp.
 10. Levine D. Evaluation of the Well Child section 2 Growth and Development, Nelson Essentials of Pediatrics, 6th edition, Philadelphia, 2006, WB Saunders, chapter 9 ;24-28 pp.
 11. Neyzi O, Ertuğrul T, Pediatri Cilt 1. Gökçay G, Neyzi O, Bulut A, Sağlam Çocuk İzlemi, Nobel Tıp Kitabevi.2002; 3: 49-56.
 12. Özdemir N. Iron deficiency anemia from diagnosis to treatment in children. *Türk Pediatri Ars*. 2015; 50(1):11-9.
 13. World Health Organization. Iron deficiency anaemia assessment, prevention, and control. A guide for programme managers. Geneva (Switzerland): World Health Organization; 2001, pp 114.
 14. Koyuncuoğlu Güngör N. Overweight and Obesity in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*. 2014;6(3):129-143. doi:10.4274/jcrpe.1471.
 15. Leuridan E, Van Damme P. Hepatitis B and the need for a booster dose. *Clin Infect Dis*. 2011;53(1):68-75.
 16. Schillie S, Murphy TV, Sawyer M, et al. CDC Guidance for Evaluating Health-Care Personnel for Hepatitis B Virus Protection and for Administering Postexposure Management. *Morb Mortal Wkly Rep Recomm Rep* 2013;62;1-19.
 17. Grossman DC, Moyer VA, Melnyk BM, Chou R, DeWitt TG; U.S. Preventive Services Task Force. The anatomy of a U.S. Preventive Services Task Force recommendation: lipid screening for children and adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2011;165(3):205–210.
 18. Lin KW. What to Do at Well-Child Visits: The AAFP's Perspective. *Am Fam Physician*. 2015 ;91(6):362-4.
 19. Vos MB, Abrams SH, Barlow SE, et al. NASPGHAN Clinical Practice Guideline for the diagnosis and treatment of nonalcoholic fatty liver disease in children: recommendations from the Expert Committee on NAFLD (ECON) and the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017;64:319-334.
 20. Mitnikos T, Kohli R. Pediatric nonalcoholic fatty liver disease. *Clin Liver Dis*. 2018;11(4):95-97.
 21. National Heart, and Blood Institute. Expert panel on integrated guidelines for cardiovascular health and risk reduction in children and adolescents: summary report. *Pediatrics* 2011;128 (Suppl. 2011;128(Suppl 5):213–256.
 22. American Academy of Family Physicians. Summary of recommendations for clinical preventive services. July 2014. https://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.pdf. Accessed date: 02.05.2018.
 23. Gür E, Yıldız I, Celkan T. Prevalence of anemia and the risk factors among school children in İstanbul. *J Trop Pediatr*. 2005;51:346-50.



Prenatal Breastfeeding Training in Turkish Women: How are the effects?

Türk Kadınlarında Doğum Öncesi Anne Sütü Eğitimi: Etkileri Nasıldır?

Hatice Tuba Akbayram^{1*}, Hüseyin Avni Sahin²

ABSTRACT

Objective: Mothers should be trained and supported to enable them to breastfeed effectively, as the mother's milk is the most important nutrient in an infant's feeding. This study intends to show the effect of breastfeeding training during pregnancy on mothers' breastfeeding experiences and emphasize its importance. **Materials and Methods:** This study was performed between December 2013 and February 2014. A cross-sectional study was conducted with 190 mothers. In this study, we compared two groups, who were educated or not educated on breastfeeding and breast milk. The data was collected through a face to face interview. **Results:** The study group consisted of 190 mothers; 100 in the control group and 90 in the training group. There was a significant difference in the frequency (88,8 %) and duration of breastfeeding (62,2 %) among the mothers in the training group. There was a significantly high tendency among mothers in the control group to feed their babies water, supplementary food / baby formula and use pacifiers during the first 6 months. Using feeding bottles has been shown to cause mothers to feed their babies only with breast milk for less than 6 months. **Conclusion:** It has been concluded that breastfeeding training given to mothers before delivery increases breastfeeding frequency and duration while lowering the use of feeding bottles and making the practice of feeding babies water in the first 6 months less common. Mothers should be trained on breast milk and breastfeeding starting from the period before delivery.

Key words: Breast milk, breastfeeding, training

ÖZET

Amaç: Bebek beslenmesinde en önemli besin olan anne sütünün etkili ve bilinçli olarak bebeklere verilmesi için annelerin bilgilendirilmesi ve desteklenmesi şarttır. Bu çalışma, gebelik döneminde verilen anne sütü ve emzirme eğitiminin emzirme üzerine olan etkisini göstermek ve eğitimin önemini vurgulamak amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma Aralık 2013 ile Şubat 2014 arasında gerçekleştirilmiştir. 190 anne ile kesitsel bir çalışma yapılmıştır. İki ayrı grubu, emziren ve anne sütü üzerine eğitilmiş ve eğitilmemiş annelerle karşılaştırmayı amaçlayan bu çalışmada veriler yüz yüze yapılan görüşme sonucu toplanmıştır. **Bulgular:** Kontrol grubu 100, eğitim grubuna 90 olmak üzere toplam 190 anne çalışmaya alınmıştır. Eğitim grubu annelerde anne sütü ile beslenme sıklığı (%88,8) ve süresinde (%62,2) anlamlı olarak fark bulunmuştur. Kontrol grubu annelerde ilk altı ayda su, emzik, tamamlayıcı gıda/mamaya başlanma davranışı anlamlı derecede yüksektir. Biberon kullanımının altı aydan az sadece anne sütü ile beslenmeye neden olduğu gösterilmiştir. **Sonuç:** Doğum öncesi dönemde annelere verilen eğitimle emzirme sıklığı ve süresinin arttığı, biberon kullanma davranışı ve ilk altı ayda su vermenin azaldığı sonucuna varılmıştır. Anneler, doğum öncesi dönemden başlayarak anne sütü ve emzirme ile ilgili eğitimler verilerek bilgilendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Anne sütü, emzirme, eğitim

Received Date: 10.07.2018, Accepted Date: 06.02.2019

¹Gaziantep University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Gaziantep, Turkey

²Yuzuncu Yıl University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Van, Turkey

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Hatice Tuba Akbayram, Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

E-mail: tubaakbayram@gmail.com

Akbayram HT, Sahin HA. Prenatal Breastfeeding Training in Turkish Women: How are the effects? TJFMPC, 2019; 13(2): 183-190.

DOI: 10.21763/tjfmpe.569762

INTRODUCTION

Breast milk is the most appropriate food for a baby's physical, mental and physiological development. Breastfeeding reduces mortality rates associated with infancy diseases and also protects against various diseases that may emerge in the later stages of life.

The World Health Organization (WHO) and the United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) recommend only breastfeeding for the first 6 months and breastfeeding along with supplementary food until at least the age of 2.¹ Despite studies in Turkey and around the world that made out a case for breastfeeding, breastfeeding is still not at the desired levels. Worldwide, 12 month-long breastfeeding rates are highest in sub-Saharan Africa, South Asia and some parts of Latin America. This rate drops below 20% in many advanced nations. In the UK, this rate is less than 1% while it is 27% in the United States, 35% in Norway and 16% in Sweden.² According to a 2008 study by Turkey Population and Health Surveys, the rate for feeding babies from only mother's milk in the first 6 months was 41.8%, while the same rate fell to 30.1% according to a 2013 report.³⁻⁴

The studies mention that breastfeeding practices can be improved through influence from external interventions, that education programs are the most important factor affecting breastfeeding on its own, and that breastfeeding training and support to be provided by health personnel will increase the duration and frequency of breastfeeding.⁵⁻⁷

This study intends to reveal the factors that cause mothers to only feed their babies breast milk, increase the breastfeeding rates and duration, and emphasize the benefits of training in that respect.

MATERIALS AND METHODS

This cross-sectional study has been performed between December 2013 and February 2014, mothers pregnant for 36 weeks or more who were admitted to Yuzuncu Yil University Medical Faculty Gynecology Polyclinic were given training on the importance of breast milk and breastfeeding.

The pregnant women who were not medically fit and under risk were not included in

the study. As teaching material, the program used the booklet "A Training Guide and Diet Modules for Trainers" published by the Turkish Ministry of Health General Directorate of Health Education and the breastfeeding handbook prepared by the Turkish Ministry of Health and UNICEF as well as brochures on breast milk and breastfeeding printed by the Public Health Department and a presentation file was prepared on the basis of these materials.^{8,9} After a 15-20 minute training session, questions asked by mothers about breast milk and breastfeeding were answered. Written informed consent was obtained from each participant. Permission was obtained from the Ethics Committee of Yuzuncu Yil University prior to the study.

In the survey, there were 32 questions about the mothers' and the babies' socio-demographical characteristics, the time when breastfeeding started, the first nutrients feed to the baby, the frequency of breastfeeding, whether water was also given during the time when only breast milk was used, the time when supplementary food was started and the reasons for it, about using feeding bottles and pacifiers, whether the mothers received support during breastfeeding amongst other questions on breast milk.

Mothers who were trained on breast milk and breastfeeding during their pregnancy were contacted by phone when their babies were 6 months old and the survey form was filled out by the investigator. The control group contained randomly selected mothers with babies 6-12 months old who were admitted to our hospital from December 2013 to February 2014 for any reason. The study group consisted of 190 mothers; 100 in the control group and 90 in the training group. The mothers of infants unable to breastfeed due to sickness in the mother or the baby were not included in the study.

Statistical Analysis

The results were expressed as the mean \pm standard deviation or in numbers (%). Normal distribution of quantitative variables was tested with the single-sample Kolmogorov Smirnov test. For intergroup comparisons, the t-test was used in independent groups for variables with a normal distribution

while the Mann Whitney U test was used for variables without a normal distribution. The Chi-square test was used to compare categorical data between groups. The logistic regression analysis was used to determine the factors affecting the duration of the period mothers only give their babies breast milk as well as breastfeeding periods. SPSS 13 software package was used for statistical analyses. The statistical significance limit was accepted as $p < 0.05$.

RESULTS

There were no significant differences between the training and the control groups in terms of age, education status, income status, number of children, and previous training on breastfeeding. In this study, 2 groups made up of mothers who received training on breast milk and breastfeeding and mothers who did not are compared.

Sixty-four (71.1%) of mothers in the training group and 60 (60%) of mothers in the control group breastfed their babies in the first hour. Eighty-two (91.1%) of mothers in the training group and 82% of mothers in the control group firstly fed their babies breast milk when their babies were born. There was no statistically significant difference between the mothers in the training group and the control group regarding the time they started breastfeeding and their choice of breast milk as the first nutrient to feed their babies ($p=0.261$). 88.8% of the mothers in the training group and 63 (63%) of the mothers in the control group breastfed their babies when their babies wanted it (i.e. each time the baby cried). In our study, 62.2% of the mothers in the training group and 40% of the mothers in the control group stated that they breastfed their babies "as much as their babies wanted it" when they were asked about the length of their breastfeeding at one time. There was a statistically significant difference between the groups in terms of the frequency and duration of breastfeeding ($p=0.001$, $p=0.009$, respectively). The rate for feeding babies breast milk only for 6 months was 57.7% in the training group and 51% in the control group. There was no statistically significant difference between the groups who received training and the groups who did not. ($p=0.109$) Data pertaining to mothers' breastfeeding their babies are summarized in Table-1. Thirty-eight (42.2%) of the mothers in the training group and 49% of those in the control group gave their babies supplementary food before the 6th month.

There was no statistically significant difference between the groups in terms of when supplementary food was started ($p=0.349$).

The pacifier utilization rate was 28% in the training group and 34% in the control group. Even though mothers who did not receive training made more frequent use of pacifiers in comparison to mothers who did, there was no statistically significant difference. ($p=0.419$) The feeding bottle utilization rate was 45.5% in the training group and 64% in the control group. For untrained mothers, the feeding bottle utilization rate for the first 6 months was significantly higher statistically ($p=0.01$). Twenty-seven (30.0%) of the mothers in the training group and 59 (59%) of mothers in the control group gave their babies water during the time they only fed them breast milk. Untrained mothers were found to be more likely to give their babies water than trained mothers ($p=0.04$).

In this study, mothers were asked questions to measure their level of knowledge about breast milk. 98.8% of mothers in the training group and 27% of mothers in the control group responded yes to the question of whether babies should be initially fed the mother's milk; while 80% of mothers in the training group and 27% of mothers in the control group responded yes to the question of whether the mother's milk can be collected and stored in suitable conditions and 56.6% of mothers in the training group and 34% of mothers in the control group responded yes to the question of whether breastfeeding had a contraceptive effect. The rate of correct answers given by trained mothers was significantly higher ($p=0.01$). The rate of correct answers given by trained mothers to the questions asked on the appropriateness of feeding the baby the mother's first milk, the contraceptive effect of breastfeeding and whether the mother's milk can be collected and stored were significantly higher when compared to the answers given by untrained mothers ($p=0.01$).

Using feeding bottles was the only factor that affected the rate of feeding babies only breast milk for less than 6 months for mothers in both groups. Table 2 summarizes the logistic regression model concerning the factors causing mothers to feed their babies only breast milk for less than 6 months.

Table 1. Comparison of baby feeding in the training and control groups			
Feeding characteristics	Training group n=90 (%)	Control group n=100 (%)	p
Initial time of breastfeeding after birth			
Within the first hour	64 (71.1)	60 (60.0)	0.262
Within the first two hours	14 (15.5)	19 (19.0)	
2-24 hours	7 (7.7)	8 (8.0)	
After 24 hours	5 (5.5)	13 (13.0)	
No breastfeeding	-	-	
First nutrient fed to the baby			
Breast milk	82 (91.1)	82 (82.0)	0.261
Sugared water	-	1 (1.0)	
Formula	7 (7.7)	16 (16.0)	
Other	1 (1.1)	1 (1.0)	
Breastfeeding duration			
5-10min	9 (10.0)	25 (25.0)	0.009
10-15min	18 (20.0)	23 (23.0)	
15-20min	7 (7.7)	12 (12.0)	
As much as the baby wants	56 (62.2)	40 (40.0)	
Breastfeeding frequency			
Whenever the baby wants	80 (88.8)	63 (63.0)	0.001
Every hour	5 (5.5)	20 (20.0)	
Every two hours	5 (5.5)	11 (11.0)	
Every three hours	-	3 (3.0)	
Every four hours or less frequently	-	3 (3.0)	
Length of feeding only breast milk			
Less than a month	3 (3.3)	13 (13.0)	0.109
1-2 months	4 (4.4)	9 (9.0)	
3-4 months	18 (20.0)	16 (16.0)	
5 months	13 (14.4)	11 (11.0)	
6 months and longer	52 (57.7)	51 (51.0)	
Number of babies who cannot be breastfed any longer	8 (8.8)	10 (10.0)	0.349

For intergroup comparisons, the t test was used in independent groups for variables with a normal distribution while the Mann Whitney U test was used for variables without a normal distribution.

DISCUSSION

In 1989, WHO and UNICEF published a list of recommendations related to the role of delivery services to “maintain, encourage and support” breastfeeding and its third step mention giving pregnant mothers training on the benefits of breastfeeding and breastfeeding techniques. The necessity for breastfeeding training emerged with increased knowledge of factors affecting the duration and practice of breastfeeding, and through identifying risk factors that lead to premature discontinuation of breastfeeding. Studies have shown that with an educational-support system, the percentage and duration of breastfeeding can be increased.^{10,11} There are also studies showing that mothers make the decision to breastfeed their babies during consultancy visits to a physician or midwife for their antenatal checks.¹² Imdad et al.¹³ published a compilation showing that breastfeeding consultancy during the prenatal period was influential in making mothers breastfeed until weeks 4-6 postpartum while consultancy during prenatal and postnatal periods ensured higher rates of mothers feeding their babies only breast milk for the first 6 months.

The first half-hour after birth is the time when the baby is most active and vigilant. It has been shown that starting to breastfeed immediately after delivery results in a longer breastfeeding period. The rate of breastfeeding in the first hour after birth is 60-80% in developed countries and 39% in developing countries. For example, this rate drops to 31% in Central Asia and North Africa and to 27% in South Asia.^{2,14,15} In our study, 71.1% of the mothers in the training group and 60% of mothers in the control group breastfed their babies in the first hour after birth. Although mothers in the training group had a higher rate of breastfeeding within the first hour, there was no statistically significant difference.

Various studies have shown that when compared to mothers giving birth the natural way, breastfeeding starts much later in mothers who had a C-section due to the convalescence period they need to recover.¹⁶ While WHO wishes only 10-15% of babies to be born with a C-section, rates of births with a C-section are on the increase in our country and all over the world.¹⁷ According to the TPHS 2013 data, the rate of births with a C-section is 48% in Turkey and only 50% of infants are breastfed

within the first hour after birth.⁴ The rate of births with a C-section has been reported to be 40-50% in China and South America and 31.8% in the USA.¹⁸ In a study conducted by Erbil and Oral¹⁹, 41.1% of mothers who gave birth the natural way started breastfeeding in a shorter time than 30 minutes while 62.5% of mothers who had a C-section started breastfeeding after the first hour. When we asked mothers about the reasons why they were not able to breastfeed their babies within the first hour, 10% of mothers in the training group and 15% of mothers in the control group cited birth with a C-section as the reason. 42.2% of the mothers in the training group and 44% of the mothers in the control group had a C-section.

For the immunological development of a newborn, it is recommended that the gastrointestinal system should receive the breast milk within the first hour after birth.²⁰ In a study by Haque et al. in Bangladesh, 98.2% of mothers were found to feed their babies colostrum.²¹ In a study by Fikre et al. in Pakistan, 41.7% of mothers firstly fed their babies breast milk, 24.7% honey, 17% a local drink called ghutti, 3.3% water and 3.1% the cow's milk.²² In our study, 91.1% of the mothers in the training group and 82% of the mothers in the control group initially fed their babies colostrum.

Breastfeeding frequency has an important place in an infant's feeding. Breastfeeding should be done according to the baby's wishes rather than on an hourly basis. Babies should be breastfed when they actually want it and this kind of breastfeeding promotes milk secretion.²³ In our study, 88.8% of the mothers in the training group and 63% of the mothers in the control group breastfed their babies every time they wanted it (ie. each time they cried). In a study by Kaya, the rate of babies breastfed each time they cried was 83.8% while the same rate was 77.4% in a study by Sahan.^{24,25} 62.2% of the mothers in the training group and 40% of the mothers in the control group stated that they breastfed their babies "as much as their babies wanted it" when they were asked about for how many minutes they breastfed their babies per feeding session. There was a statistically significant difference between the training and the control groups in terms of the duration and frequency of breastfeeding.

WHO and the American Academy of Pediatrics recommend that babies should only be

fed breast milk during the first 6 months without any other additional nutrients (except for vitamins, minerals, drugs). It has been reported that in the developing countries the rate of mothers feeding only breast milk to their babies for the first 6 months is 37%.²⁶ The same rate was found to be 50% according to a study conducted in Australia, 7% in Norway and 42.3% in Italy.²⁷⁻²⁹ According to 2014 data by the US Center for Disease Control and Prevention, the rate for feeding babies only breast milk during the first 6 months is 24.9%.³⁰ On the other hand, the rate of feeding babies only breast milk for the first 6 months is 41.6% according to Turkish Population and Health Survey (TPHS) 2008 data while according to TPHS reduced to 30% in 2013.^{3,4} In a randomized controlled study by Aksu et al.³¹ in 2010, it was found that the rate for feeding babies only breast milk during the first 6 months was 43% for the group who received breastfeeding training after delivery in comparison to 23% for the control group. In our study, although the same rate was numerically higher for the babies in the training group (57.7 %) than those in the control group (51%), there was no statistically significant difference between the groups.

Studies conducted around the world show that babies from regions with a hot climate who are fed breast milk do not need water. A predominantly breast milk feeding as defined by the World Health Organization also involves giving babies water or water-based drinks such as sugared water, fruit juice, or herbal tea. In our study, 30% of mothers in the training group and 59% of mothers in the control group fed their babies water within the first six months. Trained mothers were found to be much less likely to feed their babies water than untrained mothers within the first 6 months. In 3 studies conducted by Sankar et al.³² on mortalities caused by infectious diseases in babies younger than 6 months old, it was found that a purely breast milk feeding was 41% more protective against infectious diseases than a predominantly breast milk feeding.

The fact that the use of feeding bottles and pacifiers is so common is among the reasons for the early termination of breastfeeding. In a study conducted in New York, it was emphasized that the use of pacifiers and feeding bottles had a negative effect on breast milk secretion and that their use should be avoided in babies being fed breast milk.³³ According to TPHS 2013 data, the feeding bottle

utilization rate for babies younger than six months old is 40%.⁴ In a study conducted by Gumustakım et al. in five different provinces of Turkey in 2014, the feeding bottle utilization rate was found to be 49.2%.³⁴ In our study, 45.5% of the mothers in the training group and 64% of the mothers in the control group reported using feeding bottles. Untrained mothers were found to be much more likely to use feeding bottles than trained mothers. In this study, the pacifier utilization rate in the training group and the control group was 28% and 34% respectively, with no statistically significant differences. In a study conducted by Yilmazbas et al.³⁵, the pacifier utilization rate was found to be 36% and that of feeding bottles 49%, similar to the findings of this study.

When we used the logistic regression model to examine the impact of the variables maternal age, working status, education level, income level, method of delivery, number of children, breastfeeding training, breastfeeding support, gender, place of delivery, time when breastfeeding started, breastfeeding frequency, the use of pacifiers and feeding bottles and feeding babies water on the length of the practice of feeding babies only breast milk, it was seen that using feeding bottles caused mothers to feed their babies only breast milk for less than 6 months. A study conducted by Collins et al.³⁶ in the UK found that the use of pacifiers did not affect the duration of breastfeeding, whereas the use of feeding bottles shortens the total duration of breastfeeding.

The main limitation of this study is the small sample size that limits the generalizability of the results. Also, breast milk promotion is explained to all mothers before and after delivery because of Turkey's Health Ministry Baby-Friendly Hospitals project. Therefore, this may affect the results of the study.

CONCLUSION

In Turkey and around the world, the rates for feeding babies only breast milk during the first 6 months and the duration of breastfeeding are still not at the desired levels as a majority of mothers are starting to breastfeed their babies much later than what is ideal. For this reason, mothers should be informed through education programs before at the time of delivery and after delivery. This study has

found that mothers breastfeeding trained before delivery, breastfeed their babies more frequently and for longer periods of time with reduced levels of using feeding bottles and feed their babies less water in the first 6 months.

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

Financial Disclosure: No financial support was received.

REFERENCES

1. Breastfeeding. www.who.int/topics/breastfeeding/en Date of access: 22.06.2018
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms and lifelong effect. *The Lancet*, 2016;387:475-490.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Türkiye: Elma Teknik Basım Matbaacılık, 2009, pp:171-178.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara, Türkiye: Elma Teknik Basım Matbaacılık, 2014, pp:175-223.
5. Guise JM, Palda V, Westhoff C, et al. The Effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. *Ann Fam Med* 2003;1:70-80.
6. Kutlu R, Kara F, Durduran Y, Marakoglu K, Civi S. Assessment of effects of pre- and post-training programme for healthcare professionals about breastfeeding. *J Health Popul Nutr.* 2007;25(3):382-6.
7. Ryan AS, Wenjun Z, Acosta A. Breastfeeding continues to increase into the New Millennium. *Pediatrics* 2002;110:1103-1109.
8. TC. Sağlık Bakanlığı Eğitimciler için Eğitim Rehberi, Beslenme Modülleri, Gebelik ve Emzilik Döneminde Beslenme, Ankara, 2008, pp:39-57.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı AÇS/AP Genel Müdürlüğü, UNICEF, Emzirme Danışmanlığı El Kitabı, Ankara: Tisamat Basım. 2008, pp:5-37.
10. Betrini G, Perugi S, Dani C, et al. Maternal education and the incidence and duration of breastfeeding: A prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37:447-452.
11. Forster D, McLachlan H, Lumley J, et al. Attachment to the breast and family attitudes to breastfeeding. The effect of breastfeeding education in the middle of pregnancy on the initiation and duration of breastfeeding: a randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2003;3:1-12.
12. Sheehan A, Schmied V, Cooke M. Australian women's stories of their baby-feeding decisions in pregnancy. *Midwifery* 2003;19(4):259-66.
13. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. *BMC Public Health* 2011;11(3):24.
14. Sharma IK, Byrne A. Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia. *Int Breastfeed J* 2016;11(1): 17.
15. Li R, Darling N, Maurice E, Barker L. Breastfeeding rates in The United States by characteristics of the child, mother, or family. The 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics*, 2005; 11: 31-7.
16. Dashti M, Scott JA, Edwards CA, Al-Sughayer M. Predictors of breastfeeding duration among women in Kuwait: results of a prospective cohort study. *Nutrients.* 2014;6:711-728.
17. Maternal and perinatal health. www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/csstatement/en/ Date of access 11.07.2018
18. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr.* 2012;95(5):1113-35.
19. Erbil N, Oral D. Doğum şeklinin emzirme tutumu üzerine etkisi. Ankara: Kök Yayıncılık, pp:255, 2005.
20. Köksal G, Gökmen H. Anne sütü ve emzirme. Köksal G, (editör). Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. 1. baskı. Ankara: Hatiboğlu Yayınevi; 2000, s:31-66.
21. Haque MF, Hussain M, Sarkar AK, et al. Breastfeeding counselling and its effect on the prevalence of exclusive breast-feeding. *J Health Popul Nutr.* 2002;20:312-316.
22. Fikre FF, Ali TS, Duracher JM, et al. Newborn care practices in low socioeconomic

- settlements of Karachi, Pakistan. *Social Sciences and Medicine*, 2005;60:911-921.
23. Giray H. Anne sütüyle beslenme. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2004;13:12-15.
24. Kaya D, Pirinççi E. 0-24 aylık çocuğu olan annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi ve uygulamalar. *TAF Prev Med Bull* 2009; 8(6):479-484
25. Şahan H. 0-24 aylık bebeği olan annelerin anne sütü ve emzirme konusunda bilgi, tutum ve davranışları, Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Kayseri, ss:15-25, 2008.
26. World Health Organization. Infant and young child feeding Model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals. Fransa, WHO press; pp:37-51, 2009.
27. Donath SM, Amir LH. Breastfeeding and the introduction of solids in Australian infants: Data from the 2001 National Health Survey. *Aust N Z J Public Health* 2005;29:171-175.
28. Lande B, Andersen LF, Baerug A, et al. Infant feeding practices and associated factors in first six months of life: The Nonvegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr* 2003;92:152-161.
29. Betrini G, Perugi S, Dani C, et al. Maternal education and the incidence and duration of breastfeeding: A prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37:447-452.
30. Breastfeeding Rates. www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/results.html. Date of access 25.06.2018
31. Aksu H, Küçük M, Düzgün G. The effect of postnatal breastfeeding education/support offered at home 3 days after delivery on breastfeeding duration and knowledge: A randomized trial. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011;24:354-361.
32. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(467):3-13.
33. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, Oakes D, Lawrence RA. Randomized Clinical Trial of Pacifier use and Bottle-Feeding or Cup feeding and Their Effect on Breastfeeding. *Pediatrics*, 2003;111: 511-518.
34. Gümüstakım RS, Aksoy HD, Cebeci SE, Kanuncu S, Çakır L, Yavuz E, 0-2 yaş çocuklarda beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi: Çok merkezli çalışma. *Fam Pract Palliat Care*. 2017;2(1):1-8
35. Yılmazbaş P, Kural B, Uslu A, Sezer GM, Gökçay G. Annelerin gözünden ek besinlere başlama nedenleri ve annelerin mamalar hakkındaki düşünceleri. *İst Tıp Fak Derg* 2015; 78: 3
36. Collins CT, Ryan P, Crowther CA, et al. Effect of bottles, cups, and dummies on breastfeeding in preterm infants: a randomised controlled trial. *BMJ* 2004;379:193-198.



Effect of Follow-Up Visit Frequencies on Weight Lost: A Historical Cohort Study

İzlem Sıklığının Kilo Kaybı Üzerine Etkisi: Bir Retrospektif Kohort Çalışması

Elif Ateş^{1*}, Turan Set², Gamze Dur³

ABSTRACT

Aim/Background: Obesity is an important problem facing healthcare givers. Obesity care requires a comprehensive approach including diet, exercise, frequent visits and counseling. Guidelines recommend frequent follow-up visits in the first three months. However, some patients fail to attend regularly. This study was intended to examine differences in body mass index (BMI) and body fat percentage (BFP) after weight loss among overweight subjects with regular and irregular follow-up attendance. **Methods:** We designed a historical cohort study involving patients with BMI of ≥ 25 kg/m². Decreases in BMI and BFP between regular follow-up and irregular follow-up groups were evaluated at the end of three months. **Results:** 186 patients, 156 women (83.9%) and 30 men (16.1%), with a mean age of 37.8 ± 12.0 years, met the inclusion criteria. One hundred twenty-seven patients (68.3%) attended regular follow-ups and 59 patients (31.7%) attended irregularly. Significant differences were found in BMI and fat percentages between the first visit and at the end of the 3rd month in both groups ($p < 0.001$). The differences in the decreases in BMI and BFP between the two groups were significant ($p < 0.001$). **Conclusion:** Statistically significant differences were found between the regular and irregular follow-up groups in terms of decreases in BMI and fat percentages. Although regular follow-up of obese patients is recommended, even patients attending only irregularly can achieve significant weight loss.

Key words: Body fat distribution, body mass index, electric impedance, obesity, overweight

ÖZET

Amaç: Obezite sağlık hizmeti verenlerin karşılaştığı önemli bir sorundur. Obezite bakımı; diyet, egzersiz, sık izlem ve danışmanlığı içeren kapsamlı bir yaklaşım gerektirir. Kılavuzlar ilk üç ayda sık takip ziyaretleri yapılmasını önermektedir. Ancak, bazı hastalar takiplere düzenli olarak katılmamaktadır. Bu çalışma, düzenli ve düzensiz izlem sıklığına sahip olan fazla kilolu bireyler arasında, kilo verdikten sonra beden kitle indeksi (BKİ) ve vücut yağ yüzdesi (BFP) arasındaki farkları incelemeyi amaçlamıştır. **Yöntem:** BKİ ≥ 25 kg / m² olan hastaları içeren bir retrospektif kohort çalışması tasarladık. Düzenli ve düzensiz takip grupları arasında, BKİ ve BFP' de düşüş, üç ayın sonunda değerlendirildi. **Bulgular:** Dahil etme kriterlerini karşılayan 186 hastanın, 156'sı kadın (% 83,9) ve 30'u erkek (% 16,1), yaş ortalaması $37,8 \pm 12,0$ yıl idi. Takiplere 127 hasta (% 68,3) düzenli, 59 hasta (% 31,7) düzensiz olarak katılmıştı. Her iki grupta da ilk ziyaret ve 3. ay sonunda BKİ ve yağ yüzdelinde anlamlı farklılıklar gözlemlendi ($p < 0,001$). İki grup arasında BKİ ve BFP'deki azalmadaki farklar anlamlıydı ($p < 0,001$). **Sonuç:** Düzenli ve düzensiz takip grupları arasında BKİ'deki ve yağ yüzdeleri açısından azalmalarda istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar gözlemlendi. Her ne kadar obez hastaların düzenli olarak izlenmesi önerilse de, düzensiz takipli hastalar bile anlamlı kilo verebilirler.

Anahtar kelimeler: Vücut yağ dağılımı, vücut kitle indeksi, elektrik empedansı, obezite, fazla kiloluluk

Received Date: 23.01.2019, **Accepted Date:** 26.02.2019

¹Karadeniz Technical University Faculty of Medicine Department of Family Medicine

²Karadeniz Technical University Faculty of Medicine Department of Family Medicine

³General Directorate of Health Services, Ministry of Health, Republic of Turkey

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Elif Ateş, Karadeniz Technical University Faculty Of Medicine Department Of Family Medicine

E-mail: drealtunbas@yahoo.com

Ateş E, Set T, Dur G. Effect of Follow-Up Visit Frequencies on Weight Lost: A Historical Cohort Study. TJFMPC, 2019; 13(2): 191-195.

DOI: 10.21763/tjfm.569836

INTRODUCTION

The prevalence of chronic illnesses is increasing as the global population ages. Obesity is a particularly difficult problem, which occupies much of healthcare providers' time. Many procedures have been tested for the treatment of obese patients, in addition to innovative approaches as the use of serious digital games.¹ Obesity follow-up requires a comprehensive approach including rules concerning diet, motivating people to take exercise, behavioral interventions, and the provision of surgery for indicated patients.^{2,3}

Individuals with a body mass index (BMI) equal to or greater than 25 are defined as overweight, with those with BMI of 30 or more are defined as obese, according to the 2016 World Health Organization BMI Classification.⁴ The easiest way to assess overweight is to measure BMI, but BMI does not differentiate body fat. Obesity involves an increase in body fat. The follow-up of obesity should therefore also include body fat levels. Bioelectrical impedance analysis (BIA) can be used to determine body composition.^{4,5}

Ideally, regular follow-ups are recommended in order to lose weight.⁶ However, we observed that many of our patients failed to attend regular check-ups. If follow-up regularity as recommended in guidelines is related to get success on weight loss, we expect people attending irregularly could not have a significant decrease at BMI and body fat percentages (BFP).⁶ We wished to compare regular and irregular follow-up status in our patients. This study was intended to examine differences in BMI and BFP after weight loss among overweight subjects with regular and irregular follow-up attendance.

SUBJECTS AND METHODS

Study design

This historical cohort study was designed in a family medicine clinic which is specialized in obesity treatment at Karadeniz Technical University Medical Faculty, in Trabzon, Turkey. The data which has been collected between May 2014 and June 2016 were included in the study.

Selection of study subjects

Patients with age of ≥ 18 , BMI of ≥ 25 kg/m² who attended our clinic with a desire to lose weight and have data for initial and third-month follow-up visits were included in the study. We excluded patients who have a pregnancy, endogenous obesity and referred to obesity surgery. Patients attending at least one visit every month for three months were defined as the "regular follow-up group". Patients attending fewer visits than the regular group, between the initial and third follow-up visits were defined as the "irregular follow-up group". The regular follow-up group consisted of 127 patients and the irregular follow-up group of 59. There were 186 patients' data totally in the study.

Outcomes

We noted patients' descriptive characteristics, follow-up status, BMI and BFP measured during each visit using a bio-impedance body composition analyzer (Tanita BC-418MA; Tanita Corp., Tokyo, Japan) from follow-up files. Follow-up files consisted of patient descriptive characteristics, diet and exercise behaviors, physical examination and laboratory findings and notes about counseling at all control visits. Both groups received the same counseling. During counseling, we advised patients to reduce their intake of refined carbohydrates and sugar, to lower their calorie intake than daily needs, to exercise regularly as brisk walking for 150 minutes per week, to take fluid approximately 2.5 liters per day and to chew each mouthful of food several times.

Analysis

Statistical analyses were performed on Statistical Package for the Social Sciences version 18.0 software. We analyzed patients' characteristics using descriptive statistics and frequency tables. Pearson's chi-square test was used to assess the presence of any difference between the regular and irregular follow-up groups in terms of gender. The paired samples t-tests was used to compare differences in BMI and body fat percentages between the first visit and at the end of three months for the regular and irregular follow-up groups. Differences in percentage decreases in BMI and body fat percentages for both groups were compared using the independent samples t-tests. P values < 0.05 were considered statistically significant.

RESULTS

One hundred eighty-six patients, 156 women (83.9%) and 30 men (16.1%), with a mean age of 37.8 ± 12.0 years, met the inclusion criteria. The mean BMI value for the entire patient group was 34.1 ± 7.0 . One hundred twenty-seven patients (68.3%) attended regular follow-ups and 59 patients (31.7%) attended irregularly. While the median of regular group was 5 (min 4 - max 7); it was 2 (min 2 - max 5) for the irregular group. As shown in Table 1, there was no difference between the two groups in terms of baseline characteristics ($p > 0.05$).

There was no significant difference between the regular and irregular follow-up groups in terms of gender ($p = 0.516$).

As shown in table 2, significant differences were found in BMI and fat percentages between the first visit and the end of the third month in both groups ($p < 0.001$).

The decrease in BMI of 2.1 kg/m^2 was found in the regular follow-up group and of 1.1 kg/m^2 in the irregular follow-up group. A decrease in fat percentage of 2.5 was determined in the regular follow-up group and of 1.5 in the irregular group. As shown in table 2, the differences in the decreases in BMI and fat percentage between the two groups were statistically significant ($p < 0.001$).

	Regular follow-up	Irregular follow-up	p values
Age – years*	36.8 ± 12.3	39.8 ± 10.9	0.103
BMI - kg/m ² *	34.7 ± 7.5	32.7 ± 5.5	0.067
Fat percentage %*	38.6 ± 8.3	38.1 ± 7.3	0.655

*(mean \pm SD)

	Regular follow-up group					Irregular follow-up group					p
	First	Third month	95% CI for the difference		p	First	Third month	95% CI for the difference		p	
			Lower	Upper				Lower	Upper		
BMI kg/m ²	34.7 ± 7.5	32.5 ± 7.3	1.9	2.4	<0.001	32.7 ± 5.5	31.5 ± 5.0	0.7	1.5	<0.001	
Fat percentage %	38.6 ± 8.3	36.0 ± 8.8	2.1	2.9	<0.001	38.1 ± 7.3	36.6 ± 7.4	0.9	2	<0.001	
Decrease at BMI kg/m ² *	$2.1 \pm 1.5 (6.3)$					$1.1 \pm 1.6 (3.2)$					<0.001
Decrease at BFP %*	$2.5 \pm 2.3 (7.1)$					$1.4 \pm 2.1 (4.0)$					0.004

CI: Confidence Interval

BMI: Body Mass Index

BFP: Body Fat Percentage

*Decrease at the end of 3rd month [Mean \pm SD (%)]

DISCUSSION

Statistically significant differences were found between the regular follow-up and irregular follow-up groups in terms of decreases in BMI and fat percentages. Significant decreases in BMI and body fat percentages were also found between baseline and the third month in the irregular follow-up group.

The regular follow-up rate in our study was approximately 70%. The US Preventive Services Task Force (USPSTF) recommends a follow-up frequency of once a week in the first month, every other week for the next four months, and monthly thereafter.⁷ In our daily practice at our clinic, we advise our patients to attend for a check-up once every 15 days, although in this study we defined regular follow-up as one visit a month.

When we compare the decrease in BMI with the literature; one study reported a mean decrease of 1 kilo with quarterly follow-ups at the end of 12 months.⁸ Our results appear better than this after only three months. This may be because we obtained these findings in three months, and the best results are known to be achieved at the beginning of the weight loss period. As the number of patients with longer follow-up was not sufficient in our study, patients with a follow-up of 3 months were taken into the study.

Compared with the irregular group, the decreases in BMI and body fat were significantly higher in the regular follow-up group. In one study evaluating the effectiveness of using medical assistants (MA), the control group received quarterly primary care provider visits and weight loss materials, while the study group received brief counseling during eight visits from an MA over six months. The control group lost 0.9 ± 0.6 kg ($1.0 \pm 0.7\%$ of initial weight) and the brief counseling group lost 4.4 ± 0.6 kg ($5.1 \pm 0.7\%$).⁹ In accordance with guidelines, we recommend frequent and regular visits, especially in the first three months of follow-up.

Most previous studies have compared procedures involving quarterly routine care, additional brief counseling with MAs and medical treatment. One systematic review concluded that one visit per month or fewer in primary care was not effective for weight loss.^{10,11} Another study of obese adults compared the effectiveness of routine care, consisting of quarterly primary care provider visits (including information concerning weight management), with brief lifestyle counseling, consisting of routine care combined with lifestyle

coaches providing brief monthly sessions about behavioral weight control and enhanced brief lifestyle counseling (plus meal replacement or medication). Mean weight loss values following routine care, brief lifestyle counseling, and enhanced brief lifestyle counseling were 1.7 ± 0.7 , 2.9 ± 0.7 , and 4.6 ± 0.7 kg, respectively, at the end of two years.¹²

Significant differences in BMI and body fat percentages indicates that even if patients attended follow-up only irregularly, they still exhibited statistically significant levels of weight and fat loss by the end of the third month. Our research suggests that even irregular follow-up is still effective. However, the decreases were significantly greater in the regular follow-up group than in the irregular group.

The strengths of the study

Our scan of the literature revealed no studies comparing regular and irregular follow-up visits over a three-month period. This represents a distinguishing feature of the present study.

The limitations of the study

The principal limitation of this study is a three-month follow-up period. Longer follow-up could give clearer results. However, we think that our results are important to give an opinion to show the influence of the follow-up visit frequencies. Another limitation is that we did not ask the reason why they could not attend regularly. Patients who are successful will like to show that; patients who are not may be embarrassed or are reluctant to have a conversation on their 'failure'. There should be a good idea to organize a qualitative study to find out the reasons for not attending.

CONCLUSION

Although regular follow-up of obese patients is recommended, even patients attending only irregularly can also lose significant amounts of weight. It is essential to monitor all overweight subjects in order to facilitate weight loss. However, further work is still needed to improve regular follow-up rates. Because of the high evidence value of the recommendations of the guidelines, we should still recommend frequent follow-up to our patients. We expect our results to be a guide in

counseling for obese individuals in family medicine practices.

Acknowledgement

Our study was previously presented as an oral presentation by us at the 6th International Trakya Family Medicine Congress in Edirne, Turkey, 2017.

Conflicts of interest

The authors state that they have no conflict of interest.

REFERENCES

1. Shiyko M, Hallinan S, Seif El-Nasr M, Subramanian S, Castaneda-Sceppa C. Effects of Playing a Serious Computer Game on Body Mass Index and Nutrition Knowledge in Women. *JMIR Serious Games* 2016; 4: 8. DOI:10.2196/games.4977.
2. Joslowski G, Halim J, Goletzke J, Gow M, Ho M, Louie JCY et al. Dietary glycemic load, insulin load, and weight loss in obese, insulin resistant adolescents: RESIST study. *Clin Nutr* 2015; 34: 89-94. DOI: 10.1016/j.clnu.2014.01.015.
3. Alfadda AA, Al-Dhwayan MM, Alharbi AA, Al Khudhair BK, Al Nozha OM, Al-Qahtani NM et al. The Saudi clinical practice guideline for the management of overweight and obesity in adults. *Saudi med j* 2016; 37:1151. DOI: 10.15537/smj.2016.10.14353.
4. Arroyo-Johnson C, Mincey KD. Obesity Epidemiology Worldwide. *Gastroenterol Clin North Am* 2016; 45: 571-9. *Gastroenterol Clin N Am* 45 (2016) 571-579. DOI: 10.1016/j.gtc.2016.07.012
5. Wan CS, Ward LC, Halim J, Glow ML, Ho M, Briody JN et al. Bioelectrical impedance analysis to estimate body composition, and change in adiposity, in overweight and obese adolescents: comparison with dual-energy x-ray absorptiometry. *Bmc Pediatr* 2014; 14.1: 249. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-249>.
6. Nakade M, Aiba N, Suda N, Morita A, Miyachi M, Sasaki S et al. Behavioral change during weight loss program and one-year follow-up: Saku Control Obesity Program (SCOP) in Japan. *Asia Pac J Clin Nutr* 2012; 21: 22-34. DOI:10.6133/apjcn.2012.21.1.04.
7. Ard J. Obesity in the US: what is the best role for primary care? *Brit Med J* 2015; 350: 7846. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g7846>.
8. Ockene IS, Hebert JR, Ockene JK, Saperia GM, Stanek E, Nicolosi R et al. Effect of physician-delivered nutrition counseling training and an office-support program on saturated fat intake, weight, and serum lipid measurements in a hyperlipidemic population: Worcester Area Trial for Counseling in Hyperlipidemia (WATCH). *Arch Intern Med* 1999; 159: 725-31. DOI:10.1001/archinte.159.7.725.
9. Tsai AG, Wadden TA, Rogers MA, Day SC, Moore RH, Islam BJ. A primary care intervention for weight loss: results of a randomized controlled pilot study. *Obesity* 2010; 18: 1614-8. <https://doi.org/10.1038/oby.2009.457>.
10. Tsai AG, Wadden TA. Treatment of obesity in primary care practice in the United States: a systematic review. *J Gen Intern Med* 2009; 24: 1073-9. DOI: 10.1007/s11606-009-1042-5.
11. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. *Circulation* 2014; 129 (Suppl 2): 102-38. DOI: 10.1016/j.jacc.2013.11.004.
12. Wadden TA, Volger S, Sarwer DB, Vetter ML, Tsai AG, Berkowitz RI, et al. A two-year randomized trial of obesity treatment in primary care practice. *New Engl J Med* 2011; 365: 1969-79. DOI: 10.1056/NEJMoa1109220



Examination of Factors Affecting to Secondary Traumatic Stress, Cynicism and Burnout in Healthcare Professionals

Sağlık Çalışanlarında İkincil Travmatik Stres, Sinizm ve Tükenmişliğe Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi

Levent B. Kıdak*¹, Günseli Yıldırım², İrfan Yurdabakan³

ABSTRACT

Introduction: Healthcare professionals who serve people experiencing trauma face threats such as secondary traumatic stress, cynicism and occupational burnout syndrome. The aim of this study is to examine the factors affecting to secondary traumatic stress, organizational cynicism and occupational burnout syndrome in healthcare professionals who serve people experiencing trauma. **Method:** This study, which examines the factors affecting to the secondary stress, cynicism and occupational burnout syndrome of healthcare professionals, is in the descriptive scanning model that is one of the general scanning methods. The secondary traumatic stress scale, organizational cynicism scale, Maslach burnout inventory, and socio-demographic information form have been used in the study. **Findings:** This study has shown that women healthcare professionals were more affected by secondary traumatic stress than men. It has been also determined that women experienced more cognitive cynicism and emotional exhaustion than men. **Conclusion:** The result of this study indicates that women healthcare professionals are more affected by secondary traumatic stress and cognitive cynicism. Similarly, in terms of emotional exhaustion, women healthcare professionals are more exhausted than men. Healthcare professionals who love their profession are less affected by secondary traumatic stress; they experience less cognitive, affective, and behavioral cynicism. This group is also less affected by emotional exhaustion and depersonalization.

Key words: Secondary traumatic stress, burnout, cynicism, healthcare professionals

ÖZET

Giriş: Travma yaşayan kişilere hizmet veren sağlık çalışanları, ikincil travmatik stres, sinizm ve mesleki tükenmişlik sendromu gibi tehditlerle karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu çalışma ile travma mağdurlarına hizmet veren sağlık çalışanlarında, ikincil travmatik stres, örgütsel sinizm ve mesleki tükenmişlik sendromuna etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stres, sinizm ve mesleki tükenmişlik etki eden faktörlerin incelendiği bu çalışma, genel tarama yöntemlerinden betimsel tarama modelindedir. Çalışmada İkincil Travmatik Stres Ölçeği, Örgütsel Sinizm Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Envanteri ve Sosyo-Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışma sonucunda, kadın sağlık çalışanların, erkeklerden daha çok ikincil travmatik stresten etkilendiği ortaya çıkmıştır. Ayrıca kadınların bilişsel sinizmi ve duygusal tükenmeyi erkeklerden daha çok yaşadığı belirlenmiştir. Mesleği sevmeye ve maddi sorun yaşama değişkenlerinin, ikincil travmatik stres, sinizm ve tükenmişlik sendromunu bazı boyutlarda etkilediği görülmüştür. **Sonuç:** Araştırma sonucunda, kadın sağlık çalışanlarının ikincil travmatik stresten ve bilişsel sinizmden daha fazla etkilenmektedirler. Benzer biçimde duygusal tükenme açısından, kadın sağlık çalışanları, erkeklerden daha fazla tükenme yaşamaktadırlar. Mesleklerini seven sağlık çalışanları ikincil travmatik stresten daha az etkilenmekte; bilişsel, duygusal ve davranışsal sinizmi daha az yaşamaktadırlar. Bu grup aynı zamanda duygusal tükenme ve duyarsızlaşmadan daha az etkilenmektedir.

Anahtar kelimeler: İkincil travmatik stres, tükenmişlik, sinizm, sağlık çalışanları

Received / Geliş tarihi: 19.07.2018, Accepted / Kabul tarihi: 06.03.2019

¹ Prof. Dr., MD, PhD., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, İzmir

¹ Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Fakültesi, İlköğretim Bölümü, İzmir

¹ Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Fakültesi Eğitimde Ölçme Değerlendirme ABD, İzmir.

Yazışma adresi/Correspondence address: Prof. Dr. Levent B. KIDAK, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü, İzmir

E-mail: leventkidak@gmail.com

Kıdak LB, Yıldırım G, Yurdabakan İ. Sağlık Çalışanlarında İkincil Travmatik Stres, Sinizm ve Tükenmişliğe Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. TJFMPC, 2019;13(2): 196-202.

DOI: 10.21763/tjfm.446111

GİRİŞ

Travma yaşayan kişilere hizmet sunan sağlık çalışanları, ikincil travmatik stres, sinizm ve mesleki tükenmişlik sendromu gibi tehditlerle karşı karşıya olma riski taşırlar. ¹ Travmatik yaşantılar, gerçek bir ölüm veya yaşamı yitirme tehdidinin olduğu, ağır yaralanma ya da fiziksel sağlığa yönelik bir tehdit oluşturan ve bireyin kendinin yaşadığı ya da şahit olduğu olaylardır. ² İşleri gereği travma mağdurlarıyla sıkça ilişki kuran çalışanlar, karşılaştıkları travmatik yaşam olaylarından dolayı olarak etkilenebilmektedirler. ³ Bu kişilerin yaşadığı dolaylı stres durumu, ikincil travmatik stres olarak adlandırılmaktadır. İkincil travmatik stres, doğrudan travmatik olay yaşayan kişi ya da kişilerle profesyonel bir ilişki içinde olarak, travmaya dolaylı maruz kalma olarak tanımlanmaktadır. ⁴ Bu sorun, çalışanların kişisel hayatları ve sosyal ilişkileri kadar, mesleki işlevselliklerini de olumsuz yönde etkileyebilir; nesnelliklerini ve karar verme yetilerini zayıflatabilmektedir. ^{5, 6, 7}

Sağlık çalışanlarını tehdit eden bir diğer unsur da örgütsel sinizm kavramıdır. Brandes'e ⁸ göre, sinizm, bireyin çalıştığı kuruma yönelik geliştirdiği, biliş duyuş ve davranış boyutlarını içeren olumsuz bir tutumdur. Bu tutum, çalışılan kurumda dürüst ve adil davranılmadığı, ayrımlar yapıldığına dair çalışanın kendi inancıdır. ⁹ Travmaya uğrayanlara hizmet veren sağlık çalışanlarını tehdit edebilen bir diğer kavram da tükenmişlik sendromudur. İlk kez Freudenberg ¹⁰ tarafından ortaya atılan tükenmişlik kavramı, genelde meslek stresinin bir türü ya da bir sendrom olarak ele alınmıştır, Maslach ve Jackson ¹¹ tükenmişliği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı algısı olarak tanımlamışlardır.

AMAÇ

Bu çalışmanın amacı, travma yaşayan kişilere hizmet veren sağlık çalışanlarında, ikincil travmatik stres, sinizm ve tükenmişlik sendromuna etki eden faktörlerin incelenmesidir. Bu nedenle şu sorulara yanıt aranmıştır:

1. İkincil travmatik stres, cinsiyet, mesleği sevme ve maddi kaygılar yaşama değişkenlerinden nasıl etkilenmektedir?
2. Örgütsel sinizm faktörü, cinsiyet, mesleği sevme ve maddi kaygılar yaşama ile nasıl etkilenme göstermektedir?
3. Mesleki tükenmişlik, cinsiyet, mesleği sevme ve maddi kaygılar yaşama ile nasıl etkilenmektedir?

YÖNTEM

Sağlık çalışanlarının, ikincil travmatik stres, sinizm ve tükenmişlik sendromuna etki eden faktörlerin

incelendiği bu çalışma, genel tarama yöntemlerinden betimsel tarama modelindedir. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu, var olduğu şekli ile betimlemeyi amaç edinen araştırmalar için uygun bir modeldir. ¹²

Evren ve Örneklem

Çalışma, İzmir'de Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan, acil, psikiyatri, yoğun bakım servislerinde görev yapan sağlık çalışanları ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya hastanenin psikiyatri, yoğun bakım ve acil servislerinde hizmet sunan 334 sağlık çalışanı katılmıştır. Örneklem seçiminde, amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. ¹²

Veri Toplama Araçları

Çalışmada İkincil Travmatik Stres Ölçeği, Örgütsel Sinizm Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Envanteri ve katılanların sosyo-demografik bilgilerini edinmek için, araştırmacılar tarafından geliştirilen bir anket kullanılmıştır.

İkincil Travmatik Stres Ölçeği

Bu çalışmada, Bride ¹³ tarafından oluşturulan ve Yıldırım, Kıdak ve Yurdabakan ¹⁴ tarafından uyarlama çalışması yapılan İkincil travmatik stres ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin, üç alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar, duygusal ihlal, kaçınma ve uyarılmışlıktır. Ölçeğin güvenilirlik katsayıları, toplam ölçek için $\alpha=0,91$ bulunmuştur. Duygusal ihlal, travmaya uğrayanların yaşadıklarının onunla yakın olan bireylerin duygularını istem dışı etkilemesidir. Uyarılmışlık, bireyin uykuya dalmada ya da uykuyu sürdürmede güçlük çekmesini, basit bir sese aşırı irkilme tepkisi göstermesini, içinde bulunduğu duruma uygun olmayan öfke patlamaları yaşamasını ifade eder. Kaçınma, yıkıcı yaşantısı olan bireyi ya da olayı çağrıştıran durumlarda kalp çarpıntısının artması, rahatsız edici rüyalar görme ve bireyi ya da olayı hatırlatan kişi, yer veya durumlardan uzaklaşmayı ifade etmektedir.

Örgütsel Sinizm Ölçeği (ÖSÖ)

Örgütsel Sinizm Ölçeği, Dean, Brandes ve Dharwadkar ¹⁵ tarafından geliştirilmiştir. Karacaoğlu ve İnce ¹⁶ tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarında, örgütsel sinizm ölçeğinin güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı ölçeğin tümü için 0,91dir. Ölçeğin, üç alt boyutu bulunmaktadır. Bilişsel boyut, çalışanın çalışılan kurumun dürüstlükten yoksun olduğuna ilişkin inancıdır. Duyuşsal boyut, çalışılan kuruma karşı olumsuz tutumları ve tepkilerinden oluşur. Davranışsal boyut, kuruma karşı olumsuz ve genellikle aşağılayıcı davranışlar gösterme eğilimi olarak tanımlanır.

Maslach Tükenmişlik Envanteri (MTE)

Maslach tükenmişlik envanteri, Maslach ve Jackson¹¹ tarafından geliştirilmiştir. Tükenmişlik envanterinden, duygusal tükenme (DT), duyarsızlaşma (D), kişisel başarı (KB) olmak üzere üç alt ölçüm elde edilmektedir. Duygusal tükenme, duygusal yönden yoğun bir çalışma temposu içinde bulunan bireyin zorlamalar sonucu ortaya çıkan bir tükenme durumudur. Duyarsızlaşma, çalışanın hizmet sunduğu kişilere karşı takındığı negatif, ilgisiz tutum ve duyguları tanımlamaktadır. Kişisel başarı, çalışanın iş yerindeki sorunların üstesinden başarı ile gelmesi ve kendini yeterli bulması olarak tanımlanmaktadır. Bu çalışmada, araştırmacı Girgin Yıldırım¹⁷ tarafından uyarlaması yapılan ölçek kullanılmıştır. Girgin Yıldırım, güvenilirlik

katsayısını duygusal tükenmişlik için 0,87, kişisel başarı için 0,74, duyarsızlaşma için 0,63 olarak belirlemiştir.

Sosyo-Demografik Bilgi Formu

Bu formda, katılımcıların cinsiyeti, yaşı ve mesleklerine bakışları gibi özelliklerini inceleyen sorular bulunmaktadır.

BULGULAR

Bu bölümde, araştırmanın bağımlı değişkenleri ikincil travmatik stres, sinizm ve tükenmişlik ile bağımsız değişkenler (Cinsiyet, mesleği sevme ve maddi kaygılar yaşama) arasındaki etkileşimler analiz edilmiştir.

Tablo 1. İkincil travmatik stres, sinizm ve tükenmişlik alt boyutlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

Ölçekler	Ölçek Boyutları	Cinsiyet	Ort	Ss	t	Önem düzeyi
İkincil Travmatik Stres	Duygusal İhlal	Kadın	17,7	5,3	2,7	,00**
		Erkek	16,1	5,5		
	Kaçınma	Kadın	13,3	5,1	3,3	,00**
		Erkek	11,5	4,5		
Uyarılmışlık	Kadın	9,5	3,0	2,9	,00**	
	Erkek	8,4	3,8			
Sinizm	Bilişsel Sinizm	Kadın	12,8	4,9	2,3	,01*
		Erkek	11,5	5,4		
	Duyuşsal Sinizm	Kadın	12,3	4,2	1,2	,2
		Erkek	11,6	5,1		
Davranışsal Sinizm	Kadın	11,7	4,1	1,8	,1	
	Erkek	10,8	4,4			
Tükenmişlik	Duygusal Tükenme	Kadın	27,4	7,8	3,9	,00**
		Erkek	23,8	8,8		
	Duyarsızlaşma	Kadın	12,3	4,2	1,0	,2
		Erkek	11,8	4,7		
Kişisel Başarı Algısı	Kadın	27,8	5,3	1,1	,2	
	Erkek	27,0	7,5			

Kadın: 197, Erkek: 137 * $p < .05$ ** $p < .01$

Tablo 1’de cinsiyete göre, ikincil travmatik stres, örgütsel sinizm ve mesleki tükenmişlik arasındaki farklılıklar test edilmiştir. Kadın sağlık çalışanların, ikinci travmatik stres ölçeğinden aldıkları puanlar, erkek çalışanlardan yüksek çıkmıştır. Örgütsel sinizmin alt ölçümleri incelendiğinde, kadınların bilişsel boyutta daha fazla sinizm yaşadıkları görülmektedir. Tükenmişlik alt ölçümlerinden duygusal tükenme ölçümünde de kadın çalışanların daha fazla sorun yaşadığı dikkati çekmiştir.

Mesleği sevme durumuna göre, ikincil travmatik stres ölçeğinin tüm alt ölçümleri arasında anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Duygusal ihlal, kaçınma ve uyarılmışlık alt ölçümleri açısından mesleğini sevmeyenlerin daha çok etkilendiği görülmektedir. Örgütsel sinizm ölçeğinin alt ölçümlerinin tümü ile mesleği sevme değişkeni arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar belirlenmiştir. Tükenmişlik alt boyutları ile mesleği sevme arasındaki etkileşimler incelendiğinde, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutlarında mesleğini sevmeyenlerin daha çok etkilendiği görülmektedir.

Tablo 2. İkincil travmatik stres, sinizm ve tükenmişlik alt boyutlarının mesleği sevme durumuna göre karşılaştırılması

Ölçekler	Ölçek Boyutları	İşi sevme	Ort	Ss	t	Önem düzeyi
İkincil Travmatik Stres	<i>Duygusal İhlal</i>	Evet	16,0	5,0	-6,8	,00**
		Hayır	20,5	5,4		
	<i>Kaçınma</i>	Evet	11,9	5,0	-4,4	,00**
		Hayır	14,7	4,2		
	<i>Uyarılmışlık</i>	Evet	8,8	3,2	-2,4	,01*
Hayır		9,8	3,9			
Sinizm	<i>Bilişsel Sinizm</i>	Evet	11,1	4,7	-8,0	,00**
		Hayır	16,1	4,7		
	<i>Duyuşsal Sinizm</i>	Evet	11,4	4,7	-4,5	,00**
		Hayır	14,0	3,4		
	<i>Davranışsal Sinizm</i>	Evet	10,6	4,2	-5,5	,00**
Hayır		13,6	3,4			
Tükenmişlik	<i>Duygusal Tükenme</i>	Evet	24,0	7,9	-8,1	,00**
		Hayır	32,1	7,0		
	<i>Duyarsızlaşma</i>	Evet	11,2	4,1	-6,8	,00**
		Hayır	14,9	4,0		
	<i>Kişisel Başarı Algısı</i>	Evet	27,6	6,5	,8	,4
Hayır		26,9	5,5			

Evet: 255 Hayır: 79 * $p < .05$ ** $p < .01$

Tablo 3. İkincil travmatik stres, sinizm ve tükenmişlik alt boyutlarının maddi sorun yaşama durumuna göre karşılaştırılması

Ölçekler	Ölçek Boyutları	Maddi sorun yaşama	Ort	Ss	t	Önem düzeyi
İkincil Travmatik Stres	<i>Duygusal İhlal</i>	Evet	17,6	5,6	2,7	,00**
		Hayır	15,7	4,8		
	<i>Kaçınma</i>	Evet	13,1	5,3	3,0	,00**
		Hayır	11,2	3,4		
	<i>Uyarılmışlık</i>	Evet	9,2	3,5	1,6	,1
Hayır		8,5	3,2			
Sinizm	<i>Bilişsel Sinizm</i>	Evet	12,8	5,2	2,9	,00**
		Hayır	10,9	4,9		
	<i>Duyuşsal Sinizm</i>	Evet	12,4	4,7	2,8	,00**
		Hayır	10,8	4,1		
	<i>Davranışsal Sinizm</i>	Evet	11,6	4,5	1,6	,1
Hayır		10,7	3,5			
Tükenmişlik	<i>Duygusal Tükenme</i>	Evet	26,4	8,4	1,8	,07
		Hayır	24,5	8,3		
	<i>Duyarsızlaşma</i>	Evet	12,2	4,5	1,0	,30
		Hayır	11,7	4,0		
	<i>Kişisel Başarı Algısı</i>	Evet	27,4	6,5	0,1	,99
Hayır		27,4	5,8			

Evet: 240, Hayır: 94 * $p < .05$ ** $p < .01$

Tablo 3'teki analiz sonuçlarına göre, ikincil travmatik stres alt ölçümlerinden duygusal ihlal ve kaçınmada maddi sorun yaşadıklarını belirtenlerin

daha yüksek puanlar aldığı gözlenmiştir. Benzer biçimde, örgütsel sinizm alt ölçümlerinden bilişsel ve duyuşsal sinizm yaşayanların maddi sorun yaşayanlar olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, sağlık alanında hizmet sunanların ikincil travmatik stres, örgütsel sinizm ve mesleki tükenmişlik düzeyleri bazı değişkenlere göre karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Cinsiyete göre, kadın sağlık çalışanların, ikinci travmatik stres ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde, erkek çalışanlardan daha fazla ikincil travmatik strese maruz kaldıkları gözlenmiştir. Baum'un¹⁸ yaptığı çalışmada, ikincil travmatik stresten kadınların daha fazla etkilendiği ortaya konulmuştur. Haksal¹⁹ ve Yeşil²⁰ tarafından acil servis ve poliklinik çalışanları ile yapılan iki araştırmada da, kadın katılımcıların travmatik stres belirtilerinin, erkek katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu çalışmada da, kadın çalışanların ikincil travmatik stresin tüm ölçümlerinde (Duygusal ihlal, kaçınma ve uyarılmışlık) erkeklerden daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Bu durumun nedeni, kadınların hassasiyetleri nedeniyle travmatik olaylardan daha fazla etkilenmeleri olarak düşünülmektedir.

Benzer biçimde, kadın çalışanların örgütsel sinizm alt ölçümlerinden bilişsel sinizmde, erkeklerden daha yüksek puanlar aldıkları saptanmıştır. Görmen²¹ tarafından 5 farklı örgütte görev yapan sağlık çalışanları üzerinde yapılan araştırmaya göre, kadın çalışanların sinizm düzeyi ortalamaları, erkek çalışanlara göre daha yüksek seviyede bulunmuştur. Tükenmişlik alt ölçümlerinden duygusal tükenmede de kadın sağlık çalışanlarının erkeklerden daha fazla tükenme yaşadıkları görülmüştür. Cinsiyete göre tükenmişlik incelendiğinde farklı sonuçlar ortaya çıktığı görülmektedir. Bazı çalışmalarda, bu araştırma sonuçlarına paralel bulgular elde edilmiştir.^{22,23}

Mesleği sevme değişkeninin ikincil travmatik stresi nasıl etkilediği araştırıldığında, ölçeğin duygusal ihlal, kaçınma ve uyarılmışlık boyutlarının tümünde mesleğini sevmeyenlerin daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir. Elde edilen sonuç, zor bir alanda çalışan sağlık çalışanlarının mesleğini sevmeyen yapmasının, ikincil travmatik stresi olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymaktadır.

Çalışma sonuçlarına göre, mesleği sevmeme faktörü, sinizmin tüm boyutlarını olumsuz yönde etkilemektedir. Bilişsel boyutta, sevmeyen işi yapanların, çalıştıkları kurumun adaletli davrandığına inanmadıkları bilinmektedir. Duyuşsal boyutta ise, kuruma yönelik olumsuz duygu ve tutumlar hissedilir. Davranışsal boyutta ise bireyler, kurumlarına karşı negatif ve genellikle aşağılayıcı davranışlar gösterme eğilimindedir. Mesleğini

sevmeyen kişi, bu memnuniyetsizliğini kurumuna yönlendirmekte ve adaletli bir çalışma ortamı olmadığına inanmaktadır. Mesleğini sevmeyenler, aynı zamanda kurumlarına karşı olumsuz tavırlar sergilemektedirler.

Mesleğini sevme faktörü, tükenmişlik alt ölçümlerinden duygusal tükenme ve duyarsızlaşmayı da olumsuz yönde etkilemektedir. Mesleğini sevmeyenler, mesleklerinin baskısını daha fazla hissederek duygusal olarak daha çok tükendiklerini hissetmektedirler. Benzer biçimde, bu kişiler hizmet verdikleri kişilere karşı daha fazla duyarsızlaşma yaşamaktadırlar. Mesleğini sevdiği için sürdürme ile tükenmişlik puanları karşılaştırıldığında; mesleklerini sadece maddi amaçla sürdürenlerde, duygusal tükenme puanları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Kırılmaz, Çelen ve Sarp'ın²⁴ çalışmalarında, öğretmenlik mesleğini yapma nedeni ile duyarsızlaşma ve duygusal tükenme düzeylerinde tükenmişlik düzeyini etkileyen bir değişkendir. Dolunay'ın²⁵ çalışmasında, üç alt boyutta da anlamlı farklar bulunmuştur. Cemaloğlu ve Şahin'in²⁶ yaptığı çalışmada ise, mesleğini isteyerek yapanların tüm tükenmişlik puanları, istemeden yapanlardan anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır. Girgin Yıldırım'ın²⁷ çalışmasında da mesleğini sevmeyenlerde duygusal tükenmenin diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Tüm bu çalışmalar, araştırmadan elde edilen sonuçları destekler niteliktedir.

Maddi sorun yaşadıklarını belirten sağlık çalışanlarının, ikincil travmatik stres ölçeğinin alt ölçümlerinden duygusal ihlal ve kaçınma boyutlarında daha yüksek puanlar aldıkları, yani daha çok bu sorunları yaşadıkları görülmüştür. Zorlu bir mesleği yürüten sağlık çalışanları, bunun yanında maddi sorunlar da yaşıyorsa, ikincil travmatik stresten daha fazla etkilenmektedirler. Yaptığı işin gelirinden memnun olan, ruh sağlığı alanında çalışanlarında daha az ikincil travma sendromu belirtilerine rastlandığı bilinmektedir.²⁸ Benzer biçimde maddi sorun yaşama ile bilişsel ve duyuşsal sinizm yaşama arasında etkileşimler belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda, sinizmi önlemek için maddi kaygıların önlenmesi gerektiği bilinmektedir.²⁹

Çalışmanın tüm sonuçları değerlendirildiğinde şu sonuçlar ortaya çıkmıştır:

1. Kadın sağlık çalışanları, ikincil travmatik stres sendromunu erkek çalışanlardan daha fazla yaşamaktadırlar. Kadınların bilişsel sinizmi, erkek çalışanlardan daha çok çıkmıştır. Benzer biçimde, travma yaşayanlara hizmet veren kadın çalışanlarda, tükenmişlik alt boyutlarından duygusal tükenmişlik daha çok görülmektedir.

2. Mesleğini sevmeyen sağlık çalışanlarında, mesleğini sevenlerden daha çok ikincil travmatik stres sendromu görülmüştür. Mesleğini sevmeyenler, örgütsel sinizmi sevenlerden daha fazla yaşamaktadırlar. Tükenmişlik sendromunun, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma boyutlarında da mesleğini sevmeyenler daha şanssızdır.

Maddi sorun yaşadığını belirten sağlık çalışanları, ikincil travmatik stresin duygusal ihlal ve kaçınma boyutlarından daha fazla etkilenmektedirler. Sinizm açısından da maddi sorun yaşayanlar, bilişsel ve duyuşsal sinizmi, maddi sorun yaşamayanlardan daha çok hissetmektedirler.

KAYNAKLAR

- Hesse A.R. Secondary trauma: how working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*, 2002; 30: 293-309.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) Çev. Ed. E Köroğlu, Ankara, Hekimler Yayın Birliği,1994, p. 93-94.
- Chamberlain, J. ve Miller M. K. Evidence of secondary traumatic stress, safety concerns, and burnout among a homogeneous group of judges in a single jurisdiction. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 2009; 37: 214-224.
- Bride BE, Robinson MM, Yegidis B ve ark. Development and validation of the secondary traumatic stress scale. *Research on Social Work Practice*,2004; 14 (1): 27-35.
- Figley C.R. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. in C. R. Figley (Eds.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* , New York: Brunner-Routledge, 1995.p.1-20.
- Baird, K ve Kracen, A.C. Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*,2006; 19 (2): 181- 188.
- Collins S ve Long A, Too tired to care? the psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2003; 10: 17-2.
- Brandes P.M. Organizational Cynicism: Its nature, Antecedents, and Consequences”. (Doktora Tezi). Cincinnati University, 1997. p.38-46.
- Bedian, A (2007). Even if the tower is ‘ivory’, it isn’t white: understanding the consequences of faculty cynicism. *Academy of Management Learning & Education*, 2007; 6(1): 9-32. doi:10.5465/AMLE.2007.24401700.
- Freudenberger, H.J. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*,1974; 30(1): 159-165.
- Maslach C ve Jackson S.E. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 1981; 2: 99-113.
- Karasar, N. Bilimsel Araştırma Yöntemi. Ankara, Nobel yayın Dağıtım, 2006. p.183.
- Bride, BE (2007) Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*,2007; 52 (1): 63-70.
- Yıldırım, Kıdak ve Yurdabakan İkincil Travmatik Stres Ölçeği Uyarlama çalışması, *Anadolu Psikiyatri Derg.*2018; 19(1): 45-51.
- Dean J.W. Brandes P. Dharwadkar R. Organizational cynicism. *Academy of Management Review*,1988; 23(2): 341-52.
- Karacaoğlu K ve İnce F. Brandes, Dharwadkar ve Dean’in (1999) Örgütsel Sinizm Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması: Kayseri Organize Sanayi Bölgesi Örneği. *Business and Economics Research Journal*, 2012; 3(3): 77 – 92.
- Girgin Yıldırım, G. İlkokul Öğretmenlerinde Meslekten Tükenmişliğin Gelişimini Etkileyen Değişkenlerin Analizi ve Bir Model Önerisi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1995. p. 57-58.
- Baum, N. Secondary traumatization in mental health professionals: a systematic review of gender findings. *Trauma Violence Abuse*,2016; 17(2): 221-35. doi: 10.1177/1524838015584357
- Haksal P. Acil servis personelinde görülen ikincil travmatik stres düzeyinin disosiyasyon düzeyi, sosyal destek algısı ve başa çıkma stratejileri açısından incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Psikoloji Bölümü, Ankara, 2007. p.67.
- Yeşil A. 112 Acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık çalışanlarında ruhsal travma ve ilişkili sorunların yaygınlığı. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, 2010. p.44.
- Görmen M. Örgüt kültürünün örgütsel sinizm tutumları üzerine etkisi ve bir uygulama. Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2012. p.103-105.
- Budak G ve Süregevil O. Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi*,2005; 20(2): 95-108.
- Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları, 22-25 Eylül 1992, Hacettepe Üniversitesi, VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk

- Psikologlar Derneği Yayını, Ankara. p. 143-154.
24. Kırılmaz A.Y, Çelen Ü, Sarp N. İlköğretimde çalışan bir öğretmen grubunda tükenmişlik durumu araştırması. İlköğretim Dergisi, 2003; 2(1): 2-9.
 25. Dolunay, A.B., Keçiören ilçesi “Genel liseler ve Teknik Ticaret ve Meslek liselerinde görevli öğretmenlerde tükenmişlik durumu” araştırması. Ankara Üniversitesi Tıp-Fak Mecmuası2002; 55(1), p. 51-62.
 26. Cemaloğlu N. ve Şahin D. Öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeylerinin farklı değişkenlere göre incelenmesi, Kastamonu Eğitim Dergisi, 2007; 15(2): 465-484.
 27. Girgin Yıldırım G. Öğretmenlerde tükenmişliğe etki eden faktörlerin araştırılması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi,2010; 9: 32-48.
 28. Rajeswari.H, Sreelekha, B. Secondary Traumatic Stress Among Nurses In A Tertiary Care Hospital, Indiana Journal of Applied Research, 2017; 7(4): 59-60.
 29. Andersson, L.M, Bateman, T.S. Cynicism in the Workplace: Some Causes and Effects, Journal of Organizational Behavior,1997; 18: 449 - 469.



DETERMINING THE PREVALENCE OF OBESITY AND THE EFFECTIVE RISK FACTORS IN ADOLESCENTS IN THE AGE GROUP OF 15-18 YEARS AT A SECONDARY SCHOOL

Bir Ortaöğretim Kurumundaki 15-18 Yaş Adölesanlarda Obezite Prevelansı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Burcu Aykanat Girgin^{*1}, Özlem Bulantekin Düzalan²

ÖZET

Amaç: Araştırma, Çankırı ilinde bir ortaöğretim okulundaki 15-18 yaş grubu adölesanlarda obezite prevelansını ve etkileyen risk faktörlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. **Yöntem:** Araştırma, Şubat-Nisan 2017 tarihleri arasında Çankırı ilindeki bir ortaöğretim kurumunda öğrenim gören 15-18 yaş grubundaki toplam 402 adölesan ile tanımlayıcı ve kesitsel olarak yürütüldü. Adölesanların vücut ağırlığı, boy uzunluğu ölçüldü ve beden kitle indeksleri hesaplandı. **Bulgular:** Araştırmada öğrencilerin % 16.7'sinin obez olduğu saptanmıştır. Obezite sıklığı; yüksek sosyoekonomik düzey, televizyon ve bilgisayar karşısında uzun süreli hareketsiz kalma, azalmış fiziksel aktivite, ailede obezite öyküsünün bulunması, hızlı yemek yeme ve diyet yapma ile ilişkili bulunmuştur ($p<0.05$). Öğrencilerin Beslenme Alışkanlıkları İndeksi'ne göre % 59.5'inin orta ve % 27.9'unun yüksek risk grubunda olduğu belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin beden kitle indeksi değerleri ile beslenme alışkanlıkları puanları arasında ise negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r=-0.406$; $p<0.001$). **Sonuç:** Araştırmada incelenen adölesanlarda obezite prevelansının yüksek olduğu belirlenmiştir. Adölesanlarda obezitenin önlenmesi ve yönetimi için sağlıklı beslenme ve düzenli fiziksel aktivitenin kazandırılmasına yönelik daha etkili halk sağlığı programlarının uygulanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Adölesan, obezite, prevelans, risk faktörleri

ABSTRACT

Aim: The study was conducted to determine the prevalence of obesity and the effective risk factors in adolescents in the age group of 15-18 years at a secondary school located in the province of Çankırı. **Methods:** This descriptive and cross-sectional study was conducted with a total of 402 adolescents in the age group of 15-18 years studying at a secondary school located in the province of Çankırı between February and April 2017. Body weights and heights of the adolescents were measured, and their body mass indexes were calculated. **Results:** It was determined in the study that 16.7% of the students were obese. The prevalence of obesity was found to be associated with a high socio-economic level, the long sedentary period in front of television and computer, decreased physical activity, family history of obesity, fast eating, and diet ($p<0.05$). According to the Eating Habits Index, 59.5% of the students were determined in moderate risk group; whereas, 27.9% were determined in the high-risk group. Additionally, a negative and significant correlation was found between body mass index values and eating habits scores of the students ($r=-0.406$; $p<0.001$). **Conclusion:** It was determined in the study that the obesity prevalence of the adolescents was high. It is recommended to implement more effective public health programs to acquire healthy nutrition and regular physical activity for management and prevention of obesity in adolescents.

Key words: Adolescent, obesity, prevalence, risk factors

Received Date:20.08. 2018, **Accepted Date:** 25.03. 2019

¹Sağlık Bilimleri University Faculty of Nursing

²Çankırı Karatekin University Faculty of Health Science

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Burcu Aykanat Girgin, Sağlık Bilimleri University Faculty of Nursing

E-mail: aykanat_87@hotmail.com

Girgin BA, Düzalan ÖB. Determining the Prevalence of Obesity and the Effective Risk Factors in Adolescents in the Age Group of 15-18 Years at a Secondary School.

TJFMPC, 2019;13(2):203-211.

DOI: 10.21763/tjfmpe.454771

INTRODUCTION

Obesity in children and adolescents is a common worldwide problem.^{1,2} In the developed countries, the prevalence of overweight and obesity in children and adolescents has increased 2-5 times for the last 20-30 years.³ It is stated that 12.7 million children and adolescents at the ages of 2-19 years are obese and the prevalence of obesity is 17% in the United States of America.⁴ It is reported that 23.1% of adolescents aged between 12-17 years are overweight or obese in Canada in 2014.⁵ The problem of obesity negatively affects both the developed countries and the developing countries.⁶ According to the results of the Turkey Nutrition and Health Survey (2010), 8.2% of the children and adolescents in the age group of 6-18 years are obese across the country.⁷

Childhood and adolescent obesity leads to an increase mortality and morbidity rates during adulthood period by causing diabetes and cardiovascular diseases,⁸ musculoskeletal disorders, and social problems.⁹ Due to the increasing prevalence of obesity in adolescents and the resulting problems, it has become a public health problem and this situation has started the efforts of fighting with obesity around the world. It is important to determine the factors associated with obesity and overweight in adolescents and to plan the necessary steps for the success of these efforts.^{3,10}

It is determined in the literature that obesity is a multidimensional problem and is affected by genetic and environmental factors.^{11,12} In the literature, these factors are stated as having the history of obese and overweight parents in the family,^{13,14} high socio-economic level of the family,¹⁵ inadequate physical activity and sedentary lifestyle,¹⁶ watching television and playing video games for a long period,^{14,16,17} dieting, the habit of skipping meals,¹³ and fast-food-like unhealthy nutrition.¹⁸ The prevalence of obesity in Turkey has been studied at different age groups. Although adolescent obesity leads to increase mortality and morbidity in adulthood, there is a limited number of studies determining the prevalence of obesity and the effective factors in 15-18-year-old adolescents. Therefore, the study was conducted to determine the prevalence of obesity and the effective risk factors in adolescents in the age group of 15-18 years old in Çankırı High School, Turkey.

METHODS

Study design

This study was conducted with descriptive and cross-sectional research design.

Study setting

According to the data of Çankırı Provincial Directorate of National Education, it was determined that Çankırı High School was the secondary education institution having the highest population providing education at high school level where the numbers of male and female students are similar. For this reason, this descriptive and cross-sectional study was conducted at Çankırı High School between February and April 2017. A total of 426 students are studying at the school where the study was conducted.

Study population

The population of the study consisted of all of 15-18 year-old students (N=426) studying in high school between February and April 2017. The inclusion criteria for the students were determined as follows; being voluntary to participate in the study, filling out the data collection forms completely, and not having any cardiovascular disease, diabetes, kidney disease, hypothyroidism, and mental health problem according to the students' self-report. It was planned to include 423 students meeting the inclusion criteria of the study. As a result, the study was completed with 402 students due to some reasons such as the failure of students to attend the school during the study, fill out the data collection forms completely, and be voluntary to participate in the study.

Data collection tools

Adolescent Information Form, Eating Habits Index, and Body Mass Index (BMI) Percentile were used as the data collection tools. A scaling device and a height meter were used to take the physical measurements.

The "Adolescent Information Form" involved a total of 29 questions on age and gender of the adolescents, educational status and occupation of their parents, socio-economic status of their families, smoking- alcohol status of the adolescents, health status of their families, and eating habits and status of adolescents. The students were asked to evaluate financial situation of their families for the classification of the socio-economic status in the questionnaire. In January 2017, The Confederation of Turkish Trade Unions (Türk-İş) reported that hunger threshold and poverty threshold for a family of four persons was 1479 TL and 4818 TL, respectively. Based on this information, 0-1479 TL is classified as low socioeconomic status, 1480-4818 TL as a middle socioeconomic status and 4819 TL and higher as high socioeconomic status.¹⁹ The students were asked to consider this classification while answering the question. Regular physical activity

was accepted as a moderate-intensity physical activity of 60 minutes every day (running, brisk walking, swimming, dancing, and cycling).²⁰ The students were asked to take this information into consideration while answering the question. Additionally, they were asked to evaluate and answer the eating speed on an individual basis.

The "Eating Habits Index" was developed by Demirezen (1999) and revised by Demirezen and Coşansu in 2005.²¹ The index with six items is a five-point Likert type scale and evaluates the eating habits of children and adolescents. In the scale, there are items like "I eat fatty and sugared foods, I add salt to my food, I drink coffee, coke, and tea more than three cups a day, I eat beef, mutton, and their products; salami, sausage, soujouk, etc. I eat from the menus sold outside like hamburger, french fries and pizza, I eat fruits, vegetable dishes, and meals with dry legumes such as cracked wheat or white bean, chickpeas, lentils, etc.". Each item is scored as "never (0 point), rarely (1 point), sometimes (2 points), often (3 points), and always (4 points). However, reverse scoring is made for the last item on the scale. According to the score obtained from the scale, eating habits of the students are classified as "0 point: no risk", "1-6 points: low risk", "7-12 points: medium risk", "13-18 points: high risk" and "19-24 points: very high risk."²¹ The Cronbach's alpha coefficient of the index in the present study was found as $\alpha = 0.76$.

The BMI percentile was calculated by dividing the body weight in kilograms into the height in square meter ($BMI = \text{kg}/\text{m}^2$)^{22,23} BMI percentile curves that were prepared by Bundak et al. in 2006 and adapted to healthy Turkish children aged between 6 and 18 years have been used in Turkey.²⁴ According to "Body Mass Index Percentile, the Body Mass Index less than 5 percentile is considered as underweight, BMI of 5-85 percentile as normal weight; BMI of 85-95 percentile as overweight; BMI of 95 percentile and higher as obese."^{22,24}

"Scale device and height meter: a measuring device with a sensitivity of 100 grams and 1-cm interval was used in order to measure the weight and height of the students.

Procedure

In order to prevent the difference between the applications, the data were collected only by the researchers. Before the data collection, the students were informed about the study in the class and their verbal and written consents were received and the parent consent form was delivered to the students who wanted to participate in the study. Then, an appropriate date and hour were determined together with the students and school administration in order

to collect the data. After obtaining the written consents of the parents, the students were asked to fill out the "Adolescent Information Form" and "Eating Habits Index" at a predetermined date and hour. It took 20 minutes to fill the forms by using the face-to-face interview method. Then, the physical measurements were performed. Before performing the physical measurements, the adolescent was asked to take off the clothes like a thick jacket and cardigan and also shoes. The scale device was placed on a flat surface and set to zero. The adolescents were asked to square their shoulders, keep their hands on the side, and hold their legs together without bending their knees. The value of kg read on the electronic display was recorded. When measuring the height, the distance from the adolescent's head to toe was measured and recorded during their height measurement. Body mass index of each student was calculated. Each student was classified as underweight, normal, overweight and obese by evaluating the measured BMI value according to the percentile chart.

Data analysis

The data were analyzed by using IBM SPSS Statistics 20 (IBM Corporation, Armonk, New York, USA). While the descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation) were used to analyze the data, chi-square test was used to compare quantitative data. Pearson Product-Moment Correlation analysis was performed to determine the correlation between the score of eating habits and body mass index. The results were evaluated at a confidence interval of 95% and significance level of $p < 0.05$.²⁵

Ethical considerations

In order to conduct the study, ethics committee approval was obtained from the Ethics Committee of Çankırı Karatekin University (2016-06/22.12.2016). Afterward, written institutional permission was received from the Provincial Directorate of National Education of Çankırı Governorate in order to obtain permission from the high school where the study was conducted (25371745/300/625536). The students were informed that participation in the study was based on volunteerism and attention would be paid to the principle of confidentiality. Written consents were obtained from the parents of the students who were voluntary to participate in the study.

RESULTS

Results on socio-demographic characteristics and the prevalence of obesity

When the socio-demographic characteristics and eating habits of the students were evaluated, it was determined that 51.7% of them were female, 53.2% had families with moderate socioeconomic status,

17.4% had the history of obesity in their families, 14.2% were dieting, 30.8% ate their meal at fast speed and 50.7% ate their meal at normal speed, 54.0% skipped breakfast during the day, and 70.4% did not do sports regularly. The average age of the students was 16 ± 1 , 64.4% had normal BMI value, 10.4% were overweight, and 16.7% were obese (Table 1).

Characteristics	n	%
gender		
Female	208	51.7
Male	194	48.3
Socio-economic status of the family		
High	174	43.3
Moderate	214	53.2
Low	14	3.5
History of obesity in the family		
Yes	70	17.4
No	332	82.6
Dieting		
Yes	57	14.2
No	345	85.8
Eating speed		
Slow	49	12.2
Normal	229	57.0
Fast	124	30.8
Regular sports		
Yes	119	29.6
No	283	70.4
Skipping meal		
Yes	217	54.0
No	185	46.0
BMI percentile		
Underweight	34	8.5
Normal	259	64.4
Overweight	42	10.4
Obese	67	16.7

Table 2. Comparison of underweight, normal weight, overweight, and obese status of the students according to some socio-demographic characteristics and eating habits

Characteristics	Underweight		Normal		Overweight		Obese		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Income level of the family										
High	11	6.3	90	51.7	18	10.3	55	31.6	111.2	0.0001
Middle	20	9.3	61	75.2	23	0.7	10	4.7		
Low	3	21.4	8	57.1	1	7.1	2	14.3		
Obese member in the family										
Yes	1	1.4	16	22.9	4	5.7	49	70.0	174.1	0.0001
No	33	9.9	243	73.2	38	11.4	18	5.4		
Diet										
Yes	0	0.0	11	19.3	10	17.5	36	63.2	115.9	0.0001
No	34	9.9	248	71.9	32	9.3	31	9.0		
Eating speed										
Slow	7	14.3	35	71.4	7	14.3	0	0.0	186.1	0.0001
Normal	19	8.3	186	81.2	24	10.5	0	0.0		
Fast	8	6.5	38	30.6	11	8.9	67	54.0		
Regular sports										
Yes	11	9.2	102	85.7	6	5.0	0	0.0	44.9	0.0001
No	23	8.1	157	55.5	36	12.7	67	23.7		
Sedentary tv/computer use										
1-2 hours	23	10.7	168	78.5	22	10.3	1	0.5	68.7	0.0001
3-5 hours	10	6.3	76	47.8	19	11.9	54	34.0		
6 hours and more	1	3.4	15	51.7	1	3.4	12	41.4		

* Chi-square test

	B	p	OR
Income level of the family (low, middle, high)	1.18	0.001	3.2
Obese member in the family (yes, no)	1.6	0.01	15.3
Eating speed (slow, normal, fast)	1.11	0.001	3.03
Regular sports (yes, no)	1.52	0.001	4.5

Evaluation of Body Mass Index of the Students based on their sociodemographic characteristics and eating habits

It was determined that the prevalence of obesity was statistically significantly higher in adolescents with a high socioeconomic level in their families compared to those with low and moderate socioeconomic level ($p<0.05$).

It was found that the prevalence of obesity was statistically significantly higher in adolescents spending sedentary time in front of a television or computer for 6 hours and more compared to those spending sedentary time in front of the television or computer for 1-2 hours and 3-5 hours ($p<0.05$). As the time spent by the adolescents in front of a television or computer increased, the prevalence of obesity increased.

Additionally, the prevalence of obesity was statistically significantly higher in adolescents having the history of obesity in their family than those having no history of obesity ($p<0.05$). There was a statistically significant relationship between body mass index and regular exercise and eating speed in adolescents ($p<0.05$). While obesity was not observed in adolescents who did sports regularly, 23.7% of adolescents who did not do sports regularly were obese. While obesity was not observed in adolescents eating at slow or normal speed, 54% of the adolescents eating fast were obese (Table 2).

The correlation between eating habits index and body mass index

Eating habits index mean score of the students was found to be 11 ± 3 . It was determined that 59.5% of the students had a medium risk level of eating habits, 27.9% had high-risk level, 9.5% had low-risk level, and 3.2% had a very high-risk level. A negative significant correlation was determined between BMI values and eating habit scores of the students ($r = -0.406$; $p < 0.001$).

Body mass index values and multivariate analysis of some variables

Values of body mass index were assessed with multiple regression analysis in terms of some

independent variables and the logistic regression analysis was implemented. Overweight and obesity were accepted as the dependent variable and the variables significantly accounting for overweight and obesity among independent variables were examined (Table 3). As the financial situation of the family progressed from low to high, the risk of obesity increased 3.2 times for the adolescent ($p<0.05$ OR=3.2). The risk of obesity of the adolescent increased 15.3 times with increasing prevalence of obesity in the family ($p<0.05$, OR=15.3). As eating speed of the adolescent increased, the risk of obesity increased 3.03 times ($p<0.05$, OR=3.03). As the rate of the adolescent not to do sports regularly increased, the risk of obesity increased by 4.5 times ($p<0.05$, OR=4.5).

DISCUSSION

The obesity in children and adolescents is a common worldwide problem.² Even though childhood obesity negatively affects mostly the developed countries, it has also become a major problem for developing countries.⁶

Although there is no national study investigating the prevalence of obesity in adolescents in Turkey, there are various local and regional studies. It has been determined in these studies that the obesity prevalence of adolescents varies between 2-8% and differs according to the regions, but it is lower compared to other European countries and the United States of America.^{14,15,26} The prevalence of obesity was found as 16.7% in the present study, which was high compared to prevalence rates in other regional studies, but it was similar with the prevalence of adolescent obesity in developed countries. This situation was thought to be associated with the fact that the age group of 12-18 years has been included in the sample in prevalence studies in Turkey and the age group of 15-18 years was included in the sample in the present study. In the meta-analysis study of 58 studies conducted in the age group of 5-19 years between 1990 and 2015 in Turkey, it was reported that the prevalence of obesity increased from 0.6 to 7.3%.²⁷ The results showed that obesity has become an important problem for Turkey and effective and applicable precautions should be taken.

It is stated that while low socioeconomic level causes obesity in developed and industrialized countries,²⁸ high socioeconomic level increases the prevalence of obesity in developing countries.^{15,29,30} It was determined in the present study that the adolescents having high socioeconomic level had a higher prevalence of obesity. This result is compatible with the results reported for developing countries (Table 2; Table 3). This result has shown that obesity is not only a medical and physiological problem but also an important public health problem affected by economic, social, and cultural factors.

It is stated in the literature that a sedentary lifestyle is related to obesity.^{14,31} In the study, the sedentary time adolescents spend in front of the television and the computer was found as 3.0 ± 2.0 hour. It was found in the present study that there was a significant relationship between the obesity and the sedentary time spent in front of television and computer and the prevalence of obesity increased with increasing sedentary time spent in front of TV and computer (Table 2). This result is compatible with the literature. It was thought that remaining sedentary in front of the television and the computer and sitting or having a snack-like eating habits during this time caused obesity by leading to an increase in adipose tissue in the body.

Reduced physical activity is an important risk factor for the development of obesity in adolescents.^{13,32} In the study conducted by Ercan et al. (2012) to investigate the prevalence of and reasons for obesity in adolescents aged 11-18 years, it was determined that 53.7% of the adolescents did not participate in any physical activity and those with normal body mass index did more regular physical activities compared to overweight and obese adolescents.¹⁴ In the present study, it was also determined that 70.4% of the adolescents did not do regular physical activities and obesity prevalence of adolescents who did not do regular physical activity was significantly higher compared to the adolescents who did regular activity (Table 2; Table 3) and this result is compatible with the literature.

Genetic predisposition plays an important role in the development of obesity.³³ In the related studies, the presence of obesity in any of the parents increases the prevalence of obesity in children and adolescents.^{11,13,14} Obesity prevalence of adolescents who had the history of an obese parent in their family was found to be significantly higher compared to the adolescents who did not have in the present study (Table 2; Table 3) and this result is compatible with the literature. This result was associated with the fact the role of the parents was effective in preparing foods and acquiring physical

activity habits by the adolescents in addition to the genetic predisposition.

It is stated in the literature that fast eating behavior is also effective in the development of obesity in adolescents.³⁴ It was also determined in the present study that the obesity prevalence of adolescents eating fast was significantly higher than adolescents eating at slow or normal speed (Table 2; Table 3) and this result is compatible with the literature. Rapid consumption of nutrients causes the accumulation of adipose tissue and obesity by increasing the development of adipose tissue cells in the body.^{35,36}

In the study conducted by Aktaş et al., (2015) to investigate the prevalence and reasons of adolescent obesity in 260 students, it was determined that 56.5% of the students were in the middle risk group and 30.8% were in high-risk group in terms of the scores of the eating habits index.³⁷ In the correlation analysis, a weak and negative significant correlation was determined between scores of eating habits index and BMI values. Similarly, it was also determined in the present study that 59.5% of the students had a medium risk of eating habits and 27.9% had a high risk. A negative and significant correlation was determined between BMI values and eating habit scores of the students ($r = -0.406$; $p < 0.001$). Adolescents' eating habits are among the main reasons for the development of obesity. Especially sugary-fatty foods and fast-food-style nutrition increases the risk of obesity.¹¹ However, unlike the literature, it was determined in the present study that there was a negative significant correlation between obesity and score of eating habits index and the risk score of obese adolescents for the eating habits index was lower. This result was associated with the fact obese adolescents tried to gain healthy eating habits by being aware of their body mass indexes. As a matter of fact, we found in the present study that the prevalence of obesity in adolescents who dieted was higher than those who did not, so obese adolescents were thought to try to perform the weight management. Consequently, it was found that the prevalence of obesity in the present study was higher compared to the prevalence of the other regional studies in Turkey, but it was similar with the prevalence of adolescent obesity in the developed countries. It was found that the factors like high socio-economic level, a sedentary lifestyle characterized by remaining as sedentary in front of television and computer, reduced physical activity, having a history of obesity in the family, fast eating habit and dieting were risky in Turkish adolescents. It is recommended to implement more effective public health programs for adolescents to gain regular physical activity and healthy eating for the prevention and management of obesity.

Limitation of the study

Since the study was conducted only in a high school, the results cannot be generalized to all adolescents.

Acknowledgement

The authors are grateful to all adolescents who participated in the study.

Conflict of interest

The authors declared no potential conflicts of interest about the research, authorship, and/or publication of this article.

REFERENCES

1. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA* 2014; 311 (8): 806-814.
2. Biswas T, Islam A, Islam MS, Pervin S, Rawal LB. Overweight and obesity among children and adolescents in Bangladesh: a systematic review and meta-analysis. *Public Health* 2017; 142(1): 94-101.
3. Kumar S, Kelly AS. Review of childhood obesity: from epidemiology, etiology, and comorbidities to clinical assessment and treatment. *Mayo Clin Proc* 2017; 92 (2): 251-265.
4. 4.Centers for Disease Control and Prevention. Childhood obesity facts, <https://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html>. Date accessed: 05.01.2019.
5. Statistics Canada. Overweight and obese youth, <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2015001/article/14186-eng.htm>. Date accessed: 05.01.2019.
6. Rachmi CN, Li M, Alison Baur L. Overweight and obesity in Indonesia: prevalence and risk factors-a literature review. *Public Health* 2017; 147(1): 20-29.
7. Republic of Turkey Ministry of Health General Directorate for Health Research.Turkey nutrition and health survey nutrition status and habits assessment final report 2010-2014, p. 12-14.
8. Skinner AC, Perrin EM, Moss LA, Skelton JA. Cardiometabolic risks and severity of obesity in children and young adults. *N Engl J Med*. 2015;373(14):1307-1317
9. Pomerantz WJ, Timm NL, Gittelman MA. Injury patterns in obese versus nonobese children presenting to a pediatric emergency department. *Pediatrics* 2010; 125(4): 681-685.
10. Hamaideh SH, Al-Khateeb RY, Al-Rawashed AB. Overweight and obesity and their correlates among Jordanian adolescents. *J Nurs Scholarsh* 2010; 42(4): 387-394.
11. Li Y, Zhai F, Yang X, Schouten EG, Hu X, He Y, et al. Determinants of childhood overweight and obesity in China. *Br J Nutr* 2007; 97(1): 210-215.
12. Yi X, Yin C, Chang M, Xiao Y. Prevalence and risk factors of obesity among school-aged children in Xi'an, China. *Eur J Pediatr* 2011; 171(2): 389-394.
13. Andegiorgish AK, Wang J, Zhang X, Liu X, Zhu H. Prevalence of overweight, obesity, and associated risk factors among school children and adolescents in Tianjin, China. *Eur J Pediatr* 2012; 171(4): 697-703.
14. Ercan S, Dallar YB, Önen S, Engiz Ö. Prevalence of obesity and associated risk factors among adolescents in Ankara, Turkey. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2012; 4(4): 204-207.
15. Dişçigil G, Tekin N, Söylemez A. Obesity in Turkish children and adolescents: prevalence and non-nutritional correlates in an urban sample. *Child Care Health Dev* 2009; 35(2): 153-158.
16. Chan JC, Malik V, Jia W, Kadowaki T, Yajnik CS, Yoon KH, et al. Diabetes in Asia, epidemiology, risk factors and pathophysiology. *JAMA* 2009; 301(20): 2129-2140.
17. Ji Cheng Y, Cheng Tusung O. Prevalence and geographic distribution of childhood obesity in China in 2005. *Int J Cardiol* 2008; 131(1): 1-8.
18. Singh A, Maheswari A, Sharma N, Anan K. Lifestyle associated risk factors in adolescents. *Indian J Pediatr* 2006; 73(10): 901-906.
19. Confederation of Turkish Trade Unions. <http://www.turkis.org.tr/ocak-2017-aclik-ve-yoksulluk-siniri-d1371>. Date accessed: 05.01.2019.
20. American College of Sports Medicine. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (9. Edition). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2013. p. 65-69.
21. Demirezen E, Coşansu G. Evaluating dietary pattern in adolescence. *Sted* 2005; 14(8): 174-178.
22. Kohn MR. Nutrition. In: Neinstein LS, editor. *Adolescent Health Care A Pratical Guide*. New York: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. P. 114-124.
23. Nihiser AJ, Lee SM, McKenna M, Odom E, Reinold C, Thompson D, et al. Body mass index measurement in schools. *J Sch Health* 2012;77(10):651-671.
24. Bundak R, Furman A, Gunoz H, Darendeliler F, Baş F, Neyzi O. Body mass index references for Turkish children. *Acta Pediatr* 2006;95(2):194-8.

25. Erol H. Analyzing data with SPSS program. Ankara, Nobel Publishing; 2010. p.45-49.
26. Arı Yuca S, Yılmaz C, Cesur Y, Doğan M, Kaya A, Başaranoğlu M. Prevalence of overweight and obesity in children and adolescents in eastern Turkey. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2010; 2(4): 159-163.
27. Alper Z, Ercan İ, Uncu Y. A meta-analysis and an evaluation of trends in obesity prevalence among children and adolescents in Turkey: 1990 through 2015. *J Clin Res Pediatr Endocrinol* 2018; 10(1): 59-67.
28. Wardle J, Brodersen NH, Cole TJ, Jarvis MJ, Boniface DR. Development of adiposity in adolescence: five year longitudinal study of an ethnically and socioeconomically diverse sample of young people in Britain. *BMJ* 2006; 332(1): 1130-1135.
29. Martinez ES, Allen B, Ortega CF, Torres-Mejia G, Galal O, Lazcano-Ponce E. Overweight and obesity status among adolescents from Mexico and Egypt. *Arch Med Res* 2006; 37(4): 535-542.
30. Şimşek E, Akpınar S, Bahçebaşı T, Şenses DA, Kocabay K. The prevalence of overweight and obese children aged 6-17 years in the West Black Sea region of Turkey. *Int J Clin Pract* 2008; 62(7): 1033-1038.
31. Özmert EN, Özdemir R, Pektaş A, Uçkardeş Y, Yurdakök K. Effect of activity and television viewing on BMI z-score in early adolescents in Turkey. *World J Pediatr* 2011; 7(1): 37-40.
32. Laurson KR, Eisenmann JC, Welk GJ, Wickel EE, Gentile DA, Walsh DA. Combined influence of physical activity and screen time recommendations on childhood overweight. *J Pediatr* 2008; 153(2): 209-214.
33. Burke V, Beilin LJ, Dunbar D. Family lifestyle and parental body mass index as predictors of body mass index in Australian children: a longitudinal study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001; 25(2): 147-157.
34. Süleiman A, Alboqai OK, Yasein N, El-Qudah JM, Bataineh MF, Obeidat BA. Prevalence of and factors associated with overweight and obesity among Jordan University students. *Int J Biol Sci* 2009; 9(7): 730-745.
35. Fredericka CB, Snellmana K, Putnama RD. Increasing socioeconomic disparities in adolescent obesity. *Proc Natl Acad Sci* 2013; 111(4): 1338-1342.
36. Kane JB, Frisco ML. Obesity, school obesity prevalence, and adolescent childbearing among U.S. young women. *Soc Sci Med* 2013; 88(1): 108-115.
37. Aktaş D, Öztürk FN, Kapan Y. Determination of the obesity prevalence and affecting risk factors, of eating habits among adolescents. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2015; 14(5): 406-412.



Original Research / Özgün Araştırma

Factors Affecting the Presence of Fever in Children Brought to the Emergency Department with Fever Complaint

Acil Servise Yüksek Ateş Yakınmasıyla Getirilen Çocuklarda Ateş Varlığı Üzerinde Etkili Olan Faktörler

Barış Karabulut¹, Kenan Topal^{1*}, Çiğdem Gereklioğlu² Hüseyin Aksoy¹, Ümit Çelik³

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to determine the knowledge, attitudes and behaviors of the parents of the children about fever who applied to the Pediatric Emergency Department with the complaints of fever, and to investigate the factors affecting fever in children. **Method:** This cross-sectional study included the parents of 509 children who were taken to Adana Numune Training and Research Hospital Pediatric Emergency Department with fever complaint between 01.06.2014 and 30.09.2014. Parents' demographic data was recorded. The knowledge, attitude and behavior of the mothers and fathers about the fever and the degree of fear from fever were investigated. Body temperature in admission was recorded. The chi-square test and Spearman correlation analyses were used to compare the factors affecting the fever in children. **Results:** The mean age of the children, mothers and fathers were 66.4±53.7 months, 32.3±6.5 years and 36.5±7 years respectively. Of the mothers 53.4% and of the fathers 45% were primary or secondary school graduates. Of the mothers 89.6% were housewives and of the fathers 91.9% had a regular job. Of the families 48.3% had a low income level. Body temperature measurements in admissions to the emergency department revealed that 365 (71.7%) children had a fever. And 22% of the mothers stated that they were extremely afraid of their children having a fever. The fear of fever was found to be significantly decreased as the education level of the mother increased (X² = 22.694, p = 0.030). Presence of the true fever in emergency department admission was positively correlated with the father's working status, maternal education level and high family income level (X²=7.148, p=0.008, X²=4.11, p= 0.043, X²=10.020, p=0.002, respectively). Additionally, the number of people living at home and the number of children at home were negatively correlated with true high temperature measurements in the emergency department (r= -0.103, p=0.020, r= -0.091, p=0.041, respectively). **Conclusion:** We found that rate of true fever cases in the emergency department was affected by the number of people and children living at home, the mother's educational status, the father's working status of and the average income level of the family. We hope that our findings will contribute to the studies being performed to prevent unnecessary admissions to pediatric emergency departments.

Key words: Fever, Children, Health Knowledge, Attitudes, Practice

ÖZET

Giriş: Çocuk Acil Servisine yüksek ateş yakınmasıyla başvuran çocukların anne babalarının ateşle ilgili bilgi, tutum ve davranışları belirlenerek çocuklarda gerçekten yüksek ateş varlığı üzerinde etkili olan faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu kesitsel çalışma, 1 Haziran 2014-30 Eylül 2014 tarihleri arasında Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisine yüksek ateş şikayeti ile başvuran 509 hastanın aileleri ile yapıldı. Ailelerin demografik veriler kaydedildi, anne babanın ateşle ilgili bilgi, tutum ve davranışları, ateş korkularının derecesi araştırıldı ve başvuru anında ateşin kaç derece olduğu kaydedildi. Çocukların ateşi gerçekten yüksek olması üzerine etkili olan faktörlerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi ve Spearman korelasyon analizi kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya alınan çocukların yaş ortalaması 66.4±53.7 ay, annelerin yaş ortalaması 32.3± 6.5 yıl ve babaların yaş ortalaması 36.5± 7 yıl idi. Annelerin %53.4'ü ve babaların ise %45'i ilköğretim ve ortaokul eğitimi almışlardı. Annelerin %89.6'sı çalışmayan ev hanımları iken babaların %91.9'unun düzenli bir işi vardı. Ailelerin %48.3'ü düşük gelir düzeyine sahipti. Çocuk Acil Servise yapılan ölçüm sonucu 365 (%71.7) çocuğun ateşi vardı. Annelerin %22.0'si çocuklarının ateşinin yükselmesinden çok fazla korktuklarını belirttiler. Ateş korkusunun annenin eğitim durumu arttıkça anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur (X²=22.694, p=0.030). Acil Servis başvurusunda çocuğun gerçekten ateşinin olması üzerinde babanın çalışma durumu, anne eğitim düzeyi ve ailenin gelir düzeyinin yüksek olması etkili bulunmuştur (sırasıyla X²=7.148, p=0.008, X²=4.11, p= 0.043, X²=10.020, p=0.002). Ayrıca evdeki yaşan kişi sayısı ve çocuk sayısı arttıkça acil servise ateşin gerçekten yüksek ölçülme oranının azaldığı görülmüştür (sırasıyla r= -0.103, p=0.020, r= -0.091, p=0.041). **Sonuç:** Acil servis başvurusunda ateşin gerçekten yüksek ölçülmesinin evde yaşayan kişi ve çocuk sayısından, annenin eğitim durumu, babanın çalışma durumu ve ailenin ortalama gelir düzeyinden etkilendiğini bulduk. Bulgularımızın çocuk acil servislerine gereksiz başvuruların önüne geçilmesi amacıyla yapılacak çalışmalara katkı sağlamasını umuyoruz.

Anahtar kelimeler: Ateş, Çocuklar, Sağlık bilgisi, Tutumlar, Uygulama

Received Date / Geliş Tarihi: 14.01.2019, Accepted Date / Kabul Tarihi: 26.03.2019

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, ADANA

² Başkent Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.

³ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, ADANA

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Kenan Topal, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, ADANA

E-mail: ktopal9@yahoo.com

Karabulut B, Topal K, Gereklioğlu Ç, Aksoy H, Çelik Ü. Acil Servise Yüksek Ateş Yakınmasıyla Getirilen Çocuklarda Ateş Varlığı Üzerinde Etkili Olan Faktörler. TJFMPC, 2019;13(2): 212-218. DOI: [10.21763/tjfm.569886](https://doi.org/10.21763/tjfm.569886)

GİRİŞ

Ateş, çocukluk çağı hastalıklarında sık görülen ve ebeveynler için en tedirgin edici şikâyetlerden biridir. Çocuklarda ateşli hastalıklar, birinci basamağa başvuruların %6-39'u, acil servise başvuruların ise %22'sini oluşturmaktadır. Çocukta, ateşle seyreden hastalıkların çoğunun nedeni enfeksiyöz temellidir ve kendi kendini sınırlayan enfeksiyonlardır.¹⁻⁴ Enfeksiyonlar ateşin en sık nedenlerinden biri olmakla birlikte, enfeksiyon dışı nedenlerle de ateş yükselbilmektedir. Örneğin romatolojik, inflamatuvar, immünolojik ve metabolik hastalıklar da çocuklarda ateşe neden olabilmektedir.^{5,6}

Enfeksiyon seyrinde vücut ısısının artması, konak immün yanıtının artmasına ve enfeksiyon etkeninin inhibisyonuna neden olarak faydalı olmaktadır. Ateşin yükselmesinin, fagositoz, lökosit migrasyonu, interferon üretimi ve lenfosit transformasyonu artışına neden olduğu gösterilmiştir.⁷⁻¹⁰ Bu nedenlerden dolayı, ateşin bir uyum cevabı olduğu ve bazı durumlar haricinde tedavi edilmemesi gerektiği bilinmektedir.⁵

Ateş, aileleri en fazla tedirgin eden semptomlardan biridir ve ilk kez 1980 yılında Schmitt tarafından 'ateş korkusu' (fever phobia) tanımlanmıştır. Bu kavram, ailelerin ateşin bir temele dayanmayan potansiyel zarar verici etkileri ile ilgili endişe ve yanlış fikirlerini kapsamaktadır.¹¹ Ateşin doğal bir savunma mekanizması olması ve bazı hastalıkların tanısı için gerekli bir uyarı olmasına karşın, aileler için önemli bir korku kaynağıdır. Yaşanan korkular paniğe ve zaman, zaman hatalı uygulamalar yapılmasına neden olabilir. Öte yandan ailelerin ateş hakkında bilgi, tutum ve davranışları farklılıklar göstermektedir. Ailelerin, sosyoekonomik, sosyodemografik durumlarıyla ateş hakkındaki korkuları, bilgi düzeyleri ve tutumları arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir.¹²⁻¹⁵

Yüksek ateş anında uygulanacak olan yanlış tutumlar, çocuklarda ölüme kadar giden komplikasyonlara neden olmaktadır. Ayrıca ülkemizde geleneksel uygulamaların sıklığı ve toplumun eğitim seviyesi de değerlendirilecek olursa, komplikasyon riskinin daha da artacağı düşünülebilir. Bu nedenle, ateş anında alınması gereken önlemler ve zamanında yapılacak girişimler büyük önem taşımaktadır. Diğer yandan, aileleri fazlasıyla endişelendiren ve acil servise başvuruların en az yarısını oluşturan neden ya da nedenlerden olan ateş, çoğunlukla hastane acil servislerinin gereksiz meşgul edilmesine de yol açmaktadır.¹⁶ Ebeveynlerin bilgi eksiklikleri ve yanlış anlayışları, sağlık bakımı alma davranışlarını etkilemektedir. Yüksek Ateş şikâyetiyle sağlık

kurumlarına başvuruların, sıklıkla birinci basamak sağlık kurumlarının atlanarak, doğrudan ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına yapıldığı gözlenmiştir.^{17, 18}

Bu çalışmada, bir eğitim ve araştırma hastanesi çocuk acil servisine, yüksek ateş yakınmasıyla başvuran çocukların ailelerinin, yüksek ateşle ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını, ayrıca yüksek ateş nedeniyle birinci basamakta aile hekimliği birimlerine başvuru durumlarını, eğer başvuruları varsa memnuniyet durumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu kesitsel çalışma, 1 Haziran 2014 ve 30 Eylül 2014 tarihleri arasında Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ANEAH) Çocuk Acil Servisi'ne ateş şikâyeti ile başvuran 509 hastanın aileleri üzerinde yapılmıştır. En başta, hasta çocukların çocuk acil servise ateşi ölçülerek kaydedilmiştir. Yapılandırılmış bir anket formu kullanılarak ebeveynlere, demografik verileri içeren 14 soru, çocuklarla ilgili 16 soru yöneltilmiştir. Ayrıca, çocukta ateş yüksekliği nedeniyle aile hekimine ve acil servise başvurusu ile ilgili 9 soru olmak üzere toplam 39 soru yöneltilmiştir. Son bölümde, eğer başvuru olmuşsa aile hekiminden memnuniyet ve acil servisten memnuniyet durumunu 5'li Likert tipi yanıtlanan (1. Hiç memnun değilim, 2. Biraz memnunum, 3. Orta derecede memnunum, 3. Çok memnunum, 5. Son derece memnunum) iki madde ile sorgulanmıştır. Araştırmada kullanılan formlar, hastalarla yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Araştırmaya, ateş şikâyeti ile başvuran tüm çocukların anketi katılmayı kabul eden ebeveynleri dahil edilmiştir. Anket sorularını, anlama ve yanıtlamada güçlük çeken anne-babalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Acil servise, ateş nedeniyle başvuran çocukların ateş ölçümlerinde 37.4°C ve altı değerlerde kaydedilenler 'ateş yok' grubuna, 37.5°C ve üstünde kaydedilenler 'ateş var' grubuna dahil edilmiştir. Beyana göre, ortalama hane geliri 800 ve altı TL geliri katılımcılar çok düşük, 800-1500 TL arası olanlar düşük, 1500-3000 TL geliri olanlar normal ve 3000 TL ve üstü geliri olanlar ise yüksek gelir düzeyine sahip olanlar diye sınıflandırılmıştır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için, Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Sosyodemografik özelliklerin frekans dağılımları verilmiştir. Ortalamalar standart sapma ile birlikte gösterilmiştir. Anne babanın, çocukta ateş yükselmesi nedeniyle yaşadıkları korkunun derecesi ile birinci basamağa ve hastane acil servisine başvurularındaki memnuniyetlerinin ortalama skorları test değeri 3.0 alınarak tek

örneklemler t testi karşılaştırılmıştır. Çocukların, acil servis başvurusunda ateşi olma durumuna göre anne babanın sosyodemografik verileri ve acil servisten memnuniyet düzeyi ile karşılaştırılması, Ki-Kare testi kullanılarak yapılmıştır. Acil serviste, çocuğun ateşinin doğru olarak yüksek ölçülme ve acilden memnuniyet oranları üzerinde etkili olan faktörleri test etmek için, Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Bu kesitsel çalışmaya, ANEAH Çocuk Acil Servisine yüksek ateş yakınması ile başvuran 509 çocuğun anne babası üzerinde yapılmıştır. Çocukların ortalama yaşı 66.4 ± 53.7 ay idi (en küçüğü 1 - en büyüğü 215 ay). Anne yaşı ortalama 32.3 ± 6.5 yıl, baba yaşı ortalama 32.6 ± 6.3 yıl idi. Annelerin %16.1'i (n=82) hiç formal eğitim almamış, %53.4'ü (n=272) ilkokul ve ortaokul mezunları, %30.5'i (n=155) ise lise ve üstü okuldan mezun olmuştur. Babaların %6.9'u (n=35) eğitim almayanlar, %45'i (n=229) ilkokul ve ortaokul, %48.1'i (n=245) lise ve üstü eğitim almışlardı. Annelerden %10.4'ü (53) çalışırken %89.6'sı (n=456) çalışmayan ev hanımlarıydı. Babaların %91.9'u (n=468) çalışmaktayken %8.1'i (n=41) çalışmayan işsizlerden oluşuyordu. Evdeki yaşayan ortalama kişi sayısı 4.7 ± 1.8 idi. Katılımcıların beyana göre ortalama hane gelir durumu %26.3'ü

(n=134) çok düşük, %48.3'ü (n=246) düşük, %18.7'i (n=95) orta ve %6.7'ü (n=34) yüksek gelir düzeyine sahipti.

Çocuk acil serviste yapılan ölçüm sonucu 144 (%28.3) çocuğun ateşi yoktu ($\leq 37.4^\circ\text{C}$), 365 (%71.7) çocuğun ise ateşi vardı ($\geq 37.5^\circ\text{C}$). Ebeveynlerin %57.8'i (n=294) çocuklarının ateşini koltuk altından ölçtüklerini, %49.5 (n=252) 38°C ve üstünü yüksek ateş olarak kabul ettiklerini, %48.9 (n=249) ateş yükselmesi durumunda ilk olarak giysilerini çıkarıp soğuk uygulama yaptıklarını, %28.7'si (n=146) ilk önce ateş düşürücü verdiğini ve %13.9'u (n=71) ise ilk önce doktora götürdüğünü belirtmiştir. 'Çocuğunuzun ateşinin yükselmesi sizi ne kadar endişelendirir ve korkutur?' sorusuna ise sadece %4.1 (n=21) kişi hiç korkutmaz derken %22.0'si (n=112) çok fazla korkarım diye belirtmişlerdir. Bu soruya verilen yanıtların ortalama skoru 3.43 ± 1.1 olarak belirlenmiş ve tek örneklemler t testinde test değeri 3'e göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır (t=8.578, p=0.000). Ayrıca ateş yükselmesi nedeniyle yaşanan endişe ve korkunun annenin eğitim durumu arttıkça anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur ($X^2=22.694$, p=0.030). Ebeveynlerin çocukta ateş yükselmesiyle ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını araştıran soruların şıklarının yanıtlanma sayısı ve oranları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Anne-babaların çocukların ateş yükselmesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları			
Çocukta ateş yükselmesi ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlar (n=509)		n	%
Ateşi nereden ölçersiniz?	Ağız içinden	3	6
	Koltuk altından	294	57.8
	Kulaktan	25	4.9
	Elle tahmin	187	36.5
Çocuğunuzun ateşi kaç derece üstü çıkarsa yüksek ateştir?	36.0°C	28	5.5
	37.0°C	182	35.8
	38.0°C	252	49.5
	39.0°C	47	9.2
Çocuğunuzun ateşinin yükselmesi sizi ne kadar endişelendirir ve korkutur?	Hiç korkutmaz	21	4.1
	Biraz korkutur	85	16.7
	Orta düzeyde korkarım	170	33.4
	Çok korkarım	121	23.8
Ateş yükselmesi durumunda ilk önce ne yaparsınız?	Çok fazla korkarım	112	22.0
	Giysilerini çıkarıp soğuk uygulamam	249	48.9
	Ateş düşürücü vermek	146	28.7
	Önce antibiyotik veririm	10	2.0
Soğuk uygulamayı nasıl yaparsınız?	Antibiyotik ve ateş düşürücü veririm	33	6.5
	Önce doktora götürürüm	71	13.9
	Soğuk uygulama yapmam	54	10.6
	Sadece başına uygulamam	49	9.6
	Sadece koltuk altına uygulamam	27	5.3
Evde ateş düşürücü verilmesi kararını kim verir?	Sadece elini yüzünü yıkarım	25	4.9
	Tüm vücuda ılık duş aldırırım	354	69.6
	Sadece anne	235	46.2
	Sadece baba	13	2.6
Ateş düşürücü ilacın dozunu nasıl belirlersiniz?	Anne-baba birlikte	254	49.9
	Evde bulunan diğer büyükler	7	1.4
	Kendim ayarlarım	48	9.4
	Prospektüse göre	70	13.8
Ateş düşürücü ilacın dozunu nasıl belirlersiniz?	Eczacı önerisine göre	301	59.1
	Doktorun önerisine göre	90	17.7

Anne babaların, %97.2'si (n=495) bir aile hekimine ortalama 4.2±1.4 yıldır kayıtlı olduklarını ve son bir yıl içinde çocukları için ortalama 4.9±3.4 kez aile hekimine başvurduklarını belirtmişlerdir. Anne

babaların %72.7'si (n=370) daha önce yüksek ateş nedeniyle aile hekimine başvurduklarını ve %27.3'ü (n=139) ise yüksek ateş nedeniyle aile hekimine hiç başvurmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 2. Anne babanın çocukta ateş yükselmesi nedeniyle birinci basamağa ve hastane acil servisine başvurusu ile ilgili memnuniyetlerinin ortama skorları

	Ort. Skor [±] ±SD	t*	p
Aile hekiminden genel başvuruda memnuniyet (n=495)	3.37±1.0	7.160	0.000 ^{††}
Aile hekiminden ateş için başvuruda memnuniyet (n=370)	3.09±1.1	1.499	0.135
Ateş için başvurularda acil servisten memnuniyet (n=509)	3.11±1.1	2.303	0.022 [†]

*1: En az, 5: En çok, **Tek örneklemli t testi kullanılmış, test değeri=3.0 olarak alınmıştır. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

Tablo 3. Çocukların acil servis başvurusunda ateşi olma durumuna göre anne babanın sosyodemografik verileri ve acil servisten memnuniyet düzeyi ile karşılaştırılması

Anne babanın sosyodemografik verileri		n	Ateşi yok* (≤37.4°C) n=144	Ateşi var (≥37.5°C) n=365	X ²	p
Anne eğitim düzeyi	Eğitim görmemiş	82	29 (%35.4)	53 (%64.6)	4.111**	0.043 [†]
	İlkokul	174	53 (%30.5)	121 (%69.5)		
	Ortaokul	98	25 (%25.5)	73 (%74.5)		
	Lise ve üstü	155	37 (%23.9)	118 (%76.1)		
Annenin çalışma durumu	Çalışıyor	53	11 (%20.8)	42 (%79.2)	1.653	0.199
	Çalışmıyor	456	133 (%29.2)	323 (%70.8)		
Baba eğitim düzeyi	Eğitim görmemiş	35	12 (%34.3)	23 (%65.7)	2.803	0.94
	İlkokul	119	35 (%29.4)	84 (%70.6)		
	Ortaokul	110	39 (%35.5)	71 (%64.5)		
	Lise ve üstü	245	58 (%23.7)	187 (%76.3)		
Babanın çalışma durumu	Çalışıyor	468	125 (%26.7)	343 (%73.3)	7.148	0.008 ^{††}
	Çalışmıyor	41	19 (%46.3)	22 (%53.7)		
Hane ortalama gelir düzeyi	800 TL altı	134	48 (%35.8)	86 (%64.2)	10.020**	0.002 ^{††}
	800-1500 TL	246	73 (%29.7)	173 (%70.3)		
	1500-3000 TL	95	17 (%17.9)	78 (%82.1)		
	3000 TL üstü	34	6 (%17.6)	28 (%82.4)		
Acil servisten memnuniyet	Hiç memnun değilim	39	25 (%64.1)	14 (%35.9)	48.933	0.000 ^{††}
	Biraz memnunum	114	47 (%41.2)	67 (%58.8)		
	Orta derecede memnunum	166	40 (%24.1)	126 (%75.9)		
	Çok memnunum	130	25 (%19.2)	105 (%80.8)		
	Son derece memnunum	60	7 (%11.7)	53 (%88.3)		

*Acil servis başvurusunda ateşi ≤37.4°C olanlar, ateşi ≥37.5°C olanlar. **Ki kare testi kullanılmıştır. Linear-by-Linear Association. [†]p<0.05, ^{††}p<0.01.

Tablo 4.Acil serviste doğru olarak ateşin yüksek ölçülme ve acilden memnuniyet oranları üzerinde etkili olan bazı faktörlerin analizi

		Evde yaşayan ortalama kişi sayısı	Ailenin çocuk sayısı	Anne eğitim durumu	Anne çalışma durumu	Baba eğitim durumu	Baba çalışma durumu	Evin ortalama geliri
Acil serviste ateş varlığı	r	-0.103*	-0,091*	0.090*	0.057	0.082	0.119**	0.142**
	p	0.020†	0,041†	0.042†	0.199	0.065	0.007††	0.001††
Acil servisten memnuniyet	r	-0.011	0,007	0.122**	0.013	0.054	0.079	0.087*
	p	0.799	0.868	0.006††	0.766	0.225	0.076	0.050†

*Korelasyon 0.05 düzeyinde (2 kuyruklu) önemlidir. **Korelasyon 0.01 düzeyinde (2 kuyruklu) önemlidir, r=Spearman korelasyon katsayısı, † $p<0.05$, †† $p<0.01$.

Anne babaların, %15,3'ü (n=78) aile hekimin yüksek ateş nedeniyle sadece ateş düşürücü ilaç, %9.4'ü (n=48) sadece antibiyotik, %32.6'sı (n=166) ateş düşürücü ve antibiyotik ilacı birlikte ve %15.3'ü (n=78) acil polikliniğe sevk önerdiğini belirtmişlerdir. Anne babaların, %13.7'si (n=67) ateş ilk çıktığında, %55.6'sı (n=283) kendileri denemelerine rağmen ateşi düşüremediklerinde ve %19.1'i (n=97) çocuğun genel durumun kötü olduğu için acil polikliniğe başvurduklarını belirtmişlerdir. Anne babanın, çocukta ateş yükselmesi nedeniyle birinci basamağa ve hastane acil servisine başvurusu ile ilgili memnuniyetlerinin ortalama skorları **Tablo 2'**de verilmiştir. Buna göre, aile hekiminden genel başvuruda memnuniyet durumunun ortalama skoru test değerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (t=7.160, p=0.000). Ancak, ateş nedeniyle başvuru durumundaki ortalama memnuniyet skoru (3.09±1.1) test değeri olan 3'e göre farklı bulunmamıştır (t=1.499, p=0.135). Ateş için başvurularda, acil servisten ortalama memnuniyet skoru (3.1±1.1) ise test değerine göre yüksek bulunmuştur (t=2.303, p=0.022), (Tablo 2).

Anne babanın eğitim durumları ve ailenin ortalama gelir düzeyine göre, acil servis başvurusunda çocukların ateşi olma durumuna göre karşılaştırıldığında, anne eğitim düzeyi ve ailenin gelir düzeyi arttıkça başvuruda ateşi olma oranı artıyorken, babanın eğitim durumu ile başvuruda ateş olma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tablo 3).

Yapılan korelasyon analizlerinde, evdeki yaşanan kişi sayısı arttıkça, acilde doğru olarak çocuğun ateşinin yüksek ölçülme oranının azaldığı, anne eğitim durumu arttıkça, acilde doğru olarak çocuğun ateşinin yüksek ölçülme ve acilden memnuniyet oranının arttığı, babanın çalışıyor olması ile acilde doğru olarak ateşin yüksek ölçülme oranının arttığı ve evin ortalama geliri arttıkça acilde doğru olarak çocuğun ateşinin yüksek ölçülme ve acilden memnuniyet oranının arttığı bulunmuştur. (Tablo 4).

TARTIŞMA

Acil servis başvurularında, travma dışı en yaygın sebeplerden biri olan ateş çocuklarda çok sık görülen bir şikayettir. Ailelerin çoğu ateş yüksekliğini, semptomdan çok hastalık olarak bilmekte ve buna göre yaklaşmaktadır. Çocuklarda aşırı abartılmış bir yüksek ateş korkusu ebeveynler arasında yaygındır. İnsanlar üzerinde yapılan çalışmalarda, ateşin faydalı olabileceğini desteklemesine rağmen aileler için önemli bir korku kaynağı olmaya devam etmektedir.^{19,20} Yaşanan korkular, paniğe ve zaman zaman hatalı uygulamalar yapılmasına neden olabilir.²¹ Bu çalışmada, ailelerin ateş konusundaki bilgilerinin orta düzeyde olduğunu, ateş korkularının yüksek olduğunu, önemli bir kısmının kayıtlı oldukları halde aile hekimine danışmadan acil servise başvurduklarını ve bu başvurularda ateşin normal olarak ölçülme oranının yüksek olduğu bulunmuştur.

Daha önce yapılan bir çalışmada, annelerin %65.9'unun çocuklarında ateş yüksekliğini elle vücuduna dokunarak tahmin ettikleri tespit edilmiştir (17). Bizim çalışmamızda, anne babalar ateşi öncelikle koltuk altına ateş ölçer koyarak ölçmeyi (%57.8), ikinci olarak ise elle dokunarak tahmin etmeyi (%36.5) tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Kramer ve ark.'nın çalışmasında, annelerin %48'inin 38°C ve üzerini yüksek ateş olarak kabul ettikleri bildirilmiştir (22). Bizim çalışmamızda ise yüksek ateş sınırını 38.0°C ve üzerinde olduğunu söyleyen annelerin oranı (%41.2) biraz daha düşük bulunmuştur. Yapılan bir çalışmada, ateşi düşürmek için ilk yapılan uygulama sorulduğunda annelerin %42.7'sinin giysilerini çıkarıp soğuk uygulama yaparım, %10.5'inin ilk önce ateş düşürücü ilaç veririm derken sadece %1.9'unun ilk önce doktora götürürüm cevabını vermişlerdir.¹⁷ Başka bir çalışmada ise, annelerin çocuklarının ateşinin yükselmesine ilk yanıt olarak %42.1 oranında giysilerini çıkarıp soğuk uygulama yaptıkları, %32.7 ateş düşürücü ilaç verdiklerini ve %1.7'sinin ilk önce doktora götürürüm dedikleri

bulunmuştur.²³ Çalışmamızda, çocuğunuzun ateşinin yükselmesi durumunda ilk yapılan uygulama nedir sorusunu ebeveynlerin %48.9 ilk önce giysilerini çıkarıp soğuk uygulama yaparım, %28.7'si ise ilk önce ateş düşürücü ilaç veririm, %13.9'u ise ilk önce doktora götürürüm şeklinde yanıtlamışlardır. Çalışmamızda, annelerin büyük çoğunluğu (%69.5) isabetli olarak soğuk uygulamayı bütün vücuda ılık duş yaptırmak şeklinde tarif etmişlerdir. Bir çalışmada, annelerin ateş düşürücü ilacın dozunu belirleme kararını %71.4 oranında sadece kendileri, %18.3'ünün doktor reçetesine göre, %7.2'sinin eczacıya danışarak aldıkları bulunmuştur.²⁴ Bizim çalışmamızda, çocuğa ateş düşürücü verme kararını büyük oranda (%49.9) anne-baba birlikte aldıklarını ve ateş düşürücünün hangi dozda verileceğini de büyük oranda (%59.1) eczacıya danışarak kararlaştırdıklarını belirtmişlerdir.

Crocetti ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, çocuklara bakım veren toplam 340 kişinin %56'sı çocuklarındaki yüksek ateşin potansiyel zararı konusunda çok endişeli olduğu bulunmuştur.¹² Diğer bir çalışmada ise, çocukta ateş eğer düşürülmezse nasıl tehlikelerle karşılaşabileceği sorusu üzerine, anne babalar %73 oranında havale geçirme ve %18 oranında beyin hasarı oluşabileceğini belirtmişlerdir.¹⁴

Esenay ve ark.'nın, 426 anne üzerinde yaptıkları bir araştırmada annelerin %83'ü ateşin çocukları için zararlı olduğunu düşünmekte, %92.3'ünün çocukları ateşlendiğinde korku ve endişe duydukları tespit edilmiştir. Çocuğun nöbet geçireceği düşüncesi en önemli korku nedeni olarak bulunmuştur. Hatta annelerin %12'si ateşlendiğinde çocuklarının öleceğinden endişelenmektedir. Bu çalışmaya göre, annelerin eğitim düzeyi arttıkça ateş korkusu azalmaktadır.¹⁵ Benzer şekilde çalışmamızda da, anne babaların sadece %4.1'i ateş yükselmesinden korkmadıklarını, %16.7'si biraz korktuklarını, %33.4'ü orta düzeyde korktuklarını ve %45.8'i ise çok ya da çok fazla korktuklarını belirtmişlerdir. Ayrıca yapılan analizlerde yaşanan endişe ve korkunun annenin eğitim durumu arttıkça anlamlı olarak azaldığı bulunmuştur.

McErlean ve ark. yaptıkları bir çalışmada, acil servise ateş yüksekliği nedeniyle getirilen 138 çocuktan, acilde gerçekten ateşi yüksek olanlarının sayısının 101 olduğunu (%74) bildirmişlerdir. Bütün anneler bir aile hekimine kayıtlı oldukları halde, acil servise başvurmadan önce sadece %38'i aile hekimi ile temas kurmuştur.²⁵ Halıcıoğlu ve ark. çalışmalarında, annelerin %71'inin evde termometre bulundurduğu, ateşi bununla ölçtüğü tespit edilmiştir. Annelerin, %41.8'i yüksek ateşin derecesini bilmediği ya da yanlış olarak bildiği,

annenin eğitim düzeyi ve ailenin gelir düzeyi arttıkça ateşle ilgili bilgilerin doğru olarak yanıtlanma oranının arttığı saptanmıştır. Ayrıca, yüksek ateş nedeniyle acil servise başvuru sırasında çocukların ateşi gerçekten yüksek ölçülenlerinin oranını %76.8 olarak saptamışlardır.¹³ Çalışmamızda da, anne babaların %97.2'si bir aile hekimine kayıtlı idi ve genel olarak aile hekiminin çocuğa yaklaşımından ve tedavilerinden memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Ancak ailelerin %27.3'ü, çocukta oluşan yüksek ateş nedeniyle aile hekimine hiç başvurmadıklarını belirtmişlerdir.

Acil servise ateş nedeniyle getirilen çocukların %71.7'sinin ateşi saptanmıştır. Yapılan analizlerde, evdeki yaşan kişi ve çocuk sayısı arttıkça acil başvuruda çocuğun ateşinin olma oranının azaldığı, anne eğitim durumunun yükselmesi, babanın çalışıyor olması ve evin ortalama geliri arttıkça acilde çocuğun ateşinin olması oranının yükseldiği bulunmuştur. Ayrıca, acil serviste verilen hizmetten memnuniyet oranının annenin eğitim durumunun yükselmesi ve evin ortalama gelirinin artması ile arttığı bulunmuştur. Bundan başka acilde ateşi saptanan çocukların ebeveynlerinin aldıkları hizmetten daha fazla memnun kaldıkları tespit edilmiştir.

Bu çalışmada, eğitim düzeyi azaldıkça ateş korkusunun arttığı saptanmıştır. Ebeveynlerin ateşi iyi anlamadığı ve birinci basamakta ilk temas noktası olan aile hekimlerine yüksek oranda başvurmadıkları görülmektedir. Acil servise ateş nedeniyle getirilen çocukların gerçekten ateşinin yüksek olarak ölçülmesinin evde yaşayan kişi ve çocuk sayısının düşük olması, annenin eğitim düzeyinin yüksek olması, babanın çalışıyor olması ve evin ortalama gelirinin yüksek olmasıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Birinci basamak hekimleri ve sağlık çalışanlarının, anne babaların çocuklarda görülen ateşin bir hastalık değil bir semptom olduğu konusunda uyarımları, termometreyle ateşin nasıl ölçüleceğini açıklamaları, ateşi doğru tanımlarını sağlamaları ve doğru tedavi yaklaşımlarını anlatarak onları bilgilendirmeleri çok önemlidir. Ailelerin endişelerinin giderilmesiyle üzerlerindeki baskı hafifleyecek, gereksiz tedavi girişimleri ve gereksiz yere yapılan acil servis başvuruları azalabilecektir.

KAYNAKLAR

1. Massin MM, Montesanti J, Gerard P, Lepage P. Spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. *Acta Clin Belg* 2006; 61: 161-165.
2. Armon K, Stephenson T, Gabriel V et al. Determining the common medical presenting problems to an accident and emergency

- department. *Arch Dis Child* 2001; 84(5):390–392.
3. Finkelstein JA, Christiansen CL, Platt R. Fever in pediatric primary care: occurrence, management, and outcomes. *Pediatrics* 2000; 105:260–266.
 4. Serwint JR, Thoma KA, Dabrow SM et al. Comparing patients seen in pediatric resident continuity clinics and national ambulatory medical care survey practices: a study from the continuity research network. *Pediatrics* 2006; 118:e849–e858.
 5. Nieldand LS, Kamat D. Fever. In Kliegman RM, editor. *Nelson Textbook of Pediatrics*, 20th Ed. Philadelphia: Elsevier; 2016, p. 1277-1279
 6. Seçmeer G. Ateşli çocuğa etiyolojik yaklaşım. *Katkı Pediatri Dergisi*, Ateş 2007; 29(4): 359-368
 7. Roberts NJ, Steigbigel RT. Hyperthermia and human leukocyte function: effects on response of lymphocytes to mitogens and antigen and bactericidal capacity of monocytes and neutrophils. *Infect Immunol* 1977;18:673–9.
 8. Ahmady AS, Samadi AR. The adverse effects of antipyretics in measles. *Indian Pediatr* 1981; 18:49–52.
 9. Bernheim HA, Bodel PT, Askenase PW et al. Effects of fever on host defense mechanisms after infection in the lizard *Dipsosaurus dorsalis*. *Br J Exp Pathol* 1978; 59: 76–84.
 10. Ruiz-Gomez J, Isaacs A. Interferon production by different viruses. *Virology* 1963; 19:8–12.
 11. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. *Am J Dis Child* 1980; 134(2): 176-81.
 12. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years. *Pediatrics* 2001; 107:1241-1246.
 13. Halıcıoğlu O, Koç F, Akman SA, Teyin A. In feverish children, mothers' knowledge and home management about fever and its relationship with sociodemographical characteristics. (In Turkish) *Journal of Dr. Behcet Uz Children's Hospital* 2011;1(1):13-19.
 14. Saz EU, Koturoğlu G, Duyu M et al. Fear of Fever and Fever Management in Turkish Families (In Turkish) *J Pediatr Inf* 2009; 3:161-4.
 15. Esenay F, İşler A, Kurugöl Z et al. Mothers' approach to feverish child and fever phobia. (In Turkish) *Turk Arch Ped* 2007;42:57-60.
 16. Nerkiz P, Doğaner YÇ, Aydoğan Ü et al. Families' Approach to Feverish Children and Fever Awareness. (In Turkish) *Euras J FamMed* 2012;1(1):11-16.
 17. Yiğit R, Esenay F, Şen E, Serinol Z. Mothers' Information and Applications about High Fever. (In Turkish) *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003; 6:48-56.
 18. Celasin NŞ, Ergin D, Atman Ü. Attitudes and Knowledge Concerning High Temperature of Mothers Have 0-6 Age Group Infants Who Are Hospitalized Due To High Temperature Ailments. (In Turkish) *Fırat University Med J of Health Sciences* 2008;22(6): 315-322
 19. El-Radhi ASM. Fever management: Evidence vs current practice. *World J Clin Pediatr* 2012; 1(4): 29-33.
 20. Saz EU, Koturoğlu G, Duyu M et al. Fears of Fever and Fever Management in Turkish Families. (In Turkish), *Pediatr Inf* 2009; 3: 161-164.
 21. Araz NÇ. Parents' Approach to Fever in Childhood: Knowledge, Attitudes and Applications. (In Turkish), *Turkish J Pediatr Dis* 2013; 1: 27-32.
 22. Kramer M, Naimark L, Leduc D. Parental fever phobia and its correlates. *Pediatrics* 1985. 75:1110-1113.
 23. Arica SG, Arica V, Onur H et al. Knowledge, Attitude and Response of Mothers about Fever in Their Children. *Emerg Med J* 2012; 29: e4.
 24. Eliaçık K, Kanık A, Oyman G et al. Knowledge, Belief and Misconceptions of the Parents about Fever. (In Turkish) *J of Adnan Menderes Uni Med Fac* 2012;13(1): 5-7
 25. McErlean MA, Bartfield JM, Kennedy DA et al. Home antipyretic use in children brought to the emergency department *Pediatr Emerg Care* 2001; 17(4): 249-251.



The Frequency of Tobacco and Tobacco Product Use in Medical Faculty Students

Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı

Ruhuşen Kutlu¹, Celalettin Vatansev², Nur Demirbaş*¹, Sadık Taşer¹

ABSTRACT

Background and Objective: Smoking addiction is among the most important public health problems worldwide. Physicians have great responsibility for fighting with smoking due to both taking an active role in treatment and being a role model for the community. The aim of the present study was to investigate the prevalence of using tobacco and tobacco products, and the influencing factors in medical faculty students. **Methods:** This cross-sectional analytical study was conducted with 993 medical students in 2017-2018 academic year. **Results:** Of the 993 students included in the study, 41.1% were male (n=408) and 58.9% (n=585) were female. While the frequency of smoking was 12.3%, ratio of the students who tried to smoke but did not continue was 26.5%, ratio of non-smokers was 58.4% and ratio of the students who quit was 2.8%. In the study, 22.5% of male students and 5.1% of female students were found to be smokers. Smoking rate was the highest in the 6th grade students with a ratio of 19.4%. A significant relationship was found between smoking status and being a higher grade student, the environment, the close friends, the fathers' and siblings' being smokers (p<0.05). The main factors for starting smoking was found to be the effect of the close environment (42.6%) followed by stress (24.6%). **Conclusion:** The present study has revealed that smoking prevalence and smoking dependence increased in 6th grade medical faculty students. Stress and the environment are the most important influencing factors. Education level of medical faculty students about smoking cessation and the harmful effects of smoking should be improved and they should be aware of their responsibility about smoking cessation.

Key words: Medical faculty student, prevalence, tobacco dependence.

ÖZET

Amaç: Sigara bağımlılığı tüm dünyada önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Sigara ile olan mücadelede, hem tedavide aktif olarak yer almaları, hem de topluma rol model olmaları nedeni ile hekimlere önemli görevler düşmektedir. Çalışmamızın amacı tıp fakültesi öğrencilerinde tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığını araştırmak ve etkileyen faktörleri belirlemektir. **Yöntem:** Kesitsel tipteki bu analitik çalışma 2017-2018 eğitim ve öğretim yılında tıp fakültesinde okuyan 993 öğrenci ile yapılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya alınan 993 öğrencinin %41.1'i erkek (n=408), %58.9'u (n=585) ise kız öğrenciydi. Öğrenciler arasında sigara içme sıklığı %12.3 iken, deneyip sürdüremeyenler %26.5, hiç içmeyenler %58.4 ve bırakanlar %2.8 sıklıkta idi. Bu çalışmada erkek öğrencilerin %22.5'inin, kız öğrencilerin %5.1'inin sigara içmekte olduğu saptandı. Sigara içme sıklığı %19.4 ile 6. sınıfta en yüksek idi. Sigara içme durumu ile öğrencinin sınıfının ileri olması, yaşadığı ortam, yakın arkadaş grubunun, babanın ve kardeşlerin sigara içmesi arasında anlamlı ilişki vardı (p<0.05). Sigaraya başlamada en önemli etkenler yakın çevrenin etkisi (%42.6) ve stres (%24.6) olarak bulunmuştur. **Sonuç:** Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanma sıklığının ve sigara bağımlılığının 6. sınıfta arttığı bulunmuştur. Stres ve çevre sigarayı başlatan en önemli etkenlerdir. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara bırakma ve sigaranın zararları ile ilgili eğitimlerinin artırılmalıdır ve sigara bırakma açısından sorumluluklarının farkında olmalıdırlar.

Anahtar kelimeler: Tıp fakültesi öğrencisi, prevalans, tütün bağımlılığı.

Received / Geliş tarihi: 07.12.2018, Accepted / Kabul tarihi: 07.04.2019

¹NEÜ Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

²NEÜ Meram Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Nur Demirbaş, NEÜ Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya - TÜRKİYE, E-mail: ndemirbas76@hotmail.com

Kutlu R, Vatansev C, Demirbaş N, Taşer S. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanım Sıklığı. TJFMPC, 2019;13(2): 219-226.

DOI: 10.21763/tjfm.569908

GİRİŞ

Tütün ve tütün ürünlerinin kullanımı yol açtığı sağlık sorunları nedeniyle tüm dünyada ve Türkiye’de önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Dünyada 1,3 milyon sigara içicisi mevcut olup her yıl sigaraya bağlı sebeplerden 6 milyon insan ölmektedir. 2030 yılında bu sayının 8 milyona ulaşacağı beklenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 15 yaş ve üstü bireylerde sigara kullanma yaygınlığı dünya genelinde %26.0 iken Küresel Tütün Araştırması 2012 sonuçlarına göre, Türkiye’de 15 yaş ve üzeri bireylerin %27’si her gün veya ara sıra tütün ve tütün ürünleri kullanmaktadır.^{1,2}

Sağlık çalışanları hastalıkların önlenmesi ve sağlıklı yaşamın geliştirilmesinde kritik öneme sahiptir. Herhangi bir nedenle hastayı muayene eden doktorun, hastanın sigara alışkanlığını sorgulaması ve bırakmasını önermesi, sigarayla savaşta kolay ve etkili bir yöntem olarak önerilmekte ve sadece bu tavsiye ile bir yılda olguların %5-10’unun sigarayı bıraktığı belirtilmektedir.³

Tütün ve tütün ürünleri kullanımı ile yapılan mücadelede, hekimler hem hastaları sigaranın zararları hakkında bilgilendirmeli, hem de rol model olmalıdırlar. Hekimlerin sigara içmesi, koruyucu sağlık hizmetlerinde yeterli bilgi verilmemesine yol açabilir ve hastaların sigara bırakma konusunda hekime olan inancını azaltabilir.⁴ Sigara içen hekimlerin 2/3’ü kendi hastalarına sigara içme durumunu sormamaktadır ve sigaraya bağlı bir hastalığı olmayan hastaların büyük bir kısmına ise (%60) sigara bırakırma danışmanlığı yapılmamaktadır.⁵

Tıp fakültesi öğrencilerine eğitim aldıkları süre boyunca aktif ve pasif sigara içiciliğinin zararları ve neden olduğu hastalıklar hakkında ayrıntılı bilgiler verilmektedir. Buna rağmen çalışmalarda Türkiye’de tıp öğrencileri arasında sigara içme prevalansının %17.3 ile %31.3 arasında değişmekte olduğu ve erkek öğrencilerin kızlardan daha fazla sigara içtiği bildirilmektedir.⁶⁻⁸ Aynı üniversitenin tıp fakültesi öğrencilerinde 2009 yılında yapılan bir çalışmada sigara içme sıklığı %19.0 olarak (erkeklerde %28.3, kızlarda %9.8) bulunmuştur. Sigara içme sıklığı 1. sınıfta %15.6 iken 6. sınıfta %23.4 olarak bulunmuştur.⁹ Yapılan araştırmalarda sigaraya başlama yaşı ergenlik dönemine denk gelmekte, Karademirci ve arkadaşlarının çalışmasında sigaraya başlama yaşı 18.6±5.5 yaş olarak bulunmuştur.¹⁰

Bu çalışma Meram Tıp Fakültesi öğrencilerinde tütün ve tütün ürünleri kullanım

sıklığını araştırmak ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi, Yapıldığı Yer ve Evreni

Bu araştırma tanımlayıcı, kesitsel tipte analitik bir çalışma şeklinde planlandı. Araştırmanın evrenini tıp fakültesinde 2017-2018 yılında eğitim ve öğretim gören 1528 öğrenci oluşturdu. Çalışmada örneklem seçilmemiş, tüm öğrencilere ulaşmak hedeflenmiştir. Çalışma sırasında sınıfta bulunmayanlar, çalışmamıza katılmayı kabul etmeyenler çalışmaya alınmadı. Veri toplama aşamasında öğrencilere araştırmanın amacı ve kapsamı anlatıldı, araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair sözlü onamları alındı. Katılımcılara tütün ve tütün ürünleri kullanma alışkanlıkları, sigaraya başlama yaşı, nedeni, bırakma düşüncesi ve sigara bağımlılık düzeylerini ortaya koymak amacıyla hazırlanmış bir anket uygulandı. Sigaraya olan fiziksel bağımlılığın derecesini saptamak amacıyla Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) yapıldı. Bu öğrencilerin sınıflarına ulaşılarak anket formları tek tek dağıtıldı ve daha sonra tekrar toplandı. Anketimizi eksiksiz tamamlayan 993 öğrenci çalışmaya alındı.

Çalışmanın Etik İzni

Araştırmanın etik izni çalışmaya başlamadan önce Meram Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan 2018/1327 tarih ve sayı numarası ile alınmıştır.

Anket Formu

Çalışmamızda kullanılan anket formunun ilk kısmında sosyodemografik özelliklerini belirlemek için öğrencilere yaşı, cinsiyeti, kaldığı yer (ev/yurt), aile yapısı (çekirdek/parçalanmış) ve kendi değerlendirmelerine göre ekonomik durumları (iyi/orta/kötü) soruldu. İkinci kısımda öğrencinin, anne, baba, kardeş ve yakın çevresinin tütün ve tütün ürünleri kullanma durumları, üçüncü kısımda ise sigara kullanan öğrencilerin başlama nedenleri, Fagerström bağımlılık testi ve sigarayı bırakma düşünceleri sorgulandı.

Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT)

Ölçek sigaraya olan fiziksel bağımlılığın derecesini saptamak amacıyla Fagerström¹¹ tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. Altı maddelik ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2004 yılında Uysal ve ark.¹² tarafından yapılmıştır ve ölçekten alınan puanın artışı sigara bağımlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. FNBT 6 sorudan oluşmakta olup elde edilen toplam puanlara göre nikotin bağımlılığı çok az (0-2 puan), az (3-4 puan),

orta (5 puan), yüksek (6-7 puan), çok yüksek (8-10 puan) şeklinde beş grupta derecelendirilmektedir.¹¹

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanıldı. Frekanslar, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler, odds oranları hesaplandı. Kategorik yapıdaki verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 993 kişinin %41.1'i erkek (n=408), %58.9'u (n=585) ise kız öğrenciydi. Öğrencilerin %39.3'ü ailesiyle, %28.6'sı yurttta, %23.5'i arkadaşıyla birlikte evde kalırken, %82.3'ü çekirdek yapıda, %13.4'ü geniş aileden gelmekteydi. Katılımcıların %44.7'sinin ekonomik durumunu iyi olarak tanımlarken, %52.1'i ise orta düzeyde olarak tanımladı. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Parametreler (n=993)	n	%
Cinsiyet		
Erkek	408	41.1
Kadın	585	58.9
Sınıfı		
1.sınıf	198	19.9
2.sınıf	187	18.9
3.sınıf	203	20.4
4.sınıf	174	17.5
5.sınıf	92	9.3
6.sınıf	139	14.0
Kaldığı yer		
Ailesi ile	391	39.3
Yurttta	284	28.6
Arkadaşlar ile beraber	233	23.5
Yalnız başına evde	85	8.6
Aile yapısı		
Çekirdek aile	817	82.3
Geniş aile	133	13.4
Parçalanmış aile	43	4.3
Ekonomik durum		
İyi	444	44.7
Orta	517	52.1
Kötü	32	3.2

Katılımcıların %8.8'inin annesi, %27.8'inin babası, %20.1'inin en yakın arkadaşı halen sigara içmekteydi. Öğrenciler arasında sigara içme sıklığı %12.3 iken, deneyip sürdürmeyenler %26.5, hiç içmeyenler %58.4 ve bırakanlar %2.8 sıklıkta idi. Öğrencilerden %1.6'sı elektronik sigara, %9.5'i nargile, %2.2'si puro kullanmaktaydı. Katılanların tütün ve tütün ürünlerini kullanma özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Öğrencilerin önümüzdeki bir yıl içinde sigara içme düşüncesi sorgulandığında; başlamayı hiç düşünmeyen %73.7 kişi, "Başlayabilirim, emin değilim" diyen %13.0 kişi, "Kesin başlayacağım" diyen %1.1 kişi, "Sigara içmeye devam edeceğim" diyen %8.5 kişi ve bırakmayı düşünen %3.7 kişi idi. Halen sigara içen öğrencilerin yaş ortalaması 21.5 ± 2.1 (18-35) yıl, ilk sigara içme yaş ortalaması 16.7 ± 2.8 (8-26) yıl, sigara içilen yıl ortalaması yıl ve Fagerström bağımlılık puanı ortalaması 3.6 ± 2.9 (0-10) puan olarak bulundu. Bir günde içilen ortalama sigara sayısı 12.4 ± 8.3 (1-60) tane iken, sigara için aylık harcanan ortalama para aylık 186.8 ± 146.7 TL idi.

Öğrencilerin sınıflarına göre sigara içme durumu karşılaştırıldığında 1. sınıfların %6.1, 2. sınıfların %12.8'i, 3. sınıfların %16.3'ü, 4. sınıfların %8.0'i, 5. sınıfların %13.0'ı, 6. sınıfların %19.4'ü sigara içiyordu. Altıncı sınıfta okuyan tıp öğrencilerinin sigara içme oranı diğer sınıflardaki öğrencilerden daha fazla idi ($\chi^2= 25.751$, $p=0.004$). Cinsiyetlere göre sigara içme durumu karşılaştırıldığında erkek öğrencilerin %22.5'i, kız öğrencilerin %5.1'i sigara içiyordu. Cinsiyetle sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı ($\chi^2=103.208$, $p<0.001$) (Tablo 3).

Öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ile sigara içme durumu karşılaştırıldığında, kaldığı yer ($p<0.001$), babanın ($p=0.012$), kardeşlerin ($p=0.041$), en yakın arkadaşın ($p<0.001$), oda arkadaşının ($p<0.001$) ve eşi-özel arkadaşın ($p<0.001$) sigara içme durumu ile öğrencinin sigara içme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktaydı. Yalnız başına evde yaşayanların %27.1'inin, babası sigara içenlerin %19.5'inin, kardeşi ve arkadaşları sigara içen öğrencilerin sırasıyla %20.3 ve %39'unun da sigara kullandıkları görüldü. Sosyodemografik özellikler ile sigara içme durumunun karşılaştırılması Tablo 4'de gösterilmiştir.

"Sigaraya tıp fakültesinde mi başladınız?" sorusu halen sigara içen ve sigarayı bırakmış olan öğrencilere sorulduğunda; %31.9'u "Sigaraya tıp fakültesinde başladım" şeklinde cevaplararken, %68.1 daha önce başladığını bildirmiştir. Sigaraya başlama nedenlerine baktığımızda yakın çevresinin

sigara içmesi %42.6, stres %24.6, merak ve özenti

Tablo 2. Katılımcıların tütün ve tütün ürünlerini kullanma özellikleri

Parametreler*	Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanma Durumu							
	Hiç içmeyenler		Deneyip sürdürmeyenler		Halen içenler		Bırakanlar	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sigara	580	58.4	264	26.5	122	12.3	28	2.8
Elektronik sigara	849	85.5	128	12.9	16	1.6	-	-
Nargile	588	59.2	300	30.2	94	9.5	11	1.1
Puro	852	85.8	118	11.9	22	2.2	1	0.1
Pipo	932	93.9	55	5.5	5	0.5	1	0.1
Çiğneme tütün	961	96.8	27	2.7	5	0.5	-	-

Tablo 3. Sınıf ve cinsiyetlere göre sigara içme durumunun karşılaştırılması

Parametreler	Sigara içiyor		Bırakmış		Sigara içmiyor		Toplam	
Sınıf	n	%	n	%	n	%	n	p*
1.sınıf	12	6.1	3	1.5	183	92.4	198	0.004
2.sınıf	24	12.8	4	2.1	159	85.1	187	
3.sınıf	33	16.3	4	2.0	166	81.7	203	
4.sınıf	14	8.1	7	4.0	153	87.9	174	
5.sınıf	12	13.1	4	4.3	76	82.6	92	
6.sınıf	27	19.4	6	4.3	106	76.3	139	
Cinsiyet								
Erkek	92	22.5	25	6.1	291	71.4	408	<0.001
Kadın	30	5.1	3	0.5	552	94.4	585	

* Ki-kare testi kullanılmıştır.

%18.9 ve özgürlük hissi %9.8 olarak sıralanmıştır (Tablo 5).

Halen sigara içen öğrencilerden %69.6'sı önümüzdeki bir yıl içinde sigara içmeye devam edeceğini, %30.3'ünü ise bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir. Sigara içmeyenlerden %1.2'si önümüzdeki bir yılda kesin başlamayı düşünürken, %14.8'i başlayabileceğini belirtmiştir.

TARTIŞMA

Sigara bağımlılığı ile mücadelede dünyada ve Türkiye'de çeşitli yöntemler geliştirilmiş ve uygulanmaya başlanmıştır. Yapılan mücadeleye rağmen sigara bağımlılığı hala büyük bir sorun olarak devam etmektedir. Sigara bağımlılığı mücadelesinde önemli rolü olan geleceğin hekimlerinin tütün ve tütün ürünleri kullanım sıklığı ve etkileyen faktörleri araştırdığımız bu çalışmamızda tıp öğrencilerimizin %12.3'ünün halen sigara içtiği tespit edilmiştir. 2010 yılında Türkiye'deki 12 tıp fakültesinden 1217 öğrencinin tütün kullanım sıklığını araştıran bir çalışmada öğrencilerin sigara içme sıklığı %28.5 olarak bulunmuştur.¹³ Ülkemizde 7 tıp fakültesinden 2118 tıp öğrencisinin katıldığı bir başka çalışmada sigara içme sıklığı %19.1 olarak saptanmıştır.¹⁴ Yengil ve ark.'nın 2014 yılında Mustafa Kemal Üniversitesi

Tıp Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada sigara içme sıklığı %25.6 olarak bulunmuştur.¹⁵ Kartal ve ark.'nın 19 Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yaptığı çalışmada ise sigara içme sıklığı %29.1 olarak tespit edilmiştir.¹⁶ Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında, Baschere ve ark. 3 ülkenin tıp fakültelerinde yaptıkları çalışmalarında Avusturya'da sigara içen tıp öğrencisi sıklığını %17.4, İsviçre'de %12.1, ve Almanya'da %10 olarak bulmuşlardır.¹⁷ İran'da 2014 yılında 170 tıp öğrencisi ile yapılan çalışmada sigara içme oranı %13.5'dir.¹⁸ Çalışmamızda tıp öğrencilerinde sigara içme sıklığı literatüre göre daha düşük bulunmuştur. Bu durumda sigara ile mücadele kanunu ile birlikte öğrencilerde sigara kullanımının azaldığı düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan öğrencilerde nargile içme sıklığı %9.5 idi. Yapılan çalışmalarda üniversite öğrencilerinde nargile içme sıklığı %12.7 ile %34.0 arasında değişen oranlarda bulunmuştur.¹⁹⁻²² Çalışmamızda sigaradan sonra en çok kullanılan tütün ürünü nargile olmuştur. Son 20 yılda tüketimi hızla artan nargile, sigaradan sonra ikinci derecede önem arz eden küresel tütün salgını olarak nitelendirilmektedir.²³ Nargile içme sıklığı artan nargile kafe sayıları, sosyal ortama uyum çabası ve nargile içimini özendirici reklamlar gibi etkenlerden dolayı hızlı bir şekilde artmaktadır.

Tablo 4. Sosyodemografik özellikler ile sigara içme durumunun karşılaştırılması							
Parametreler	Sigara içiyor		Bırakmış		Sigara içmiyor		p*
Kaldığı yer	n	%	n	%	n	%	
Ailesi ile	47	12.0	10	2.6	334	85.4	<0.001
Yurtta	20	7.0	3	1.1	261	91.9	
Arkadaşlar ile beraber	32	13.7	9	3.9	192	82.4	
Yalnız başına evde	23	27.1	6	7.1	56	65.8	
Yakın çevrede sigara içme durumu							
Anne (n=120)							
Hiç içmemiş	89	11.0	22	2.7	696	86.2	0.161
Halen içiyor	17	19.5	3	3.4	67	77.0	
İçiyordu, bıraktı	14	16.3	3	3.5	69	80.2	
Baba (n=120)							
Hiç içmemiş	29	8.1	9	2.5	321	89.4	0,012
Halen içiyor	47	17.0	7	2.5	223	80.5	
İçiyordu, bıraktı	44	13.1	12	3.6	281	83.5	
Kardeşler (n=118)							
Hiç içmemiş	87	10.9	21	2.6	693	86.5	0,041
Halen içiyor	27	20.3	5	3.8	101	75.9	
İçiyordu, bıraktı	4	10.8	2	5.4	31	83.8	
En yakın arkadaş (n=107)							
Hiç içmemiş	23	3.7	7	1.1	584	95.1	<0.001
Halen içiyor	78	39.0	13	6.5	109	54.5	
İçiyordu, bıraktı	6	14.6	4	9.8	31	75.6	
Oda arkadaşı (n=56)							
Hiç içmemiş	20	4.9	6	1.5	382	93.6	<0.001
Halen içiyor	34	29.1	6	5.1	77	65.8	
İçiyordu, bıraktı	2	10.5	3	15.8	14	73.7	
Eş-Özel arkadaş (n=58)							
Hiç içmemiş	30	10	10	3.3	260	86.7	<0.001
Halen içiyor	26	35.1	1	1.4	47	63.5	
İçiyordu, bıraktı	2	7.1	3	10.7	23	82.1	

* Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tablo 5. Sigara ile ilgili bazı parametreler		
Parametreler	n	%
Sigaraya tıp fakültesinde mi başladınız? (İçenler ve bırakanlar)		
Evet	48	32.0
Hayır	102	68.0
Sigaraya başlama nedeni		
Yakın çevrenin etkisi (Anne, baba, arkadaş)	52	42.6
Stres	30	24.6
Merak ve özenti	23	18.9
Özgürlük hissi	12	9.8
Kimseden etkilenmedim	5	4.1

Halen sigara içen öğrencilerden %69.6'sı önümüzdeki bir yıl içinde sigara içmeye devam edeceğini, %30.3'ünü ise bırakmayı düşündüğünü belirtmiştir. Sigara içmeyenlerden %1.2'si önümüzdeki bir yılda kesin başlamayı düşünürken, %14.8'i başlayabileceğini belirtmiştir. Kayseri'de yapılan bir çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinde 1985 yılında sigarayı bırakmayı düşünenlerin oranı %69.0 iken, 2005 yılında %65.1'dir.²⁴ Mayda ve arkadaşlarının tıp fakültesinde yaptığı çalışmada öğrencilerin %65.6'sı sigarayı bırakmak istediğini belirtmiştir.⁸ Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada halen sigara içen öğrencilerin %65.2'si sigarayı bırakmayı denediklerini belirtmişken %71.2'si sigarayı bırakmak istemektedir.⁶ Geleceğin doktorları olacak olan tıp fakültesi öğrencilerine sigaranın zararları, bununla ilişkili hastalıklar ve sigaraya başlamanın engellenmesi için yeterli bilgiler verilmelidir.

Çalışmamızda erkek öğrencilerin %22.5'inin, kız öğrencilerin %5.1'inin halen sigara içtiği saptanmıştır. Erkek cinsiyette sigara içme sıklığı kadın cinsiyete göre daha fazla bulunmuştur. Cinsiyetler arasındaki sigara içme sıklığı yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda erkek öğrencilerde sigara içme sıklığı %25.4- %40.6 arasında değişirken, kız öğrencilerde bu sıklık %6.7- %13.1 arasında idi.²⁵⁻²⁷ 2017 yılında 1522 üniversite öğrencisinde yapılan bir çalışmada erkeklerde sigara, alkol ve madde deneyimi kadınlara göre daha yüksek idi ve sınıf, fakülte, yaşam ortamı ve ailesel madde kullanımı ile arasında ilişki bulunmuştu.²⁸

Çalışmamızda 1. sınıflarda sigara içme sıklığı %6.1 iken, 6. sınıflarda %19.4 idi. Aynı üniversitenin tıp fakültesi öğrencilerinde 2009 yılında yapılan başka bir çalışmada ise sigara içme sıklığı %19.0 (erkeklerde %28.3, kızlarda %9.8), 1. sınıfta %15.6, 6. sınıfta %23.4 olarak bulunmuştur.⁹ Sigara içme sıklığında yıllar içerisinde kümülatif bir azalma görülse de çalışmamızda 1. sınıf ile 6. sınıf arasında sigara içme sıklığının yaklaşık 1.5 kat arttığı görülmüştür. Birinci sınıfa yeni başlayan öğrencilerdeki sigara içme sıklığının az olması 2009 yılında uygulamaya konan 4207 ve 5727 sayılı sigara ile mücadele kanunlarının sayesinde sigara satışlarının kısıtlanması ve kapalı alanlarda sigara içilmemesinin gençleri olumlu yönde etkilediğini düşündürebilir. Dördüncü sınıf öğrencilerindeki sigara içme sıklığında görülen azalma ilk kez hastanede servislerde hasta görmeleri, sigaranın neden olduğu hastalıklara tanık olmaları ve 3. sınıfta sigara bağımlılığı ve mücadele ile ilgili derslerin yer almasından kaynaklanmış olabilir. Öğrencilerin tıp eğitimleri sırasında sigaranın zararları ile ilgili derslere ağırlık verilmesi, sigara bırakma polikliniğinin aktif olarak

çalışması, sigara bırakmak isteyenlere yönelik danışmanlık hizmetlerinin verilmesinin artırılarak devam etmesi ileri sınıflarda sigara içme düzeyini azaltabilir.

Ankara Tıp Fakültesi öğrencilerinde 2005 yılında yapılan çalışmada ise 1. sınıfta sigara içme sıklığı %8 iken, 6. sınıflarda %29.1, 1. sınıflarda hiç içmeme sıklığı %92 iken 6. sınıflarda bu sıklık %70.9 olarak bulunmuştur.²⁵ Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde 2009 yılında yapılan çalışmada 1. sınıfta sigara içme sıklığı %10.9 iken 6. sınıflarda %22.7 olarak bulunmuştur.⁶ Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2017 yılında yapılan çalışmada 1. sınıf öğrencilerinin %18.2'si sigara içerken, 6. sınıf öğrencilerinin %21.2'si sigara kullanmaktaydı.²⁷ Öğrencilerin tıp fakültesinde geçirdikleri süre arttıkça sigara içme oranlarının arttığı görülmüştür. Özellikle klinikle karşılaşılarda dönemde stresin ve çalışma yoğunluğunun artması, mezuniyet sonrası atanma endişesi ve tıpta uzmanlık sınavı (TUS) hazırlığı nedeniyle sigara kullanımının arttığı düşünülebilir.

Çalışmamızda yalnız başına evde kalanlarda sigara içme sıklığı %27.1 ile yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda benzer şekilde evde yalnız yaşayanların daha fazla sigara içtikleri görülmüştür.²²⁻²⁷ Yalnız kalan öğrenciler stresle başa çıkmada daha çok sigarayı tercih ediyor olabilirler. Çalışmamızda annenin sigara içmesi öğrencinin sigara içmesini etkilemez iken babanın, kardeşlerin, en yakın arkadaş çevresinin sigara içmesi etkili bulundu. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada anne ve babanın sigara kullanımını ile katılımcıların sigara kullanımını arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.²⁹ Balıkesir Üniversitesi'nin çeşitli bölümlerinde öğrenim gören 712 öğrencide yapılan bir çalışmada sigara içme yaygınlığı %21 olarak belirlenmiş, erkek öğrencilerin kızlara göre daha yüksek sıklıkta sigara içtikleri, 21 yaş ve üzerindeki öğrencilerin sigara kullanma sıklığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Annesi çalışanların çalışmayanlara göre daha yüksek oranda sigara içtiği saptanmıştır.³⁰ Çukurova Üniversitesi'nde 502 öğrenci ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %65.5'inin sigara, %59.0'inin alkol kullandığı, cinsiyet, anne eğitim düzeyi ve baba eğitim düzeyi dışındaki değişkenler ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur. Erkek öğrencilerin kadınlara göre; ailevi nedenler, hastalıklar, ailenin sosyoekonomik düzeyi, fiziki şartlar ve maddeye ulaşılabilirlik faktörlerinde madde kullanımı ve bağımlılığında daha etkin olduğu görüşüne sahip oldukları görülmüştür.³¹ Çalışmamızda öğrencilerin sigaraya başlama nedenleri, yakın çevresinin sigara içmesi %42.6, stres %24.6, merak ve özenti %18.9 ve özgürlük hissi %9.8 olarak sıralanmıştır. Sönmez ve ark.nın yaptığı çalışmada sigaraya başlamada en sık

rastlanan neden sosyal faktörler %43.5, stres %15.7 olarak saptanmıştır.²⁷ Mayda ve arkadaşlarının çalışmasında "arkadaş etkisi" en sık neden olarak bulunurken⁸, Baykan ve arkadaşlarının çalışmasında en sık rastlanan neden "stres" olarak belirtilmiştir.²⁶ Oğuz ve ark.nın 2018 yılında yaptıkları çalışmada üniversite öğrencilerinde sigara içme sıklığı %20.6 olarak bulunmuştur. Erkek cinsiyette, sosyal bilimlerde okuyanlarda ve ailesinde sigara içilen öğrencilerde sigara içme sıklığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Öğrencilerin sigaraya başlama nedenlerinin başında merak, özeni ve arkadaşlardan etkilenme gelmektedir.³²

Öğrencilerin tümüne ulaşılabilmesi, dağıtılan anketlerin eksik doldurulması ve bazı öğrencilerin çalışmamıza katılmayı istememesi gibi nedenlerle çalışmamızda hedef öğrenci kitlesinin yaklaşık %65'ine ulaşılabilmiştir. Bu durum çalışmamızın kısıtlılığını oluşturmaktadır. Tıp fakültesi eğitim süresince öğrencilerimize sigaranın sağlığa olan zararları ve sigara bırakma danışmanlığı ile ilgili dersler verilmektedir. Bu eğitimlerin öncesi ve sonrasında öğrencilerin sigara içmeye karşı algı ve tutumlarındaki değişikliklerin araştırılacağı çalışmaların yapılmasının eğitimin yararları hakkında daha fazla bilgi vereceğini düşünüyoruz.

SONUÇ

Çalışmamızda tıp fakültesi öğrencilerinde halen sigara içme sıklığı %12.3 bulundu. Sigara kullanma sıklığı I. sınıftan 6. sınıfa doğru artmakta olup erkek cinsiyette sigara içme sıklığı kadın cinsiyete göre 5.386 kat fazla bulunmuştur. Öğrencilerin tıp eğitimleri sırasında sigaraya başlamamaları, içenlerin ise sigarayı bırakmasına yönelik danışmanlık hizmetleri sağlanmalı, stresle baş etme yöntemleri hakkında bilgi verilmelidir. Tıp öğrencilerine sigara ile mücadelede aktif görev alma sorumluluğu kazandırmanın gerekliliği açıktır. Geleceğin doktorlarına eğitim ve öğretimleri sırasında sigaranın zararları, sigarayla ilişkili hastalıklar ve bu alışkanlıktan kurtulma yöntemleri konusunda yeterli bilgi verilmelidir. Bu amaçlar ışığında verilecek olan eğitime, 1. sınıftan itibaren başlanması ve öğrenci mezun olana kadar sürdürülmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. World Health Statistics 2009. <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>. (Erişim tarihi: 12.07.2018)
2. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012.

<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?doi=13142>. (Erişim tarihi: 15.08.2018)

3. Pipe A, Sorensen M, Reid R. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient Educ Couns* 2009;74(1):118-23.
4. Kosku N, Koksü M, Çıkrıkçıoğlu U, Özlen Z. Toraks Derneği üyelerinin sigara konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Toraks Dergisi* 2003;4(3):223-30.
5. Sahin EM, Ozer C, Dagdeviren N, Aktürk Z. Physicians Smoke as much as their Patients in Turkey. *Middle East Journal of Family Medicine* 2005;3(2):1-7.
6. Vatan I, Ocakoglu H, Irgil E. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi. *TAF Prev Med Bull* 2009;8(1):43-48.
7. Şenol Y, Dönmez L, Turkey M, Aktekin M. The incidence of smoking and risk factors for smoking initiation in medical faculty students: cohort study. *BMC Public Health* 2006;6:128.
8. Mayda AS, Tufan N, Baştaş S. Düzce Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara Konusundaki Tutumları ve İçme Sıklıkları. *Kor Hek* 2007; 6 (5):364-70.
9. Kutlu R, Çivi S, Şahinli AS. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Depresif Belirti ve Sigara İçme Sıklığı. *TAF Prev Med Bull* 2009; 8(6):489-96
10. Karademirci MM, Kutlu R, Kilinc I. Relationship between smoking and total antioxidant status, total oxidant status, oxidative stress index, vit C, vit E. *Clin Respir J* 2018;12(6):2006-12.
11. Fagerstrom KO, Schneider NG. Measuring nicotine dependence a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989;12(2):159-82.
12. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG, Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks* 2004;52(2):115-21.
13. Inandi T, Caman OK, Aydın N, Onal AE, Kaymaz A, Turhan E et al. Global Health Professions Student Survey-Turkey: second-hand smoke exposure and opinions of medical students on anti-tobacco law. *Cent Eur J Public Health* 2013;21(3):134-39.
14. Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantaş D, Ozer A, Coskun O et al. Health Promoting Lifestyle Behaviour in Medical Students: a Multicentre Study from Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2014;15(20): 8969-74.
15. Yengil E, Çevik C, Demirkıran G, Akkoca AN, Özler G, Özer C. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu ve sigara ile ilgili tutumları. *Konuralp Tıp Dergisi* 2014;6(3):1-7.

16. Kartal M, Mıdık Ö, Büyükakkuş A. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve Yaşam Kalitelerine Etkisi. *Tur Toraks Der* 2012;13: 11-7.
17. Baschera D, Westermann L, Isenegger P, Zellweger R. Cross-sectional study of satisfaction with studies and lifestyle among medical students in Austria, Germany and Switzerland. *Dtsch med Wochenschr* 2015; 140(18):176-85.
18. Karimy M, Zareban I, Araban M, Montazeri A. An Extended Theory of Planned Behavior (TPB) Used to Predict Smoking Behavior Among a Sample of Iranian Medical Students. *International journal of high risk behaviors & addiction* 2015;4(3): 24715.
19. Poyrazoglu S, Şarli Ş, Gencer Z, Günay O. Waterpipe (narghile) smoking among medical and nonmedical university students in Turkey. *Ups J Med Sci* 2010;115(3):210–216.
20. Çamur D, Üner S, Çilingiroğlu N, Özcebe H. Bir üniversitenin bazı fakülte ve yüksek okullarında okuyan gençlerde bazı risk alma davranışları. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2007;26(3): 32-38.
21. Aktaş A, Hıdıroğlu S, Karavuş M. Üniversite Öğrencilerinin Nargile İçme Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Firat Med J* 2018;23(2):68-72.
22. Akpınar EE, Akpınar S, Gülhan M. Üniversite Öğrencilerinin Tütün Kullanımı ve Konu ile İlgili Bilgi Düzeyleri. *Solunum Dergisi* 2010;12(1):1–6.
23. Maziak W. The global epidemic of waterpipe smoking. *Addict Behav* 2011;36:1-5.
24. Aykut M, Günay O, Öztürk Y, Çıtıl R, Akpınar F, Borlu A. Erciyes Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumunun 1985-2005 Yılları Arasındaki Değişimi. *Erciyes Medical Journal* 2009;31(2):126-34.
25. Çalışkan D, Çulha G, Sarışen Ö, Karpuzoğlu S, Tunçbilek A. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrenci ve çalışanlarının sigara içme durumu ve etkili faktörler. *Journal of Ankara University Faculty of Medicine* 2005;58:124-31.
26. Baykan Z, Naçar N. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanımı ve tütün kanununa ilişkin görüşleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2014;41(3):483-90.
27. Sönmez C, Başer DA, Aydoğan S, Uludağ G, Dinçer D, Topaluğurlu B. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Sıklığı ve Sigara ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları. *Konuralp Tıp Dergisi* 2017;9(2):160-166.
28. Atlam DH, Yüncü Z. Üniversite öğrencilerinde sigara, alkol, madde deneyimi .Bozukluğu ve Ailesel Madde Kullanımı Arasındaki İlişki. *Klinik Psikiyatri* 2017;20:161-170.
29. Akfer SK, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009;10:40-7.
30. Duran S, Gözetten A. Sigara İçme Davranışı, Yalnızlık ve Stresle Baş Etme. *Bozok Med J* 2017;7(1):1-7.
31. Öz B, Alkeveli A. Öğrencilerin Madde Kullanımı ve Bağımlılığında Etkili Olan Faktörlere Bakışının Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi: Çukurova Üniversitesi Örneği. *Selçuk Ün. Sos. Bil. Ens. Der* 2018; (39):29-43
32. Oğuz S, Çamcı G, Kazan M. Üniversite Öğrencilerinin Sigara Kullanım Sıklığı ve Sigaranın Neden Olduğu Hastalıkları Bilme Durumu. *Van Med J* 2018;25(3):332-7.



Review Article / Derleme

A Different Dimension in Promoting Breastfeeding: Paternal Support

Emzirme Sürecinin Desteklenmesinde Farklı Bir Boyut: Baba Desteği

Gülsün Ayran*¹, Ayda Çelebioğlu²

ABSTRACT

Paternal support is defined as the support given by a father to his wife for the care of the baby after childbirth. Paternal support has a quite significant impact on the development of positive breastfeeding behaviors. Fathers' knowledge of breastfeeding and attitudes towards breastfeeding affect mothers' breastfeeding decisions, fathers' help for the care of the babies, the housework and the mothers' responsibilities enable the mothers spend more time and energy on breastfeeding, fathers' love and encouragement towards their wives helps mothers to cope with the challenges of breastfeeding and increases their self-esteem, and hence continuing breastfeeding strengthens the bond between mother and baby. This study aims at focusing on the importance of the father support in breastfeeding process and the role and responsibilities of fathers.

Key words: Breastfeeding, father, nursing, support

ÖZET

Baba desteği, bir babanın çocuk sahibi olduktan sonra bebeğin bakımına yönelik eşine verdiği destek olarak tanımlanmaktadır. Baba desteği, olumlu emzirme davranışlarının geliştirilmesinde de oldukça önemli bir etkiye sahiptir. Babanın anne sütüyle ilgili bilgisi ve emzirmeye ilişkin tutumu annenin emzirme kararını etkilemekte; babanın bebek bakımı, ev işleri ve annenin sorumluluklarını paylaşması annenin emzirmeye daha fazla zaman ve enerji harcamasını sağlamakta; babanın anneye gösterdiği sevgi ve cesaret annenin emzirme sürecindeki olumsuzluklarla baş edebilmesinde etkili olmakta dolayısıyla annenin özgüveni artmakta, emzirmeye devam etmekte anne bebek arasındaki bağ kuvvetlenmektedir. Bu makalede emzirme sürecinde baba desteğinin önemi, babaların rol ve sorumlulukları üzerinde durulması amaçlanmaktadır.

Anahtar kelimeler: Baba, destek, emzirme, hemşirelik

Received / Geliş tarihi: 01.11.2018, Accepted / Kabul tarihi: 15.12.2018

¹ Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzincan/ Türkiye

² Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi/ Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Mersin/ Türkiye

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gülsün Ayran, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Erzincan-TÜRKİYE, E-mail: gulsun_ayran@hotmail.com

Ayran G, Çelebioğlu A. Emzirme Sürecinin Desteklenmesinde Farklı Bir Boyut: Baba Desteği. TJFMPC, 2019;13(2): 227-231.

DOI: 10.21763/tjfm.569920

GİRİŞ

Anne sütü yaşamın ilk 6 ayında başka bir besinin gerekli olmadığı, içeriği her bebeğin ihtiyacına göre değişen, besleyici özelliği çok yüksek olan, zahmet gerektirmeyen, ekonomik, sterilitesi yüksek ve ideal bir besindir.¹ Anne sütü 6 aydan küçük bebekleri bulaşıcı hastalıklar ve alerjik durumlardan korumanın yanı sıra fiziksel, nörolojik ve bilişsel gelişim için önemli avantajlar sağlar ve bebeklerin enerji ve besin ihtiyacını da karşılar.² Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu'na (UNICEF) göre anne sütü bebeğin ilk aşısıdır ve bebeği ishal, solunum yolu enfeksiyonları ve diğer sağlık problemlerine karşı korumaya yardımcı olur.³ Anne sütü ve emzirmenin hem bebek hem de anne sağlığı için yararları pek çok profesyonel ve halk sağlığı organizasyonları tarafından bilinmekte ve desteklenmektedir.⁴ Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde birçok çalışma, emzirmenin, bebeklerde ve annelerde hastalıkların insidansını ve şiddetini azalttığını kanıtlamıştır. Bu yüzden ulusal ve uluslararası kuruluşlar yaşamın ilk 6 ayında Sadece Anne Sütü (SAS) ile beslenmeyi desteklemektedir.⁵

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve UNICEF sağlıklı bir toplum için bebeklerin ilk 6 ay SAS ile beslenmelerini ve 7. aydan itibaren ek gıdalara başlayarak en az 2 yaşına kadar ek gıdalarla birlikte emzirmeye devam edilmesini önermektedir.^{6,7} DSÖ 2013 raporuna göre düşük ve orta gelirli ülkelerde ilk 6 ay SAS ile beslenme oranı %37'dir.⁸ Kıtalarla göre emzirme oranları Amerika'da %22.3, Doğu/Güney Afrika'da %49, Güney Asya'da %45, Batı/Orta Afrika'da %24 olarak belirlenmiştir.^{9,10} Ülkemizde emzirme süresi bölgelere ve sosyoekonomik kültürel düzeye göre değişim göstermesine rağmen emzirme Türkiye'de yaygın bir uygulamadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre ilk iki ay SAS ile beslenen bebeklerin oranı %69'iken TNSA verilerine göre 2013 yılında bu oran %58'dir ve çocuk 4-5 aylık olduğunda %10'a düşmektedir.¹¹ Ayrıca TNSA 2013 verilerine göre ilk bir saat içinde emziren bebeklerin oranı %50 iken iki yaşına kadar emziren bebeklerin oranı %34'dür.^{12,11}

EMZİRME SÜRECİNDE BABA DESTEĞİ

Emzirme davranışı yaygın bir davranış olmasına rağmen ilk 6 ay SAS alma oranı istenilen düzeyde değildir. Bu durum ailelerin SAS almanın önemini, yararlarını ve emzirme sürecinde karşılaştıkları sorunlarla nasıl baş edeceklerini yeterince bilmemelerinden ve annelerin emzirme sürecinde çevrelerinden, özellikle de eşlerinden yeterince destek alamamalarından kaynaklanmaktadır.¹³ Emzirme zaman alan bir iştir ve kadınlar, optimum emzirme uygulamalarını başlatıp sürdürebilmek için

çeşitli destek mekanizmalarına ihtiyaç duyarlar. Profesyonel destek, anneler tarafından emzirme başarısının önemli bir unsuru olarak görülürken hem emzirmenin başlatılması hem de sürdürülmesi kararında bir kadının eşinin oynadığı rol çok daha kritik görülmüştür.¹⁴ Emzirme sürecinde baba desteği kavramı ebeveynler veya sağlık çalışanları tarafından tam olarak anlaşılmayan bir kavram olmasına rağmen SAS ile beslenmenin başlatılıp sürdürülmesinde en güçlü etkenlerden biri olarak kabul edilmektedir.^{15,16}

DSÖ'ne göre emziren anneler için yeterli sosyal destek ve beslenme desteği emzirme sonuçlarını iyileştirmek için çok önemlidir. Herhangi bir ek destek alan kadınların emzirmeye devam etme olasılıkları daha yüksektir.¹⁷ Bugüne kadar yapılan, emzirme sürecine baba katılımının etkisini inceleyen çalışmaların sonuçları birbirinden farklıdır. Ancak baba katılımını inceleyen çalışmaların büyük bir çoğunluğu emzirmenin başlatılması, taburculukta beslenme, emzirme süresi ya da emzirme zorluklarıyla baş etme gibi emzirmenin bazı yönleri üzerinde babaların olumlu etkisinin olduğunu göstermiştir.^{18,19,20} Yeni doğanların beslenmesini değerlendiren bir araştırmaya göre doğumdan sonra hastane personeli, eşleri ya da aileleri tarafından destek göremeyen annelerin taburcu olduktan sonra ilk iki hafta içerisinde emzirmeyi bıraktıkları saptanmıştır.²¹

Baba desteği, bir bebek sahibi olduktan sonra babanın bebeğin bakımına yönelik eşine verdiği destek olarak tanımlanmaktadır.²² Sheriff ve Pantan²³ emzirme için "baba desteği" kavramını;

- Anne sütü ile ilgili bilgi düzeyi,
- Emzirmeye ilişkin tutumları,
- Karar verme sürecine katılımları,
- Pratik destek,
- Duygusal destek olarak tanımlanmaktadır.

Bir babanın SAS ile beslenme konusundaki bilgi ve tutumu, annenin emzirme uygulamalarının başarısına katkıda bulunan önemli bir faktördür ve emzirmeye başlama, sürdürme ve emzirme süresi üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir.^{24,25} Ayrıca, babaların emzirmeye yönelik bilgi ve tutumları ile emzirmeyi destekleme konusundaki eğilimleri arasında güçlü bir ilişki olduğu da belirtilmiştir.²⁵ Maycock ve arkadaşları²⁶ 699 çiftle yaptıkları iki saatlik antenatal emzirme eğitim programı ve babalara doğum sonrası verilen desteğin etkisine baktıkları randomize kontrollü çalışmalarında müdahale grubunun emzirme oranının altı haftada kontrol grubundan önemli ölçüde daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Pisacane ve arkadaşları²⁷ babaların emzirme problemlerinin önlenmesi ve emzirme problemlerine yönelik baş etme becerilerinin öğretildiği müdahale grubunda altıncı ayda SAS ile beslenme oranının kontrol

grubundan anlamlı derecede daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Özlüses ve Çelebioğlu'nun²⁰ doğal beslenme öğretim sürecine babaları dâhil ettikleri çalışmalarında, ilk altı ay SAS ile beslenme oranının arttığı saptanmıştır. Bu tür bulgular, babaların emzirmeyi başlatmaya yönelik etkili savunucuları olabileceğini ve bir kadının emzirmeye teşvik edilmesinde kritik bir rol oynayabileceğini göstermektedir.¹⁵ Ayrıca Tohotoa ve arkadaşları²⁸ perinatal dönemde babalara uygun şekilde ve zamanında verilen bilginin, kaygıyı azaltma, problem çözme yeteneklerini artırma, potansiyel emzirme güçlükleri ile baş etme, bebeğin gelişim aşamaları ve doğum sonrası depresyon konusunda farkındalık yaratmaya yardımcı olabileceğini de göstermiştir.

Birçok baba, eşlerinin beslenme kararlarında kendilerini etkili olarak görmediklerini ifade etse de, hem beslenme şekline yönelik verilen kararda hem de seçilen beslenme şeklinin sürdürülmesi kararında hissedilen eş desteğinin önemi oldukça büyüktür.^{23,29,15,30} Erkekler emzirmenin yararlarını bilse de, emzirme ile ilgili kararlarda doğrudan yer almazlar ve mama ile beslemenin emzirmeye göre daha uygun olduğuna inanmaktadırlar. Ayrıca bebeğin ve annenin rahatlığıyla ilgili kaygıları, ne kadar süt aldığından emin olamama ile ilgili endişeleri, meme ucu çatlakları, mastit, stres, suçluluk hissi, hayal kırıklığı gibi olumsuz durumlarda da anneyle birlikte bırakma kararı alabilmektedirler.^{31,32} Draman ve arkadaşlarının³³ Malezya'da birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran ebeveynlerin emzirme kararını belirlemek için yaptıkları çalışmada bebeklerini hiç emzirmeyen annelerle, sadece mamayla beslemeyi tercih eden, hem mama hem de emzirmeyi tercih eden veya özel tercihleri olmayan babalarla arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Hounsou ve Dowling'in³⁴ bebeklerini mamayla ya da anne sütüyle besleyen annelerin kararları üzerinde babaların etkisini değerlendirdikleri çalışmalarında annelerin doğumdan sonraki beslenme kararları üzerinde en fazla babaların etkili olduğu belirlenmiştir.

Babaların eşleri için pratik destek sağlaması, emzirmeyi teşvik etmede babanın başka bir rolünü ortaya koymaktadır. "Pratik destek" özelliğinin destekleyici rolünü kabul etme, öğrenme ve uygulama, annenin ihtiyaçlarını karşılama ve ebeveyn izni olmak üzere üç önceliği bulunmaktadır.²³ Birçok baba, emzirme uygulamasına vereceği desteğin doğrudan emzirme ile ilgili olması gerektiğini düşünmektedir. Ancak kendileri emzirmese de her şeyin annenin ulaşabileceği bir yerde olmasını sağlayarak, minder yerleştirerek, bebeğini iyi bir şekilde emzirdiğini doğrularak, anneye bir bardak su getirerek, emzirmeyi bozabilecek uyarıları azaltarak, anne ve

bebeğin rahat olmasını sağlayarak, bebeği anneye getirerek emzirmeye yardımcı olabilmektedir.³⁵ Babalar bu şekilde ev işleri ve sorumluluklarında pratik destek sağlayarak ya da annelerin deyimleriyle yükünü hafifleterek annelerin emzirmeye daha fazla zaman ve enerji harcamasını sağlamaktadır.³⁶ DeMontigny ve arkadaşlarının³⁵ çalışmalarına katılan babalar pratik desteği; temizlik, yemek pişirmek, diğer çocukların bakımını sağlamak, ev işi yapmak, anne için yiyecek ve içecek sağlamak, bebeği giydirmek ve bebeğin bezini değiştirmek şeklinde ifade etmişlerdir.

Başlangıçta emzirme, annenin zamanının ve enerjisinin çoğunu alır ve baba ile paylaşılmaz. Anne hem fiziksel hem de duygusal düzeyde zorluklarla karşılaşabilir ve bu sorunları çözemediği için baba çaresiz kalabilir. Böyle bir durumda, babalar annenin refahını korumaya yönelik zor bir rol üstlenirler.³⁵ Bu rol babaların emziren annenin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarını, sevgi, güven ve teşvik gibi destek ve beklentilerini karşılamadaki rolü olarak tanımlanabilir.²³ Duygusal destek için öncüller şunlardır: "yanında olmak" ve "sevgi ve cesaret". "Yanında olmak", babanın hem duygusal olarak hem de mümkün olduğunda, anneye fiziksel olarak ulaşılabilir olmasıdır. Avery ve Magnus³⁷ babaların emzirme sürecinde eşlerine karşı empati kurmalarının başarı için kritik bir öneme sahip olduğunu öne sürmüştür. Eşleri tarafından duygusal destek gören anneler emzirmeye devam eder, anne bebek arasındaki bağ kuvvetlenir, anne baba arasında samimiyet gelişir, annenin öz güveni artar, benlik saygısı artar ve psikolojik ve duygusal anksiyete ve izolasyon azalır.¹⁵

Anne baba olmak, yaşam olayında büyük bir değişime uğramaktır. Gebelik, doğum ve emzirmenin fizyolojik gayretini ve sosyal yaşamdaki değişikliklerini içerir. Tüm bu zorlukları çözmek için annelerin hem sosyal hem de profesyonel desteğe ihtiyaçları vardır. Destek bireyin sağlığını ve refahını etkileyen interaktif bir süreç olarak tanımlanır.³⁸ Hemşireler doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında kadınla en çok ilgilenen profesyonellerdir ve sağlık eğitimi programlarında önemli bir role sahiptir.³⁹ Hemşireler sağlık eğitim programlarında emzirmeyi teşvik için anne, baba, aile ile genel olarak geniş bir toplumsal yaklaşımı benimsemesi gerekir.⁴⁰ Doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrası dönemde eğitim, bakım ve danışmanlık rolleriyle annelerin emzirme davranış ve uygulamalarını desteklemekte, emzirmenin başlatılmasını, sürdürülmesini ve meme komplikasyonlarının önlenmesini sağlayarak emzirme başarısında büyük rol oynamaktadırlar.¹³ Emzirme sürecinde aile sağlığı merkezinde görev yapan hemşireler ve aile hekimleri; emzirmeye karşı yargılayıcı olmayan olumlu bir tutum içinde olmalıdırlar. Bebeğin beslenmesiyle ilgili annelerin

bilinçli karar vermesi için yardımcı olmalı, onlara saygı göstermeli ve kararlarını desteklemelidirler. Emzirmenin yararları ve emzirmemenin olumsuz sonuçlarıyla ilgili annelere kanıta dayalı bilgiler sunmalıdır. ⁴¹ Annelere emzirmede destek sağlayabilecek kişi ya da grupları, özellikle eşleri emzirme konusunda bilgilendirmelidir. Emzirmenin sürdürülebilirliği için babalara eğitim vererek ve destekleyerek babaların emzirme rollerini arttırmada katkıda bulunmalıdır. ⁴⁰

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak hem aile hem de toplum sağlığı açısından bilinen pek çok yararı olmasına karşın hemen hemen her toplumda ve kültürde emzirme oranları istenilen düzeyde değildir. Bu durumu etkileyen pek çok faktör vardır. Bunlardan biri de annelerin bilgi, motivasyon ve destek eksikliğidir. Özellikle eşlerinden gördükleri desteğin emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesi üzerinde oldukça önemli etkisi vardır. Babaların emzirmeye ilişkin bilgileri, tutumları, karar verme sürecine katılımları, pratik ve duygusal desteği; emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi, annenin emzirme sürecindeki sorunlarla baş edebilmesi açısından oldukça önemlidir. Babaların da danışmanlık hizmeti alması emzirmeye karşı olumlu tutum sergilemelerini ve annelerin kararları üzerinde etkili olmalarını sağlamaktadır. Ayrıca babanın, annenin ev işlerini ve sorumluluklarını paylaşması annenin emzirmeye daha fazla zaman ve enerji harcıyabilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Annelerin emzirme sürecine hazırlanırken verilen eğitim ve danışmanlık hizmetlerine babaların da katılımı sağlanarak, babaların emzirme sürecindeki rol ve sorumlulukları belirlenmelidir. Sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler ve aile hekimleri doğum öncesinde, sırasında ve sonrasında emzirme sürecini takip ederek ebeveynleri desteklemeli ve ev ziyaretleri yoluyla eğitim ve danışmanlık hizmetlerini devam ettirmelidir.

KAYNAKLAR

1. Bülbül SF. Bebek beslenmesinde kullanılan mamalar. *Turkish J Pediatr Dis* 2017;3:654-660.
2. Jager E, Skouteris H, Amir L. Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: A systematic review. *Midwifery* 2013;29:506-518.
3. UNICEF. Dünya çocuklarının durumu. <http://www.unicef.org.tr/files/> Erişim:19.09.2018.
4. Thomson J, Humphreys L, Goodman M, Landry A, Olender S. Low rate of initiation and short duration of breastfeeding in a maternal and

infant home visiting project targeting rural, Southern, African American women. *Int Breastfeed J* 2017;12:1-11.

5. Otsuka K, Taguri M, Dennis C, Wakutani K, Awano M, Yamaguchi T, Jimba M. Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: do hospital practices make a difference? *Matern Child Health J* 2014;18:296-306.
6. Kasahun AW, Wako WG, Gebere MW, Neima GH. Predictors of exclusive breastfeeding duration among 6-12 month aged children in gurage zone, South Ethiopia: a survival analysis. *Int Breastfeed J* 2017;12:1-9.
7. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
8. WHO, 2017. World health statistics. <http://www.who.int/gho/publications> Erişim:10.08.2018.
9. CDC, Breastfeeding report cards united states; 2014. <https://www.cdc.gov/breastfeeding> Erişim:10.09.2018.
10. Partnership for Maternal and child Health, 2012. World breastfeeding week. <http://www.who.int/pmnch/media/news> Erişim:10.08.2018.
11. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/> Erişim:31.09.2018.
12. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/> Erişim:31.09.2018.
13. Gözükar F. Emzirmenin başarılmasında anahtar faktör: baba desteğinin sağlanması ve hemşirenin rolleri. *J Harran Univ Med Fac* 2014;11:289-296.
14. Brown A, Davies R. Fathers' experiences of supporting breastfeeding: challenges for breastfeeding promotion and education. *Matern Child Nutr* 2014;10:510-526.
15. Sherriff N, Panton C, Hall V. A new model of father support to promote breastfeeding. *Community Practitioner* 2014;87:20-24.
16. Mithani Y, Premani ZS, Kurji Z, Rashid S. Exploring fathers' role in breastfeeding practices in the urban and semiurban settings of Karachi, Pakistan. *J Perinat Educ* 2015;24:249-260.
17. Tadesse K, Zelenko O, Mulugeta A, Gallegos D. Effectiveness of breastfeeding interventions delivered to fathers in low- and middle-income countries: A systematic review. *Maternal Child Nutr* 2018;1-9.
18. Raeisi K, Shariat M, Nayeri F, Raji F, Dalili H.

- A single center study of the effects of trained fathers' participation in constant breastfeeding. *Acta Med Iran* 2014;52:694-696.
19. Bennet A, McCartney D, Kearney J. Views of fathers in Ireland on the experience and challenges of having a breast-feeding partner. *Midwifery* 2016;40:169-176.
 20. Özlüses E, Çelebioğlu A. Educating fathers to improve breastfeeding rates and paternal-infant attachment. *Indian Pediatr* 2014;51:654-657.
 21. McAndrew F, Thompson J, Fellows L, Large A, Speed M, Renfrew MJ. Infant feeding survey. London: Health and Social Care Information Centre 2010;7281:1-20.
 22. Mensah A. Is There Really Support for Breastfeeding Mothers? A case study of Ghanaian breastfeeding working mothers. *International Business Research* 2011;4:93-102.
 23. Sherriff N, Pantou C. A new model of father support to promote breastfeeding. *Community Practitioner* 2014;87:20-24.
 24. Wilkins C, Ryan K, Green J. Infant feeding attitudes of women in the United Kingdom during pregnancy and after birth. *Journal of Human Lactation* 2012;28:547-555.
 25. Mohamad N, Draman N, Muhamad R, Yusoff H. Knowledge and attitude towards exclusive breastfeeding practices among fathers who attend primary health care facilities in Suburban, Malaysia. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health* 2015;7:154-163.
 26. Maycock B, Binns CW, Dhaliwal S, Tohota J, Hauck Y, Burns S, et al. Education and support for fathers improves breast feeding rates: a randomized controlled trial. *Journal of Human Lactation* 2013;29:484-490.
 27. Pisacane A, Continisio G, Aldinucci N, D'Amora S, Continisio P. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 2005;116:494-498.
 28. Tohota J, Maycock B, Hauck Y, Howat P, Burns S, Binns C. Supporting mothers to breastfeed: the development and process evaluation of a father inclusive perinatal education support program in Perth, Western Australia. *Health Promotion International* 2010;26:351-361.
 29. Rempel LA, Rempel JK. The breastfeeding team: The role of involved fathers in the breastfeeding family. *Journal of Human Lactation* 2011;27:115-121.
 30. Chintalapudi N, Hamela G, Mofolo I, Maman S, Hosseinipour CM, Hoffman IF, Flax VL. Infant and young child feeding decision making and practices: Malawian mothers' and fathers' roles in the context of HIV. *Journal of Human Lactation* 2018;34: 68-76.
 31. Sherriff NS, Hall V, Pickin M. Fathers' perspectives on breastfeeding: ideas for intervention. *British Journal of Midwifery* 2009;17:223-227.
 32. Tohota J, Maycock B, Hauck YL, Howat P, Burns S, Binns CW. Dads make a difference: an exploratory study of paternal support for breastfeeding in Perth, Western Australia. *International Breastfeeding Journal* 2009;4:4-15.
 33. Draman N, Mohamad N, Yusoff HM, Muhamad R. The decision of breastfeeding practices among parents attending primary health care facilities in suburban Malaysia. *Journal of Taibah University Medical Sciences* 2017;12:412-417.
 34. Hounsome L, Dowling S.; The mum has to live with the decision much more than the dad'; a qualitative study of men's perceptions of their influence on breastfeeding decision-making. *International Breastfeeding Journal* 2018;13:1-10.
 35. DeMontigny F, Gervais C, Larivière-Bastien D, St-Arneault K. The role of fathers during breastfeeding. *Midwifery* 2018;58:6-12.
 36. Lester A. Paternal support for breastfeeding: a mixed methods study to identify positive and negative forms of paternal social support for breastfeeding as perceived by first-time parent couples. South Florida; University of South Florida; 2014.
 37. Avery AB, Magnus JH. Expectant fathers' and mothers' perceptions of breastfeeding and formula feeding: A focus group study in three US cities. *Journal of Human Lactation*, 2011;27:147-154.
 38. Ekström A, Thorstensson S. Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes- design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015;15:1-9.
 39. Mélo NS, Nóbrega MM, Leite KN, Silva S, Antas EM, Silva AP, et al. Nurses participation in promoting breastfeeding. *Int Arch Med* 2016;9:1-9.
 40. Cangöl E, Şahin N. Emzirmeyi etkileyen faktörler ve emzirme danışmanlığı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2014;45:100-105.
 41. Association Registered of Nurses Newfoundland and Labrador, 2011. Registered Nurses' Role in Promoting Breastfeeding. https://www.arnnl.ca/sites/default/files_Erişim: 10.08.2018.



Review Article / Derleme

Meta-Analysis Steps and Reporting

Meta-Analiz Basamakları ve Raporlanması

Zeynep Aşık^{*1}, Mehmet Özen¹

ABSTRACT

Evidence based medicine is a medical decision making approach using the best available medical evidence. For this, the research question should be clearly defined, the evidence should be investigated, the evidences should be assessed, the medical decisions must be made and implemented and the results of the implementation should be observed. Meta-analysis and systematic review are at the top of the evidence based-pyramid at evidence based medicine. Meta-analysis is an original article that it is the synthesis of a large number of researches to reach a large number of data, provides more reliable information about the subject being searched. When the meta-analysis is prepared; the research question is determined, the literature is searched and appropriate studies are selected, the selected researches are coded, the effect size is calculated, the data are analyzed again according to the effect sizes and meta-analysis is written respectively. The PRISMA Protocol is often used in conducting meta-analysis. This review summarizes steps for evidence based medicine, steps for conducting meta-analysis, the PRISMA Checklist and the PRISMA Flow Diagram which are translated into Turkish. This review is belived to be a valuable contribution to Turkish scientist, especially in planning to conduct a meta-analysis.

Key words: Evidence based medicine, meta-analysis, effect size, forest plot

ÖZET

Kanıt dayalı tıp, elde bulunan en iyi tıbbi kanıtları kullanarak tıbbi karar verme yaklaşımıdır. Bu amaçla araştırma sorusu net olarak belirlenmeli, kanıtlar araştırılmalı, belirlenen kanıtlar değerlendirilmeli, tıbbi karar verilmeli ve uygulanmalı, uygulamanın sonuçları gözlenmelidir. Kanıt dayalı tıpta, kanıt piramidinin en üst basamağında meta-analiz ve sistematik derlemeler yer almaktadır. Meta-analiz, çok sayıda araştırmayı sentezleyerek geniş veri sayısına ulaşmayı ve araştırılan konu hakkında daha objektif bilgiler edinilmesini sağlayan bir orijinal araştırma türüdür. Meta-analiz hazırlanırken, sırasıyla araştırma sorusu belirlenir; literatür taraması yapılarak uygun araştırmalar seçilir, seçilen araştırmalar kodlanır; etki büyüklüğü hesaplanır, etki büyüklüklerine göre veriler tekrar analiz edilir ve meta-analiz yazılır. Meta-analiz yazım aşamasında sıklıkla PRISMA Protokolü'nden yararlanılmaktadır. Bu derlemede, kanıt dayalı tıp basamakları, meta-analiz yazım basamakları özetlenmiş; PRISMA Kontrol Listesi ve PRISMA Akış Şemasının Türkçe çevirilerine yer verilmiştir. Bu araştırmanın özellikle meta-analiz yapma hazırlığında olan araştırmacılara katkısı olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Kanıt dayalı tıp, meta-analiz, etki büyüklüğü, forest plot

Received / Geliş tarihi: 21.09.2018, Accepted / Kabul tarihi: 19.12.2018

¹ SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Zeynep Aşık, SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Antalya-TÜRKİYE, E-mail: zynpask@gmail.com

Aşık Z, Özen M. Meta-Analiz Basamakları ve Raporlanması. TJFMPC, 2019;13(2): 232-240.

DOI: 10.21763/tjfm.569924

GİRİŞ

Aile hekimlerinin takip ettiği hastaların ayrışmamış hasta olması, hastalarının şikayetlerinin çeşitliliği farklı tıbbi alanlarda bilgi sahibi olmayı ve güncel literatürü takip etmeyi gerektirir. Ancak günümüzde tıbbi araştırmaların hergün çoğaldığı, bilgilerin hızla eskidiği düşünüldüğünde hekimlerin yayınlanmış her araştırmayı okuması olanaksız hale gelmiştir. Bu sebeple sistematik derleme ve meta-analizlerin takibi aile hekimlerine nitelikli bilgiye daha kısa sürede ulaşabilme kolaylığı sağlamaktadır.

Takibi tıbbi kanıtlara ulaşmayı kolaylaştıran sistematik derleme ve meta-analizlerin hazırlanması uzun bir süreç gerektirir; yazılabilmeleri için uyulması gereken bir kurallar zinciri bulunmaktadır. Bu derlemede amaç, kanıta dayalı tıbbin en üst basamağında yer alan sistematik derleme ve meta-analiz hazırlanması ile rapor haline getirilmesi konularında bilgi sunmaktır.

KANITA DAYALI TIP NEDİR?

Kanıta dayalı tıp, elde bulunan tıbbi kanıtları kullanarak hastanın ve hastalığının özelliklerine göre tıbbi karar verme yaklaşımıdır.¹ Kanıta dayalı tıptan yararlanarak, tıbbi karar vermek için soru tanımlanmalı; soruyu yanıtlayabilecek tıbbi kanıtlar araştırılmalı; elde edilen kanıtlar eleştirel gözle değerlendirilmeli; uygun görülen tıbbi kanıtlar hastanın ve hastalığının özellikleri ve hekimin klinik deneyimleri ile bütünleştirilmeli; son olarak süreç değerlendirilmelidir. Tıbbi kanıtlar, karar verdiren değil tıbbi karara katkıda bulunan unsurlardır.²⁻⁴ Kanıta dayalı tıbbin temel basamakları aşağıda açıklanmıştır:

1. Kanıta Dayalı Tıp Sorusunun Oluşturulması

Kanıta dayalı tıptan yararlanarak tıbbi karar verebilmek için öncelikle araştırma sorusu oluşturulmalıdır. Araştırma sorusu araştırılan konu üzerine odaklanmalı ve net olmalıdır. Sackett ve arkadaşları, araştırma sorusunu baş harfleri PICO



Şekil 1. Tıbbi kanıt piramidi^{3,4}

şeklinde kısaltılan, dört özellik ile tanımlanmaktadır.^{3,5}

- **P (Patient / Problem – Hasta / Sorun):** Hasta ve hastalıkla ilgili sorunları nasıl tanımlarsınız?
- **I (Intervention – Girişim):** Mevcut sorun için hangi inceleme veya girişimleri planlıyorsunuz?
- **C (Comparison – Karşılaştırma):** Planladığınız inceleme veya girişimin alternatifi nedir, karşılaştırınız.
- **O (Outcome – Sonuç):** Sonuçta neyi amaçlıyorsunuz?

2. Kanıtların Araştırılması

Klinik soruyu oluşturan anahtar kelimelerden yararlanılarak veri tabanları taranmalıdır. Elektronik veri tabanlarından sık kullanılanları; PubMed/Medline, Cochrane Database, UptoDate, Embase, Google Scholar'dır.⁶

3. Kanıtların Değerlendirilmesi

Tıbbi kanıtlar değerlendirilirken, öncelikle incelenmesi gereken nokta ulaşılan tıbbi kanıtların araştırma için uygun yöntemle elde edildiğinden emin olunmasıdır. Tanımlayıcı sorularda gözlemsel çalışmalardan, etyoloji ve prognoz ile ilgili sorularda kohort çalışmalarından, tanı ve tedavi sorularında randomize kontrollü çalışmalardan yararlanılabilir³. Meta-analizler ise kısaca analizlerin analizi şeklinde tanımlanabileceğinden tüm araştırma soruları için uygun olabilir.⁷

Araştırmaların tıbbi kanıt düzeyleri, araştırma yöntemi dışında örneklem büyüklüğü, istatistiksel güç, güven aralığı, katılımcıların araştırmaya dahil edilme ve hariç tutulma kriterlerinden de etkilenir. Tüm bu kriterler göz önünde bulundurularak tıbbi kanıt piramidi oluşturulmuştur (Şekil 1).^{3,4,8}

Meta-analiz ve sistematik derlemeler, kanıt piramidinin en üst basamağında yer alan araştırma yöntemleridir. Meta-analiz istatistiksel teknikleri kullanarak, pek çok çalışmanın sonuçlarını birleştirme ve özetleme yöntemidir. Çeşitli çalışmaların birleştirilmesiyle elde edilen sonuçlar, bireysel çalışmalarla elde edilen sonuçlardan daha kesin tahminlerde bulunabilir.⁹

Kanıtların değerlendirilmesinde, kanıtın kalite derecesinin incelenmesi de bir diğer önemli noktadır. Kanıtların derecelendirilmesi için geliştirilmiş pek çok sınıflama vardır.^{8, 10, 11} Tıbbi kanıtlar, kanıt düzeyleri ve öneri dereceleri ile değerlendirilirler.

Oxford'un ve SIGN'in kanıta dayalı tıp sınıflamalarına göre kanıt düzeyi 1 ise (Oxford Sınıflaması 1a, 1b, 1c; SIGN Sınıflaması 1++, 1+, 1-), tıbbi kanıtı destekleyen meta-analizler, iyi dizayn edilmiş sistematik derlemeler mevcuttur. Bias riski düşüktür.

Kanıt düzeyi 2 ise (Oxford 2a, 2b, 2c; SIGN 2++, 2+, 2-), tıbbi kanıtı destekleyen iyi dizayn edilmiş sistematik derlemeler, kohort çalışmaları ve / veya vaka kontrol çalışmaları mevcuttur.

Kanıt düzeyi 3 ise (Oxford 3a, 3b; SIGN 3), tıbbi kanıtı destekleyen iyi dizayn edilmiş bir analitik çalışma yoktur, daha çok iyi dizayn edilmiş vaka kontrol çalışmaları, vaka serileri, vaka raporları bulunur.

Kanıt düzeyi 4 ise (Oxford 4; SIGN 4), uzman görüşleri, komite raporları ile iyi dizayn edilmemiş kohort, vaka kontrol çalışmaları, vaka serileri, vaka raporları bulunur.

Kanıt düzeyi 5 ise (Oxford 5; SIGN bu düzeyi tanımlamamıştır), açık eleştirel değerlendirme olmaksızın sunulan uzman görüşleri vardır.^{4, 10}

Kanıt düzeyleri, Amerika Koruyucu Sağlık Hizmetleri Birimi'nce (USPSTF) öneri derecelerine ayrılmıştır. Buna göre öneri dereceleri:

- A Grubu Öneriler: Hizmetin verilmesi muhakkak önerilir. Verilecek olan hizmetle ilgili iyi kanıtlar bulunmuştur, yararın zarardan fazla olduğu kabul edilmiştir.
- B Grubu Öneriler: Bu hizmetin verilmesi önerilmektedir. Verilecek hizmetle ilgili en az bir kanıt bulunmuştur ve yarar zarardan fazladır.
- C Grubu Öneriler: Verilmesi düşünülen hizmetle ilgili en az bir kanıt vardır ancak öneriyle ilişkili yarar-zarar ilişkisi tartışmalıdır. Bu nedenle hizmetle ilgili hastaya göre bireysel karar verilmelidir.

- D Grubu Öneriler: USPSTF sunulacak olan hizmetin etkisiz olduğuna veya zararın yarardan çok olduğuna dair en az bir kanıt tespit etmiştir.
- I Grubu Öneriler: Hizmet sağlamayı önermek veya önermemek için yeterli kanıt bulunmamaktadır. Konuyla ilgili kanıt yoktur, kalitesi zayıftır ya da tartışmalıdır.¹¹

4. Tıbbi Karara Varılması ve Uygulanması

Uygun tıbbi kanıtlar, hekimin deneyimleri, hastanın özellikleri ve tercihleri birlikte değerlendirilerek klinik karara varılır ve verilen karar uygulanır.^{1,3}

5. Sürecin Değerlendirilmesi

En az kanıta dayalı tıp uygulamaları kadar, sonuçların değerlendirilmesi ve kaydedilmesi de kanıta dayalı tıbbin sürekliliği açısından önemlidir.

META-ANALİZ NEDİR?

Aynı konuda, farklı merkezlerde, farklı zamanlarda yapılan çalışmaların sonuçlarını özel teknikler kullanarak birleştiren istatistiksel yöntem meta-analiz denir. Meta-analiz yöntemi ilk olarak 1904 yılında Karl Pearson tarafından, sağlık alanında kullanılmıştır. Pearson, tifo aşısı ve ölüm oranı arasındaki korelasyonu inceleyen beş çalışmanın verilerini birleştirerek yorumlamıştır. Sonraki yıllarda 1931 yılında Tippet, 1932 yılında Fisher, 1933 yılında Pearson farklı araştırmaların sonuçlarını birleştirerek tekrar analiz etmiş ve yorumlamıştır, ancak meta-analiz terimi bu çalışmaların hiçbirinde kullanılmamıştır.¹²⁻¹⁴

Meta-analiz terimi, ilk kez bir eğitim bilimci olan Glass tarafından 1976'da kullanılmıştır. Gene V Glass'a göre analiz üç basamaklı bir işlemdir. Birincil analiz, araştırmadaki verilerin ilk analizi ve yorumudur. İkincil analiz, verilerin daha farklı istatistiksel teknikler kullanılarak; eski verilerle yeni sorulara cevap verilen analizdir. Üçüncül analiz ise, meta-analiz olarak adlandırılan, farklı çalışmaların analizlerinin birleştirilmesi ve tüm verilerin bütünleştirilerek tekrar analiz edilmesidir.⁷ Her meta-analiz bir sistematik derlemedir, ancak her sistematik derlemeye meta-analiz denemez. Yapılan araştırmanın meta-analiz olabilmesi, meta-analizin tüm basamaklarının yerine getirilmesiyle mümkündür.¹²⁻¹⁴

META-ANALİZ BASAMAKLARI

Kanıt piramidinin en üst basamağında yer alan meta-analizin hazırlanma ve raporlanma aşamalarında takip edilmesi gereken adımlar:

1. Araştırma Sorusunun Belirlenmesi ve Tanımlanması

Araştırma sorusunun ve araştırılacak anahtar kelimelerin seçimi, meta-analizin tüm diğer adımlarını ve sonuçlarını etkileyebileceği için çok önemlidir. Araştırma sorusu daraltılmazsa çok fazla araştırma ve veriye ulaşılacak, seçim yapmak zorlaşacaktır. Araştırma sorusu çok daraltılırsa da yeterince veriye ulaşamama riski söz konusu olacaktır.¹²⁻¹⁴

2. Literatür Taranması ve Meta-Analiz İçin Uygun Araştırmaların Seçilmesi

Kapsamlı bir literatür taranması ve yanlılığın engellenmesi mümkün olduğunca çok veri tabanına ve araştırmaya ulaşılması, yazım dili farkı gözetilmemesi, olumlu-olumsuz sonuçlar içeren tüm araştırmaların meta-analize dahil edilmesiyle sağlanabilir.^{9, 12}

3. Bir Kodlama Dosyası Oluşturulması, Seçilen Araştırmaların Kodlanması ve Etki Büyüklüğünün Hesaplanması

Uygun araştırmalar belirlendikten sonra bir kodlama dosyası oluşturulur. Yeni oluşturulan kodlama dosyasında seçilen araştırmaların yazarları, adı, tarihi, katılımcı sayısı ve etki büyüklükleri (effect size) bulunmalıdır.^{15, 16}

Meta-analiz kodlamasında kullanılacak olan etki büyüklüğü (d değeri), araştırmacılarca belirlenecek olan istatistiksel sonuçlardan hesaplanan standart, ortak bir değerdir. En yaygın kullanılan etki büyüklüğü Cohen'in d değeridir ve ortalamalar arasındaki farkın standartlaştırılmasıyla elde edilir. Ortalama dışında korelasyon sonuçları, p değerleri, farklı önemlilik testlerinin sonuçlarından yararlanılarak da etki büyüklükleri hesaplanabilir. Bu hesaplamalar mevcut formüller kullanılarak veya elektronik ortamda bulunan etki büyüklüğü hesaplama motorlarından yararlanılarak yapılabilir.^{7, 15-18}

4. Tekrar İstatistiksel Analizlerin Yapılması

Meta-analize dahil edilen araştırmaların hesaplanmış olan etki büyüklükleri ve güven aralıklarıyla beraber araştırmaların tanımlayıcı

özelliklerini belirten merkezi eğilim ölçütleri ve yayılma ölçütleri kaydedilmelidir. Bunun yanında meta-analize dahil edilen çalışmaların birbirine benzerlik veya farklılıkları heterojenite testiyle ortaya konmalıdır.^{15, 18} Hesaplanmış olan etki büyüklükleri ile veriler tekrar analiz edilmeli ve sonuçlar yazılmalıdır.^{7, 19}

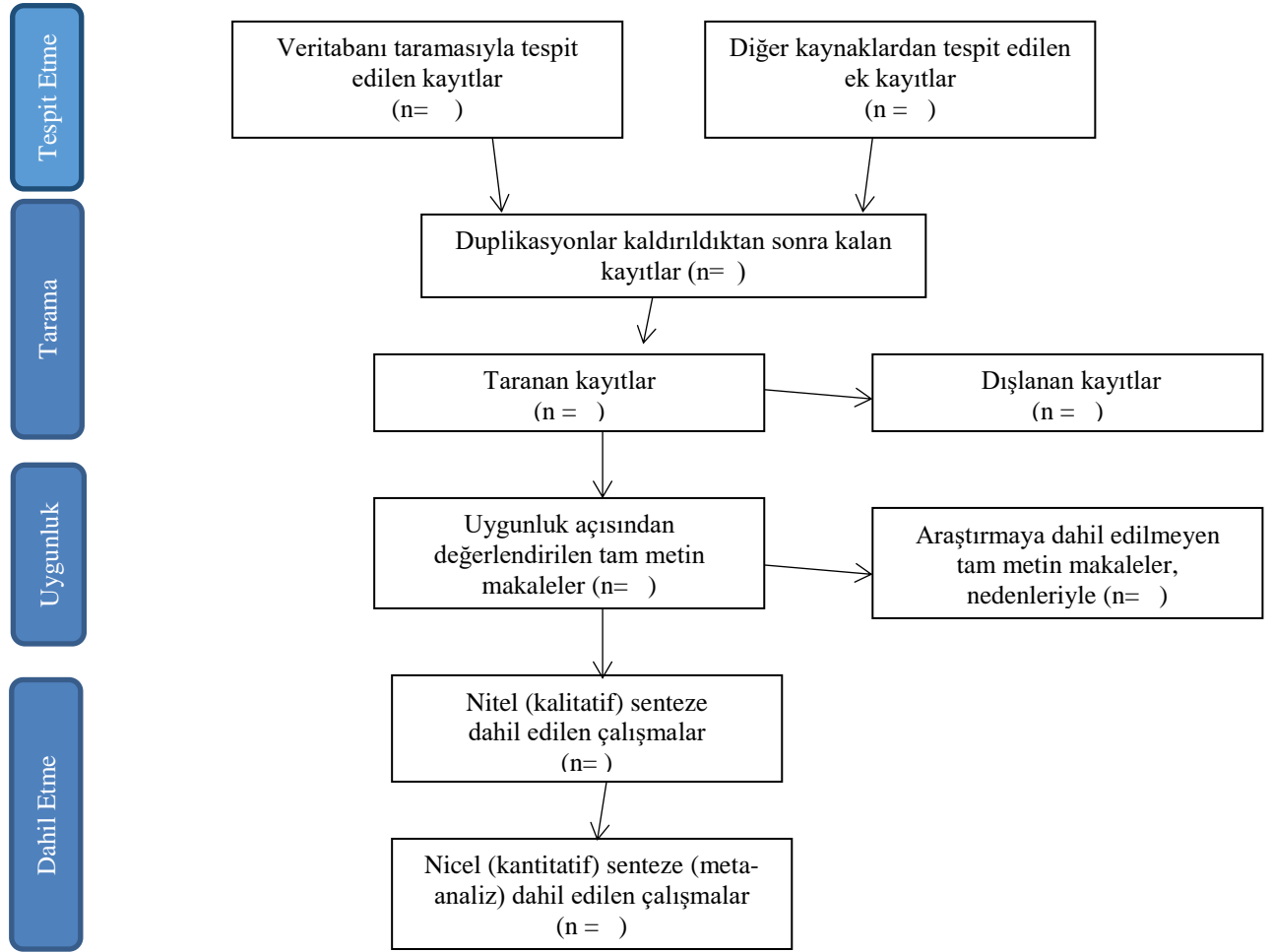
Görsellik sağlayabilmek için forest plot grafiğinden de yararlanılabilir. Forest plot, hem seçilen araştırmaların örneklem büyüklüğünün meta-analizin örneklem büyüklüğüne oranını, hem araştırmaların istatistiksel olarak anlamlılığını, hem araştırmaların etki büyüklüklerini ve güven aralıklarını tek tek gösterirken hem de meta-analizin genel etki büyüklüğünü, güven aralığını, istatistiksel anlamlılığını gösteren bir grafikdir. Ayrıca forest plotta güven aralıklarına bakılarak seçilen araştırmaların heterojenitesi de anlaşılabilir.^{20, 21}

5. Meta-Analizin Sonuçlandırılması ve Rapor Haline Getirilmesi

Meta-analizlerin raporlanmasını standardize etmek için bazı protokoller geliştirilmiştir. Bunlardan günümüzde en yaygın kullanılanı *Preferred Reporting Items For Systematic Review and Meta-Analysis Protocols*'dür (PRISMA-P).⁹ Ayrıca epidemiyoloji alanında yapılan gözlemsel çalışmaların meta analizlerinin raporlanmasında kullanılan MOOSE ilkeleri önemlidir. PRISMA, daha çok klinik araştırmaların meta analizinde kullanılmaktadır.²²

PRISMA'nın kontrol listesi ve akış şeması Moher, Liberati, Tetzlaff ve arkadaşları tarafından ilk olarak QUOROM Statement ismiyle 1996'da geliştirilmiş, sonra isim PRISMA olarak değiştirilmiştir, 27 maddeden oluşmaktadır. PRISMA, Fransızca, Almanca, İtalyanca, Japonca, Korece, Portekizce, Rusça dillerine çevrilmiş, sistematik derleme ve meta-analizlerde sıklıkla kullanılan bir raporlama kılavuzudur. Pek çok sistematik derleme ve meta analizinin raporlanmasında kullanılmıştır.^{23, 24, 25} Son olarak kontrol listesi ve akış şeması PRISMA Tercüme Protokolü çerçevesinde Aşık ve Özen tarafından Türkçe'ye tercüme edilmiş, çeviri Nisan 2018'de PRISMA'nın resmi internet sitesinde yayınlanmıştır.²⁶ (Tablo 1, Şekil 2).

Tablo 1. PRISMA kontrol listesi⁹		
Bölüm/Konu	#	Kontrol Listesi Maddeleri
BAŞLIK		
Başlık	1	Araştırma, sistematik derleme, metaanaliz veya her ikisi şeklinde tanımlanmalıdır.
ÖZET		
Yapılandırılmış özet	2	Arka plan, amaçlar, veri kaynakları, dahil etme kriterleri, katılımcıların özellikleri, yapılan girişimler, veri değerlendirme ve sentez yöntemleri, sonuçlar, kısıtlılıklar, tartışma, anahtar bulgular ve derleme kayıt numarasını içeren uygun şekilde yapılandırılmış bir özet yazılmalıdır.
GİRİŞ		
Gerekçe	3	Eldeki bilgilerle derlemenin gerekçesi açıklanmalıdır.
Amaçlar	4	Araştırmanın yanıt aradığı soruları ve referanslar açıklanmalıdır. Katılımcılar, yapılan girişimler, karşılaştırmalar, sonuçlar ve çalışma tasarımı ile ilgili sorular (PICOS) kapsamlı şekilde açıklanmalıdır.
YÖNTEMLER		
Protokol ve kayıt	5	Derlemenin bir protokolü olup olmadığı, varsa nereden ulaşılacağı (web adresi gibi) ve böyle bir olanak varsa, kayıt numarasını da içerecek şekilde kayıt bilgileri verilmelidir.
Araştırmaya dahil etme kriterleri	6	Araştırmanın (PICOS, takip süresi gibi) ve raporun özellikleri (raporun yazıldığı yıl, dil, yayınlanma durumu gibi) belirtilmeli ve bu özellikler sebebi açıklanarak dahil etme kriterleri olarak kullanılmalıdır.
Bilgi kaynakları	7	Araştırmadaki tüm bilgi kaynakları (kapsadıkları yıllarla beraber veri tabanları belirtilmeli, araştırma yazarlarıyla bağlantı kurularak yapılan ek çalışma varsa belirtilmeli) açıklanmalı ve tarama yapılan son tarih belirtilmelidir.
Tarama	8	Tekrarlanabilecek şekilde, tüm elektronik tarama yöntemleri, kullanılan limitler de belirtilerek açıklanmalıdır.
Çalışma seçimi	9	Araştırmaya dahil edilecek çalışmaları seçme süreci açıklanmalıdır (Sistematik derlemede ve mümkünse meta analizde tarama özellikleri ve dahil etme kriterleri belirtilmeli).
Veri toplama süreci	10	Raporlardan veri elde etme yöntemleri ile araştırmacılar tarafından veri elde etmek ve verileri doğrulamak için yapılan işlemler açıklanmalıdır (pilot formlarla, bağımsız şekilde ve kopyalama şeklinde).
Veri maddeleri	11	Taranan tüm verilerle ilgili tüm değişkenler listelenmeli (PICOS, finans kaynakları gibi), ayrıntılı şekilde açıklanmalı ve varsa yapılan varsayımlar ve basitleştirmeler belirtilmelidir.
Bireysel çalışmalarda yanlılık riski	12	Bireysel çalışmaların yanlılık riskini araştırmak için uygulanan yöntemler (bu yöntemlerin derleme veya sonuç kısmında uygulandığı belirtilerek) ve bu bilgilerin veri sentezinde nasıl kullanılacağı açıklanmalıdır.
Özet ölçümler	13	Ana özet ölçümleri (risk oranı, ortancalar arasındaki fark gibi) açıklanmalıdır.
Sonuçların sentezi	14	Her meta-analiz için, verilerin işleme ve sonuçlarının birleştirilmesi yöntemleri, eğer varsa tutarlılık ölçümleriyle beraber (I ² testi gibi) açıklanmalıdır.
Çalışmalar karşısındaki yanlılık riski	15	Kümülatif sonucu etkileyebilecek yanlılık riski için bir değerlendirme yapılmışsa, açıklanmalıdır (yayınlanma aşamasında yanlılık, sistematik derlemeye dahil edilen çalışmalarda selektif raporlama olması gibi).
Ek analizler	16	Ek analiz yöntemleri açıklanmalı (sensitivite veya subgroup analizleri, meta regresyon gibi), eğer yapıldıysa, hangilerinin önceden tarif edildiği bildirilmelidir.
SONUÇLAR		
Çalışma seçimi	17	Taranan, uygunluk için değerlendirilen, sistematik derlemeye dahil edilen veya çıkarılan çalışma sayısı; sistematik derlemeden çıkarılan çalışmaların çıkarılma sebepleri ve ideal olarak akış şeması verilmelidir.
Çalışma özellikleri	18	Her çalışma için, verilerin özellikleri sunulmalı (çalışmanın büyüklüğü, PICOS, takip süresi gibi) ve referanslar verilmelidir.
Çalışma içindeki yanlılık riski	19	Her çalışmadaki yanlılık riski ile ilgili veriler sunulmalı ve eğer mümkünse sonuç düzeyi değerlendirilmesi yapılmalıdır (12. maddeye bakınız).
Bireysel çalışmaların sonuçları	20	Değerlendirilen tüm sonuçlar için (yarar ve zarar), her çalışma için (a) her girişim grubu için basit özet verisi ve (b) ideal olarak bir forest plot ile etki büyüklükleri ve güven aralıkları belirtilmelidir.
Sonuçların sentezi	21	Yapılan her meta analiz sonuçları, güven aralıkları ve tutarlılık ölçümlerini de içerecek şekilde sunulmalıdır.
Çalışmalar karşısındaki yanlılık riski	22	Çalışmalar karşısındaki yanlılık riskini değerlendiren sonuçlar verilmelidir (15. maddeye bakınız).
Ek analizler	23	Eğer yapıldıysa ek analizlerin sonuçları verilmelidir (sensitivite veya subgroup analizi, meta regresyon gibi), (16. maddeye bakınız).
TARTIŞMA		
Kanıtların özeti	24	Her ana sonuç için, kanıt düzeyini içerecek şekilde temel bulgular özetlenmeli ve anahtar gruplarla ilişkileri (sağlık hizmeti sağlayıcıları, sağlık hizmeti kullanıcıları, sağlık politikası yapanlar gibi) değerlendirilmelidir.
Kısıtlılıklar	25	Çalışmanın sonuç (yanlılık riski) ve derleme (belirlenmiş taramanın tam olarak yansıtılmaması, raporlamada yanlılık gibi) bölümlerindeki kısıtlılıklar tartışılmalıdır.
Sonuçlar	26	Diğer kanıtların yardımıyla, araştırma sonuçlarının genel yorumu yapılmalı ve ileride yapılacak olan araştırmalara etkileri belirtilmelidir.
FİNANSMAN		
Finansal destek	27	Sistematik derlemedeki ve diğer kısımlardaki (veri desteği gibi) finansal kaynaklar açıklanmalı ve finansal destekçilerin sistematik derlemedeki roller belirtilmelidir.



Şekil 2. PRISMA akış şeması⁹

PRISMA KONTROL LİSTESİ VE AKIŞ ŞEMASI^{5, 27, 28}

- Başlık:** Başlıkta, yapılan araştırmanın sistematik derleme veya meta-analiz olduğunun belirtilmesi okuyuculara tarama kolaylığı sağlar. Moher ve arkadaşlarının yaptığı araştırmaya göre, yazarların %50'si araştırmasının meta-analiz veya sistematik derleme olduğunu başlıkta belirtmemektedir.
- Yapılandırılmış özet:** Özet, okuyucuya araştırmanın tamamını okuyup okumama konusunda karar verdiren, araştırmanın anahtar kısmıdır. Ayrıca yapılandırılmış özet, okuyucuya bilgiye ulaşma imkânı sağladığından tercih edilmektedir. Bu sebeple arka plan, amaçlar, veri kaynakları, dahil etme kriterleri, katılımcıların özellikleri, yapılan girişimler, veri değerlendirme ve sentez yöntemleri, sonuçlar, kısıtlılıklar, tartışma, anahtar bulgular ve derleme kayıt numarasını içeren uygun şekilde yapılandırılmış bir özet yazılmalıdır.

- Gerekeç:** Okuyucular, bu araştırmanın araştırılan konuya neler kazandırabileceğini, sistematik derleme veya meta-analizin yapılma amacını anlamalıdır. Gerekeçten bahsederken, ilk olarak araştırma sorusu tanımlanmalı, sonra konu hakkındaki bilgilere ve eldeki bilgilerin sınırlılıklarına yer verilmeli, üçüncü olarak da yapılan araştırmanın araştırılan konuya neler ekleyebileceği açıklanmalıdır.
- Amaçlar:** Sistematik derleme ve meta-analizlerde araştırma sorusu, araştırmanın en kritik parçalarındandır. Araştırma sorusu ile araştırmaya dahil edilen katılımcılar, yapılacak girişimler ve/veya karşılaştırmalar, araştırmanın olası sonuçları, çalışmanın tasarımı açıklanmalıdır.
- Protokol ve kayıt:** Yapılacak araştırmanın bir protokolü olmalı ve protokolün kuralları bu bölümde açıklanmalıdır. Protokol, analiz metotlarını ve dahil etme kriterlerini

içermelidir. Kullanılan protokolün varsa internet adresi, kayıt bilgileri yazılmalıdır.

6. **Araştırmaya dahil etme kriterleri:** Sistemik derleme ve meta-analize dahil edilecek araştırmaların özellikleri tanımlanmalıdır. Bu tanımlama, seçilen araştırmalardaki katılımcıların özelliklerini, raporun yazıldığı yılı, yazım dilini, yayınlanma durumu gibi araştırmanın özelliklerini içermelidir.
7. **Bilgi kaynakları:** Araştırmadaki bilgi kaynaklarının kapsadıkları yıllar, veri tabanları, tarama yapılan son tarih, yazarlarıyla bağlantı kurularak yapılan ek çalışma varsa, seçilen araştırmaların referansları tarandıysa belirtilmelidir. Buna ek olarak yazarlar taramayı kendilerinin mi yoksa tarama motorunun mu yaptığını ve tarama özellikleri uygun olduğu halde sponsorluk gibi nedenlere analize dahil edilmeyen araştırmaları açıklamalıdır.
8. **Tarama:** Tüm tarama yöntemleri, taranan veri tabanları, taramalar sırasında kullanılan anahtar kelimeler, taramanın sınırlandırılma özellikleri, taramanın yapıldığı tarihler de belirtilerek, tekrarlanmaya uygun şekilde açıklanmalıdır.
9. **Çalışma seçimi:** Analize dahil edilen araştırmaların belirlenme biçimi, örneğin “Taramayla dahil etme kriterlerine uygun olduğu düşünülen araştırmaların tam metinleri bağımsız, kör iki araştırmacı tarafından tekrar ayrı ayrı değerlendirildi, her iki araştırmacının da uygun gördüğü araştırmalar araştırmaya dahil edildi.” şeklinde açıklanmalıdır.
10. **Veri toplama süreci:** Bireysel araştırmalardan meta-analiz için veri elde etme yöntemleri ve verileri doğrulamak için yapılan işlemler açıklanmalıdır.
11. **Veri maddeleri:** Seçilen araştırmaların yazarları, adı, tarihi, katılımcı sayısı, katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, araştırmada yapılan işlemler, elde edilen sonuçlar gibi değişkenleri, finans kaynakları listelenmeli ve bir araya getirilmelidir.
12. **Bireysel çalışmalarda yanlılık riski:** Seçilen araştırmalarda yanlılık riskinin az olması, yapılan sistemik derleme veya meta-analizin kalitesiyle doğrudan ilişkilidir. Seçilen araştırmalardaki yanlılık oranını belirleyecek ölçekler, kontrol listeleri ve bireysel değerlendirme metotları vardır. Bu nedenle bireysel araştırmaların yanlılık riskini araştırmak için uygulanan yöntemler açıklanmalıdır.

13. **Özet ölçümler:** Meta-analiz için seçilen araştırmaların özet ölçümleri belirtilmelidir. Genellikle relatif risk ölçümü bu amaçla kullanılırken bazen ortalamalar arası fark gibi ölçümler de kullanılabilir. Seçilen araştırmaların özet ölçümleri her zaman aynı olmayabilir. Bu durumda ölçümleri etki büyüklüğüne çevirerek kullanmak gerekecektir.

14. **Sonuçların sentezi:** Seçilen her araştırmadaki verilerin işleme yöntemleri, meta-analiz için sonuçların birleştirilme yöntemleri, varsa heterojeniteyi ölçen yöntemler açıklanmalıdır.

15. **Çalışmalar karşısındaki yanlılık riski:** Meta-analize dahil edilen araştırmaların seçiminde yanlılık olup olmadığı, bu olası yanlılığın kümülatif sonuca etkisi araştırıldıysa açıklanmalıdır. Egger testi ve Funnel Plot grafisi meta-analizdeki araştırmaların olası yanlılığını tespit etmek için kullanılan araçlardır. Ancak epidemiyolojik araştırmalar meta-analizlerde bu değerlendirmelerin yaklaşık %30 oranında yapıldığını göstermektedir.

16. **Ek analizler:** Eğer yapıldıysa, ek analizlerden yöntemler kısmında bahsedilmelidir. Sık kullanılan ek analizlerden sensitivite analizi meta-analize dahil edilen bireysel araştırmaların verilerinin kümülatif sonuca etkisinin görülmesi için kullanılır. Meta-regresyon bireysel araştırmaların heterojenite sebeplerini tespit etmek, heterojen araştırmaların kümülatif sonuca etkisini tahmin etmek için kullanılır. Alt grup analizi ise özellikle klinik çalışmalarda uygulanan genel tedavinin alt gruplardaki etkisini değerlendirmede kullanılır.

17. **Çalışma seçimi:** Yazarlar, çalışma seçme süreçlerini mümkünse bir algoritma kullanarak açıklamalıdır. PRISMA Akış Şemasının düzenlenerek bu amaçla kullanılması uygun olabilir (Şekil 2).

PRISMA Akış Şemasında tespit etme, tarama, uygunluk ve dahil etme aşamaları vardır. *Tespit etme* aşamasında hangi veri tabanlarının tarandığı, seçilen araştırmaların yerleri belirtilmeli, ardından duplikasyonlar çıkarılmalı, yeni sayı belirtilmelidir. Kalan araştırmalar anahtar sözcük ve özetleri ile *taranmalı*, seçilen ve dışlanan araştırmalar sayıları ve özet gerekçeleriyle açıklanmalıdır. Tarama sonrası *uygunluk* aşamasında araştırmaların tam metinleri incelenmeli, araştırma seçimi tam metinlere göre tekrarlanmalı, yine seçilen ve dışlanan araştırmalar sayıları ve özet gerekçeleriyle açıklanmalıdır. Böylece *dahil etme* aşamasında meta-analize dahil edilen araştırmalar netleştirilmelidir.

18. Çalışma özellikleri: Seçilen her araştırmanın metodu, katılımcı sayısı ve özellikleri, yapılan müdahaleler, birincil ve ikincil sonuç değişkenleri, takip süreleri gibi özellikleri verilmelidir.

19. Çalışma içindeki yanlılık riski: Sonuçlar bölümünde de, seçilen araştırmaların yanlılık riski ile ilgili değerlendirmelerle, bu olası yanlılığın meta-analizin genel sonuçlarına etkisini araştıran değerlendirme varsa yazılmalıdır.

20. Bireysel çalışmaların sonuçları: Sonuçları, olumlu veya olumsuz çıkan tüm bireysel araştırmaların tek tek güven aralığı, etki büyüklüğü, örneklem sayısı gibi verilerini bulunduran birer kısa özeti olmalıdır. İdeali tüm bu verileri içerisinde bulunduran bir forest plot grafi ile araştırmaları özetlemektir.

21. Sonuçların sentezi: Sistemik derlemelerde araştırmanın ana sonuçları; meta-analiz yapıldıysa araştırmaların birleştirilmesiyle elde edilen yeni verilerin sonuçları güven aralıkları, tutarlılık ölçümleri gibi değerleri de içerecek şekilde verilmelidir.

22. Çalışmalar karşısındaki yanlılık riski: Seçilen araştırmalardaki, yanlılık riski ve kümülatif sonuca etkisini araştıran Egger gibi bir test yapıldıysa sonuçları burada açıklanmalıdır. Test sonuçları funnel plot grafisiyle de özetlenebilir.

23. Ek analizler: Eğer yapıldıysa, sensitivite analizi, meta-regresyon analizi, subgroup analizi gibi alt grup analizlerinin sonuçları açıklanmalıdır.

24. Kanıtların özeti: Tartışma kısmında, meta-analizde elde edilen her sonuç kanıt düzeyini de içerecek şekilde açıklanmalıdır.

25. Kısıtlılıklar: Araştırmaların seçiminde, meta-analizde kullanılmasında, verilere ulaşılmasında yanlılığa neden olabilecek kısıtlılıklar varsa, örneğin sadece İngilizce yazılmış araştırmaların seçilmesi veya özetine ulaşıp tam metnine ulaşamamış araştırmaların meta-analize dahil edilmesi gibi, tartışma kısmında bahsedilmelidir.

26. Sonuçlar: Yapılan meta-analizin sonuçları bu kısımda yorumlanmalı, elde edilen tıbbi kanıtlar açıklanmalı, konu ile ilgili ileride yapılacak çalışmalar için yol gösterici nitelikte önerilere yer verilmelidir

27. Finansal destek: Araştırmanın finansal veya veri destekçileri varsa açıklanmalı; destekçiler dizayn, veri toplama, analiz, yazım, yayınlanma gibi herhangi bir aşamada rol oynadıysa bu durum açıkça belirtilmelidir.

SONUÇ

Tıbbi kanıtları ortaya çıkarmak, en az tıbbi kanıtlardan yararlanarak hasta yönetimi kadar önemliyken, bir o kadar da dikkat ve sistemli çalışma gerektir. Bu amaçla, araştırma sorusu net olarak belirlenmeli, kanıtlar araştırılmalı, belirlenen kanıtlar değerlendirilmeli, tıbbi karar verilmeli ve uygulanmalı, uygulamanın sonuçları gözlenmelidir. Kanıt piramidinin en üst basamağında bulunan meta-analiz, çok sayıda araştırmayı sentezleyerek geniş veri sayısına ulaşmayı; araştırılan konu hakkında daha objektif bilgiler edinilmesini sağlayan bir orijinal araştırma türüdür. Hazırlanan derlemede, kanıta dayalı tıp ve meta-analiz basamaklarından bahsedilerek okuyucuya özet bilgiler verilmiştir. Bu araştırmanın, özellikle meta-analiz yapma hazırlığında olan araştırmacılara katkısı olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312(7023):71-2.
2. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: how to practice and teach EBM, 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone;2000.p.3-12.
3. Yılmaz E, Çöl M. Kanıta Dayalı Tıp. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2014;5(6):537-42.
4. Masic CI, Miokovic M, Muhamedagic B. Evidence Based Medicine – New Approaches and Challenges. Professional Paper 2008;16(4):219-25.
5. Virgilio RF, Chiapa AL, Palmarozzi E. Evidence-Based Medicine. An Introduction to Creating an Answerable Question and Searching the Evidence. J Am Osteoath Assoc 2007;107(8):295-7.
6. Bramer WM, Rethlefsen ML, Jos Kleijnen J and Franco OH. Optimal database combinations for literature searches in systematic reviews: a prospective exploratory study. Systematic Reviews 2017; 6 (245): 1-12.
7. Glass GV. Primary, Secondary, and Meta-Analysis of Research. American Educational Research Association 1976;5(10):3-8.

8. Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. *BMJ* 2001;323:334-6.
9. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M et al and PRISMA-P Group. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. <http://www.systematicreviewsjournal.com/content/4/1/1> adresinden 01.07.2018 tarihinde erişilmiştir.
10. Oxford Centre for Evidence-Based Medicine-Levels of Evidence (March 2009)- CEBM. <https://www.cebm.net/2009/06/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/> adresinden 20.07.2018 tarihinde erişilmiştir.
11. U.S. Preventive Services Task Force, What the Grades Mean and Suggestions for Practice, Grade Definitions After July 2012. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/grade-definitions> adresinden 20.07.2018 tarihinde erişilmiştir.
12. Bakioğlu A, Göktaş E. Bir Eğitim Politikası Belirleme Yöntemi: Meta-Analiz. *Medeniyet Eğitim Araştırmaları Dergisi* 2018;1(2):35-54.
13. Gülpınar Ö, Güçlü AG. Derleme makalesi nasıl yazılır? *Turkish Journal of Urology* 2013; 39(Özel Sayı 1): 44-8.
14. Balcı S, Baydemir C. Sağlık Bilimlerinde Meta-Analizi. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;1(1): 9-11.
15. Kılıç S. Etki Büyüklüğü. *Journal of Mood Disorders* 2014; 4(1): 44-46.
16. Social Science Statistics, Effect Size Calculator for T-Test. <https://www.socscistatistics.com/effectsize/default3.aspx> adresinden 16.08.2018 tarihinde erişilmiştir.
17. Psychometrica, Computation of Effect Sizes. https://www.psychometrica.de/effect_size.html adresinden 17.08.2018 tarihinde erişilmiştir.
18. Yıldırım HH, Yıldırım S. Hipotez Testi, Güven Aralığı, Etki Büyüklüğü ve Merkezi Olmayan Olasılık Dağılımları Üzerine. *İlköğretim Online* 2011;10(3):1112-23.
19. Comprehensive Meta-Analysis. <https://www.meta-analysis.com/> Comprehensive Meta-Analysis Software (CMA) adresinden 04.09.2018 tarihinde erişilmiştir.
20. NCSS Statistical Software. Forest Plots. https://ncss-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/themes/ncss/pdf/Procedures/NCSS/Forest_Plots.pdf adresinden 27.08.2018 tarihinde erişilmiştir.
21. Sedgwick P. How to read a forest plot in a meta-analysis. *BMJ* 2015;351(4028) :1-3.
22. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. *JAMA*. 2000;283(15): 2008-12.
23. Sun Reopeng, Sosnoff JJ. Novel sensing technology in fall risk assessment in older adults: a systematic review. *BMC Geriatrics*. 2018;18(14):1-10.
24. Rojas-Villarraga A, Torres-Gonzalez JV, Ruiz-Sternberg AM. Safety of Hormonal Replacement Therapy and Oral Contraceptives in Systemic Lupus Erythematosus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE*. 2014; 9(8):1-11.
25. Weissberger GH, Strong JV, Stefanidis KB, Summers MJ, Bondi MW, Stricker NH. Diagnostic Accuracy of Memory Measures in Alzheimer's Dementia and Mild Cognitive Impairment: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychol Rev*. 2017; 27(4): 354-388.
26. PRISMA Available Translations. <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%20Turkish%20checklist.pdf> ve <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%20Turkish%20flow%20diagram.pdf> adreslerinden 02.07.2018 tarihinde erişilmiştir.
27. Liberati A, Altman DG, Tetzla J, Mulrow C, Gotzsche PC, Ioannidis JPA et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PloS Medicine* 2009; 6(7):1-28.
28. Shamseer L, Moher D, Clarke M, Ghersi D, Liberati A, Petticrew M. Et al. The PRISMA-P Group. Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) 2015: Elaboration and Explanation. *BMJ* 2015; 349 (7647):1-25