

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

Letter to the Editor

The Usage Of Plants as a Traditional and Complementary Medicine Among Diabetic Patients in Karachi, Pakistan: an Urgent Need of Educational Intervention

Original Research

Investigation of the Relationship Between Eating Attitudes and Sleep Quality in University Students

Urban-Rural Comparison of Obesity and Related Metabolic Disorders in Southern Turkey

The Determination Of The Factors And Expectations Which Affect The Utilization of Health Services In Women: A Qualitative Research

The Adaptation Study of the Severity of Violence Against Women Scale to Turkish

The Effects of Nutritional Supplements on Nutritional Habits and Physical Activity Levels

Surgical Evaluation of Common Benign Skin Lesions in Primary Care

The Effect of Care Needs on Quality of Life and Chronic Disease Care in Patients with Diabetes

Acne: What Does Youth Think About It?

Healthy Lifestyle Behaviors and Affecting Factors in University Staff

State and Trait Anxiety Levels of Obese and Overweight Persons

Rational Use of Antibiotics By Family Physicians in Turkey During Primary Healthcare Service: A Cross-Sectional Analysis Through The Prescription Information System

Usability of Hematologic Parameters in Primary Care to Show Disease Activity in Patients with Ankylosing Spondylitis

Quality of Life And Related Factors in Stroke Patients

Determination of Self-Esteem and Mental Status of Abused and Neglected and Non-Neglected Adolescent

The use of Canalith Reposition Maneuvers in Treatment of Benign Paroxysmal Positional Vertigo

Determining The Perspectives of Non-governmental Organizations on Child Labour and Children's Rights

Review

Diagnostic Tests in The Management of Allergic Diseases in Primary Care

Home Health Care

Drug Induced Taste and Smell Disorders

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 Çıtlı (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 Gökçearslan	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
Biröl 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 Kitapları; 2014.p.461-71.

3.Publications in conference proceedings

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

4.Dissertations

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

Yazarlara Bilgi

Yayın Politikası

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yazı hazırlama kuralları:

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

Bir yazı şu bölümlerden oluşmalıdır:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yabancı dilde yayımlanan kitap:

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

Türkçe kitap:

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

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

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

Çeviri kitap:

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

Table of Contents

Letter to the Editor

The Usage Of Plants as a Traditional and Complementary Medicine Among Diabetic Patients in Karachi, Pakistan: an Urgent Need of Educational Intervention
Zakir Khan, Junaid Khan, Muhammad Kamran
TJFMPC, 2020;14(1): 1-2 DOI: 10.21763/tjfmpe.605176

Original Research

Investigation of the Relationship Between Eating Attitudes and Sleep Quality in University Students
Rabia H. Aşilar, Arzu Yıldırım, Kadir Çebi, Hilal Şahin
TJFMPC, 2020;14(1): 3-14 DOI: 10.21763/tjfmpe.692865

Urban-Rural Comparison of Obesity and Related Metabolic Disorders in Southern Turkey
Coşkun Özer Demirtaş
TJFMPC, 2020;14(1): 15-22 DOI: 10.21763/tjfmpe.692846

The Determination Of The Factors And Expectations Which Affect The Utilization of Health Services In Women: A Qualitative Research
İkbal Hümay ARMAN, Elif OKUMUŞ, Nan Ye LAY, Kader TOPÇU, Özlem SARIKAYA, Pemra CÖBEK ÜNALAN
TJFMPC, 2020;14(1): 23-32 DOI: 10.21763/tjfmpe.693036

The Adaptation Study of the Severity of Violence Against Women Scale to Turkish
Münevver Eryalçın, Sibel Demirel, Veli Duyan
TJFMPC, 2020;14(1): 33-40 DOI: 10.21763/tjfmpe.693059

The Effects of Nutritional Supplements on Nutritional Habits and Physical Activity Levels
Sedef Duran, Esmâ Oğuz, Yağmur Yıldırımöğlü, Şinasi Kurtaran, Yahya Turan
TJFMPC, 2020;14(1): 41-47 DOI: 10.21763/tjfmpe.693068

Surgical Evaluation of Common Benign Skin Lesions in Primary Care
Sebahattin Destek, Vahit Onur Gul
TJFMPC, 2020;14(1): 48-55 DOI: 10.21763/tjfmpe.693073

The Effect of Care Needs on Quality of Life and Chronic Disease Care in Patients with Diabetes
Şenay Zuhur, Nurhan Özpancar
TJFMPC, 2020;14(1): 56-65 DOI: 10.21763/tjfmpe.693078

Acne: What Does Youth Think About It?
İlyas Erken, Ülkü Yıldız, Melike Eskici, Gizem Limnili, Nilgün Özçakar
TJFMPC, 2020;14(1): 66-71 DOI: 10.21763/tjfmpe.693094

Healthy Lifestyle Behaviors and Affecting Factors in University Staff
Rabia Hacıhasanoğlu Aşilar, Arzu Yıldırım1, Papatya Karakurt, Fehmi Çelebi
TJFMPC, 2020;14(1): 72-81 DOI: 10.21763/tjfmpe.693105

State and Trait Anxiety Levels of Obese and Overweight Persons
Burcu Doğan, Can Öner
TJFMPC, 2020;14(1): 82-86 DOI: 10.21763/tjfmpe.693114

Rational Use of Antibiotics By Family Physicians in Turkey During Primary Healthcare Service: A Cross-Sectional Analysis Through The Prescription Information System
Fatma İşli, Mesil Aksoy, Selda Emre Aydıngöz, Esmâ Kadi
TJFMPC, 2020;14(1): 87-95 DOI: 10.21763/tjfmpe.618125

Usability of Hematologic Parameters in Primary Care to Show Disease Activity in Patients with Ankylosing Spondylitis
Ayşe Nur Topuz, İpek Türk
TJFMPC, 2020;14(1): 96-102 DOI: 10.21763/tjfmpe.693138

Quality of Life And Related Factors in Stroke Patients
Alime Emre, Mustafa Çetiner, Yasemin Korkut
TJFMPC, 2020;14(1): 103-111 DOI: 10.21763/tjfmpe.693149

Determination of Self-Esteem and Mental Status of Abused and Neglected and Non-Neglected Adolescent
Arzu Aydoğan, Nermin Gürhan
TJFMPC,2020;14(1): 112-122 DOI: 10.21763/tjfmpe.693155

The use of Canalith Reposition Maneuvers in Treatment of Benign Paroxysmal Positional Vertigo
Esin Yalçınkaya, Mustafa Mert Başaran
TJFMPC, 2020;14(1): 123-130 DOI: 10.21763/tjfmpe.553620

Determining The Perspectives of Non-governmental Organizations on Child Labour and Children's Rights
Emel Demir, Erhan Yengil
TJFMPC, 2020;14(1): 131-140 DOI: 10.21763/tjfmpe.693159

Review

Diagnostic Tests in The Management of Allergic Diseases in Primary Care
Merve Uygunsoy, Vildan Mevsim
TJFMPC, 2020;14(1): 141-146 DOI: 10.21763/tjfmpe.693160

Home Health Care
Yasemin Çayır
TJFMPC, 2020;14(1): 147-152 DOI: 10.21763/tjfmpe.693164

Drug Induced Taste and Smell Disorders
Mustafa Mert Başaran, Merve Bacanlı
TJFMPC, 2020;14(1): 153-162 DOI: 10.21763/tjfmpe.616997



Letter to the Editor/Editöre Mektup

The Usage Of Plants as a Traditional and Complementary Medicine Among Diabetic Patients in Karachi, Pakistan: an Urgent Need of Educational Intervention

Zakir Khan^{1*}, Junaaid Khan², Muhammad Kamran³

Received Date: 11.06-2019, Accepted Date: 03.12-2019

*¹ Department of Pharmacy Quaid i Azam University Islamabad, Pakistan

Department of medicine Dow medical university, Karachi, Pakistan

Department of Pharmacy Quaid i Azam University Islamabad, Pakistan

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Zakir Khan , Department of Pharmacy Quaid i Azam University Islamabad, Pakistan

E-mail: zakirkhan300@gmail.com

Khan Z., Khan J., Kamran M. The Usage Of Plants as a Traditional and Complementary Medicine Among Diabetic Patients in Karachi, Pakistan: an Urgent Need of Educational Intervention TJFMPC, 2020;14 (1): 1-2.

DOI: 10.21763/tjfmpe.605176

Dear Editor,

Traditional and complementary medicine (TCM) usage has been increasing throughout the globe in developed as well as developing countries.^{1, 2} TCM can be defined as developed health care approaches outside of Western/conventional medicine.³ Diabetes mellitus (DM) is a common health threat throughout the world. Herbs, spiritual healing, relaxation techniques, nutritional supplements, and counseling are the most common complementary therapies.^{2, 4} The estimated prevalence of DM was 285 million in 2010 throughout the globe. It is predicted to increase up to 485 million, which representing 7.7% of the adult population by 2030.^{4, 5}

Pakistan is a populated country and consist of 207.7 million peoples (area of 796095 km²). According to the recent survey, the prevalence of DM ranging from 7.2% to 19.21% in different regions of the country.⁶ The current condition about the TCM usage among Pakistani diabetic patients was poorly explored. Therefore, the primary objective of this pilot study was to explore TCM

usage in DM patients. The secondary goal was to assess attitudes, perception, and beliefs of DM patients towards TCM in Karachi, Pakistan.

A one-month cross-sectional and questionnaire-based study was carried out in a government-based teaching hospital in Karachi (Pakistan) during January 2019. Adult population having diabetes and interact with TCM for treatment purposes were evaluated. The simple random sampling technique was used for the participant's enrollment. A participant has a full choice to accept or reject to participate in the study. All the information collected via a validated questionnaire and then data were entered into the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for further analysis.

A total of 100 individuals was investigated during the study period. The sample were mostly male (n= 62), came from rural (n= 77), aged group 30-59 years (n= 83), and 56 patients had illiterate status. The ratio of type-2 patients (n=89) was higher than as compared to type-1 DM patients (n=11). Out of these patients, the prevalence of

clinical characteristic included anxiety (47.1%), chronic pain (33.9%), arthritis (30.6%), concomitant heart disease (20.7%), digestive problems (22.3%), renal disease (15.7%) and allergies (4.1%).

More patients (n=68/100*100, 68%) considered conventional therapy more effective for diabetes, while 7 (7%) reported TCM and 25 (25%) favored TCM plus conventional treatment strategies. Five (5%) patients were completely better, 35 (35%) reported satisfactory improvement and 60 (60%) reported no change after TCM usage for diabetes. Out of all the patients, 47 (47%) patients recommend CAM usage, however, 53 (53%) didn't in favor TCM utilization in the treatment of DM.

Caralluma tuberculata (n= 11), Solanum surrattens Burm. f. (n= 10), Fagoniacretica (n= 6), Justicia adhatoda (n= 6), Consolida ambigua(n= 5), Vernonia amydalina (n= 4), Ajuga Parviflora Benth (n=3), Nigella sativa (n= 3), Carum carvi (n=2), Berberis lycium Royle (n=2), Trigonella emodi Both. (n= 2), Abelmoschus esculentus (n=2) and Citrulus colocynthis (n=2) were the most frequently TCM products. The patients further reported that these TCM products were freely available at low cost and most often recommended by a friend, neighbor, relative and physician. Another interesting fact was that ethnomedicinal local plants in Pakistan such as Caralluma tuberculata and Solanum surrattens Burm.f. were

REFERENCES

1. Abdullah N, Borhanuddin B, Patah AEA, Abdullah MS, Dauni A, Kamaruddin MA, et al. Utilization of complementary and alternative medicine in multiethnic population: The Malaysian Cohort Study. *Journal of Evidence-based Integrative Medicine* 2018;23:2515690X18765945.
2. Kamran M, Khan Z, Ismail M. Complementary and alternative medicines use in diabetes mellitus: A descriptive cross-sectional study in Pakistan. *World Journal of Pharmaceutical Sciences* 2019;7:142-51.
3. Grossman LD, Roscoe R, Shack AR. Complementary and alternative medicine for diabetes. *Canadian Journal of Diabetes* 2018;42:154-61.
4. Alsanad S, Aboushanab T, Khalil M, Alkhamees OA. A descriptive review of the

the most frequently used TCM and highest satisfaction level among DM patients.

The use of TCM products among the adult DM patients was reported in this study. The different type of attitudes, perception, and beliefs towards TCM was also revealed. The patients did not report any side effects of TCM use for treatment of DM, but adverse events and side effects have been well reported previously, hence, further empirical-evidence should require and necessary about guidance on the safe and appropriate use of TCM.

Therefore, the implementation of government policy, adequate information to the public regarding TCM, rigorous evidence-based guidelines and policies to regulate TCM usage is urgently required at the national and global level. These types of interventions are necessary for the effective, safe and economical usage of TCM. Cultural beliefs, education of patients and ethnic background also play a role in CAM usage, thus, educational intervention to patient about TCM is a crucial step for the improved knowledge of patients and better health care.

prevalence and usage of traditional and complementary medicine among Saudi Diabetic Patients. *Scientifica* (Cairo) 2018 Aug 29;2018:6303190. doi: 10.1155/2018/6303190. eCollection 2018.

5. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus-present and future perspectives. *Nature Reviews Endocrinology*. 2012;8(4):228.
6. Aamir AH, Ul-Haq Z, Mahar SA, Qureshi FM, Ahmad I, Jawa A, et al. Diabetes Prevalence Survey of Pakistan (DPS-PAK): prevalence of type 2 diabetes mellitus and prediabetes using HbA1c: a population-based survey from Pakistan. *BMJ Open*. 2019;9(2):e025300.



Investigation of the Relationship Between Eating Attitudes and Sleep Quality in University Students

Üniversite Öğrencilerinde Yeme Tutumu ile Uyku Kalitesi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi

Rabia H. Aşılar¹, Arzu Yıldırım^{1*}, Kadir Çebi², Hilal Şahin²

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to investigate the relationship between eating attitudes and sleep quality in university students. **Method:** This descriptive and correlational study was conducted in April 2017 with the students (n=465) studying in the Nursing and Nutrition and Dietetics Department of the Erzincan University Health Sciences Faculty. The data were collected using a descriptive questionnaire, the Eating Attitude Test-40 and the Pittsburg Sleep Quality Index. Additionally the heights and weights of the students were measured. **Results:** It was detected that 5,6% of the students have eating disorders and 60,4 % of them have poor sleep quality. A very low significant positive correlation was found between the mean Eating Attitude Test-40 score and the mean score of the sleep disorder subscale of the Pittsburg Sleep Quality Index (p<0.05). **Conclusion:** In this study, 5.6% of the students had possible eating disorders and more than half of them had a poor sleep quality. For this reason, we recommend that health professionals organize education programs for the students to prevent and cope with the problems of poor sleep and possible eating disorders.

Key words: University students, eating disorder, sleep quality, health professionals

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, üniversite öğrencilerinde yeme tutumu ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı-ilişki arayıcı özellikte olan araştırma, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik ve beslenme ve diyetetik bölümünde okuyan öğrencilerle (s=465) Nisan 2017 tarihinde yapılmıştır. Veriler, tanımlayıcı soru formu, Yeme Tutumu Testi-40 ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi ile toplanmıştır. Ayrıca öğrencilerin, boy ve kilo ölçümleri yapılmıştır. **Bulgular:** Öğrencilerin, % 5,6'sının olası yeme bozukluğu, %60,4'ünün uyku kalitelerinin kötü olduğu saptanmıştır. Yeme Tutumu Testi-40 puan ortalaması ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi uyku bozukluğu alt boyutu puan ortalaması arasında, pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (p<0,05). **Sonuç:** Bu çalışmada, öğrencilerin %5,6'sının olası yeme bozukluğu gösterdiği ve yarıdan fazlasının uyku kalitelerinin kötü olduğu saptanmıştır. Bu nedenle öğrencilerde kötü uyku ve olası yeme bozukluğu gibi sorunların önlenmesi ve başa çıkılmasına yönelik sağlık profesyonelleri tarafından eğitim programları düzenlenmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Üniversite öğrencileri, yeme bozukluğu, uyku kalitesi, sağlık profesyonelleri

Received Date: 08.06-2019, **Accepted Date:** 03.08-2019

¹ Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

²Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Arzu Yıldırım, Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

E-mail: yildirimarzu25@hotmail.com

Aşılar H.R., Yıldırım A., Çebi K., Şahin H. Knowledge, Investigation of the Relationship Between Eating Attitudes and Sleep Quality in University Students TJFMPC, 2020;14 (1): 3-14.

DOI10.21763/tjfmpe.692865:

GİRİŞ

Yeme ve uyku insan yaşamında önemli bir yer tutmaktadır.¹ Ergenlik döneminde optimal beslenme büyümeyi desteklemek, kemik yoğunluğunu en üst düzeye çıkarmak ve yetişkinlikte kronik hastalığı önlemek için gereklidir.² Uyku ise ergenlerin ve genç yetişkinlerin sağlıklı gelişiminin yanı sıra okuldaki ve işyerindeki başarıları için şarttır.³

Yeme bozuklukları, yeme davranışlarındaki farklılıklar ve vücut ağırlığı ile aşırı şekilde uğraşlarla belirlidir ve genç kadınlarda daha sık görülmektedir.⁴ Yeme ve uyku alışkanlıklarının düzensiz olması, fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açmaktadır. Uykusuzluğun, tedavi edilemeyen yeme bozuklukları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.¹

Yetersiz uyku, dolaşımda leptin düzeyinin azalmasına ve grelin düzeyinin artmasına yol açarak tetiklemektedir.⁵ Bununla birlikte, Nöropeptit Y (NPY), glukagon, adinopektin gibi vücut ağırlığını düzenleyici mekanizmalarda rol oynayan hormonların da uyku süresi üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Yetersiz uykunun, iştahı artırıcı yönde hormonal değişiklik oluşturduğu düşünülmektedir. Uyku süresi az olan bireylerde NPY düzeyi düşük bulunmuştur.⁶ Kısa uyku süresinin, oreksijenik etki gösteren kortizolün salınımını da artırdığı bildirilmiştir.⁷ Tüm bu değişimler, bireyin enerji ve karbonhidrat içeriği yüksek besinleri daha fazla tercih etmesine neden olmaktadır.^{8,9} Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, uyku kalitesi kötü olan öğrencilerin meyve, süt ürünleri ve geleneksel içecekleri daha az tükettiği ve kötü uyku kalitesinin yeme davranışı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir.¹⁰ Son yıllarda, sağlıklı beslenme ile optimal beyin işlevleri arasında ilişki olduğu bildirilmektedir. Yetersiz ve kalitesiz beslenme, bilişsel işlevleri ve akademik başarıyı olumsuz etkileyebilmektedir.¹¹

Uyku yoksunluğu stres oluşturarak duygusal olan bireylerde besin alımını arttırmaktadır.^{12,13} Uyku süresinin kısa olması, enerji dengesini değiştiren yeme alışkanlıklarını farklılaştırarak obezite riskini arttırabilmektedir.^{9,14} Uyku süresinin uzunluğu ile beden kitle indeksi (BKI) ve enerji tüketimi, negatif ilişki göstermektedir.^{12,13} Yapılan bir çalışmada, obez ergenlerin, obez olmayan ergenlere göre uyku sürelerinin daha az olduğu ve obezitenin uyku süresini dolaylı, fiziksel aktivitenin ise doğrudan

etkilediği saptanmıştır.¹⁵ Bireyin uyku düzenindeki değişiklikler, beslenme kontrolü ve besin alımı tercihlerini değiştirerek glikoz ve yağ metabolizması bozukluklarına yol açmaktadır.⁹ Uyku kalitesinin kötü olması, fiziksel ve ruhsal yorgunluğa neden olmaktadır. Uyku kalitesi ve yeme davranışları ile ilişkili etkenler arasında yer alan sağlıklı ve dengeli besin alımı, uyku sorunlarının azalmasına yardımcı olmaktadır.¹⁰

Yeme bozukluğu olan ergenlerde ortaya çıkan komplikasyonların çoğu, beslenme ve yeme bozukluğunun düzelmesi ile iyileşmektedir.¹⁶ Uyku bozukluklarının tedavi edilmesi, bozulmuş glikoz metabolizması, enerji dengesi ve iştah durumunu iyileştirmektedir.¹⁷ Obez bireylerin zayıflama programlarına egzersiz ve beslenme tedavisi ile birlikte uyku süresinin de düzenlenmesinin gündeme alındığı araştırmalar mevcuttur.^{9, 18}

Bu bilgiler doğrultusunda bu araştırma, üniversite öğrencilerinde yeme tutumu ile uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı-ilişki arayıcı özellikte olan bu araştırmanın evrenini, 2016-2017 eğitim öğretim yılında, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi hemşirelik bölümüne kayıtlı 450 ve beslenme ve diyetetik bölümüne kayıtlı 156 öğrenci olmak üzere toplam 606 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmada, örneklem seçimine gidilmeyerek evreninin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın verilerinin toplandığı Nisan 2017 tarihinde, devamsızlık yapma, araştırmaya katılmayı kabul etmeme ve veri toplama formlarındaki eksik veri gibi nedenlerden dolayı araştırma 465 (evrenin %76,7'si) öğrenci ile tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Tanımlayıcı Soru Formu: Öğrencileri tanımlayan (yaş, cinsiyet, öğrenim gördüğü bölüm, sınıf, gelir durumu algısı, uyku ortamına sahip olma durumu, derslerde uyuma durumu, sigara kullanma durumu, kalınan yer, BKİ ve kilolarını korumak için çabalarının olma durumu) 11 sorudan oluşmuştur.

Yeme Tutumu Testi (YTT-40: Garner ve Garfinkel (1979) tarafından problemlili yeme davranışlarını tanımlamak için geliştirilmiş bir öz

bildirim ölçeğidir.¹⁹ Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Savaşır ve Erol (1989) tarafından yapılmıştır.²⁰ Ölçek, likert tipi altı basamaklı 40 sorudan oluşmakta ve “daima, çok sık, sık sık, bazen, nadiren, hiçbir zaman” şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekteki her sorudan maksimum 3 puan alınabilmekte ve toplam puan 0-120 aralığında değişmektedir. Ölçeğin, yeme bozukluğu açısından klinik değerlendirmeyi gerektirecek kesme değeri 30 puan olup, Cronbach alfa katsayısı 0,70’dir.²⁰ Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı 0,77 bulunmuştur.

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ): PUKİ bir aylık bir zaman aralığındaki uyku kalitesi ve uyku bozukluğunu değerlendiren öz bildirim ölçeğidir. Buysse ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir.²¹ İndeksin, Ülkemizde geçerliği ve güvenilirliği Ağargün ve arkadaşları (1996) tarafından yapılmıştır.²² PUKİ’nin değerlendirilmesinde 18 madde puanlamaya katılır ve öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku süresi, alışılmış uyku etkinliği, uyku bozukluğu, uyku ilacı kullanımı ve gündüz işlev bozukluğu olmak üzere 7 alt bileşeni vardır. Her bir madde 0-3 puan üzerinden değerlendirilmekte ve 7 bileşen puanının toplamı, toplam PUKİ puanını oluşturmaktadır. Toplam puan 0-21 arasında bir değere sahip olup, puanın yüksek oluşu uyku kalitesinin kötü olduğunu göstermektedir. Toplam PUKİ puanının ≤ 5 olması “iyi” >5 olması ise “kötü” uyku kalitesini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak belirtilmiştir.²² Bu çalışmada ise 0,61 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Toplanması

İlgili formlar, belirtilen tarihte üçüncü ve dördüncü araştırmacılar tarafından ders saatinde dağıtılmış ve toplanmıştır. Formların doldurulması ortalama 15-20 dakikada tamamlanmıştır. Ayrıca öğrencilerin, boy ve kilo ölçümleri yapılmıştır.

Boy Uzunluğu Ölçümü: Öğrencilerin ayakkabısız, ayaklar topuklarla birlikte duvara değecek şekilde, ayakta ve dik, dümdüz karşıya bakarak ve başın Frankfort düzleminde olmasına dikkat edilmiş ve boy uzunlukları 0,5 cm duyarlılıkla ölçüm yapan sabit stadiometre kullanılarak ölçülmüştür.

Vücut Ağırlığı Ölçümü: Öğrencilerin üzerlerinde minimum düzeyde giysi bulundurmalarına dikkat edilmiştir. Öğrenci, dik ve

hareketsiz bir pozisyondayken, hiçbir yerden kuvvet almaması ve herhangi bir yere dayanmaması sağlanarak, tartı aletinin koyulacağı yerin düz ve sert olmasına özen gösterilerek $\pm 0,1$ kg duyarlılıkla ölçüm yapan bir tartıyla (DENSİ-S200) ölçüm yapılmıştır.

Beden Kitle İndeksi (BKİ): Vücut ağırlığı (kg)/ boy(metre)²; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün önerdiği obezite sınıflamasına göre hesaplanan BKİ; 18,5’den az zayıf, 18,5- 24,9 arası normal, 25-29,9 arası fazla kilolu, 30 ve üzeri obez olarak değerlendirilmiştir.²³

İstatistiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 17 paket programı kullanılmış ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı özellikler sayı, yüzdeler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Veriler normal dağılıma uygunluk göstermediğinden, ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişkiyi belirlemede Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Tanımlayıcı özellikler ile YTT-40 ve PUKİ puan ortalamalarının karşılaştırılması ise Ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.

Etik İlkeler

Araştırmanın yapılabilmesi için, Erzincan Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulundan (06/04/2017 tarih ve 02/01 sayılı) ve fakülte dekanlığından yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan öğrencilere araştırmanın amacı, planı ve yararları açıklanmış, veri toplama formlarını doldururken araştırmadan istedikleri zaman ayrılacakları ifade edilmiş ve sözlü izinleri alınarak gönüllü olanlar araştırmaya dâhil edilmiştir.

BULGULAR

Öğrencilerin, %84,5’inin 18-22 yaş aralığında olduğu, %68,2’sinin kadın, %72,3’ünün hemşirelik bölümü öğrencisi, %31’inin 1.sınıf, %62,4’ünün gelirini giderine eşit olarak algıladığı, %56,1’inin uyku ortamına sahip olduğu, %67,7’sinin derste bazen uyuduğu belirlenmiştir. Ayrıca öğrencilerin %86’sının sigara içmediği, %68,2’sinin yurttan kaldığı, %72,7’sinin normal kiloya sahip olduğu, % 59,6’sının kilosunu koruma

çabasının bulunduğu (Tablo 1) ve yaş ortalamalarının 20,9±1,9 yıl olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 1. Öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı (s=465)			
Tanımlayıcı özellikler		Sayı	Yüzde
Yaş	18-22	393	84,5
	23-30	72	15,5
Cinsiyet	Kadın	317	68,2
	Erkek	148	31,8
Bölüm	Hemşirelik	336	72,3
	Beslenme ve Diyetetik	129	27,7
Sınıf	1. sınıf	144	31,0
	2. sınıf	134	28,8
	3. sınıf	107	23,0
	4. sınıf [¶]	80	17,2
Gelir düzeyi algısı	Gelir giderinden az	142	30,5
	Gelir giderine eşit	290	62,4
	Gelir giderinden fazla	33	7,1
Uyku ortamına sahip olma	Evet	261	56,1
	Hayır	204	43,9
Derste uyuma durumu	Evet	83	17,9
	Hayır	67	14,4
	Bazen	315	67,7
Sigara içme durumu	Evet	65	14,0
	Hayır	400	86,0
Kalınan yer	Evde	148	31,8
	Yurtta	317	68,2
BKİ, kg/m²	Zayıf	15	3,2
	Normal	338	72,7
	Aşırı kilolu	100	21,5
	Obez (şişman)	12	2,6
Kilo koruma çabası	Evet	188	40,4
	Hayır	277	59,6

[¶]Hemşirelik bölümü

Tablo 2. Öğrencilerin olası yeme bozukluğu ve uyku durumlarının dağılımı		
YTT-40	Sayı	Yüzde
Risk yok <30	439	94,4
Risk var ≥30	26	5,6
PUKİ	Sayı	Yüzde
İyi ≤5	184	39,6
Kötü >5	281	60,4

YTT-40: Yeme Tutumu Testi; PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

Öğrencilerin, %5,6'sının olası yeme bozukluğu ve %60,4'ünün uyku kalitelerinin kötü olduğu belirlenmiştir (Tablo2).

Öğrencilerin toplam uyku kalitesi puan ortalaması 6,6±2,7; YTT-40 puan ortalaması 15,9±7,3 olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Spearman korelasyon analizine göre, PUKİ uyku bozukluğu alt boyutu ile YTT-40 puan ortalaması arasında pozitif yönde çok zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir ($p<0,01$). PUKİ toplam puan ve diğer alt boyutlar ile YTT-40 arasında ise anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 4).

Alt boyutlar	Ort±SS	Alınan puan aralığı	Alınabilecek puan aralığı
Öznel Uyku Kalitesi	1,3±0,7	0-3	0-3
Uyku Latensi	1,4±0,9	0-3	0-3
Uyku Süresi	0,9±0,8	0-3	0-3
Alışılmış Uyku Etkinliği	0,4±0,8	0-3	0-3
Uyku Bozukluğu	1,2±0,5	0-3	0-3
Uyku İlacı Kullanımı	0,1±0,3	0-3	0-3
Gündüz İşlev Bozukluğu	1,3±0,9	0-3	0-3
Toplam Uyku Kalitesi	6,6±2,7	1-15	0-21
YTT-40	15,9±7,3	4-51	0-120

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, YTT-40: Yeme Tutumu Testi, Ort: Ortalama, SS: Standart sapma

Alt bileşenler	YTT-40	p
Öznel uyku kalitesi	$r_s=0,055$	0,240
Uyku latensi	$r_s=0,018$	0,705
Uyku süresi	$r_s=0,062$	0,185
Alışılmış uyku etkinliği	$r_s=0,022$	0,634
Uyku bozukluğu	$r_s=0,154$	0,001*
Uyku ilacı kullanımı	$r_s=0,038$	0,412
Gündüz işlev bozukluğu	$r_s=0,065$	0,159
Toplam PUKİ	$r_s=0,086$	0,062

r_s : Spearman korelasyon, * $p<0,01$

Bu araştırmada, derste uyuma durumuna göre olası yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş, derste uyuduğunu ifade eden öğrencilerin en yüksek oranda yeme bozukluğuna sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Yaş, cinsiyet, okunulan bölüm, sınıf, gelir düzeyi algısı, uyku ortamına sahip olma durumu, sigara içme durumu, kalınan yer, BKİ ve kilo koruma çaba durumu ile YTT-40 arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo5).

Uyku ortamına sahip olduğunu ifade eden öğrencilerin, uyku ortamına sahip olmadığını ifade eden öğrencilerle; evde kalan öğrencilerin yurtda kalan ve derste uyumadığını ifade eden öğrencilerin derste uyuduğunu ve bazen uyuduğunu belirten öğrencilerle karşılaştırıldığında iyi uyku kalitesinin anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,001$). Yaş, cinsiyet, bölüm, sınıf, gelir düzeyi algısı, sigara içme durumu, BKİ ve kilo koruma

çabasına göre uyku durumları arasında ise anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo 6).

TARTIŞMA

Uyku kalitesi indeksi toplam puanı 5'in üzerinde olan bireylerde uyku kalitesi kötü olarak değerlendirilmektedir.²² Bu araştırmada, öğrencilerin PUKİ toplam puan ortalamasının $6,6\pm 2,7$ ve %60,4'ünün uyku kalitelerinin kötü olduğu, öznel uyku kalitesi, uyku latensi, uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğu alt bileşenlerinin puan ortalamasının 1 puanın üzerinde, diğer bileşenlerin 1 puanın altında olduğu belirlenmiştir. Yapılan sistematik bir meta-analiz sonucuna göre, adölesanların özellikle okulda ders olan günlerin gecelerindeki uyku sürelerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir.²⁴ Ergün ve arkadaşlarının (2017), sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, toplam PUKİ puan ortalamasının $6,52\pm 2,81$ ve öğrencilerin %62,7'sinin uyku kalitesinin kötü ve alt boyut puan ortalamalarının da bu araştırma sonucu ile benzerlik gösterdiği belirlenmiştir.²⁵ Adölesanlar ile yapılan bir çalışmada, PUKİ puan ortalaması $6,28\pm 3,05$ olup, %54,7'sinin uyku kalitesi kötü olarak bildirilmiştir.²⁶ Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, PUKİ puan ortalamasının $6,9\pm 2,4$ ve %69,5'inin uyku kalitesinin iyi olduğu saptanmıştır.²⁷ Türkiye'de tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan çalışmalarda, öğrencilerin PUKİ puan ortalamalarının sırası ile $5,2\pm 2,7$; $10,56\pm 2,54$ olduğu ve öğrencilerin %46,4; %98,6'sının uyku kalitesinin kötü olduğu tespit edilmiştir.^{28,29} Tayvan'da yapılan bir çalışmada, öğrencilerin PUKİ puan ortalamasının $6,0\pm 2,5$ ve %54,7'sinin kötü uyku kalitesine sahip olduğu³⁰, İran'da tıp bilimlerinde okuyan öğrencilerle yapılan çalışmalarda ise PUKİ puan ortalamasının $4,65\pm 2,37$ ve sırası ile %46,4'ünün ve %48,6'sının uyku kalitelerinin kötü olduğu bildirilmiştir.^{10,31} Türkiye'de yapılan çalışma sonuçları ile bu araştırma sonucu benzerlik göstermekte, yabancı ülkelerde yapılan çalışmalarda ise öğrencilerin uyku kalitesinin bu çalışma sonucundan daha iyi olduğu görülmektedir. Bu araştırma sonucunda bireysel özelliklerin yanı sıra, bölgesel ve sosyo-kültürel özelliklerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Yeme tutumu testi puanının 30 ve üzerinde olması, olası yeme bozukluğu olarak

değerlendirilmektedir.²⁰ Bu araştırmada, öğrencilerin YTT-40 puan ortalamasının $15,9\pm 7,3$ ve % 5,6'sında olası yeme bozukluğu olduğu belirlenmiştir. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada³², öğrencilerin YTT-40 puan ortalamasının $17,91\pm 11,10$, olası yeme bozukluğunun %12,6, diğer bir çalışmada sağlık yüksekokulu öğrencilerinin YTT-40 puan ortalaması $20,9\pm 9,3$ ve olası yeme bozukluğu %14 olduğu bildirilmiştir.³³ Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %21,7'sinde yeme bozukluğu riski saptanmıştır.³⁴ Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada YTT-40 puan ortalaması $16,35\pm 8,31$ ve yeme bozukluğu riski %8 olarak bulunmuştur.³⁵ Bildirilen çalışma sonuçlarına göre, bu araştırmada olası yeme bozukluğu oranının daha düşük olduğu görülmektedir. Bununla birlikte müfredat programında sağlıklı beslenme ve gıda güvenliğinin önemini içeren dersler yer almasına rağmen bu araştırma sonucunda azımsanmayacak oranda olası yeme bozukluğu belirlenmesi, öğrenilen bilgilerin davranışa dönüştürülmediğini göstermektedir.

Bu araştırmada, derste uyuduğunu belirten öğrencilerin derste bazen uyuduğunu ve hiç uyumadığını belirten öğrencilerden anlamlı olarak fazla oranda olası yeme bozukluğuna sahip olduğu belirlenmiştir. Uyku kalitesi ve okul performansı üzerine yapılan bir çalışmada, adölesanların akademik performansı ile uyku kalitesi arasında negatif ilişki olduğu ve tanı konulmuş bir sağlık sorunu olmaksızın sürekli sınıfta uyuyan, okula geç kalan ya da hiç gelmeyen ve akademik başarısı yetersiz olan adölesanların uyku alışkanlıkları yeterlilik düzeyinin değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir.³⁶ İtalya'da yapılan bir araştırma sonucu, kronik uykusuzluğun ya da kötü uyku kalitesinin gün boyu uykululuk hali oluşturduğunu, nörobilişsel işlevler, akademik performans ve öğrenme kapasitesi ile yakından ilişkili olduğunu ve kötü uykunun sıklıkla öğrenme yeteneğini zayıflattığını ortaya koymaktadır.³⁷ Amerika Birleşik Devletleri'nde üniversite öğrencileri ile yapılan bir araştırmada, yeterli ve dengeli beslenen bireylerin uyku kalitelerinin yeterli ve dengeli beslenmeyenlere göre daha iyi ve aşırı kilolu/obez olma durumunun yetersiz beslenme ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.³⁸

Yaş, cinsiyet, öğrenim görülen bölüm, sınıf, gelir düzeyi algısı, sigara içme durumu, BKİ, kalınan yer ve kilo koruma çabasına göre yeme

tutumu arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada³² cinsiyet, sağlık yüksekokulu öğrencileri ile yapılan çalışmada³⁴ yaş, okunan bölüm, gelir düzeyi, sigara kullanma durumu, lise öğrencileri ile yapılan çalışmada³⁵ BKİ ve yaşanan yer, diğer bir çalışmada yaş, vücut ağırlığı ve sigara içme durumuna göre yeme bozukluğu arasında anlamlı bir fark olmadığı, BKİ durumuna göre ise anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir.³⁹ Brezilya’da adölesanlarla yapılan bir çalışmada, yaş ve cinsiyet durumuna göre yeme bozukluğu arasında anlamlı bir farklılık bildirilmemiştir.⁴⁰ Yeme bozukluğunu belirlemede BKİ’nin tek başına yeterli bir faktör olmadığı belirtilmektedir.⁴¹ Bildirilen çalışma bulguları, bu araştırma bulguları ile benzerlik göstermekte olup, bu araştırma sonucunda sosyo-kültürel faktörlerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, uyku ortamına sahip olduğunu ifade eden öğrencilerin, uyku ortamına sahip olmadığını ifade edenlere; evde kalanların yurttaki kalanlara; derste uyumadığını belirtenlerin derste uyduğunu ve bazen uyduğunu belirtenlere göre iyi uyku kalitesi oranının anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, derslerde uyduğunu ifade eden öğrencilerin uyku kalitelerinin daha kötü olduğu bildirilmiştir.⁴² İran’da tıp bilimleri öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, ailesi ile evde yaşayan öğrencilerin, yurttaki yaşayan öğrencilerden daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip ve yaşam kalitesi ile uyku bozukluğu arasında negatif yönde bir ilişki olduğu bildirilmiştir.⁴³ Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada da, yurttaki kalan öğrencilerin uyku kalitelerinin kendi evlerinde yaşayanlardan anlamlı düzeyde kötü olduğu belirtilmiştir.⁴⁴ Bildirilen çalışma sonuçları bu çalışma sonucunu desteklemektedir.

Yaş, cinsiyet, öğrenim görülen bölüm, sınıf, gelir düzeyi algısı, sigara içme durumu, BKİ ve kilo koruma çabasına göre uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda da cinsiyet, bölüm ve gelir düzeyi algısına göre uyku kalitesi puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir.^{25,42} İran’da tıp bilimlerinde ve hemşirelik bölümünde okuyan öğrencilerle yapılan iki farklı çalışmada benzer şekilde, tıp bilimlerinde okuyanların cinsiyete göre, hemşirelik öğrencilerinin ise cinsiyet ve sigara kullanma

durumuna göre uyku kaliteleri arasında anlamlı bir fark olmadığı bildirilmiştir.^{31,44}

Bu çalışmada, uyku bozukluğu arttıkça olası yeme bozukluğu riskinin de arttığı belirlenmiştir. Uyku saatine yakın vakitlerde şekerli ve kafeinli içecek tüketimi, teknolojik alet kullanımı ve şiddetli ışığa maruz kalmanın melatonin salınımını geciktirerek adölesanların uyku kalitesini düşürdüğü ve bu durumun obeziteye yol açtığı bildirilmektedir.⁴⁵ Güney İtalya’da genç adölesanlarla yapılan bir çalışmada da, benzer şekilde kötü uyku ve uyku süresinin kısa olması ile sağlıksız yeme davranışlarının ilişki olduğu bildirilmiştir.⁴⁶ Lise öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise, uyuma süresi ile yeme bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.³⁹ Yine İran’da tıp bilimlerinde okuyan erkek öğrencilerle yapılan çalışmada, duygusal yeme davranışları ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark bildirilmemiştir.¹⁰ Bu sonuçlarda farklı bölgesel ve sosyo-kültürel özelliklerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, öğrencilerin büyük bir çoğunluğunun uyku kalitelerinin kötü ve azımsanmayacak kadar bir kısmının da yeme bozukluğu açısından risk taşıdığı ve bu durumun öğrencinin derste uyumasında etkili olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, üniversite öğrencilerinin yeme bozukluğu ve kötü uyku riskine karşı korunabilmeleri için yeme davranışlarını ve uyku kalitelerini iyileştirmeyi amaçlayan etkili müdahale programlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

Araştırmanın Sınırlılığı

Araştırmada iki sınırlılık mevcuttur. Birinci sınırlılık, beslenme ve diyetetik bölümünde 4. sınıf öğrencilerinin olmaması, ikincisi sınırlılık ise öğrencilerin uyku kalitelerinin sadece PUKİ ile değerlendirilmiş olmasıdır.

KAYNAKLAR

1. Allison KC., Spaeth A., Hopkins CM. Sleep and eating disorders. *Curr. Psychiatry Rep.* 2016; (18), 92.

2. Garber AK, Park MJ, Brindis CD, Vaughn B, Barry M, Guzman L, Berger A. Physical development and daily health habits. *Child Trends and the National Adolescent and Young Adult Health Information Center at the University of California*. San Francisco. 2013;09:1-8. <https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/10/2013-09HealthyHabits.pdf> Erişim: 08.07.2019
3. National Adolescent and Young Adult Health Information Center (2014). *Sleep Deprivation in Adolescents and Young Adults*. San Francisco: University of California, San Francisco. <http://nahic.ucsf.edu/wp-content/uploads/2014/08/Sleep-Brief-FINAL.pdf> Erişim: 08.07.2019
4. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları 14*. Baskı. Miki Matbaacılık, Nobel Tıp Kitabevleri 2016, Ankara. s: 273, 465-474.
5. Schmid, S. M., Hallschmid, M., Jauch-Chara, K., Born, J. & Schultes, B. A single night of sleep deprivation increases ghrelin levels and feelings of hunger in normal-weight healthy men. *J. Sleep Res.* 2008;17:331-334.
6. Magee CA, Huang XF, Iverson DC, Caputi P. Acute sleep restriction alters neuro endocrine hormone and appetite in healthy male adults. *Sleep Biol Rhythms.* 2009;7: 125-127.
7. Sekine M, Yamagami T, Handa K, Saito T, Nanri S, Kawaminami K, et al. A dose-response relationship between short sleeping hours and childhood obesity: results of the Toyama Birth Cohort Study. *Child Care Health Dev.* 2002; 28:163-170.
8. Spiegel K, Tasali E, Penev P, Van Cauter E. Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Ann Intern Med.* 2004;141:846-50.
9. Crispin CA, Zalcman I, Da'tillo M, et al. The influence of sleep and sleep loss upon food intake and metabolism. *Nutr Res Rev.* 2007;20:195-212.
10. Lotfi M, Al-Hosseini MK, Jafarirad S. The Relationship of Sleep Quality with Eating Behavior and Food Intake among Male University Students. *J Sleep Med Disord.* 2015;25:1034.
11. Meydanlıoğlu A. Çocukların besin tüketimi ve beslenme davranışlarının akademik başarılarına etkisi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 2016; 5(4):368-376.
12. Knutson KL, Spiegel K, Penev P, Van Cauter E. The metabolic consequences of sleep deprivation. *Sleep Med Rev.* 2007;11:163-178.
13. Dweck JS, Jenkins SM, Nolan LJ. The Role of Emotional Eating and Stress in the Influence of Short Sleep on Food Consumption. *Appetite.* 2013;72:106-113.
14. Weiss A, Xu F, Storfer-Isser A, Thomas A, Ievers-Landis CE, Redline S. The association of sleep duration with adolescents' fat and carbohydrate consumption. *Sleep.* 2010;9:1201-1209.
15. Gupta NK, Mueller WH, Chan W, Meininger JC. Is obesity associated with poor sleep quality in adolescents? *Am J Human Biol.* 2002;14:762-768.
16. Golden NH, Katzman DK, Kreipe RE, Stevens SL, Sawyer SM, Rees J, Nicholls D, Rome ES. (2003). *Eating disorders in adolescents: Position paper of the Society for Adolescent Medicine.* *J Adolesc Health.* 2003;33:496-503.
17. Spiegel K, Tasali E, Leproult R, Van Cauter E. Effects of poor and short sleep on glucose metabolism and obesity risk. *Nat Rev Endocrinol.* 2009;5:253-261.
18. Vorona R, Winn M, Babineau T, Eng B, Feldman H, Ware J. Overweight and obese patients in a primary care population report less sleep than patients with a normal body mass index. *Arch Intern Med.* 2005;165:25-30.
19. Garner DM, Garfinkel DE. The eating attitudes test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979;9:273-279.
20. Savaşır I, Erol N. Yeme Tutum Testi. *Anoreksiya nervroza belirtileri indeksi.* *Psikoloji Dergisi.* 1989;7:19-25.
21. Buysse DJ, Charles F, Reynolds CF, Mak TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric

Practice and Research. *Psychiatry Research*, 1989; 28(7): 193-213.

22. Ağargün MY, Kara, H Anlar Ö. (1996). Pittsburg Uyku Kalite İndeksinin Geçerliliği ve Güvenirliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996;7(2):107-115.

23. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. World Health Organ Tech Rep Ser 894, Geneva. 2000;894:1-253.

24. Gradisar M, Gardner G, Dohnt H. Recent worldwide sleep patterns and problems during adolescence: a review and meta-analysis of age, region, and sleep. *Sleep Med*. 2011;12(2):110-118.

25. Ergün S, Duran S, Gültekin M, Yanar S. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Uyku Alışkanlığı ve Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *TJFMPC*, 2017; 11(3):186-193.

26. Şenol V, Soyuer F, Akça RP, Argün M. Adolesanlarda Uyku Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. *Koçatepe Tıp Dergisi*, 2012;13(2):94-100.

27. Saygılı S., Akıncı ÇA, Arıkan, H, Dereli H. Üniversite öğrencilerinde uyku kalitesi ve yorgunluk. *Electronic Journal of Vocational Colleges* 2011;1(1): 88-94

28. Mayda AS, Kasap H, Yıldırım C, Yılmaz M, Derdiyok Ç, Ertan D ve ark. 4-5-6. sınıf tıp fakültesi öğrencilerinde uyku bozukluğu sıklığı. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2012;2(2): 8-11.

29. Uyar K, Gündoğan R, Gürbüz ÖB, Özçakar N. Status of fatigue and sleep quality in clinical medical students. *Marmara Medical Journal*. 2016;29:164-169.

30. Cheng SH, Shih CC, Lee IH, Hou YW, Chen KC, et al. A study on the sleep quality of incoming university students. *Psychiatry Res*. 2012;3:270-274.

31. Kalyani NM, Jamshidi N., Salami J, Pourjam E. Investigation of the relationship between psychological variables and sleep quality in students of medical sciences. *Depress Res Treat*. 2017; 7143547.

32. Kadioğlu M, Ergun A. Üniversite Öğrencilerinin Yeme Tutumu, Öz-Etkililik ve Etkileyen Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015;5: 96–104.

33. Ünal D, Öztop DB, Elmalı F, Öztürk A ve ark. Bir Grup Sağlık Yüksekokulu Öğrencisinin Yeme Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2009;16(2):75-81.

34. Chang WW, Nie M, Kang YW, He LP, Jin YL, Yao YS. Subclinical eating disorders in female medical students in Anhui, China: a cross sectional study. *Nutr. Hosp*. 2015;31(4):1771-1777.

35. Büyük ET, Duman G. Farklı Okullarda Okuyan Lise Öğrencilerinin Yeme Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *The Journal of Pediatric Research*. 2014;1(4):212-217.

36. Wolfson AR, Carskadon MA. Under standing adolescents' sleep patterns and school performance: a critical appraisal. *Sleep Med Rev*. 2003;(7):491–506.

37. Curcio G, Ferrara M, Gennaro de L. Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Med Rev*. 2006;(10):323–337.

38. Quick V, Shoff S, Lohse B, White A, Horacek T, Greene G. Relationships of eating competence, sleep behaviors and quality, and overweight status among college students. *Eat Behav*. 2015;(19):15-19.

39. Özdemir A., Koçoğlu G., Hicran Y., Akansel N. Association of Body Mass Index with eating attitudes, self concept and social comparison in high school students. *IJCS*. 2016;9(1):258.

40. Borges Km, Figueiredo FWS, Souto RP. Night eating syndrome and emotional states in university students. *J Hum Growth Dev*. 2017;27(3):332-341.

41. Tavalacci, M.P. Grigioni, S. Richard, L. Meyrignac, G. Dechelotte, P. Ladner, J. Eating disorders and associated health risks among university students. *J. Nutr. Educ. Behav*. 2015;47:412–420.

42. Aysan E, Karaköse S, Zaybak A, İsmailoğlu EG. Üniversite Öğrencilerinde Uyku

Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. Deuhyo Ed. 2014;7(3):193-198.

43. Rezaei O, Mokhayeri Y, Haroni J, Rastani MJ, Sayadnasiri M, Ghisvand H, Noroozi M, Armoon B. Association between sleep quality and quality of life among students: a cross sectional study. *Int J Adolesc Med Health*. 2017;1(11):1-6.

44. Sajadi A, Farsi Z, Rajai N. The relationship between sleep quality with fatigue severity and academic performance of nursing students. *Nursing Practice Today*. 2014; 1(4):213-220.

45. Arora T, Taheri S. Is sleep education an effective tool for sleep improve ment and minimizing metabolic disturbance and obesity in adolescents? *Sleep Med Rev*. 2017;(36):3-12.

46. Ferranti, R., Marventano, S. Castellano, S. Giogianni, G. Nolfo, F. Rametta, et al. Sleep quality and duration is related with diet and obesity in young adolescent living in Sicily, Southern Italy. *Sleep Sci*. 2016;9:117–122.

Tablo 5. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri ile yeme tutumu durumlarının karşılaştırılması					
Tanımlayıcı özellikler	YTT-40				Test* ve önemlilik
	<30		≥30		
	s	%[¶]	s	%[¶]	
Yaş					
18-22	373	94,9	20	5,1	p=0,271
23-30	66	91,7	6	8,3	
Cinsiyet					
Kadın	299	94,3	18	5,7	p=0,905
Erkek	140	94,6	8	5,4	
Bölüm					
Hemşirelik	314	93,5	22	6,5	p=0,148
Beslenme ve Diyetetik	125	96,9	4	3,1	
Sınıf					
1.sınıf	137	95,1	7	4,9	p=0,702
2.sınıf	126	94,0	8	6,0	
3.sınıf	99	92,5	8	7,5	
4.sınıf	77	96,3	3	3,8	
Gelir düzeyi algısı					
Geliri giderinden az	128	90,1	14	9,4	p=0,018
Geliri giderine eşit	278	95,9	12	4,1	
Geliri giderinden fazla	33	100,0	0	0	
Uyku ortamına sahip olma					
Evet	250	95,8	11	4,2	p=0,144
Hayır	189	92,6	15	7,4	
Derste uyuma durumu					
Evet	72	86,7	11	13,3	p=0,003**
Hayır	65	97,0	2	3,0	
Bazen	302	95,9	13	4,1	
Sigara içme durumu					
Evet	59	90,8	6	9,2	p=0,169
Hayır	380	95,0	20	5,0	
Kalınan yer					
Ev	144	97,3	4	2,7	p=0,064
Yurt	295	93,1	22	6,9	
BKİ					
Zayıf	13	86,7	2	13,3	p=0,171
Normal	320	94,7	18	5,3	
Aşırı kilolu	96	96,0	4	4,0	
Obez	10	83,3	2	16,7	
Kilo koruma çabası					
Evet	175	93,1	13	6,9	p=0,306
Hayır	264	95,3	13	4,7	

*Ki-kare analizi, p<0.05 , **p<0.01 [¶]Satır yüzdesi alınmıştır.

Tablo 6. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri ile uyku durumlarının karşılaştırılması					
Tanımlayıcı özellikler	PUKİ				Test* ve önemlilik
	İyi ≤5		Kötü >5		
	s	%[¶]	s	%[¶]	
Yaş					
18-22	157	39,9	236	60,1	p=0,696
23-30	27	37,5	45	62,5	
Cinsiyet					
Kadın	120	37,9	197	62,1	p=0,268
Erkek	64	43,2	84	56,8	
Bölüm					
Hemşirelik	135	40,2	201	59,8	p=0,665
Beslenme ve Diyetetik	49	38,0	80	62,0	
Sınıf					
1.sınıf	47	32,6	97	67,4	p=0,120
2.sınıf	62	46,3	72	53,7	
3.sınıf	45	42,1	62	57,9	
4.sınıf	30	37,5	50	62,5	
Gelir düzeyi algısı					
Geliri giderinden az	47	33,1	95	66,9	p=0,126
Geliri giderine eşit	121	41,7	169	58,3	
Geliri giderinden fazla	16	48,5	17	51,5	
Uyku ortamına sahip olma					
Evet	133	51,0	128	49,0	p<0.001
Hayır	51	25,0	153	75,0	
Derste uyuma durumu					
Evet	20	24,1	63	75,9	p<0.001
Hayır	38	56,7	29	43,3	
Bazen	126	40,0	189	60,0	
Sigara içme durumu					
Evet	21	32,3	44	67,7	p=0,197
Hayır	163	40,8	237	59,2	
Kalınan yer					
Ev	74	50,0	74	50,0	p=0,002**
Yurt	110	34,7	207	65,3	
BKİ					
Zayıf	6	40,0	9	60,0	p=0,635
Normal	129	38,2	209	61,8	
Aşırı kilolu	45	45,0	55	55,0	
Obez	4	33,3	8	66,7	
Kilo koruma çabası					
Evet	81	43,1	107	56,9	p=0,202
Hayır	103	37,2	174	62,8	

*Ki-kare analizi, **p<0.01 , [¶]Satır yüzdesi alınmıştır.



Urban-Rural Comparison of Obesity and Related Metabolic Disorders in Southern Turkey

Güney Türkiye'de Obezite ve İlişkili Metabolik Bozuklukların Kentsel-Kırsal Karşılaştırması

Coşkun Özer Demirtaş¹ *

ABSTRACT

Introduction: Once considered a high-income country problem, obesity is now on the rise in low and middle-income countries, particularly in urban settings. The aim of this study is to estimate the distribution of obesity and related metabolic morbidities between rural and urban regions of Adana. **Materials and Methods:** 545 consecutive patients, applied to Pozantı State Hospital Internal Medicine outpatient clinic between June-September 2017 were enrolled. Diabetes mellitus and/or hypertension and/or hyperlipidemia are defined as metabolic comorbid condition (MCC). Participants living at Pozantı were named locals, and those living in Adana city center were named springers. **Results:** 351 (64.4%) participants were from Pozantı and 194 (35.6%) were from Adana city center. The median Body-mass index (BMI) of the study population was 29.1 (17.5-48.8) kg/m². Springers had slightly higher, but statistically insignificant BMI compared to locals (28.7 kg/m² vs. 29.6 kg/m² respectively, p=0.078). MCC was more frequent in springers (64.4% vs 54.1%, p= 0.02). Univariate analysis revealed that; springers (p=0.02), age>65 (p=0.00), patients with BMI>25 kg/m² (p=0.001) and uric acid>7 mg/dl (p=0.001) is associated with MCC. Multivariate analysis displayed the association of BMI>25 kg/m², age between 65-79 and uric acid >7 mg/dl with MCC independently. **Conclusion:** Obesity exists approximately one in every three cases and metabolic morbidities are observed in nearly half of the patients who applied to internal medicine outpatient clinic. The growing burden of obesity and related metabolic disorders in our region points to urgent preventive strategies on a national scale.

Key words: Obesity, Diabetes mellitus, Urban health, Rural health

ÖZET

Giriş: Bir zamanlar yüksek gelirli ülkelerin sorunu olarak görülen obezitenin, özellikle kent yaşamının yoğun olduğu düşük ve orta gelirli ülkelerde sıklığı giderek artmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Adana'nın kırsal ve kentsel bölgeleri arasında obezite ve buna bağlı metabolik hastalıkların dağılımını belirlemektir. **Materyal ve Metod:** Haziran-Eylül 2017 tarihleri arasında Pozantı Devlet Hastanesi İç Hastalıkları polikliniğine başvuran 545 ardışık hasta dahil edildi. Diyabet, hipertansiyon ve/veya hiperlipidemi tanılarının varlığı metabolik komorbid durum (MKD) olarak tanımlandı. Pozantı ilçesinde yaşayan bireyler yerli, Adana şehir merkezinde yaşayan bireyler ise yaylacı olarak tanımlandı. **Bulgular:** Katılımcıların 351 (%64,4)'i Pozantı, 194 (%35,6)'ü Adana kent merkezinden idi. Çalışma popülasyonunun ortalama vücut-kitle indeksi (VKİ) 29,1 (17,5-48,8) kg/m² saptandı. Yaylacılarda, yerlilere göre istatistiksel olarak anlamlı olmayan VKİ yüksekliği saptandı (sırasıyla 28,7 kg/m² vs. 29,6 kg/m², p=0,078). MKD, yaylacılarda daha sık görülmüştür (%64,4 vs. %54,1, p=0,02). Tek değişkenli analizler sonucunda; yaylacılarda (p=0,02), yaş>65 (p=0,00), VKİ>25 kg/m² (p=0,001), ürik asit > 7 mg/dl (p=0,001) olanlarda MKD daha sık görülmüştür. Çok değişkenli analizler sonucunda ise; VKİ>25 kg/m², 65-79 yaş arasında olmak ve ürik asit düzeyi > 7 mg/dl bağımsız olarak MKD varlığı ile ilişkili saptandı. **Sonuç:** İç Hastalıkları polikliniğine başvuran hastalardan her üç kişiden birinde obezite, ve her iki kişiden birinde de metabolik komorbiditeler bulunmaktadır. Bölgemizdeki artan obezite ve ilişkili metabolik problemler, ulusal ölçekte acil önleyici müdahale gerekliliğini ortaya koymuştur.

Anahtar kelimeler: Obezite, Şeker hastalığı, Kentsel sağlık, Kırsal sağlık

Received Date: 08.07-2019, **Accepted Date:** 05.09-2019

*1 Fevzi Cakmak Mahallesi, Pendik. Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. kat, Endoskopi Ünitesi

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Coşkun Özer Demirtaş, Fevzi Cakmak Mahallesi, Pendik. Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, -2. kat, Endoskopi Ünitesi

E-mail: coskun_demirtas10@hotmail.com

Demirtaş Ö.C. Knowledge, Urban-Rural Comparison of Obesity and Related Metabolic Disorders in Southern Turkey TJFMPC, 2020;14 (1): 15-22.

DOI: 10.21763/tjfm.692846

INTRODUCTION

Obesity is a global public health problem, which has nearly tripled from 1975 to 2016.¹ This indicates that obesity is becoming a more important problem every day. It is associated with some serious health problems; such as type 2 diabetes mellitus (DM), hypertension (HT), hyperlipidemia (HL), cardiovascular and cerebrovascular diseases and various types of cancer.^{2,3} Besides obesity, many different cardio-metabolic factors can be blamed to lead DM and cardiovascular disease.

Once considered a high-income country problem, obesity is now on the rise in low- and middle-income countries, particularly in urban settings. The dietary habits, lack of physical activity as well as some other socioeconomic factors are reported to cause obesity. These socioeconomic factors are often the result of environmental and societal changes associated with the development and lack of supportive policies in sectors such as health, education, urban planning, agriculture, marketing, and food processing. Psychosocial stress factors, which are common in modern society, have been hypothesized to contribute to the increased prevalence of obesity.^{4,5} On the other hand, the place of residence is considered a risk factor for obesity and related metabolic comorbidities due to aforementioned reasons. However, there are conflicting results in the literature about this topic. Both living in rural and urban areas were revealed as a risk factor for obesity in previous studies.^{6,7,8}

Pozantı district of Adana province is located approximately 100 km away from the city center and at middle altitude (800 -1300 meters), whereas Adana city center, a modern metropolitan, is nearly at sea level located in the Mediterranean Region-southern part of Turkey. Although on the same provincial boundaries, there is a big cultural difference between these districts. Pozantı region is known with its nature, fresh air and natural eating habits while Adana city center life is literally representative of city chaos. Pozantı district attracts tourists from Adana city center, especially at the hottest summer season. Therefore, summer season is the perfect time to compare these two near but substantially different regions.

The aim of the present study is to estimate the distribution of obesity and metabolic comorbid conditions (MCC) between rural and urban regions of Adana and determine other related factors.

MATERIALS AND METHODS

Patient selection

Five hundred and forty-five consecutive patients who applied to Pozantı State Hospital internal medicine outpatient clinic between June 2017 and September 2017 were enrolled. The reasons for outpatient clinic applications were mostly; acute conditions such as upper respiratory infections, acute gastroenteritis or chronic conditions such as diabetes mellitus, hypertension, hyperlipidemia, thyroid diseases, chronic renal failure and cardiovascular disease which requires periodic follow-up. Patients applied to prescribe medicine were also included in the study. Pregnancy, patients from other cities and <18 years of age were excluded.

Definitions

State of residence was obtained from the patient's history. Patients who lived at least the last 5 years and/or born and grew up in Pozantı were defined as locals. Those who came to Pozantı for holiday and actually lives in Adana city was accepted as springers. Age stratification was classified according to WHO as; 18-64: young, 65-79: middle-aged, >80: elderly.⁹ Antihypertensive drug use, systolic blood pressure ≥ 140 mm Hg and/or diastolic blood pressure ≥ 90 were defined as HT according to JNC 8 guideline.¹⁰ Anti-hyperlipidemic drug use or low-density lipoprotein (LDL) ≥ 160 mg/dl and/or triglycerides (TG) ≥ 200 mg/dl were defined as HL.¹¹ Fasting blood glucose (FBG) > 126 mg/dl and/or postprandial blood glucose > 200 mg/dl, oral anti-diabetic or insulin use and those who were previously diagnosed with DM and followed up by diet were defined as diabetic.¹² Coronary heart disease (CHD) was defined as myocardial infarction or by-pass history, drug use related to CHD and those who applied to outpatient clinic with angina pectoris and diagnosed CHD after further investigation. Creatinine clearance (CrCl) < 60 was defined as chronic renal failure (CRF). All other comorbidities and diseases were obtained from patient's story. MCC was defined as having at least one of the following comorbidities; DM, HT and/or HL.

Venous blood samples were taken after a fasting period of at least 8 hours and hemogram,

FBG, HbA1c, LDL, TG, blood urea nitrogen (BUN), creatinine, aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT), TSH, uric acid, vitamin B12 were studied for each case. CrCl was calculated using Cockcroft-Gault formula. Blood pressure measurement of each case was performed from the left arm while the patient was rested for at least 10 minutes in the sitting position. The height and weight of each case were measured using standard measuring instruments. Weights were measured when patients had their clothes on and without shoes. The body mass index (BMI) of each patient was calculated. BMI was classified according to WHO classification as; <18,5: low weight, 18,5-24,99 : normal, 25-29,99 : overweight, 30-39,99 : obese, ≥ 40 : morbidly obese.1 For logistic regression analysis; BMI was grouped as; normal weight: <25 kg/m², overweight: 25-29,99 kg/m², obese: ≥ 30 kg/m²

Statistical analysis

Statistical analysis package program SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 24.0 was used for statistical analysis. Whether the data have normal distribution was tested by the Shapiro-Wilk test. Frequency distributions were made and descriptive statistics were defined as mean \pm standard deviation. The chi-square test was used to compare the categorized variables and the independent sample t-test was used to compare the averages of the continuous variables. Descriptive statistics for categorical variables are given in terms of frequency and n (%). Non-categorical data was indicated by med (min-max) and mean \pm standard deviation. Logistic regression analysis was used as a multivariate analysis in evaluating the factors related to metabolic comorbid conditions. In logistic regression analysis, dependent variables were added according to significance in the univariate analysis ($p < 0.05$). The results were examined at 95% confidence level and $p = 0.05$ significance level.

Ethics approval

The study protocol was approved by Cukurova University School of Medicine Ethics Committee (Approval date 28.12.2017, number of approval: 72/17) and all the individuals who participated in the study were informed. The study was conducted consistent with the principles of the Declaration of Helsinki. All participants were enrolled if they were able and willing to provide informed consent.

RESULTS

Five hundred and forty-five consecutive patients were 32.2% (175) were male and 67.8% (370) were female. The mean age was 56 (18 - 95). The median BMI of the study population was 29.1 (17.5-48.8). 351 (64.4%) were from Pozantı and 194 (35.6%) were from Adana. Of the 545 175 (32.1%) had DM, 184 (33.8%) had HT, 194 (35.6%) had HL, 45 (8.3%) had thyroid disease, 66 (12.1%) had CHD, 84 (15.4%) had CRF, 29 (5.3%) had pulmonary disease, 7 (1.3%) had gout disease, 9 (1.7%) had CVD, 3 (0.6%) had any neurologic disease, 3 (0.6%) had any malignancy and 315 (57.8%) had a metabolic comorbid condition. Overall, 220 (40.4%) cases were obese and 202 (37%) were overweight.

Table 1. Distribution of Body-mass index according to state of residence

	POZANTI		ADANA	
	MALE	FEMALE	MALE	FEMALE
Low weight	-	6 (2.4%)	-	4 (3.2%)
Normal weight	13 (18.6%)	56 (22.8%)	13 (18.6)	24 (19.4)
Overweight	31 (44.3%)	78 (31.7%)	31 (44.3%)	39 (31.5)
Obese	24 (34.3%)	93 (37.8%)	24 (34.3%)	51 (41.1%)
Morbid obese	2 (2.9%)	13 (5.3%)	2 (2.9%)	6 (4.8)

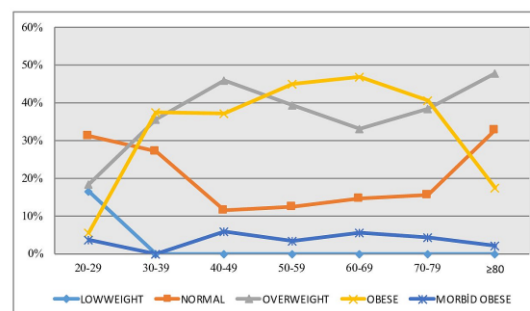


Figure 1. Distribution of Body-mass index among decades

Springers were older than locals (59.99 \pm 16.300 vs 54.35 \pm 18.627, $p=0.00$), but the elderly percentage was not different in both groups (Locals; 18-64 years: 236 (67.2%), 65-79 years: 86 (24.5%), ≥ 80 years: 29 (8.3%), Springers; 18-64 years: 108 (55.7%), 65-79 years: 69 (35.6%), ≥ 80 years: 17 (8.8%)). Distribution of BMI between locals and springers was similar; although there was a slight increase in mean BMI of springers (28.7 vs. 29.6 respectively, $p=0.078$). Female gender had a tendency to obesity for both springers and locals

(Table 1), but there was no statistically significant difference in both groups (Female (local vs springer): $p=0.92$, Male (local vs springer): $p=0.30$, Whole population (local vs springer): $p=0.89$). When the obesity distribution for every decade was evaluated (Figure 1); there was a rising curve until 80 years as ages between 50-80 was the dominant years for obesity. There was a significant decrease in obesity after age 80 (17.4%). Elderly cases had more tendency to being overweight and normal weight (47.8% and 32.6%, respectively). 10 cases were detected as low weight and 9 (90%) of them were 20-30 years old.

Approximately one in every 3 patients had DM and HT; but they were more common at springers (Springers: 75 (38.7%) DM and 78 (40.2%) HT, Locals: 100 (28.5%) DM and 106 (30.2%) HT, $p=0.015$ and $p=0.018$ respectively). Mean TG and LDL levels were higher in springers (181.73 ± 180.564 vs 153.14 ± 103.513 and 113.05 ± 28.736 vs 105.83 ± 30.70 , $p=0.028$ and $p=0.012$, respectively). MCC was observed in 54.1% in locals and 64.4% in springers. Springers were more metabolically ill and there was a statistically significant difference between them ($p=0.023$). Hyperuricemia was also more common in springers in accordance with the metabolic comorbid conditions (5.26 ± 1.46892 vs 5.01 ± 1.35911 , $p=0.04$). Mean CrCl was found to be lower in springers (92.81 ± 30.57910 vs $100.04 \pm 100.04 \pm 40.44412$, $p=0.03$). Besides those, mean B12 vitamin levels were lower in locals (321.22 ± 126.969 vs 350.38 ± 127.055 , $p=0.014$) (Table 2).

Table 2. General characteristics of the subjects based on their state of residence

	POZANTI	ADANA	p score
Age	54.35 ± 18.62	59.99 ± 16.3	0.000*
Female	246 (70.1%)	124 (63.9%)	0.151
Male	105 (29.9%)	70 (36.1)	0.151
BMI	28.75 ± 5.48	29.62 ± 5.59	0.078
DM	100 (28.5%)	75 (38.7%)	0.015
HT	106 (30.2%)	78 (40.2%)	0.018*
HL	113 (37.3%)	81 (44.8%)	0.125
TD	34 (9.7%)	11 (5.7%)	0.108
Gout	4 (1.1%)	3 (1.5%)	0.704
CHD	45 (12.8%)	21 (10.8%)	0.584
PD	22 (6.3%)	7 (3.6%)	0.233
CRF	57 (16.2%)	27 (13.9%)	0.536
CVD	7 (1.3%)	2 (1%)	0.502
MCC	190 (54.1%)	125 (64.4%)	0.023*
HbA1C	55.76 ± 17.51	59.78 ± 23.83	0.133
LDL	105.83 ± 30.70	113.05 ± 28.73	0.012*
TG	153.14 ± 103.51	181.73 ± 180.56	0.028*
Uric acid	5.0119 ± 1.35	5.2649 ± 1.46	0.044
Hb	12.088 ± 1.81	12.350 ± 1.69	0.099
Htc	34.8296 ± 5.62	35.4294 ± 6.26	0.252
PLT	309.039 ± 82.92	300.221 ± 76.55	0.223
TSH	2.6343 ± 9.16	2.1289 ± 1.69	0.456
Vitamin B12	321.22 ± 126.96	350.38 ± 127.05	0.014*
CrCl	100.04 ± 40.44	92.81 ± 30.57	0.03*

BMI: body-mass index, DM: diabetes mellitus, HT: hypertension, HL: hyperlipidemia, TD: thyroid disease, PD: pulmonary Disease, CRF: chronic renal failure, CVD: cardiovascular disease, MCC: metabolic comorbid condition, LDL: Low-density lipoprotein, TG: Triglycerides, Hb: haemoglobin, Htc: haematocrit, MPV: mean platelet volume, TSH: Thyroid-stimulating hormone, PLT: platelet

* $p < 0.05$

† All results were compared using independent sample t-test.

Table 3. Significant parameters related with metabolic comorbid conditions in univariate analysis

	MCC(-)	MCC(+)	P score
State of residence; Pozanti (Locals) Adana (Springers)	161 (45.9%) 69 (35.6%)	190 (54.1%) 125 (64.4%)	0.023*
Uric acid	<7 mg/dl ≥7 mg/dl	218 (44.5%) 43 (78.2%)	0.003*
Age	18-64 65-79 ≥80	164 (47.7%) 49 (31.6%) 17 (37%)	180 (52.3%) 106 (68.4%) 29 (63%) 0.003*
BMI	Normal Overweight Obese	80 (64%) 76 (33%) 74 (32.2%)	45 (14.3%) 124 (39.4%) 146 (46.3%) 0.000*

BMI: Body-mass index, MCC: Metabolic comorbid conditions

a. Chi-square test was used to compare the categorized variables, b. Independent sample t-test was used to compare the averages of the continuous variables.

Univariate analysis revealed that; urbanization, older age (middle age and elderly), overweight and obese and hyperuricemia have a relationship with metabolic comorbid conditions (Table 3). As a result of logistic regression analysis; overweight and obese, middle age and hyperuricemia are related to metabolic comorbid conditions independent of other factors. It is found that urbanization has an effect on metabolic comorbid conditions, but there was no statistically significant difference (Table 4).

Table 4. Relation of significant parameters in univariate analysis with metabolic comorbid conditions

	OR	95% CI	P score
State of residence Pozanti (Locals) Adana (Springers)	1.420	0.351-3.274	0.07*
Uric acid	<7 mg/dl ≥7 mg/dl	2.414 0.881-6.227	0.013*
Age	18-64 65-79 ≥80	1.739 1.686	0.553-6.752 0.522-2.277 0.009* 0.131
BMI	Normal Overweight Obese	2.850 3.373	1.047-18.883 1.216-25.368 0.001* 0.001*

BMI: Body-mass index

† Logistic regression analysis was used for multivariate analysis to evaluate the factors related with metabolic comorbid conditions.

DISCUSSION

This study was conducted with the aim of investigating the differences of the metabolic situation among rural and urban areas of Adana. The main result of our study was the marked high rates of overweight and obesity (77.4% and 40.4% respectively). Globally; %39 of adults (39% of men and 40% of women) were overweight and 13% (11% of men and 15% of women) were obese according to WHO.1 National and local studies conducted in our country also revealed that; 18.8% of the adult population was obese (9% of men and 28.5% of women) in 1990 and the prevalence increased to 36% in 2010 (27% in men and 44% in women).13 In our study; obesity rates were higher in female gender in both locals and springers in accordance with the literature. In TEKHARF study conducted in our country; obesity rates were 18.7% for male and 38.8% for female gender.14

Geographical distribution of obesity has also taken interest of our researchers. In a national study conducted in 7 regions of Turkey; the highest prevalence of obesity among women was observed in the Aegean region with 42% while lowest rate was observed in the Eastern region with 21%. Mediterranean region, which Adana is located in, had an obesity prevalence of 39% among women in the same study.¹⁵ Another study conducted in the northern part of Turkey, the prevalence of obesity was 23.5% (16.5% in men and 29.4% in women) and overweight was 60.3%.¹⁶ The main reason for the difference of obesity and overweight prevalence in our region seems like that our population usually consists of older-aged patients who applied to internal medicine polyclinic while others reflect the randomized patients. Besides that, it is well known that our region has bad dietary habits as fatty foods, lack of fiber and major part of daily energy is sourced through bread.

Obesity has increased until the age of 70 in our study and most of them were observed in the age group 60-69. 20-29 years was the fittest years and 50 to 79 years of life was the dominant years for obesity. After age 80, obesity was markedly decreased. In another study in our country; obesity rates were increased after 40s, dominant at 50s and decreased after the age of 60.¹⁷ Mean BMI of springers was slightly higher than the locals in our study, but obesity ratios were similar. Reports about the prevalence of obesity in rural and urban areas give conflicting results. In the Czech Republic; the prevalence of obesity in rural areas was found to be higher than urban areas (18.58% vs 12.84%). On the other hand; other developing countries like China, Saudi Arabia, South Africa, and Bahrain had higher obesity rates in urban areas (4% vs 2.4%, 39.7% vs 27%, 24% vs 17.5% and 30.99 vs. 18.24%).¹⁸ Obesity and related disease rates among woman in Solaklı and Karatas district of Adana province, which can be considered as rural area, has been investigated before.¹⁹ According to that report, 28.3% of the woman in that area were obese. In our study, woman from rural had 37.8% and urban had 41.1% rates of obesity. The explanation of the higher rates from Solaklı and Karatas district is that they randomized patients while our results are based on consecutive patients attending our outpatient clinic.

Our study clearly revealed the relationship between urbanization, aging, hyperuricemia, being

overweight and obesity with metabolic disorders such as diabetes mellitus, hypertension and hyperlipidemia. MCC ratios were significantly more common at participants from urban areas in our study. Obesity, hypertension and diabetes mellitus were found to be higher in subjects from urban areas in a previous report in our country.²⁰ In the same study metabolic syndrome rate was also higher in individuals living in city centres compared to those living in villages. The old population in Adana and Southern Turkey usually choose Pozantı for vacations; because they believe that the fresh air and natural atmosphere in Pozantı would be good for their medical conditions. That explains the difference between comorbidity rates between locals and springers. Previous reports have shown that; high uric acid levels are associated with obesity, dyslipidemia, hypertension and diabetes mellitus.^{21,22} Besides that, uric acid is also directly related to cardiovascular diseases.²³ In our study, hyperuricemia was more common in springers. In a prospective study in Turkey; metabolically healthy and metabolically unhealthy 193 obese women were compared, and high uric acid levels have been shown as a metabolic illness parameter in obese patients.²⁴ Being overweight and obese has been proven to have an effect on metabolic disorders, as a previous report has revealed that even a BMI cut-off of 23 may be appropriate for use in the identification of high risk for diabetes, hypertension, and hyperlipidemia.²⁵ Increasing age is also a well-known risk factor for metabolic morbidities in accordance with our study.²⁶

Previous reports showed that standardized hypertension prevalence rate was 49-51.3% in urban areas and 55.3-59.6% in rural areas in Turkey; but the ratios changed according to obesity, sedentary lifestyle, bad dietary habit and smoking habit in the same report.²⁷ Prevalence of hyperlipidemia in Trabzon, a northern city in Turkey, was reported as 30.4-44.5%.²⁸ Joshi SR et al. has also shown that hyperlipidemia prevalence is prominently higher in urban areas comparing to rural areas.²⁹ In a large population study; obesity rate of 35.08%, hypertension rate of 13.66% and diabetes rate of 4.16% was observed from main 7 regions of Turkey.³⁰ In The Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP), the prevalence of diabetes was 7.4%.³¹ Diabetes prevalence in Adana was reported as 11.6%.³² Ramachandran A et al. has observed that prevalence of diabetes was similar in the city and town, but it was significantly

lower in periurban villages.³³ Although there are conflicting results, the prevalence of hypertension, diabetes and hyperlipidemia in our population was relatively higher than those previous studies (33.8%, 32.1% and 35.6%, respectively) and all of them were more common in springers who live in an urban area. This can firstly be explained by older age of springers. Locals are a mixture of people living in town and villages who are mostly farmers and shepherds. It can be assumed that locals are more in physical activity. The second explanation may be the incomparable availability to medical facilities and difference of awareness among these two populations. Fresh and natural nutrition habits, comparing with easier access to fast food in urban areas, may also be another key point for the lower rate of metabolic morbidity in rural areas. Educational, cultural and psychosocial differences in rural-urban areas may also be relevant with this difference.

There were several limitations in the study. Firstly; the patient selection was not randomized, as consecutive 545 patients applying to our outpatient clinic were included in the study. Therefore, our results may not completely reflect the metabolic picture of our region. Probable risk factors for obesity, and metabolic morbidities such as smoking situation, alcohol consumption, occupation, education levels, physical activity levels and nutrition habits would have strengthened our results. Despite these limitations, we reached a sufficient number of patients to compare the urban-rural differences. Randomized cohort studies with large populations from our region are required for more accurate results.

In conclusion; obesity exists approximately one in every 3 cases and metabolic morbidities are observed in nearly half of the patients applying to internal medicine outpatient clinic in our region. Living in urban areas can be related to these metabolic morbidities, but it was not a direct risk factor for obesity. With the continuation and acceleration of urbanization, the prevalence of these metabolic morbidities will likely escalate. Therefore, urgent preventive interventions on a national scale should target these highly prevalent metabolic abnormalities (e.g. obesity, diabetes, hypertension, and dyslipidaemia). Based on our results, women and urban residents need to be the focus of more intensive attention.

Conflict of interest: None

Financial support: None

Acknowledgements: The author wish to thank Dr.Umit Kara for his contribution in the data collection. Besides, the author thanks to the Pozanti State Hospital workers for their collaborative spirit.

REFERENCES

1. WHO. Obesity and overweight factsheet. Retrieved from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>. Access date: 05.07.2019
2. Björntorp P. The association between obesity, adipose tissue distribution and disease. *Acta Med Scand* 1988;723 (Suppl):121–134.
3. Jia WP, Xiang KS, Chen L, Lu JX, Wu TM. Epidemiological study on obesity and its comorbidities in urban Chinese older than 20 years of age in Shanghai, China. *Obes Rev* 2002;3:157–165.
4. Bjorntorp P. Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obes Rev* 2001; 2: 73–86.
5. Rosmond R, Dallman MF, Bjorntorp P. Stress-related cortisol secretion in men: relationships with abdominal obesity and endocrine, metabolic and hemodynamic abnormalities. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83: 1853–1859.
6. Cossman JS, James WL, Cosby AG, Cossman RE. Underlying causes of the emerging non-metropolitan mortality penalty. *Am J Public Health*. 2010;100(8):1417-1419.
7. Ebrahim S, Kinra S, Bowen L, Andersen E, Ben-Shlomo Y, Lyngdoh T, et al. The Effect of Rural-to-Urban Migration on Obesity and Diabetes in India: A Cross-Sectional Study. *PLoS Med*. 2010;7(4): e1000268.
8. Neovius M, Rasmussen F. Place of residence and obesity in 1,578,694 young Swedish men between 1969 and 2005. *Obesity (Silver Spring)*. 2008 Mar;16(3):671-676.
9. WHO. Ageing and Health factsheet. Retrieved from:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>. Access date: 05.07.2019

10. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: Report from the panel members appointed to the Eight Joint National Committee (JNC 8) JAMA. 2014;311:507-20.

11. Jellinger PS, Handelsman Y, Rosenblit PD, Bloomgarden ZT, Fonseca VA, Garber AJ, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology guidelines for management of Dyslipidemia and Prevention of Cardiovascular Disease. Endocr Pract. 2017 Apr; 23(2):1-87.

12. Expert Committee on the diagnosis and Classification of diabetes Mellitus. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 1997;20:1183-1197.

13. Erem C. Prevalence of Overweight and Obesity in Turkey. IJC Metabolic & Endocrine 2015;8:38-41

14. Onat A, Yıldırım B, Çetinkaya A, Aksu H, Keleş İ, Uslu N, et al. Erişkinlerimizde obezite ve santral obezite göstergeleri ve ilişkileri: 1990-98'de Düşündürücü Obezite Artışı erkeklerde daha belirgin. Türk Kardiyoloji Arşivi 1999;27:209-217.

15. Ozgul N, Tuncer M, Abacioglu M, Gultekin M. Prevalence of Obesity among Women in Turkey: Analysis of KETEM data. Asian Pacific J Cancer Prev. 2011;12(9):2401-2404.

16. Erem C, Arslan C, Hacıhasanoğlu A, Deger O, Topbas M, Ukinc K, et al. Prevalence of Obesity and Associated Risk Factors in a Turkish Population (Trabzon city, Turkey). Obes Res. 2004 July;12(7):1117-1127.

17. Akman M, Budak S, Kendir M. Genel Dahiliye Polikliniğine Basvuran Hastalarda Obezite Sıklığı ve İlişkili Sağlık Problemleri. Marmara Medical Journal 2004;17(3):113-120.

18. Low S, Chin MC, Deurenberg-Yap M. Review on Epidemic of Obesity. Ann Acad Med Singapore 2009;38:57-65.

19. Nazlıcan E, Demirhindi H, Akbaba M. Adana İli Solaklı ve Karatas Merkez Sağlık Ocakı Bölgesinde Yaşayan 20-64 Yaş Arası Kadınlarda Obezite ve İlişkili Risk Faktorlerinin İncelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2011;1(2):5-12

20. Gundogan K, Bayram F, Gedik V, Kaya A, Karaman A, Demir O, et al. Metabolic syndrome prevalence according to ATP III and IDF criteria and related factors in Turkish adults. Arch Med Sci 2013; 9(2):243-253.

21. Ciarla S, Struglia M, Giorgini P, et al. Serum uric acid levels and metabolic syndrome. Arch Physiol Biochem 2014;120:119-122.

22. Li Y, Chen S, Shao X, et al. Association of uric acid with metabolic syndrome in men, premenopausal women and postmenopausal women. Int J Environ Res Public Health 2014;11:2899-2910.

23. Ndrepepa G, Braun S, King L, et al. Uric acid and prognosis in angiography-proven coronary artery disease. Eur J Clin Invest 2013;43:256-266.

24. Akbas EM, Ozcicek A, Ozcicek F, Demirtas L, Timuroğlu A, Gungor A, et al. Metabolik olarak sağlıklı ve sağlıklı olmayan obez hastalarda ürik asit seviyeleri. Dicle Medical Journal. 2014; 41(4):676-680.

25. Weng X, Liu Y, Ma J, Wang W, Yang G, Caballero B. Use of body mass index to identify obesity-related metabolic disorders in the Chinese population. European Journal of Clinical Nutrition. 2006; 60:931-937.

26. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA. 2002 Jan 16;287(3):356-9.

27. Metintas S, Arikan I, Kalyoncu C. Awareness of hypertension and other cardiovascular risk factors in rural and urban areas in Turkey. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2009 Aug;103(8):812-818.

28. Erem C, Hacıhasanoğlu A, Deger O, Kocak M, Topbas M. Prevalence of dyslipidemia and associated risk factors among Turkish adults:

Trabzon lipid study. *Endocrine*. 2008 Aug-Dec;34(1-3):36-51.

29. Joshi SR, Anjana RM, Deepa M, Pradeepa R, Bhansali A, Dhandania VK, et al. Prevalence of dyslipidemia in urban and rural India: the ICMR-INDIAB study. *PLoS One*. 2014 May 9;9(5):e96808.

30. Sanisoglu SY, Oktenli C, Hasimi A, Yokusoglu M, Ugurlu M. Prevalence of metabolic syndrome-related disorders in a large adult population in Turkey. *BMC Public Health*. 2006; 6:92.

31. Satman I, Yilmaz T, Sengul A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. The TURDEP Group Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study. *Diabetes Care*. 2002;25:1551–1556.

32. Gokcel A, Ozsahin AK, Sezgin N, Karakose H, Ertorer ME, Akbaba M, et al. High prevalence of diabetes in Adana, a southern province of Turkey. *Diabetes Care*. 2003;26:3031–3034.

33. Ramachandran A, Mary S, Yamuna A, Murugesan N, Snehalatha C. High prevalence of diabetes and cardiovascular risk factors associated with urbanization in India. *Diabetes Care*. 2008 May;31(5):893-898.



The Determination Of The Factors And Expectations Which Affect The Utilization of Health Services In Women: A Qualitative Research

Kadınlarda Sağlık Hizmetinden Yararlanmayı Etkileyen Neden ve Beklentilerin Belirlenmesi: Niteliksel Bir Araştırma

İkbal Hümay ARMAN^{*1}, Elif OKUMUŞ², Nan Ye LAY³, Kader TOPÇU⁴, Özlem SARIKAYA⁵, Pemra CÖBEK ÜNALAN¹

ABSTRACT

Aim: To determine the behaviors, expectations and experiences about health-sickness of women from society, to evaluate the socio-cultural characteristics of these behaviors. **Method:** This research is qualitative, planned as "case study". The research is sampled as goal-oriented maximum variation and 31 women included who are between 17-77 with different socio-cultural characteristics. Four focused interviews were conducted. Before the study, participants were informed and a questionnaire was used to question socio-demographic characteristics. The interviews were made at participants' houses. One interviewer and two observers was ready in each session. The voice recordings and observers' notes were transcribed. No names have been transcribed. Each of the interviews were analyzed thematically, were commonised to reach research findings. **Results:** According to the analysis, there are five theme topics. **1.** Physician (professionalism) characteristics affecting the choice of doctor (skills, attitude, gender, knowledge). **2.** Expectations and behaviours about services related to women's health (afraid of the examination style, expectations of confidentiality and sympathy, prejudices). **3.** Reasons for choosing health institutions (attitude of health workers, gender of doctor, hospital facilities, accessibility, prejudices, queue waiting). **4.** Unmet health needs and thoughts about the causes (fear of malpractice, shyness, financial impossibilities, advanced appointments). **5.** Attitudes on Family Health Centers (reasons for not using: lack of equipment, crowd, existing habits, doctor's attitude, distrust to doctor's knowledge). The participants repeated that dental health services are the most difficult to obtain. **Conclusion:** Socio-cultural characteristics, health services presentation and attitude of health workers influences expectations of individuals about utilization of health services. Therefore, when planning trainings of health workers, the applicants' health perceptions affected by the socio-cultural characteristics, learning methods which allows the development of a positive attitude and improves communication skills should be considered. Also, in the organization of health services, taking into account the factors affecting applicants' utilization of health services will be effective for the elimination the unmet needs.

Key Words: expectation, doctor, women, unmet, health care

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, toplumumuzdaki kadınların sağlık ve hastalık davranışlarını, beklentilerini ve bu alanda yaşadıklarını ortaya koymayı ve bu davranışların sosyo-kültürel özelliklerini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. **Yöntem:** Araştırmamız niteliksel tipte olup, "durum çalışması" şeklinde planlanmıştır. Araştırmaya amaca yönelik maksimum çeşitlilik örnekleme ile farklı sosyokültürel özelliklere sahip 17-77 yaş aralığındaki 31 kadın dahil edilmiştir. Çalışmada 7-8 kişilik dört odak grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. Çalışma öncesi katılımcılar bilgilendirilmiş, sosyo-demografik özellikleri sorgulayan bir anket uygulanmıştır. Görüşmeler katılımcıların bu amaç için toplandığı evlerde yapıldı, ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmış; kişi-yer isimleri kayıtlara geçmemiştir. Görüşmelerde bir görüşmeci, iki gözlemci hazır bulunmuştur. Her odak görüşme, kayıt ve gözlemci notları çözümlenerek tematik analiz edilmiş, kodlar üzerinde tartışılıp, ortaklaştırılarak bulgulara erişilmiştir. **Bulgular:** Ortaklaştırma sonrası ortaya çıkan 5 tema şöyledir: **1.** Doktor seçimini etkileyen hekimlik (Profesyonellik) özellikleri (beceri, tutum, tavır, cinsiyet, bilgi). **2.** Kadın sağlığı hizmetlerine özgü beklentiler ve davranışlar (muayene şekline çekinme, mahremiyet ve anlayış beklentisi, önyargı). **3.** Sağlık kurumlarını tercih etme/etmeme nedenleri (sağlık personelinin tavır, doktorun cinsiyeti, hastanenin imkânları, ulaşılabilirlik, önyargılar, sıra bekleme). **4.** Karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ve nedenlerine ait düşünceler (komplikasyon korkusu, utangaçlık, maddi olanaksızlık, ileri tarihli randevular). **5.** Aile Sağlığı Merkezleri ile ilgili tutumlar (yararlanamama nedenleri olarak donanım eksikliği, kalabalık, var olan alışkanlık, doktorun tavır, doktorun bilgisine güvensizlik). Katılımcıların ulaşmakta güçlük çektiği hizmetler içinde en sık tekrar eden ifade "diş sağlığı" olmuştur. **Sonuç:** Bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını sosyokültürel özellikleri, sağlık hizmetlerinin sunum şekli ve sağlık çalışanlarının tutumu ile ilgili beklentileri etkilemektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının mesleki eğitimleri planlanırken başvuranların sağlık algısını etkileyen sosyokültürel özelliklerin dikkate alınması, iletişim becerilerini geliştiren ve olumlu tutum gelişimini sağlayan öğrenme yöntemlerinin kullanılması düşünülmelidir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, başvuranların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen nedenlerin dikkate alınması karşılanamayan gereksinimlerin giderilmesi açısından etkili olacaktır.

Anahtar Kelimeler: beklenti, doktor, kadın, karşılanamayan, sağlık hizmeti

Received date / Geliş tarihi: 05.04.2019, **Accepted date / Kabul tarihi:** 12.09.2019

¹ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE.

² Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Kocaeli, TÜRKİYE.

³ İstanbul Arnavutköy Merkez Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul, TÜRKİYE.

⁴ İstanbul Sağlık Müdürlüğü İl Ambulans Servisi, İstanbul, TÜRKİYE.

⁵ Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE.

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** İkbal Hümay ARMAN, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, TÜRKİYE.

E-mail: ikbalhumay@gmail.com

ARMAN Hİ, OKUMUŞ E, LAY YN, TOPÇU K, SARIKAYA Ö, CÖBEK ÜNALAN P. Kadınlarda Sağlık Hizmetinden Yararlanmayı Etkileyen Neden Ve Beklentilerin Belirlenmesi: Niteliksel Bir Araştırma. TJFMPC, 2020;14(1): 23-32.

DOI: 10.21763/tjfm.693036

GİRİŞ

Bireylerin sağlıklı olmaları, sağlık algısı yani sağlık ve hastalığa gereken önemi vermeleri, sağlıklı davranışlar sergilemeleri, sağlık hizmetlerini gerektiği şekilde kullanmaları gibi bireysel alışkanlık, inanç ve beklentiler ile sağlık davranışlarına bağlıdır. Sağlık arama davranışı ise özellikle toplumsal düzeyde aile kültürü, ekonomik yapı, sağlık hizmetleri ile ilgili politikalar ve sağlık kurumlarının finansmanı gibi konularla yakından ilgilidir. Sağlık tutum ve davranışlarını ortaya koymaya yönelik araştırmalar; bireysel özellikleri ortaya koyarak, toplum sağlığının korunması, sürdürülmesi, yükseltilmesi ve sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesinde bir araç olan sağlık politikalarına yön vermesi açısından son derece önemlidir.¹ Sosyal, kültürel ve çevresel koşullar, sağlık algısını ve dolayısıyla sağlık hizmetlerine erişimi etkilemektedir. Bireylerin sağlık davranışları ve beklentileri de bu durumlara göre şekillenmektedir. Nitelikli bir sağlık hizmeti için hastaların beklentilerinin karşılanması temel öğelerden biridir.

Tıp ve sosyo-ekonomi alanında yapılmış pek çok çalışma ile hastaların nitelikli sağlık hizmeti tanımlamaları ve hastane seçiminde etkili olan çeşitli faktörler ortaya konmuştur.² Hastane seçimi çok değişkenli bir durumdur. Hem sağlık hizmeti sağlayıcılarına ait özellikler (mülkiyet, boyut, kapasite, hizmet türü ve sayısı, hizmet durumu ve erişilebilirliği, akreditasyon, konum, performans ve itibar), hem de hizmet alanlarla ilgili faktörler (cinsiyet, yaş, ırk, tıbbi durum, ödeme kaynakları ve bilgi) hastanın sağlık hizmeti tercihini etkiler. Bunları 10-P olarak toparlayan ve ürün/hizmet, yer, fiyat, fiziksel çevre, insanlar, süreçler, paket, performans, pozisyon, tanıtım olarak açıklayan Mosadeghrad, İran sağlık sistemini inceleyerek hizmet seçimine yönelik çok değişkenli bir tablo ortaya koymuştur.³

Kişiler somut ve soyut kaynaklardan sunulan bilgiler ışığında zihinlerinde hastalık ve yaşamı tehdit eden durumlara ilişkin şemalar oluştururlar. Bu tutumlar sağlık davranışlarını da etkiler. "Algılanan sağlık", kişilerin kendilerini nasıl hissettiklerini göstermektedir. Kişinin kendi kendine sağlık düzeyini tanımlaması, kendinin biyolojik, ruhsal, toplumsal durumunu değerlendirmesine olanak sağlar.⁴ Sağlık ve hastalık algısı kişisel faktörlerden etkilenir. Kişisel özelliklerin yanı sıra ailesel, sosyal ve toplumsal ilişkiler; yaşam standartları, çalışma koşulları, sosyal, ekonomik ve çevresel koşullar, politikalar sağlığın belirleyicileri olarak sıralanan etmenler arasında yer almaktadır.⁵ Özetle; kişisel deneyimler, kronik hastalık durumu, bilgiler,

önyargılar, gelenekler, değerler, sosyo-ekonomik düzey gibi faktörlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği görülmektedir.

Günümüzde sağlık davranışını ve kişilerin sağlığı konusunda tercihlerini etkileyen faktörleri inceleyerek sağlık davranış modelleri ortaya atan pek çok yayın mevcuttur. Örneğin Sağlık İnanç Modelinin sağlığı korumak ve geliştirmek için, hastanın tedaviye uyumunu motive eden ya da engelleyen nedenleri açıklamada ve ölçmede etkin bir kılavuz olduğu söylenmektedir.⁶ İnsanların sağlıklı olmak için, sağlıklı yaşam algısı ve davranışlarını benimsemeleri ve bu davranışları hayat boyu uygulamaları gerekir.⁷

Dünya'daki ve Türkiye'deki veriler kadınların sağlığının istenilen düzeyde olmadığını göstermektedir. Kadının toplumdaki yerinin temel bir konumda olmasından dolayı kadının sağlık durumu, bireyin kendisini ve çevresini büyük ölçüde etkilemektedir. Bu bağlamda kadın sağlığı ile ilgili araştırmalar yapıp, kadınların konu hakkında bilinçlendirilmesi önemlidir.⁸ Kadınların sağlık haklarının sağlık bilgisine erişim, yeterli beslenme ve sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkını da kapsadığı kabul edilmektedir. İnsan hakları açısından bakıldığında sağlık konusunda kadınların dezavantajlı olduğu durumlar hak ihlali olarak düşünülmektedir. Bunun en uç örneği ise anne ölümleridir.⁹

Son yıllarda yapılan çalışmalar kadın sağlığı konusunun önemini vurgulamıştır. Kadının sağlık durumu; çocukların, ailenin, toplumun ve çevrenin sağlık durumu ile doğrudan ilişkilidir. Kadının toplumsal konumu, genel sağlık düzeyinin iyileştirilmesi ve güçlendirilmesi, kadın sağlığına verilen önemle bağlantılıdır.¹⁰ Kadınların sağlığı geliştirme davranışlarını düşük düzeyde uyguladıkları yönünde bulgular mevcuttur.¹¹ Kadınların sağlık davranışları konusunda bilgilendirilmeleri ve bu bilgilerini yaşama geçirebilmeleri için eğitim ile desteklenmeleri önerilmektedir.¹²

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık sisteminin giriş kapısı ve tıbbi yardım arayan insanların en kolay ulaşabileceği kurumlar olarak planlanmalıdır. Birinci basamak hizmetlerinin etkili bir şekilde verilmesi, toplumun hastalık yükünü azaltacağı için ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarında daha kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi verilmesine fırsat tanıyacaktır.¹³ Diğer yandan Birinci basamak sağlık hizmetlerini kullananların çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır.^{14,15} Dolayısıyla Birinci basamak sağlık hizmetleri planlanırken kadın sağlığı hizmetleri ile beraber bu alandaki karşılanamayan

sağlık ihtiyaçlarının dikkate alınması önemlidir. Sağlık hizmetlerinin bu nitelikte planlanması yine de Birinci basamağın kullanılması için yeterli olmayabilir. Çünkü kişilerin Birinci basamağı kullanmalarını, burada sunulan hizmetlerden haberdar olmaları ve bu hizmetlere ihtiyaç duymaları etkileyecektir.^{15,19}

Araştırmanın amacı, toplumdaki kadınların sağlık ve hastalık ile ilgili ihtiyaç, beklenti, düşünce ve deneyimlerini ortaya koymak; bu alandaki davranışlarının sosyo-demografik ve kültürel özelliklerini değerlendirmektir. Böylece bireylerin kişisel ve yaşamsal özelliklerinin, sağlık ve hastalıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını ne şekilde etkilediğini tartışabilmek hedeflenmiştir. Araştırma sorusu; Kadınların sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını etkileyen ihtiyaçları, beklentileri ve geçmiş deneyimleri nelerdir?.

Bu soru ile aşağıda belirtilen konularda kazanımlar hedeflenmiştir:

Kadınların;

*sağlık kuruluşu/doktor seçimini etkileyen düşüncelerini,

*sağlık hizmetlerinden yararlanma/yararlanamama sebeplerini,

*sağlık hizmetlerinden beklentilerini,

*doktora sorulamayan/konuşulamayan durumları,

*Birinci Basamak kuruluşu olarak Aile Sağlık Merkezi'ne başvuru nedenleri ve ihtiyaçlarını,

*Aile Sağlığı Merkezlerinden beklentilerini öğrenmektir.

YÖNTEM

Araştırmamız niteliksel tipte olup, niteliksel araştırma türlerinden “durum çalışması” tipinde planlanmıştır. Bu çalışmanın katılımcıları amaca yönelik maksimum çeşitlilik örnekleme ile seçilmiş 17-77 yaş aralığında farklı sosyokültürel özelliklere sahip 31 kadından oluşmuştur.

Toplum hayatı içinde ve yukarıda sayılan ölçütlere uygun olan kadınlar arasından gelişigüzel olarak seçilenlerden izin alınarak kendi yaşam alanlarında veri toplanmıştır. Verileri odak grup görüşmeleri ile toplanan bu çalışmada görüşmeler katılımcıların toplandığı evlerde, yüz yüze yapıp, ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmış; kişi ve yer ismi kayıtlara geçmemiştir. Çalışmada yapılandırılmış soru formu eşliğinde, 7 veya 8 kişilik dört adet odak

grup görüşmesi gerçekleştirilmiştir. (Tablo 1). Çalışma öncesi katılımcılar araştırmanın konusu ve yöntemi hakkında bilgilendirilmiş, sosyo-demografik özellikleri sorgulayan 10 soruluk bir anket uygulanmıştır. Helsinki Bildirgesi'ne uygun şekilde aydınlatılmış onamları alınmış, kişilerin mahremiyetlerinin korunduğu görüşmeden evvel katılımcılara belirtilmiş, tek tek izinleri alınmıştır.

Görüşmelerde bir görüşmeci, iki gözlemci hazır bulunmuştur. Görüşmelerde 4 araştırmacı görüşmeci olarak görev almış ve bunların her biri araştırma öncesinde “niteliksel araştırmalarda odak grup görüşmesi nasıl yapılır?” konulu bir eğitime katılmışlardır. Her odak görüşmenin, ses kayıtları kayıtlardaki sözlü olmayan ifadeler de dikkate alınarak transkriptler haline getirilmiştir. Ses kayıtları, analizler ve raporda isim kullanılmamış, kişisel bilgiler korunmuş, odak gruplar, katılımcılar ve araştırma bulguları bu durumdan olumsuz etkilenmemiştir. Görüşme sırasında görüşmeci ve gözlemciler hiçbir yorum ve katkıda bulunmamış, yalnız katılımcıları destekleyen bir atmosfer içerisinde konuşmaları sağlanmıştır.

Analiz; Gözlemci notları, sosyo-demografik özellikleri sorgulayan anket verileri transkriptlerle birlikte çözümlenmiştir. Dört araştırmacı her bir odak görüşme transkriptini bağımsız olarak değerlendirerek kod listeleri oluşturmuştur. Daha sonra kod listeleri üzerinde birçok kez tartışmalar yapılarak temaların seçiminde uzlaşmaya varılmıştır. Tematik içerik analizi yöntemiyle kodlar üzerinden 5 adet temaya ulaşılmıştır.

BULGULAR

Toplam 31 katılımcıdan 15'inin 40 yaş üzerinde ve 19'unun evli olduğu bu niteliksel çalışmada katılımcıların diğer özellikleri Tablo 2'de izlenebilir.

Dört araştırmacı tarafından bağımsız olarak yapılan kodlama sonrasında, tartışmalarla tematik analiz tamamlanmıştır. Ortaya çıkan ana temalar Tablo 3'de izlenebilir

Tablo 1. Odak Grup Görüşme Soruları

1a	Sağlık problemlerinizde ilk nereye başvurursunuz?
1b	Neden burayı tercih edersiniz?
2	Daha önce hangi konularda sağlık hizmetinden yararlandınız?
3a	İhtiyacınız olduğu halde yararlanamadığınız sağlık hizmeti var mı?
3b	Var ise, hangi hizmetlerden yararlanamıyorsunuz?
3c	Var ise, sizce neden yararlanamıyorsunuz?
4a	Aile sağlık merkezlerinden sağlık hizmeti alıyor musunuz?
4b	Hizmet alıyorsanız, hangi hizmetler?
4c	Hizmet almıyorsanız, neden?
5	Kadın sağlığı ile ilgili şikâyetlerinizde sağlık hizmetlerinden rahatlıkla yararlanabiliyor musunuz?
5b	Evet ise hangi durumlarda ve ne şekilde?
5c	Hayır ise neden yararlanamıyorsunuz?
6	Doktora hiçbir zaman söyleyemem dediğiniz hangi sorunlar aklınıza geliyor?
6b	Doktorla belli konularda konuşamama nedeniniz nedir?
7	Genel olarak sağlık hizmetleriyle ilgili olarak belirtmek istediğiniz bir şey var mı?

Tablo 2. Katılımcıların Özellikleri (n=31)

YAŞ (ortalama 38, ortanca 41, minimum 17, maksimum 77)	17-24: 25-40: >40:	11 5 15
Medeni Durum	Bekar: Evlü: Dul:	10 19 2
Meslek	Öğrenci: Ev hanımı: Çalışıyor:	10 18 3
Eğitim Durumu	Okuma-yazma bilmiyor: İlkokul –Ortaokul: Lise: Lisans ve üstü:	0 12 6 14
Sosyal güvence (Sosyal Güvenlik Kurumu-SGK-)	VAR: YOK:	29 2
Gelir Durumu	Kötü: Orta: İyi:	1 7 23

Tablo 3. Kadınların Sağlık Hizmetlerinden Beklentileri, İhtiyaçları, Tutum ve Davranışları

Tema 1	Doktor seçimini etkileyen hekimlik (profesyonellik) özellikleri
Tema 2	Kadın sağlığı hizmetlerine özgü beklentiler ve davranışlar
Tema 3	Sağlık kurumlarını tercih etme/etmeme nedenleri
Tema 4	Karşılanamayan sağlık ihtiyaçları ve nedenlerine ait düşünceler
Tema 5	Aile Sağlığı Merkezleri ile ilgili tutumlar

TEMA 1. Doktor Seçimini Etkileyen Hekimlik (Profesyonellik) Özellikleri (beceri, tutum, tavır, cinsiyet, bilgi vb)

Katılımcılar doktor seçimini etkileyen en önemli özellikleri; doktorun cinsiyeti, gösterdiği ilgi, sıcaklık, güler yüz, olumlu iletişim becerileri, deontolojik yaklaşım, hastayı bilgilendirme ve yeterli tıbbi bilgi sahibi olmak şeklinde ifade ettiler.

“...doktorun tabi güler yüzlü olması, dinlemesi insanı çok rahatlatıyor.” (48y, Evli, Ev hanımı)

“...özel mesela ilgi bekliyoruz. Yani doktorlar o kadar ağır vakalar ile karşılaşılıyorlar ki devlette, senin orada anlattığın problemler sanki biraz basit kaçıyor, tamam çok önemli değil falan deyip, çok fazla ilgilenmiyor.” (42y, Evli, Ev hanımı)

“...hata olabilir, her meslek riskli, yani sizde... Ama sakın güler yüzlülüğünüzü kaybetmeyin.” (47y, Evli, Ev hanımı)

“...Onun verdiği ilacı öbür doktor beğenmedi. Ben buna nasıl güveneyim. Çok güvenemediğim için ikisininkini de bıraktım...” (52y, Evli, Ev hanımı)

“Yani hasta gittiği zaman en iyi doktor da olsa en iyi hastane de olsa, ilk önce ilgiden iyileşiyor. İlgi görürse sıcaklık görürse dediğini daha iyi anlatabiliyor” (43y, Evli, Ev hanımı)

“...benim o önyargımı kırdı o çatal olayı çok bunaltıyo sıkıntıya sokuyordu. Çok nazik davrandı çok kibar davrandı...” (28y, Evli, Yazar)

“...doktorun ses tonu çok önemli...” (21y, Bekâr, Öğrenci)

“Ben ilk defa çatala çıktığım zaman dedim ki anlat bana ne yapayım. İlk defa karşılaşıyorum. Muayene yaparak bilgi veriyor. Yani konuşarak geçiyordu. Derin bir nefes al, sadece biraz soğuk olabilir diye. Çok iyi bir doktor.” (24y, Evli, Ev hanımı)

“Hepsi aynı mı bilmiyorum ama bizim şeyimiz sanki biraz daha bilgisiz gibi geliyor bana” (49y, Evli, Ev hanımı)

“...tavsiye ettim. E çünkü bana teşhisi koydu...” (49y, Evli, Anaokulu öğretmeni)

“Doktor bana çok yanlış yaptı. Çok üzülmuştüm o zaman. Sizin yaptığınız hırsızlık dedi bana resmen. Çok zor. Çok ağrıma gitmişti. Büyüğünüze de biraz saygı bekliyor insan” (54y, Evli, Ev hanımı)

“...Değerden de çok insanlık katicaksınız. Biz onu istiyoruz. Zaten eğitimi alıyorsunuz, bizim sizden istediğimiz, doktorlardan, insanlık...” (49y, Evli, Ev hanımı)

TEMA 2. Kadın Sağlığı Hizmetlerine Özgü Beklentiler ve Davranışlar

Katılımcıların çoğu kadın sağlığı ile ilgili şikâyetlerinde doktora gitmekten çekinmekte, hatta utanmakta, doktorunu seçememekten ve muayene şeklinden rahatsızlığını dile getirmekte, gidenlerin tercihi de kadın doktor olmaktadır. “Orası ağzım burnum değil ki öyle hop açayım!” ifadesini vurgulamak ve tüm katılımcıların mahremiyetle ilgili bu konuyu sorun olarak dile getirdiğini belirtmek gerekir. Doktorlardan beklenen; kadınlar için özel ve hassas olan bölgeler ile ilgili muayenelerde daha sevecen, duyarlı davranması, aralarındaki iletişimi iyileştirmesi ve karşılıklı empati kurulmaya çalışmasıdır.

“...Ben rahat edemiyorum, huzursuzum ben erkeğe nasıl açayım...” (41y, Evli, Ev hanımı)

“...Hani kendi eşinden başkasına kimseye bir şeyini görünemezsin, gösteremezsin...” (46y, Evli, Ev hanımı)

“...kanamanın geçmesini bekledim tabi. Çünkü özel bir bölge...” (29y, Evli, Mimar)

“...kadın doğum çok mahrem bir olay, çok güvenmen lazım ona...” (37y, Evli, Ev hanımı)

“...Utaniyorum. Bir kere spiral koydurmaya gittim bana dediler ki bir ay sonra kontrole gel... Gitmedim. Kadın olmasına rağmen gidemedim...” (42y, Evli, Ev hanımı)

“...orası ağzım değil ki öyle kolay açayım...” (44y, Evli, Ev hanımı)

“...aç bakalım, doktora normal geliyor belki ama böyle değil yani, ben de ötelerim...” (28y, Evli, Yazar)

“...Dinimizin temel esaslarına göre yani dinimizde namahremiyet var...” (77y, Evli, Ev hanımı)

“...şöyle bir sorun var devlet hastanelerinde mesela doktor Nalan bilmem ne... Mesela o oluyo da onun asistanı oluyo bi de bakıyorsunuz pat Cem Bey çıkıyo...” (44y, Evli, Ressam)

“...yani devlet hastanelerinde kadın doktor seçme hakkın yok. Yani bunu bilerek gitmen, o psikolojiye katlanman lazım...” (47y, Evli, Ev hanımı)

“...çatala çıkarıyorlar...” (43y, Evli, Ev hanımı)

“...Ve muayene pozisyonu beni sıkıntıya sokacak tarzda olabileceği için şu anda sıkıntı yaşıyorum...” (24y, Evli, Ev hanımı)

“...Öyle bir problemim olmadığı için...” (37y, Evli, Ev hanımı)

“...Evli olsaydım daha rahat giderdim diye düşünüyorum...” (21y, Bekâr, Öğrenci)

TEMA 3. Sağlık Kurumlarını Tercih Etme/Etmeme Nedenleri (sağlık personelinin tavır, doktorun cinsiyeti, hastanenin imkânları, ulaşılabilirlik, önyargılar, sıra bekleme)

Katılımcılar, daha çok özeli tercih etme nedenlerini sıralarken, sağlık personelinin tavrının, doktor seçebilme hakkının ve hastane imkanlarının önemini vurguladılar. Ayrıca bazı katılımcıların devlet hastanelerine ve Aile Sağlığı Merkezlerine yönelik önyargıları olduğu gözlemlendi.

“... Hastalığım kendi çapımda kendi gözümde eğer çok önemliyse güven alabileceğim böyle bana daha nazik davranılacağı, ondan özel hastaneye gidiyorum...” (40y, Evli, Ev hanımı)

“... Büyük ihtimal sağlık problemleri tam olarak ortaya çıkana kadar gitmem...” (21y, Bekâr, Öğrenci)

“...aldığımız hizmet. Yani işte siz mesela, tek kişilik bir odada kalmak istiyorsunuz. Hemşireniz gelsin size bakımını yapsın vs istiyorsunuz.” (26y, Bekâr, öğrenci)

“Devlete gidemiyorum, çok kalabalık. Sıra falan onları biz bekleyemeyiz. Yani vakit hızlı olmalı, çabuk, işim hemen görülmeli.” (40y, Evli, Ev hanımı)

“...Küçük bir şeyle, mesela ateşi falan çıktı ben kendim hallederim, doktor benden fazla mı biliyor...” (42y, Evli, Ev hanımı)

“...Yani ilk olarak sağlık ocaklarına gidiyorum. Maddi olarak benim cebimi hiç sarsmıyor...” (43y, Evli, Ev hanımı)

“...sigortamız olduğu için gidiyoruz...” (24y, Bekâr, Öğrenci)

“...SSK'mız geçiyor bu çok önemli. Alınan fark ücretleri de oldukça uygun. Çok fazla bir fark ücreti alınmıyor...” (48y, Evli, Ev hanımı)

“...Hijyen şartları bi de çok sıhhatli gelmedi.” (44y, Evli, Ressam)

“...Oraya gitmenin sebebi ulaşmak kolay, yakın olduğu için, tabii ki...” (46y, Evli, Ev hanımı)

“...çok bekliyoruz, çok uzun süreye randevu veriyorlar...” (54y, Dul, Ev hanımı)

“...hiçbir tecrübem yok. Ama bir önyargım var açıkçası. O yüzden gitmem...” (22y, Bekâr, Öğrenci)

“...Bizim zamanımızda öyle değildi, çıkarın donları derlerdi, biz de çıkarırdık...” (56y, Dul, Ev hanımı)

“... Bu biraz aile alışkanlığı. Yani hiç gitmediğimiz için. Babamın bir lafı vardı. Yıllardır babam SSK primi öderdi. Bari çocuklar bir şöyle gezmeye gidin derdi.” (40y, Evli, Ev hanımı)

“İyi doktorlar gittiği için özelde de, bu ara bazı sıkıntılar için özele gitmeye başladım. İhtiyaç hissettim. Ama iyi doktorların geldiğini

görürsem yine de devlete dönmeyi tercih ederim.” (52y, Evli, Ev hanımı)

“...çok bekliyoruz, çok uzun süreye randevu veriyorlar.” (22y, Bekâr, Öğrenci)

“...özellikle hemşirelerden çok rahatsızım. Birincisi hiçbir şekilde gülyüz yok, bitse de gitsek gibi bakıyorlar...” (42y, Evli, Ev hanımı)

TEMA 4. Karşılanamayan Sağlık İhtiyaçları ve Nedenlerine Ait Düşünceler

İhtiyaç duyulduğu halde, karşılanamayan sağlık hizmetlerinin bulunduğu tespit edilmiştir. Bunlar başta dış hastalıkları ve psikolojik destek olmak üzere, çocuk ve iç hastalıkları yan dallarıdır. Sağlık hizmetine ulaşamama nedenleri olarak; bazı bölümlerin devlet hastanesinde olmaması veya çok yoğun olup sıra gelmemesi sayılabilir. Ama bu alt yapı eksiklikleri yanında katılımcıların yanlış/eksik hekimlik uygulamalarına maruz kalma korkusu, kalabalık, sıra gelmemesi, toplumun etiketlemesi ve önyargılarından çekinmek gibi kaygılar sebebiyle de sağlık hizmetine başvuruların ertelendiği görülmüştür.

“...ilaç vererek film çekiyorlar. Gidemiyorum şimdi o korkuyla. Çok tehlikeliymiş...” (42y, Evli, Ev hanımı)

“...radyasyon yayıyor, kanser riski var diyorlar...” (46y, Evli, Ev hanımı)

“...doktor daha iyi bilir... Ama sonra anladık doktorların iyi bilmediğini... ne kazalar oluyor, yine gazetede çocuğa yanlış bir iğne, sinir damarına gelmiş, şimdi kolu yok...” (48y, Evli, Ev hanımı)

“...İğneden bir yakınım öldü...” (41y, Evli, Ev hanımı)

“...Hastanelerin çok yoğun olmasından kaynaklanan...” (21y, Bekâr, Öğrenci)

“...o kadar sıra oluyo ki bütün çocuklar o kadar hasta olmalarına rağmen orda sıkıntı çekiyorlar...” (28y, Evli, Yazar)

“...film çekmek gerektiğini söylediler. ... Hastanesindeki için 3 aya sıra veriyorlardı...” (22y, Bekâr, Öğrenci)

“...Gittim devlet hastanesine de gittim, 10 dk. bi bakıyor. Seni böyle bir sandalyeye oturtuyor oğlumu götürmüştüm. 10 dk. konuşuyor, oğlum konuşmak istemiyorum dedi. Nasıl bir muamele gördüyse artık...” (56y, Dul, Ev hanımı)

“...Özel hastanelerde ise bir gün için ... TL istiyorlardı. Ben de o yüzden çok geç kaldım...” (52y, Evli, Ev hanımı)

“...Tabii bir de psikolojik hastalıklar var yani depresyon panik atak gibi.. Bunlar da söylenmez kolay kolay. Kolay kabullenilemez,

ben deli miyim gibi. Yani ben de olsam kabul edemezdim..." (24y, Bekar, Öğrenci)

"...çocuklarım antidepresan al falan diyorlar ama hakikaten düşününce acaba mı diyorsun, yine de kendine yediremiyorsun." (49y, Evli, Ev hanımı)

TEMA 5. Aile Sağlığı Merkezleri ile İlgili Tutumlar

ASM'ler ile ilgili sorulara verilen cevapların daha çok başvurmama nedenleri hakkında olduğu görülmüştür. Buralarda sunulan hizmetlerin yeterliliğine güvenmeme ve ekipman azlığı vurgulanmaktadır.

"...Yani ilaca gidiyorum. Muayene olmak için gitmiyorum." (37y, Evli, Ev hanımı)

"...bizim orada sağlık ocaklarında daha iyi bakım oluyor..." (24y, Evli, Ev hanımı)

"Ben güven duymadığım için özel hastaneleri daha çok tercih ediyorum..." (47y, Evli, Ev hanımı)

"Bizim aile hekimimizin bilgisiz olduğunu düşünüyorum" (23y, Bekar, Öğrenci)

"Bir keresinde şişkinlik var dedim ilgilenmiyorlar bile. Beğenmiyorum yani..." (42y, Evli, Ev hanımı)

"...sağlık ocağında mezura bulmak için oda oda dolaştıklarımı hatırlıyorum. Çocuk var mezura yok..." (28y, Evli, Yazar)

"...kulak burun boğazdaki bakılan aletten dolayı orayı tercih ediyorum. O aletle bakıldığında sinüzit filmine gerek kalmıyor. İleri teknolojiden dolayı KBB'ye özele gidiyorum..." (41y, Evli, Ev hanımı)

"Sağlık ocakları ile ilgili, henüz oturmamış..." (21y, Bekar, Öğrenci)

"Bana ilaç yaz diyorum yazmıyor." (43y, Evli, Ev hanımı)

"Ya gidiyorsun da, seni hiç muayene eden yok ki, soruyor ilaç mı yazıcam teyze" (56y, Dul, Ev hanımı)

"Bazen güvensizliklerle karşılaşıyoruz yani." (24y, Bekar, Öğrenci)

"Ya sağlık ocağı doktoruna güvenmiyoruz. Hepsi aynı mı bilmiyorum ama bizim şeyimiz sanki biraz daha bilgisiz gibi geliyor bana, İlaç yazdırcam mesela ben on tane istiyosam hiç sormadan niye diye, veriyor hepsini. Rapor da istesem veriyor ilaç da istesem veriyor." (44y, Evli, Ev hanımı)

"Ama şu an sağlık ocağına gitme amacım da grip, soğuk algınlığı ya da basit bir boğaz ağrısıysa gidiyorum yoksa daha yoğun bir hastalığım varsa daha koyu bir ağrıysa falan sağlık ocağıyla uğraşmadan direkt devlet hastanesi" (49y, Evli, Anaokulu öğretmeni)

TARTIŞMA

Araştırma bulgularımız; literatüre baktığımızda bulduğumuz niteliksel araştırma sayısı sınırlı olmakla birlikte sağlık algısı ve alınan hizmetlerin özelliklerine dair niteliksel ve niceliksel araştırmalar ile karşılaştırılmıştır.

Süleyman Demirel Üniversitesi tarafından Burdur'da 382 kişi ile yapılan tanımlayıcı, topluma dayalı bir araştırmada kadınların % 92,9'u kadın doktoru tercih etmektedir.¹⁶ Bizim araştırmamızda da buna benzer şekilde katılımcıların tamamı, özellikle kadın hastalıkları ile ilgili başvurularında mahremiyetten dolayı kadın doktor tercih ettiklerini dile getirmişlerdir. Aynı çalışmada katılımcıların %59,9'u doktor seçiminde dikkat ettiği en önemli kriterin doktorun uzmanlık alanında kendini kanıtlamış olması olduğunu belirtmiştir. Bunu sırasıyla, detaylı bilgi vermesi, tanıdık olması, tavsiye edilmiş olması izlemiştir. Bizim araştırmamızda doktor seçiminde en önemli faktörün doktorun davranışları olduğu belirtilmiştir. Detaylı bilgi vermesi, bilgili olması, önceki olumlu deneyim, tavsiye edilmiş olması da doktor seçiminde etkili bulunmuştur. Birleşik Arap Emirliklerinde, doktor seçimini etkileyen kriterleri araştıran bir çalışmada kadın hastalıkları ve doğum için katılımcıların çoğu kadın doktor tercih edeceğini bunun nedeni olarak da mahremiyet, danışmanlık, dini inançları gereği ve kültürel gelenekler gereği olduğunu söylemiştir. Ayrıca doktorlar arasında tercih yaparken doktorun tavrının ve karakterinin önemli olduğunu vurgulamışlardır.¹⁷ Bizim araştırmamızda da, katılımcılar özellikle kadın hastalıkları ve doğum doktoru olarak kadın doktorları tercih etme nedenlerini mahremiyet, utanma, muayene şekli, doktorun tavrı olarak sıralamışlardır.

Araştırmamızda katılımcıların sağlık personelinden beklentilerini sordumuzda; doktorun ve sağlık personelinin tavrının hastaya karşı iyi olması gerektiği, özel ve hassas olan muayenelerde daha sevecen davranması isteği sıkça dile getirilen bir talep idi. Ankara'da yapılan 'Yeni doğum yapmış kadınların empatik iletişim beklentilerinin ebe/hemşireler tarafından karşılanma durumu' adlı araştırmaya katılan kadınların yarıya yakını ebe / hemşirelere güven duyduklarını ve sorunlarını paylaşabildiklerini belirtmişlerdir. Ebe/hemşirelerden beklentilerin daha çok "azarlanmamak" ve "güleryüzlü olmak" yönünde olduğu vurgulanmıştır.¹⁸

Konya'da hastane tabanlı yapılan bir çalışmada hastaların bir sağlık kurumunu tercih etmelerinde öne çıkan nedenler: Sosyal güvenlik kurumu anlaşmasının olması, çevre (eş, dost, akraba) tavsiyesi, önceki hastaların tavsiyesi, hastanedeki doktorların bilinirliği, doktorların tavsiyesi, hastanenin teknolojik altyapısının yeterliliği, hastaneye duyulan güven olarak sıralanmıştır.¹⁹ Bizim araştırmamızda da benzerlikler görülmektedir. Ancak bu araştırmada farklı olarak sıra beklemek ve önyargılar da katılımcılarımızın sıkça bahsettiği nedenler arasındadır. İran'da hastane seçim kriterlerini etkileyen faktörleri araştıran niteliksel bir çalışmada, hizmet tipi, hastane (eğitim araştırma veya devlet), tavsiye, maliyet, hastanın sağlık sigortası durumu, kolay erişim, fiziksel ortam, imkanlar, sağlık personelinin uzmanlığı (beceri ve deneyim), sağlık personelinin kişilerarası davranışları (nezaket) ve hastane itibarı olmak üzere 11 faktör önemli bulunmuştur.⁶ Hindistan'da yapılan başka bir çalışmada sağlık kurumu seçimini etkileyen temel faktörün doktorların becerisi olduğu gösterilmiştir. Hastaların çoğunluğu, mevcut imkânların yanı sıra doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının davranışlarından memnun kalmıştır. Sunulan sağlık hizmeti, sürekli olarak ölçülüp, küçük değişiklikler yapılarak, bireysel süreçler ve temel altyapı iyileştirilebileceği öngörülmüştür.²⁰ Bizim araştırmamızda da devlet hastaneleri yerine özel hastaneleri tercih eden katılımcıların özellikle belirttiği faktörler benzerlik göstermektedir. Ayrıca doktor seçimini etkileyen personel tutumlarının, hastane personelini tanıma veya onlardan memnurluk, geçmiş deneyim gibi kriterlerin, bizim araştırmamızda da ifade edildiği görülmüştür.

“Bir Sağlık Ocağına Kayıtlı 40-59 Yaş Grubu Kadınların Menopoz Yakınlıkları ve Sağlık Kuruluşlarından Yararlanma Durumları” hakkında yapılan bir araştırmada, karşılanamayan sağlık hizmetlerinin nedenleri arasında; ihmal ve gereksiz görme, maddi durum yetersizliği, çok sıra bekleme, hastane ortamından memnuniyetsizlik sayılmıştır.²¹ Bizim araştırmamızda bu durum bazı bölümlerin devlet hastanesinde olmaması veya çok yoğun olup sıra gelmemesi şeklinde sayılabilir. Ayrıca yine benzer olarak katılımcıların yanlış/eksik hekimlik uygulamalarına maruz kalma korkusu, kalabalık, sıra gelmemesi, toplumun etiketlemesi ve yargılarından çekinmek gibi kaygılar sebebiyle de sağlık hizmetinden yararlanamadıkları görülmüştür. Konu çocukları olduğunda anneler, annelik

görevlerinin yargılanacağı/eleştirileceği korkusuyla pek çok soruyu dile getiremediklerini itiraf etmişlerdir. Zamanla toplumun sağlık ve utanma üstüne tabularını yaktığını düşünen çoğu katılımcı, yine de bireysel utangaçlıkların devam ettiğini dile getirmiştir. Kadın-doğum için özel-devlet fark etmeksizin doktorun tavrının memnuniyette asıl faktör olduğunu tüm katılımcılar belirtmiştir.

2008 yılında yapılan insanların sağlık hizmetine başvuru ve yardım arama davranışının faktörlerini inceleyen niteliksel bir araştırmada, bireylerin sağlık hizmetlerine aktif katılımını arttıran; semptom ve sonuçlarla ilgili daha fazla bilgi sahibi olmaya teşvik eden müdahalelerin, uygun yardım arama ve hizmet kullanımını kolaylaştıracağı bulunmuştur.¹⁹ Bizim araştırmamızda da benzer şekilde önyargı ve utanma nedenli karşılanamayan hizmetlere karşı doktorların bilgi vermesinin ve personel tavrının önemi vurgulanmıştır.

Amerika'da akıl sağlığı hizmeti alan katılımcılarla yapılan niteliksel bir araştırmada sağlık davranışı teşvikleri dört ana temada tanımlanmıştır: (a) güçlendirme, öz değer ve kişisel gelişim faktörleri; (b) sosyal destek ihtiyacı; (c) değişim nedenleri, hedef belirleme ve zamanlama gibi pragmatik / motivasyonel görüşme hususları; ve (d) ulaşılabilirlik. Bizim araştırmamızda da hizmet alımına yönelik alt yapı eksiklikleri ve ulaşılabilirliğin önemli olduğu görülmüştür.²²

Bizim araştırmamızda birçok katılımcı şikâyetleri “basit bir şey” ise sağlık ocağı veya devlet hastanesine gideceklerini; ama daha önemliyse hem daha iyi bakılacağı ve nazik olunacağı, hem oradaki doktorların daha bilgili olduğu düşüncesi yaygın olduğu için özel hastane tercih edeceklerini belirtmişlerdir. Kayseri İli'nde “15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Ocağından Yararlanma Durumu ve Beklentileri” adlı çalışmada araştırma grubunun hastalık halinde ilk tercih edeceği sağlık kuruluşları: Sağlık ocağı ve Devlet hastanesi olarak sıralanmıştır. Bu çalışmanın hali hazırda Sağlık Ocağına başvurmuş kadınlar üzerinde yapılmış olmasına rağmen sağlık ocağına gelmeyi tercih edeceklerin çalışmaya katılanların ancak yarısı kadar olması bizim sonuçlarımıza benzer bir sağlık davranışı olduğunu düşündürmüştür.²³

Bizim çalışmamızda Aile Sağlığı Merkezleri'nde sunulan hizmetlerle ilgili olumlu olarak “...bizim orada sağlık ocaklarında daha iyi bakım oluyor...” ifadesi

yanında olumsuz ifadeler de sıralanmıştır. Bu olumsuz ifadeler arasında; Aile Sağlık Merkezi'ne duyulan güvensizlik, Aile Sağlık Merkezleri'ndeki teknik donanım azlığı, hasta yoğunluğu, aile hekiminin bilgisiz olduğu düşüncesi, doktorun ve personelin kaba tavrı vurgulanmıştır. Ağdemir'in 2012'deki çalışmasında Aile Hekimliği uygulamasında hastaların genel memnuniyet oranlarının yüksek çıktığı görülmüştür.²⁴ Düzce'de yapılan bir araştırmada ise Aile hekimliği uygulamasında hekimlerinin davranışlarının ve vermiş oldukları hizmetlerin, hasta memnuniyetini olumlu etkilediği ve aile hekimini değiştirmek istemeyen ve başkalarına tavsiye eden hastaların memnuniyetlerinin daha yüksek çıktığı saptanmıştır. 2015 yılında yapılan bu araştırmaya katılanlardan aile hekimliği uygulamasını olumlu algılayanların, almış oldukları hizmetleri daha kaliteli algıladıklarını da ortaya koymuştur. Dolayısıyla hastaların aile hekimliği uygulaması ile ilgili algıları olumlu olarak değiştirilebildiğinde hizmet kalitesi algıları ve memnuniyet düzeyleri de yükseltilmiş olacaktır.

25

SONUÇ

Bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını, sosyokültürel özellikleri ile sağlık hizmetlerinin sunum şekli ve sağlık çalışanlarının tutumu ile ilgili beklentileri etkilemektedir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının mesleki eğitimleri planlanırken başvuranların sağlık algısını etkileyen sosyokültürel özelliklerin dikkate alınması, iletişim becerilerini geliştiren ve olumlu tutum gelişimini sağlayan öğrenme yöntemlerinin kullanılması düşünülmelidir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde, başvuranların sağlık hizmetlerinden yararlanmasını etkileyen nedenlerin dikkate alınması karşılanmayan gereksinimlerin giderilmesi açısından etkili olacaktır.

Toplumsal faktörlerin sağlık ve hastalık olguları üzerindeki nedensel rolü, etkileme sınırları ve dereceleri her zaman açık olmamakla birlikte, günümüzde bu faktörler ile sağlık ve hastalık olguları arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu kabul edilmektedir. İster gelişmiş ister gelişmekte olsun, tüm toplumlarda bu etkileşime ait sorunlar farklı düzeylerde görülmeye devam etmektedir. Toplum sağlığının korunması, sürdürülmesi, yükseltilmesi ve sağlıkta eşitsizliklerin giderilmesinde bu etkileşimin ortaya konulması son derece önemlidir.

Bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasını, sosyokültürel özellikleri, sağlık hizmetlerinin sunum şekli ve sağlık çalışanlarından beklentileri etkilemektedir. Özellikle sağlık çalışanlarının mesleki eğitimleri, sağlık hizmeti almak için başvuranların sosyokültürel faktörlerini ve beklentilerini de dikkate alan bir bakış açısıyla planlanmalıdır. Araştırmanın en sık tekrarlanan ifadeleri, hastaların personel ve doktor tarafından çok kez küçümsendiği ve bu durumdan çok şikâyetçi olduklarıdır. Bu konuda iletişim becerileri ve tutum gelişimini sağlayacak öğrenme stratejilerinin kullanılması, mezuniyet öncesi tıp eğitiminden başlayarak yürütülmesi düşünülmelidir. Sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde sağlık hizmetlerinden yararlanmayı etkileyen faktörlerin dikkate alınması, kadın sağlığı konusunda karşılanmayan gereksinimin giderilmesi anlamında çok etkili olacaktır.

KAYNAKLAR

1. UN Department of Public Information, Platform for Action and the Beijing Declaration, New York, paragraf 89. 1996.
2. Shaikh BT, Hatcher J. Health Seeking Behaviour and Health Service Utilization in Pakistan: Challenging the Policy Makers. Journal of Public Health. 2005; 27 (1): 49-54.
3. Mosadeghrad AM, "Patient choice of a hospital: implications for health policy and management", International Journal of Health Care Quality Assurance, 2014; 27: 2 : 152 – 164.
4. Kartal A, Özsoy SA. 15 Yaş ve Üzeri Kadın ve Erkeklerde Algılanan Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum, 2004; 14 (1) : 29-36.
5. Allensworth, D. D, Fertman, C. I. (Eds.). Sağlığı geliştirme programları: Teoriden pratiğe. Sağlık Bakanlığı. 2012.
6. Gözüm S, Çapık C. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli. DEUHYO ED 2014;7(3): 230-237.
7. Erkoç Y, Çom S, Keskinçilç B, Karakaya K, Özcebe H, Çalışkan D, et al. T.C. Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi. Deniz matbaacılık. Ankara; 2011. p. 21-23.

8. İlçioğlu K, Keser N, Çınar N. Ülkemizde Kadın Sağlığı ve Etkileyen Faktörler. *Journal of Human Rhythm*. 2017;3(3):112-119.
9. Akın A, Esin Ç, Çelik K. Kadının Sağlık Hakkı ve Dünya Sağlık Örgütü'nün Avrupa'da Kadın Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Stratejik Eylem Planı, 2004, s. 26
10. Altıparmak, S, Koca, AK. 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009; 8(5): 421-426.
11. Bilgili N, Ayaz S. Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009; 8(6).
12. Bilgili N, Ayaz S. Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009; 8 (6): 497-502.
13. Türkiye Halk Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Aile Hekimliği. 2015. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/1394-t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html> Son erişim tarihi: 05.03.2019
14. Yılmaz M, Mayda A, Yüksel C, Bolu F, Seval O, Bayındır K, Gençer H, Soydan B, Sarı A, Sevinçer S, Paksoy F, Öztürk Ş, Palabıyık E, Toçoğlu H. "Bir Aile Hekimliği Merkezi'ne Başvuran Hastalara Konulan Tanılar". *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2 (2013): 7-13.
15. Altay B. 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Ocağı Hizmetlerini Bilme Ve Kullanma Durumları İle Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2009; 12: 2: 66-76.
16. Tekin A, Özkul M. Sağlık-Hastalık Olgusu Ve Toplumsal Kökenleri (Burdur Örneği), Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyoloji Ana Bilim dalı. YL Tezi Kitaplaştırılmış.2007 <http://tez.sdu.edu.tr/Tezler/TS00573.pdf> Son erişim tarihi: 03.03.2019
17. Rızk, EED et al. Determinants of women's choice of their obstetrician and gynecologist provider in the UAE. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 2005, 84(1): 48-53.
18. Pınar G, Pınar T. Yeni doğum yapmış kadınların empatik iletişim beklentilerinin ebe/hemşireler tarafından karşılanma durumu. *Tıp Araştırmaları Dergisi*. Ankara: 2009;7 (3) :132- 140.
19. Zerenler M, Öğüt A. Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri araştırması: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2007, 18: 501-519.
20. Arshad AS, et al. Measuring patient satisfaction: A cross sectional study to improve quality of care at a tertiary care hospital. *Health line*, 2012; 3(1): 43-6.
21. Seviğ Ü, Kızılırmak A. Bir Sağlık Ocağına Kayıtlı 40-59 Yaş Grubu Kadınların Menopoz Yakınmaları ve Sağlık Kuruluşlarından Yararlanma Durumları. *Sted* 2011;20(4):149-54.
22. Graham, C, Rollings, C, de Leeuw, S, Anderson, L, Griffiths, B, Long, N. A Qualitative Study Exploring Facilitators for Improved Health Behaviors and Health Behavior Programs: Mental Health Service Users' Perspectives. *The Scientific World Journal*, 2014, 1-7.
23. Naçar M, Çetinkaya F, Öztürk Y. Kayseri İli'nde 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Ocağından Yararlanma Durumu ve Beklentileri. *Sted* 2004;13(3):106-109.
24. Ağdemir, H. Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma. Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Mersin. 2012
25. Yalman F, Bayat M, Çatı K. Aile hekimliği uygulamasının hekimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine etkisi: Düzce örneği. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2015, Cilt:15, Yıl:15, Sayı:1, 15: 23-50.



Kadına Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlama Çalışması

The Adaptation Study of the Severity of Violence Against Women Scale to Turkish

Münevver Eryalçın¹ *, Sibel Demirel², Veli Duyan³

ABSTRACT

Aim/background: In this study, the validity and reliability studies of the Scale of Severity of Violence Against Women (SVAWS) were conducted in order to gain the tools for better understanding of the oppressive context of violence. **Method:** First of all, the SVAWS was translated from English to Turkish by the researchers and 4 items related to sexual violence were excluded from the scale. The study included 520 men in the probation system with a mean age of 30.81 (ss = 8.90). **Results:** The SVAWS's Cronbach Alpha internal consistency coefficient was found to be 0.969. The SVAWS's item-total score correlations ranged from 0.310 to 0.772. **Conclusion:** The items that constitute the Scale of Violence Against Women have the desired characteristics, the high reliability and validity of the scale, shows that the scale can be used in defining the level of violence of partner, spouse and men against women in individuals living in Turkey.

Key words: Violence against women, spouse abuse, partner abuse, validity, reliability

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada şiddetin baskıcı bağlamının daha iyi anlaşılabilmesine yarayacak araçların Türkçeye kazandırılması amacıyla The Severity of Violence Against Women Scale/Kadına Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği'nin (KYŞDÖ) geçerlik güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. **Yöntem:** Öncelikle KYŞDÖ araştırmacılar tarafından İngilizceden Türkçe'ye çevrilmiş ve cinsel şiddet ile ilgili alt boyutta yer alan 4 madde ölçekten çıkartılmıştır. Çalışmaya, yaş ortalaması 30,8 (ss=8,9) olan denetimli serbestlik sisteminde yer alan 520 erkek birey katılmıştır. **Bulgular:** Kadına Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği'nin Cronbach Alpha iç tutarlılık kat sayısı 0,969 olarak bulunmuştur. Ölçeğin madde-toplam puan korelasyonları 0,310 ile 0,772 arasında değişmektedir. **Sonuç:** Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği'ni oluşturan maddelerin istendik özelliklerde olması, ölçeğin güvenilirliğinin ve geçerliğinin yüksek olması, bu ölçeğin Türkiye'de yaşayan erkek, partner ve eşlerin kadınlara yönelik şiddet düzeylerini belirlemede kullanılabileceğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: Kadına yönelik şiddet, eş şiddeti, partner şiddeti, geçerlik, güvenilirlik

Received Date: 30.05-2019, **Accepted Date:** 12.09-2019

*¹ Ankara University Social Work Department Tepebaşı Mah. No 197 Keçiören

²Ankara Adliyesi 1. Çocuk Mahkemesi Ankara

³Ankara University Social Work Department Plevne cad. No 5 Altındağ

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Münevver Eryalçın, Ankara University Social Work Department Tepebaşı Mah. No 197 Keçiören

E-mail: munevergoker@gmail.com

Eryalçın M. Demirel S. Duyan V The Adaptation Study of The Severity of Violence Against Women Scale To Turkish TJFMPC, 2020(1): 33-40.

DOI: 10.21763/tjfmpe.693059

GİRİŞ

Kadınlar şiddetin doğrudan, dolaylı, bireysel ve kolektif olarak yöneltildiği, fiziksel, ekonomik, sosyal, duygusal, cinsel pek çok farklı boyutta şiddete maruz kalan dezavantajlı grup içinde yer almaktadır.¹ Kadına yönelik şiddet, kadının bedensel, fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal yönden iyilik haline zarar veren, bireysel ve toplumsal yaşamında kadının özgürlüğünü kısıtlayan her türlü baskıcı düşünce, tutum ve eylemi içermektedir.^{2,3} Geleneksel cinsiyet rollerinin önemli ölçüde değişmesi ve ilişkideki güç ve kontrol dengesizliği, kadınlar ve erkekler arasında yeni gerilim kaynakları üretmektedir. Böylece daha önce kesinlikle iç duvarların arkasında tutulan şiddet deneyimleri daha ciddi bir kapsam ile ele alınmaktadır.⁴ Şiddet olgusu, cinsiyet eşitsizliğine neden olan geleneksel söylemler ile meşru kılınarak, kadını baskı altında tutmanın ve üzerinde tahakküm kurmanın bir aracı olarak görülmüştür. Şiddet ve istismar mağduru kadınlar tarafından ortaya konan klinik sürece bakıldığında, kadınların maddi ihtiyaçları, aile, çocuk ve arkadaş ilişkileri, iş ve cinselliği gibi hayatının tüm alanlarına yayılan sürekli bir yıldırma, izolasyon ve kontrol stratejisine maruz kaldıkları görülmektedir.⁵ Bu bağlamda, kadına yönelik şiddetin en yoğun şekilde meydana geldiği alanlardan biri de 'özel alan' olarak görülen ev-hane olmaktadır⁶ Aile içi şiddet olgularında genellikle fiziksel şiddeti uygulayanların erkekler olduğu ve aile içi şiddete maruz kalanların ise büyük oranda kadınlar olduğu görülmekte ve erkeğin ancak şiddet uygulandığı takdirde bir güce ve denetim alanına sahip olabileceğini düşündüğü belirtilmektedir.^{7,8,9}

Bir şiddet eyleminin kritik unsurları arasında fiziksel yaralama veya acıya neden olabilecek tehdit, teşebbüs gibi davranışlar bulunmaktadır¹⁰ Şiddetin beden üzerinde yol açtığı hasar ve zararın görünür olduğu fiziksel bileşeni olmakla birlikte¹¹ şiddetin sadece bedensel etkilerine bakılarak zararın ciddiyetinin belirlenmesi şiddetin dar bir çerçevede ele alınmasına yol açmıştır.¹² Şiddetin kadının psikolojik, duygusal ve sosyal yönden zarar görmesine neden olan boyutları da söz konusu olabilmektedir. Şiddet türleri birbirleri ile bağlantılı ve etkileşimli olduğu için keskin bir ayrımla tanımlanmaları güçtür.^{1, 2, 13}

Şiddet içeren davranışların niyeti ve algılanan niyeti de araştırmacılar tarafından irdelenmiştir. Bu bağlamda daha hassas ölçme araçlarına sahip olmanın kadına yönelik erkek şiddeti araştırmalarının daha hızlı ilerlemesinde fayda sağlayacağı düşünülmüştür. Çok boyutlu fiziksel olmayan istismarın dikkate alınması ve ölçülebilmesi de alanda ciddi eksikliklerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Spesifik olarak, mevcut ölçüm araçları, farklı şiddet türlerinin veya şiddet seviyelerinin farklı etkilerinin değerlendirilmesinde yeterli olmamaktadır. Marshall kadınlara karşı erkeklerin uyguladığı psikolojik şiddeti ölçmek için geliştirdiği tipolojide şiddetin seviyesini, hafif şiddet tehdidi, orta düzey şiddet tehdidi ve ciddi düzeyde şiddet tehdidi olarak sınıflamaktadır. 14 Gondolf dolaylı (bir kadını tehdit eden veya refahını kısıtlayan eylemler) ve doğrudan (doğrudan fiziksel veya duygusal zarar veren eylemler) ele alan bir değerlendirmenin gerekli olduğunu savunmuştur.¹⁵ Hafif şiddet tehdidinin ciddi şiddet tehdidinde olduğundan daha farklı değişkenlerle ilişkilendirilebileceği söylenebilir. Çeşitli araştırmalar kadına yönelik şiddetin tehdit ve eylem içeren farklı boyutları olduğunu ortaya koymaktadır. Kadın Dayanışma Vakfı raporunda¹⁶ 2016 ve 2017 tarihleri arasında vakfa başvuran toplam 355 kadının %81'inin (286 kadın) hakaret; aşağılama; bağırma, nasıl giyineceğine, nereye gideceğine, kimlerle görüşeceğine karar verme ve bu konularda baskı yapma; başkalarıyla olan ilişkisini sınırlama; kadına ve/veya yakınlarına zarar vermekle tehdit etme; suçlama; çocuklarını göstermemekle/kaçırmakla tehdit etme vb. biçimlerde gerçekleşen psikolojik şiddete maruz kaldığı ifade edilmektedir.

Farklı ülkelerde yapılan 35 çalışma sonucu, kadınların mevcut ya da eski eşleri/birlikte oldukları kişiler tarafından maruz bırakıldıkları fiziksel şiddet oranının yüzde 10 ile yüzde 52 arasında değiştiğini göstermiştir. 17 Araştırma sonuçlarına göre, Türkiye'de kadına yönelik şiddet oranlarının arttığı ve Türkiye'de her yüz kadından 42'sinin şiddet gördüğü sonucuna ulaşılmıştır. Korkutucu olan, ağır şiddet biçimlerinin orta şiddet biçimlerine göre daha sık tekrarlanıyor olmasıdır.¹⁸ Bu bağlamda, Türkiye'de kadına yönelik şiddetin sadece yaygınlığının değil, biçim ve düzeylerinin de irdelenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır.¹⁹ Literatürde kadına yönelik şiddet konusuna ilişkin araştırmaların arttığı bilinmekle birlikte genellikle kadınların şiddet görme nedenleri, şiddet görme

sıklıkları, şiddete maruz kalan kadınların yaşadıkları sorunlar ve şiddeti etkileyen çeşitli demografik değişkenler ile çeşitli yordayıcıları kapsadığı görülmektedir.20 Bu bağlamda, kadına yönelik şiddet içeren eylemlerin düzeyini belirlemeye ilişkin araştırmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Bu çalışmada, eylemlerin tehdit değeri, ciddiyet, küfür, saldırganlık, şiddet düzeyini belirleme ihtiyacı ile geliştirilen ölçeğin geçerlik güvenilirliğinin belirlenmesi ve buna ilişkin güncel araştırmalara temel oluşturulması amaçlanmıştır.

Kadınlara yönelik şiddetin toplumun genelini etkileyen olumlu ve olumsuz sonuçları vardır. Özellikle şiddet en önemli ve yaygın olumsuz sonuçlarından birisidir. Kadınlara yönelik şiddet nedeniyle oluşan psikososyal sorunların çözümlenmesi için hizmet veren kurumlarda çalışan meslek elemanlarının ve toplumun kadına yönelik şiddet konusunda tutumlarının da dikkate alınması ve uygun politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte Türkiye’de insanların kadınlara yönelik şiddetin düzeyini güvenilir ve geçerli bir biçimde ortaya koyacak bir ölçme aracının eksikliği dikkat çekmektedir. Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği’nin (KYŞDÖ) bu gereksinimi büyük ölçüde karşılayacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmanın amacı Marshall (1992) tarafından geliştirilmiş olan KYŞDÖ’nün (The Severity of Violence Against Women Scale) kadınlarla çalışan profesyoneller (sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, psikolojik danışmanlar acil servis çalışanları, aile hekimleri vb.) için uyarlamasını yapmaktır.

YÖNTEM

Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği

Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği - The Severity of Violence Against Women Scale (Marshall 1992) tarafından partner ya da eş tarafından kadınlara yönelik şiddetin düzeyini ölçebilmek amacıyla geliştirilmiş dokuz boyutlu bir değerlendirme aracıdır. Ölçekte kırk iki madde bulunmaktadır. Maddelerde belirtilen ifadelere, bireylerden “Asla yapmadım” yanıtından, “Çok kez yaptım” yanıtına kadar değişkenlik gösteren dörtlü likert tipi derecelendirmeye görüş bildirmeleri istenmektedir. (Ek 1).

Ölçek sembolik tehdit (1-4), hafif düzeyde tehdit (5-8), orta düzeyde tehdit (9-12), ciddi düzeyde tehdit (13-19), düşük düzeyde eylem (20-23), hafif düzeyde eylem (24-28) orta düzeyde eylem (29-31), ağır düzeyde eylem (32-40) ve cinsel şiddet (41-42) olmak üzere dokuz alt ölçekten oluşmaktadır.

Ölçekte yer alan maddeler “0 – Asla yapmadım”, “1 – Bir kez yaptım”, “2 – Birkaç kez yaptım” ve “3 – Çok kez yaptım” şeklinde puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 126 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puan, kadına yönelik şiddetin düzeyinin daha yoğun olduğunu göstermektedir.

Çalışma Grubu

Ölçeğin doğrudan kadına yönelik şiddet düzeyinin belirlenmesi ile ilgili olması nedeniyle çalışma grubunun tamamını erkekler oluşturmaktadır. Çalışma grubunda yer alan bireyler, madde kullanımı ve madde satışı, gasp, cinsel suç, darp, cebir ve yaralama gibi şiddet içeren suçlar nedeniyle haklarında verilen karar sonucu denetimli serbestlik sistemine gelen ve çeşitli yükümlülükleri yerine getirerek, kapalı bir ceza infaz kurumunda bulunmaksızın sosyal hayatlarından kopmadan infaz süreçlerini tamamlamaya çalışan bireylerden oluşmaktadır.

Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü’nden alınan uygulama izni 3 aylık bir süreyi kapsamış olup bu süre zarfında bireysel görüşme ve grup çalışmalarına katılan erkek bireyler arasından araştırmaya katılma gönüllülüğü gösteren 520 kişi olmuştur. Denetimli serbestlik uzmanlarının kontrolünde bilgi formu ve ölçeklerin doldurulması sağlanmıştır.

Ölçeğin Türkçe formu, yaşları 18 ile 66 arasında değişen (ort=30,8; ss=8,9), 1-17 yıl eğitim gören (ort=9,1; ss=4,0) 296’sı bekar (%56,9) ve 224’ü evli (%43,1) olmak üzere, denetimli serbestlik sisteminde yer alan toplam 520 erkek üzerinde uygulanarak güvenilirliği ve geçerliği belirlenmeye çalışılmıştır.

BULGULAR

Güvenirlilik

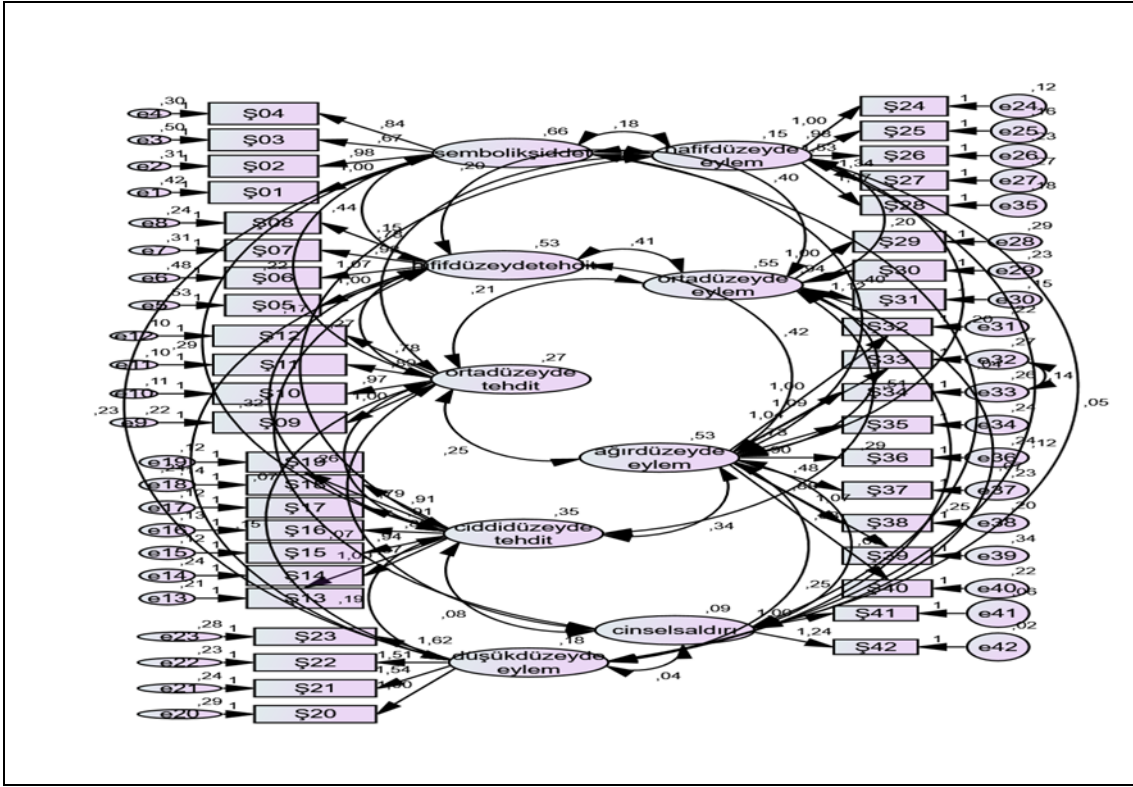
Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği'ni oluşturan maddelerin iç tutarlılığını veren Cronbach Alpha katsayısı hesaplanmıştır. SPSS 16.0 ile maddelerin iç tutarlılık katsayısı 0.969 olarak belirlenmiştir. İç tutarlılık katsayısının yüksek bulunmuş olması nedeniyle Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği'nin güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

Geçerlik

Dil Geçerliği: Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeğinin dil geçerliğini belirlemek amacıyla aşağıdaki işlemler yapılmıştır: Orijinali İngilizce olan Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği, Ankara Üniversitesi'nden iki, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nden bir ve Hacettepe Üniversitesi'nden bir akademisyen olmak üzere toplam dört kişi tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra bu çeviriler bir araya getirilerek hepsinin ortak yönleri aranmış ve farklılık gösteren ifadeler, çeviri yapan kişiler ile görüşülerek ortak bir cümle haline getirilmiştir. Kırk altı maddelik ölçeğin Türkçe çevirisinde cinsel şiddet ile ilgili alt boyutta yer alan 4 madde, araştırmacılar tarafından anlaşılabilirlik ve uygulanabilirlik açısından

değerlendirilmiş ve bu maddeler ölçekten çıkarılmış ve geriye 42 madde kalmıştır. Uzman görüşüne dayanarak oluşturulan Türkçe formu, öncekinden farklı iki kişi tarafından tekrar İngilizce'ye çevrilmiştir. Ölçeğin orijinal hali ile tekrar İngilizce'ye çevrilmiş hali öncekilerden farklı iki akademisyene inceletirilerek, ikisi arasında farklılığın olmadığı yönünde ortak görüşe varılmıştır. Uzman görüşü referans alınarak elde edilen ölçeğin Türkçe formu ile İngilizce formunun aynı anlamı ifade edip etmediğini uygulamada görebilmek açısından, iyi derecede İngilizce bilgisine sahip 20 kişiye uygulanmış ve her iki ölçekten alınan puanlar arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı 0.887 ($p=0.001$) olarak bulunmuştur. Elde edilen korelasyon katsayısına ve uzman görüşlerine bakılarak ölçeğin çeviri açısından paralellik sağlandığı kabul edilmiştir. Tablo 1 incelendiğinde maddelerin faktör yüklerinin 0.772 ile 0.310 arasında değiştiği görülmektedir. Bu bulgular herhangi bir maddenin veri setinden atılmasına gerek olmadığını göstermektedir. Açımlayıcı faktör analizinin ardından tek faktörlü yapının Türk kültüründe de aynı şekilde olup olmadığını ortaya koyabilmek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmış, bu analize ilişkin sonuçlar Şekil 1'de verilmiştir.

Madde No	Madde-Ölçek	Madde No	Madde-Ölçek
Ş01	,548	Ş22	,697
Ş02	,575	Ş23	,683
Ş03	,557	Ş24	,590
Ş04	,664	Ş25	,508
Ş05	,600	Ş26	,701
Ş06	,652	Ş27	,613
Ş07	,679	Ş28	,524
Ş08	,701	Ş29	,714
Ş09	,700	Ş30	,736
Ş10	,661	Ş31	,772
Ş11	,604	Ş32	,766
Ş12	,597	Ş33	,749
Ş13	,713	Ş34	,750
Ş14	,466	Ş35	,714
Ş15	,719	Ş36	,753
Ş16	,705	Ş37	,613
Ş17	,735	Ş38	,769
Ş18	,748	Ş39	,716
Ş19	,692	Ş40	,634
Ş20	,585	Ş41	,310
Ş21	,678	Ş42	,361



Şekil 1. Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği'nin Path Diagramı

Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği'nin geçerlik çalışması için yapılan doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen diyagram Şekil 1'de verilmiştir. Şekil 1 incelendiğinde Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizine ilişkin standartlaştırılmış çözümleme değerlerinin .92 ile .59 arasında olduğu görülmüştür. Gizil değişkenlerin gözlenen değişkeni açıklama durumlarına ilişkin t değerlerinin .05 ve .01 anlamlılık düzeyinde manidar olmadığı gözlenmiştir. Tüm ölçek maddeleri ait oldukları faktör yükleri ile ilişkilidir.

Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği'nin doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarının uyumuna ilişkin istatistikler ise Tablo 2'de verilmiştir.

Çizelge incelendiğinde model ve veri arasındaki uyumun kabul edilebilir olduğu görülmektedir. Ki-kare değerinin serbestlik derecesine bölümünden elde edilen $2\kappa/df$ oranı 4.45'dir. Buna ek olarak model-veri uyumu

göstergelerinden olan karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI) .86 ve normlanmış uyum indeksinin (NFI) .84, GFI değeri .83 olması da model ve veri uyumunun kabul edilebilir olduğunu göstermektedir. RMSEA değeri de kabul edilebilir uyum indeksleri içinde değerlendirilmektedir. Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği'nin dokuz boyutlu yapısının güvenilir ve geçerli sonuçlar verebileceği sonucuna ulaşılabilir. Ölçek için verilen modifikasyon önerileri dikkate alınarak 32. ve 33. maddelerinin hata indeksleri ilişkilendirilmiştir. Model – veri uyumuna ilişkin değerlerin tamamı dikkate alındığında kurulan modelin veriyle uyum gösterdiği, bu nedenle ölçeğin yapısal geçerliğe sahip olduğu söylenebilir. Ölçeği oluşturan maddeler Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi örtük değişkenini ölçebildiği kabul edilebilir görülmektedir.

Tablo 2. Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği için uyum iyiliği testlerine (Goodness-of-Fit Indices) ilişkin değerler

Model	χ^2	Sd	χ^2/sd	P	AGFI	GFI	CFI	NFI	RMSEA
Kavramsal model	3485	782	4.45	0,00	0.79	0.80	0.86	0.84	0.08

SONUÇ

Kadınlara Yönelik Şiddetin Düzeyi Ölçeği'ni oluşturan maddelerin istendik özelliklerde olması, ölçeğin güvenilirliğinin ve geçerliğinin yüksek olması, bu ölçeğin Türkiye'de yaşayan erkeklerin kadınlara uyguladıkları şiddetin düzeyini belirlemede kullanılabileceğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. Afşar TS. Türkiye'de şiddetin kadın yüzü. *Sosyoloji Konferansları* 2015;52 (2):715-753.
2. Güleç H, Topaloğlu M, Ünsal D, Altıntaş M. Bir kısır döngü olarak şiddet. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar* 2012; 4(1): 112-137.
3. Kocacık F. Şiddet olgusu üzerine. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 2001; 2:1-7.
4. Felser ZR. Domestic violence and abuse in intimate relationship from public health perspective. *Health Psychology Research* 2014;2:1821.
5. Dutton MA, Goodman, L. Coercion in intimate partner violence: toward a new conceptualization. *Sex Roles* 2005, 52(11): 743-756. doi: 10.1007/s11199-005-4196-6
6. Walker LE. Psychology and domestic violence around the world. *Am Psychol* 1999;54:21-9
7. Kocacık F, Çağlayandereli M. Ailede kadına yönelik şiddet: Denizli ili örneği. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009;6(2): 24-43.
8. Sagrestano LM, Heavey [CL](#), [Christensen](#) A. Perceived Power and Physical Violence in

Marital Conflict, 55 *Journal of Social Issues* 1999;55:75-76.

9. Jacopson, NS, Gottman JM. When men batter women: new insights into ending abusive relationships. New York:Simon & Schuster; 2007. p.158-159.

10. Yıldırım A. Sıradan şiddet: kadına ve çocuğa yönelik şiddetin toplumsal kaynakları. 1. Baskı. İstanbul: Boyut Kitapları; 1998. p. 27-28.

11. Collins, R. Entering and leaving the tunnel of violence: microsociological dynamics of emotional entrainment in violent interactions. *Current Sociology* 2012; 61(2): 132-151.

12. Tuerkheimer D. Recognizing and remediating the harm of battering. *Journal of Criminal Law and Criminology* 2004; 959.

13. Cihan Ü, Karakaya H. Kadın-erkek kavramları bağlamında şiddet ve şiddetle mücadelede sosyal hizmetin rolü. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2017; 17 (4): 297-324.

14. Marshall LL. Development of the severity of violence against women scales. *Journal of Family Violence*, 1992;7 (2) 103-12).

15. Gondolf EW. Evaluating programs for men who batter: Problems and prospects. *J. Faro. Viol* 1987;2: 95-108.

16. Kadın Dayanışma Vakfı, Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Mekanizmaları İzleme Raporu. Ankara: Ezgi Ofset ve Matbaacılık; 2017. p.5-6.

17. Yüksel Kİ, Çavlin A. Kadına yönelik şiddet yaygınlığı. Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması içinde Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık. 2015. P. 81-122.

18. Çalışkan H, Çevik E. Kadına yönelik şiddetin belirleyicileri: Türkiye örneği. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi* 2018; 7 (14), 218-233.

19. Güner B. Türkiye’de kadına yönelik şiddetin hukuk sosyolojisi açısından değerlendirilmesi. *Uluslararası Multidisipliner Akademik Araştırmalar Dergisi* 2016; 3(1).

20. Marshall, L.L. (1992). Development of the Severity of Violence Against Women Scales. *Journal of Family Violence*, 7, 103-121.

EK 1. KADINLARA YÖNELİK ŞİDDETİN DÜZEYİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda bir başkasına gösterilebilen şiddet içeren davranışların listesi bulunmaktadır. Her ifade için **son 12 ay içinde** bu davranışları ne sıklıkta yaptığınızı, ölçekte sizin için uygun olan yere (X) işareti koyarak belirtiniz. Lütfen boş madde bırakmayınız.

No	Son bir yıl içinde yapılabilecek davranışlar listesi	Asla Yapmadım	Bir kez yaptım	Birkaç kez yaptım	Çok kez yaptım
1	Duvara, kapaıya ya da eşyalara vurdum ya da onları tekmeledim	0	1	2	3
2	Bir eşyayı fırlattım, parçaladım ya da kırdım	0	1	2	3
3	Bir başkası içindeyken arabayı tehlikeli şekilde kullandım	0	1	2	3
4	Bir başkasına bir şey fırlattım	0	1	2	3
5	Bir başkasına parmağımı salladım	0	1	2	3
6	Bir başkasına tehdit eder biçimde baktım	0	1	2	3
7	Bir başkasına yumruğumu gösterdim	0	1	2	3
8	Bir başkasına zorbalık yaptım	0	1	2	3
9	Bir başkasına ait bir şeye zarar verdim	0	1	2	3
10	Bir başkasını değer verdiği şeylere zarar vermekle tehdit ettim	0	1	2	3
11	Bir başkasını eşyalara zarar vermekle tehdit ettim	0	1	2	3
12	Bir başkasını sevdiği birine zarar vermekle tehdit ettim	0	1	2	3
13	Bir başkasını canını yakmakla tehdit ettim	0	1	2	3
14	Bir başkasını kendimi öldürmekle tehdit ettim	0	1	2	3
15	Bir başkasını onu öldürmekle tehdit ettim	0	1	2	3
16	Bir başkasını silahla tehdit ettim	0	1	2	3
17	Bir başkasını sopa gibi bir şeyle tehdit ettim	0	1	2	3
18	Bir başkasına öldürecekmiş gibi davrandım	0	1	2	3
19	Bir başkasını bıçakla tehdit ettim	0	1	2	3
20	Bir başkasını sanki yere çiviyle çakmış gibi tutarak hareket etmesini engelledim	0	1	2	3
21	Bir başkasını itip kaktım	0	1	2	3
22	Bir başkasını aniden ya da zorla yakaladım	0	1	2	3
23	Bir başkasını sarstım (silkeledim) ya da kaba bir şekilde tuttum	0	1	2	3
24	Bir başkasını tırmaladım	0	1	2	3
25	Saçımı çektim	0	1	2	3
26	Kolunu büktüm	0	1	2	3
27	Kalçasına vurdum	0	1	2	3
28	Bir başkasını ısırđım	0	1	2	3
29	Bir başkasına tokat attım	0	1	2	3
30	Bir başkasına elimin tersiyle tokat attım	0	1	2	3
31	Yüzüne ve başına vurdum	0	1	2	3
32	Bir başkasına bir şeyle vurdum	0	1	2	3
33	Bir başkasını yumrukladım	0	1	2	3
34	Bir başkasını tekmeledim	0	1	2	3
35	Bir başkasını ayağımla ezdim	0	1	2	3
36	Boğazını sıktım	0	1	2	3
37	Bir başkasının vücudunun bir yerini yaktım	0	1	2	3
38	Bir başkasını sopa gibi bir şeyle dövdüm	0	1	2	3
39	Bir başkasını dövdüm	0	1	2	3
40	Bir başkasını bıçak ya da silahla yaraladım	0	1	2	3
41	İsteyip istemediğine bakmadan cinsel ilişkiye girmek istedim	0	1	2	3
42	İstemediği halde cinsel ilişkiye girdim	0	1	2	3



The Effects of Nutritional Supplements on Nutritional Habits and Physical Activity Levels

Beslenme Destek Ürünü Kullanımının Beslenme Alışkanlıkları ve Fiziksel Aktivite Düzeyleri Üzerine Etkileri

Sedef Duran¹, Esmâ Oğuz¹, Yağmur Yıldırımoglu¹, Şinasi Kurtaran¹, Yahya Turan¹

ABSTRACT

Introduction: In recent years, the use of nutritional supplements (NS) has increased significantly. The aim of this study was to investigate of the differences between using or not NS in the individuals going to the fitness center. **Method:** The research was conducted on 299 individuals doing sports in private centers. Survey data was collected from the participants who were divided into two groups according to NS usage. Within the scope of the survey, descriptive information of the participants, nutritional habits, nutrient consumption frequencies, 24-hour retrospective food consumption record, nutritional supplements and physical activity conditions of individuals were questioned and anthropometric (height, weight and body mass index (BMI) measurements were recorded. **Results:** 74 (24.7%) of the participants were using NS, whereas 225 (75.3%) were not using it. Among NS users, 30 (40.5%) of the participants were using protein powder, 17 (23%) were amino acid, 17 (23%) were creatine and 10 (13.5%) were L-carnitine. The sport age, body weight, height and BMI of the individuals using NS were significantly higher than those who were not using NS ($p < 0.05$). According to our study, NS users were consuming meat, meat products and eggs significantly more frequently and sugar and prepared foods less frequently than non-users ($p < 0.05$). **Conclusion:** In our study, it was observed that individuals going to the fitness center changed their lifestyle. It was observed that they used oral nutritional supplements as well as obtaining healthy nutritional habits. Before using NS, it is necessary to change the nutritional habits and complete the essential needs for our body.

Keywords: Fitness center, nutritional habit, oral nutritional supplements

ÖZET

Giriş: Son yıllarda, spor yapan bireylerin besin destek ürünleri (BDÜ) kullanımı önemli bir artış göstermektedir. Bu çalışmamızın amacı, spor salonuna giden bireylerde BDÜ kullanan ve kullanmayanlar arasındaki farklılıkların incelenmesidir. **Yöntem:** Araştırma, özel merkezlerde spor yapan 299 kişi üzerinde yapılmıştır. Katılımcılar, BDÜ kullananlar ve kullanmayanlar olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır. Veriler bir anket ile kaydedilmiştir. Anket kapsamında bireylerin tanımlayıcı bilgileri, beslenme alışkanlıkları, besin tüketim sıklıkları, 24 saatlik geriye dönük besin tüketimi kaydı, kullanılan besin destek ürünleri ve fiziksel aktivite durumları sorgulanmış ve bireylerin antropometrik (boy, kilo ve beden kitle indeksi (BKİ)) ölçümleri yapılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların, 74'ü (%24,7) BDÜ kullanmakta, 225'i (%75,3) kullanmamaktadır. BDÜ kullanan katılımcılardan 30'u (%40,5) protein tozu, 17'si (%23) aminoasit, 17'si (%23) kreatin ve 10'u (%13,5) L-karnitin kullanmaktadır. BDÜ kullanan bireylerin spor yaşları, vücut ağırlıkları, boyları ve BKİ'leri kullanmayanlara göre anlamlı bir şekilde yüksekti ($p < 0,05$). BDÜ kullananların, kullanmayanlara göre et ve et ürünleri ile yumurtayı anlamlı bir şekilde daha sık, şeker ve hazır gıdaları ise daha az sıklıkta tükettikleri tespit edilmiştir ($p < 0,05$). **Sonuç:** Çalışmamızda, spor salonuna giden bireylerin yaşam şekillerini değiştirdikleri gözlenmiştir. Beslenme alışkanlığının yanı sıra beslenme destek ürünü kullandıkları görülmüştür. BDÜ kullanımı öncesinde beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesi ve vücudumuz için gerekli ihtiyaçları tamamlamamız gerekir.

Anahtar Kelimeler: Spor salonu, beslenme alışkanlığı, beslenme destek ürünü

Received / Geliş tarihi: 06.05.2019, Accepted / Kabul tarihi: 15.09.2019

¹ Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, EDİRNE

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Sedef Duran, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, 22030, EDİRNE-TÜRKİYE, E-mail: sedefduran@yahoo.com

Duran S, Oğuz E, Yıldırımoglu Y, Kurtaran Ş, Turan Y. The Effects of Nutritional Supplements on Nutritional Habits and Physical Activity Levels. TJFMPC, 2020;14 (1): 41-47.

DOI: 10.21763/tjfm.693068

GİRİŞ

Günümüzde spora ilgi giderek artmaktadır. Yaşam standartlarında meydana gelen gelişmelerle birlikte spor salonuna giden birey sayısı artış göstermiştir. Spor yapan kişilerin başarısının beslenmeyle ilişkisi günümüzde ilgi çeken ve üzerinde durulması gereken konulardan birisidir. Bu konuda farklı görüşler vardır. Özel bir diyetin spor yapanların başarısında etkili olduğunu düşünenlerin yanı sıra, yeterli ve dengeli beslenmenin başarı için yeterli olduğunu düşünenler de vardır.¹⁻³ Fakat spor yapan pek çok kişi beslenme konusunda yetersiz bilgiye sahiptir. Spor yapan bireyler performanslarını üst seviyelere çıkarmak için çoğu zaman yetersiz ve dengesiz beslenmektedirler. Spor yapan bireyin beslenmesinde amaç; kişinin yaşına, cinsiyetine, günlük fiziksel aktivitesine ve yaptığı antrenmanın türüne göre beslenmesinin yeterli ve dengeli bir biçimde düzenlemesidir.^{1,2}

Spor yapan bireylerin, besin destek ürünleri kullanımı son yıllarda önemli bir artış göstermektedir. İster profesyonel ister amatör düzeyde olsun spor yapan bireyler egzersize adaptasyonu artırmak, egzersizin daha verimli olmasını sağlamak, kaybettikleri enerjiyi geri kazanmak, performanslarını arttırarak yorgunluğu geciktirmek, rahatlama, kas dayanıklılığını ve kütlelerini arttırma amacıyla beslenme destek ürünlerine yönelmektedirler.² Beslenme destek ürünü kullanan bireylerin, vücutlarının daha uygun ve istenen ölçülerde olacağını ve fiziksel aktivitelerinin artacağını düşünülerek bu ürünleri kullandıkları bilinmektedir.^{1,3} Hem kullanım, hem de endüstriyel bakımdan beslenme destek ürünleri üretimi, pazarlanması ve tanıtımın odak noktası bu ürünleri kullanan kullanıcılarıdır.^{2,3} Spor yapan bireyler arasında, beslenme destek ürünü kullanım oranı artmış olmakla birlikte, beslenme destek ürünü kullanımının vücut üzerine etkilerinin araştırılmasına ilgi de artmıştır.

Bu çalışmamızın amacı, spor salonuna giden bireylerde beslenme destek ürünü kullanan ve kullanmayanlar arasındaki farklılıkların incelenmesidir.

YÖNTEM

Bu çalışmanın evreni, Edirne’de bulunan spor salonlarından yararlanan bireyleri kapsamaktadır. 2019 yılı itibarıyla Edirne’de bulunan spor salonlarının sayısı 19 olup, bunların 5’inde (% 26,3) araştırmamız uygulanmıştır. Araştırma, Trakya Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul’undan izin alındıktan sonra bu spor salonlarına giden 299 kişi üzerinde yapılmıştır. Bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu dolduran katılımcılar, beslenme destek ürünü kullananlar ve kullanmayanlar olmak üzere 2

gruba ayrılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerle ilgili veriler bir anket ile kaydedilmiştir. Anket kapsamında bireylerin tanımlayıcı bilgileri, beslenme alışkanlıkları, besin tüketim sıklıkları, 24 saatlik geriye dönük besin tüketimi kaydı, kullanılan besin destek ürünleri ve fiziksel aktivite durumları sorgulanmış ve bireylerin antropometrik (boy, kilo ve beden kitle indeksi (BKİ)) ölçümleri yapılmıştır. Bu veriler sayesinde, beslenme destek ürünü kullanımının beslenme alışkanlıkları ve fiziksel aktivite düzeyleri üzerine etkileri sorgulanmıştır. Ayrıca cinsiyete özgü değişimleri saptamak amacıyla aynı veriler erkek ve kadınlar arasında karşılaştırılmıştır. Çalışmada kullanılan anket aşağıda verilen bölümlerden oluşmuştur.

“Tanımlayıcı Bilgiler” kısmında çalışmaya katılan bireylerin cinsiyetleri, yaşları, boyları, ağırlıkları, spor yaşları, haftada kaç gün ve günde kaç saat spor yaptıkları sorgulanmıştır. Bireylerin kullandıkları beslenme destek ürünü, kullanım miktarı/dozu, ne kadar zamandır kullandıkları, kullanılan beslenme destek ürünü nereden öğrendikleri ve kullanım amaçları bu kısımda irdelenmiştir.

Bireylerin beslenme alışkanlıkları, ankette yer alan “Besin Tüketim Sıklığı” formu ile kaydedilmiştir. Besin tüketim sıklığı ile besin veya besin gruplarının tüketimi gün, hafta veya ayda sıklık olarak ve istendiğinde miktar olarak saptanır. Besin tüketim sıklığı, 24 saatlik besin tüketimi ile birlikte kullanıldığında elde edilen bilgileri doğrular ve besin tüketim örüntüsü hakkında bilgi verir. Besin tüketim sıklığı formu amaca bağlı olarak değişik şekillerde hazırlanabilir.⁴ Besinlerin her gün, haftada 3-5 kez, haftada 1-2 kez, on beş günde bir kez, ayda bir kez ve hiç tüketmeme sıklığında olmak üzere tüketim durumları sorgulanmıştır. Bireylerin 24 saatlik geriye dönük besin tüketimleri kaydedilmiş ve BEBİS 6.1 bilgisayar programı ile değerlendirilmiştir.

Bireylerin yaptıkları fiziksel aktivite düzeyleri, Uluslararası Fiziksel Aktivite Değerlendirme Anketi (IPAQ) ile belirlenmiştir. Bu anket, günlük olarak yapılan fiziksel aktiviteyi bireysel raporlara dayanarak fiziksel aktivite düzeyi hakkında geçerli ve karşılaştırılabilir bilgi elde etmek amacıyla geliştirilmiştir.⁵ Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Karaca ve Turnagöl⁶ tarafından 2007 yılında yapılmıştır. Ankette belirtilen aktivite yöntemlerine göre, son 1 hafta içinde en az 1 gün veya daha fazla şiddetli fiziksel aktivite (ağırlık kaldırma, kazma, aerobik hareketler, basketbol, futbol, hızlı bisiklet çevirme), orta derece fiziksel aktivite (hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling, tenis) veya bir seferde en az 10 dakika yürüyüş yapıp yapmama durumu sorgulanmıştır.

İstatistiksel değerlendirmede SPSS 22 programı kullanılmıştır. Ölçülebilen verilerin normal dağılıma uygunlukları tek örnek Kolmogorov Smirnov testi ile bakıldıktan sonra normal dağılım gösterenler için gruplar arası kıyaslamalarda bağımsız gruplarda student t testi ve varyans analizi, normal dağılımına uymayan verilerin değerlendirilmesinde Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis varyans analizi uygulanmıştır. Niteliksel verilerde ki-kare testi kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler olarak, nicel verilerde aritmetik ortalama \pm standart sapma ve nitel verilerde ise sayı ve yüzdeler verilmiştir. Tüm istatistiksel veriler için anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak seçilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 299 bireyin (228 erkek, 71 kadın) yaş ortalaması $23,9 \pm 5,5$ yıl, spor yaşı ortalaması $3,2 \pm 3,9$ yıl, ağırlık ortalaması $74,8 \pm 12,8$ kg, boy ortalaması $174,7 \pm 8,9$ cm, BKİ ortalaması $24,4 \pm 2,9$ kg/m^2 'dir.

Katılımcıların 74'ü (%24,7) beslenme destek ürünü kullanmakta, 225'i (%75,3) kullanmamaktadır. Beslenme destek ürünü kullanan katılımcılardan 30'u (%40,5) protein tozu, 17'si (%23) aminoasit, 17'si (%23) kreatin ve 10'u (%13,5) L-karnitin kullanmaktadır. Protein tozunu kullananlar ortalama $5,4 \pm 12,4$ ay, aminoasit kullananlar ortalama $3,7 \pm 9,8$ ay, kreatin kullananlar ortalama $2 \pm 4,5$ ay ve L-karnitin kullananlar ortalama $1,1 \pm 4,7$ aydır beslenme destek ürünlerini kullanmaktadırlar. Çalışmaya katılan erkek bireylerde beslenme destek ürünü kullanım oranı

%29,4 iken, kadınlarda bu oran %9,9 kişi olarak belirlenmiştir. Beslenme destek ürünü kullanım durumu açısından erkek ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p=0,001$). Protein tozu, aminoasit, kreatin ve L-karnitin kullanım oranları sırasıyla erkeklerde %23,7, %11,8, %12,7 ve %3,9 iken, kadınlarda %1,4, %2,8, %1,4 ve %2,8 olarak saptanmıştır. Erkeklerin, kadınlara göre beslenme destek ürünü olarak istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha yüksek oranda protein tozu ($p < 0,001$), aminoasit ($p=0,025$) ve kreatin ($p=0,006$) kullandıkları tespit edildi.

Katılımcıların genel özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Beslenme destek ürünü kullanan bireylerin yaş ortalaması $24,2 \pm 4,8$ yıl, spor yaşı ortalaması $3,8 \pm 3,4$ yıl, ağırlık ortalaması $78,9 \pm 10,6$ kg, boy ortalaması $177,6 \pm 0,9$ cm ve BKİ ortalaması $24,9 \pm 2,1$ kg/m^2 'dir. Beslenme destek ürünü kullanmayan bireylerin yaş ortalaması $23,9 \pm 5,7$ yıl, spor yaşı ortalaması $2,9 \pm 4,1$ yıl, ağırlık ortalaması $73,5 \pm 13,1$ kg, boy ortalaması $173,8 \pm 8,5$ cm ve beden kitle indeksi ortalaması $24,2 \pm 3,2$ kg/m^2 'dir. Beslenme destek ürünü kullanan bireylerin spor yaşları, vücut ağırlıkları, boyları ve BKİ'leri kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksekti ($p < 0,05$) (Tablo 1).

Çalışmaya katılan bireylerden erkeklerin aktif spor yaşı ortalaması $3,3 \pm 4,2$ yıl iken, kadınların $2,7 \pm 2,5$ yıl olarak belirlenmiştir. Çalışmaya katılan erkek ve kadınlar arasında aktif spor yaşı bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$).

	Tüm Bireyler (n=299)	Besin Takviyesi Kullananlar (n=74)	Besin Takviyesi Kullanmayanlar (n=225)	p değeri *
Yaş (yıl)	$23,9 \pm 5,5$	$24,2 \pm 4,8$	$23,9 \pm 5,7$	0.341
Spor Yaşı (yıl)	$3,2 \pm 3,9$	$3,8 \pm 3,4$	$2,9 \pm 4,1$	0.000
Vücut Ağırlığı (kg)	$74,8 \pm 12,8$	$78,9 \pm 10,6$	$73,5 \pm 13,1$	0.001
Boy Uzunluğu (cm)	$174,7 \pm 8,9$	$177,6 \pm 0,9$	$173,8 \pm 8,5$	0.001
BKİ (kg/m²)	$24,4 \pm 2,9$	$24,9 \pm 2,1$	$24,2 \pm 3,2$	0.031

* Student t testi

Spor salonuna giden bireylerin, beslenme destek ürünü için aylık harcama miktarları ortalama $226,42 \pm 53,63$ Türk Lirası (TL) olarak bulunmuştur. Beslenme destek ürünü kullanan erkeklerde bu ürünlere aylık harcama miktarı ortalama $208,73 \pm 47,44$ TL iken, kadınlarda bu miktar ortalama $395,71 \pm 71,93$ TL olarak bulunmuştur. Beslenme destek ürünü kullanan erkek ve kadın bireyler arasında, beslenme destek ürününe harcanan aylık miktar bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$).

Çalışmaya katılan bireylerde son 1 haftada en az 1 gün veya daha fazla şiddetli fiziksel aktivite yapan 255 kişi (%85,3) bulunmaktadır. Beslenme destek ürünü kullanan 74 bireyden 71'i (%95,9), kullanmayan 225 bireyden 184'ü (%81,8) şiddetli fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir. Beslenme destek ürünü kullanan ve kullanmayan bireyler arasında şiddetli fiziksel aktivite yapma bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,003$). Çalışmaya katılan erkeklerin %87,7'sinin, kadınların ise %77,5'inin son 1 haftada en az 1 gün veya daha fazla şiddetli fiziksel aktivite yaptığını saptanmıştır. Erkek

ve kadınlar arasında şiddetli fiziksel aktivite yapma bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,033$).

Çalışmaya katılan bireylerde, son 1 haftada en az 1 gün veya daha fazla orta derece fiziksel aktivite yapan 197 kişi (%65,9) bulunmaktadır. Beslenme destek ürünü kullanan 74 bireyden 45'i (%60,8), kullanmayan 225 bireyden 152'si (%67,6) orta derece fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir. Beslenme destek ürünü kullanan ve kullanmayan bireyler arasında orta derece fiziksel aktivite yapma bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,288$). Çalışmaya katılan erkek ve kadınlar arasında orta derece fiziksel aktivite yapma bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,726$).

Çalışmaya katılan bireylerde, son bir haftada bir seferde en az 10 dakika yürüyüş yapan 290 kişi (%97) bulunmaktadır. Beslenme destek ürünü kullanan 74 bireyden 73'ü (%98,6), kullanmayan 225 bireyden 217'si (%96,4) son 1 hafta içinde bir seferde en az 10 dakika yürüdüğünü belirtmiştir. Beslenme destek ürünü kullanan ve kullanmayan bireyler arasında, son 1 hafta içinde bir seferde en az 10 dakika yürüme bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,46$). Çalışmaya katılan erkek ve kadınlar arasında, son 7 gün içinde bir seferde en az 10 dakika yürüme bakımından anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,448$).

Şiddetli fiziksel aktivite yapan 255 bireyden 53'ü (%20,8) protein tozu kullanmaktadır. Çalışmaya katılan ve şiddetli fiziksel aktivite yapmayan 44 bireyden 2'si (%4,5) protein tozu kullanmaktadır. Şiddetli fiziksel aktivite yapan ve yapmayan bireyler arasında protein tozu kullanma durumu bakımından anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0,01$). İki grup arasında aminoasit, kreatin ve L-karnitin kullanımı yönünden anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Orta derece fiziksel aktivite yapan bireylerin yapmayanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek oranda aminoasit, kreatin ve L-karnitin kullandıkları tespit edilirken ($p<0,05$), protein tozu kullanımı yönünden anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Şiddetli fiziksel aktivite yapan ve beslenme destek ürünü kullanan katılımcılar yapmayanlara göre anlamlı yüksek bir oranda antrenör, eski sporcu, kitap, gazete ve dergiden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$). Şiddetli fiziksel aktivite yapanların yapmayanlara göre anlamlı yüksek bir oranda kas kütlesi ve performans arttırmak amacıyla

beslenme destek ürünü kullandıklarını söylemişlerdir ($p<0,05$). Orta derece fiziksel aktivite yapan ve yapmayan katılımcılar arasında beslenme destek ürünü kullanım amaçları ve bilgi kaynakları bakımından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Erkeklerin kadınlara göre anlamlı yüksek bir oranda antrenör, eski sporcu, sağlık personeli, kitap, gazete ve dergiden bilgi aldıklarını belirtmişlerdir ($p<0,05$). Aynı zamanda erkeklerin kadınlara göre anlamlı yüksek bir oranda kas kütlesi ve performans arttırmak amacıyla beslenme destek ürünü kullandıklarını bulunmuştur ($p<0,05$).

Besin tüketim sıklığı yönünden bakıldığında; beslenme destek ürünü kullananların kullanmayanlara göre et ve et ürünleri ile yumurtayı istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha sık, şeker ve hazır gıdaları ise daha az sıklıkta tükettikleri tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kuru baklagiller, süt ve süt ürünleri, ekmek, meyve, sebze, sıcak ve soğuk içecekler, tatlı ve yağ kullanım sıklığı açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Erkeklerin kadınlara göre et ve et ürünleri ile ekmeği istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha sık tükettikleri tespit edilmiştir ($p<0,001$). Yumurta, kuru baklagiller, süt ve süt ürünleri, meyve, sebze, sıcak ve soğuk içecekler, tatlı, yağ, şeker ve hazır gıda kullanım sıklığı açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$).

Bireylerin 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kayıtları incelendiğinde, beslenme destek ürünü kullanan katılımcıların, kullanmayanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek oranda enerji, protein, kolesterol, potasyum, kalsiyum ve fosfor aldıkları saptanmıştır ($p<0,05$). Beslenme destek ürünü kullanmayan katılımcıların ise kullananlara göre daha yüksek oranda karbonhidrat ve demir aldıkları tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yağ ve bitkisel protein alımı yönünden iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 2). Erkeklerin kadınlara göre anlamlı bir şekilde yüksek oranda enerji, protein, kolesterol, fosfor ve bitkisel protein aldıkları; kadınların ise erkeklere göre daha yüksek oranda demir aldıkları tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yağ, karbonhidrat, potasyum ve kalsiyum alımı yönünden iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Çalışmamızda, kadınlarda enerjinin %19,94'ü, erkeklerde %22,41'i proteinlerden ($p=0,006$); kadınlarda enerjinin ortalama %40,36'sı, erkeklerde %37,9'u karbonhidratlardan ($p=0,133$); kadınlarda enerjinin %39,76'sı, erkeklerde %39,54'ü yağlardan ($p=0,839$) geldiği saptanmıştır.

Tablo 2. Beslenme destek ürünü kullanan ve kullanmayan katılımcıların 24 saatlik geriye dönük besin tüketim kayıtları

	Beslenme Destek Ürünü Kullananlar	Beslenme Destek Ürünü Kullanmayanlar	P Değeri
Enerji (kkal)	1874,2 ± 939,2	1571,4 ± 740,7	0,009*
Protein (%)	24,5	20,9	<0,001 ^{&}
Yağ (%)	40	39,5	0,459 ^{&}
Karbonhidrat (%)	35,1	39,6	0,003 ^{&}
Bitkisel Protein (g)	26,8 ± 15,4	27,9 ± 36,3	0,291*
Kolesterol (mg)	727,9 ± 457,8	405,9 ± 284,4	<0,001*
Potasyum (mg)	2650,5 ± 1249,8	2103,2 ± 986,2	<0,001*
Kalsiyum (mg)	744,8 ± 373,5	641,5 ± 330,0	0,011*
Fosfor (mg)	1667,7 ± 815,3	1175,5 ± 570,1	<0,001*
Demir (%)	13,3 ± 6,4	19,2 ± 128,1	0,001 ^{&}

* Student t testi, [&] Ki kare testi

TARTIŞMA

Bu çalışma, spor salonuna giden bireylerde beslenme destek ürünü kullananlar ve kullanmayanlar arasındaki farklılıkların belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Sporunun sağlığını koruması, vücudunu geliştirmesi ve performansını artırması düzenli ve dengeli beslenme aracılığıyla olur.⁷ Düzenli ve doğru beslenme, sporunun performansını artırırken, kötü ve düzensiz beslenme sporucuyu olumsuz yönde etkilemektedir.⁸ Sporla ilgilenen bireyler, artan enerji ve besin öğeleri gereksinimlerini karşılamak için beslenme destek ürünü kullanmaktadırlar.⁹

Yarar ve ark.'nın,¹⁰ 18 farklı olimpik spor dalında elit sporcular üzerinde yaptıkları bir çalışmada, sporcuların %55,7'si beslenme destek ürünü kullanmaktadır. Benzer şekilde Göral ve ark.'ın,¹¹ yapmış olduğu çalışmada profesyonel futbolcuların %55,8'inin düzenli şekilde destekleyici ürün kullandıklarını belirtmişlerdir. Aljaloud ve ark.¹² ile Striegel ve ark.'nın¹³ yaptıkları çalışmalarda, besin destek ürünü kullanım oranları sırasıyla %93,3 ve %60,5 iken, Dinç ve ark.² ile Çetin ve ark.'nın¹⁴ yaptıkları çalışmalarda ise bu oranlar sırasıyla %27,8 ve %14,7'dir. Spor salonuna giden bireylerde yaptığımız bu çalışmada, Dinç ve ark.² ile Çetin ve ark.'nın¹⁴ yaptıkları çalışmalarla benzer şekilde katılımcıların %24,7'sinin beslenme destek ürünü kullandıkları tespit edilmiştir. Çalışmamızda, erkeklerin beslenme destek ürünü kullanım oranı %29,4 iken, kadınlarda bu oran %9,9 olarak belirlenmiştir. Bu oranlar, Mengi'nin¹⁵ sporcularda beslenme alışkanlıklarını incelediği araştırmada saptanan oranlarla benzer olup, bu çalışmada erkeklerin % 30,5'inin, kadınların ise % 7,1'inin beslenme destek ürünü kullandıkları saptanmıştır. Erkeklerdeki bu yüksek oran, hızlı bir şekilde performans ve kas kütlelerini arttırmak istemelerine bağlı olabilir.

Dinç ve ark.'nın² yaptıkları çalışmada, besin destek ürünü kullanan katılımcıların %20,9'ünün protein tozu, %1,7'sinin amino asit ve %0,9'unun kreatin kullandıkları saptanmıştır. Bolayır'ın¹⁶ yaptığı çalışmada sporcuların % 49,5'inin protein tozu, % 12'sinin amino asit, % 7'sinin kreatin ve %2,5'inin L-karnitin kullandıkları bulunmuştur. Çalışmamızda, spor salonuna giden bireylerin %40,5'inin protein tozu, %23'ünün aminoasit, %23'ünün kreatin ve %13,5'inin L-karnitin kullandıkları tespit edilmiştir. Argan ve ark.'nın³ yaptığı bir çalışmada katılımcıların beslenme destek ürünü kullanım süresi bakımından büyük bir çoğunluğu altı aydan az bir süredir (% 41,5) bu ürünleri kullandıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızda, beslenme destek ürünü olarak en fazla tercih edilen protein tozunu, katılımcılar ortalama 5,4 ± 12,4 aydır kullandıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca çalışmamızda, şiddetli fiziksel aktivite yapan bireylerin daha yüksek oranda protein tozu kullandıkları, orta derece fiziksel aktivite yapan bireylerin ise daha yüksek oranda aminoasit, kreatin ve L-karnitin tükettikleri saptanmıştır.

Yapılan çalışmalarda, en fazla besin destek ürünü kullanma amacının kas kütlesi ve performansı arttırmak olduğu saptanmıştır.^{10,17} Kim ve ark.'nın¹⁸ çalışmasında ise besin destek ürünü kullanma amaçlarının başında % 66 ile toparlanma sürecini hızlandırmak, ikinci olarak kas performansını arttırmak olduğunu saptamışlardır. Yaptığımız çalışmada da çoğunluğa benzer şekilde şiddetli fiziksel aktivite yapan bireylerin beslenme destek ürünü kullanım amaçları kas kütlesi ve performansı arttırmak olarak saptanmıştır.

Besin destek ürünü tavsiyesinin uzman olmayan kişiler tarafından yapılması sağlık açısından önemli bir sorundur, çünkü bazı ürünler metabolik ve endokrin sorunlara yol açarak sağlık problemlerine neden olabilirler.^{15,19} Yarar ve ark.'nın¹⁰ yaptıkları çalışmada; sporcuların

beslenme destek ürünleri konusunda bilgiyi %28,4'ünün antrenöründen, % 6,9'unun derslerden ve % 4,8'inin eski sporculardan aldıkları saptanmıştır. Saygın ve ark.²⁰ ile Şenel ve ark.'nın²¹ yapmış oldukları çalışmalarda sporcular beslenme destek ürünü konusunda bilgi kaynağı olarak en fazla antrenörlerini göstermişlerdir. Yaptığımız çalışmada ise, erkeklerin ve şiddetli fiziksel aktivite yapanların bilgi kaynağı olarak sıklık sırasına göre antrenör, eski sporcu, kitap, gazete ve dergiyi gösterilmiştir. Ancak antrenörlerin ve eski sporcuların beslenme destek ürünleri konusunda ne oranda doğru bilgiye sahip oldukları muammadır.¹⁵ Sadece sporculara değil, antrenörlere ve eski sporculara da bu konu hakkında eğitim verilmesi gerektiği düşünmekteyiz.

Alpar'ın¹ yapmış olduğu çalışmada, beslenme destek ürünü kullanan ve kullanmayan bireylerin besin tüketim sıklığı ile ilgili verilerine bakıldığında; her iki grubun da et, süt grubu besinleri ve kuru baklagilleri sıklıkla tükettiği belirlenmiştir. Beslenme destek ürünü kullanmayan bireylerin, sebze ve meyve grubu besinleri beslenme destek ürünü kullanan bireylerden daha sık tükettikleri saptanmıştır. Özyılmaz'ın²² yaptığı çalışmada, vücut geliştirme sporu yapıp besin destek ürünü kullanan katılımcıların, kullanmayanlara göre yumurta ve tavuk etini daha sık tükettikleri tespit edilmiştir. Yapmış olduğumuz bu çalışmada, beslenme destek ürünü kullanan bireylerin et ve et ürünleri ve yumurtayı, kullanmayan bireylerin ise hazır gıdalar ve şekeri daha sık tükettiği belirlenmiştir. Beslenme destek ürünü kullanan ve kullanmayan bireyler arasında kuru baklagiller, süt ve süt ürünleri, ekmek, meyve, sebze, sıcak ve soğuk içecekler, tatlı ve yağ kullanım sıklığı açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Spor yapan bireyler yüksek miktarda karbonhidrata gereksinim duymaktadırlar.²³ Alpar'ın¹ yaptığı çalışmada, bireylerin enerji gereksinimlerini karşılayabilmek için, yüksek oranda karbonhidrat içeren tahıl grubu besinlere diyetlerinde sıklıkla yer verdikleri saptanmıştır. Bizim çalışmamızda, beslenme destek ürünü kullanan katılımcıların alınan toplam enerjinin %35,1'ini karbonhidrattan karşıladıkları saptanırken, kullanmayanlarda bu oran %39,58'dir. Bir çalışmada, elzem aminoasit içeren proteinlerin, protein sentezini uyardığı ve net protein dengesinin sağlanmasında etkili olduğu gösterilmiştir.²³ Yaptığımız çalışmada da, beslenme destek ürünü kullanan bireylerin özellikle elzem aminoasitleri içeren et ve et ürünleri ile yumurta gibi hayvansal besinleri sıklıkla tükettikleri belirlenmiştir. Bu bireylerin alınan toplam enerjinin %24,5'ini proteinlerden, %40'ını ise yağlardan karşıladıkları tespit edilmiştir.

Mengi'nin¹⁵ yaptığı çalışmada, sporcular arasında kadınlarda enerjinin %18,1'i, erkeklerde %20,5'i proteinlerden; kadınlarda enerjinin ortalama %41,2'si, erkeklerde %41,8'i karbonhidratlardan; kadınlarda enerjinin %40,8'i, erkeklerde %37,8'i yağlardan gelmektedir. Çalışmamızda, Mengi'nin¹⁵ çalışmasıyla benzer şekilde, erkek sporcuları anlamlı şekilde yüksek oranda enerjiyi proteinlerden karşıladıkları, kadınların ise daha sıklıkla karbonhidratlardan karşıladıkları tespit edilmiştir.

Yazar ve ark.'nın¹⁰ yaptıkları çalışmada elit seviyedeki sporcuların beslenme destek ürünlerine aylık % 26,3'ünün 100 TL ve altı, % 18,0'ünün 100-200 TL arası, % 6,6'sının 200-300 TL arası ve % 5,1'inin 300 TL ve üzeri harcama yaptıkları saptanmıştır. Çalışmamızda spor salonuna giden bireylerin beslenme destek ürünü için aylık harcama miktarları ortalama 226,42 ± 53,63 TL olarak bulunmuştur ve kadınların erkeklere göre beslenme destek ürünü için daha fazla harcama yaptıkları tespit edilmiştir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında, özel spor eğitimi almış veya profesyonel sporcuların belirlenmemesi, sadece spor salonuna giden bireyler üzerinde yapıldığı için toplumun genelini temsil etmemesi, yaşa özgü değişimlerin incelenmemesi ve besin destek ürünlerinin tedarik yerlerinin sorgulanmaması sayılabilir.

SONUÇ

Çalışmamızda, spor salonuna giden bireylerin özellikle erkeklerin kas kütleleri ve performanslarını arttırmak için hızlı bir şekilde beslenme destek ürünü kullanmaya başladıkları ve beslenme destek ürünü kullananların, daha fazla oranda şiddetli fiziksel aktivite yaptıkları saptanmıştır. Beslenme destek ürünü kullanan bireylerin spor yaşları, vücut ağırlıkları, boyları ve beden kitle indekslerinin kullanmayanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu ürünleri kullanmaya başlamadan önce, konu ile ilgili bilgileri beslenme destek ürünü konusunda profesyonel olmayan antrenör ve eski sporculardan aldıkları tespit edilmiştir. Bu nedenle, spor yapan bireylerin beslenme bilgilerinin artırılması için birinci basamakta hizmet veren aile hekimleri ve diyetisyenler gibi bu konuda uzmanlaşmış sağlık profesyonellerinin görüşlerine yer verilmesi, okul dersleriyle de beslenme eğitiminin desteklenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Yazar Katkıları: Sedef Duran çalışmanın planlanması, veri toplanması ve analizi, makalenin yazılması, makaleye son halinin verilmesinde; diğer yazarlar veri toplanması ve analizi, makalenin yazılmasında görev almışlardır.

Maddi Destek ve Çıkar İlişkisi: Çalışmayı maddi olarak destekleyen kişi/kuruluş yoktur ve yazarların birbirleriyle herhangi bir çıkara dayalı ilişkisi yoktur.

KAYNAKLAR

1. Alpar F. Vücut sporcularında beslenme, fiziksel aktivite ve beslenme destek ürünü kullanım durumlarının incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2011:1-5.
2. Dinç N, Gökmen M, Ergin E. Düzenli egzersiz yapan bireylerin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. Ulusal Spor Bilimleri Dergisi 2017;1(1):43-53.
3. Arğan M, Köse H. Sporcu besin desteklerine yönelik tutum faktörleri: Fitness merkezi katılımcıları üzerine bir araştırma. Spor Bilimleri Dergisi 2009;20(4):152-64.
4. Pekcan G. Beslenme durumunun saptanması. Sağlık Bakanlığı Yayınları. Klasmat Matbaacılık. Ankara, 2008:9-12.
5. Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 2003;35:1381-95.
6. Karaca A, Turnagöl HH. IPAQ anketinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Hacettepe Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi 2007;18(2):68-84.
7. Sevim Y. Antrenman bilgisi. Nobel Yayın Dağıtım, 7. Basım, Ankara, 2007:35-56.
8. Günay M, Yüce Aİ. Futbol antrenmanın bilimsel temelleri. Gazi Kitapevi, 3. Basım, Ankara, 2001:45-52.
9. Koç M, Türkçapar Ü. Elit güreşçilerin beslenme alışkanlıkları ve beslenme destek ürünü kullanma durumlarının incelenmesi. *J Acad Soc Sci* 2015;21:503-14.
10. Yarar H, Gökdemir K, Eroğlu H, Özdemir G. Elit seviyedeki sporcuların beslenme bilgi ve alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi 2011;13(3):368-71.
11. Göral K, Saygın Ö, Karacabey K. Amatör ve profesyonel futbolcuların beslenme bilgi düzeylerinin incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2010;7(1):836-56.
12. Aljaloud SO, Ibrahim SA. Use of dietary supplements among professional athletes in Saudi Arabia. *J Nutr Metab* 2013;2013:245349.
13. Striegel H, Simon P, Wurster C, Niess AM, Ulrich R. The use of nutritional supplements among master athletes. *Int J Sports Med* 2006;27(3):236-41.
14. Çetin E, Ertaş BD, Orhan Ö. Gazi Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğrencilerinin ergojenik yardımcıları, doping ve sağlık hakkındaki bilgi ve alışkanlıklarının belirlenmesi. *SPORMETRE Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2008;6(3):129-32.
15. Mengi Ö. Sporcularda beslenme alışkanlıkları, duyu durumu ve performans arasındaki ilişki. Trakya Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2016:80-92.
16. Bolayır Ç. KKTC'de özel bir spor salonunda vücut geliştirme sporu yapan bireylerin beslenme ve besin takviyesi kullanım durumlarının incelenmesi. Doğu Akdeniz Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Kıbrıs, 2017:57-8.
17. Dascombe BJ, Karunaratna M, Cartoon J, Fergie B, Goodman C. Nutritional supplementation habits and perceptions of elite athletes within a state-based sporting institute. *J Sci Med Sport* 2010;13(2):274-80.
18. Kim J, Kang KS, Jung HS, Chun YS, Trilk J, Jung SH. Dietary supplementation patterns of korean olympic athletes participating in the beijing 2008 summer olympic games. *Int J Sport Nutr Exerc Metab* 2011;21(2):166-74.
19. Zadik Z, Nemet D, Eliakim A. Hormonal and metabolic effects of nutrition in athletes. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2009;22(9):769-78.
20. Saygın Ö, Göral K, Gelen E. Amatör ve profesyonel futbolcuların beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009;6(2):178-96.
21. Şenel Ö, Güler D, Kaya İ, Ersoy A, Kürkçü R. Farklı ferdi branşlardaki üst düzey Türk sporcuların ergojenik yardımcıları yönelik bilgi ve yararlanma düzeyleri. *Spormetre Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi* 2004;2(2):41-7.
22. Özyılmaz C. Vücut geliştirme ve bilek güreşi federasyonu milli sporcularının, ergojenik öge kullanımının kan parametrelerine etkisinin saptanması. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2013:29-30.
23. Lambert CP, Frank L. Macronutrient considerations for the sport of body building. *Sports Med* 2004;34 (5):317-27.



Original Research / Özgün Araştırma

Surgical Evaluation of Common Benign Skin Lesions in Primary Care

Birinci Basamakta Sık Karşılaşılan Benign Cilt Lezyonlarının Cerrahi Değerlendirilmesi

Sebahattin Destek¹, Vahit Onur Gul^{*2}

ABSTRACT

Objective: Skin tumours are common tumors and they are mostly benign. Benign skin lesions (BSLs) may be a sign of a syndrome or of a systemic malignant state. Sometimes they can transform into malignant types. The aim of the present study is to evaluate the prevalence and the clinico-pathological characteristics of a large series of BSLs which were excised in our clinic. **Methods:**The patients with skin lesions who underwent a total excisional biopsy in the general surgery clinic between the years 2012 and 2016 were reviewed. Malignant skin lesions were excluded from the study. The BSLs were classified according to the Pathology and Genetics of Skin Tumours of the World Health Organization Classification of Tumours. **Results:** A total of 551 patients with BCL were included in the study. Of the patients, 241 (43.7%) were female and 310 (56.7%) were male. The age range was between 2 and 98 years and the mean age was 39.7. The most common benign skin lesions (n = 184, 33.3%) were appendageal tumors and this finding was statistically significant (p = 0.001). The most common appendageal tumor type (n = 75, 13.6%) was verruca vulgaris. **Conclusion:** Benign skin lesions are usually seen by family physicians. Some of the BCLs may be confused with malignant skin lesions and may even be associated with systemic malignancies. It is very important that family physicians can recognize benign skin lesions and plan for diagnosis and treatment such as biopsy.

Keywords: Benign skin lesions, primary care, surgical evaluation

ÖZET

Amaç: Deri tümörleri çok yaygın olup çoğunlukla iyi huyludurlar. Benign cilt lezyonları (BCL), bir sendromun veya sistemik malign bir durumun belirtisi olabilirler. Bazen de malign lezyonlara dönüşebilirler. Çalışmamızın amacı, kliniğimizde eksize edilen geniş bir BCL serisinin prevalansını ve klinikopatolojik özelliklerini ortaya koymaktır. **Gereç ve Yöntem:** Genel cerrahi kliniğimizde 2012-2016 yılları arasında total eksizyonel biyopsi yapılan cilt lezyonları olan hastalar retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Malign cilt lezyonları çalışma dışı bırakıldı. Benign cilt lezyonları Dünya Sağlık Örgütü Tümör Sınıflandırmasınınin Deri Tümörlerinin Patolojisi ve Genetiği'ne göre sınıflandırıldı. **Bulgular:** Çalışmaya BCL olan toplam 551 hasta dahil edildi. Bu hastaların 241'i (%43,7) kadın, 310'u (%56,7) erkekti. Yaş aralığı 2 ile 98 yaş aralığında olup, ortalama 39.7 idi. Benign cilt lezyonlarından en sık olarak (n=184, %33,3) appendageal tümörler yer almaktaydı ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.001). En sık görülen appendageal tümör tipi (n=75, %13,6)verruca vulgaris idi. **Sonuç:** Benign cilt lezyonları çoğunlukla aile hekimleri tarafından görülürler. Bunların bazıları malign cilt lezyonları ile karışabilir ve hatta sistemik maligniteler ile ilişkili olabilir. Benign cilt lezyonlarının aile hekimleri tarafından tanınması, biyopsi gibi tanı ve tedavi için planlama yapabilmesi çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Benign cilt lezyonları, birinci basamak, cerrahi değerlendirme

Received date / Geliş tarihi: 16.08.2019, Accepted date / Kabul tarihi: 29.09.2019

¹ Bezmialem Vakıf University School of Medicine, Department of General Surgery, Istanbul, TURKEY.

² Gulhane Education and Research Hospital Department of General Surgery Ankara, TURKEY.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Vahit Onur Gul, Gulhane Education and Research Hospital Department of General Surgery Ankara, TURKEY.

E-mail: vonurgul@hotmail.com

Destek S, Gul VO. Surgical Evaluation of Common Benign Skin Lesions in Primary Care. TJFMPC, 2020;14(1): 48-55.

DOI: 10.21763/tjfm.693073

INTRODUCTION

The vast majority of skin lesions is benign in character¹. A benign skin lesion (BSL) does not spread to other parts of the body but continues its growth at the location where it first took its origin.^{2,3} Premalignant skin lesions (PSLs) can transform into malignant ones at a rate of 10%.^{2,4} They are most commonly seen in males.^{2,3} The lifetime risk of getting a skin cancer has been reported to be one out of five people in the United States.^{2,3}

Skin lesions are usually sporadic; however, they can also be a component of a syndrome or they may be associated with systemic malignancies.^{1,2} Therefore, clinicians should differentiate between the benign and malignant lesions and should follow a systematic approach in evaluating these lesions.^{3,4} If there is a clinical suspicion of malignancy, biopsy should be performed definitely.^{3,4}

In a large series and along with the reported findings in the literature, the present study aims to review and evaluate the prevalence and clinico-pathologic features of the BSLs surgically excised in our clinic.

MATERIALS AND METHODS

The patients with skin lesions treated in our general surgery clinic between 2012 and 2016 were included in our study. This study was approved by the local ethics committee. Reviewing the patients' charts revealed that a total of 712 patients underwent excisional biopsy due to several types of skin lesions.⁵ Of these patients, 27 were diagnosed with non-specific skin lesions and 136 were diagnosed with malignant skin lesions (MSLs). These patients were excluded from the study. Of the patients who were diagnosed with a MSL by the pathological examination, nine had been pre-diagnosed with a BSL after the physical examination, however, the excisional biopsy was reported to be a malignant lesion. A total of 551 patients with BSLs were included in the study. The age and gender of the patients; and the number, size (millimeter-mm), anatomic location, and the histo-pathological diagnosis of the skin lesions were evaluated. As in the studies on large patient series reported in the literature previously, the patients were assigned into age groups as 0-14, 15-59, and 60 +.⁶

The BSLs in the study were classified according to the Pathology and Genetics of Skin Tumours, World Health Organization (WHO) Classification of Tumours.⁷

Accordingly, the lesions were examined under six main headings: Keratinocytic BSLs, Melanocytic BSLs, Appendageal BSLs, Haematolymphoid BSLs, Soft tissue BSLs, Neural BSLs. The lesions included in these main groups were examined (Table 1).

Table 1. Subtypes of benign skin lesions

Benign skin lesions		Number and percent of the lesions	
		n	%
Keratinocytic	Verruca plantaris	75	53.19
	Verruca vulgaris	29	20.57
	Seborrhoeic keratosis	27	19.15
	Keratoacanthoma	5	3.55
	Lichen planus-like keratosis	5	3.55
Melanocytic	Melanocytic naevi	55	77.46
	Combined naevus	16	22.54
Appendageal	Hidrocystoma	1	0.54
	Cystic sebaceous tumour	144	78.26
	Chondroid syringoma	2	1.09
	Hidradenoma	2	1.09
	Pilomatricoma	8	4.35
	Trichoblastoma	1	0.54
	Tricholemmoma	24	13.04
	Sebaceoma	2	1.09
Haemato-lymphoid	Lymphomatoid granulomatosis	3	60
	Juvenile xanthogranuloma	2	40
Soft tissue	Dermatofibroma	33	22.76
	Cherry haemangioma	15	10.34
	Pyogenic granuloma	19	13.1
	Cavernous haemangioma	2	1.38
	Arteriovenous haemangioma	3	2.07
	Lymphangioma circumscriptum	2	1.38
	Digital fibrokeratoma	4	2.76
	Dermatomyofibroma	3	2.07
	Lipoma	41	28.28
	Digital mucous cyst	1	0.69
	Keloid scar	17	11.72
	Hypertrophic scar	5	3.45
Neural	Neurothekeoma	3	60
	Neuroma	1	20
	Granular cell tumour	1	20

Statistical analysis

The data obtained from the present study were analyzed with IBM SPSS Statistics Version 22 package software (IBM Corp., Armonk, NY, USA). The Mann-Whitney U test and the Kruskal Wallis H test were used to examine the differences between the groups as the variables were not normally distributed. The Chi-square (χ^2) analysis was used to analyze the associations between the groups of nominal variables. Fisher's Exact Test was used when the expected values in the cells of the 2x2 tables did not achieve a sufficient size. The Cochran's q test was used to compare the groups within themselves. The significance level of 0.05 was used to interpret the results. A p-value <0.05 indicated a significant association, whereas p values >0.05 indicated that there was not a significant association.

RESULTS

The present study included a total of 551 patients. The majority of the patients (n=310, 56.2%) were males and the study population had a female/male ratio of 0.77. The age of the patients in the study ranged from 2 to 98 years and the mean age was 39.7 years. The most common (n=96, 18.8%) accompanying disease group was the hepato-biliary disorders (fatty liver, gall bladder stone etc.). Benign skin lesions were most commonly located in the head and neck region (n=220, 43.1%). The lesions were mostly solitary (n=421, 82.5%) with a mean diameter of 14.1 mm. The success rate of excisional biopsy diagnosis was 100% (510). Rate of local recurrence was 2.3% (12) (Table2)

Table 2. Demographic and clinical characteristics of the subjects

Demographic and clinical features	Distribution of properties
Gender (Female/Male)	0.77
Age (years)	2-98 (mean 39.7) years
Age distribution	0-14 (6.1%) 15-59 (79.8%) 60 + (13.9%)
Distribution of blood types	A (39.4%) B (14.4%) AB (17.1%) 0 (28.9%)
Rh distribution	Rh (+) (88%) Rh (-) (12%)
Haemoglobin	7.5-16.8 (mean 13.1) g/dl
Haematocrit	24.4-48.2 (mean 40.3)%
Comorbidities	Hepatobiliary disease (18.8%) Renal disease (12.5%) Endocrine diseases (7.0%) Vascular disease (6.2%) Gynaecological disease (2.3%)
The main complaint	Painless swelling (90%) Color change (75%)
Lesion localization	Head and neck (43.1%) Trunk (25.9%) Upper extremities (13.7%) Lower extremities (17.0%)
Number of lesions	Solitary (82.5%) Multiple (17.4%)
Lesion diameter	1-70 (mean 14.1) mm

There was a statistically significant difference between the gender and the BSL groups ($p = 0.001$), 29.05% (70) of the females and 36.77% (114) of the males had ABSLs. In our study, there was a statistically significant difference between the BSL groups and the age distribution ($p = 0.008$). Patients aged between 15-59 years and over 60 years old were found to have ABSL (Table 3).

In the present study, there was a statistically significant difference between the BSL groups and the age distribution ($p = 0.008$). In the age group of 0-14 years, 2.94% (1) of the patients

had ABSLs. This ratio was 35.23% (155) in the 15-59-year-old age group and 36.36% (28) in the age group of patients who were 60 years old or over (Table 3).

There was a statistically significant difference between the original location of the tumour and the BSL groups ($p = 0.001$). The ABSLs comprised 36.55% (87) of the lesions originating from the head and neck region, 48.95% (70) of the lesions originating on the trunk, 26.32% (20) of tumours of the upper extremities, and 7.45% (7) of the tumours of the lower extremities (Table 3).

Table 3. The relationship between gender, age, number of lesions and localization of benign skin lesions

Benign skin lesions	Gender				p*				
	Female		Male						
	n	%	n	%					
Keratinocytic	63	26.14	78	25.16	0.001				
Melanocytic	52	21.58	19	6.13					
Appendageal	70	29.05	114	36.77					
Haematolymphoid	3	1.24	2	0.65					
Softtissue	52	21.58	93	30					
Neural	1	0.41	4	1.29					
	Age groups						p*		
	0-14 years		15-59 years		60 + years				
	n	%	n	%	n	%			
Keratinocytic	14	41.18	99	22.5	28	36.36	0.008		
Melanocytic	5	14.71	59	13.41	7	9.09			
Appendageal	1	2.94	155	35.23	28	36.36			
Haematolymphoid	1	2.94	4	0.91	0	0			
Soft tissue	12	35.29	119	27.05	14	18.18			
Neural	1	2.94	4	0.91	0	0			
	Localization								p*
	Head and neck		Trunk		Upper extremity		Lower extremity		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Keratinocytic	52	21.85	20	13.99	14	18.42	55	58.51	0.001
Melanocytic	57	23.95	9	6.29	3	3.95	2	2.13	
Appendageal	87	36.55	70	48.95	20	26.32	7	7.45	
Haemato-lymphoid	1	0.42	1	0.7	3	3.95	0	0	
Soft tissue	37	15.55	43	30.07	36	47.37	29	30.85	
Neural	4	1.68	0	0	0	0	1	1.06	

$p^* < 0,01$: Chi-square Test

There was a statistically significant difference between the number of the lesions and the BSL groups ($p = 0.001$). ABSLs comprised 35.82% (163) of the solitary lesions and 21.88% (21) of the multiple lesions. There were statistically

significant differences between BSL groups in terms of the diameters of the lesions ($p = 0.001$). The lesion diameter of the MBSLs was significantly lower compared to the main groups of ABSLs and STBSLs (Table 4).

Table 4. The relationship between number and diameter of benign skin lesions

Benign skin lesions	Number of lesions				p*		
	Single		Multiple				
	n	%	n	%			
Keratinocytic	106	23.3	35	36.46	0.001		
Melanocytic	48	10.55	23	23.96			
Appendageal	163	35.82	21	21.88			
Haemato-lymphoid	5	1.1	0	0			
Soft tissue	128	28.13	17	17.71			
Neural	5	1.1	0	0			
	Lesion diameter (mm)					p**	
	n	Mean	Min	Max	SD		
	Keratinocytic (1)	141	11.26	1	35	7.19	0.001
	Melanocytic (2)	71	8.73	2	50	6.2	
	Appendageal (3)	184	17.33	3	55	9.68	
	Haemato-lymphoid(4)	5	9.2	3	16	5.81	
	Soft tissue (5)	145	15.66	2	70	13.22	
Neural (6)	5	15.8	6	35	11.92		
Total	551	14.14	1	70	10.32	2<5 2<3 1<3 5<3	

p* $<0,01$: Chi-square Test, p** $<0,01$: Kruskal–Wallis Test, SD: Standard deviation

DISCUSSION

The epidemiologic studies on skin diseases have reported the rates of BSL and MSL at 4.5-12% and 1.5-6%, respectively.⁸⁻¹¹ In general, the ratio of BSLs to the malignant ones is 1.5-4.5.⁸⁻¹¹ Recent studies have reported a tendency to increase in the PSLs over the last years, with rates 1.82-4% found in large-scale epidemiological studies.¹²⁻¹⁴ In the present study, the ratio of BSL/MSL was found to be 4.05 similarly to the results reported by previous studies.

Several epidemiologic studies conducted in various countries report the most common BSL as seborrheic keratosis (SK) in some series and as verruca vulgaris (VV) in the other series.⁹⁻¹¹ In our study, the most common BSL group was the ABSLs at a rate of 33.3% with a statistical significance. In general, the most

common ABSL was the cystic sebaceous tumour (CST) (26.1%).

Other epidemiological studies on the skin diseases have reported that the most common BSL types are VV at a rate of 3.6-9.7% in childhood, VV again at a rate of 1.9-4.5% in adulthood, and SK at a rate of 2.3-7.8% in the geriatric age groups.^{15,16} In the present study, the most common BSL types were KBSLs at a rate of 41.1% in childhood (VV 32.3%); ABSLs at a rate of 35.2% in adult ages (CST 27.7%); and ABSLs at a rate of 36.6% in the old age group (CST 21%).

BSLs can accompany some systemic diseases.¹ An underlying systemic disease should be investigated especially in the presence of multiple lesions; for example, in the presence of multiple SK, tricholemmoma, or CSTs; mostly malignancies of the internal

organs should be suspected of, including the stomach, colon, or the pancreas.¹⁷⁻¹⁹The incidences of CSTs, keratoacanthoma, and sebaceoma increase in Muir-Torre syndrome; the incidences of haemangioma, lipoma, and tricholemmoma increase in Cowden's disease; the incidence of CST increases in Gardner syndrome.¹⁷⁻¹⁹However, we did not observe any of these conditions in our study.

Several studies have demonstrated that some BSLs may undergo a malignant transformation.²⁰It has been reported that basal cell carcinoma may develop from SK; squamous cell carcinoma may develop from VV or keratoacanthoma lesions; melanoma may develop from MN.¹⁹⁻²¹None of these conditions was found out in our study. Malignant lesions can be misdiagnosed as benign.²²In our study, although the physical examination findings of nine patients were suggestive of BSL, the pathological examination confirmed MSL. These patients accounted for 1.6% of MSL patients. For this reason, biopsy should be taken to confirm the diagnosis.^{21,22}

Several studies recommend fine needle aspiration biopsy, core biopsy, or excisional biopsy to be performed, allowing for making a definite diagnosis so that the tumor structure and the histological type can be identified and its grade can be determined.^{22,23} Studies report that the core biopsy is superior to the fine needle aspiration biopsy and the excisional biopsy is superior to the core biopsy in terms of sensitivity, specificity, predictive value and accuracy.^{23,24}It has been reported that the overall diagnostic accuracy of the excisional biopsy may be as high as 98%.²⁴

In the present study, an excisional biopsy was performed which preserved the healthy margins (>1 mm) for all lesions pre-diagnosed as BSN. The diagnostic accuracy was found to be 100%. Several studies have reported that the lesions could recur after the excisional biopsies at varying rates ranging from 2 to 5%.^{24,25} The recurrence rate after the excisional biopsy was 2.3% in our study and the surgical excision was repeated in these patients. The excisional biopsy was successful in the diagnosis and treatment of the patients.

The limitations of the study were difficulties in accessing patient files and pathology results.

CONCLUSION

Family physicians most frequently encounter skin lesions. Skin lesions are mostly benign but may be confused with malignant ones. Some BSLs may be associated with systemic diseases or malignancies. They may also undergo a malignant transformation. Family physicians should pay attention to these issues and follow a systematic approach to BSLs. In case of doubt, biopsy, surgical excision and further investigation and treatment should be provided.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: No financial disclosure was declared by the authors.

REFERENCES

1. Nguyen T, Zuniga R. Skin conditions: benign nodular skin lesions. *FP Essent* 2013;407:24-30.
2. Ingraffea A. Benign skin lesions. *Facial Plast Surg Clin North Am* 2013;21:21-32.
3. Higgins JC, Maher MH, Douglas MS. Diagnosing Common Benign Skin Tumors. *Am Fam Physician* 2015;92:601-7.
4. Freak J. Identification of skin cancers 1: benign and premalignant lesions. *Br J Community Nurs* 2005;10:8-12.
5. Edlich RF, Becker DG, Long WB, Masterson TM. Excisional biopsy of skin tumors. *J Long Term Eff Med Implants* 2004; 14: 201-14.
6. Murray CJ, Lopez AD, Black R, Mathers CD, Shibuya K, Ezzati M et al. Global burden of disease 2005: call for collaborators. *Lancet* 2007; 370:109-110.
7. LeBoit, P E (Philip E); International Agency for Research on Cancer; World Health Organization; International Academy of Pathology; European Organization for Research on Treatment of Cancer; UniversitätsSpital Zürich Departement Pathologie. *Pathology and genetics of skin tumours*. Lyon: IARC Press; 2006:9-291.
8. Bertanha F, Nelumba EJP, Freiberg AK, Samorano LP, Festa Neto C. Profile of patients admitted to a triage dermatology clinic at a tertiary hospital in São Paulo, Brazil. *An Bras Dermatol* 2016; 91: 318-325.
9. Furue M, Yamazaki S, Jimbow K, Tsuchida T, Amagai M, Tanaka T et al.

- Prevalence of dermatological disorders in Japan: a nationwide, cross-sectional, seasonal, multicenter, hospital-based study. *J Dermatol* 2011; 38: 310-20.
10. Mohammedamin RS, van der Wouden JC, Koning S, van der Linden MW, Schellevis FG, vanSuijlekom-Smit LW et al. Increasing incidence of skin disorders in children? A comparison between 1987 and 2001. *BMC Dermatol* 2006; 6: 4.
 11. Kartal D, Cinar SL, Akin S, Ferahbas A, Borlu M. Skin findings of geriatric patients in Turkey: A 5-year survey. *Dermatol Sinica* 2015; 33: 196-200.
 12. Kim HS, Cho EA, Bae JM, Yu DS, Oh ST, Kang H et al. Recent trend in the incidence of premalignant and malignant skin lesions in Korea between 1991 and 2006. *J Korean Med Sci* 2010; 25: 924-9.
 13. Choi SH, Kim KH, Song KH. Clinical Features of Cutaneous Premalignant Lesions in Busan City and the Eastern Gyeongnam Province, Korea: A Retrospective Review of 1,292 Cases over 19 Years (1995~2013). *Ann Dermatol* 2016; 28: 172-8.
 14. Bas Y, Kalkan G, Seckin HY, Takcı Z, Sahin S, Demir AK. Analysis of Dermatologic Problems in Geriatric Patients. *Turk J Dermatol* 2014; 2: 95-100.
 15. Kyriakis KP, Alexoudi I, Askoxylaki K, Vrani F, Kosma E. Epidemiologic aspects of seborrheic keratoses. *Int J Dermatol* 2012; 51: 233-234.
 16. Sinikumpu S-P, Huilaja L, Jokelainen J, Koironen M, Auvinen J, Hägg PM et al. High Prevalence of Skin Diseases and Need for Treatment in a Middle-Aged Population. A Northern Finland Birth Cohort 1966 Study. *PLoS One* 2014; 9: e99533.
 17. Kanitakis J. Adnexal tumours of the skin as markers of cancer-prone syndromes. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24: 379-87.
 18. Luba MC, Bangs SA, Mohler AM, Stulberg DL. Common benign skin tumors. *Am Fam Physician* 2003; 67: 729-38.
 19. Gogi AM, Ramanujam R. Clinicopathological Study and Management of Peripheral Soft Tissue Tumours. *J Clin Diagn Res* 2013; 7: 2524-2526.
 20. Lee EH, Nehal KS, Disa JJ. Benign and premalignant skin lesions. *Plast Reconstr Surg* 2010; 125: 188e-198e.
 21. Ferrándiz C, Malveyh J, Guillén C, Ferrándiz-Pulido C, Fernández-Figueras M. Precancerous Skin Lesions. *Actas Dermosifiliogr* 2017; 108: 31-41.
 22. Hwang S-M, Pan H-C, Hwang M-K, Kim M-W, Lee J-S. Malignant Skin Tumor Misdiagnosed as a Benign Skin Lesion. *Arch Craniofac Surg* 2016; 17: 86-89.
 23. Woon DTS, Serpell JW. Preoperative core biopsy of soft-tissue tumours facilitates their surgical management: a 10-year update. *ANZ J Surg* 2008; 78: 977-81.
 24. Kasraeian S, Allison DC, Ahlmann ER, Fedenko AN, Menendez LR. A Comparison of Fine-needle Aspiration, Core Biopsy, and Surgical Biopsy in the Diagnosis of Extremity Soft Tissue Masses. *Clin Orthop Relat Res.* 2010; 468(11): 2992-3002.
 25. Layfield LJ, Schmidt RL, Sangle N, Crim JR. Diagnostic accuracy and clinical utility of biopsy in musculoskeletal lesions: a comparison of fine-needle aspiration, core, and open biopsy techniques. *Diagn Cytopathol.* 2014; 42(6): 476-86.



Original Research / Özgün Araştırma

The Effect of Care Needs on Quality of Life and Chronic Disease Care in Patients with Diabetes

Diyabetik Bireylerde Bakım Gereksinimlerinin Yaşam Kalitesi ve Kronik Hastalık Bakımına Etkisi

Şenay Zuhur¹, Nurhan Özpancar^{*2}

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to investigate the effect of care needs on quality of life and chronic disease care in patients with type-2 diabetes. **Methods:** A cross-sectional and descriptive study. One hundred forty-five patients with type-2 diabetes who were followed-up between January 2016 and January 2017 in the university hospital were included in the study. The "Patient Presentation and Care Management Evaluation Form", "Quality of Life Assessment Scale (EQ-5D-5L)" and "Chronic Illness Care Assessment Scale-Patient Form (PACIC)" were used for the collection of data. One-way ANOVA test, Tukey HDS test, independent two-sample t-test, Kruskal Wallis test, Mann Whitney U test and Pearson correlation analysis were used for the evaluation of data.

Results: In this study, the average total PACIC score of patients with type-2 diabetes was found to be satisfactory (3.78±0.79). However, the EQ-5D-5L average score was found to be close to perfect (0.84±0.17). A positive correlation was found between EQ-5D-5L scores and PACIC decision support and goal setting/guidance sub-scale scores, and a negative correlation was found between positive EQ-5D-5L score and body mass index and HbA1c values. A significant correlation was also found between current diabetes treatment compliance and the EQ-5D-5L general health score and PACIC total score. The PACIC decision support and goal setting/guidance sub-scales were found to be significantly different based on the diabetes education status of patients with type-2 diabetes. **Conclusions:** Planning health education and counseling programs for general care adjustment are recommended for chronic disease management of diabetes.

Keywords: Type 2 diabetes, care, chronic disease, quality of life

ÖZET

Amaç: Bu çalışmayla; tip 2 diyabetik bireylerde bakım gereksinimlerinin yaşam kalitesi ve kronik hastalık bakımına etkisinin incelenmesi amaçlandı. **Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma. Üniversite hastanesinde Ocak 2016 - Ocak 2017 tarihleri arasında takip edilen tip 2 diyabetli 145 hasta çalışmaya dahil edildi. Verilerin toplanmasında "Hasta Tanıtım ve Bakım Yönetimi Değerlendirme Formu", "Yaşam Kalitesi Değerlendirme Ölçeği (EQ-5D-5L)" ve "Kronik Hastalık Bakımını Değerlendirme Ölçeği-Hasta Formu (PACIC)" kullanıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tek yönlü ANOVA testi, Tukey HDS testi, bağımsız iki örneklem t testi, Kruskal Wallis testi, Mann Whitney U testi ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. **Bulgular:** Bu çalışmada, tip 2 diyabetli hastaların ortalama toplam PACIC skorları tatmin edici bulundu (3.78 ± 0.79). Ancak, EQ-5D-5L ortalama skorunun mükemmele yakın olduğu bulundu (0,84 ± 0,17). EQ-5D-5L puanları ile PACIC karar desteği ve hedef belirleme / rehberlik alt ölçek puanları arasında pozitif, EQ-5D-5L skoru ve beden kitle indeksi ile HbA1c değerleri arasında negatif bir korelasyon bulundu. Mevcut diyabet tedavisine uyum ile EQ-5D-5L genel sağlık skoru ve PACIC toplam skoru arasında da anlamlı bir ilişki bulundu. PACIC karar desteği ve hedef belirleme / rehberlik alt ölçeklerinin tip 2 diyabetli hastaların diyabet eğitimi durumuna göre anlamlı derecede farklı olduğu bulundu. **Sonuçlar:** Araştırma sonucunda, tip 2 diyabetlilerin kronik hastalık bakım yönetiminde; genel tedaviye uyumu için sağlık eğitimi ve danışmanlık programları planlanması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Tip 2 diyabet, bakım, kronik hastalık, yaşam kalitesi

Received date / Geliş tarihi: 21.08.2019, Accepted date / Kabul tarihi: 10.11.2019

¹ Endocrinology and Metabolism Diseases Clinic, Health Practice and Research Center, Tekirdağ Namık Kemal University, Tekirdağ, TURKEY.

² Tekirdağ Namık Kemal University School of Health, Nursing Department Tekirdağ, TURKEY.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Nurhan Özpancar, Tekirdağ Namık Kemal University School of Health, Nursing Department Tekirdağ, TURKEY.

E-mail: nurhan25@hotmail.com

Zuhur S, Ozpancar N. The Effect of Care Needs on Quality of Life and Chronic Disease Care in Patients with Diabetes. TJFMPC, 2020;14(1): 56-65.

DOI: [10.21763/tjfm.693078](https://doi.org/10.21763/tjfm.693078)

INTRODUCTION

Chronic diseases constitute an important portion of deaths in adulthood and their importance is increasing worldwide.¹ Type 2 diabetes, which is a chronic disease, is a global health problem that is increasing in importance globally due to its prevalence and the problems it creates, causing workload loss, financial burden, chronically and adversely affecting the quality of life. It is estimated that 425 million people worldwide have Type 2 diabetes and this figure is expected to reach 629 million people by 2045. It was reported that 5 million people aged between 20-79 years have lost their lives due to Type 2 diabetes and complications and this ratio constitutes 14.5% of all causes of death worldwide.² In Turkey; the prevalence of diabetes in adults over 20 years of age has increased from 7.2% to 16.5% in 12 years, and this figure is 13.7% in the standardization of 2009 official Turkish population according to age distribution. The incidence of Type 2 diabetes in children and adolescents is increasing rapidly in recent years due to nutrition, inactivity and inadequate lifestyle.³ When we examine the 2015 report of the International Diabetes Federation (IDF), the cost of prevention and treatment of Type 2 diabetes and Type 2 diabetes globally exceeds US \$ 802 billion.⁴ Early diagnosis, appropriate treatment, and effective management of Type 2 diabetes are important to reduce the burden of Type 2 diabetes on the individual and the community. The presence of Type 2 diabetes may also cause macrovascular problems such as coronary heart disease, cerebrovascular diseases and peripheral vascular diseases at an early age and may lead to a more aggressive progression, which may adversely affect the quality of life of patients.⁵ Nowadays, the spread of chronic diseases reveals the importance of chronic disease management programs. Effective chronic disease management may allow the patient to gain self-management skills.¹ A significant portion of care is done by Type 2 diabetes patients, themselves. Increasing the awareness and self-management skills of Type 2 diabetes patients are possible with sustainable education programs. The health outcomes are affected positively among individuals who have learned disease management, their quality of life increases and the cost associated with their disease decreases significantly.

In addition, one-to-one patient follow-up, regular glucose level monitoring, insulin therapy support, regulation of individual nutrition programs, screening, and controls for complications, emotional support for patients such as emotional support are not met sufficiently during the care and follow-up of Type 2 diabetes. In this

case, it is predicted that there is a negative impact on the quality of life patients with Type 2 diabetes.⁶ In the literature, studies to determine the care needs, to improve the management of care, quality of life, and chronic disease care of individuals with Type 2 diabetes is limited. The aim of this study was to investigate the effect of care needs on quality of life and chronic disease care in patients with Type 2 diabetes.

METHODS

Research questions

- What are the descriptive features and care needs of patients?
- Is there a difference between the care needs of patients and their quality of life and chronic disease-care?
- Is there a relationship between the quality of life of patients with Type 2 diabetes and the outcome of the assessment of chronic disease care?

Study design and sample size

The study was conducted as a cross-sectional and descriptive study. The study population consisted of 723 registered patients aged 18 years and older who applied for follow-up and treatment of Type 2 diabetes between January 2016 and January 2017 in the Internal Medicine Department Endocrinology and Metabolism Diseases Clinic of a university hospital. The sample for the research was calculated as 145 for the study population according to the known sample calculation with 13.7% prevalence, 95% confidence interval and 5% error margin. One hundred and fifty patients who accepted participation in the study voluntarily and who did not have communication disabilities formed the sample of the study. Patients with chronic disease (hypertension, liver failure, chronic renal failure, chronic heart failure, chronic obstructive lung disease, chronic arterial disease, cerebrovascular disease) other than Type 2 diabetes were excluded from the study.

Data collection

For the collection of data, the Patient Information and Care Management Evaluation Form, Quality of Life Assessment Scale (EQ-5D-5L) and the Patient Assessment of Chronic Illness Care - Patient Form (PACIC) were used.

Patient Information and Care Management Evaluation Form: This form consists of a total of 32 questions describing the socio-demographic characteristics, diabetes treatment and

characteristics of diabetes management in light of the literature.^{1,2,5}

Quality of Life Assessment Scale (EQ-5D-5L):

This is a self-report scale developed in 2009 by the EuroQoL group, which is used to measure the quality of life. EuroQoL is a research community in Western European performing quality of life research. The EQ-5D identifier system and the EQ visual analog scale (EQ-VAS) are two separate sections. The index scores are 0 value death and 1 value perfect health. The Visual Analog Scale (EQ-VAS) has a vertical line with numbers from 0-100. The individual's health status is marked best as "100 points" and worst is "0 points". Quality of life increases as score increases.⁷

Patient Assessment of Chronic Illness Care - Patient Form (PACIC):

The Patient Assessment of Chronic Illness Care - Patient Form (PACIC) was developed by Glasgow et al. in 2005,⁸ in a study about chronic diseases, such as hypertension, arthritis, depression, diabetes, and asthma. The total score of the scale is the average of all 20 items. The lowest total score is 1, while the highest total score is 5. The Cronbach alpha coefficient of the scale was 0.93 according to the validity and reliability studies for the scale.⁹

Ethical Considerations

Ethical approval was obtained from the non-interventional research ethical committee of the Faculty of Medicine (Approval number: 2016/106/09/04 Date: 27/10/2016). All of the participants signed informed consent before participating.

Statistical analysis

The NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (NCSS LLC, Kaysville, Utah, USA) program was used. The evaluation of data used mean, standard deviation, median, frequency, and ratio. The one-way analysis of variance (ANOVA) test and the post hoc (Tukey) test were used to determine the difference between groups. The Kruskal-Wallis test and Mann-Whitney U test was used for the determination of the group that caused the difference between the two groups. Pearson correlation analysis was used to evaluate the relationships between variables. $P < 0.05$ and $P < 0.01$ were considered significant.

RESULTS

The mean age of the patients was 52.75 ± 8.70 years (minimum: 31-maximum: 82); 58.7% female,

38.7% overweight and body mass index (BMI) average 30.60 ± 5.95 kg/m². Of patients, 58% were primary school graduates, 97.3% were married, 36.7% were employed, 23.3% were smokers and 14.7% alcohol. In terms of diabetes, 32.7% of the patients had Type 2 diabetes for 4-6 years, 57.3% of patients use oral antidiabetics and 95.3% of them receive insulin treatment. Type 2 diabetes education had been given to 54% of the patients and most thought that education was not sufficient. Blood glucose levels were monitored at home by 84% of the patients and 41.3% of the patients regularly record their results. Of patients, 45.3% stated that they exercised, 65.3% followed a diet and 45.3% had good compliance with treatment (Table 1).

Table 1. Descriptive and care management characteristics of patients (n = 150)

		Minimum- Maximum	Mean±standard deviation
Age (year)		31-82	52.75 ± 8.70
Body mass index		17.54-58.72	30.60 ± 5.95
		n	%
Gender	Male	62	41.3
	Female	88	58.7
Body mass index classification	Low weight	1	0.7
	Normal weight	16	10.7
	Overweight	58	38.7
	High obesity	46	30.7
	Very high obesity	20	13.3
	Morbid obesity	9	6.0
Education	Primary education	87	58.0
	High school	30	20.0
	University	33	22.0
Marital status	Single	4	2.7
	Married	146	97.3
Employment status	Yes	55	36.7
	No	95	63.3
Smoking	Current smoking	35	23.3
	Non-smoker	61	40.7
	Ex-smoking	54	36.0
Alcohol	Alcohol	22	14.7
	Alcohol-free	101	67.3
	Ex-alcohol	27	18.0
Duration of diabetes (years)	1-3 year	40	26.7
	4-6 year	49	32.7
	7-9 year	22	14.7
	≥10 year	39	26.0
Treatment	Insulin	2	1.3
	Oral antidiabetic	86	57.3
	Insulin+oral antidiabetic	62	41.3
Self-application of insulin (n:64)	Yes	61	95.3
	No	3	4.7
Diabetes education	Yes	81	54.0
	No	69	46.0
Quality of education	Yes	31	20.7
	No	81	54.0
	Partially	38	25.3
Self-applied blood glucose measurement	Yes	126	84.0
	No	24	16.0
Regular recording of blood glucose results (n: 126)	Yes	52	1.3
	No	48	38.1
	Sometimes	26	20.6
Exercise	Yes	68	45.3
	No	48	32.0
	Sometimes	34	22.7
Diet	Yes	98	65.3
	No	52	34.7
	Very bad	8	5.3
	Bad	36	24.0
Treatment adherence	Good	68	45.3
	Very good	32	21.4
	Excellent	6	4.0

There was a statistically significant correlation between treatment compliance level and EQ-5D-5L overall health score index value (r: 0.166; P < 0.05) and VAS score (r: 0.165; P < 0.05). There was

a statistically significant correlation between BMI values of patients and EQ-5D-5L overall health score index (r: -0.224; P < 0.01) and VAS score (r: -0.186; P < 0.05). A statistically significant correlation was found between hemoglobin A1c (HbA1c) values and EQ-5D-5L overall health score index value (r: -0.188; P < 0.05) and VAS score

(r: -0.225; P < 0.01). A statistically significant difference was found in terms of the overall health score of the patients according to the diet status of the patients (P < 0.01), and the scores of those who were on a regular diet were higher than those who did not follow a regular diet (Table 2).

Table 2. The relationship between patients' disease, care management, some metabolic variables and quality of life (EQ-5D-5L Overall Health Score) (n = 150)

	Overall Health Score (EQ-5D-5L)				
	Index value (0-1)		Visual Analog Scale (0-100)		
	r	P	r	P	
Treatment adherence	0.166	0.042*	0.165	0.043*	
Body mass index	-0.224	0.006**	-0.186	0.023*	
Hemoglobin A1c (%)	-0.188	0.022*	-0.225	0.006**	
	n	Mean±standard deviation	P statistics	Mean±standard deviation	P statistics
Duration of diabetes (years)					
1-3 years	40	0.86 ± 0.17	P: 0.517	76.60 ± 19.87	P: 0.462
4-6 years	49	0.84 ± 0.18	F: 0.763	71.82 ± 19.21	F: 0.863
7-9 years	22	0.79 ± 0.17		69.18 ± 14.76	
≥10 years	39	0.84 ± 0.17		72.03 ± 19.93	
Diabetes education					
Yes	81	0.85 ± 0.17	P: 0.587	72.72 ± 18.69	P: 0.976
No	69	0.83 ± 0.18	t: 0.544	72.81 ± 19.47	t: -0.031
Self-applied blood glucose measurement					
Yes	126	0.83 ± 0.17	P: 0.354	72.91 ± 19.26	P: 0.822
No	24	0.87 ± 0.16	t: -0.929	71.96 ± 17.87	t: 0.225
Exercise					
Yes	68	0.87 ± 0.17	P: 0.111	74.46 ± 19.40	P: 0.606
No	48	0.80 ± 0.19	F: 2.228	71.60 ± 18.76	F: 0.503
Sometimes	34	0.85 ± 0.15		71.00 ± 18.75	
Diet					
Yes	98	0.87 ± 0.16	P: 0.003**	75.04 ± 17.39	P: 0.043**
No	52	0.78 ± 0.18	t: 3.059	68.46 ± 21.20	t: 2.041

r: Pearson correlation coefficient, t: Independent groups t test, F: One-way analysis of variance, *P < 0.05, **P < 0.01

PACIC total score (r: 0.178; P < 0.05) was found to be positively correlated with treatment compliance level. There was a statistically significant correlation between treatment compliance level and decision-making support (r: 0.215; P < 0.01) and goal determination/guidance (r: 0.185; P < 0.05) subscale scores. A statistically significant difference was found in PACIC decision-making

support (P < 0.05) and goal identification/guidance (P < 0.05) sub-dimension scores according to patients receiving Type 2 diabetes education. It was determined that the scores for those with education were higher than the scores of those who did not receive education (Table 3).

Table 3. The relationship between patients' disease and care management characteristics and chronic disease care assessment (PACIC) results (n = 150)							
		Patient Participation	Decision Making Support	Goal Determination/ Guidance	Problem solving	Monitoring/ Coordination	Total Scale Score
Treatment adherence		r: 0.128 P: 0.118	r: 0.215 P: 0.008**	r: 0.185 P: 0.023*	r: 0.142 P: 0.082	r: 0.103 P: 0.209	r: 0.178 P: 0.029*
Characteristics	n	Mean± standard deviation	Mean± standard deviation	Mean± standard deviation	Mean± standard deviation	Mean± standard deviation	Mean± standard deviation
Duration of diabetes (years)							
1-3 years	40	3.98 ± 1.02	4.34 ± 0.77	3.75 ± 0.99	3.48 ± 1.01	3.27 ± 1.01	3.70 ± 0.82
4-6 years	49	4.32 ± 0.90	4.50 ± 0.75	3.94 ± 1.02	3.53 ± 1.01	3.44 ± 1.03	3.87 ± 0.80
7-9 years	22	4.38 ± 0.56	4.47 ± 0.70	3.77 ± 0.75	3.59 ± 0.86	3.61 ± 0.77	3.89 ± 0.57
≥10 years	39	4.01 ± 1.02	4.25 ± 0.83	3.73 ± 1.05	3.46 ± 1.07	3.32 ± 0.99	3.69 ± 0.89
	P statistics	P: 0.156 F: 1.769	P: 0.448 F: 0.890	P: 0.727 F: 0.436	P: 0.965 F: 0.091	P: 0.570 F: 0.673	P: 0.583 F: 0.651
Diabetes education							
Yes	81	4.25 ± 0.82	4.51 ± 0.69	3.98 ± 0.91	3.60 ± 0.99	3.48 ± 0.89	3.90 ± 0.71
No	69	4.04 ± 1.04	4.24 ± 0.83	3.61 ± 1.03	3.40 ± 1.01	3.28 ± 1.07	3.64 ± 0.87
	P statistics	P: 0.176 t: 1.359	P: 0.027* t: 2.204	P: 0.023* t: 2.297	P: 0.238 t: 1.184	P: 0.211 t: 1.256	P: 0.053 t: 1.951
Self-applied blood glucose measurement							
Yes	126	4.16 ± 0.96	4.43 ± 0.76	3.85 ± 0.95	3.54 ± 1.00	3.41 ± 0.97	3.81 ± 0.79
No	24	4.11 ± 0.78	4.18 ± 0.81	3.59 ± 1.11	3.35 ± 0.99	3.26 ± 1.04	3.63 ± 0.85
	P statistics	P: 0.800 t: 0.253	P: 0.152 t: 1.440	P: 0.239 t: 1.181	P: 0.416 t: 0.815	P: 0.485 t: 0.701	P: 0.303 t: 1.034
Exercise							
Yes	68	4.28 ± 0.89	4.48 ± 0.82	3.94 ± 1.06	3.67 ± 0.98	3.47 ± 0.96	3.90 ± 0.81
No	48	4.10 ± 0.92	4.40 ± 0.64	3.70 ± 0.88	3.40 ± 0.97	3.33 ± 1.03	3.71 ± 0.71
Sometimes	34	3.98 ± 1.02	4.19 ± 0.82	3.70 ± 0.95	3.34 ± 1.07	3.29 ± 0.95	3.64 ± 0.88
	P statistics	P: 0.283 F: 1.271	P: 0.189 F: 1.684	P: 0.336 F: 1.099	P: 0.201 F: 1.623	P: 0.602 F: 0.509	P: 0.233 F: 1.471
Diet							
Yes	98	4.17 ± 1.00	4.42 ± 0.79	3.91 ± 1.04	3.58 ± 1.04	3.49 ± 1.00	3.86 ± 0.84
No	52	4.12 ± 0.82	4.32 ± 0.72	3.62 ± 0.85	3.37 ± 0.90	3.19 ± 0.91	3.64 ± 0.70
	P statistics	P: 0.748 t: 0.321	P: 0.444 t: 0.768	P: 0.086 t: 1.729	P: 0.208 t: 1.264	P: 0.076 t: 1.787	P: 0.120 t: 1.471

r: Pearson correlation coefficient, t: Independent groups t test, F: One-way analysis of variance, *P < 0.05, **P < 0.01

There were a statistically significant correlation between EQ-5D-5L overall health score index value and PACIC decision-making support subscale scores (r: 0.195, P < 0.05). There was a statistically significant correlation between EQ-5D-5L overall health score index value and PACIC

goal determination/guidance subscale scores (r: 0.165, P < 0.05) (Table 4).

Table 4. Relationship between patients' quality of life (EQ-5D-5L overall health score) and chronic disease care evaluation (PACIC) (n = 150)

	Overall Health Score (EQ-5D-5L)			
	Index value (0-1)		Visual Analog Scale (0-100)	
	r	P	r	P
Patient Participation	0.154	0.061	0.060	0.462
Decision making support	0.195	0.017*	0.096	0.242
Goal determination/Guidance	0.165	0.043*	0.050	0.541
Problem solving	0.051	0.535	-0.049	0.554
Monitoring/Coordination	0.043	0.599	0.004	0.962
Chronic Disease Care Evaluation (PACIC) Total Scale Score	0.132	0.108	0.029	0.725

r: Pearson correlation coefficient, *P < 0.05

DISCUSSION

Quality of life is an important component of Type 2 diabetes care management. Low quality of life in individuals with Type 2 diabetes may lead to lack of motivation, socio-economic and cultural problems, and disruption of health promotion activities. Therefore, improving quality of life is the basis of health promotion programs for the improvement and maintenance of health.¹⁰ The chronic disease care model is a model that supports the protective and holistic care of individuals with Type 2 diabetes. This model can benefit individuals' active participation in their care and treatment, comprehensive information, and strengthening self-management support.¹¹

In our study, there was a negative correlation between BMI and quality of life EQ-5D-5L overall health score index (r: -0.224; P < 0.01) and VAS score (r: -0.186; P < 0.05). In parallel to our study results, Zyoud et al.¹² conducted a study of 408 Type 2 diabetics and showed a significant relationship between BMI and quality of life. Rwegerera et al.¹³ found higher BMI is associated with a greater number of chronic and somatic diseases, and therefore may affect the quality of life. Saleh et al.¹⁴ stated that high BMI could lead to impaired quality of life by increasing the risk of developing complications related to Type 2 diabetes. Obesity, one of the most important health problems of our time, is a chronic disease that can cause psychological, social and medical problems that may adversely affect the quality of life. It was observed that quality of life decreases with the increase in obesity of individuals.¹⁵ In parallel with the literature, in our study quality of life decreased with obesity in people with Type 2

diabetes. Supporting medical nutrition therapy and creating exercise plans, providing psychological support, reducing body image anxiety and developing training programs should be targeted in the management of patients with Type 2 diabetes and weight problems.

The HbA1c value is an indicator of the risk of complications during follow-up of metabolic control in Type 2 diabetes. Patients with poor metabolic control have a poor quality of life.¹⁶ In this study, HbA1c values of the patients were found to be 7.42 ± 1.28 . A significant negative correlation was found between HbA1c and EQ-5D-5L overall health score index (r: -0.188; P < 0.05) and VAS score (r: -0.225; P < 0.01). Sundaram et al.¹⁷ reported that if the HbA1c level was below 7.0%, the quality of life was better.

In this study, it was found that 32.7% of patients had a diagnosis of Type 2 diabetes for 4 to 6 years, 41.3% had oral antidiabetic drug (OAD) therapy with insulin therapy, and 43.8% had been using insulin for 1-3 years. Bourdel-Marchasson et al.¹⁸ in a study conducted with 2,832 Type 2 diabetics found 24.1% of the patients were diagnosed with Type 2 diabetes for 5-9 years and 10.7% of them received insulin + OAD treatment. In the study conducted by Yanik and Erol¹⁹ with 230 Type 2 diabetic patients, the mean duration of diagnosis was 9.5 ± 6.9 years, and 23% of them received insulin + OAD treatment. D'Souza et al.²⁰ in a study conducted with 140 Type 2 diabetics identified that 44.3% of the patients were diagnosed for 5-10 years, and 27.1% were treated with insulin + OAD. Zyoud et al.²¹ study conducted with 408 patients with Type 2 diabetes had an average of 12 ± 8.8 years diagnosis and 60% of

patients received insulin + OAD treatment. It was observed that the rates of diagnosis and treatment regimen varied in our study. It was reported that the duration of Type 2 diabetes may adversely affect metabolic control and treatment compliance.²² Arslan found that 46.6% of patients with Type 2 diabetes who had less than 5 years of diagnosis were compliant with treatment.²³ In our study in contrast to the literature findings, the majority (40.7%) of the patients stated that although the duration of the disease was 7 years and over, the majority (70.7%) had good compliance with the treatment.

In our study, it was determined that 46% of the patients had not received Type 2 diabetes education from their health professionals. There was also a significant difference between the patients receiving Type 2 diabetes education and PACIC decision-making support ($P < 0.05$) and goal identification/guidance ($P < 0.05$) sub-dimension scores. The rate of receiving education in the studies was 42.1% in the study by D'Souza et al.²⁰, 60% in the study by Ustaalioglu²⁴ and 29.3% in the study by Yıldırım.²⁵ Szecsenyi et al.²⁶ in their research on Type 2 diabetes ($n = 1399$) found 61.7% of the patients were registered in the disease management program and PACIC = subscale scores were highest for the decision-making support score. In most of the literature, the rate of participation in education was insufficient, as in our study. Among the possible causes of the inadequacy of participation in the education programs for Type 2 diabetics are reluctance, lack of awareness, and insufficient social support. The study by Arslan ($n = 400$) observed that patients attending the training program had higher compliance with treatment.²³

Compliance with treatment in diabetes is the main determinant of treatment success. Lack of adaptation to treatment constitutes an obstacle to improving the quality of life. In patients with Type 2 diabetes, incompatibility leads to insufficient glycaemic control and long-term complications.²⁷ In our study, it was concluded that 45.3% of the patients had regular exercise and 65.3% of them followed their diet. When asked about the patient's compliance with the treatment, 45.3% considered their compliance as good. In the study by Akgüç²⁸ ($n = 100$), 25% of the patients regularly followed their diet and 41% had regular exercise. Arslan and et al.²³ reported that ($n = 400$), 57.3% of the patients had good adherence to treatment and 41.7% of them followed their diet. In the study by Baykal and Kapucu ($n = 157$), it was observed that 56.8% of the patients exercised and 78.3% of the patients were dieting.²⁹ In our study, there was a significant relationship between the compliance

level with treatment and the total PACIC score, decision support and goal-setting/guidance sub-dimension scores. When we examine the literature, it was seen that the glycaemic values of patients with high compliance to treatment were more normal.²² Our results are similar to the literature. Diet and exercise compliance in patients with Type 2 diabetes improves the quality of life by reducing the risk of complications.¹⁶

In our study, there was a significant difference between the quality of life of the patients based on their treatment compliance and diet. Zyoud et al. reported a correlation between treatment compliance and quality of life.¹² The study of Bradley et al. also stated that possible health problems related to treatment regimen could adversely affect treatment compliance and quality of life.³⁰

In this study, there was a statistically significant relationship between the quality of life EQ-5D-5L general health score index and PACIC decision support and goal identification/guidance sub-dimension scores. This result can be interpreted as related to the decreased risk of disease-related complications in patients with chronic disease care management and the improved quality of life.

For support of Type 2 diabetes self-management, it is foreseeable that guiding the goal-setting process of individuals leads to a higher quality of life by increasing the decision-making power of Type 2 diabetes patients in chronic disease management. In the process of chronic disease management, the aim should be to establish a special care program for Type 2 diabetes, to establish a follow-up/coordination system and to evaluate the results, and to raise awareness of diabetes with education and support of Type 2 diabetes self-management among Type 2 diabetes patients. Thus, the quality of life and satisfaction can be increased by meeting the care needs of individuals with Type 2 diabetes.

Limitation of the study

Since the study was conducted only in a university hospital, the results cannot be generalized to all Type 2 diabetes patients

Acknowledgement

The authors are grateful to Type 2 diabetes patients 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. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care *Lancet*. 2008;372(9642):940-9. PMID: 18790317; doi: 10.1016/S0140-6736(08)61404-X.
2. International Diabetes Federation (IDF). *Diabetes Atlas- 8th ed.* IDF; 2017. ISBN: 978-2-930229-87-4. Available from: http://diabetesatlas.org/IDF_Diabetes_Atlas_8e_interactive_EN/. Accessed in 2019 (Apr 17).
3. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, et al. Twelve-year trends in the prevalence and risk factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol*. 2013;28(2):169-80. PMID: 23407904; doi: 10.1007/s10654-013-9771-5.
4. International Diabetes Federation (IDF). *Diabetes Atlas-7th ed.* IDF; 2015. ISBN: 978-2-930229-81-2. Available from: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas/13-diabetes-atlas-seventh-edition.html>. Accessed in 2019 (Apr 17).
5. Kahn CR, Weir GC, King GL, et al. *Diabetes: Definition, genetics and pathogenesis.* Joslin's Diabetes Mellitus. 2008; İstanbul Tıp Kitabevi. İstanbul pp.331-41.
6. Nutting PA, Dickinson WP, Dickinson LM, et al. Use of chronic care model elements is associated with higher-quality care for diabetes. *Ann Fam Med*. 2007;5(1):14-20. PMID: 17261860; doi: 10.1370/afm.610
7. EQ-5D-5L User Guide, EuroQol Group, Basic Information on how to use the EQ-5D-5L Instrument, Version 2.1, 2015. Date of access: 16.05.2017. Available from: https://euroqol.org/wp-content/uploads/2016/09/EQ-5D-5L_UserGuide_2015.pdf. Accessed in 2019 (Apr 17).
8. Glasgow RE, Wagner EH, Schaefer J, et al. Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Medical Care*. 2005;43(5):436-44. PMID: 15838407.
9. İncirkuş K, Nahcivan NÖ. Kronik hastalık bakımını değerlendirme ölçeği-hasta formu'nun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *DEUHYO ED*. 2011;4(1):102-9. Available from: <https://toad.halileksi.net/sites/default/files/pdf/kronik-hastalik-bakimini-degerlendirme-olcegi-toad.pdf>. Accessed in 2019 (Apr 17).
10. Fransen MP, Beune EJ, Baim-Lance AM, Bruessing RC, Essink-Bot ML. Diabetes self-management support for patients with low health literacy: perceptions of patients and providers. *J Diabetes*. 2015;7(3):418-25. PMID: 25042519; doi: 10.1111/1753-0407.12191.
11. Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving chronic illness care: Translating evidence into action interventions that encourage people to acquire self-management skills are essential in chronic illness care. *Health Affairs*. 2001;20(6):64-78. PMID: 11816692; doi: 10.1377/hlthaff.20.6.64.
12. Zyoud SH, Al-Jabi SW, Sweileh WM, et al. Relationship of treatment satisfaction to health-related quality of life among Palestinian patients with type 2 diabetes mellitus: Findings from a cross-sectional study. *J Clin Transl Endocrinol*. 2015;2(2):66-71. PMID: 29159112; doi: 10.1016/j.jcte.2015.03.002.
13. Rwegerera GM, Moshomo T, Gaenamang M, et al. Health-related quality of life and associated factors among patients with diabetes mellitus in Botswana. *Alex J Med*. 2018;54(2):111-8. doi: 10.1016/j.ajme.2017.05.010.
14. Saleh F, Ara F, Mumu SJ, Abdul Hafez A. Assessment of health-related quality of life of Bangladeshi patients with type 2 diabetes using the EQ-5D: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2015;8(497):1-8. PMID: 26420245; doi: 10.1186/s13104-015-1453-9.
15. Son N. Assessment of body perception, psychological distress, and subjective quality of life among obese and nonobese subjects in Turkey. *Nigerian Journal of Clinical Practice*. 2017;20(10):1302-8. doi: 10.4103/1119-3077.219509.
16. Kara K, Çınar S. The relation between diabetes care profile and metabolic control variables. *Kafkas J Med Sci*. 2011;1(2):57-63. doi: 10.5505/kjms.2011.41736.

17. Sundaram M, Kavookjian J, Patrick JH. Health-related quality of life and quality of life in type 2 diabetes: relationships in a cross-sectional study. *Patient*. 2009;2(2):121-33. PMID: 22273088 doi: 10.2165/01312067-200902020-00008.
18. Bourdel-Marchasson I, Druet C, Helmer C, et al. Correlates of health-related quality of life in French people with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practic*. 2013;101(2):226-35. PMID: 23831112; doi: 10.1016/j.diabres.2013.05.011.
19. Yanık YT, Erol Ö. Evaluation of self-efficacy levels of individuals with type 2 diabetes. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2016;19(3):166-74. doi: 10.17049/ahsbd.22818.
20. D'souza MS, Karkada SN, Parahoo K, et al. Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes. *Appl Nurs Res*. 2017;36:25-32. PMID: 28720235; doi: 10.1016/j.apnr.2017.05.004.
21. Zyoud SH, Al-Jabi SW, Sweileh WM, et al. Relationship of treatment satisfaction to health-related quality of life among Palestinian patients with type 2 diabetes mellitus: Findings from a cross-sectional study. *J Clin Transl Endocrinol*. 2015;2(2):66-71. PMID: 29159112; doi: 10.1016/j.jcte.2015.03.002.
22. Kitzler TM, Bachar M, Skrabal F, Kotonko P. Evaluation of treatment adherence in type 1 diabetes: a novel approach. *Eur J Clin Invest*. 2007;37(3):207-13. PMID:17359488; doi: 10.1111/j.1365-2362.2007.01771.x.
23. Arslan E. Factors affecting compliance of patients with type 2 diabetes mellitus [thesis]. Diyarbakır,Turkey: Dicle University, Faculty of Medicine; 2011;31-42.
24. Ustaalioglu S, Tan M. Examination of type 2 diabetics attitudes and behaviours against care and treatment. *GUSBD*. 2017;6(4):12-20. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/370763>. Accessed in 2019 (Apr 17).
25. Yıldırım D. Evaluation of the care needs of adults with type 1 diabetes; preliminary study to develop a maintenance model [thesis]. İstanbul, Turkey: İstanbul University, Health Sciences Institute; 2013;37-47.
26. Szecsenyi J, Rosemann T, Joos S, Peters-Klimm F, Miksch A. German diabetes disease management programs are appropriate for restructuring care according to the chronic care model. *Diabetes Care*. 2008;31(6):1150-4. PMID: 18299443; doi: 10.2337/dc07-2104.
27. Miller AT, Dimatteo MR. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2013;6:421-6. PMID: 24232691; doi: 10.2147/DMSO.S36368.
28. Akgüç N. Evaluation of disease perception and treatment compliance in patients with type 2 diabetes [thesis]. İstanbul, Turkey: Haliç University, Health Sciences Institute; 2013;55-109.
29. Baykal A, Kapucu S. Type II diabetes mellitus patients' adherence to treatment. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*. 2015;2(2):44-58. Available from: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/88663>. Accessed in 2019 (Apr 17).
30. Bradley C, de Pablos-Velasco P, Parhofer KG, et al. Panorama: A European study to evaluate quality of life and treatment satisfaction in patients with type-2 diabetes mellitus-study design. *Primary Care Diabetes*. 2011;5(4):231-9. PMID: 21752743; doi: 10.1016/j.pcd.2011.04.004.



Acne: What Does Youth Think About It?

Akne: Gençler Ne Düşünüyor?

Ilyas Erken¹, Ülkü Yıldız², Melike Eskici³, Gizem Limnili⁴, Nilgün Özçakar⁴

ABSTRACT

Objective: Acne vulgaris, a chronic disorder of pilosebaceous units, is common in adolescents. Early detection and appropriate treatment of acne is essential in the prevention of severe acne and scarring, and the consequent adverse psychosocial disabilities resulting from feelings of embarrassment, frustration and poor self-esteem. Emotional issues in young individuals with acne must be identified appropriately. **Material and method:** This was a cross-sectional survey involving students applied to a University Medical Center. They were administered a questionnaire including socio-demographical properties, general knowledge about acne and Rosenberg Self-Esteem Scale's first ten questions. SPSS 15.0 program was used for statistical analysis and $p < 0.05$ was accepted as statistical significant. **Results:** Two hundred and forty seven students were included and 63.6% (n.157) were women. Mean age was 21.40 ± 2.38 . Majority of the students (99.3%) had acne but 41.3% of acne problems had lasted before three months. Acne was defined as an illness by 53.4% of the students and 38.1% visited a doctor for acne treatment. **Conclusion:** Despite the high prevalence of acne, there is still much deficiency of knowledge and wrong beliefs about acne. This indicates that there is a need for education about etiopathogenesis, potential complications and importance of effective treatment for acne.

Keywords: Acne, acne perception, adolescence, university students, self-esteem, Rosenberg Self-Esteem Scale

ÖZET

Amaç: Akne vulgaris, pilosebace birimlerin ergenlerde yaygın olarak görülen kronik bir hastalığıdır. Aknenin erken tanısı ve uygun tedavisi, şiddetli akne ile yara izi oluşumunun utanç, hayal kırıklığı, düşük benlik saygısı duygularından kaynaklanan, olumsuz psikososyal sorunların önlenmesinde önemlidir. Akneli genç bireylerde, duygusal konular, uygun teşhis edilmelidir. **Yöntem:** Bu çalışma, bir üniversitenin medikososyal hizmetler birimine başvuran öğrencilerin yer aldığı kesitsel bir çalışmadır. Katılımcılara, sosyodemografik özellikler, akne hakkında genel bilgiler ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ilk on sorusunu içeren bir anket uygulanmıştır. Veri analizinde SPSS 15.0 kullanılmış ve $p < 0.05$ anlamlı kabul edilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya 247 öğrenci dâhil edilmiş olup % 63,6'sı (n=157) kadındır. Yaş ortalaması 21.40 ± 2.38 (Min=18, Maks=32) olan öğrencilerin çoğunluğunda (%99,3) akne görüldüğü, %41,3'ünde üç aydan az sürdüğü belirtilmiştir. Öğrencilerin %53,4'ü akneyi bir hastalık olarak tanımlamış ve %38,1'i akne tedavisi için doktora başvurmuştur. **Sonuç:** Üniversite öğrencileri arasında akne görülme sıklığı yüksek olmasına rağmen, akne hakkındaki bilgi düzeyleri düşük bulunmuştur. Konuyla ilgili olarak etiopatogenez, potansiyel komplikasyonlar ve uygun tedavinin önemi açısından gerekli bilgilendirmenin yarar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Akne, akne algısı, ergenlik, üniversite öğrencileri, benlik saygısı, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Received / Geliş tarihi: 29.06.2019, Accepted / Kabul tarihi: 10.11.2019

¹Osmangazi Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği, Eskişehir, Türkiye

²Köyceğiz 1 Nolu Merkez Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği, Muğla, Türkiye

³Bayramiç Çarşısı Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği, Çanakkale, Türkiye

⁴Dokuz Eylül Üniversitesi, Aile Hekimliği AD, İzmir, Türkiye

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gizem Limnili, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, 35340, Balçova-İZMİR - TÜRKİYE, E-mail: gizem.limnili@deu.edu.tr

Erken İ. Yıldız Ü. Eskici M. Limnili G. Özçakar N. Akne: Gençler Ne Düşünüyor?. TJFMPC, 2020;14 (1): 66-71.

DOI: 10.21763/tjfm.693094

GİRİŞ

Akne, en sık görülen deri hastalığıdır ve pilosebace ünitenin multifaktöriyel, kronik yangısı olarak tanımlanmaktadır. Ergenlik dönemine ait ve genel olarak kendini sınırlayan bir hastalık olmasına karşın, yetişkinlik döneminde de yüksek oranda görülmeye devam etmektedir.¹ Akne patogenezinde rol oynayan dört ana neden bilinmektedir. Bunlar; sebase bezlerde sebum üretimi, *Propionibacterium acnes*'in foliküler kolonizasyonu, keratinizasyondaki değişiklik ve enflamatuar mediatörlerin deriye salınmasıdır.^{2,3} Akne görülen bireylerde tedavi, hastaya özel olarak lezyonların şiddetine, klinik tabloya belirgin olan lezyonun türüne, hastanın yaşına ve daha önce uygulanmış tedavilere göre planlanmaktadır. Akne tedavisinde kullanılan ilaçlar, gözeneklerin kapanmasını engellemek amacıyla keratin hücrelerinin ve sebum üretiminin azaltılmasını içerenler, mikrobiyosidal ve hormon tedavileri olarak özetlenebilir.⁴

Yapılan çalışmalarda, bireylerin akne algısı ve konuyla ilgili bilgisinin kısıtlı olduğu bildirilmektedir. Akne patogenezi ve tedavisi bilinir olmasına karşın hastaların çoğu doktora ya hiç başvurmamakta ya da geç başvurarak gerekli tedaviyi almaya geç başlamaktadır.⁵⁻⁹ Klinik bulgular bireylerde kozmetik yakınmalara neden olduğu kadar, psikolojik sorunlara da yol açmaktadır. Ancak bu durumun yaratacağı duygusal etkinin düzeyini ve şeklini önceden tahmin etmek oldukça güçtür.^{10,11} Yapılan çalışmalarda, akne hastalarının kendilerine güven duyguları daha düşük, sosyal ilişkileri kısıtlı, depresyon, anksiyete skorları yüksek olarak bulunmuştur.¹²⁻¹⁴ Vücudun görünen bölgelerindeki lezyonların ve diğer cilt hastalıklarının yaşam kalitesine olumsuz etkisi ortaya konulmuştur.¹⁵ Aknenin, kişilik gelişiminin yaşandığı ergenlik döneminde ortaya çıkması, bu hastalığı kişilerin kaygılarının odak noktası haline getirmektedir. Bu nedenle kişiler arası ilişkilerde, bireyin kendisi ile ilgili değerlendirmelerinde ve günlük performansında etkili olmaktadır.¹⁶ Aknenin, erken dönemde tanınarak tedavi edilmesi ciddi akne oluşumunu ve akneye bağlı skar oluşumunu engelleyerek psikososyal yan etkileri de azaltabilir. Aknenin yol açtığı psikolojik sorunları araştıran pek çok çalışma olmasına karşın, aknenin kişinin benlik saygısı üzerine olan etkisini araştıran çalışmalar kısıtlıdır. Günümüzde gençlerde beden imajının önemi göz önünde tutulduğunda akneli hastalarda benlik saygısının da araştırılması ön plana çıkmaktadır. Bu araştırma, gençlerin aknenin patogenezinin ilişkin bilgileri, bilgi kaynakları, tedavi seçenekleri ve beklentileri ile benlik saygıları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek üzere planlanmıştır.

YÖNTEM:

Kesitsel tanımlayıcı olarak planlanan araştırmaya, etik kurul ve kurumdan gerekli izinler alındıktan sonra herhangi bir nedenle Mayıs-Haziran 2014 tarihleri arasında, üniversitemizin mediko-sosyal birimi'ne başvuran toplam 310 üniversite öğrencisinden çalışmaya katılmayı kabul eden 247'si(%79,6) alınmıştır. Yüz yüze görüşme yöntemiyle demografik bilgiler, akne ile ilgili sorular sorulmuştur. Ankette ayrıca Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeğinin ilk "10" maddesini içeren bir anket uygulanmıştır. Ölçeğin uygulanan ilk 10 maddesi benlik saygısını ölçmeye yöneliktir. Ölçek, ile 0-1 puan yüksek düzeyde benlik saygısı, 2-4 puan orta düzeyde benlik saygısı, 5-6 puan ise düşük düzeyde benlik saygısı olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puanın yükselmesi, benlik saygısı düzeyinin düşmesine işaret etmektedir. Veriler 15.0 SPSS programıyla değerlendirilmiş ve $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR:

Çalışmaya alınan 247 katılımcının %63,6(n=157)'sı kadın olup, ortalama yaş $21,40\pm 2,38$ (min=18, mak=32)'dir. Okudukları fakülterlere göre değerlendirildiklerinde %29,1(n=72)'i mühendislik fakültesinde, %44,5(n=110)'i 1. sınıfta öğrenim görmektedir. Katılımcıların %93,9(n=232)'unun aknesi olmuş, %41,3(n=102)'ünde üç aydan kısa sürdüğü ifade edilmiştir (Tablo 1). Tablo ayrıca katılımcıların akne ile ilgili bilgi ve düşüncelerini göstermektedir. Akne yapan nedenler sorulduğunda %49,8(n=120)'i hormonları, %47,0(n=114)'i beslenmeyi belirtmişlerdir. Akne yapan nedenler olarak ifade edilenlerin tümü açısından her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Katılımcıların %53,4(n=132)'ü akneyi bir hastalık olarak değerlendirdiğini belirtmiş; %38,1(n=94)'i akne nedeniyle doktora başvurduğunu bildirmiştir. Akne sebebiyle aldıkları tedavi %56,4(n=53)'ünün beklentilerini kısmen karşılamıştır. Katılımcıların %8,4(n=19)'ü akne varlığının arkadaşlık ilişkilerini ve %7,1(n=16)'i okul ilişkilerini olumsuz etkilediğini bildirmiştir.

Katılımcılara Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği'nin ilk on sorusu uygulanmıştır. Katılımcıların Benlik Saygısı Ölçeği'nden aldıkları puanlara göre %66,8(n=165)'inin benlik saygısı yüksek, %32,8(n=81)'inin orta ve %0,4(n=1)'ünün düşük bulunmuştur. Yapılan analizlerde cinsiyet, akneyi bir hastalık olarak kabul etme, doktora başvurma, uzun süreli tedavi alma durumu ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,38$, $p=0,26$, $p=0,90$, $p=0,59$ sırasıyla). Aknenin arkadaşlık ilişkilerini olumsuz etkilemesi ve Rosenberg Benlik Algısı Ölçeği

puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunurken; okul ilişkilerini olumsuz etkileme ve ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0,02$, $p=0,17$ sırasıyla) (Tablo2).

TARTIŞMA:

Akne vulgaris, sosyal becerilerin ve bireyler arası ilişkilerinin en çok geliştiği adölesan ve genç erişkinlik döneminde görülen en yaygın deri hastalığıdır.^{17,18} Bu çalışmada; daha önce üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalara benzer şekilde akneyle karşılaşmış olan öğrenciler çoğunluktadır.^{6,9,11} Öğrencilere akneye nelerin sebep olduğu sorulduğunda cevap olarak en sık hormonları; akneyi en çok şiddetlendiren neden olarak da stresi göstermişlerdir. Androjenlerin akne oluşumunda rolü olduğu bilinmektedir ancak akne oluşumunda beslenmenin önemi ile ilgili çalışmaların sonuçlarında, farklı ifadelere rastlanmakta ve bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir.¹⁹⁻²² Literatürde sıklık sıralaması değişmekle birlikte, çalışmamıza benzer şekilde toplumda akne yaptığını inanılan sebepler arasında hormonlar, beslenme, cilt hijyeni, genetik ve stres gösterilmiştir. Bu nedenlere ilişkin bilgilerin bazılarının geçerliliği hala tartışılmaktadır ancak bu duruma ve sıklık sıralamasının değişmesine toplum kültürünün neden olduğu belirtilmektedir.^{20,23} Katılımcıların yarısı akne oluşumunu hastalık olarak kabul etmekle birlikte bu sebeple doktora başvuruları kısıtlıdır. Bu durum akneyi hormon, beslenme, hijyen gibi değişik faktörlere bağlayarak normalleştirilmeleri ile açıklanabilir. Yapılan diğer çalışmalarda da akne nedenleri arasında ifade edilenler benzer bulunmuştur.^{6,7,9,11} Katılımcıların çoğu aknenin tedavisi olduğunu düşünmekte ve tedavi süresinin bir ay ile altı ay arasında değiştiğini belirtmektedir. Bunun yanı sıra tedavi alanların da tedavi süresi kısadır. Bu durum, tedavi seçenekleri ve süresi ile ilgili farkındalığının yeterli olmadığını düşündürmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada benzer sonuçlar bulunmuştur.²⁴ Tedavi için kullanıldığı en çok bilinen ilaçlar cilt temizleme ürünleridir. Bunu hormonlar ve antibiyotikler izlemektedir. Kozmetik olarak cilt temizleme ürünleri reklamlar aracılığıyla bu yaş grubuna daha çok tanıtıldığından, en çok bilinen tedavi seçeneği bu olabilir. Gençlerin akneye ilişkin farkındalıkları, tıbbi yardım alma ve tedavi uygulamalarına uyum gibi konularda önemli rol oynamaktadır. Akne tedavisine erken dönemde başlanması, uygun tedavinin, uygun süre uygulanması postinflatuar hiperpigmentasyon veya akneye bağlı skar oluşumu gibi komplikasyonların engellenmesi açısından önemlidir.

Yapılan çalışmalarda akneye bağlı skar oluşumunun kişinin psikososyal durumunu olumsuz

etkilediği görülmüştür.^{3,8} Gençler kimlik iletişiminin ve diğerleri tarafından beğenilmenin bir ifadesi olarak görünüşleri ile daha fazla ilgilidirler. Yine de akne ile anksiyete-depresyon arasındaki ilişkiyi sorgulayan çalışmaların sonuçlarında bir görüş birliği sağlanamamıştır. Akne vulgarisli hastalarda, anksiyetenin arttığına dair çalışmalar olduğu gibi böyle bir ilişkinin olmadığını bildiren çalışmalar da mevcuttur.^{25,26} Bu durumu destekleyen çalışmalarda psikiyatrik belirtilerle, hastalık şiddeti arasında bir ilişki olmadığı ancak yaşam kalitesindeki bozulma ile ilişkili olduğunu vurgulanmıştır.^{23,27} Bununla birlikte, çalışmaların yapıldığı toplumlar arasındaki farklılıkların sonuçları etkileyebileceği de düşünülmektedir.²⁸ Çalışmamızda gençlerin anlık benlik saygıları yüksektir. Akneyi bir hastalık olarak kabul edenler, uzun süreli tedavi alanlar ile benlik saygısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Öğrencilere aknenin arkadaşlık ilişkileri üzerine olumsuz etkileri sorulduğunda, bu ilişkiler ile benlik saygısı ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Buna karşın aknenin okul içi ilişkileri olumsuz etkilemesi ile benlik saygısı ölçek puanları arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda, akne varlığının arkadaşlık ve ikili ilişkileri, okul başarısını olumsuz yönde etkilediğine dair sonuçlar bulunmaktadır.²⁹ Çalışmamızda bulunan farklılıklar, çalışmada yer alan katılımcıların anlık akne şiddetlerinin öznel olarak değerlendirmemiş olmasından kaynaklanabileceği gibi, akneyi yaş döneminin olağan bir parçası olarak kabul etmelerinden de kaynaklanıyor olabilir. Aynı zamanda benlik saygısının gelişimi içinde sosyal yaşamın, kişilerarası ilişkilerin, iş ve okul yaşamı gibi birçok alanın da payı vardır ve kişinin sorunlarla mücadele gücünün, hastalığı yorumlama şeklinin ve hastalığın süresinin bu konuda değişiklik yaratabileceği düşünülmektedir. Tüm bu nedenlerle, aknenin sıklıkla en yoğun sosyal ve fiziksel değişikliklerin görüldüğü, kimlik gelişiminin yaşandığı ve kalıcı psikolojik sekellerin gelişebileceği ergenlik döneminde ortaya çıkması da, bu komplikasyonların önlenmesinin önemini göstermektedir.

SONUÇ:

Akne, ergenlik döneminde başlayıp ömür boyu sürebilen bir durumdur. Farkında olma ve bir uzmandan yardım alma, fiziksel, sosyal, psikolojik yönlerden etki ve sonuçlarını azaltacaktır. Gençlerde akne ile ilgili olarak etiyopatogenez, potansiyel komplikasyonlar ve uygun tedavinin önemi açısından gerekli bilgilendirmenin yarar sağlayabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Dawson AL, Dellavalle RP. Acne vulgaris. *BMJ* 2013;346:f2634.
2. Thiboutot D, Gollnick H, Bettoli V, Dréno B, Kang S, Leyden JJ et al. New insights into the management of acne: an update from the Global Alliance to Improve Outcomes in Acne group. *J Am Acad Dermatol*. 2009 May;60(5 Suppl):1-50.
3. Güngör E. Akne. *Turk J Dermatol* 2012; 6: 138-49.
4. Botros PA, Tsai G, Pujalte GGA. Evaluation and Management of Acne. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 2015;42(4):465-471.
5. Tan JKL, Vasey K, Fung KY. Beliefs and perceptions of patients with acne. *J Am Acad Dermatol* 2001;44(3):439-445.
6. Uslu G, Sendur N, Uslu M, Savk E, Karaman G, Eskin M. Acne: prevalence, perceptions and effects on psychological health among adolescents in Aydin, Turkey. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 2008;22(4):462-469.
7. Smithard A, Glazebrook C, Williams HC. Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in mid-adolescence: a community-based study. *Br J Dermatol* 2001; 145(2): 274-279.
8. Yahya H. Acne vulgaris in Nigerian adolescents-prevalence, severity, beliefs, perceptions, and practices. *Int J Dermatol* 2009; 48: 498-505.
9. Al Robaee AA. Prevalence, knowledge, beliefs and psychosocial impact of acne in university students in Central Saudi Arabia. *Saudi Med J* 2005; 26:1958-61.
10. Fried RG, Wechsler A. Psychological problems in the acne patient. *Dermatologic Therapy* 2006;19: 237-240.
11. Su P, Chen Wee Aw D, Lee SH, Han Sim Toh MP. Beliefs, perceptions and psychosocial impact of acne amongst Singaporean students in tertiary institutions. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2015;13(3):227-33.
12. Aktan Ş, Özmen E, Şanlı B. Anxiety, depression, and nature of acne vulgaris in adolescents. *Int J Dermatol* 2000;39: 354-7.
13. Behnam B, Taheri R, Ghorbani R, Allameh P. Psychological Impairments in the Patients with Acne. *Indian Journal of Dermatology* 2013; 58(1):26-9.
14. Yolaç Yarpuz A, Demirci Saadet E, Erdi Sanli H, Devrimci Ozgüven H. Akne Vulgaris Hastalarında Sosyal Kaygı Düzeyi ve Bunun Klinik Değişkenler İle İlişkisi. *Turk Psikiyatri Derg* 2008;19(1):29-37.
15. Gurel MS, Yanik M, Simsek Z, Kati M, Karaman A. Quality of life instrument for Turkish people with skin diseases. *Int J Dermatol* 2005;44(11):933-8.
16. Hanna S, Sharma J, Klotz J. Acne vulgaris: more than skin deep. *Dermatol Online J* 2003;9(3):8.
17. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. *Lancet* 2012; 379: 361-72.
18. Tan JK, Bhate K. A global perspective on the epidemiology of acne. *Br J Dermatol*. 2015;172 (1):3-12. doi: 10.1111/bjd.13462.
19. Rzyan B, Kahl C. Epidemiology of acne vulgaris. *JDDG* 2006; 4:8-9.
20. Magin P, Adams J, Heading G, Pond D, Smith W. The causes of acne: a qualitative study of patient perceptions of acne causation and their implication for acne care. *Dermatol Nurs* 2006; 18: 344-349.
21. Veith WB1, Silverberg NB. The association of acne vulgaris with diet. *Cutis* 2011 Aug;88(2):84-91.
22. Davidovici BB. and Wolf R. The role of diet in acne: facts and controversies, *Clin Dermatol* 2010;28(1):12-6. doi: 10.1016/j.clindermatol.2009.03.010.
23. Yazici K, Baz K, Yazici AE, Kokturk A, Tot S, Demirseren D et al. Disease -specific Quality of life is associated with anxiety and depression in patients with acne. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2004; 18: 435-9.
24. Kaptanoğlu AF, Çalırsır ZE, Akdur R. Türkiye'deki genç popülasyonda akneye ilişkin inanışlar, algılamalar ve tutumlar. *Near East Medical Journal* 2011;1(1):7-13.
25. Kaymak Y, Ulutaş I, Taner E, Bakir B, Simşek I. Body image satisfaction and anxiety of a Turkish sample of university students with skin diseases. *Psychol Rep*. 2007;100(2):499-508.
26. Shahzad N, Nasir J, Ikram U, Asmaa-ul-Haque, Qadir A, Sohail MA. Frequency and psychosocial impact of acne on university and college students. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2011;21(7):442-3. doi: 07.2011/JCPSP.442443.
27. Çelik T, Akman A, Karaman T, Başaran E, Yılmaz E. Alopesi Areata ve Akne Vulgarisin Ruhsal Durum Üzerine Etkileri. *Turk J Dermatol* 2010; 4: 4-8.
28. Magin P, Pond C, Smith W, Goode S. Acne's relationship with psychiatric and psychological morbidity: results of a school-based cohort study of adolescents. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010; 24: 58-64.
29. Nguyen CM, Beroukhim K, Danesh MJ, Babikian A, Koo J, Leon A. The psychosocial impact of acne, vitiligo, and psoriasis: a review *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology* 2016;9 383-392.

Tablo1. Katılımcıların bazı demografik özellikleri ve akneye ilişkin görüşleri			
		n	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	157	63,6
	Erkek	90	36,4
Fakülte	Mühendislik	72	29,1
	Hemşirelik	53	21,5
	İşletme-iktisat	55	22,3
	Fen edebiyat	32	13,0
	Denizcilik	13	5,3
	Mimarlık	7	2,8
	Diğer	15	6,0
	Sınıf	Hazırlık	17
1		110	44,5
2		39	15,8
3		44	17,8
4		31	12,6
Yüksek lisans		2	0,8
Doktora		3	1,2
Hayatınızın herhangi bir döneminde akneniz oldu mu?	Evet	232	93,9
	Hayır	15	6,1
Akneniz ne kadar süre devam etti?	<3 ay	102	41,3
	3-6 ay	28	11,3
	7-12 ay	26	10,5
	>1 yıl	91	36,9
Akne oluşumuna neden olduğu ifade edilen faktörler hangileridir?	Hormonlar	120	48,6
	Beslenme	114	46,2
	Cilt hijyeni	47	19,0
	Genetik	39	15,8
	Enfeksiyon	13	5,3
	Stres	4	1,6
	Diğer	31	12,5
Akneyi şiddetlendirdiği düşünülen durumlar nelerdir?	Stres	170	68,8
	Kızartma yemek	125	50,6
	Kozmetik ürünler	60	24,3
	Çokolata yemek	59	23,9
	Cildin kirli olması	56	22,7
	Uykusuzluk	35	14,2
	Beslenme	26	10,5
	Egzersiz	2	0,8
	Diğer	11	4,4
Akne bir hastalık olarak kabul edilebilir mi?	Evet	132	53,4
	Hayır	115	46,6
Aknenin tıbbi tedavisi var mıdır?	Evet	233	94,3
	Hayır	13	5,3
	Bilmiyorum	1	0,4
Akne tedavisinde kullanılacak ilaçlar hangileridir?	Cilt temizleme ürünleri	213	86,2
	Topikal tedaviler	29	11,7

	Hormonlar	96	38,9
	Kimyasal peeling	76	30,8
	İzoretionin	8	3,2
	Antibiyotik	96	38,9
Akne tedavisi gerekli midir?	Evet	210	85,8
	Hayır	35	14,2
Aknenin tedavi süresi ne kadar olmalıdır?	<4 hafta	78	33,3
	1-6 ay	117	50,0
	>6 ay	39	11,4
	Fikrim yok	13	5,3
Daha önce hiç akne nedeniyle doktora başvurduğunuz mu?	Evet	94	38,1
	Hayır	153	61,9
Akne tedavisi için uyguladığınız reçeteli ya da reçetesiz tedavinin süresi	<4 hafta	23	31,6
	1-6 ay	37	50,6
	>6ay	13	17,8
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları	Yüksek	165	66,8
	Orta	81	32,8
	Düşük	1	0,4

Tablo 2. Öğrencilerin cinsiyetine ve akneyle ilgili düşüncelerine göre Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanlarının karşılaştırılması

		Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği puanları		p
		Yüksek	Orta ve Düşük	
Cinsiyet	Kadın	104 (66,2)	53 (33,8)	0,38
	Erkek	61(67,8)	29(32,2)	
Akne bir hastalık olarak kabul edilebilir mi?	Evet	83(62,9)	49(37,1)	0,26
	Hayır	82(71,3)	33(28,7)	
Hayatınızın herhangi bir döneminde akneniz oldu mu?	Evet	153(65,9)	79(34,1)	0,52
	Hayır	12(80,0)	3(20,0)	
Daha önce hiç akne nedeniyle doktora başvurduğunuz mu?*	Evet	68(72,3)	26(27,7)	0,90
	Hayır	85(61,6)	53(38,4)	
Akne tedavisi için uyguladığınız reçeteli ya da reçetesiz tedavinin süresi*	<4 hafta	48(61,5)	30(38,5)	0,59
	1-6 ay	76(68,5)	35(31,5)	
	>6 ay	29(67,4)	14(32,6)	
Akne sebebiyle uyguladığımız tedavi beklentilerinizi karşıladı mı?*	Hiç	13(72,2)	5(27,8)	0,98
	Kısmen	38(71,7)	15(28,3)	
	Tamamen	17(73,9)	6(26,1)	
Akne arkadaşlık ilişkilerinizi olumsuz etkiledi mi?*	Evet	8(42,1)	11(57,9)	0,02
	Hayır	145(68,1)	68(31,9)	
Akne okul içi ilişkilerinizi olumsuz etkiledi mi?*	Evet	8(50,0)	8(50,0)	0,17
	Hayır	145(67,1)	71(312,9)	



Healthy Lifestyle Behaviors and Affecting Factors in University Staff

Üniversite Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler

Rabia Hacıhasanoğlu Aşilar¹, Arzu Yıldırım^{1*}, Papatya Karakurt², Fehmi Çelebi³

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine healthy lifestyle behaviors and factors affecting university employees. **Method:** This descriptive and cross-sectional study was carried out with 330 academic and administrative staff working in Erzincan University between 01-29.04.2011. The data of the study was collected using a questionnaire containing the descriptive characteristics of the individuals and the Healthy Lifestyle Behaviors Scale. Percentage distributions, mean values, one way variance analysis, t test in independent groups, Mann Whitney-U test, Kruskal Walllis Analysis of Variance and Spearman and Pearson correlation analysis were used in the analysis of the data. **Results:** Healthy Lifestyle Behaviors Scale of the academic and administrative staff was 126.07 ± 19.16 ; 118.78 ± 19.11 . the highest mean score was obtained from nutrition and interpersonal support, and the lowest mean was obtained from exercise sub-dimensions. In addition, it was found that gender, age and working time, education level, marital status, perception of institution success, smoking and satisfaction with working life affected healthy lifestyle behaviors. **Conclusion:** The health behaviors of academic staff related to health promotion are higher than administrative staff. The level of healthy lifestyle behaviors of all employees is generally medium and above average. In line with these results, it is recommended that training programs should be established and implemented in areas where academic staff and administrative staff are inadequate in terms of health behavior.

Key words: Health promotion, healthy lifestyle behaviors, instructor, administrative staff

ÖZET

Amaç: Bu çalışma üniversite çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı-kesitsel nitelikte olan araştırma 01-29.04.2011 tarihleri arasında Erzincan Üniversitesinde görev yapan 330 akademik ve idari personel ile yapılmıştır. Araştırmanın verileri bireyleri tanıma amaçlı oluşturulan soru formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde yüzde dağılımları, ortalama değerleri, tek yönlü varyans analizi, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney-U testi ve Kruskal Walllis varyans analizi ve Spearman ve Pearson korelasyon analizleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Akademik ve idari personelin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği toplam puan ortalamasının sırası ile 126.07 ± 19.16 ; 118.78 ± 19.11 olduğu; en yüksek puan ortalamasının beslenme ve kişiler arası destek, en düşük ortalamanın ise egzersiz alt boyutundan alındığı belirlenmiştir. Ayrıca cinsiyet, yaş, çalışma süresi, eğitim düzeyi, medeni durum, kurum başarısını algılama, sigara içme ve iş yaşamından memnuniyet durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediği gözlemlenmiştir. **Sonuç:** Akademik personelin sağlığı geliştirme ile ilgili sağlık davranışları idari personelden daha yüksek olup, bütün çalışanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi genel olarak orta ve ortanın üzerindedir. Bu sonuçlar doğrultusunda öğretim elemanlarının ve idari personelin sağlık davranışı olarak yetersiz kaldıkları konularda eğitim programlarının oluşturulması ve bu programların uygulamaya geçirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Sağlığı geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, öğretim elemanları, idari personel

Received Date: 25.09-2019, **Accepted Date:** 10.11-2019

¹Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Yalova

²Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Erzincan

³Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri, Sakarya

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Arzu Yıldırım, Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Yalova

E-mail: yildirimarzu25@hotmail.com

Aşilar H.R., Yıldırım A., Karakurt P., Fehmi Ç. Healthy Lifestyle Behaviors and Affecting Factors in University Staff TJFMPC, 2020;14 (1): 72-81.

DOI: 10.21763/tjfm.693105

GİRİŞ

Kapsamlı ve bütüncül bir yaklaşımı gerektiren sağlığı geliştirme, “bireylerin sağlıklarını geliştirmelerinin ve sağlığın belirleyicileri üzerindeki kontrollerini arttırmalarının olanaklı hale gelmesini sağlayacak süreç” olarak tanımlanmaktadır.¹ Sağlığın geliştirilmesi, sağlıklı bir yaşam tarzına yansıdığı gibi, hastalığın önlenmesinin ayrılmaz bir parçasıdır.² Sağlığın geliştirilmesi için hastalık nedenlerinin ve risk etkenlerinin bilinmesi ve bu etkenlerin tanınması önemlidir. Bu bağlamda sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi stratejilerinde yaşam tarzı yaklaşımı göz önünde bulundurulmalıdır.¹ Günümüzde, yaşam biçiminin sağlığı önemli ölçüde etkilediği ve sağlıklı yaşam biçimi değişiklikleriyle kronik durumlardaki morbidite ve mortalitenin azaltılabildiği bilinmektedir.³ Genetik, çevresel ve yaşam biçimiyle ilgili davranışları içeren hastalık etiyojisi çok yönlüdür. Brezilya’da iş sağlığı hizmetlerinden 611 işçi ile yapılan bir çalışmada, fiziksel sağlığın önemli belirleyicilerinin sağlık davranışları ve kişiler arası ilişkiler olduğu bildirilmiştir. Ayrıca sağlık davranışlarının, kişiler arası ilişkilerin fiziksel sağlık sonuçları üzerindeki etkisinin azalmasına önemli ölçüde katkıda bulunduğu gösterilmiştir.⁴

Halk sağlığı hedeflerinin gerçekleştirilmesi ve halk sağlığı başarısının artırılmasında önemli olan bir diğer kavram ise sağlık davranışıdır. Sağlıklı olmaya yönelik eylemleri arttırmak için gerçekleştirilen bilgi, uygulama ve yaklaşımların tümü sağlık davranışı olarak tanımlanmaktadır.¹ Sağlığı geliştirici davranış sağlık eğitiminde önemli bir kavram olup, yalnızca iyileşen fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçları ile değil, aynı zamanda daha düşük sağlık hizmeti maliyetleri ile de ilişkilendirilmektedir.² Sağlık davranışı bazı faktörlerden etkilenmektedir. Bunlar: 1-Bireyin sağlık davranışını etkileyen ve eğitim müdahalesi ile değiştirilebilen bilgi, tutum, inançlar, değerler ve algılamalar olan hazırlayıcı faktörler. 2-Sağlık davranışlarının pratikte uygulanmasını olanaklı kılan, daha çok yapısal (zaman gibi) olan, olanak sağlayıcı faktörler. 3-Aile ya da toplum tarafından davranışın kabul edilmesi veya edilmemesi gibi davranışın sürdürülmesini etkileyen güçlendirici faktörlerdir.¹

Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireyin sağlığını etkileyebilecek davranışlarını kontrol edebilmesi,

günlük aktivitelerinde kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürdüğü gibi, sağlık durumunu da daha iyi bir düzeye getirebilir.³ Yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıkları, stres yönetimi, düzenli fiziksel aktivite yapma, manevi büyüme, kişiler arası ilişkiler/destek ve sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin sorumluluk alma sağlıklı yaşam biçimi davranışları olarak gösterilmektedir.⁵ Sağlıklı seçimleri ve sağlıklı yaşam biçimini destekleme gereksinimi konusunda halkın bilinçlendirilmesini arttırma, önemli bir hedefdir. Davranışsal değişimi teşvik etmeyi amaçlayan birçok program, belirli ve yalıtılmış yönere olan dar odakları nedeniyle başarısız olmuştur. Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimini geliştirme, kamu kurumlarının ve sivil toplumun birlikte katılımını gerektirmektedir.⁶

Sağlığın korunması için, sağlık üzerinde etkili olan faktörlerin bilinmesi gereklidir. Çalışan bir bireyin sağlık düzeyini belirlemek ve sağlık davranışlarını değerlendirmek için iş yeri ortamında bulunan faktörlerin ve bireysel özelliklerin göz önünde bulundurulması önemlidir. Farklı işlerde çalışanların sağlık davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörleri sistematik olarak inceleyen bir çalışmada, çalışanların fiziksel aktivite ve sağlıklı besin seçimi düzeylerinin yetersiz; sigara içme ve obezite oranlarının yüksek olduğu bulunmuştur.⁷ Çalışanların iş yaşamında iyilik hâllerine yönelik olarak, sağlıklı yaşam konusunda duyarlık kazandırmak, sağlıklı yaşam yönetimini desteklemek ve sağlıklı iş ortamı koşullarını geliştirmek biçiminde girişimler düzenlenebilir.⁵ Bu girişimler ise gereksinimlere, toplumsal ve kişisel çevreye göre uyarlanmalıdır. Sosyal destek sağlanmalı, pratik önerilerde bulunulmalı, davranış değişikliğinde merkezi bir rol oynadığı bilinen duygular, sosyal rol ve kimlik de göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca sağlık ve yaşam tarzı ile ilgili kuramsal varsayımlar, bireyle uyumlu ölçü ve önerilere dönüştürülmelidir.⁶

Sağlığı tehdit eden riskleri azaltmak veya yok etmek, bireylere sağlıklı davranışlar kazandırarak bu davranışların sürekliliğini sağlamak, sağlık profesyonellerinin en temel işlevleri arasında yer almaktadır. Bu nedenle sağlığı koruma ve geliştirme müdahaleleri çok disiplinli ekip yaklaşımı ile sunulmalıdır. Sağlığın geliştirilmesinde davranış değişikliği sağlamayı

amaçlayan farklı model ve kuramlar kullanılarak bireylerin yaşam kaliteleri arttırılabilir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilgili farklı gruplarda birçok çalışma yapılmış, öğretim elemanları ile yapılan çalışmalar ise sınırlı sayıda kalmıştır. Bununla birlikte akademik ve idari personelin birlikte ele alındığı üniversite çalışanları ile yapılan bir çalışmaya ise rastlanılmamıştır.

Bu doğrultuda bu çalışma, Erzincan Üniversitesi öğretim elemanlarının ve idari personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Tanımlayıcı-kesitsel nitelikte olan araştırmanın verileri 01-29.04.2011 tarihleri arasında toplanmıştır.

Örneklem

Araştırmanın evrenini, Erzincan Üniversitesinde görev yapan akademik (n=374) ve idari personel (n=227) oluşturmuştur. Araştırmada herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmadan evrenin tamamına ulaşılması hedeflenmiş, ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeme, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli ya da raporlu olma vb. nedenlerle 330 kişi ile araştırma tamamlanmıştır (evrenin %54.9'u).

Kullanılan Araçlar

Araştırmanın verileri, bireylerin tanıtıcı özelliklerini içeren soru formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) kullanılarak toplanmıştır.

Tanımlayıcı Soru Formu: Çalışanların sosyo-demografik özelliklerini (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, gelir algısı, kurum başarısını değerlendirme, kronik hastalık durumu, sigara içme durumu, iş yaşamından memnuniyeti ve çalışma süresi) içeren toplam 10 sorudan oluşmuştur.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ): Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından⁸ geliştirilmiş olup, Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Esin (1997) tarafından yapılmıştır.⁹ Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile

ilişkili olarak bireyin sağlığını geliştiren davranışlarını ölçer. Ölçeğin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yönetimi alt boyutları olup toplam 48 maddeden oluşmaktadır. Alt boyutlar sağlığı geliştirici farklı davranışları ölçmekte, farklı sayıda ifadelerden oluşmakta ve her birinin puanı farklılık göstermektedir. Tamamı olumlu ifade içeren ölçek "Hiçbir zaman", "Bazen", "Sık sık", "Düzenli" olarak cevap seçenekleri bulunan ve bu seçeneklere göre sırasıyla 1, 2, 3, 4 puanları alan Likert tipi puanlamaya sahiptir. Ölçekten alınan toplam puan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düzeyini gösterir. Ölçeğin toplam puanı 48-192 arasında değişmekte, yüksek puan sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.91 olup⁹, bu çalışmada 0.92 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan formlar belirtilen tarihlerde çalışanlara dağıtılmış, çalışanların kendileri tarafından doldurulmuş ve toplanmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilks testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uygunluk gösteren verilerde parametrik, uygun olmayanlarda nonparametrik testler kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde yüzde dağılımları, ortalama değerleri, tek yönlü varyans analizi, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis varyans analizi, Pearson ve Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır. Farklılığı belirlemede Mann Whitney-U testi, varyansların homojen dağıldığı durumlarda LSD, dağılmadığı durumlarda ise Dunnet C kullanılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS for Windows 15.0 kullanılarak yapılmış ve anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik İlkeler

Araştırmanın yürütülmesi için üniversite rektörlüğünden yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan bireylere araştırmanın amacı, yararları, verilen bilgilerin saklı kalacağı ve gizlilik ilkesine bağlı kalınacağı belirtilmiş, araştırmaya katılmaya gönüllü olanlardan sözlü onam alınmıştır.

BULGULAR

Araştırma örnekleminin %71,2'sinin erkek, %45,8'inin lisansüstü eğitime sahip olduğu, %61,5'inin evli, %52,1'inin gelirini giderine eşit olarak algıladığı, %92,1'inin kronik hastalığının olmadığı, %40'ının hiç sigara içmediği, %58,2'sinin iş yaşamından memnun oldukları saptanmıştır (Tablo 1). Ayrıca yaş ortalamasının 35,30±9,84 (min=20, max=67) ve çalışma sürelerinin 10,40±9,96 (min=1, max=45) yıl olduğu belirlenmiştir.

Akademik personelin SYBDÖ puan ortalamalarının 126,07±19,16; idari personelin 118,78±19,11 olduğu saptanmıştır. Akademik personelin SYBDÖ alt boyutlarından kendini gerçekleştirme ($p<0,01$), sağlık sorumluluğu ($p<0,01$), kişiler arası destek ($p<0,001$) ve SYBDÖ toplam puan ortalamalarının idari personele göre önemli düzeyde yüksek olduğu ($p<0,01$; $p<0,001$); egzersiz, beslenme ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları bakımından farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$) (Tablo2).

Tanımlayıcı özellikler	Sayı	Yüzde	
Cinsiyet	Kadın	95	28,8
	Erkek	235	71,2
Eğitim düzeyi	Lise	30	9,1
	Önlisans	74	22,4
	Lisans	75	22,7
	Lisansüstü	151	45,8
Medeni durum	Evli	203	61,5
	Bekar	127	38,5
Gelir algısı	Geliri giderinden az	63	19,1
	Geliri giderine eşit	172	52,1
	Gelir giderinden fazla	95	28,8
Kurum başarısı	Çok iyi	79	23,9
	İyi	205	62,1
	Orta	46	13,9
Kronik hastalık	Var	26	7,9
	Yok	304	92,1
Sigara içme durumu	Hiç içmemiş	132	40,0
	Bırakmış	76	23,0
	İçiyor	122	37,0
İş yaşamından memnuniyet durumu	Memnun	192	58,2
	Kısmen	107	32,4
	Memnun değil	31	9,4

SYBDÖ	Alınabilecek puan aralığı	Akademik Personel Ort ± SS	İdari Personel Ort ± SS	Test ve Önemlilik
Kendini gerçekleştirme	13-52	38,17±6,13	35,85±6,32	$p=0,001^{*, \alpha}$
Sağlık sorumluluğu	10-40	22,92±5,43	21,13±5,25	$p=0,005^{*, \alpha}$
Egzersiz	5-20	10,09±3,24	9,59±3,16	$p=0,126^{\alpha}$
Beslenme	6-24	16,86±3,23	16,25±3,88	$p=0,230^{\alpha}$
Kişilerarası destek	7-28	20,56±3,65	19,15±3,33	$p<0,001^{\alpha}$
Stres yönetimi	7-29	17,44±3,54	16,79±3,52	$p=0,123^{\alpha}$
SYBDÖ toplam	48-192	126,07±19,16	118,78± 19,11	$p=0,001^{*, \S}$

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği, Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma; ^aMann Whitney-U testi; [§]Bağımsız gruplarda t testi ; * $p<0,01$

Tablo 3. Üniversite çalışanlarının tanımlayıcı özelliklerine göre SYBDÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması							
Tanımlayıcı özellikler	Kendini gerçekleştirme	Sağlık sorumluluğu	Egzersiz	Beslenme	Kişilerarası destek	Stres yönetimi	Toplam
Cinsiyet	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kadın	37,20±5,76	23,04±5,74	9,03±3,09	17,16±3,54	21,82±3,47	17,13±3,48	124,40±19,19
Erkek	37,07±6,54	21,71±5,24	10,20±3,20	16,34±3,53	19,54±3,55	17,15±3,57	122,04±19,56
Test ve önemlilik	p=0,993^α	p=0,124^α	p=0,001^{*, α}	p=0,079^α	p=0,008^{*, α}	p=0,749^α	p=0,320[§]
Eğitim düzeyi							
Lise	36,43±6,56	21,80±5,74	10,06±3,39	16,96±3,77	18,86±3,62	17,10±3,95	121,23±21,34
Ön lisans	35,02±5,88	20,67±5,09	9,47±3,15	15,71±3,76	18,95±3,07	16,58±3,46	116,43±18,04
Lisans	35,98±6,88	21,77±5,24	10,00±3,32	16,26±3,75	19,56±3,68	16,93±3,48	120,88±20,29
Lisansüstü	38,82±5,76	23,01±5,42	9,95±3,17	16,90±3,25	20,76±3,57	17,54±3,51	127,01±18,44
Test ve önemlilik	p<0,001^ε	p=0,034^{**, ε}	p=0,692^ε	p=0,143^ε	p=0,001^{*, ε}	p=0,325^ε	p=0,001^{*, β}
Medeni durum							
Evli	37,37±6,33	22,34±5,45	10,05±3,26	17,20±3,44	19,86±3,39	17,14±3,57	127,05±18,79
Bekar	36,67±6,30	21,70±5,35	9,55±3,13	15,59±3,51	20,00±3,86	17,15±3,50	124,53±19,77
Test ve önemlilik	p=0,356^α	p=0,313^α	p=0,160^α	p<0,001^α	p=0,685^α	p=0,791^α	p=0,136[§]
Gelir düzeyi algısı							
Gelir giderinden az	35,92±6,35	21,74±5,67	9,50±3,17	16,01±3,63	18,90±3,53	16,62±3,50	122,56±18,51
Gelir giderine eşit	37,18±6,56	21,91±5,54	9,93±3,24	16,62±3,58	20,10±3,73	17,27±3,57	125,81±20,63
Gelir giderinden fazla	37,76±5,77	22,67±5,02	9,98±3,21	16,87±3,43	20,24±3,21	17,27±3,40	127,29±17,20
Test ve önemlilik	p=0,248^ε	p=0,296^ε	p=0,642^ε	p=0,415^ε	p=0,060^ε	p=0,480^ε	p=0,146^β
Kurum başarısı algısı							
Çok iyi	39,20±6,38	22,17±5,66	10,48±3,54	16,41±4,26	20,35±3,71	17,73±3,79	126,36±20,34
İyi	36,92±6,28	22,70±5,30	9,77±3,09	17,00±3,12	20,00±3,59	17,19±3,49	123,61±19,14
Orta	34,32±5,14	19,26±4,64	9,23±3,04	14,95±3,62	18,73±3,03	15,95±3,09	112,47±15,97
Test ve önemlilik	p<0,001^ε	p<0,001^ε	p=0,120^ε	p=0,003^{*, ε}	p=0,033^{**, ε}	p=0,039^{**, ε}	p<0,001^β
Kronik hastalık durumu							
Var	37,00±5,32	22,46±6,27	9,00±2,48	16,23±3,24	20,11±3,96	16,73±3,77	121,53±20,15
Yok	37,11±6,40	22,06±5,35	9,94±3,26	16,61±3,58	19,89±3,54	17,18±3,52	122,82±19,42
Test ve önemlilik	p=0,889^α	p=0,923^α	p=0,195^α	p=0,885^α	p=0,485^α	p=0,598^α	p=0,747[§]
Sigara içme durumu							
Hiç içmemiş	37,83±5,74	23,16±5,50	10,16±3,39	17,20±3,62	20,69±3,49	17,86±3,53	126,75±19,29
Bırakmış	37,48±5,74	21,85±4,57	9,71±3,01	16,44±2,92	19,65±3,04	16,82±3,45	121,98±16,64
İçiyor	36,09±7,12	21,09±5,64	9,63±3,14	15,99±3,74	19,22±3,82	16,77±3,56	118,81±20,51
Test ve önemlilik	p=0,063^ε	p=0,005^{*, ε}	p=0,497^ε	p=0,020^{**, ε}	p=0,006^{*, ε}	p=0,073^{*, ε}	p=0,005^{*, β}
İş-yaşamından memnuniyet durumu							
Memnun	38,10±5,84	22,45±4,98	9,96±3,27	17,01±3,22	20,08±3,19	17,29±3,35	124,92±17,58
Kısmen memnun	36,68±6,01	22,31±6,03	10,09±3,17	16,25±3,46	20,11±3,85	17,31±3,68	122,77±20,20
Memnun değil	32,38±7,94	19,16±5,04	8,48±2,74	15,03±3,77	18,16±4,34	15,64±3,92	108,87±22,86
Test ve önemlilik	p<0,001^ε	p=0,003^{*, ε}	p=0,037^{**, ε}	p=0,012^{**, ε}	p=0,077^ε	p=0,093^ε	p<0,001^β
Yaş (yıl)	p=0,554[∞]	p=0,054[∞]	p=0,011^{**, ∞}	p<0,001[∞]	p=0,920[∞]	p<0,001[∞]	p=0,048^{**}
Çalışma süresi (yıl)	p=0,612[∞]	p=0,085[∞]	p=0,006^{*, ∞}	p<0,001[∞]	p=0,703[∞]	p=0,674[∞]	p=0,046^{**}

Ort.: Ortalama, SS: Standart Sapma; *p<0,01; **p<0,05; ^αMann Whitney-U testi; ^εKruskall Wallis varyans analizi, [§]Bağımsız gruplarda t testi; ^βTek yönlü varyans analizi; [∞]Spearman korelasyon analizi; ^εPearson korelasyon analizi

Kadınların egzersiz alt boyut puan ortalamasının erkeklerden anlamlı düzeyde düşük olduğu, kişiler arası destek alt boyut puan ortalamasının yüksek olduğu ($p<0,05$); cinsiyete göre SYBDÖ toplam, kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyut puan ortalamaları arasında önemli bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Eğitim düzeyine göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek alt boyut ve SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu ($p<0,05$), egzersiz ve beslenme alt boyut puan ortalaması ile fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Fark için yapılan ileri analizde (U), kendini gerçekleştirme için lisansüstü grubun lisans, sağlık sorumluluğu için lisansüstü grubun ön lisans, kişiler arası destek için lisansüstü grubun tüm gruplardan ve toplam için (LSD) lisansüstü grubun puan ortalamasının ön lisans ve lisans grubundan yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Evlilerin beslenme alt boyut puan ortalamasının bekâr olanlardan anlamlı düzeyde yüksek olduğu ($p<0,05$), medeni duruma göre diğer tüm alt boyut ve SYBDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Kurum başarısına göre kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme ve stres yönetimi alt boyut ve SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), egzersiz ve kişiler arası destek alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Farkın belirlenmesi için yapılan ileri analizde (U), kendini gerçekleştirme için farkın tüm grupların birbirinden farklı, sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası destek, stres yönetimi için çok iyi ve iyi olanların orta olanlardan ve SYBDÖ toplam için (LSD) çok iyi ve iyi olan grubun orta ve kötü olan gruptan puan ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Sigara içme durumuna göre sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası destek alt boyut ve SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), kendini gerçekleştirme, egzersiz ve stres yönetimi alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Fark için yapılan ileri analizde (U) sağlık sorumluluğu ve beslenme alt

boyutları için farkın hiç içmeyen grubun için gruptan; beslenme için hiç içmeyen grubun için bırakarak ve için gruptan; SYBDÖ toplam için (LSD) hiç içmeyen grubun puan ortalamasının için gruptan yüksek olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

İş yaşamından memnuniyet durumuna göre kendi gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme alt boyut ve SYBDÖ toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), kişiler arası destek ve stres yönetimi alt boyut puan ortalaması ile fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Fark için yapılan ileri analizde (U), kendini gerçekleştirme alt boyutu için farkın tüm grupların puan ortalamasının birbirinden farklı, sağlık sorumluluğu ve egzersiz için memnun olmayan grubun diğer gruplardan; beslenme için memnun olmayan grubun memnun olan gruptan ve SYBDÖ toplam için (Dunnet C) memnun olmayan grubun diğer gruplardan düşük puan ortalamasına sahip olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir.

Yaş ile egzersiz alt boyut ve SYBDÖ toplam puan ortalaması arasında çok zayıf düzeyde pozitif; beslenme ile zayıf düzeyde pozitif ve stres yönetimi alt boyut puan ortalaması arasında negatif yönde orta düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çalışma süresine göre egzersiz ve beslenme alt boyutları ve SYBDÖ toplam puan ortalaması arasında çok zayıf düzeyde pozitif bir ilişki ($p<0,05$), diğer alt boyut puan ortalaması arasında önemli bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Çalışanların gelir düzeyi algısı ve kronik hastalık durumuna göre SYBDÖ tüm alt boyutlarda ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak önemli bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Önleyici müdahaleler için veri sağlamak, politika oluşturmayı kolaylaştırmak ve bireylerin sağlık davranışlarını kendi kendine yönetmesini güçlendirmek için, birinci basamak araştırmalarında sağlıklı geliştirici davranışların değerlendirilmesi esastır.² Bu çalışmada öğretim elemanları ve idari personelin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve

bu davranışları etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmış ve ulaşılan sonuçlar literatür ışığında tartışılmıştır.

Bu araştırmada akademik ve idari personelin SYBDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının, ölçekten alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar dikkate alındığında, en yüksek puan ortalamasının beslenme ve kişiler arası destek; en düşük ortalamasının ise egzersiz alt boyutlarından alındığı ve puanların orta ve ortanın üzerinde olduğu söylenebilir. Türkiye’de SYBDÖ, SYBDÖ II ve Sağlığı Geliştirici Yaşam Tarzı Ölçeği kullanılarak öğretim elemanları ile yapılan çalışmalarda da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde; en yüksek alt boyutun kendini gerçekleştirme, en düşük alt boyutun ise egzersiz alanında olduğu bildirilmiştir.¹⁰⁻¹³ Yapılan bir araştırmada da farklı fakültelerde görev yapan akademisyenlerin fiziksel aktiviteye katılım durumlarının düşük olduğu belirlenmiştir.¹⁴ Sağlığı Geliştirici Yaşam Tarzı Ölçeği İspanyol versiyonu ve Atılganlık Ölçeği kullanılarak Meksika’da üniversite çalışanları ile bir araştırma yapılmıştır. Belirtilen araştırmada çalışanların sağlığı geliştirici yaşam biçiminin orta düzeyde; manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyutlarının en yüksek, fiziksel aktivite alt boyutunun ise en düşük düzeyde olduğu bildirilmiştir. Ayrıca çalışanların atılganlık düzeyi ile sağlığı geliştirici yaşam biçimi ölçeği toplam ve manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyutları puanı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki gösterilmiştir.¹⁵ Türkiye’de beden eğitimi öğretmenleri ile yapılan bir çalışmada ise, öğretmenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyinin yüksek olduğu belirtilmiştir.¹⁶ Yine ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerle yapılan bir araştırmada da öğretmenlerin sağlığı geliştirici davranışlarının genel olarak iyi düzeyde; en yüksek puan ortalamasının beslenme, en düşük puan ortalamasının ise egzersiz alt boyutunda olduğu bildirilmiştir.¹⁷ Bu farklı sonuçlarda çalışmaların yapıldığı yılların, ülkelerin, bölgelerin, grupların farklılığının ve farklı bireysel özelliklere sahip olmanın etkili olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada akademik personelin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının egzersiz, beslenme ve stres yönetimi dışında idari personelden daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Üniversitelerde akademik ortamda bilimsel araştırmalar yapma, bilgi üretme, nitelikli ve yaşam boyu öğrenmeyi benimsemiş insan gücü yetiştirme

amaçlanmaktadır. Akademik personel, ön lisans ve üstü düzeyde meslek üyesi yetiştiren, toplumu doğrudan etkileme potansiyeline sahip bireylerdir.¹⁸ Bu bağlamda akademik personelin sağlıklı ve kaliteli yaşamın önemi konusunda bilgi ve farkındalığının daha fazla olması, bilgiyi kullanabilme ve davranışa dönüştürme becerilerinin daha fazla gelişmesi beklentisi bu çalışma sonucu ile uyumludur.

Sistematik bir inceleme çalışmasında sağlık davranışları üzerinde yaşın, çalışma saatlerinin, ekonomik yetersizliklerin, medeni durumun, sağlık algısının ve cinsiyetin etkili olabileceği belirlenmiştir.⁷ Bu araştırmada kadınların egzersiz alt boyut puan ortalamasının erkeklerden düşük, kişiler arası destek alt boyut puan ortalamasının ise yüksek olduğu saptanmıştır. Yapılan bazı çalışmalarda da kadınların egzersiz yapma düzeyinin erkeklerden düşük^{10,13,17}; bazı çalışmalarda SYBDÖ toplam puanının cinsiyete göre farklılaşmadığı^{10,11}; diğer bazı çalışmalarda ise SYBDÖ toplam puanının¹⁷ sağlık sorumluluğu^{12,13,16,17} beslenme^{12,13} ve kişiler arası destek¹⁷ alt boyutlarının kadınlarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir.

Üniversite çalışanlarının yaşı ve çalışma süresi arttıkça egzersiz ve beslenme alt boyutları ve SYBDÖ toplam puanlarının arttığı belirlenmiştir. Ayrıca yaşla birlikte stres yönetimi düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada da yaşla birlikte sağlık sorumluluğu, beslenme ve toplam puanın arttığı sonucuna varılmıştır.¹⁷ Yapılan diğer çalışmalarda ise bu çalışma bulgusundan farklı olarak stres yönetimi düzeyinin de yaşla birlikte arttığı bildirilmiştir.^{11,12} Beden eğitimi öğretmenleri ile yapılan başka bir çalışmada ise çalışma süresi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir. Bu sonuçlarda çalışmaların yapıldığı grupların farklılığı ve farklı bireysel özelliklere sahip kişilerin olmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Sağlık sorumluluğu ile sağlığın geliştirilmesi arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Sağlığının gelişmesi için çaba sarf eden birey sorumluluklarının farkındadır. Bireylerin eğitim düzeyi arttıkça sağlığı ile ilgili sorumluluk düzeylerinin de geliştiği belirtilmektedir.¹⁹ Bu araştırmada eğitim düzeyinin artması ile egzersiz ve beslenme dışında diğer bütün alt boyutların ve SYBDÖ toplam puan ortalamasının arttığı

bulunmuştur. Yapılan bazı çalışmalar bu sonucu desteklemektedir.^{11,12} Kaya ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da akademik unvanın strese baş etme yeteneğini etkilediği rapor edilmiştir.¹⁰ Bu sonuçlar, sağlık ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında eğitimin önemli olduğunu göstermektedir.

Evlilerin beslenme sağlık davranışlarının bekârlardan yüksek olduğu, medeni duruma göre diğer tüm alt boyut ve SYBDÖ toplam puan ortalaması arasında ise anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada, evlilerde beslenme ile birlikte kendini gerçekleştirme alt boyutunun ve toplam puanın arttığı bildirilmiştir.¹² Bu sonuç, evlilerin düzenli beslenme alışkanlıkları kazanma olasılıkları ile birlikte, sağlıklı beslenme konusunda da farkındalıklarının artmış olabileceği ile açıklanabilir.

Bu araştırmada kurum başarısını orta olarak değerlendiren çalışanların egzersiz alanı dışında diğer alt boyutlar ve toplam puanın, kurum başarısını çok iyi ve iyi olarak değerlendirenlere göre düşük olduğu saptanmıştır. Bireylerin mesleklerinde en iyi olma, mükemmeli arama tutkusunun altında başarı gereksinimi saklı olup bir kurumun başarısında motivasyon önemlidir. Yüksek başarı güdüsüne sahip olanlar daha gerçekçidirler ve daha kararlıdır, kendilerine ulaşılması zor amaçlar seçerler ve bunlara ulaşmak için gerekli bilgi ve yeteneği elde edip kullanmak isterler.²⁰ Bu doğrultuda kurum başarısını yüksek değerlendirenlerin sağlıklı davranışları uygulayabilme konusunda da kararlı ve yetenekli olabilecekleri söylenebilir.

Sigara ve alkol gibi madde kullanan bireylerin sağlık sorumluluğu daha düşüktür.¹⁹ Bu araştırmada sigara hiç içmeyen ve içip bırakan çalışanların sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası destek alt boyut ve SYBDÖ toplam puan ortalamalarının sigara içenlere göre yüksek olduğu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha iyi uygulayabildikleri belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada sigara içmenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği bulunmuştur.¹⁷ Kaya ve arkadaşlarının (2008) yaptığı çalışmada, SYBDÖ toplam puan ortalamasının sigara içme durumuna göre farklılaşmadığı, kişiler arası destek boyutunun ise sigara kullananlarda yüksek olduğu bildirilmiştir.¹⁰ Bu farklı sonuçlarda toplumsal,

kültürel ve bireysel özelliklerin etkili olabileceği düşünülmektedir.

İş yaşamından memnun olmayan çalışanların kişiler arası destek ve stres yönetimi alt boyutları dışında diğer tüm alanlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, memnun ve kısmen memnun olanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Sağlıklı bir birey fiziksel, ruhsal ve toplumsal özellikleriyle denge ve uyum içerisinde olmalıdır. Çalışma yaşamından memnun olmayanlarda kendini geliştirememesi, sağlığın ve yaşam doyumunun olumsuz etkilenmesi ve mutsuzluk gibi durumlar yaşanabilmektedir.²¹ Yapılan bir çalışmada da öğretmenlerin yaşam doyumunu ile sağlığı geliştirici davranış düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğu ve yaşam doyum düzeylerinin sağlığı geliştirici davranış düzeylerinde öngörücü olduğu bulunmuştur.²² Bu sonuç, iş yaşamından memnun olmamanın sağlığı geliştirici davranışlar üzerinde olumsuz etki yaptığını göstermektedir.

Bu araştırmada çalışanların gelir düzeyi algısı ve kronik hastalık durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği saptanmıştır. Bireylerin gelir düzeyi arttıkça sağlık sorumluluğunun arttığı, bu durumun sağlıkla ilgili harcamaları yapabilme gücü ile ilişkilendirildiği bildirilmektedir.¹⁹ Pirincci ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, ekonomik durumu iyi ve kronik hastalığı olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yüksek olduğu gösterilmiştir.¹² İlköğretim okullarında çalışan öğretmenlerle yapılan bir çalışmada kronik hastalık durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği rapor edilmiştir.¹⁷ Bu farklı sonuçlarda sosyokültürel ve bireysel özelliklerin etkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu sonuçlar, kronik hastalığı olanların sağlıklı yaşamı daha çok önemsedikleri ile açıklanabilir.

SONUÇ

Akademik personelin sağlığı geliştirme ile ilgili sağlık davranışları düzeyinin egzersiz, beslenme ve stres yönetimi dışında idari personelden daha yüksek; bütün çalışanların sağlıklı yaşam davranışları düzeyinin genel olarak orta ve ortanın üzerinde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca erkeklerin egzersiz, kadınların kişiler arası destek, evlilerin beslenme boyutunun; yaşı ve çalışma süresi fazla, eğitim düzeyi yüksek

olanların, kurum başarısını iyi-çok iyi olarak algılayanların, sigara içmeyenlerin ve iş yaşamından memnun olanların sağlıklı yaşam biçimi toplam puanının yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda, öncelikle idari personelin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve kişiler arası destek alanları başta olmak üzere akademik ve idari personelin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını her alanda iyileştirmeye yönelik olarak ve gereksinim duyulan konularda sağlık profesyonellerinin, planlı ve sürekli eğitim programları düzenleyip, danışmanlık yapmaları önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bahar Özvarış Ş. Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 3. Editörler: Güler Ç, Akın L. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 3. Baskı- Tıpkı Basım, Ankara, 2015; s: 1676-1694.
2. Kuan G, Kueh YC, Abdullah N, Tai EL. Psychometric properties of the healthpromoting lifestyle profile II: cross-cultural validation of the Malay language version. BMC Public Health 2019; 19,751:2-10.
3. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. TJFMPC, 2012; 6:13-21.
4. Dinis MAP, Sousa HFP, Moura A, Viterbo LMF, Pinto RJ. Health behaviors as a mediator of the association between interpersonal relationships and physical health in a workplace context. Int J Environ Res Public Health. 2019;16(13):2-9.
5. Owen FK, Demirbaş Çelik N. Yaşam Boyu Sağlıklı Yaşam ve İyilik Hali. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2018; 10(4):440-453.
6. Reis F, Sá-Moura B, Guardado D, Couceiro P, Catarino L, Mota-Pinto A. et.al. Development of a Healthy Lifestyle Assessment Toolkit for the General Public. Front Med (Lausanne). 2019;6:134:1-15.
7. Esin MN, Aktaş E. Çalışanların Sağlık Davranışları ve Etkileyen Faktörler: Sistematik İnceleme. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2012; 20(2):166-176.
8. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. Nursing Research 1987; 36: 76-81.
9. Esin N,. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. Hemşirelik Bülteni 1997; 12(45):87-95.
10. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, Yorgancı E, Öz BÇF, Kankaya FC. Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Kor Hek. 2008;7(1):59-64.
11. Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F, Akgül N. Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. C.Ü. Hemşirelik Dergisi 2008;12(3):18-26.
12. E. Pirincci, S. Rahman, A.B. Durmuş, R. Erdem. Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. Public Health 2008;122:1261-1263.
13. Gürsel N, Özbey S, Güzel P. Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi. International Journal of Social Science Research 2016; 5(2):10-25.
14. Uluöz E, Yoksuler C, Yılmaz Z, Dinç F. Farklı Fakültelerde Görev Yapan Akademisyenlerin Fiziksel Aktiviteye Katılım Durumlarının İncelenmesi. International Journal of Cultural And Social Studies (Intjcss) 2017; 3 (S1): 326-336.
15. Jiménez Bernardino E, Álvarez Aguirre A, Reyes Rocha BL, Casique Casique L, Herrera Paredes JM, Sánchez Perales M. Health-promoting lifestyle and assertiveness in university workers. Invest Educ Enferm. 2017;35(1):26-34.
16. Kafkas ME, Şahin Kafkas A, Acet M. Beden Eğitimi Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranış Düzeylerinin İncelenmesi. DPUJSS 2012; 32(II):47-56.
17. Tokuç B, Berberoğlu U. Edirne Merkez İlçe İlköğretim Okullarında Çalışan Öğretmenlerde Sağlığı Geliştirici Davranışlar. Kor Hek 2007;6 (6): 421-426.F

18. Ay F. Öğretim Üyesinin Etik Sorumluluğu. HSP 2017;4(3):267-271.
19. Demir Avcı Y. Kişisel Sağlık Sorumluluğu. TAF Prev Med Bull 2016; 15(3):259-266.
20. Yeşil A. Liderlik ve Motivasyon Teorilerine Yönelik Kavramsal Bir İnceleme. Uluslararası Akademik Yönetim Bilimleri Dergisi 2016; 2(3):158-180.
21. Ünal ÖF. Hizmet Sektöründe Çalışan Memnuniyeti: Şirketler Grubuna Bağlı Kargo Şirketi ve Kırtasiye Mağazalar Zinciri Üzerine Ampirik Bir Araştırma. Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi 2016; 12(1):161-176.
22. Pekel A, Turan MB, Pepe O, Bahadır Z. the relationship with life satisfaction between health promoting behaviours of special education teachers (Kayseri city sample). International Journal of Science Culture and Sport (IntJSCS) 2015; Special Issue 3. ISSN : 2148-1148:125-132.



State and Trait Anxiety Levels of Obese and Overweight Persons

Kilolu ve Obez Bireylerdeki Durumluk ve Sürekli Kaygı Durumu

Burcu Doğan^{1*}, Can Öner²

ABSTRACT

Introduction: Obesity is an important public health problem. The prevalence of anxiety and depression, that negatively affect eating habits, increases in obese individuals. The aim of this study was to determine the frequency of state and trait anxiety in obese and overweight persons and compare them with normal controls. **Method:** The data of this descriptive and cross-sectional study were obtained from 106 patients followed in the family medicine outpatient clinic. State and Trait Anxiety Inventory was applied to each patient. Participants who had any psychiatric or metabolic disease or who had a history of drug use with psychiatric complications such as corticosteroids were excluded from the study. Descriptive analyses (frequency, percentage, mean, median, Standard deviation and minimum- maximum value) were used. Student's test and ANOVA were used to compare the means, and the relationships between variables were evaluated by Pearson correlation tests. In addition, chi-square test was used to compare the data determined by counting. (p) value was considered significant below 0.05. **Results:** Of the 106 participants, 51.9% (n = 55) were female and 48.1% (n = 51) were male, with a mean age of 31.6 ± 10.3 and 33.7 ± 10.3 respectively. 43.5% (n = 46) of the participants were normal; 25.4% (n = 27) were overweight; 12.3% (n = 13) were obese and 18.8% (n = 20) morbid obese. In our study, when all the participants were considered, the rate of trait anxiety was 55.6% (n = 59) and the rate of state anxiety was 70.7% (n = 75). No statistically significant difference was found between the groups in terms of the mean anxiety score (p = 0.65) and the mean trait and state anxiety scores (p = 0.582; p = 0.471). **Conclusion:** The results of the study showed that normal, overweight, obese-morbid obese participants had high trait and state anxieties, but there was no statistically significant difference between these groups. Also no significant relationship was found between anthropometric measurements and trait and state anxiety scores.

Keywords: Obesity, anxiety, state anxiety, trait anxiety

ÖZET

Giriş: Obezite önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bireyin yeme davranışını olumsuz olarak etkileyen anksiyete ve depresyon sıklıkları obez bireylerde artmıştır. Çalışmanın amacı obez ve fazla kilolu bireylerdeki durumluk ve sürekli kaygı durumunu belirlemek ve normal beden kitle indeksine (BKİ) sahip kişilerle aralarında bir fark olup olmadığını araştırmaktır. **Metot:** Kesitsel tipteki bu çalışmanın verileri aile hekimliği polikliniğinde muayene edilen 106 hastadan elde edilmiştir. Her hastaya "Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri" uygulanmıştır. Herhangi bir psikiyatrik veya metabolik hastalığı olanlar veya herhangi bir psikiyatrik yan etki profili gösteren kortikosteroid gibi ilaç kullanım öyküsü olanlar bu çalışmanın dışında tutulmuştur. Analizlerde tanımlayıcı ölçütler (sıklık, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma ve en büyükten küçük değer) kullanılmıştır. Ortalamaların kıyaslanmasında Student testi ve ANOVA kullanılırken; değişkenler arası ilişkiler, Pearson korelasyon testleri ile değerlendirilmiştir. Ayrıca, sayımla belirlenen verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. (p) değeri 0,05 altında anlamlı olarak kabul edilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya katılan 106 kişiden, %51,9 (n=55)'ü kadın, %48,1 (n=51)'i erkek olup yaş ortalamaları ve standart sapmaları sırasıyla 31,6 (±10,39) ve 33,7 (±10,3) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların % 43,5 (n=46)'i normal, % 25,4 (n =27)'ü kilolu, %12,3 (n=13)'ü obez ve % 18,8 (n=20)'i morbid obez olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda tüm katılımcılar göz önüne alındığında durumluk kaygı oranı %55,6 (n=59), sürekli kaygı oranı ise %70,7 (n=75)'dir. Gruplar arasında gerek ortalama kaygı puanı (p=0,65), gerekse durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları (p=0,582; p=0,471) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. **Sonuç:** Çalışma sonucunda normal kilolu, obez ve morbid obez bireylerde anlık ve sürekli kaygı durumlarının yüksek olduğu ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı bulunmuştur. Yine anlık ve sürekli kaygı puanları ile antropometrik ölçümler arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır.

Anahtar kelimeler: Obezite, anksiyete, sürekli anksiyete, durumluk anksiyete

Received Date: 11.06-2019, **Accepted Date:** 03.12-2019

*1 Sakarya Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Can Öner, Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

E-mail: trcanoner@yahoo.com

Doğan B., Öner C. State and Trait Anxiety Levels of Obese and Overweight Persons TJFMPC, 2020;14 (1): 82-86.

DOI: 10.21763/tjfm.693114

GİRİŞ

Kaygı, kişinin başına bir tehlike gelebileceği endişesi, huzursuzluk, gerilim, sinirlilik ve korku ile karakterize, hoş olmayan duygusal durum, ‘hissedilen şey’ olarak tanımlanır. Normal düzeydeki kaygılar birey için pozitif etki ile istek duyma, karar alma, alınan kararları uygulama ve bireylerin performanslarını yükseltme açısından yardımcı olurken; yoğun kaygı durumu kişinin enerjisini verimli bir şekilde kullanmasını, dikkatini ve gücünü yapacağı işe yönlendirmesini engeller.^{1,2} İnsanlarda yaşanan kaygı süreçleri durumluk kaygı ve sürekli kaygı olarak ikiye ayrılır.

Durumluk kaygı, istenmeyen ve tehlikeli bir durumla karşı karşıya kaldığımızda meydana gelen kaygı düzeyidir. Bireyin içinde bulunduğu stresli durumdan dolayı hissettiği korkudur. Otonom sinir sisteminde meydana gelen bir uyarılma sonucu terleme, sararma, kızarma ve titreme gibi fiziksel değişimler, bireyin gerilim ve huzursuzluk duygularını gösterir. Durumluk kaygı seviyesi stresin yoğun olduğu zamanlarda artarken, stres ortadan kalkınca azalır. Tehlike anında geçici, kısa süreli kaygı olarak görülür.³⁻⁵

Sürekli kaygı durumunda kişiler içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılar ve yorumlar.³⁻⁶ Ortada kaygılanmak için gerekçe ve ortam yokken veya böyle bir neden var ise olduğunda daha abartılı, orantısız biçimde uzun süreli ve şiddetli kaygı yaşama sürecidir.⁷ Sürekli kaygıda, kişiler tehlikeli ve tehdit edici bir durum yokken bile kendilerini tehdit ortamındaymış gibi algılar ve bunun sonucunda da hoşnutsuzluk ve mutsuzluk hisseder. Sürekli kaygı seviyesi yüksek olan bireylerin kolaylıkla incinmeleri ve karamsarlığa bürünmeleri mümkündür. Bu bireyler durumluk kaygıyı da diğerlerinden daha sık ve yoğun bir şekilde yaşarlar.⁴

Sürekli kaygı, bireyler arasında değişiklik gösteren bir kişilik özelliğidir. Sürekli kaygısı yüksek olan bireyler, düşük olanlara göre stres yaratan durumları çok daha tehlikeli ya da tehdit edici olarak algılama ve daha yoğun durumluk kaygı reaksiyonları ile tepkide bulunma eğilimindedir.⁴ İnsanlarda meydana gelen kaygı sürecinin uzaması, gelecek kaygısı ile ne yapacaklarına karar verememelerine, başlarına bir şey gelecekmış gibi yersiz duygulara kapılmalarına yol açmaktadır.³

Günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu olan obezite, bireylerin gerek fiziksel ve gerekse mental sağlıklarına olumsuz etkilerde bulunmakta ve yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Güncel çalışmalar obeziteyi psikosomatik boyutu olan bir hastalık olarak ele almakta ve bu hastalığın tedavisi için multidisipliner yaklaşımı önermektedir.⁸ Değişik çalışmalarda obez bireylerde depresyon ve anksiyete belirtilerinin yüksek olduğu bildirilmektedir.⁹ Çalışmamızın amacı normal, kilolu, obez ve morbid obez bireylerde durumluk ve sürekli kaygı durumu belirlemek ve aralarında bir fark olup olmadığını araştırmaktır.

YÖNTEM

Kesitsel tipteki çalışmanın verileri 01 Temmuz 2018 - 10 Ağustos 2018 tarihleri arasında Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğinde muayene edilen ve testleri yapmayı kabul eden 106 hastadan elde edilmiştir. Çalışma öncesinde tüm katılımcıların yazılı onamları alınmıştır. Çalışma grubunun BKİ (kg/m²) ve Türkiye’ye özgü bel çevresi değerlerinin sınıflaması, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneğinin Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzundaki sınıflama baz alınarak yapılmıştır.¹⁰ Her hastaya uluslararası kabul gören ve uygulama kolaylığı olan “Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri” poliklinik muayeneleri sırasında veya sonrasında kişinin sözlü onamı alındıktan sonra uygulanmıştır. Herhangi bir psikiyatrik veya metabolik hastalığı olan veya kortikosteroid gibi psikiyatrik etki riski olan ilaç kullanım öyküsü olanlar çalışma dışı tutulmuştur.

Katılımcıların durumluk ve sürekli kaygı durumları Spielberger ve arkadaşları tarafından 1970 yılında geliştirilen ve Öner ve arkadaşları tarafından 1983 yılında Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği gösterilmiş “Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri” ile belirlenmiştir. Envanter yirmi maddeden oluşan Durumluk Kaygı Ölçeği ile yirmi maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere toplam kırk maddeden oluşmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği, bireylerin belirli bir anda belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini, içinde bulunduğu duruma ilişkin duygularını dikkate alarak maddeleri cevaplamasını gerektirir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise bireyin genellikle kendisini nasıl hissetmesi gerektiğini belirtir. Durumluk Kaygı Ölçeği, maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar, bireyin içinde bulunduğu durumu hissetme derecesine göre: (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4)

tamamıyla gibi oluşan şıklardan birini işaretleyerek cevaplandırılır. Sürekli Kaygı maddelerinde ifade edilen duygu davranışları ise sıklık derecesine göre: (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde cevaplandırılır. Ölçekten elde edilen 36-41 arası değerler kaygı düzeyi normal olarak değerlendirilirken, 41 ve üzeri puanlar yüksek kaygı seviyelerini, 36 ve altı düşük puanlar düşük kaygı seviyelerini göstermektedir.^{5,6}

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 Student testi ve ANOVA kullanılırken, değişkenler arası ilişkiler, Pearson korelasyon testleri ile değerlendirilmiştir. Ayrıca, sayımla belirlenen verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. (p) değeri 0,05 altında anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 106 kişiden, %51,9 (n=55)'u kadın, %48,1 (n=51)'i erkek olup yaş

ortalamarı sırasıyla 31,6±10,3 ve 33,7±10,3 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların % 43,5 (n=46)'i normal, % 25,4 (n =27)'ü kilolu, %12,3 (n=13)'ü obez ve % 18,8 (n=20)'i morbid obez olarak sınıflandırılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri tablo1'de verilmiştir. Tablo takip edildiğinde normal gruptan obez ve morbid obez grubuna gidildikçe yaş ortalamasının arttığı görülmektedir. Yine evli katılımcı oranları kilolu, obez ve morbid obez grupta normal gruba göre anlamlı olarak fazladır. Obez ve morbid obez grubun gelir ve eğitim düzeyi diğer iki gruba göre anlamlı olarak düşüktür.

Gruplar arasında gerek ortalama kaygı puanı (p=0,136), gerekse durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları (p=0,286; p=0,797) arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır (Tablo 2). Çalışmamızda tüm katılımcılar göz önüne alındığında durumluk kaygı oranı %55,6 (n=59), sürekli kaygı oranı %70,7 (n=75) olarak saptanmıştır.

Tablo 1: Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri				
	Normal %43,4 (n=46)	Kilolu %25,4 (n=27)	Obez-Morbid obez %31,1 (n=33)	P
Yaş	28,3±8,6	33,2±9,4	38,1±10,8	0,000
Kadın	50,0 (23)	44,4 (12)	60,6 (20)	0,434
Evli	50,0 (23)	74,4 (20)	75,7 (25)	0,020
Çalışan	71,7 (33)	55,5 (15)	60,6 (20)	0,380
Sigara kullanan	42,2(19)	51,9 (14)	31,3 (10)	0,170
Alkol kullanan	11,1 (5)	7,4 (2)	3,1 (1)	0,425
Düzenli spor (+)	20,5 (9)	7, 4 (2)	9,1 (3)	0,198
Asgari ücret üstü gelire sahip	86,9 (40)	85,1 (23)	57,5 (19)	0,031
12 yıl ve üstü eğitimi olan	54,3 (25)	48,1 (13)	24,2 (8)	0,009

Tablo 2: Katılımcıların BKİ göre kaygı durum değerlendirmeleri			
	Durumluk Kaygı Puanı	Sürekli Kaygı Puanı	Kaygı Puanı
Normal	40,9±5,0	43,2±7,7	42,1±4,1
Kilolu	40,6±4,9	45,5±7,6	43,2±4,5
Obez-Morbid obez	41,9±6,1	44,1±,9	43,2±5,5

Tüm grup ele alındığında katılımcıların beden kitle indeksleri ile durumluk ($r=0,146;p=0,136$), sürekli ($r=0,25; p=0,797$) ve ortalama ($r=105;p=0,286$) kaygı puanları arasında anlamlı bir korelasyon gösterilememiştir. Durumluk ve sürekli kaygı varlığı ve beden kitle indeksi arasındaki ilişki tablo 3'te gösterilmektedir.

TARTIŞMA

Çalışma sonucunda üç grup arasında sosyoekonomik değişkenlerden yaş, medeni durum, gelir ve eğitim düzeyi arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda obeziteyi belirleyici en önemli nedenlerin yaşlanma, diyabet ve hipertansiyon varlığı, yaşanan çevre, sosyal durum, düşük eğitim düzeyi, fiziksel inaktivite olduğu gösterilmiştir.¹⁰ Öte yandan çalışmamızdaki sonuca paralel olarak evli bireylerde obezitenin arttığını, eğitim düzeyi ve gelir seviyesi ile obezitenin ters ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma vardır.¹¹

Çalışma sonucunda tüm grup ele alındığında durumluk ve sürekli kaygı durumlarının bir hayli yüksek olduğu ancak gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Öte yandan kaygı puanları ve BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Obezitenin bireyin fiziksel, duygusal ve sosyal sağlığı ve yaşamı üzerindeki etkileri bilinmektedir. Obezitenin genç erişkinlerde kontrol gruplarına kıyasla zihinsel stres için bir risk oluşturduğu gösterilmiştir.¹² Bir başka çalışmada ise obez bireylerde duygusal ve metabolik bozuklukların birliktelikleri ele alınmış ve bu durum "metabolik ruh hali sendromu" olarak tanımlanmıştır.¹³ Obez bireylerdeki zihinsel bozuklukların en sık görüleni ve önemlisi travma sonrası stres bozukluğudur; sonrasında sırasıyla anksiyete bozukluğu, herhangi bir duygu durum bozukluğu ve majör depresif bozukluğu gelmektedir.¹⁴

Kırk dört ülkede yapılmış bir çalışmada anksiyete prevalansı %0,9 ile % 28,3 arasında bildirilmektedir. Metodolojik farklılıklar düzeltildikten sonra küresel anksiyete prevalansı % 7,3 olarak saptanmıştır. Çalışma sonucunda cinsiyet, yaş, kültür, çatışma ve ekonomik durum ve şehircilik gibi önemli faktörlerin ülkeler arasındaki prevalans farklılığının en büyük nedenini oluşturduğu görülmüştür.¹⁵ Obezitenin duygu durum ve anksiyete bozuklukları geliştirme ihtimalinde yaklaşık % 25'lik bir artışa neden olduğu, bu korku, endişe ve rahatsızlıkla baş etme yollarından birisinin de aşırı yeme olduğu ileri sürülmüştür.^{14,16} Çalışmamızda durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ile BKİ arasında bir ilişki gösterilememiş olmakla beraber obez ve morbid bireylerde yüksek oranda sürekli ve durumluk kaygı saptanmıştır. Her ne kadar sürekli kaygı durumu ve obez bireyler arasında duygusal beslenme arasında bir ilişki gösterilmiş olsa da tüm gruplarda yüksek düzeylerde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi olması; obezitenin yanı sıra coğrafya, kültürel farklılıklar ve sosyoekonomik farklılıkların; bireyin manevi durumu ve ruhsal iyilik halinin ciddi karıştırıcılar olarak karşımıza çıktığını ve bu nedenlerle kıyasın zorlaştığını düşündürmektedir.^{15,17,18}

Çalışma sonucunda her üç grubun da (normal, kilolu ve obez morbid obez) durumluk ve sürekli kaygı durumlarının yüksek olduğu ancak gruplar arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Yine durumluk ve sürekli kaygı puanları ile antropometrik ölçümler arasında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Kaygı düzeyinin yeme davranışı üzerindeki önemli bir etkisi olduğu değişik çalışmalarda gösterilmiştir.¹⁹ Bu nedenle obez bireylerde yeme kontrolü açısından anksiyete durumunun değerlendirilmesi faydalı olabilir. Çalışmanın çok küçük bir grupla ve hastanede yapılmış olması anksiyete puanlarının yüksek çıkmasına etki etmiş olabilir. Sonuçları genele yansıtarken bu kısıtlılık dikkate alınmalıdır. Öte yandan sosyal parametrelerin her birinin biri

üzerinde ve anksiyete üzerindeki olası etkileri, karıştırıcı faktör olarak etki ediyor olabilir.

KAYNAKLAR

1. Yiğit Y, Dilmaç M, Deniz ME, Hamarta E. Sürücülerin Sürekli ve Durumluluk Kaygılarının Bazı Değişenler Açısından İncelenmesi; Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi 2011; (2):4
2. Charles D. Spielberger, State-tait anxiety inventory, The Corsini Encyclopedia of Psychology. 2010-107
3. Endler NS, Kocovski NL. State and triat anxiety revisited. Anxiety Disorders 2001;15: 231-235
4. Öner N, Le Compte A. Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı.1.Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları;1983.p.1-26.
- 5.Öner N. Türkiye’de Kullanılan Psikolojik Testler.3.Baskı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları;1997.p.13-27.
- 6.Özgüven E. Psikolojik Testler.4.Baskı. Ankara: PDREM yayınları, Sistem Ofset;2000.p83-120.
- 7.Ocaktan M E, Keklik A, Çöl M. Abidinpaşa Sağlık Oağında Çalışan Sağlık Personelinde Spielberg Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyleri. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002;55 (1): 21-28.
8. Resch M, Haasz P, Sido Z. Obesity as psychosomatic disease. European Psychiatry 1998;13(4):315.
- 9.Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, van Belle G, Kessler RC. Association between obesity and psychiatric disorders in US adult population. Arch Gen Psychiatry 2006; 63:824-830.
- 10.TEMD.Obezite Tanı ve Tedavi Kılavuzu.8.Baskı.Ankara: Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti ;2019.p.21-25.
11. Tzotzas T, Vlaavas G, Papadopoulou S, Kapantais E, Kaklamanou D, Hassapidou M. MArital status and educational level associated to obesity in Greek aduts: data from thenational epidemiological Survey. BMC Public Health 2010;10:732.
12. Dreber H, Reynisdottir S, Angelin B, Tynelius P, Rasmussen F, Hemmingsson E. Mental distress in treatment seeking young adults (18–25 years) with severe obesity compared with population controls of different body mass index levels: cohort study. Clinical Obesity. 2017; 7 (1):1-10
13. Mansur RB, Brietzke E, McIntyra RS. Is there a “metabolic-mood syndrome”? A review of the relationship between obesity and mood disorders. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2015, 52:89-104
14. Scott KM, McGee MA, Wells JE, Oakley Brownw M.A. Obesity and mental disorders in the adult general population. Journal of Psychosomatic Research. 2008, 64 (1):97-105
15. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Psychological Medicine. 2013, 43 (5):897-910
- 16.Abramson E.E Wunderlich R.a. Anxiety, fear and eating: a test of the psychosomatic concept of obesity. J Abnorm Psychol. 1972,79 (3):317-321
- 17.Schneider K.L. Appelhans B.M. Whiled M.C. Oleski J. Pagoto S.L. Trait anxiety, but not trait anger, predisposes obese individuals to emotional eating. Appetite 2010,(55) 3,701-706
18. Steiner LM: Zaske S. Durand S. Molloy M. Arteta R. Spiritual factord predict state and trait anxiety. J.Relig Health 2017, 56 (6):1937-1955
- 19.Ruderman AJ. Obesity, anxiety amd food consumption. Addictive Behaviors 1983, 8(3):235-242



Rational Use of Antibiotics By Family Physicians in Turkey During Primary Healthcare Service: A Cross-Sectional Analysis Through The Prescription Information System

Türkiye’de Aile Hekimlerinin Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumunda Akılcı Antibiyotik Kullanımı: Reçete Bilgi Sistemi Üzerinden Kesitsel Bir Analiz

Fatma İşli¹, Mesil Aksoy¹, Selda Emre Aydıngöz², Esmâ Kadı¹

ABSTRACT

Objectives: Ensuring the rational drug use has become one of the primary targets of health policies of countries. The drug use, which may be affected by many factors, should be regularly followed up by using scientific methods. In this context, determining the prescribing practices of physicians is the first step to define the measures to be taken against irrational drug use. In this study, we aimed to determine the rational use of antibiotics by family physicians in all provinces of Turkey for evaluation of current antibiotic pattern of family physicians across the country and between provinces. **Methods:** This was a retrospective descriptive study in which e-prescription data of family physicians during 2017 were obtained through the Prescription Information System (PIS). The number and percentage of prescriptions including antibiotics were determined, and the mostly preferred antibiotics in terms of number of items/boxes/costs were listed. Ten most commonly prescribed antibiotics were given for Turkey and its provinces. **Results:** In 2017, 22,778 family physicians entered at least one protocol (procedure) into the database through PIS across Turkey. The total number of protocols entered was 282,044,546 of which 50.21% (141,625,433) was prescription protocols. Of all the prescriptions written by family physicians in Turkey, 24.97% includes at least one antibiotic. When provinces were compared according to antibiotic prescription rates, Mardin was the first with 38.09% (357,950/939,856) followed by 35.72% (637,640/1,785,088) in Sanliurfa and 35.23% (2,109,931/5,988,772) in Adana. The three provinces with the lowest antibiotic prescription rates were Edirne (16.05%; 169,955/1,058,960), Yozgat (16.25%; 100,216/616,531) and Artvin (16.37%; 40,358/246,497). Antibiotics constituted 7.43% (n=29,284.158) of all of the drugs items in prescriptions, and total antibiotic cost is 3.45% (554.866.690 TL) of the total drug cost. Based on the number of items in the prescriptions, the most commonly prescribed antibiotics were amoxicillin and enzyme inhibitor, clarithromycin, and cefuroxime. **Conclusion:** This is the most comprehensive study examining the prescriptions of all family physicians for a year across Turkey. The results of the study showed that one fourth of prescriptions written by family physicians contain antibiotics. This rate is even higher in the south and southeastern regions. Mostly, broad-spectrum antibiotics are prescribed. Further research and training activities are needed to achieve the objectives of rational drug use for antibiotic prescribing in Turkey.

Key words: Family Physicians; Rational Use of Antibiotics; Primary Healthcare Service

ÖZET

Giriş: Akılcı ilaç kullanımı, ülkelerin sağlık politikalarının öncelikli hedeflerinden birisi haline gelmiştir. Pek çok faktörden etkilenebilen ilaç kullanımı sürecinin, bilimsel araştırmalarla düzenli olarak takip edilmesi gerekir. Bu kapsamda hekimlerin yazdıkları reçetelerde kullandıkları ilaçların izlenmesi, akılcı olmayan ilaç kullanımına karşı alınacak tedbirlerin belirlenmesi için gereklidir. Bu araştırmada, Türkiye’nin tüm illerindeki aile hekimlerince yazılmış olan reçetelerdeki antibiyotik içerikleri değerlendirilerek mevcut akılcı antibiyotik kullanım profilinin, ülke geneli ve illere göre dağılımının belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Bu retrospektif tanımlayıcı çalışmada, Türkiye’deki aile hekimlerinin 2017 yılı boyunca yazdıkları reçete verileri, Reçete Bilgi Sistemi (RBS) üzerinden incelenmiştir. Tüm reçeteler arasından antibiyotik yazılanlar bulunarak, kalem/kutu/maliyet açısından en sık reçetelenen antibiyotikler tespit edilmiştir. En sık reçetelenen 10 antibiyotiğin dağılımı, Türkiye geneli için ve illere göre sunulmuştur. **Bulgular:** 2017 yılı boyunca Türkiye genelinde protokol üreten (işlem yapan) aile hekimi sayısı 22.778’dir. Aile hekimleri tarafından veri tabanına girilen 282.044.546 toplam protokolün %50,21’inde (n=141.625.433) reçete oluşturulmuştur. Türkiye genelinde aile hekimleri tarafından yazılan reçetelerin %24,97’si (35.364.710 reçete) ilaç olarak en az bir antibiyotik içermektedir. Antibiyotik bulunan reçete yüzdelere göre iller karşılaştırıldığında, %38,09 oranıyla (357.950/939.856) Mardin’in ilk sırada yer aldığı, Şanlıurfa’nın %35,72 (637.640/1.785.088) ve Adana’nın %35,23 (2.109.931/5.988/772) oranlarıyla takip ettiği görülmüştür. En düşük antibiyotik içeren reçete yüzdesine sahip üç il ise Edirne (%16,05; 169.955/1.058.960), Yozgat (%16,25; 100.216/616.531) ve Artvin’dir (%16,37; 40.358/246.497). Reçetelerdeki toplam antibiyotik kalem sayısı, tüm ilaç kalem sayısının %7,41’i (n=29.284.158), toplam antibiyotik maliyeti ise tüm ilaç maliyetinin %3,45’idir (554.866.690 TL). Kalem sayısına göre en sık reçetelenen antibiyotikler, amoksisilin ve beta-laktamaz inhibitörü kombinasyonu, klaritromisin ve sefuroksim aksetil olmuştur. **Sonuç:** Sunulan çalışma, tüm Türkiye’de aile hekimlerinin bir yıl boyunca ürettikleri reçete verilerinin incelendiği en kapsamlı çalışmadır. Çalışma verilerine göre, ülkemizde aile hekimleri tarafından yazılan her dört reçeteden biri antibiyotik içermektedir. Ülkemizin güney ve güneydoğu bölgesinde bu oran daha da yüksektir. En çok geniş spektrumlu antibiyotikler reçete edilmektedir. Ülkemiz genelinde akılcı ilaç kullanımını hedeflerine ulaşması için ileri araştırma ve eğitim faaliyetlerine ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Aile Hekimi; Akılcı Antibiyotik Kullanımı; Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunumu

Received date / Geliş tarihi: 10.09.2019, Accepted date/ Kabul tarihi: 24.12.2019

¹T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Akılcı İlaç Kullanımı Dairesi, Ankara-TÜRKİYE.

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, Ankara-TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Fatma İşli, T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Akılcı İlaç Kullanımı Dairesi, 2176. Sokak No:5 P.K. 06520 Çankaya/Ankara-TÜRKİYE.

E-mail: dr.fatma.isli@gmail.com

İsli F, Aksoy M, Aydıngöz Emre S, Kadı E. Rational Use of Antibiotics By Family Physicians in Turkey During Primary Healthcare Service: A Cross-Sectional Analysis Through The Prescription Information System. TJFMPC, 2020;14(1): 87-95.

DOI: 10.21763/tjfm.618125

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü 1985 Nairobi toplantısında akılcı ilaç kullanımı (AİK), “kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri” olarak tanımlanmıştır.¹ Gereğinden fazla ya da güncel kılavuzlara uygun olmayan ilaç reçetelenmesi, ilaçların yanlış şekilde kullanılması, özel hasta gruplarına uygunsuz ilaç yazılması, gereksiz yere pahalı ilaçların kullanımı ya da yanlış ve fazla antibiyotik tüketimi gibi sorunlar akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) olarak adlandırılır.¹⁻³ Dünya genelinde, tıbbi amaçla kullanılan ilaçların yarısından fazlası akılcı olmayan şekilde reçetelenmekte ve satılmakta, hastaların yarısı da ilaçlarını uygun şekilde kullanmamaktadır.³

Türkiye’de AOİK önemli bir halk sağlığı sorunudur.^{4,5} Ayrıca AOİK’nin beraberinde getirdiği ilaç harcamalarındaki artış, Ülkemiz için ekonomik kayba da yol açmaktadır.⁶ Akılcı olmayan bir şekilde tüketilen ilaç gruplarının başında, en çok kullanılan ilaçlar arasında yer alan antibiyotikler gelmektedir.^{7,8} Antibiyotiklerin akılcı olmayan kullanımına bağlı yaşanan sorunlar, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli sağlık sorunlarından biridir. Antibiyotiklerin gereksiz yere reçetelenmeleri ve geniş spektrumlu olanlarının tercih edilmesi, yeterli sürede ya da uygun şekilde kullanılmamaları, direnç gelişimine yol açarak tedavide etkisizliğe ve ilave sağlık harcamalarına neden olmaktadır.^{4,9}

İlaçların akılcı kullanımının sağlanması, günümüzde ülkelerin sağlık politikalarının öncelikli hedeflerinden birisi haline almıştır. Bu kapsamda saha araştırmaları yapılması ve bilimsel kanıtlar sağlanması, AOİK’nin giderilmesine yönelik gerçekleştirilmesi planlanan stratejiler arasında yer almaktadır.¹⁰

Hastanın, birinci basamakta tedavisini düzenlemede söz sahibi olan aile hekimlerinin, AİK ilkeleri konusundaki sorumluluklarını ne düzeyde yerine getirdiğinin değerlendirilmesinde en önemli göstergelerden birisi, yazmış oldukları reçetelerdir. Aile hekimlerinin yazdıkları reçete içeriklerinin bilinmesi; ilaç kullanımı konusunda yaşanan sorunların tespitinde ve bu sorunların giderilmesi konusunda yapılacak girişimlerde yol gösterici bir kaynaktır. Hekimlerin antibiyotik reçeteleme oranları, Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) tanımladığı AİK göstergelerinden birisidir.¹¹ DSÖ’ne göre AİK göstergeleri; reçeteleme, hasta kullanımı, hastane ve diğer göstergeler olarak dört gruba ayrılmaktadır. Bunlardan reçeteleme göstergeleri, hasta başına reçeteye düşen ilaç sayısı, antibiyotik içeren reçete yüzdesi, enjeksiyon ilaç

içeren reçete yüzdesi gibi kriterleri kapsamaktadır. Buna dayanarak çalışmamızda evrensel olarak AİK göstergelerinden birisi olan hekimlerin antibiyotik reçeteleme oranları esas alınmıştır.

Pek çok faktörden etkilenebilen ilaç kullanımı sürecinin, kapsamlı bilimsel araştırmalarla düzenli olarak takip edilmesi gerekir. Konuyla ilgili çalışmaların çoğunun bölgesel, dönemsel, sağlık kurumuna özgü, endikasyona ya da yaşa özgü olduğu dikkati çekmektedir. Oysa ilaç kullanımının ülke genelinde değerlendirildiği kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bu araştırmada, 2017 yılı boyunca Türkiye’nin tüm illerindeki aile hekimlerince yazılmış olan reçetelerdeki antibiyotik içerikleri değerlendirilerek, mevcut akılcı antibiyotik kullanım profilinin ülke genelinde ve illere göre dağılımının belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Çalışma tasarımı

Bu retrospektif tanımlayıcı çalışmada, Türkiye’deki aile hekimlerinin 2017 yılı boyunca yazdıkları elektronik reçete verileri, Reçete Bilgi Sistemi (RBS) üzerinden incelenmiştir. Hekimlerin oluşturdukları tüm işlem kayıtları RBS aracılığıyla değerlendirilerek, reçete ile sonlanan işlemler saptanmış ve antibiyotik yazılan reçete sayısı bulunmuştur. Antibiyotik bulunan reçetelerdeki, reçete başına düşen antibiyotik için kalem, kutu ve maliyet verileri elde edilmiştir. Kalem/kutu/maliyet açısından en sık reçetelenen 10 (on) antibiyotüğün dağılımı Türkiye geneli için ve illere göre tespit edilmiştir. RBS’de farklı zamanlara ait verilerin kıyaslandığı durumlarda maliyet karşılaştırmasının yapılabilmesi için, ilaç maliyetlerinin hesaplanmasında 2010 yılına kadar ruhsatlandırılmış ilaçlar için 2010 yılı perakende satış fiyatları, bu tarihten sonra ruhsatlandırılan ilaçlar için ise piyasaya ilk çıktıkları zamanki perakende satış fiyatları kullanılmıştır. Maliyet hesaplamasında bu tarihten sonra ilaç fiyatlarındaki değişiklikler dikkate alınmamıştır.

Antibiyotiklerin tanımlaması için, uluslararası standart ilaç sınıflandırma sistemi olan ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*-Yapısal Tedavi Edici Kimyasallar Sınıflandırma Sistemi) kodlama sistemi kullanılmıştır.

Reçete Bilgi Sistemi (RBS)

RBS, elektronik reçete verilerinin analiz edilerek hekimlerin akılcı ilaç reçeteleme davranışlarının izlenmesini, değerlendirilmesini ve hekimlere geri bildirim verilebilmesini sağlayan bir yazılımdır. RBS’de hekim, il ve ülkeye ait

istatistiklere ve dönemsel değişim analizlerine erişilebilmektedir. RBS, rutin sağlık hizmetlerinin işleyişinde önemli avantajlar sağlamanın yanı sıra, sağlık hizmetinin ayrıntılarını ortaya koyacak bilimsel araştırmalara da imkân sunmaktadır.

İstatistik analiz

Çalışmada, Türkiye genelinde 2017 yılı boyunca aile hekimlerinin oluşturdukları tüm işlem kayıtlarına RBS aracılığıyla ulaşılmıştır. Bu kayıtlardan reçete ile sonlanan işlemler saptanmış ve antibiyotik yazılan reçete sayısı bulunmuştur. Türkiye genelinde aile hekimleri tarafından yazılan reçeteler arasında ilaç olarak en az bir antibiyotik içerenlerin yüzdesi (antibiyotik içeren reçete yüzdesi) çalışmamızın birincil değerlendirme ölçütüdür. Bu yüzde tüm Türkiye için belirlendiği gibi illere göre de belirlenmiş ve en yüksek ve en düşük antibiyotik içeren reçete yüzdesine sahip iller bulunmuştur.

Ayrıca, 2017 yılı boyunca aile hekimlerinin oluşturdukları reçetelerdeki tüm ilaçlar için ve antibiyotikler için kalem, kutu ve maliyet verileri elde edilmiştir. Daha sonra reçetelenen tüm ilaçlar içinde antibiyotiklerin kalem, kutu ve maliyet yüzdeleri hesaplanmıştır. Kalem sayısı, kutu sayısı ve maliyet göz önüne alındığında en yüksek 10 (on) antibiyotiğin dağılımı Türkiye geneli için tespit edilmiştir.

Son olarak, antibiyotik bulunan reçetelerdeki reçete başına düşen (RBD) antibiyotik kalem sayısı, antibiyotik kutu sayısı ve antibiyotik maliyeti hesaplanmıştır.

Çalışmada yer alan kalem sayısı, bir reçetede yer alan farklı ilaçların sayısını; kutu sayısı ise her bir ilaç için reçetelenen kutu sayısını ifade etmektedir. Maliyet ise, Türkiye genelinde 2017 yılı boyunca aile hekimlerinin oluşturdukları reçetelerde bulunan antibiyotiklerin toplam maliyeti ifade etmektedir. Bu bilgi makalenin metot bölümünde istatistik analiz alt başlığına eklenmiştir.

Çalışmada, elde edilen veriler tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, ortalama) kullanılarak sunulmuştur.

Etik ve idari izinler

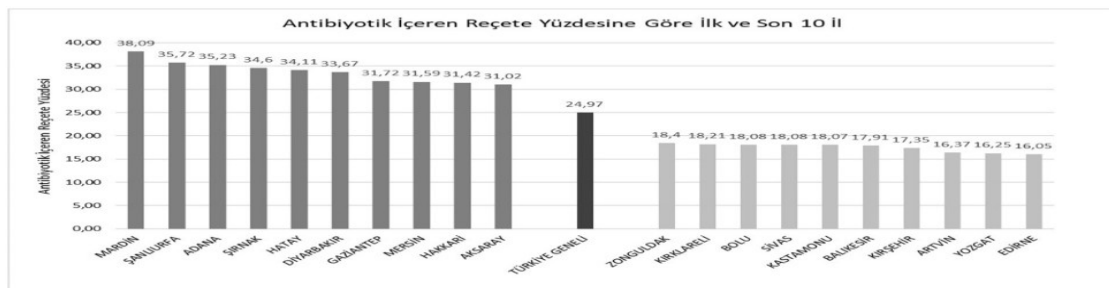
Bu çalışma, aile hekimlerinin yazdıkları elektronik reçetelerin RBS üzerinden analiz edildiği retrospektif bir çalışmadır. Çalışma verileri, reçete verilerinin Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından bilimsel amaçlarla kullanımına dair T.C. Sağlık Bakanlığı'nın 09.10.2013 tarih ve 108402 sayılı onayına istinaden RBS'den elde edilmiştir. Bu çalışma, Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu tarafından onaylanmıştır (Proje no: KA19/295, Tarih: 02.09.2019). Reçete ve hekim bilgileri tamamen anonimdir. Herhangi bir hastanın kişisel ya da tıbbi verisi kullanılmamıştır.

BULGULAR

Antibiyotik içeren reçete sayısı ve illere göre dağılımı

2017 Yılı boyunca, Türkiye genelinde protokol üreten (işlem yapan) aile hekimi sayısı 22.778'dir. Bu süre içinde Türkiye genelinde RBS aracılığıyla veri tabanına girilen 282.044.546 toplam protokolün, %50,21'ini (141.625.433) ilaç olan protokollerin (reçete) oluşturduğu görülmüştür. Türkiye genelinde aile hekimleri tarafından oluşturulan 141.625.433 reçetenin, %24,97'sinin (35.364.710 reçete) en az bir antibiyotik içerdiği tespit edilmiştir.

Antibiyotik bulunan reçete yüzdelerine göre iller karşılaştırıldığında, %38,09 oranıyla (357.950/939.856) Mardin'in ilk sırada yer aldığı, Şanlıurfa'nın %35,72 (637.640/1.785.088) ve Adana'nın %35,23 (2.109.931/5.988/772) oranlarıyla takip ettiği görülmüştür. En düşük antibiyotik içeren reçete yüzdesine sahip üç il ise; Edirne (%16,05; 169.955/1.058.960), Yozgat (%16,25; 100.216/616.531) ve Artvin'dir (%16,37; 40.358/246.497) (Şekil 1).



Şekil 1. Antibiyotik içeren reçete yüzdelerinin en yüksek ve en düşük olduğu on ilin Türkiye geneline göre durumu.

Antibiyotik bulunan reçete yüzdesine göre, Türkiye ortalamasının üzerindeki ve altındaki illerin ülke

haritası üzerindeki dağılımları Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 2. Antibiyotik içeren reçete yüzdeleri açısından illerin Türkiye geneline göre durumu.

Kalem/kutu/maliyete göre reçetelerdeki antibiyotiklerin dağılımı

Reçetelerdeki toplam antibiyotik kalem sayısının 29.284.158 olduğu ve bunun tüm ilaç kalem sayısının %7,43'ini oluşturduğu saptanmıştır (Tablo 1). Reçetelerdeki toplam antibiyotik kutu sayısı 39.614.946 olup, bu tüm ilaç kutu sayısının

%4,87'sini oluşturmaktadır (Tablo 1). Reçetelerdeki toplam antibiyotik maliyetinin 554.866.690 TL olduğu ve bunun tüm ilaç maliyetinin %3,45'ini oluşturduğu saptanmıştır (Tablo 1). Antibiyotik bulunan reçetelerdeki RBD antibiyotik kalem sayısı 0,83, RBD antibiyotik kutu sayısı 1,12 ve RBD antibiyotik maliyeti 15,69 TL'dir (Tablo 1).

Tablo 1. Kalem/kutu/maliyete göre reçetelerdeki antibiyotiklerin dağılımı

	Tüm reçeteler	Antibiyotik içeren reçeteler
Reçete sayısı	141.625.433	35.364.710
Kalem sayısı		
Toplam kalem sayısı	394.205.714	29.284.158
RBD kalem sayısı	2,78	0,83
Kutu sayısı		
Toplam kutu sayısı	814.683.345	39.614.946
RBD kutu sayısı	5,75	1,12
Maliyet (TL)		
Toplam maliyet	16.025.037.021,23	554.866.690,24
RBD maliyet	113,15	15,69

RBD, reçete başına düşen.

Reçetelenme sıklıklarına göre antibiyotiklerin dağılımı incelendiğinde, ilk sıralarda amoksisilin ve beta-laktamaz inhibitörü kombinasyonu,

klaritromisin ve sefuroksim aksetil olduğu dikkat çekmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Kalem sayısına göre 2017 yılında Türkiye genelinde aile hekimleri tarafından en sık reçetelenen antibiyotikler

Kalem sırası	ATC 5 kodu	ATC 5 adı	Kalem sayısı	Kalem yüzdesi
		Amoksisilin ve beta-laktamaz		
1	J01CR02	inhibitörü	10.971.409	%37,47
2	J01FA09	Klaritromisin	2.280.687	%7,79
3	J01DC02	Sefuroksim aksetil	1.814.464	%6,2
4	J01DD08	Sefiksim	1.427.324	%4,87
5	J01CA04	Amoksisilin	1.290.654	%4,41
6	J01MA02	Siprofloksasin	1.201.054	%4,1
7	J01XX01	Fosfomisin	1.034.775	%3,53
8	J01FA10	Azitromisin	979.967	%3,35
9	J01DD13	Sefpodoksim	807.997	%2,76
10	J01DB01	Sefaleksim	785.466	%2,68

Reçetelenen antibiyotiklerin kutu sıralamasında, ilk sıraları amoksisilin ve enzim inhibitörü kombinasyonu, sefuroksim aksetil ve sefazolin almıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Kutu sayısına göre 2017 yılında Türkiye genelinde aile hekimleri tarafından en sık reçetelenen antibiyotikler

Kutu sırası	ATC 5 kodu	ATC 5 adı	Kutu sayısı	Kutu yüzdesi
		Amoksisilin ve beta-laktamaz		
1	J01CR02	inhibitörü	11.372.457	%28,71
2	J01DC02	Sefuroksim	4.300.736	%10,86
3	J01DB04	Sefazolin	2.646.030	%6,68
4	J01DD04	Seftriakson	2.368.623	%5,98
5	J01FA09	Klaritromisin	2.327.554	%5,88
6	J01DD08	Sefiksim	1.471.862	%3,72
7	J01CA04	Amoksisilin	1.345.053	%3,40
8	J01MA02	Siprofloksasin	1.290.625	%3,26
9	J01XX01	Fosfomisin	1.274.551	%3,22
10	J01FA10	Azitromisin	1.080.733	%2,73

Antibiyotiklerin maliyet sıralamasında ilk sıraları amoksisilin ve beta-laktamaz inhibitörü kombinasyonu, sefuroksim aksetil ve klaritromisin almıştır (Tablo 4).

Tablo 4. 2017 yılında Türkiye genelinde aile hekimleri tarafından reçetelenen antibiyotiklerin maliyet sıralaması

Maliyet sırası	ATC 5 kodu	ATC 5 adı	Total maliyet (TL)	Maliyet yüzdesi
		Amoksisilin ve beta-laktamaz		
1	J01CR02	inhibitörü	165.426.520,46	%29,81
2	J01DC02	Sefuroksim aksetil	87.348.961,02	%15,74
3	J01FA09	Klaritromisin	38.727.255,04	%6,98
4	J01DD04	Seftriakson	23.532.050,15	%4,24
5	J01DD13	Sefpodoksim	22.609.812,24	%4,07
6	J01DD08	Sefiksim	21.338.254,94	%3,85
7	J01DC04	Sefaklor	15.924.330,10	%2,87
8	J01DB01	Sefaleksim	13.841.821,27	%2,49
9	J01MA02	Siprofloksasin	13.419.939,26	%2,42
10	J01XX01	Fosfomisin	12.890.811,13	%2,32

TARTIŞMA

Antibiyotiklerin akılcı olmayan kullanımı ülkemizin önemli sağlık sorunlarından birisidir. Antibiyotiklerin gereksiz yere, yetersiz süre ve dozda kullanımı, direnç gelişimine neden olmakta, bu da tedavide etkisizliğe ve ilave sağlık harcamalarına yol açabilmektedir. Bu çalışmada, 2017 yılı boyunca tüm Türkiye’de aile hekimlerince yazılan reçetelerin antibiyotik içeriklerinin incelenmesi ve illerin antibiyotik bulunan reçete yüzdelerine göre karşılaştırması yapılmıştır.

Ülkemizde, 2003 yılı Şubat ayında yayımlanarak yürürlüğe giren Bütçe Uygulama Talimatı ile antibiyotik kullanımına ulusal ölçekte bir takım sınırlamalar getirilmiş ve sonrasında özellikle geniş spektrumlu antibiyotiklerin tüketiminde bir düşüş görüldüğü bildirilmiştir.¹²⁻¹⁴ Ancak sunduğumuz çalışmada, aile hekimlerine yapılan başvuruların yaklaşık olarak yarısının reçete ile sonlandırıldığı, yazılan reçetelerin de dörtte birinin antibiyotik içerdiği görülmüştür. Güney ve güneydoğu bölgesinde bu oran daha da yüksektir. En çok geniş spektrumlu antibiyotikler reçete edilmektedir. Elde ettiğimiz veriler, antibiyotik kullanım oranlarının hala yüksek olduğunu göstermektedir.

Birinci basamakta çalışan hekimlerin, akılcı antibiyotik kullanımı ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirildiği bir çalışmada hekimlerin %48,4’ünün her üç reçeteden birinde (%30), %19,4’ünün ise her beş reçeteden üçünde (%60) antibiyotik yazdığı belirlenmiştir.¹⁵ Bu çalışmada, hekimlerin %89,6’sı, antibiyotiklerin akılcı kullanımı konusunda hizmet içi eğitimlerini kendileri için yararlı olacağını belirtmişlerdir.¹⁵ Türkiye genelinde, aile hekimleri tarafından yazılan reçetelerin %24,97’sinde herhangi bir antibiyotik ilaç bulunmaktadır. Ancak iller arasında bu yüzde %38,09 ila %16,05 arasında değişkenlik göstermiştir. Antibiyotik içeren reçete yüzdesi açısından, 29 il Türkiye ortalamasından daha yüksek, 52 il ise daha düşük yüzdeye sahiptir. Türkiye ortalamasının üstündeki illerin, ülkenin daha çok güney ve güney doğu bölgesinde toplanmış iller olması dikkat çekicidir. Bu çalışma, antibiyotik bulunan reçete yüzdesinin iller arasındaki geniş dağılımın nedenlerinin irdelenmesine ve AOİK ile mücadeleye yönelik değişik stratejilerin uygulanmasına duyulan ihtiyacı ortaya çıkarmıştır.

Türkiye’de daha önce yapılan bölgesel çalışmalarda, reçetelere yazılan tüm ilaçların %15- %40’ını antibiyotiklerin oluşturduğu saptanmıştır.¹⁶⁻²⁰ Antibiyotik içeren reçetelerin en çok özel hastanelerde (%42,6) yazıldığı; bunu

birinci basamağın (%40,7), devlet hastanelerinin (%35,2) ve üniversite hastanelerinin (%35,2) izlediği bildirilmiştir.¹⁷ Antibiyotik kullanım oranının Hindistan’da %22,7, Çin’de %39,2 Nijerya’da %13, Batı Nepal’de %12,1 ve Yemen’de %28,8 olduğu bildirilmiştir.²¹⁻²⁶ Bu değerler farklı basamaktaki sağlık kuruluşlarına aittir. Antibiyotik içeren reçete yüzdesi, farklı basamaktaki sağlık kuruluşları arasında farklılık gösterdiği için karşılaştırma yapılırken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Bu çalışmada yalnızca birinci basamak değerlendirilmeye alınmıştır. Avustralya gibi bazı gelişmiş ülkelerde de, birinci basamak tedavide %46 gibi yüksek antibiyotik reçeteleme oranları bildirilmiştir.²⁷ Yakın zamanlı bir çalışmada, bazı Avrupa ülkelerinde (Litvanya, Letonya ve İsveç) birinci basamakta antibiyotik içeren reçete oranı %38-%42 olarak raporlanmıştır.²⁸ Bu oranlar dikkate alındığında çalışmamızda elde ettiğimiz %24,97’lik antibiyotik içeren reçete oranı, Türkiye için akılcı antibiyotik kullanımı açısından olumlu bir bulgudur. Ancak, birinci basamak yanında diğer basamak sağlık kuruluşlarının da değerlendirileceği, farklı endikasyon ve hasta yaş grupları için antibiyotik kullanım durumlarının karşılaştırılacağı ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Altı ilden toplanan 4.942 birinci basamak reçetenin incelendiği 2008 yılına ait bir çalışmada, antibiyotik kullanım oranı %29,62, antibiyotik kalem sayısının oranı %13,06, antibiyotik kutu sayısının oranı %12,92 olarak bildirilmiştir.²⁹ Çalışmamız da ise, antibiyotik içeren reçete oranının %24,97 olduğu; tüm ilaç kalem ve kutu sayılarının sırasıyla %7,43’ini ve %4,87’sini antibiyotiklerin oluşturduğu saptanmıştır. Antibiyotik içeren reçete oranının yüksek olmasına karşın kalem ve kutu yüzdesinin düşük olmasının nedeninin, antibiyotik içeren reçetelerde hekimlerin antibiyotik kalem ve kutu sayısını sınırlı tutmaları olduğu düşünülmektedir. Bu olumlu reçeteleme davranışında, Dünya Sağlık Örgütü’nün önerileri doğrultusunda Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından uygulamaya konan “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı’nın (2014-2017)” etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu plan kapsamında, 81 ilde Akılcı İlaç Kullanımı İl Koordinatörlüklerinin kurulması, RBS ile hekimlerin akılcı ilaç reçeteleme davranışlarının izlenmesi ve geri bildirim verilmesi, birinci basamak hekimlere ve eczacılara verilen AİK eğitimleri, antibiyotiklerin reçetesiz satılmamasına yönelik girişimler, topluma yönelik bilgilendirme faaliyetleri yapılmaktadır.³⁰

Hastalara, en çok reçete edilen 10 antibiyotiğin çoğunluğunun geniş spektrumlu olması dikkat çekicidir. Aile hekimlerinin genellikle geniş spektrumlu antibiyotikleri reçete

etmeleri, en sık reçetelenen antibiyotikler içerisinde sefalosporinlerin bulunması, antibiyotik kullanımı konusunda akılcı olmayan davranış şekli olarak yorumlanmıştır. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da, en sık geniş spektrumlu antibiyotiklerin reçetelendiği kaydedilmiştir.^{15,16,31} Benzer şekilde, gelişmekte olan ülkelerin çoğunda hekimlerin antibiyotik yazarken geniş spektrumlu olanları daha fazla tercih ettikleri bildirilmiştir.^{32,33} Kalem bazında sık reçetelenen antibiyotikler incelendiğinde sıralamanın, kutu bazında en çok reçetelenen antibiyotiklerin sıralaması ile büyük ölçüde uyumlu olduğu görülmüştür. Söz konusu antibiyotiklerin sıklıkla reçete ediliyor olması kutu sıralamasının korunmasına sebep olmuştur.

Hekimlerin, AİK performanslarının değerlendirmesinde önemli olan diğer bir parametre de yazmış oldukları ilaçların maliyetidir. Son yıllarda Türkiye’de sağlık harcamalarının artış gösterdiği ve bu harcamaların büyük çoğunluğunu genel tedavi ve ilaç giderlerinin oluşturduğu göz önüne alındığında bu parametre daha da önemli hale gelmektedir.^{34,35} T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre, 2011-2017 yılları arasında toplam ilaç satış değerinde artış kaydedilirken, toplam satış içinde antibiyotiklerin payında düşüş kaydedilmiştir.³⁵ Sunulan araştırmada, antibiyotik maliyetinin tüm ilaç maliyetinin düşük bir kısmını (%3,45) oluşturduğu göze çarpmaktadır. Bu düşük oranda, antibiyotiklerin görece düşük maliyetli ilaçlar olmasının ve ülkemizde yürütülmekte olan AİK faaliyetlerinin etkili olduğu düşünülmektedir.³⁰ Maliyet sıralamasında, ilk 10 antibiyotik içinde ilk sırayı amoksisilin ve beta-laktamaz inhibitörün kombinasyonunun alması, bu grubun kalem ve kutu bazında da en çok reçetelenen antibiyotik olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Basamaklı tedavi sisteminde, üst basamaklarda yer aldığı ve cerrahi profilaksisi gibi ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında reçetelenmesi gereken sefalosporin grubu ilaçların; birinci basamakta kalem/kutu/maliyet parametrelerinin her üçünde de listenin ilk sıralarında yer alıyor olması ve tüm ilaçlar içinde yüksek kullanım yüzdesi oluşturması, AİK ilkeleri bakımından değerlendirilmeyi gerektiren bir durumdur.

Antibiyotik bulunan reçetelerdeki RBD antibiyotik kalem sayısı 0,83, RBD antibiyotik kutu sayısı 1,12 ve RBD antibiyotik maliyeti 15,69 TL’dir. Birinci basamakta düzenlenmiş reçeteleri inceleyen 2011 tarihli çalışmada RBD antibiyotik kalem sayısı 1,08, antibiyotik kutu sayısı 1,22 ve antibiyotik maliyeti 18,71 TL olarak bulunmuştur.²⁹ Burada sunduğumuz değerler, 2011 tarihli çalışmada bildirilen değerlerden daha azdır. Bu da

son yıllarda birinci basamakta antibiyotik kullanımında belirgin düşüş olduğuna işaret etmektedir.

Sunulan çalışmanın en önemli kısıtlılığı, retrospektif ve tanımlayıcı nitelikte olmasıdır. Aile hekimlerinin akılcı antibiyotik reçeteleme davranışlarının, zamana göre değişimi ve bu pratiği etkileyen faktörler değerlendirilmemiştir. Ayrıca sunulan çalışma, reçete kaynaklı bir çalışma olduğu için, akılcı antibiyotik kullanımının diğer göstergeleri (kişi başına düşen antibiyotik miktarı, hastaların reçete dışı antibiyotik erişimi ve tedaviye uyumu gibi) değerlendirilmemiştir. Bu yönü ile çalışma, ülkemizdeki akılcı antibiyotik kullanım profiline sadece birinci basamakta antibiyotik reçetelemede kritik önemi olan aile hekimlerinin akılcı antibiyotik reçeteleme davranışlarını ortaya koymaktadır. Çalışmanın kesitsel olması nedeniyle, sebep-sonuç ilişkisine yönelik analizler yanıtıcı olacağı düşünülerek yapılmamıştır. Bu kısıtlılıklarına karşın, sunulan çalışma tüm Türkiye’de aile hekimlerinin bir yıl boyunca ürettikleri reçete verilerinin incelendiği en kapsamlı çalışmadır. Bu çalışmanın, antibiyotiklerin akılcı kullanımına yönelik alınacak tedbirlerin belirlenmesinde ilgililere katkı sunacağı düşünülmektedir. Yapılacak ileri çalışmalarla, akılcı antibiyotik reçeteleme oranlarının yıllara göre değişiminin incelenmesi ve bu değişimi etkileyen faktörlerin analiz edilmesi AİK’nın sağlanmasına yönelik alınmış olan ve alınacak tedbirlerin etkinliğinin değerlendirilmesi açısından önem taşıyacaktır. Ayrıca akılcı antibiyotik kullanımında etkili olan faktörleri belirlemek için, endikasyona ve yaş gruplarına özel ve diğer basamak sağlık kuruluşlarının da ele alınacağı ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

SONUÇ

Ülkemizde, aile hekimleri tarafından yazılan her dört reçeteden biri antibiyotik içermektedir. Güney ve güneydoğu bölgesinde bu oran daha da yüksektir. En çok geniş spektrumlu antibiyotikler ve sefalosporinler reçete edilmektedir. Ülkemiz genelinde, akılcı ilaç kullanımı hedeflerine ulaşılması için ileri araştırma ve eğitim faaliyetlerine ihtiyaç vardır. Türkiye’de, AİK konusunda yapılacak iyileştirme faaliyetlerinde iller arası farklılıkların nedenleri irdelenmeli ve uygulanacak stratejilerin bölgeler arası değişiklik gösterebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Çıkar Çatışması

Hiçbir yazarın çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Maddi Destek/Sponsor

Yoktur.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization (WHO). Promoting rational use of medicines: core components. WHO Policy Perspectives on Medicines. No 5. WHO/EDM/2002. <http://archives.who.int/tbs/rational/h3011e.pdf> Erişim tarihi: Mart 2019, pp: 1.
2. Holloway K, van Dijk L. The World Medicines Situation 2011-Rational use of medicines. WHO, Geneva, 2011. <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s20054en/s20054en.pdf> Erişim tarihi: Mart 2019, pp: 2.
3. World Health Organization (WHO). Medicines use in primary care in developing and transitional countries-Fact Book summarizing results from studies reported between 1990 and 2006. WHO/EMP/MAR/2009. https://www.who.int/medicines/publications/who_emp_2009.3/en/ Erişim tarihi: Mart 2019, pp: 13.
4. Aksoy M, Alkan A, İşli F. Sağlık Bakanlığı'nın akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma faaliyetleri. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics* 2015;3(1):19-26.
5. Altindis S. Akılcı ilaç kullanımına sistematik bir bakış. *J Biotechnol and Strategic Health Res* 2017;2(1):34-8.
6. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası. Türkiye İlaç Sektörü Raporu 2018. <http://ieis.org.tr/ieis/tr/sektorraporu2018#6> Erişim tarihi: Aralık 2019, pp: 26.
7. T.C. Kalkınma Bakanlığı. Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018. İlaç Çalışma Grubu Raporu 2014. http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/10_IlacCalismaGrubuRaporu.pdf Erişim tarihi: Aralık 2019, pp: 31.
8. Demirtürk N. Birinci basamakta akılcı antibiyotik kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2017;8(3):204-9.
9. World Health Organization (WHO). WHO Global Strategy for Containment of Antimicrobial Resistance. WHO/CDS/CSR/DRS/2001. https://www.who.int/drugresistance/WHO_Global_Strategy_English.pdf Erişim tarihi: Mart 2019, pp: 11-13.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). Akdağ R (ed). Ankara, 2012, pp: 14-19.
11. World Health Organization (WHO). The World Medicines Situation. 2004. Chapter 8. Rational use of medicines. <https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s6160e/s6160e.pdf> Erişim tarihi: Aralık 2019, pp: 77.
12. Kurt H, Karabay O, Birengel S, Memikoglu O, Yılmaz Bozkurt G, Yalçı A. Effects of legal antibiotic restrictions on consumption of broad-spectrum beta-lactam antibiotics, glycopeptides and amphotericin B. *Chemotherapy* 2010;56(5):359-63.
13. Tunger O, Karakaya Y, Cetin CB, Dinc G, Borand H. Rational antibiotic use. *J Infect Dev Ctries* 2009;3(2):88-93.
14. Altunsoy A, Aypak C, Azap A, Ergönül Ö, Balık I. The impact of a nationwide antibiotic restriction program on antibiotic usage and resistance against nosocomial pathogens in Turkey. *Int J Med Sci* 2011;8(4):339-44.
15. Sahin H, Arsu G, Köseli D, Büke C. Evaluation of primary health care physicians' knowledge on rational antibiotic use. *Mikrobiyol Bul* 2008;42(2):343-8.
16. Mollahaliloglu S, Alkan A, Donertas B, Ozgulcu S, Akici A. Assessment of antibiotic prescribing at different hospitals and primary health care facilities. *Saudi Pharm J* 2013;21(3):281-91.
17. Mollahaliloglu S, Alkan A, Donertas B, Ozgulcu S, Akici A. Prescribing practices of physicians at different health care institutions. *Eurasian J Med* 2013;45(2):92-8.
18. Sürmelioglu N, Kiroglu O, Erdođdu T, Karataş Y. Measures for prevention of irrational drug use. *Arch Med Rev J* 2015;24(4):452-62.
19. Avcı İY, Kilic S, Acikel CH, Ucar M, Hasde M, Eyigun CP, et al. Outpatient prescription of oral antibiotics in a training hospital in Turkey: trends in the last decade. *J Infect* 2006;52(1):9-14.
20. Karabay O, Özdemir D, Güçlü E, Yıldırım M, İnce N, Küçükbayrak A, et al. Attitudes and behaviors of family physicians regarding use of antibiotics. *J Microbiol Infect Dis* 2011;1(2):53-7.
21. Patel V, Vaidya R, Naik D, Borker P. Irrational drug use in India: a prescription survey from Goa. *J Postgrad Med* 2005;51(1):9-12.
22. Gong Y, Yang C, Yin X, Zhu M, Yang H, Wang Y, et al. The effect of essential medicines programme on rational use of medicines in China. *Health Policy Plan* 2016;31(1):21-7.
23. De Costa A, Bhartiya S, Eltayb A, Nandeswar S, Diwan VK. Patterns of drug use in the public sector primary health centers of Bhopal district. *Pharm World Sci* 2008;30(5):584-9.
24. Akande TM, Ologe MO. Prescription pattern at a secondary health care facility in Ilorin, Nigeria. *Ann Afr Med* 2007;6(4):186-9.
25. Alam K, Mishra P, Prabhu M, Shankar PR, Palaian S, Bhandari RB, et al. A study on rational drug prescribing and dispensing in outpatients in a tertiary care teaching hospital of Western Nepal. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)* 2006;4(4):436-43.

26. Bashrahil KA. Indicators of rational drug use and health services in Hadramout, Yemen. *East Mediterr Health J* 2010;16(2):151-5.
27. Ref. Hawes L, Turner L, Buising K, Mazza D. Use of electronic medical records to describe general practitioner antibiotic prescribing patterns. *Aust J Gen Pract* 2018;47(11):796-800.
28. Dumpis U, Hahlin A, Varvuolyte S, Stenmark S, Veide S, Valinteliene R, Jurkeviciene A, Struwe J. Antibiotic prescription and clinical management of common infections among general practitioners in Latvia, Lithuania, and Sweden: a pilot survey with a simple protocol. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2018;37(2):355-361.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü “Birinci Basamakta Akılcı Reçete Yazımı” Araştırma Serisi 7. Ankara, 2011, pp: 52-56.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Akılcı İlaç Kullanımı Dairesi Etkinlikleri. <http://www.akilciilac.gov.tr/> Erişim tarihi: Mart 2019.
31. Ceyhan M, Yildirim I, Ecevit C, Aydoğan A, Ornek A, Salman N, et al. Inappropriate antimicrobial use in Turkish pediatric hospitals: a multicenter point prevalence survey. *Int J Infect Dis* 2010;14(1):55-61.
32. Sharma R, Chopra VS, Kour G. Use of antibiotics for respiratory illnesses in rural India. *J Clin Diag Res* 2009;(3)1557-61.
33. Kumar J, Shaik MM, Kathi MC, Deka A, Gambhir SS. Prescribing indicators and pattern of use of antibiotics among medical outpatients in a teaching hospital of Central Nepal. *Nepal Med Coll J* 2010;6(2);7-13.
34. Türkiye İstatistik Kurumu. Sağlık Harcamaları İstatistikleri 2017. https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/RAPORLAR/tuik_2018_saglik_harcamalari_2017.pdf Erişim tarihi: Mart 2019, pp: 1-2.
35. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30147,turkcesiydijiv1pdf.pdf?0> Erişim tarihi: Mart 2019, pp: 1-2. Erişim tarihi: Mart 2019, pp: 201-212.



Usability of Hematologic Parameters in Primary Care to Show Disease Activity in Patients with Ankylosing Spondylitis

Ankilozan Spondilit Hastalarında Hastalık Aktivitesini Göstermede Hematolojik Parametrelerin Birinci Basamakta Kullanılabilirliği

Ayşe Nur Topuz^{1*}, İpek Türk²

ABSTRACT

Introduction: Ankylosing spondylitis (AS) is a type of chronic inflammatory arthritis resulting in ankylosis of the spine and inflammation of the tendons. In this study, we aimed to investigate the usability of hematologic parameters to determine disease activity in AS patients. **Materials and Methods:** A total of 65 patients who were previously diagnosed with AS were enrolled retrospectively in the current study. Patients were divided into two groups according to their Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) scores. Thirty-one patients who had BASDAI score > 5 served as "active AS" and 34 patients who had BASDAI score < 5 served as "inactive AS". Patients data including their physical examination findings were recorded. Medications, demographic properties, and laboratory findings of the patients were also recorded. **Results:** The clinical and demographic features of both groups were comparable. There were no differences between groups according to the use of medications, the duration of AS and the presence of uveitis, enthesopathy, and peripheral arthritis. In laboratory findings, the Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR), C-reactive Protein (CRP) and Neutrophil/Lymphocyte Ratio (NLR) were significantly higher, Mean Platelet Volume (MPV) was significantly lower in active AS group than in inactive AS group. In the correlation analysis, BASDAI score had a significantly negative correlation with MPV ($r=-0.309$, $p=0.012$) and significantly positive correlations with ESR, CRP and N/L values ($r=0.427$, $p<0.001$, $r=0.328$, $p=0.008$ and $r=0.316$, $p=0.010$, respectively). In linear regression analysis, only MPV score was found to be a predictor for AS activity ($p<0.04$). **Conclusion:** Mean platelet volume is significantly negative correlated with BASDAI score and could provide a clue for primary care physician which patients who are at high risk for AS activity.

Key Words: Ankylosing spondylitis, BASDAI score, neutrophil/lymphocyte ratio, mean platelet volume, primary care

ÖZET

Giriş: Ankilozan spondilit (AS) omurgada ankiloza yol açan ve tendonlarda inflamasyon oluşturan kronik inflamatuvar artrit çeşididir. Bu çalışmada, AS hastalarında hastalık aktivitesini göstermede hematolojik parametrelerin kullanılabilirliğini araştırdık. **Gereç ve Yöntem:** Çalışmaya daha önce AS tanısıyla takip edilen toplam 65 hasta retrospektif olarak dahil edildi. Hastalık aktivitesini gösteren Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) skoruna göre hastalar iki gruba ayrıldı. BASDAI skoru > 5 olan toplam 31 hasta aktif AS ve BASDAI skoru < 5 olan toplam 34 hasta inaktif AS olarak ayrıldı. Detaylı fizik muayene bulguları da olmak üzere tüm hastaların verileri kaydedildi. Ayrıca hastaların ilaç kullanımları, demografik ve laboratuvar verileri kaydedildi. **Bulgular:** Her iki grup klinik ve demografik özellikler açısından benzerdi. Ayrıca ilaç kullanım öyküsü, hastalık yaşı, üveit varlığı, entesopati varlığı ve periferik artrit varlığı açısından da iki grup arasında istatistiksel fark saptanmadı. Aktif AS grubunda Eritrosit Sedimentasyon Hızı (ESH), C-reaktif Protein (CRP) ve Nötrofil/Lenfosit oranı (NLR) inaktif AS grubuna göre belirgin olarak yüksek, Ortalama Platelet Hacmi (OPH) ise belirgin olarak düşük saptandı. Korelasyon analizinde BASDAI skoru OPH ile belirgin negatif ($r=-0,309$, $p=0,012$), ESH, CRP ve NLR ile belirgin pozitif korelasyona sahipti (sırasıyla, $r=0,427$, $p<0,001$, $r=0,328$, $p=0,008$ ve $r=0,316$, $p=0,010$). Bu değişkenler lineer regresyon analizine sokulduğunda sadece OPH' nin AS hastalık aktivitesini predikte ettiği saptandı ($p<0,04$). **Sonuç:** OPH hastalık aktivitesini gösteren BASDAI skoru ile belirgin şekilde negatif ilişkilidir ve birinci basamak aile hekimleri için hangi hastaların AS aktivitesi için yüksek riskli olduğuna dair bir ipucu sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Ankilozan spondilit, BASDAI skoru, Nötrofil/Lenfosit oranı, ortalama Platelet Hacmi, birinci basamak

Received Date: 13.09-2019, **Accepted Date:** 27.12-2019

*¹ District Health Directorate of Cukurova, Family Medicine, Adana, Turkey

Cukurova University Medicine Faculty, Department of Rheumatology, Adana, Turkey

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ayşe Nur Topuz, District Health Directorate of Cukurova, Family Medicine, Adana, Turkey. **E-mail:** akca.topuzaysenur@gmail.com

Ayşenur T., İpek T.. Usability of Hematologic parameters in primary care to show disease activity in patients with ankylosing spondylitis TJFMPC, 2020;14 (1): 96-102.

DOI: 10.21763/tjfm.693138

GİRİŞ

İnflamatuvar artrit en yaygın nedenlerinden birisi olan Ankilozan Spondilit (AS) (tahmini prevalansı % 0,1-0,9) genç erişkinleri daha sık etkileyen kronik inflamatuvar romatizmal bir hastalıktır. Öncelikle sakroiliak eklemleri ve daha sonra kademeli olarak omurgayı etkileyen AS, uvea, barsaklar, cilt, akciğerler, böbrekler ve nadiren de kalbi etkileyen ekstra eklem tutulumu olan bir hastalıktır.¹

Ankilozan spondilit hastalarında sakatlığa ve artmış mortaliteye yol açan temel belirleyici ve birincil altta yatan mekanizma inflamasyondur.²Nötrofil, lenfosit ve trombosit sayıları hemogram ile kolayca elde edilebilir ve bu parametrelerden elde edilen nötrofil/lenfosit ve platelet/lenfosit oranları gibi parametrelerin sistemik inflamasyonun bir belirteci olarak kullanılabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur.³Nötrofiller dolaşımdaki bağışıklık hücrelerinin ana fraksiyonudur ve infeksiyon ve iltihaplanma alanlarında hızla birikir. Trombositler ise başlıca hemostaz, inflamasyon ve bağışıklıkta önemli bir rol oynamaktadır. Öte yandan trombosit fonksiyonu ve aktivasyonunun bir işareti olarak kabul edilen ortalama platelet hacmi (OPH), sepsis, koroner arter hastalığı ve kronik inflamatuvar hastalıkta artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilidir.^{4,5}

Bath Ankilozan Spondilit Hastalık Aktivitesi İndeksi (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) (BASDAI) skoru AS'de hastalık aktivitesi için kullanılan skorlamalardan birisidir. Bu skorlamada subjektif klinik faktörleri içeren parametreler mevcuttur.⁶Biz bu çalışmada birinci basamakta kolayca ulaşılabilen ve ucuz yöntemler olan nötrofil-lenfosit oranı (NLO) ve OPH gibi parametrelerin AS hastalarında BASDAI skoru ile ilişkisini ve hastalık aktivitesini ön görebilirliklerini araştırdık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya daha önce AS tanısı almış ve fizik tedavi polikliniğinde kayıtlı, demografik özellikler, ilaç kullanım ve mevcut AS ek özellikleri açısından (hastalık yaşı, üveit varlığı, entesopati varlığı ve periferikartrit varlığı gibi) benzer olan toplam 65 hasta retrospektif olarak dahil edildi. Her hastanın arşivde kayıtlı dosyası incelenerek yaş, cinsiyet, vücut ağırlığı ve boy gibi

demografik verilerine ek olarak son kontrollerindeki laboratuvar parametreleri ve BASDAI skoru kaydedildi. Ayrıca çalışma hastalarının, artrit öyküsü, yeni veya eşzamanlı infeksiyon kayıtları, ilaçları ve fizik muayene bulguları kayıt altına alındı. Çalışmaya ait protokol yerel etik kurul tarafından onaylandı.

Anemi dışındaki hematolojik bozuklukları olan, kronik infeksiyöz hastalığa sahip olan hastalar, ülseratif kolit, kronik/akut karaciğer veya böbrek hastalığı olanlar, diabetes mellitus, bilinen kardiyovasküler hastalıkları olanlar ve kanser öyküsü olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Kayıtlı hasta dosyaları üzerinden laboratuvar parametrelerine ulaşıldı. Hemogram verileri (nötrofiller, lenfositler, monositler, eozinofiller ve bazofiller), sedimantasyon hızı, C Reaktif Protein (CRP), hepatik ve böbrek fonksiyon testleri, lipid profili gibi biyokimyasal parametreler kaydedildi. N / L oranı nötrofil değerini lenfosit sayısına bölerek sayısal olarak hesaplandı.

İstatistiksel analiz: İstatistiksel analizler SPSS 15 programı ile yapıldı. Sürekli değişkenler ortalama ± Standard sapma (SS) ve kategorik değişkenler yüzde olarak ifade edilmiştir. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirildi. Kategorik ve sayısal değişkenleri ki-kare testi, Student t-testi veya varyans testinin analizi ile karşılaştırıldı. NLR ve OPH' nın BASDAI ile ilişkisi ve diğer çalışma parametreleri ile olan ilişkisi Pearson korelasyon testi ile değerlendirildi. Hastalık aktivitesini öngörebilme açısından lineer regresyon analizi kullanıldı. P değerinin <0,05 olması anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Her iki gruba ait klinik ve demografik özellikler, ilaç kullanım öyküsü, AS bulunma süresi, üveit varlığı, entesopati varlığı ve periferikartrit varlığı gibi değişkenler Tablo 1' de listelenmiştir. Demografik özellikler ve AS bulunma süresi, üveit varlığı, entesopati varlığı ve periferik artrit varlığı gibi ek patolojiler açısından benzer olan grupların ortalama BASDAI skoru aktif AS grubunda 7.6 ±1.2 ve inaktif AS grubunda 2.7 ±1.5 olarak bulundu (p<0.001) (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışma gruplarının demografik ve laboratuvar özellikleri				
		Aktif AS (n=31)	İnaktif AS (n=34)	p değeri
Yaş, yıl		42 ± 11	43 ± 10	0.78
Cinsiyet, K/E, n		15/16	19/14	0.48
Hastalık süresi, yıl		5.7 ± 3.2	5.6 ± 2.7	0.90
Üveit, n		4	1	0.13
Periferik arterit, n		3	2	0.56
Entesopati, n		3	3	0.90
İlaçlar, n	Anti-TNF	15	16	0.91
	Sulfosalazin	7	7	0.84
	Mtx	1	1	0.94
Eklem tutulumlu hasta sayısı, n		3	2	0.40
BASDAI skoru		7.6 ± 1.2	2.7 ± 1.5	<0.001
Laboratuvar bulguları				
Kreatin, mg/dL		0.7 ± 1.6	0.6 ± 0.1	0.10
C-reaktif protein, mg/dl		7.2 ± 5.2	1.7 ± 1.2	0.003
Sedimentasyon, (mm/s)		43 ± 31	23 ± 17	0.002
Hemoglobin, g/dl		13.0 ± 1.6	13.2 ± 1.2	0.68
Lökosit, (x10 ³ /µL)		8.2 ± 1.6	7.5 ± 1.8	0.12
Nötrofil, (x10 ³ /µL)		6.6 ± 1.8	5.2 ± 1.9	0.004
Lenfosit, (x10 ³ /µL)		2.2 ± 0.6	2.4 ± 0.8	0.26
Trombosit, (x10 ³ /µL)		315 ± 81	270 ± 56	0.008
N/L oranı		3.2 ± 1.2	2.3 ± 0.9	0.004
OPH, (fL)		7.6 ± 0.6	8.7 ± 2.3	0.016

AS: Ankilozan Spondilit, K/E: Kadın/Erkek, Anti-TNF: Anti Tümör Nekroz Faktör, Mtx: Metotreksat, BASDAI: Bath Ankylosing Disease activity Scoring, NL oranı: Nötrofil/Lenfosit oranı, OPH: Ortalama Platelet Hacmi. İstatiksel analiz için bağımsız t-test kullanıldı ve p<0.05 anlamlı olarak kabul edildi.

Tablo 2. BASDAI skoru ile diğer çalışma parametreleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları.		
	r	p değeri
Yaş	0.04	0.71
Hastalık süresi	0.004	0.97
Sedimentasyon hızı	0.427	<0.01
C-reaktif protein	0.328	0.08
Lökosit sayısı	0.02	0.86
Nötrofil sayısı	0.325	0.08
Lenfosit sayısı	-0.108	0.39
Trombosit sayısı	0.215	0.08
N/L oranı	0.310	0.01
OPH	-0.309	0.01

BASDAI: Bath Ankylosing Disease activity Scoring, **NL oranı:** Nötrofil/Lenfosit oranı, **OPH:** Ortalama Platelet Hacmi. İstatiksel analiz için Pearson korelasyon analizi kullanıldı ve $p<0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Laboratuvar bulgularında, beklenildiği üzere Eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), CRP ve N/L oranı aktif AS hastalarında inaktif AS hastalarına göre belirgin olarak yüksek bulundu (sırasıyla, 43 ± 31 vs 23 ± 17 ; $p=0,002$, 7.2 ± 5.2 vs $1,7 \pm 1,2$ $p=0,003$, $3,2 \pm 1,2$ vs $2,3 \pm 0,9$, $p=0,004$). OPH ise düşük saptandı ($7,6 \pm 0,6$ vs $8,7 \pm 2,3$, $p=0,016$) (Tablo 1).

Tablo 2' de BASDAI skoru ile çalışma parametreleri arasındaki korelasyon analizi sonuçları gösterilmektedir. Korelasyon analizinde BASDAI skoru OPH ile belirgin negatif ($r=-0,309$,

$p=0,012$) ve ESH, CRP ve N/L oranı ile belirgin pozitif korelasyona sahip olduğu saptandı (sırasıyla, $r=0,427$, $p<0,001$, $r=0,328$, $p=0,008$ ve $r=0,316$, $p=0,010$) (Tablo 2).

Bu değişkenlerden yaş, sedimentasyon hızı, CRP, N/L oranı ve OPH lineer regresyon analizi ile incelendiğinde sadece OPH skorunun AS'de hastalık aktivitesini öngördüğü saptandı ($p<0,04$) (Tablo 3).

Tablo 3. Çalışma parametrelerinin AS aktivitesi için yapılan lineer regresyon analizi sonuçları.			
	β	t	p değeri
Yaş, yıl	-0.71	-0.642	0.52
Sedimentasyon, (mm/s)	0.23	1.85	0.06
C-reaktif protein, mg/dl	0.20	1.66	0.10
N/L oranı	0.16	1.32	0.19
OPH	-0.23	-2.03	0.04

AS: Ankilozan Spondilit, **NL oranı:** Nötrofil/Lenfosit oranı, **OPH:** Ortalama Platelet Hacmi. İstatiksel analiz için lineer regresyon analizi kullanıldı ve $p<0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

TARTIŞMA

Çalışmamızda AS hastalarının hastalık aktivitesini gösteren BASDAI skoru ile temel laboratuvar parametrelerinden olan ve inflamasyon belirteci olarak kabul edilen N/L oranı ve OPH' nin anlamlı ilişkili oldukları ve OPH' nin hastalık aktivitesini önördürebileceği saptanmıştır. Literatürde BASDAI skoru ile çeşitli inflamatuvar belirteçler AS hastalarında değerlendirilmiş ve BASDAI skorunun inflamasyon ile iç içe olduğu saptanmıştır. Örneğin Gupta ve arkadaşları ateroskleroz öncülü olan intima-media kalınlığının AS hastalarında yüksek olduğunu ve aktivite indeksleri ile korele olduklarını göstermişlerdir.⁷ Diğer yandan başka bir çalışmada Boyraz ve ark. inflamasyon ile ilintili olan epikardiyal yağ dokuyu AS hastalarında incelemişler ve yağ doku kalınlığını AS hastalarında yüksek bulmuşlardır. Öte yandan çalışmada N/L oranının epikardiyal doku kalınlığı ve aktivite indeksi ile bağlantılı olmadığı bulunmuştur.⁸ Bunun nedeni olarak kısıtlı hasta sayısı bildirilmiştir. Koçer ve arkadaşları 2014 yılında toplam 37 AS tanılı hastayı kontrol grubu ile karşılaştırmışlar ve AS hastalarında kontrol grubuna göre artmış OPH ve azalmış trombosit sayısı bulmuşlardır. Bu çalışmada ayrıca aktif hastalığa sahip 16 hasta AS grubu içinde karşılaştırıldığında hastalığı aktif olanlarda bizim çalışmamız sonuçlarına benzer şekilde OPH daha da düşük bulunmuştur.⁹ Çalışmamız farklı olarak hasta sayısı açısından daha fazla popülasyon ile incelenmiş ve ayrıca hastalık süresi başta olmak üzere aktif hastalığı olan ile olmayan grup homojenize edilerek çalışmaya dahil edilmiştir.

Günümüzde inflamasyon belirteci olarak kabul edilen N/L oranı tam kan sayımından elde edilen ve mutlak nötrofil ve lenfosit sayımlarından türetilen bir belirteçtir. Bu basit oranın çeşitli sistemik hastalıklarda inflamasyonda kullanılabilirliği çok sayıda çalışma ile gösterilmiştir.⁵⁻⁷ Literatürde mevcut olan AS aktivitesinin inflamasyon ile ilişkisi çalışmamızda BASDAI skoru yüksek olan aktif AS hastalarında artmış inflamatuvar parametreler ve artmış NL oranı ile teyit edilmiştir. Literatüre ek olarak çalışmamızda OPH 'nin aktif AS hastalarında değiştiğini gözlemledik. Çalışmamız sonucunda AS hastalarının aktivitesini değerlendirmede birinci basamakta ucuz, kolay ve ulaşılabilir temel kan

parametrelerinin kullanılabilir olduğu saptanmış olup yukarıda bahsedilen çalışmaya ek olarak regresyon analizinde hastalık aktivitesini öngörüp görmediği araştırılmış ve OPH ' nin hastalık aktivitesini yansıtabileceği bulunmuştur. Bu bağlamda OPH ve N/L oranı gibi parametrelerin AS hastalarında BASDAI skoru ile ilişkili olduğu ve ayrıca OPH 'nin özellikle birinci basamakta görevli hekimlere AS aktivitesi için fikir verici bir parametre olabileceği gösterilmiştir.

Çalışma sonuçları doğrultusunda elde edilen artmış aktivite ile N/L oranı ve OPH arasındaki ilişkiler bazı teoriler ile açıklanabilir. Artmış nötrofil ve dolayısıyla N/L oranı AS gibi inflamatuvar özellikli eklem hastalıklarının patogeneğinde artmış sitokinler ve IL-1, IL-6, IL-7, IL-8, IL-12 VE IL-13 gibi interlökin seviyelerindeki artış ile açıklanabilir.¹⁰ Aslında inflamatuvar hastalıklarda N/L oranında değişimin esas nedeni de bu interlökinler arasındaki dengenin değişimidir. Nötrofil apoptozu üzerine etkili olan IL-4 ve 5 gibi sitokin seviyelerinde artış başta RA gibi inflamatuvar özellikteki eklem rahatsızlıklarında gösterilmiştir.¹¹ Ayrıca AS etiyopatogeneğinde rol alan IL-23 gibi interlökinlerin nötrofil sayısı üzerine etkisi olabilir.¹²

OPH düzeyleri ülseratif kolit, Crohn hastalığı, sistemik lupus eritematozus ve romatoid artrit gibi birçok inflamatuvar hastalıkta incelenmiştir.^{13,14} Bu çalışmalarda yüksek ve düşük dereceli inflamatuvar hastalıklarda, OPH değerlerinin sistemik enflamasyonun yoğunluğuna bağlı olarak değiştiği, ancak sonuçların çelişkili olduğu saptanmıştır. Kısacık ve ark.'nin yaptıkları çalışmada tedavi almayan, yüksek BASDAI skoru ve yoğun inflamatuvar yanıtı sahip AS'li hastaların OPH değerlerinin daha düşük olduğu saptanmış, öte yandan OPH ile hastaların BASDAI skorları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.¹⁵ Ortalama platelet hacminin BASDAI skoru ile negatif ilişkili olması ise birkaç mekanizma ile açıklanabilir. Trombositler dinamik bir yapı ve fonksiyona sahiptir. Öyle ki, fizyolojik ve patolojik sinyaller trombositlerin aktivasyonuna neden olmaktadır. Özellikle inflamatuvar durumlarda trombositler uyarılmakta ve yapılarında ve fonksiyonlarında önemli değişiklikler gelişmektedir. Romatoid artrit gibi inflamasyon

yanıtının arttığı hastalarda OPH düzeylerinin düşük olduğu daha önceki çalışmalarda gösterilmiş ve bu durumun trombositlerin inflamasyon alanındaki (damar duvarı ve sinoviyal membranlar) yoğun tüketiminden kaynaklanabileceği bildirilmiştir. Bu düşüklük akut dönemde kullanıma bağlı olabilir. Büyük hacimli trombositlerin inflamasyon bölgesine göç ederek bu bölgelerde tüketildiği, buna sekonder olarak trombosit yapımının uyarılarak dolaşımdaki trombosit sayısının arttığı inflamatuvar hastalıklarda görüldüğü bildirilmiştir. Büyük trombositler daha reaktifler; küçük trombositlere göre granül içerikleri daha yoğun olduğundan, daha fazla sitokin ve tromboksan A2 üretirler ve enflamasyonun akut evresinde bunlara ihtiyaç artar.¹⁶ Ek olarak pro-inflamatuvar sitokinlerin ve akut faz reaktanlarının fazla üretimi megakaryopoiezis sürecini etkileyerek, kemik iliğinden küçük hacimli trombositlerin salınmasına ve böylece trombosit büyüklüğünün azalmasına sebep olabileceği de ileri sürülmüştür.¹⁷ Proenflamatuvar sitokinlerden, özellikle interlökin-6 (IL-6) inflamatuvar artritlerin patogeneğinde önemli rol oynamaktadır.¹⁸⁻²⁰ Trombosit sayısı ile OPH arasında gözlenen bu ters ilişki, dolaşımdaki trombosit kütlelerini sabit tutarak fizyolojik ve birçok patolojik durumda hemostazı sağlamayı amaçlamaktadır.²¹ Trombosit sayısı ile OPH arasındaki ters ilişki ayrıca, defektif trombopoiezis, artmış yıkım ve dolaşımdaki trombositlerin reaktif maddelerden zengin ortamda şişmesi gibi durumlardan da etkilenebilir. Yapılan daha önceki çalışmalardan birinde trombosit sayısı ile OPH arasındaki ilişkinin çoklu ve değişken faktörler tarafından ve birbirinden bağımsız olarak etkilenmesine bağlanmıştır.²² Çalışmamızda benzer şekilde aktif AS olan hastalarda inaktif AS hastalarına göre artmış platelet sayısı ve azalmış OPH değeri bulunmuştur. Ek olarak biz bu çalışmada AS hastalarında BASDAI skoru ile OPH arasında belirgin bir negatif yönde ilişki olduğunu ve regresyon analizinde AS hastalık aktivitesini BASDAI skoru gibi yansıtılabileceğinin saptadık. Bu açıdan çalışma verilerimiz kronik süreçli inflamatuvar bir hastalık olan AS' de hemogram parametrelerinin ilişkisinin yanı sıra hastalarda hastalık aktivitesini belirlemek için kullanılan BASDAI skoru ile olan ilişkisini de incelemiştir.

Hasta sayısının az olması çalışmamızın en büyük kısıtlılığıdır. Ayrıca çalışmamız retrospektif olup daha geniş katılımcı ile prospektif dizayna sahip çalışmalar ile desteklenmelidir. Son olarak,

mevcut kayıtlar doğrultusunda bakabildiğimiz verilere ek olarak daha objektif sonuçlar için interlökin gibi diğer inflamatuvar belirteçler eklenebilir.

SONUÇ

BASDAI skoruna alternatif olarak, N/L oranı ve OPH gibi bulunabilir, düşük maliyet ve değişimli aktivite ile iyi korelasyon gibi avantajları olan parametreler birinci basamakta aile hekimleri için AS aktivitesi açısından yüksek riskli hastaları saptamaya dair bir ipucu sağlayabilir.

KAYNAKLAR

1. El Maghraoui A. Extra-articular manifestations of ankylosing spondylitis: prevalence, characteristics and therapeutic implications. *Eur J Intern Med* 2011; 22:554-60.
2. Zochling J, Braun J. Mortality in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Clin Exp Rheumatol* 2009;27:127-130.
3. Boyraz I, Koç B, Boyacı A, Tutoğlu A, Sarman H, Ozkan H. Ratio of neutrophil/lymphocyte and platelet/lymphocyte in patient with ankylosing spondylitis that are treated with anti-TNF. *Int J Clin Exp Med* 2014; 7:2912-5.
4. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol*. 1994; 21(12): 2286-91.
5. Torun S, TuncBD, Suvak B, et al. Assessment of neutrophil lymphocyte ratio in ulcerative colitis: A promising marker in predicting disease severity. *Clin Res Hepatol Gastroenterol* 2012;36(5):491-497.
6. Tamhane UU, Aneja S, Montgomery D, Rogers EK, Eagle KA, Gurm HS. Association between admission neutrophil to lymphocyte ratio and outcomes in patients with acute coronary syndrome. *Am J Cardiol* 2008;102(6):653-657. 19.
7. Gupta N, Saigal R, Goyal L, Agrawal A, Bhargava R, Agrawal A. Carotid intima media

- thickness as a marker of atherosclerosis in ankylosing spondylitis. *Int J Rheumatol*. 2014;2014:839135. doi: 10.1155/2014/839135.
8. Boyraz I, Onur Caglar S, Erdem F, Yazici M, Yazici S, Koc B, Gunduz R, Karakoyun A. Assessment of relation between neutrophil lymphocyte, platelet lymphocyte ratio and epicardial fat thickness in patients with ankylosing spondylitis. *Med Glas (Zenica)*. 2016 Feb 1;13(1):14-7. doi: 10.17392/832-16.
9. Kocer D, Sarıgüzel FM, Güler E, Karakükcü Ç, Sütbeyaz ST, Gödekmerda A. MPV Değerinin Ankilozan Spondilitli Hastalarda Enflamasyon Belirteci Olarak Değerlendirilmesi. *Türk Klinik Biyokimya Derg* 2014; 12(2): 73-77.
10. Kantola T, Klintrup K, Vayrynen JP, et al. Stage-dependent alterations of the serum cytokine pattern in colorectal carcinoma. *Br J Cancer* 2012;107(10):1729–1736.
11. Cascao R, Rosario HS, Souto-Carneiro MM, Fonseca JE. Neutrophils in rheumatoid arthritis: More than simple final effectors. *Autoimmun Rev* 2010;9(8):531–535.
12. Sherlock JP, Buckley CD, Cua DJ. The critical role of interleukin 23 in spondyloarthropathy. *Mol Immunol* 2014;57(1):38–43.
13. Morrell CN, Aggrey AA, Chapman LM, Modjeski KL. Emerging roles for platelets as immune and inflammatory cells. *Blood*. 2014; 123: 2759–2767. <https://doi.org/10.1182/blood-2013-11-462432> PMID: 24585776; PubMed Central PMCID: PMC4007605.
14. Semple JW, Italiano JE Jr, Freedman J. Platelet and the immune continuum. *Nat Rev Immunol*. 2011; 11: 264–274. <https://doi.org/10.1038/nri2956> PMID: 21436837.
15. Kisacik B, Tufan A, Kalyoncu U, Karadag O, Akdogan A, Ozturk M.A, et al. Mean platelet volume (MPV) as an inflammatory marker in ankylosing spondylitis and rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine* 2008; 75(3): 291-294.
16. Gasparyan AY, Sandoo A, Kalinoglou AS, Kitis GD. Mean platelet volume in patients with rheumatoid arthritis: the effect of anti-TNF- α therapy. *Rheumatol Int* 2010; 30(8): 1125–1129.
17. Bath PM, Butterworth RJ. Platelet size: measurement, physiology and vascular disease. *Blood Coagul Fibrinolysis* 1996; 7(2): 157-61.
18. Bertero MT, Caligaris-Cappio F. Anemia of chronic disorders in systemic autoimmune diseases. *Haematologica* 1997; 82(3): 375-81.
19. Ertenli I, Kiraz S, Ozturk MA, Haznedaroğlu IC, Celik I, Calgüneri M. Pathologic thrombopoiesis of rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int* 2003(2); 23: 49-60.
20. Nishimoto N. Interleukin-6 in rheumatoid arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2006; 18(3): 277-81.
21. Thompson CB. From precursor to product: how do megakaryocytes produce platelets? *Prog Clin Biol Res* 1986; 215: 361-71.
22. Thompson CB, Jakubowski JA. The pathophysiology and clinical relevance of platelet heterogeneity. *Blood* 1988; 72: 1-8.



İnmeli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler

Quality of Life And Related Factors in Stroke Patients

Alime Emre^{1*}, Mustafa Çetiner², Yasemin Korkut³

ÖZET

Amaç: Yaşam süresinin uzaması ile birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığının artması sonucunda, yaşam kalitesi kavramı gündeme gelmiş ve kronik hastalığı olan bireyler için kaliteli yaşamın önemi vurgulanmaya başlamıştır. Bu çalışmamızın amacı, inmeli hastalarda, inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği aracılığıyla, sosyodemografik özelliklerin yanı sıra inme tipi, alınan tedavi şekli gibi inme özellikleri, depresyon ve beslenme durumunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini belirlemektir. **Yöntem:** Çalışmamız, Nisan-Ekim 2018 tarihleri arasında Nöroloji Polikliniğine başvuran 75 inmeli hasta ile yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Görüntüleme yöntemleri ile inme tanısı konulmuş, tıbbi durumu stabil, inme sonrası en az 6 ay geçmiş olan ve 18 yaşından büyük hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Afazisi olan, görme ve işitme bozukluğu olan ve antidepresan tedavi alan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. Hastalara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile birlikte, sosyodemografik ve klinik özelliklerini sorgulayan form, dizabilite düzeyini belirlemek için modifiye Rankin skalası, depresyon semptomlarını sorgulamak için Beck depresyon ölçeği, beslenme durumu için mini nütrisyonel test ve yaşam kalitesini değerlendirmek için inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği kullanılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların ortalama yaşam kalitesi puanı 3,62±1,06, ortalama modifiye Rankin skala skoru 2,04±1,42, ortalama Beck depresyon ölçeği puanı 14,78±7,96, ortalama mini nütrisyonel test puanı 23,08±4,19 olarak tespit edilmiştir. Kadın cinsiyet, ileri yaş, okuryazar olmamak, evli olmamak, bir işte çalışmamak, gelir durumunun düşük olması, inme sonrası geçen sürenin uzun olması, malnütrisyon olması ve yüksek depresyon semptom skorları yaşam kalitesini azaltan faktörler olarak belirlenmiştir. Hemorajik ve iskemik inme geçiren hastalar arasında yaşam kalitesi bakımından anlamlı fark saptanmamıştır. İskemik inme alt tiplerine göre, trombolitik tedavi alma durumlarına göre ve yerleşim yerlerine göre yapılan gruplandırmalarda da yaşam kalitesi bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. **Sonuç:** Kadın cinsiyet, ileri yaş, evli olmamak, bir işte çalışmamak, gelir durumunun düşük olması, malnütrisyon durumu ve depresyon semptomlarının varlığı inmeli hastalarda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir

Anahtar kelimeler: Yaşam kalitesi, inme, depresyon, malnütrisyon, özürllük

ABSTRACT

Purpose: Increased incidence of chronic diseases along with the prolongation of life expectancy have contributed to the emergence of quality of life as an agenda, and the importance of quality living has begun to be emphasized for individuals with chronic diseases. This study aimed to determine the effects of socio-demographic characteristics, stroke type, stroke characteristics, depression, and nutritional status on quality of life by utilizing the stroke specific quality of life scale. **Method:** Our study was performed by face-to-face interviews with 75 patients who admitted to Neurology Department between April and October 2018. The patients who were diagnosed with stroke by medical imaging, whose medical condition was stable, at least 6 months after stroke and older than 18 years were included in the study. Patients with aphasia, visual and hearing impairment, and antidepressant treatment were excluded from the study. The patients were informed about the socio-demographic and clinical features with the informed consent form, the modified Rankin scale to determine the level of disability, the Beck depression scale to question the symptoms of depression, the mini-nutritional test for nutritional status, and the stroke-specific quality of life scale. **Results:** The average quality of life score of the participants was 3,62 ± 1,06, the average of the modified Rankin scale was 2,04 ± 1,42, the mean Beck depression scale was 14,78 ± 7,96, and the average mini nutritional test score was 23,08 ± 4,19. Female gender, older age, not being literate, not being married, not working, having low income level, having a long time after stroke, malnutrition and depression symptoms were the factors reducing the quality of life. There was no significant difference in quality of life between patients with hemorrhagic and ischemic stroke. Also, there was no significant difference in the quality of life between groups concerning ischemic stroke subtypes, groups of patients with thrombolytic therapy and groups according to the living area. **Conclusion:** Female gender, advanced age, not being married, not working, low income, malnutrition and depression symptoms were the negative factors affecting the quality of life in stroke patients.

Key Words: Quality of Life, stroke, depression, malnutrition, disability evaluation

Received Date: 18.08-2019, **Accepted Date:** 07.01-2020

*¹ Kutahya Health Sciences University Family Medicine Department

²Kutahya health sciences University Neurology Department

³Kutahya Health Sciences University Family Medicine Department

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Yasemin Korkut , Kutahya Health Sciences University Family Medicine Department

E-mail: ykorkut95@yahoo.com

Emre A.,Çetiner M.,Korkut Y. İnmeli Hastalarda Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler TJFMPC, 2019;13 (3): 103-111.

DOI: 10.21763/tjfm.693149

GİRİŞ

İnme, dünyada ölümün, bağımsızlık kaybının ve yaşam kalitesinde azalmanın başta gelen nedenlerinden olan önemli bir halk sağlığı problemidir.¹

İnme, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 'vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın, beyindeki kan akımının bozulması sonucu hızlı gelişen, serebral işlevlerin fokal veya global bozukluğuna ait belirti ve bulguların 24 saat veya daha uzun sürmesi veya ölümle sonuçlanması ile karakterize klinik bir sendrom' olarak tanımlanmaktadır.² Her yıl yaklaşık 15 milyon kişi inme geçirmektedir. Bu kişilerin 5 milyonu ölmekte, 5 milyonu da sakat kalmaktadır ve bu durum da aile ve toplumlar için büyük yük oluşturmaktadır.³

İnme, hayatın tüm alanlarını etkileyen kronik bir sağlık sorunudur.⁴ Bu hastalık sadece nörolojik ve fiziksel fonksiyonları etkilemekle kalmaz, hayatta kalanlarda günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa, kognitif ve mental bozukluklara yol açmaktadır. İnme sonrası kişilerin olaydan nasıl etkilendiğinin değerlendirilmesi hem klinik pratik, hem de bilimsel çalışmalarda önemli bir yere sahiptir.⁵

Yaşam süresinin uzaması ve kronik hastalıkların görülme sıklığının artması sonucunda, kronik hastalığı olan bireyler için kaliteli yaşamının önemi vurgulanmaya başlamıştır.⁶ Özellikle de bireylerin mevcut sağlık durumlarına ilişkin bireysel algıları ve tutumları sağlık sonuçlarının önemli bir göstergesi haline gelmiştir. Bu bağlamda yaşam kalitesi kavramına olan ilgi de artış göstermiştir.⁷

Çalışmamızın amacı, inmeli hastalarda inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği aracılığıyla, yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, gelir düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerin yanı sıra inme tipi, alınan tedavi şekilleri gibi inme özellikleri, depresyon ve beslenme durumunun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini belirlemektir.

GEREÇ YÖNTEM

Çalışmanın Örnekleme

Çalışmamız, 1 Nisan 2018-1 Ekim 2018 tarihleri arasında, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Evliya Çelebi Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Polikliniğine başvuran 75 inmeli hasta ile yüz yüze görüşülerek gerçekleştirilmiştir.

Dahil edilme kriterleri

- Görüntüleme yöntemleri ile inme tanısı konulmuş
- Tıbbi durumu stabil
- İnme sonrası en az 6 ay geçmiş olan
- 18 yaşından büyük hastalar

Dışlama kriterleri

- Afazik olanlar
- Görme ve işitme bozukluğu olanlar
- Antidepresan tedavi alan hastalar

Verilerin Toplanması

Hastaların demografik özellikleri, risk faktörleri, görüntüleme bulgularına göre inme lokalizasyonu ve inme tipi, iskemik inmeli hastalara trombolitik tedavi uygulanıp uygulanmadığı, eğitim düzeyleri, gelir durumları, yerleşim yerleri, mesleki durumları, medeni durumları, inme süreleri ve rekürren inme geçirip geçirmediği kayıt edilmiştir.

Hastaların eğitim düzeyleri; okuryazar değil, ilköğretim mezunu ve lise-üniversite mezunu, medeni durumlarına göre; evli, bekar ve dul olarak, mesleki durumlarına göre; çalışan ve çalışmayan, yerleşim yerlerine göre il, ilçe ve köy olarak gruplandırılmıştır. İnme süreleri; 6 ay-2 yıl arası ve >2yıl üstü olarak sınıflandırılmıştır. Gelir durumları hastanın algıladığı ekonomik duruma göre; düşük, orta, yüksek olarak gruplandırılmıştır. Daha sonra orta ve yüksek olan grup birleştirilmiştir.

İnme tipleri, iskemik ve hemorajik olarak, iskemik inmeli hastalar TOAST (Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment) sistemine göre büyük damar aterosklerozu, kardiyembolik inme, küçük damar oklüzyonu, diğer nedenlere bağlı inme ve sebebi belirlenemeyen inme olarak gruplandırılmıştır. İnme lokalizasyonuna göre

anterior ve posteriorsirkülasyon olarak sınıflandırılmıştır.

Kullanılan Formlar

Modifiye Rankin Skalası (mRS)

İnme sonrası kişilerin disabilite düzeyini değerlendirmek için kullanılan bir ölçektir. 0-6 arası puanlama kullanılmaktadır. 0 puan hiç semptom olmamasını, 5 puan yatalak ve sürekli bakıma ihtiyacı olduğunu, 6 puan ise ölümü göstermektedir.⁸

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Toplam 21 sorudan oluşan ve her sorudan elde edilen 0-3 arası puanların toplanması ile değerlendirilen bir depresyon derecelendirme ölçeğidir. 1961’ de Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması, Hisli ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.⁹

Mini Nutrisyonel Test (MNT)

Hastaların malnütrisyon düzeyini değerlendirmek için MNT kullanılmıştır. MNT antropometrik ölçümler, diyet alışkanlıkları, kişinin kendi sağlığını ve beslenmesini sübjektif değerlendirmesini içeren sorular ve yaşam tarzı, ilaçlar ve mobilite gibi genel değerlendirme sağlayan toplam 18 soru içermektedir.¹⁰ MNT sonucunda 17 puan altında alanlar malnütrisyonlu, 17-23,5 puan aralığı malnütrisyon riski altında ve 24-30 puan aralığı normal nutrisyonel durum olarak değerlendirilmektedir. MNT’nin Türkçe uyarlaması Sarıkaya tarafından 2013’ te yapılmıştır.¹¹

İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (SSQOL)

Yaşam kalitesini değerlendirmek için SSQOL kullanılmıştır. SSQOL enerji, aile rolleri, lisan, mobilite, ruh hali, kişilik, öz bakım, sosyal roller, düşünme, üst ekstremité fonksiyonu, görme ve iş-üretkenlik olmak üzere 12 alt bölümden ve toplam 49 sorudan oluşmaktadır. 1’den 5’e kadar değişen Likert tipi puanlama ile derecelendirilmektedir.¹² Türkçeye uyarlanması, Hakverdioğlu-Yönt tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Orjinal ölçekten bir soru çıkarılmış ve alt bölümler 8 başlık altında toplanmıştır. Bu alt başlıklar; aktiviteler, sosyal ve aile rolleri, dil, vizyon, enerji, mizaç, kişilik ve düşünmedir.¹³

Etik Kurul Onayı; Kütahya DPÜ Tıp Fakültesi Etik Kurulu’nun 28.03.18 tarihli ve 2018-05/5 karar numarası ile etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışma öncesinde, her hastaya çalışmanın amacı ve kapsamı anlatıldıktan sonra, katılmayı kabul eden inmeli hastalara çalışma detaylarını anlatan, etik kurul şartlarına uygun olarak hazırlanan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu”, okutularak, hastaların onayları alınmıştır.

İstatistiksel Analiz; Başlangıçta kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare (χ^2) ve Fisher’s exact test kullanılmıştır. İki bağımsız grupta sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında parametrik verilerde student t testi, parametrik olmayan verilerin karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır. İki denli grup analizinde Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Hastaların klinik durumlarını gösteren ölçekler (mRS, BDÖ ve MNT) ile yaşam kalitesi ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi kullanılarak değerlendirildi. Veriler %95 güven aralığında analiz edildi ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Tüm istatistiksel analizler SPSS 24.0 (IBM Corp.; Armonk, NY, USA) programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 75 hastanın yaş ortalamaları $63,5 \pm 12,6$ yıl saptanmıştır. Hastaların 33’ü kadın (%44,0) olup yaş ortalamaları $66,1 \pm 12,9$ yıl, 42’si erkek (%56,0) olup yaş ortalamaları $61,5 \pm 12,2$ yıl idi. Eğitim düzeylerine bakıldığında kadın hastalarda okur-yazar olmayan hastaların varlığı ($p=0,010$) ve medeni duruma göre dul olan hastaların sayısı ($p < 0,001$) erkek hastalardan belirgin fazla bulunmuştur. Erkeklerde ise evli olan hastaların sayısı kadınlara göre anlamlı oranda yüksekti ($p < 0,001$). Diğer sosyodemografik ve klinik özellikler açısından cinsiyetler arasında fark görülmemiştir (Tablo 1).

Çalışmaya alınan hastaların mRS ortalaması $2,0 \pm 1,4$, BDÖ puan ortalaması $14,7 \pm 7,9$, MNT puan ortalaması $23,0 \pm 4,1$ ve SSQOL skalası ortalama puanı $3,6 \pm 1,0$ idi. En düşük yaşam kalitesi alt ölçek puanı $2,9 \pm 1,1$ ile enerji alanından en yüksek puan ise $4,3 \pm 1,0$ ile vizyon alanından elde

edilmiştir Diğer alt ölçek puan ortalamaları Tablo 2' de gösterilmiştir.

Yaşam kalitesi alt ölçek puanları cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınlarda; mizaç alanı 3,3±1,6 puan, düşünme alanı 2,8±1,4 puan ve ortalama puanı 3,3±1,1 iken erkeklerde ise mizaç alanı 4,2±1,1 puan, düşünme alanı 3,6±1,3 puan ve ortalama puanı 3,8±0,9 idi. Aradaki fark anlamlı olarak kadınlarda daha düşük bulunmuştur. (p <0,050). 65 yaş ve üzeri hastalarda yaşam kalitesi ortalama puanı (3,2±1,1), 65 yaş altındakilerden (4,0±0,8) anlamlı düşükt bulunmuştur(p=0,001).

Okuryazar olan grupta ortalama yaşam kalitesi puanı (3,8±0,9), okur yazar olmayanlardan (2,7±1,2) anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0,009).

Medeni duruma göre hastalar evli ve diğer (bekar, boşanmış) olarak gruplandırıldı. Evli olanların ortalama yaşam kalitesi puanı (3,8±0,9), diğerlerinden (3,0±1,1) anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0,010).

Çalışmaya alınan hastaların sadece 11'i (%14,7) bir işte çalışmakta iken 64'ü (%85,3) çalışmıyordu. Çalışan grupta ortalama yaşam kalitesi puanı (4,5±0,5), çalışmayanlardan (3,4±1,0) anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0,001).

Tablo 1. İnmeli hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ve cinsiyetler arası karşılaştırma			
	Kadın Sıklık (yüzde*)	Erkek Sıklık (yüzde*)	p
Yaş (yıl)			
• ≥65	20 (60,6)	20 (47,6)	0,260
• <65	13 (39,4)	22 (52,4)	
Eğitim Düzeyi			
• Okur-yazar değil	10 (30,3)	3 (7,1)	0,010†
• İlk-Öğretim	20 (60,6)	29 (69,1)	0,440
• Lise-Üniversite	3 (9,1)	10 (23,8)	0,090
Medeni Durum			
• Evli	18 (54,5)	40 (95,2)	<0,001
• Bekar	-	1 (2,4)	-
• Dul	15 (45,5)	1 (2,4)	<0,001
Mesleki Durum			
• Çalışıyor	2 (6,1)	9 (21,4)	0,060
• Çalışmıyor	31 (93,9)	33 (78,6)	
Gelir Durumu			
• Düşük	4 (12,1)	5 (11,9)	0,980
• Orta	28 (84,8)	36 (85,7)	
• Yüksek	1 (3,1)	1 (2,4)	
Yerleşim Yeri			
• İl	20 (60,6)	29 (69,1)	0,210
• İlçe	9 (27,3)	5 (11,9)	
• Köy	4 (12,1)	8 (19)	
İnme Süresi (yıl)			
• 6ay-2	14 (42,4)	23 (54,8)	0,280
• >2	19 (57,6)	19 (45,2)	
İnme Tipi			
• Hemorajik İnme	2 (6,1)	4 (9,5)	0,680†
• İskemik İnme	31 (93,9)	38 (90,5)	
İnme Lokalizasyonu			
• AnteriorSirkulasyon	23 (66,9)	31 (73,8)	0,690
• PosteriorSirkulasyon	10 (30,3)	11 (26,2)	
Trombolitik Tedavi Alanlar	3 (9,1)	7 (16,6)	0,300
Rekürren İnme	11 (32,4)	9 (22,8)	0,310

* Sütun yüzdesi † Fisher'sExact Test

Tablo 2: Katılımcıların inmeye özgü yaşam kalitesi ölçeği alt alan puan ortalamaları	
Ölçekler	Toplam
Aktiviteler	3,3±1,3
Sosyal ve Aile Roller	3,3±1,5
Dil	4,1±1,0
Vizyon	4,3±1,0
Enerji	2,9±1,1
Mizaç	3,8±1,4
Kişilik	3,7±1,1
Düşünme	3,2±1,4
Toplam	3,6±1,0

Hastaların gelir durumuna göre yapılan karşılaştırmada gelir durumu düşük olanların yaşam kalitesi ortalama puanı (2,8±0,7), gelir durumu orta ve yüksek olanlardan (3,7±1,0) anlamlı düşük bulunmuştur (p=0,010).

Şehirde ve kırsal kesimde yaşayanlar arasında yapılan karşılaştırmada; yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p >0,050).

İnme sonrası geçen süreye göre hastalar 2 yılın altında olanlar (%49,3) ve 2 yılın üstünde olanlar (%50,7) olarak ikiye ayrılmıştır. İnme sonrası geçen süre 2 yılın üstünde olan grupta ortalama yaşam kalitesi puanı (3,2±1,1), 2 yılın altında olanlardan (3,9±0,9) anlamlı düşüktü (p=0,008). İnme sonrası geçen süre 2 yılın üstünde olan grupta ortalama mRS skoru (2,5±1,4) 2 yılın altında olanlardan (1,5±1,2) anlamlı yüksek bulunmuştur (p=0,001).

İnme tiplerine göre incelendiğinde; hemorajik inmeli ve iskemik inmeli gruplar arasında yaşam kalitesi alt ölçek puan ve mRS skor ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p >0,050). İskemik inme alt grupları arasında yaşam kalitesi alt ölçek puan ve mRS skor ortalamaları açısından istatistiksel farklılık saptanmamıştır (p >0,050).

İnme lokalizasyonuna göre yapılan gruplandırılmada anterior sirkülasyon ve posterior sirkülasyon inmeli hastalar arasında yaşam kalitesi alt ölçekleri ve mRS puanları açısından istatistiksel fark saptanmamıştır (p >0,050).

Trombolitik tedavi alan ve almayan grup arasında yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmamıştır (p >0,050).

Yaşam kalitesi ortalama ölçek puanı ile BDÖ puanı arasında çok yüksek negatif korelasyon olduğu görüldü. (r=-0,80; p <0,001). Yaşam kalitesi ortalama ölçek puanı ile mRS skor ortalamaları arasında yüksek düzeyde negatif korelasyon olduğu görülmüştür (r= -0,79; p<0,001). MNT puanları ile yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasında ise yüksek düzeyde pozitif korelasyon olduğu görülmüştür (r= 0,78; p <0,010).

TARTIŞMA

İnme, risk faktörlerinin erken tanı ve tedavisi yanında akut inme sonrası tedavilerdeki gelişmeye bağlı olarak inmenin neden olduğu ölümlerde azalma meydana gelmiş ve yaşam beklentilerinde bir artış olmuştur.14İnmeli hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde genel ölçeklerin kullanılması, inmeli hastalara özel bazı yetersizliklerin değerlendirilmesinde eksik kaldığı için, inmeye özgül ölçeklerin kullanılması daha doğru sonuçlar elde etmemizi sağlayacaktır.15

Çalışmamızda, kadın cinsiyet, ileri yaş, inme sonrası geçen sürenin uzun olması, bir işte çalışmamak, evli olmamak, düşük gelir düzeyi, depresyon semptomlarının varlığı, özürllülük, ve malnütrisyondun yaşam kalitesini azaltan faktörler olarak belirlenmiştir. Hemorajik ve iskemik inme arasında ve iskemik inme alt tipleri arasında yaşam kalitesi bakımından anlamlı fark saptanmamıştır.

Çalışmamızda ortalama SSQOL ölçek puanı $3,6\pm 1,0$ olarak bulunmuştur. En düşük yaşam kalitesi alt ölçek puanları enerji ($2,9\pm 1,1$), düşünme ($3,2\pm 1,4$) ve sosyal ve aile rolleri ($3,3\pm 1,5$) alanlarında elde edilmiştir. En yüksek puan ise $4,3\pm 1,0$ ile vizyon ve $4,1\pm 1,0$ ile dil alanından elde edilmiştir. Chou'nun çalışmasında; ortalama SSQOL ölçek puanı $3,5\pm 0,5$ olarak bulunmuştur. En kötü ortalama puanları enerji ($3,0\pm 1,3$), sosyal roller ($3,0\pm 1,1$) ve aile rolleri ($3,2\pm 1,1$) alanından alınmıştır. En iyi ortalama puan ise vizyon ($4,8\pm 0,4$) ve dil ($4,5\pm 0,5$) alanında elde edilmiştir. Çalışmamızda, SSQOL ölçek puan ortalamaları açısından Chou'nun çalışmasına benzer sonuçlar elde edilmiştir.¹⁶ Vizyon ve dil alanında en iyi puanları elde etmemiz, afazik ve ileri derecede görme bozukluğu olan hastaları çalışma dışı bıraktığımız için beklenen bir sonuçtur.

Literatürde, cinsiyetin yaşam kalitesi üzerine etkilerini inceleyen bazı çalışmalarda cinsiyetler arasında farklılık saptanmamıştır.¹⁷⁻²⁰ Mudaliar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yaşam kalitesini değerlendirmede SSQOL skalası kullanılmıştır. Bizim çalışmamızla uyumlu olarak, kadınlarda erkeklere göre SSQOL skalası ortalama puanı anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.²¹ Pacian ve arkadaşlarının çalışmasında ise, bizim çalışmamızdan farklı sonuçlar elde edilmiştir. Ortalama SSQOL ölçek puanı kadınlarda $3,0\pm 0,6$, erkeklerde ise $2,3\pm 0,8$ olup anlamlı farklılık elde edilmiştir. Mizaç alan puanı kadınlarda $2,7\pm 0,7$, erkeklerde ise $2,5\pm 0,9$ olup cinsiyetler arası anlamlı farklılık saptanmamıştır. Düşünme alan puanları ise kadınlarda ($2,6\pm 0,7$) erkeklerden ($2,0\pm 0,9$) anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.²² Çalışmamızda, kadınlarda yaş ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olması, kadınlarda yaşam kalitesi ortalama puanının daha düşük olmasını etkilemiş olabileceği kanısındayız.

Literatürde ileri yaşın kötü yaşam kalitesi ile ilişkili olduğunu gösteren yayınlar mevcuttur.^{20,23,24} Bazı çalışmalarda ise yaşın yaşam kalitesine etkisinin olmadığı gösterilmiştir.^{19,25} Safaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bizim çalışmamızla uyumlu olarak yaş arttıkça SSQOL ölçeği alt alanlarından sosyal ve aile rolleri, enerji, işüretkenlik ve mobilite alanı negatif olarak etkilenmiştir.²³ Yaş ilerledikçe komorbid durumların artması ve rekürren inme olasılığının artmasının, ileri yaş grubunda yaşam

kalitesini kötü etkilemiş olabileceğini düşünülmektedir.

Çevik ve arkadaşlarının çalışmasında, eğitim düzeyi okuryazar olmayanlar, ilköğretim mezunları ile lise ve üstü olarak gruplandırılmıştır. Eğitim düzeyleri ile SSQOL ölçek puanları arasında bizim çalışmamızdan farklı olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.¹⁹ Çalışmamızda okuryazar olan grubun tanı ve tedavileri hakkında daha fazla bilgi sahibi olabilmeleri, daha iyi başa çıkma stratejileri üretebilmesine olanak sağlamış olabilir. Bu durumu da okuryazar grubun daha yüksek yaşam kalitesi puanları olmasıyla ilişkilendirebiliriz.

Çevik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, bizim çalışmamızla uyumlu olarak evli olan inmeli hastalarda daha yüksek SSQOL ölçek puanları elde edilmiştir.¹⁹ Evli olanlarda daha iyi yaşam kalitesi puanlarının elde edilmesini, evli olan grupta sosyal desteğin daha iyi olmasıyla açıklayabiliriz.

Kim ve arkadaşlarının çalışmasında, işsizliğin düşük SSQOL ölçek puanlarıyla ilişkili olduğu bildirilmiştir.²⁶ Bizim çalışmamızda da benzer şekilde bir işte çalışan grupta çalışmayan gruba göre SSQOL ortalama puanı anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. İnme sonrası çalışmaya devam etmenin, fiziksel fonksiyonları geri kazanmaya yardımcı olabileceği kanısındayız.

Kuzu'nun yaptığı çalışmada, bizim çalışmamızdan farklı olarak, gelir durumu iyi olanlar ile gelir durumu kötü olanlar arasında SSQOL ortalama puanları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.²⁷

Çalışmamızda, şehirde yaşayanlar ile kırsalda yaşayanlar arasında yaşam kalitesi alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel fark saptanmamıştır. Literatüre baktığımızda, yerleşim yeri ve SSQOL puan ortalamalarını karşılaştıran çalışma bulunmamaktadır.

Mahran ve arkadaşlarının çalışmasında, bizim çalışmamızdan farklı olarak, inme süresi 2 yıldan uzun olanlarla 2 yıldan kısa olan gruplar arasında SSQOL ölçeği ortalama puanları arasında istatistiksel fark saptanmamıştır.²⁸ Goma ve arkadaşlarının çalışmasında, inme süresi 6 ayın altında, 6-24 ay arası, 24 ayın üstünde olarak gruplandırılmıştır. İnme süresi uzun olan grupta bizim çalışmamızın aksine daha iyi SSQOL puanı elde edilmiştir.²⁰ Çalışmamızda, inme sonrası

geçen süre uzun olan grupta mRS skor ortalamasının daha yüksek olmasının yaşam kalitesi puanlarının daha düşük olmasına neden olduğu düşüncesindeyiz.

Kuzu'nun çalışmasında da, bizim çalışmamızla benzer olarak SSQOL alt ölçek puanları hemorajik inmeli hastalarda daha yüksek olsa da, hemorajik ve iskemik inmeli hastalar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.²⁷

Kuzu'nun inme özelliklerinin yaşam kalitesi üzerine etkilerini incelediği çalışmada TOAST sınıflamasına göre iskemik inme alt gruplarında SSQOL skalası ve alt alan puan ortalamaları arasında bizim çalışmamıza benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.²⁷

Ramos-Lima ve arkadaşlarının çalışmasında, iskemik inmeli hastalar parsiyel anterior, total anterior ve posterior sirkülasyon sendromu olarak üç gruba ayrılmıştır. Total anterior infarktı olan grupta daha kötü SSQOL puanları elde edilmiştir.¹⁸Bizim çalışmamızda ise anterior ve posterior sirkülasyon infarkt grupları arasında yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılık elde edilmemiştir.

Kuzu'nun yaptığı çalışmada; bizim çalışmamızla benzer şekilde trombolitik tedavi alan ve almayan grup arasında SSQOL ölçeği ortalama puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadığı bildirilmiştir.²⁷

Khalid ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; SSQOL ölçek puanı ile Beck depresyon ölçeği puanları arasında çalışmamızla benzer şekilde negatif korelasyon saptanmıştır.²⁹Ramos-Lima ve arkadaşları tarafından yapılan inme sonrası 6-12 ay arasında 131 iskemik inmeli hastanın yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmada, SSQOL skalası ile mRS puanları arasında çalışmamızla uyumlu olarak negatif korelasyon saptanmıştır.¹⁸

Lim ve Choue'nin çalışmasında; iskemik inmeli hastaların yaşam kalitesi SSQOL ölçeği ile değerlendirilmiş ve iyi beslenmiş grupta SSQOL ölçek puanları daha yüksek saptanmıştır.³⁰Bizim çalışmamızda da MNT puanları arttıkça yaşam kalitesi alt grup puanları ve toplam puanda artış gözlenmiştir.

Kısıtlılıklar; Çalışmaya afazik olan, görme işitme bozukluğu olan ve antidepresan tedavi alan hastalar dahil edilmemiştir. Bu, yaşam kalitesine etkisi olan bazı durumlara sahip hastaların çalışmadan dışlanması ve çalışmamızın daha homojen ve iyi durumda hastalar üzerinde yürütülmüş olası sonucuna yol açmaktadır. Çalışma sonuçları yorumlanırken hasta seçimiyle ilgili bu konuya dikkat edilmelidir. Çalışmaya sadece nöroloji polikliniğine başvuran hastaların kabul edilmiş olması sonuçların tüm inmeli hastaları temsil etmesi ile ilgili kısıtlılık oluşturmaktadır.

Çalışmamız, tek merkezde ve kısıtlı hasta sayısı ile yürütülmüştür. Bazı konularda karar vermek için çok merkezli ve daha fazla hasta sayısı içeren çalışmaların yapılması beklenmelidir.

SONUÇ

Çalışmamızda, kadın cinsiyet, ileri yaş, inme sonrası geçen sürenin uzun olması, bir işte çalışmamak, evli olmamak, düşük gelir düzeyi, depresyon semptomlarının varlığı, özürülük, ve malnütrisyonun düşük yaşam kalitesiyle ilişkili faktörler olduğu saptanmıştır. Yerleşim yerine göre yapılan karşılaştırmada yaşam kalitesi bakımından istatistiksel farklılık saptanmamıştır. İnme tipleri, iskemik inme alt tipleri ve trombolitik tedavi alma durumlarına göre yapılan gruplandırmalarda da gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

İNME SONRASI YAŞAM KALİTESİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİ TESPİT ETMEK, İNME SONRASI BİREYLERİN TAKİBİNDE KLİNİSYENE YOL GÖSTERİCİ OLACAKTIR.

Finansal Destek; Yazar tarafından finansal destek almadığı bildirilmiştir.

Çıkar çatışmaları: Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Munce SEP, Perrier L, Shin S, Adihetty C, Pitzul K, Nelson MLA, et al. Strategies to improve the quality of life of persons post-stroke: protocol of a systematic review. *Systematic reviews*. 2017 Sep;6(1):184-8.
2. Bonita R. Epidemiology of stroke. *Lancet*. 1992 Feb 8;339(8789):342-4.
3. Cruz-Cruz C, Martinez-Nuñez JM, Perez ME,, Kravzov-Jinich J, Ríos-Castañeda C, Altagracia-Martinez M. Evaluation of the Stroke-Specific Quality-of-Life (SSQOL) scale in Mexico: a preliminary approach. *Value Health Reg Issues*. 2013 Dec;2(3):392-7.
4. Şenocak Ö, El Ö, Söylev GÖ, Avcılar S, Peker Ö. İnme Sonrasında Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörler. *Journal of Neurological Sciences*. 2008;25(3):169-75.
5. Hantal AÖ, Doğu B, Büyükavcı R, Kuran B. İnme etki ölçeği 3, 0: Türk toplumundaki inmeli hastalarda güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*. 2014;60:106-16.
6. Bayrak Özarslan B. Diyabetik Koroner Arter Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. Nuran Akdemir),2013;1-4.
7. Demir Ş, Zeynep Ö. Kardiyovasküler hastalıklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *MN Kardiyoloji*. 2014 Eylül;21(3):182-91
8. Zhao H, Collier JM, Quah DM, Purvis T, Bernhardt J. The modified Rankin Scale in acute stroke has good inter-rater-reliability but questionable validity. *Cerebrovasc Dis*. 2010 Jan;29(2):188-93.
9. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *J Psychol*. 1989;7(23):3-13.
10. Guigoz Y, Vellas B. The Mini Nutritional Assessment (MNA) for grading the nutritional state of elderly patients: presentation of the MNA, history and validation. *Nestle Nutr Workshop Ser Clin Perform Programme*. 1999;1:3-11.
11. Adıgüzel E, Acar Tek N. Evde bakım hizmeti alan bireylerin hastalık profiline göre beslenme durumlarının değerlendirilmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD)*. 2018;11(1): 34-40.
12. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, et al. Development of a stroke-specific quality of life scale. *Stroke*. 1999 Jul;30(7):1362-9.
13. Hakverdioğlu Yönt G. İnmeye Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Türk Toplumunu İçin Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2009; p141-2. İzmir (Danışman: Prof. Dr. Leyla Khorshid).
14. Soyuer F, Ünalın D, Öztürk A. İnme hastalarında yaş ve cinsiyetin fonksiyonel yetersizlik üzerine olan etkisi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. 2007;14(2):91-4.
15. Armağan O. İnme sonrası afazi ve yaşam kalitesi. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 2011 17:3; 89-94.
16. Chou C-Y. Determinants of the health-related quality of life for stroke survivors. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2015 Mar;24(3):655-62.
17. Akosile CO, Adegoke B, Ezeife CA, Maruf FA, Ibikunle PO, Johnson OE, et al. Quality of life and sex-differences in a south-eastern Nigerian stroke sample. *African Journal of Neurological Sciences*. 2013;32(1):19-25.
18. Ramos-Lima MJM, Brasileiro IC, Lima TL, Braga-Neto P. Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics (Sao Paulo, Brazil)*. 2018 Oct;73:e418.
19. Cevik C, Tekir O, Kaya A. Stroke patients' quality of life and compliance with the treatment. *Acta Medica*. 2018;34:839-46.
20. Goma SH, Mahran SA, Mahran DG, El-Hakeim EH, Ghandour AM. Multicenter Assessment of Health-Related Quality of Life (HRQOL) Among Stroke Survivors. *Archivos de medicina*. 2016;7(3):96.
21. Mudaliar MR, Yiragamreddy SR, Tejashwani PP, Umaphathi S, Sake N, Sharma S. Quality of Life in Stroke Patients Using SSQoL Scale and Barthel Index. *Indian Journal of Pharmacy Practice*. 2018 Jan-Mar;11(1):44-50.

22. Pacian A, Kulik TB, Bednarz J, Kaczoruk M, Kawiak-Jawor E. Quality of Life Assessment in Post-Stroke Patients. *Pielęgniarstwo XXI wieku/Nursing in the 21st Century*. 2018 Sep;17(2):12-22.
23. Safaz I, Kesikburun S, Adiguzel E, Yilmaz B. Determinants of disease-specific health-related quality of life in Turkish stroke survivors. *International journal of rehabilitation research*. 2016;39(2):130-3.
24. Gbiri CA, Akinpelu AO. Quality of life of Nigerian stroke survivors during first 12 months post-stroke. *Hong Kong Physiotherapy Journal*. 2012 Jun;30(1):18-24.
25. Gunaydin R, Karatepe AG, Kaya T, Ulutas O. Determinants of quality of life (QoL) in elderly stroke patients: a short-term follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011 Jul-Aug;53(1):19-23.
26. Kim JS, Choi-Kwon S, Kwon SU, Lee HJ, Park KA, Seo YS. Factors Affecting the Quality of Life After Ischemic Stroke: Young Versus Old Patients. *J Clin Neurol*. 2005 Apr; 1(1): 59–68.
27. Kuzu Z. İnme Özelliklerinin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Kürşad Kutluk, Prof. Dr. Görsev Yener). 2015;40-54
28. Mahran SA, Abdulrahman MA, Janbi FS, Jamalellail RA. The health-related quality of life in stroke survivors: clinical, functional, and psychosocial correlate. *Egyptian Rheumatology and Rehabilitation*. 2015;42(4):188.
29. Khalid W, Rozi S, Ali TS, Azam I, Mullen MT, Illyas S, et al. Quality of life after stroke in Pakistan. *BMC neurology*. 2016;16(1):250-61.
30. Lim HJ, Choue R. Nutritional status assessed by the Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) is associated with qualities of diet and life in Korean cerebral infarction patients. *Nutrition*. 2010;26(7-8):766-71.



İstismar ve İhmale Uğramış ve Uğramamış Adölesanların Benlik Saygıları ve Ruhsal Durumlarının Belirlenmesi

Determination of Self-Esteem and Mental Status of Abused and Neglected and Non-Neglected Adolescent

Arzu Aydoğan^{1*}, Nermin Gürhan²

ÖZET

Amaç: Bu araştırma kurumlarda yaşayan istismar ve ihmale uğramış ve uğramamış adölesanların benlik saygılarını ve ruhsal durumlarını belirlemek amacıyla karşılaştırmalı olarak tanımlayıcı türde yapılmıştır. Gereç ve Yöntem: Araştırma Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumunun Ankara ilinde bulunan yetiştirme yurtlarında yapılmıştır. Araştırma örneklemine yetiştirme yurtlarında yaşayan çalışmaya katılmayı kabul eden 208 adölesan alınmıştır. Bu adölesanların 68'i ailesinin yanında istismar ve ihmale uğradığı için kuruma yerleştirilmiş (araştırma grubu), 140'ı diğer sebeplerle (sosyoekonomik sebepler, ebeveyn terki, aile parçalanması vs.) kuruma yerleştirilmiştir (karşılaştırma grubu). Araştırma verileri kişisel bilgi formu, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri ve Kısa Semptom Envanteri ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde frekans ve yüzdeleme, Ki-kare testi ve korelasyon testleri kullanılmıştır. Bulgular: Araştırmanın bulgularında istismar ve ihmale uğrayan adölesanlarla diğer sebeplerle kuruma yerleştirilen adölesanların benlik saygıları arasında anlamlı bir fark bulunamamış ($p>0,05$); her iki grubun benlik saygıları puan ortalamaları 54 olarak bulunmuştur. Araştırma ve karşılaştırma grubunun ruhsal durumlarını karşılaştırdığımızda her iki grubun ölçek alt puanları birbirine çok yakın bulunmuş aralarında istatistiksel olarak bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$). Sonuç: Her iki grubun da hostilité ve depresyon belirtileri yönünden riskli grubu oluşturdukları tespit edilmiştir. Adölesanların benlik saygıları ve ruhsal durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında benlik saygısı düşük olan adölesanların ruhsal belirti alt ölçek puanlarının da yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, istismar ve ihmal, benlik saygısı, ruhsal belirti.

ABSTRACT

Aim: This is a comparative study comparing the self-esteem and the psychological states of the adolescents who accommodate in child-care institutes. Material and Methods: 208 volunteer adolescents from the government institute Society for the Protection of Children, Ankara participated in the study. 68 of these adolescents who were placed in the Society due to the abuse and neglect of their families formed the experimental group; 140 adolescents who were placed in the Society due to other reasons such as socio-economic conditions, being abandoned by their parents, dissolution of family, etc. formed the control group. The data collected through personal ID forms, Coopersmith Self-esteem Inventory, and Milyve Short Symptom Inventory. For data analysis the statistical techniques, frequency, percentage, chisquare test, and correlation tests were used. Results: The results revealed that the self-esteem average points for both groups were 54 and there was no significant difference ($p>0,05$) between the experimental and control groups with respect to self-esteem. When the psychological states of both groups were compared it was found that the bottom (lower) inventory points were almost similar and there was no significant difference ($p>0,05$) between the two. Conclusions: Both groups were identified as groups at risk with respect to the hostility and depression symptoms. When the correlation between self-esteem and psychological states of the adolescents was investigated it was found that those who had low self-esteem also had higher psychological symptom bottom (lower) inventory points. Implications of the study were also stated.

Key Words: Adolescent, abuse and neglect, self-esteem, psychological symptom

Received Date: 25.11-2019, **Accepted Date:** 09.01-2020

*¹ Dr, Sağlık Bilimleri niversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Etlik, Ankara

² Prof, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Tokat

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Arzu AYDOĞAN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Etlik, Ankara

E-mail: aaydogan80@gmail.com

Arzu A., Nermin G., Determination of Self-Esteem And Mental Status of Abused and Neglected and Non-Neglected Adolescent TJFMPC, 2020;14 (1): 112-122.

DOI: 10.21763/tjfm.693155

GİRİŞ

Her şeyin hızla değişip geliştiği ve yaşam koşullarının her geçen gün zorlaştığı günümüzde, toplumların geleceği olan çocukların ve gençlerin her yönden sağlıklı olarak yetiştirilmelerinin önemi son derece büyüktür.¹ Toplumun geleceği olan adölesanların fiziksel ve ruhsal açıdan sağlıklı olması, kendi değerlerinin farkında olarak yetişmesi ve bu değerleri insanlığın yararına kullanabilmesi onlara sağlanacak olan koşullarla yakından ilgilidir. Bu yüzden çocukluk dönemi önemli gelişimsel dönemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Çocukların fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı olarak gelişmeleri için anne-baba ya da çocuğa bakan kişi ile çocuk arasındaki karşılıklı sevgi bağının kurulmasının önemi çok büyüktür.²

Çocukların fizyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan sağlıklı yetişmesini sağlamak ailenin yasalar ve geleneklerle belirlenen görevleri arasında yer almaktadır. Ailenin çocuk üzerindeki etkisi doğum öncesinde başlamakta ve tüm yaşamı boyunca devam etmektedir. Çocuğun gelişiminde önemli bir süreç olan sosyalleşme, toplumsal normları öğrenme ve bu normlara uygun davranış gelişimi de aile ortamında gerçekleşmektedir. Bireysel gelişim içinde çocuk, kendi değerlerini ve benlik kavramını kendisi için önemli olan bireylerin ona verdikleri değer ve gösterdikleri davranış biçimleri doğrultusunda oluşturmaktadır.³ Ancak aile kimi durumlarda istismar ve ihmale zemin hazırlayan ve göz yuman bir sosyal ilişki sistemi de olabilmektedir.⁴ İstismar bireylerin ruhsal ve bedensel bütünlüğünü bozan davranışların tümü olarak tanımlanmaktadır.⁵ Çocukların ruh ve beden sağlığını bozan, gelişimlerini engelleyen istismar ve ihmal toplumsal bir sorundur. Bu kavram tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de gittikçe daha fazla kaygı yaratan bir sorun haline gelmektedir. Bu sorunun uygun şekilde ele alınmaması çocukta yaşam boyu sürebilecek fiziksel ve duygusal izler bırakabilir.⁶ Sevgi, uygun uyarı, tutarlı tutumlar ile disiplin verilmesi gelişimi olumlu etkilerken; istismar ve her türlü ihmal çocuğun gelişim potansiyeline ulaşmasına engel olmaktadır.⁷ Bu çocuklarda aşırı içe dönüklük, aşırı pasiflik, her şeye boyun eğme, dış kontrol odaklı olma, mantıksız isteklerde bulunma, uyku bozuklukları, olumsuz benlik kavramı, depresyon, aşırı kaygı, fobi ve obsesyonları içine alan nevrotik tepkilerin yanı sıra yıkıcı davranışlar, hırsızlık, yalan söyleme, zulmetme gibi antisosyal davranışlar veya intihara

teşebbüs görülebilir. İstismar ve ihmale maruz kalan çocuklar kendilerini diğerlerinden farklı görmekte, mağdur haline gelmekten sorumlu olmadıklarını anlamak için mücadele etmektedirler. Çoğu kötü muamele görmesini kendi suçu olarak algılamakta ve hak ettiğine inanmaktadır ki bu da en sonunda benlik saygısını düşürmektedir.⁸ Benlik saygısı düşük olan adölesanlarda uykusuzluk, gerginlik, iştahsızlık, baş ağrısı, çarpıntı gibi belirtiler görüldüğü belirlenmiştir. Bu sonuçlar benlik saygısı ile ruh sağlığının arasında yakın bir ilişkinin olduğunu göstermektedir.^{3,9} Çocuk Hakları Sözleşmesinin ilgili maddeleri bu sözleşmeyi imzalayan devletlere, çocukların istismar ve ihmal edilmesini önleme ve bu çocuklar ile ailelerinin sağaltımını sağlama görevi vermiştir.¹ Kanunun temel felsefesi, çocuğun bakım ve korunmasını kendi “öz ailesi içinde” mümkün hale getirmek; ancak bu gerçekleşmiyorsa diğer bakım yollarına başvurmaktır. Diğer bakım yolları arasında öncelikle “koruyucu aile bakımı” yöntemine başvurulması önerilmektedir. “Kurum bakımı” ise, koruyucu aile bakımının çocuk için faydalı görülmediği veya koruyucu aile bakımı konusunda herhangi bir başvurunun olmadığı durumlarda önerilen bir yoldur. Ülkemizde ise yaygın olarak kullanılan model kurumlardır.^{2,10} Kurum bakımı altındaki adölesanların sorunlarının çözümünde Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu (SHÇEK)’in 2828 sayılı Kanununun 15. maddesine göre hazırlanan Yetiştirme Yurtları Yönetmeliği’nde kurum profesyonellerinin etkin rol alması istenmektedir. Bu hizmetlerin etkin bir şekilde yürütülmesinden sorumlu eğitimli personelin içinde hemşireler de yer almaktadır. Ülkemizde korunmaya muhtaç çocukların sağlık açısından izleminin nasıl yapılacağı yönetmeliklerle belirtilmektedir. Hemşireler, SHÇEK’in tüm kuruluşlarında görev yapan profesyonel meslek gruplarından birini oluşturmaktadır. Bu kuruluşlarda hemşirelerin verdikleri hizmet yönetmelikte belirtilmiştir.¹¹ Hemşireler belirtilen hizmetleri etkin bir şekilde yerine getirebilmeleri için, yetiştirme yurdunda kalan adölesanların geçmişte yaşadıkları olumsuz aile deneyimlerini ve kurum bakımından nasıl etkilendiklerini bilmeleri gereklidir. Özellikle istismar ve ihmalin bireylerde oldukça ciddi problemlere yol açtığını göz önüne alacak olursak bu gerekçeyle kuruma yerleştirilen adölesanların bakımına ayrıca eğilmek gerekmektedir.

Adölesanların psikolojik sorunlarının azalması tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de

koruma altındaki adölesanların geleceğe daha sorunsuz bir şekilde kazandırılması için önemlidir.³ Yukarıda sayılan gerekçelerden hareketle bu araştırmada ailesi veya bakım veren kişiler tarafından istismar ve ihmale uğradığı için kuruma yerleştirilen adölesanlarla diğer sosyal sebeplerle kuruma yerleştirilen adölesanların benlik saygıları ve ruhsal durumları karşılaştırılmıştır. Bu çalışmanın istismar ve ihmale uğrayan adölesanların benlik saygılarını ve ruhsal durumlarını belirlemede önemli bir veri olacağı ve kurumlarda hizmet veren sağlık çalışanlarına da yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli

Araştırma istismar ve ihmale uğradığı için kuruma yerleştirilen adölesanlar ile diğer sebeplerle kuruma yerleştirilen adölesanların benlik saygıları ve ruhsal durumlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Ankara ilinde hizmet veren biri kız ve üçü erkek olmak üzere dört yetiştirme yurdunda yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara'da bulunan yetiştirme yurtları ve burada yaşayan 12 yaş üzeri toplam 296 adölesan oluşturmuştur. Araştırma evreninin tamamının çalışmaya alınması planlanmış ve uygulama Aralık 2009-Mayıs 2010 tarihleri arasında belirtilen yetiştirme yurtlarında yapılmıştır. Yetiştirme yurduna kayıtlı olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden (zihinsel problemi olanlar, araştırmaya katılmak istemeyenler, farklı illerde üniversite eğitimine devam edenler, aile nakdi yardımında olanlar ve uygulamanın yapıldığı saatlerde çeşitli sebeplerle (işte çalışma, firar vs.) kurumda bulunamayan 88 adölesan dışında kalan) 208 adölesan araştırmamızın örneklemi oluşturmuştur.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini araştırmaya katılan adölesanların sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, yaşadığı yer, yaşamakta olduğu yerleşim birimi, görüştükları aile üyeleri) oluşturmaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkenleri araştırmaya katılan adölesanların benlik saygısı puanları ve saptanan psikolojik belirtilerin puanlarıdır.

Verilerin Toplanması

Veriler Aralık 2009-Mayıs 2010 tarihleri arasında yetiştirme yurtlarında yapılmıştır. Yetiştirme yurtlarında yaşayan örnekleme alınma ölçütlerini karşılayan adölesanlara veri toplama araçları uygulanmıştır (Kişisel Bilgi Formu, Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri, Kısa Semptom Envanteri). Verileri toplama araçlarının uygulanması 2009 Aralık ayında başlanmış ve 2010 Mayıs ayında son bulmuştur. İzin işlemleri tamamlandıktan sonra araştırmanın yapılacağı kurumların müdürleri ve sosyal hizmet uzmanları ile iletişime geçilmiş araştırmanın içeriği anlatılmış ve daha sonra çocukların uygun oldukları gün ve saatlerde veriler toplanmaya başlanmıştır. Araştırmaya katılan grubun büyük kısmı eğitimlerine devam ettikleri için veriler genellikle etüt saatlerinde veya tatil günlerinde toplanmıştır. Veriler 12-15 yaş grubunda araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. 15 yaş üstü gruplarda etüt salonlarında görüşmecisi eşliğinde toplu olarak toplanmıştır. İstismar ve ihmal sebebiyle kuruma yerleştirilen adölesanları belirleyebilmek için kurumlardaki görevli sosyal hizmet uzmanlarının da yardımı ile kurumdaki tüm çocukların dosyaları taranmış bu nedenle de çocuklara istismar ve ihmal ile ilgili soru yöneltilmemiştir.

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından araştırma alanındaki literatür bilgileri taranarak çocuk istismarı ve ihmali alanında çalışan uzmanlardan görüş alınarak geliştirilmiştir. Form, açık ve kapalı uçlu olmak üzere toplam 21 maddeden oluşmaktadır.

Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri

Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri kısa formu toplam 25 maddeden oluşmaktadır. Yüksek benlik saygısının göstergesi kabul edilen cevaplara dört puan verilmekte, yanlış cevaplara puan verilmemektedir. Ölçekle ilgili yapılan analitik çalışmalar, ölçeğin çok yönlü heterojen bir yapıya sahip olduğunu ortaya koymuştur. Ölçek yeni şekliyle kişinin lider olma, kendini kanıtlama, aşağı görme gibi kişisel yargıları yanında, ailesi ile ilgili tutumlarını da ölçme esnekliğine sahiptir. Ölçeğin orijinalinin güvenilirlik katsayısı $r=0,90$; geçerlilik katsayısı $r=0,55$ ve üç yıl aralıkla $r=0,70$ olarak bulunmuştur. Envanteri ilk kez Türkçe'ye çevirerek ülkemizde uygulayan kişi Özoğul (1988)'dur. Araştırmacı ilkököl 4. ve 5. sınıfta okuyan 120 öğrenci üzerinde yaptığı incelemede aracın güvenilirlik katsayısını 0.77 olarak bulmuştur. Lise öğrencileri üzerinde güvenilirlik çalışması yapan Pişkin (1997) ise Kuder Richardson-20 sonuçlarına göre toplam puanda kızlar için 0.82 erkekler için ise 0.81 değerlerini bulmuştur. Bu bulgular Coopersmith Benlik Saygısı Envanteri Kısa Formunun geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir.¹²

Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri (KSE), Derogatis tarafından geliştirilmiş 53 maddelik kendini değerlendirme türü bir envanterdir. Normal örneklerde olduğu gibi, çeşitli psikiyatrik ve medikal hastalarda da ortaya çıkabilecek bazı psikolojik semptomları yakalamak amacıyla geliştirilmiş çok boyutlu bir belirti (semptom) tarama ölçeğidir. 9 alt ölçek ve 3 küresel indeksten oluşmaktadır. Ölçeğin ülkemiz için uyarlanması Şahin ve Batıgün tarafından yapılmıştır.¹³ Ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği ile ilgili yapılmış pek çok araştırma mevcuttur. Derogatis, bir çalışmada, dokuz alt ölçek için iç tutarlılık katsayılarının 0.71 (psikotizm) ile 0.85 (depresyon) arasında değiştiğini belirtmektedir. Ayrıca 60 normal yetişkin üzerinde iki hafta ara ile yapılan test-tekrar test güvenilirlik katsayıları, $r=0.68$ (somatizasyon) ve $r=0.91$ (fobik anksiyete) arasında değişmektedir. Üç global rahatsızlık ölçeğinde ise bu katsayıların $r=0.90$ (RCİ), $r=0.87$ (BTİ) ve $r=0.80$ (SRİ) oldukları görülmüştür. Ölçeğin toplam puanı üzerinden bulunan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları üç ayrı çalışmada 0.96 ve 0.95 olmuştur. Alt

ölçeklerden elde edilen katsayılar ise 0.55 ve 0.86 arasında değişmektedir. Ölçek dokuz alt ölçek, üç küresel (global) indeks ve ek maddelerden oluşmaktadır. Ölçeğin alt ölçekleri, somatizasyon (S) (2, 7, 23, 29, 30, 33, 37. maddeler), obsesif-kompulsif bozukluk (OKB) (5, 15, 26, 27, 32, 36. maddeler), kişiler arası duyarlılık (KD) (20, 21, 22, 42. maddeler), depresyon (D) (9, 16, 17, 18, 35, 50. maddeler), anksiyete bozukluğu (AB) (1, 12, 19, 38, 45, 49. maddeler), hostilite (H) (6, 13, 40, 41, 46. maddeler), fobik anksiyete (FA) (8, 28, 31, 43, 47. maddeler), paranoit düşünceler (PD) (4, 10, 24, 48, 51. maddeler) ve psikotizm (P)'dir (3, 14, 34, 44, 53. maddeler). Ek maddeler (EM) (11, 25, 39, 52. maddeler) yeme içme bozuklukları, uyku bozukluğu, ölüm ve ölüm üzerine düşünceler ve suçluluk duyguları ile ilgili maddelerden oluşmaktadır. Son 15 gün içerisinde var olan durumları değerlendirmek için kullanılmaktadır. Ölçekte 0 (hiç)'dan 1 (çok az)'e kadar olan puanlar normal sınırlarda kabul edilmektedir. Daha yüksek puanlar giderek artan patolojiyi göstermektedir. Ölçek maddeleri, "hiç/biraz var/orta derecede var/epey var/çok fazla var" ifadelerine sırasıyla karşılık gelen 0, 1, 2, 3, 4 puanları ile puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanların yüksekliği bireylerin ruhsal belirtilerinin arttığını gösterir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler araştırmacı tarafından SPSS 15.0 (Statistical Package For Social Science) paket programı kullanılarak bilgisayara aktarılmış ve değerlendirilmiştir. Adölesanlara ait özellikler gruplandırılarak frekans ve yüzdeleri hesaplanmıştır. Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare (Chi-square) testi kullanılarak istatistiksel analiz ve yorumları yapılmıştır. Ayrıca değerlendirmede korelasyon yöntemi de kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için Ankara Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğünden 10 Kasım 2009 tarihli ve SAYI B.02.1.SHÇEK.072.02.00/ 605.01-1011 numaralı karar ile yazılı izin alınmıştır. Ayrıca yetiştirme yurtlarının müdürleri, sosyal hizmet uzmanları ve grup öğretmenleri ile görüşülmüş ve araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Örneklem

alınan adölesanlara, çalışmanın amacı açıklanmış, veri toplama araçları tanıtılmış ve sözlü olarak izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler örnekleme dâhil edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma örneklemini yetiştirme yurtlarında yaşayan adölesanlar oluşturmaktadır. Büyük çoğunluğun eğitime devam etmeleri nedeni ile mesai saatlerinde kurumda bulunamamaları, etüt saatlerinde de ödevlerini yetiştirememesi gibi kaygılarından dolayı araştırmaya zaman ayırma konusunda zorluk yaşadıkları gözlenmiştir.

BULGULAR

Adölesanların %32,7'si istismar ve ihmal sebebiyle kuruma yerleştirilmiştir. Araştırmaya katılanların %57,2'si erkek, %42,8'i kızdır. Cinsiyetleri ve yaşları istismar ve ihmal görme durumları ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). İstismar ve ihmal sebebiyle gelenlerin %60,3'ü kızdır ve %50'si 12-14 yaş arasındadır. Eğitim durumlarına bakıldığında %49'u ilköğretime, %42,3'ü ise liseye devam etmektedir; %8,7 adölesan hiç okula gitmemiş veya farklı sebeplerle okuldan ayrılmışlardır.

Eğitim durumları ve istismar ve ihmal görme durumlarının arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). İstismar ve ihmal sebebiyle kuruma yerleştirilen adölesanların %60,3'ü ilköğretim çağındadırlar. Adölesanların %46,56'sı Ankara'da doğmuş olup, %63'ünün anne ve babası hayattadır. Çalışmamızda istismar ve ihmale uğrayan adölesanların %77,9'unun anne ve babasının hayatta olduğu; %72,1'inin kuruma yerleştirilmeden önce anne ve babasıyla yaşamakta oldukları tespit edilmiştir. Adölesanların %59,6'sı beş yıldan daha uzun süredir kurumda yaşamakta olup %76,9'u yetiştirme yurdunda yaşamaktan memnundur.

Adölesanların kuruma geliş nedenleriyle benlik saygıları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İstismar ve ihmal ile gelen adölesanların %41,2'sinde düşük benlik saygısı görülürken diğer sebeplerle kurumlara yerleştirilen adölesanların %40'ında düşük benlik saygısı saptanmıştır.

Adölesanların benlik saygıları puan ortalamalarına bakıldığında istismar ve ihmal ile gelenler ile diğer sebeplerle gelenlerin puan ortalamaları 54 olarak bulunmuştur.

Tablo 1: Adölesanların Benlik Saygılarının Kuruma Geliş Nedenleriyle Karşılaştırılması ve Benlik Saygısı Puan Ortalamaları

BENLİK SAYGISI								
GELİŞ NEDENİ	Düşük Benlik Saygısı	Normal Benlik Saygısı	Toplam	Puan Ortalamaları				
	n (%)	n (%)	n (%)	n	\bar{X}	SS	t	p
İstismar ve İhmal	28 (41,2)	40 (58,8)	68 (32,7)	68	54,88	16,3	0,18	>0,05
Diğer	56 (40)	84 (60)	140 (67,3)	140	54,48	13,97		
Toplam	84 (40,4)	124 (59,6)	208 (100)	208	54,61	14,74		

Tablo 2: Adölesaların Ruhsal Belirti Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ruhsal Belirtiler	Geliş Nedenleri									
	İstimar ve İhmal					Diğer				
	n	\bar{X}	SS	Min.	Max.	n	\bar{X}	SS	Min.	Max.
Somatizasyon	68	1,14	0,9	0	3,6	140	1,13	1	0	4,5
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	68	1,5	0,98	0	4	140	1,4	0,99	0	4,5
Kişisel Duyarlılık	68	1,35	1,23	0	4	140	1,36	1,13	0	4
Depresyon	68	1,52	1,3	0	4,3	140	1,5	1,14	0	4,5
Anksiyete Bozukluğu	68	1,42	1,17	0	4,3	140	1,42	1,11	0	4,5
Hostilite	68	1,65	1,19	0	4,5	140	1,55	1,11	0	4,5
Fobik Anksiyete	68	1,37	1,1	0	4,4	140	1,26	1,02	0	4,5
Paranoit Düşünce	68	1,44	1,08	0	4,2	140	1,5	1,06	0	4,5
Psikotizm	68	1,23	1,1	0	4,2	140	1,29	1	0	4,4
Ek Maddeler	68	1,29	1,17	0	4	140	1,21	1,03	0	4
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	68	0,35	0,2	0	4	140	0,34	0,18	0	4
Belirti Toplam İndeksi	68	30,85	13,03	0	53	140	27,06	14,12	0	53
Semptom Rahatsızlık İndeksi	68	0,16	0,02	0	4	140	0,02	0,05	0	4

Tablo 2’de adölesaların ruhsal belirti puan ortalamalarına göre dağılımı bulunmaktadır. İstismar ve ihmal sebebiyle kuruma yerleştirilen adölesaların 9 alt ölçek ve ek maddelerden aldıkları puan ortalamaları en yüksekten en düşüğe sırasıyla hostilite (1,65), depresyon (1,52), obsesif kompulsif bozukluk (1,5), paranoit düşünce (1,44), anksiyete bozukluğu (1,42), fobik anksiyete (1,37), kişisel duyarlılık (1,35), ek maddeler (1,29), psikotizm (1,23) ve somatizasyondur (1,14). Diğer sebeplerle gelen adölesaların aldıkları puan ortalamaları en yüksekten düşüğe sırasıyla hostilite (1,55), depresyon (1,5), paranoit düşünce (1,5), anksiyete bozukluğu (1,42), obsesif kompulsif bozukluk (1,4), kişisel duyarlılık (1,36), psikotizm

(1,29), fobik anksiyete (1,26), ek maddeler (1,03) ve somatizasyondur (1,13). Belirtilere göre psikolojik belirti puan ortalamalarını değerlendirirken 0-1,50 arası puanlama normal; 1,51 ve üzeri yüksek psikolojik belirti ve risk olduğunu göstermektedir. Bu doğrultuda ruhsal belirtilerden alınan puan ortalamalarına bakacak olursak araştırma grubundaki adölesaların hostilite ve depresyon karşılaştırma grubundaki adölesaların ise hostilite yönünden risk altında olduğunu, depresyon ve paranoit düşünce puanlarının da sınırdan olduğunu görmekteyiz.

Araştırma ve karşılaştırma grubunun ruhsal belirtilerini karşılaştırdığımızda her iki grup arasında da istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır. Sonuçlar incelendiğinde istismar ve ihmale uğrayan grubun %26,5’inde yüksek depresyon belirtileri görülürken karşılaştırma grubunun %24,3’ünde yüksek depresyon belirtileri görülmüştür. Diğer alt maddeler arasında da her iki grupta tespit edilen ruhsal belirtilerin yüzdeleri birbirine çok yakındır.

Adölesanların benlik saygısı puan ortalamaları ile ruhsal durumları arasındaki ilişkiye bakıldığında somatizasyon alt ölçek puanları ($r=-0,14$; $p<0,05$) ve paranoit düşünce alt ölçek puanları ($r=-0,16$; $p<0,05$) ile benlik saygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu alt ölçek puanları ($r=-0,12$; $p=0,06$) anlamlılık seviyesine çok yaklaşmıştır.

Tablo 3: Benlik Saygısı Puanlarıyla Ruhsal Belirti Puanları Arasındaki Korelasyon (n=208)

Ruhsal Belirtiler	Benlik Saygısı	
	r	p
Somatizasyon	-0,14	0,04
Obsesif-Kompulsif Bozukluk	-0,92	0,18
Kişisel Duyarlılık	-0,83	0,25
Depresyon	-0,14	0,44
Anksiyete Bozukluğu	-0,12	0,06
Hostilite	-0,09	0,15
Fobik Anksiyete	-0,09	0,16
Paranoit Düşünce	-0,16	0,01
Psikotizm	-0,11	0,1
Ek Maddeler	-0,06	0,35
Rahatsızlık Ciddiyeti İndeksi	-0,11	0,09
Belirti Toplam İndeksi	0,01	0,78
Semptom Rahatsızlık İndeksi	-0,33	0,67

TARTIŞMA

Araştırmamızda her iki grubunda benlik saygısı puan ortalamaları 54 olarak saptanmıştır. Bulunan değer her ne kadar düşük benlik saygısı grubuna girmese de sınırın 50 olduğunu göz önüne aldığımızda her iki grubunda benlik saygısı puan

ortalamalarının alt sınıra çok yakın olduğunu görmekteyiz. Araştırma ve karşılaştırma grubundaki adölesanların benlik saygısı puan ortalamalarının birbiri ile aynı çıkması, her iki gruptaki adölesanların kurumda yaşıyor olmalarına bağlı olabileceği düşünülmektedir. İstismar ve ihmal ile kuruma gelen

adölesanların kurumda buldukları süre içinde kurum çalışanları tarafından iyi bir şekilde desteklendikleri için kuruma gelmeden önce herhangi bir istismar ve ihmale uğramamış olarak kuruma gelen çocuklarla aynı düzeye getirilmiş olabilecekleri düşünülebilir.

Washington (1989), yaptığı çalışmasında Ankara ilindeki yetiştirme yurtlarında kalan 10-12 yaş grubu çocukların benlik saygısı seviyelerini aileleri yanında kalan çocuklardan daha düşük bulmuştur. Kutlu (1992), Malatya ilinde yaptığı çalışmasında kurum bakımında kalan 13-18 yaş arası ergenlerin ailesi yanında kalan ergenlerden daha düşük benlik saygısına sahip olduğunu bulmuştur.¹⁴

Adölesan döneme özgü yaşanan sorunların bazıları: geleceğe ilişkin belirsizliğin varlığı, eğitime devam edip edemeyecekleri, eğitime devam etmezlerse yaşantılarını nasıl sürdürecekleri, karşı cinsle ilişkilerinde yaşanabilen belirsizlikler ve önlerinde uygun bir rol modellerinin bulunmaması, kendileri için önemli olan bireylerin olumsuz yargıları ya da hiç geri bildirim alamamalarıdır. Ayrıca adölesanların kurumdan kuruma aktarılmaları, kurum ortamındaki çalışan personelin değişikliği sabit bir kişiye olan güven duygusunun gelişmemesi ve kurumda sevgi gereksinimlerinin yeterince karşılanamaması gibi gerçekler adölesanlarda sorunlara yol açabilmekte ve benlik saygıları da yaşanan bu sorunlar paralelinde düşük olabilmektedir. Belirtilen tüm bu belirsizlikleri göz önüne aldığımızda araştırma ve karşılaştırma grubundaki adölesanların benlik saygıları puan ortalamaları arasında farkın olmaması her iki grupta aynı ortamda ve aynı yaşam tarzında yaşamalarından dolayı olduğu düşünülmektedir.

Adölesanların ruhsal belirti puan ortalamalarının dağılımına baktığımızda araştırma grubunda hostilite, depresyon ve obsesif kompulsif bozukluk belirti puanları ilk üç sırada yer alırken; karşılaştırma grubunda hostilite, depresyon ve

paranoit düşünce belirti puanları ilk üç sıradadır. Her iki grupta ruhsal belirti puanları birbirine çok yakın olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Her iki grupta da tespit edilen en yüksek ruhsal belirti depresyondur. Araştırma ve karşılaştırma grubu arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Grubun tamamına baktığımızda %25 oranında yüksek depresyon belirtilerinin tespit edildiğini görmekteyiz. Depresyon belirtilerini %23 ile yüksek hostilite belirtileri, %22 ile yüksek paranoit düşünce belirtileri ve %20,7 ile de yüksek anksiyete bozukluğu belirtileri takip etmektedir.

Anne ve babanın ayrılık, boşanma ve evlilik çatışmaları çocuklarda sıklıkla davranış bozukluklarına neden olmaktadır. Yetiştirme yurdundaki çocukların büyük bir kısmının aile ilişkileri olmadığı için çocuklarda birtakım ruhsal problemlerin olması da kaçınılmaz olmaktadır. 1974 yılında Etimesgut Fatma Üçer Yetiştirme yurdunda yapılan, çocuklarda görülen psikiyatrik belirtileri araştıran çalışmaya göre de yetiştirme yurdunda yaşayan çocuklarda ruhsal gelişim bozuklukları görülmektedir. Bu durumda yurttan kalmak, önemli bir risk faktörü niteliğini taşımaktadır.¹⁵

Ülkemizde ve yurt dışında yapılan birçok araştırmada ailenin çocuğun yaşamındaki önemini ve yerini destekleyen sonuçlar verirken pek çoğu da yetiştirme yurtlarında yaşayan çocukların sosyal, fiziksel ve psikolojik gereksinimleri yönünden aileleri yanında yaşayan yaşlılarına oranla daha geride bulduklarını göstermektedir.

Almqvist yaptığı araştırmada, çocukluk döneminde kurumsal bakım ve çocuk sağlığının genç insanların psikolojik sağlığıyla olan ilişkisini araştırmıştır. Bu araştırma için 482 kurum deneyimi geçirmiş Finli çocuğun davranışları 21 yaşına gelinceye kadar kontrol edilerek izlenmiş ve kurumsal bakım görmüş çocuklar ile aileleri tarafından yetiştirilmiş çocuklar ruh sağlığı

yönünden karşılaştırılmıştır. 15 ile 21 yaş arası çocukların psikiyatrik durumları gözlenerek kaydedilmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular, kurum bakım yaşantısı geçirmiş olanların, aileleriyle yaşayanlardan daha fazla sorunlu olduklarını göstermiştir.¹⁵

Frank ve Klass (1996) yaptıkları çalışmada, yetiştirme yurdundaki bakımın bulaşıcı hastalıklar, beslenme ve büyüme, bilişsel gelişim, sosyal ve duygusal gelişim ile fiziksel ve cinsel istismar açısından kısa ve uzun vadede riskler taşıdığını belirtmişlerdir. Kısa süreli bakımlarda yetiştirme yurtlarının dil gelişimi ve hastalıklar açısından ciddi tehditler oluştururken, uzun süreli bakımlarda da çocuklardaki fiziksel gelişimi ilk çocukluk yıllarından başlayarak gittikçe artan bir oranda gerilettiği ve onları psikolojik anlamda zayıflatarak verimsiz bir yetişkin haline dönüştürdüğünü tespit etmişlerdir.¹⁶

Aile ve kurum ortamında büyüyen çocukları karşılaştıran Ekşi (1990); aile ortamında büyüyen çocukların dengeli bir şekilde büyüme olduklarını, böylelikle onların ergenlik dönemlerinde başkalarıyla rahat ve kendilerine güvenerek ilişki kurduklarını, kendilerine ait değerleri bulmada, kendi rollerini kazanmada daha başarılı olduklarını vurgulamıştır.¹⁷ Bizim çalışmamızda da her iki grubun yetiştirme yurdunda yaşıyor olmaları, mevcut olan olumsuzlukları araştırma ve karşılaştırma grubunun ortak yaşıyor olmaları, ruhsal belirti puanlarının birbirine çok yakın olmasına ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmamasına ($p>0,05$) neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmanın son aşamasında örneklem grubunun benlik saygıları ile ruhsal belirtileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Somatizasyon (S) ve psikotizm (P) alt ölçek puanları ile benlik saygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Ruhsal belirtilerin tüm alt

başlıkları (S, OKB, KD, D, AB, H, FA, PD, P), ek maddeler ve iki global indeks (RCİ, SRİ) ile benlik saygıları puanları arasında negatif yönlü ilişki bulunmuştur (Tablo 5). Ruhsal belirtiler arttıkça benlik saygısı puanları düşmekte veya benlik saygısı düşük olan bireylerin ruhsal belirtilerinde artış gözlenmektedir.

Çuhadaroğlu (1989) Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve standart görüşme tekniklerini kullanarak 15-18 yaş grubundaki adölesanlarla yaptığı araştırmasında, psikiyatrik yakınmaları olan adölesanların benlik saygısı puanlarının daha düşük olduğunu ya da benlik saygısı düşük olan adölesanlarda psikiyatrik yakınmaların görülme eğiliminin arttığını belirtmektedir.¹⁸

Coleman ve Hendry (1990) yüksek benlik saygısına sahip olanların mutlu, sağlıklı, üretken ve başarılı olmak için eğilim gösterdiklerini, güçlükleri yenmek için daha uzun süre çaba harcadıklarını, gece daha iyi uyduklarını, daha az ülsere yakalanma riskleri olduğunu, diğerlerini kabul ve yaşatlarının baskılarına daha az eğilim gösterdiklerini; düşük benlik saygısına sahip olanların ise endişeli, karamsar, gelecek hakkında olumsuz düşünceleri olan ve başarısızlık eğilimleri olan bireyler olduklarını belirtmiştir. Kassın (1998) ise düşük benlik saygısına sahip bireylerin başarısızlığı bekleme, sınırlı olma, daha az gayret gösterme gibi özellikler sergilediklerini ve yaşamdaki önemli şeyleri göz ardı edebileceklerini; ayrıca başarısız olduklarında kendilerine değersiz ve yeteneksiz gibi suçlamalarda bulunabileceklerini ifade etmiştir.¹⁹

Gullion ve arkadaşlarının (2003) Coopersmith Benlik Saygısı Envanterini kullanarak yaptıkları araştırmalarında psikiyatrik problemleri olan ve olmayan adölesanları karşılaştırmıştır. Benlik saygısı düşük olan adölesanların psikolojik belirtilerinin daha fazla olduğunu, benlik saygısı

yüksek olan adölesanlarda ise psikolojik belirti olmadığını saptamışlardır.²⁰

Değişim, yaşam boyunca gelişime bağlı olarak kaçınılmaz ve süreklilik gösteren bir kavramdır. Bütün gelişim dönemlerinde bireylerin gösterdiği değişimlerden söz edilmektedir; ancak adölesan dönemi, duygusal ve sosyal değişimlerin en yoğun yaşandığı gelişim dönemidir. Bu dönem, bireyin kişiliğinin oluştuğu ve kendine özgü bir birey haline geldiği temel bir dönemdir. Adölesan dönemi, insan yaşamında kimlik gelişimi, rollerin belirlenmesi ve meslek seçimi gibi önemli gelişmelerin yaşandığı zorlu bir geçiş dönemidir.²¹ Olumlu bir kimlik oluşturma adölesanın ruhsal sağlığı ile de yakından ilişkilidir. Böyle kritik bir dönemde adölesanların desteklenmesi oldukça önemlidir. Kurumlarda görev yapan sağlık çalışanları, adölesanları APA'nın belirttiği ölçütler doğrultusunda düzenli olarak gözlemlemeli ve bu süreçte göze çarpan normalden sapmaları erken dönemde tespit edebilmelidir. Tespit edilen adölesanların desteklenmesi, karşılıklı güven ortamının sağlanması, olumlu geri bildirimlerin verilmesi ile benlik saygılarının yükseltilmesi ve ruhsal problemlerin gelişmesi de önenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada ortaya çıkan sonuçlara yönelik olarak çalışmanın daha geniş bir örnekleme farklı illerdeki yetiştirme yurtları da çalışmaya dâhil edilerek uygulanabilir. Ayrıca istismar ve ihmalin adölesanlar üzerinde meydana getirdiği etkiyi daha iyi tespit edebilmek için üçüncü bir grup olarak ailelerinin yanında yaşayan adölesanların da örneklem grubuna dâhil edilmeleri önerilmektedir. Kurumlarda görev yapan sağlık çalışanlarının adölesanların benlik saygılarını yükseltecek şekilde bakım planlarını hazırlamaları, onlarla karşılıklı güven ortamı oluşturarak görüşmeler yapmaları ve

var olan problemleri erken dönemde tespit ederek sorunlu adölesanları öncelikli olarak ele almalarının adölesanların benlik saygılarını olumlu yönde geliştireceği düşünülmektedir. Sosyal ilişkileri kuvvetli olan bireylerin benlik saygılarının da olumlu yönde etkilendiğini göz önüne alırsak kurum çalışanlarının adölesanların sosyal ilişkilerini güçlendirebilmeleri için uygun ortamları oluşturmalarının sağlanması ve ihtiyaç duyan tüm adölesanlara psikiyatrik desteğin profesyonel ellerden ulaşmasının sağlanması önerilebilir.

Araştırma, 3.Uluslararası 7.Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 1-3 Eylül 2014, Ankara'da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

KAYNAKLAR

1. Ünal F. Ailede Çocuk İstismarı ve İhmali. TSA Dergisi 2008;1(12):9-18.
2. Şimşek Z, Erol N, Öztıp D, Özer Özcan Ö. Kurum Bakımındaki Çocuk ve Ergenlerde Davranış ve Duygusal Sorunların Epidemiyolojisi; Ulusal Örnekleme Karşılaştırmalı Bir Araştırma. Türk Psikiyatri Dergisi 2008;19(3):235-46.
3. Çavuşoğlu H, Çetin H. Yetiştirme Yurtlarındaki Adölesanların Benlik Saygıları ve Psikolojik Belirtileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009;2(4):137-144.
4. Bayramođlu S. Aile İçi Şiddet Konusunda Yasal Koruma ve Düzenlemeler. Çocuk ve Şiddet Çalıştayı, İstanbul Tabip Odası Aralık 2009;76-88.
5. Gökdağ D. Aile İçi Şiddet ve Çocuk İstismarı. Aile Psikolojisi ve Eğitimi, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi 2002;67-78.
6. Şahin F. Çocuğun Fiziksel, Cinsel ve Duygusal İstismarı. Çocuk ve Şiddet Çalıştayı, İstanbul Tabip Odası Aralık 2009;24-26.
7. Özmert EN. Erken Çocukluk Döneminin Desteklenmesi-III: Aile. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006;49:256-273.

8. Sarıbeyoğlu NS. Lise Öğrencilerinde Aile İçi Çocuk İstismarı ile Zorbalık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 2007;s:33.
9. Harper JF, Marshall E. Adolescents' problems and Their Relationship to Self Esteem. Adolescence 1991;26(104):799-808.
10. Şenocak H. Korunmaya Muhtaç Çocuklara Sağlanan Bakım Yöntemleri. Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi 2006;51:177-228.
11. Çetin H. Korunmaya Muhtaç Çocukların Bakımı Nasıl Olmalıdır? Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3(9):141-46.
12. Çevik Büyükşahin G, Atıcı M. Lise. 3.Sınıf Öğrencilerinin Arkadaşlık İlişkilerinin Bazı Değişkenlere Göre İncelenmesi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2008;17(2):35-50.
13. Şahin NH, Batıgün AD, Uğurtaş S. Kısa semptom envanteri (KSE): ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13(2):125-135.
14. Cebe F. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Yetiştirme Yurtlarında Barınan Çocukların "Benlik Saygısı" "Depresyon" "Kaygı" Skorlarının Ailesi Yanında Kalan Çocuklarla Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı, 2005;s:68-69.
15. Yılmaz A. Yetiştirme Yurdunda Yaşayan Çocukların Genel Ruh Sağlığı Durumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005;s:48-51.
16. Tümkaya S. Ailesi Yanında ve Yetiştirme Yurdunda Kalan Ergenlerin Umutsuzluk Düzeylerinin Karşılaştırılması. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2005;3(4):445-459.
17. Şahin NH, Batıgün AD, Uğurtaş S. Kısa semptom envanteri (KSE): ergenler için kullanımının geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13(2):125-135.
18. Çetin Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda Özdeğerlilik Duygusu ve Çeşitli Psikopatolojik Durumlarla İlişkisi. Düşünen Adam Dergisi 1989;3(3):71-5.
19. Uyanık Balat G, Akman B. Farklı Sosyoekonomik Düzeydeki Lise Öğrencilerinin Benlik Saygısı Düzeylerinin İncelenmesi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2004;14(2):175-183.
20. Gullion MS, Crocg MA, Bailey PE. The Relationship self-Esteem and Psychiatric Disorders in Adolescents. European Psychiatry 2003;18:59-62.
21. Kararımak Ö.,Kocabaş Özeke E., Toker N. Ergenlerde Olumsuz Kimlik Gelişiminin Önlenmesine Yönelik Aile Rehberlik Programı. Yaşadıkça Eğitim, 2016; 30(2):1-20.



Original Research / Özgün Araştırma

The use of Canalith Reposition Maneuvers in Treatment of Benign Paroxysmal Positional Vertigo

Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo Tedavisinde Kanalit Repozisyon Manevralarının Kullanımı

Esin Yalçınkaya¹, Mustafa Mert Başaran^{*2}

ABSTRACT

Objective: Patients with vertigo compose 2-3% of total admissions to emergency department. Dizziness affects especially the patients above 60 years of age creating social life difficulties and causing, leads to dangerous and life-threatening situations. In this study, we tried to show the effect of Epley maneuver on the symptoms of benign paroxysmal positional vertigo (BPPV) which is the most common type of peripheric vertigo. **Method:** A total of 347 patients who attended to otolaryngology and emergency departments of Ufuk University and Private Medisun Hospital between 15.08.2018 and 15.02.2019 with peripheric vertigo complaints were included in the study. Each patient was applied Epley maneuver and followed. Results were analyzed with SPSS program (Statistical Package for Social Sciences). **Results:** Of all the patients, 201 (58%) were women, and 146 (42%) were men with a mean age of 51,2±3,1 years. Posterior semicircular canal pathology was found in 54.5%; horizontal canal in 34.9%; anterior canal in 6.3%; multiple canal in 4.3%. Epley maneuver was applied to all patients and succeeded in 94% of the patients. **Conclusion:** Vertigo is a common symptom that can cause serious effects on lifestyle. Searching the etiology can be challenging for both the physicians and the patients. The most common cause of peripheral vertigo is BPPV. Epley maneuver is a simple, safe, quick and effective method for treatment and the diagnosis of BPPV. In conclusion, using canalith reposition maneuvers firstly will decrease the recovery time and save patients from time loss.

Keywords: Vertigo , Epley maneuver, treatment,

ÖZET

Amaç: Günümüzde acil servise başvuran hastaların toplam %2-3'ünü baş dönmesi şikayeti oluşturmaktadır. Özellikle, 60 yaş üzerinde sıklıkla görülen baş dönmesi kişinin sosyal hayatını ve yaşamı engellemekte; özellikle ileri yaşlı hastalarda düşmeye yol açarak hayatı tehlikelere neden olabilmektedir. Çalışmamızda; en sık periferik baş dönmesi nedeni olan benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV) tedavisinde kullanılan Epley manevrasının hastanın şikayetleri üzerine etkisini araştırdık. **Yöntem:** Araştırmaya 15.08.2018-15.02.2019 tarihleri arasında Ufuk Üniversitesi ve Özel Medisun Hastanesi acil servis ve kulak burun boğaz hastalıkları polikliniğine başvuran ve periferik kökenli olduğu tahmin edilen 347 baş dönmesi şikayeti olan hastalar katıldı. Hastalara Epley manevrası yapılmasının ardından iyileşmeleri takip edildi. Sonuçlar SPSS programı ile değerlendirildi. **Bulgular:** Araştırmamıza katılan 347 hastanın; 201'i (%58) kadın; 146'sı (%42) ise erkekti. Hastaların yaş ortalaması 51,2±3,1 yıl olarak bulundu. Hastaların %54,5'i posterior kanal; %34,9'u horizontal kanal; %6,3'ü anterior kanal; %4,3'ü çoklu kanal tutulumu gösterdi. Epley manevrası her hastaya yapıldı ve %94 oranında başarı sağlandı. **Sonuç:** Baş dönmesi sıklıkla görülen ve ciddi yaşamsal kısıtlamalara yol açabilen bir hastalıktır. Etiyoloji araştırılmasında hem maddi hem manevi birçok yöntem denemektedir. Periferik baş dönmesi nedenlerinden en sık görülen BPPV hastalığının hem tanı hem de tedavisinde Epley repozisyon manevrası, basit, güvenli, hızlı ve etkinliği yüksek bir yöntemdir. Bu nedenle baş dönmesi şikayeti ile başvuran hastalarda ilk olarak kanalit repozisyon manevralarının yapılmasının hem hastanın iyileşme sürecini hızlandıracağını hem de zaman kaybını önleyeceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Baş dönmesi, Epley manevrası, tedavi

Received date / Geliş tarihi: 14.04.2019, Accepted date / Kabul tarihi: 14.01.2020

¹ Medisun Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara, TÜRKİYE.

² Ufuk Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara, TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Mustafa Mert Başaran, Ufuk Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Ankara, TÜRKİYE.
E-mail: mbasaran88@gmail.com

Yalçınkaya E, Başaran MM. Benign Paroksizmal Pozisyonel Vertigo Tedavisinde Kanalit Repozisyon Manevralarının Kullanımı. TJFMPC,2020;14(1): 123-130.

DOI: 10.21763/tjfm.553620

GİRİŞ

Baş dönmesi (vertigo) kişinin vücut hareketinin veya çevresinin sahip olduğu hareketin anormal algılanması sonucu oluşmaktadır. Günümüzde acil servise başvuru şikayetlerinin %2-3'ünü baş dönmesi oluşturmaktadır. [1] Özellikle yetişkin ve ileri yaşlı hastalarda görülme sıklığı artmakta olup morbidite ve mortalite risklerini de taşımaktadır.

Baş dönmesinin tanı ve tedavisi çoğunlukla kafa karıştırıcı ve hem hasta hem de hekim için yorucu olabilmektedir. Bu durumu zorlaştırıcı olarak; baş dönmesinin üç tipi bulunmaktadır. Bunlar santral, periferik veya mikst tip olarak sınıflandırılmıştır. Periferik baş dönmelerinin en sık nedeni benign paroksizmal pozisyonel vertigo (BPPV) olarak bildirilmektedir. [2]

Benign paroksizmal pozisyonel vertigo, periferik vestibüler hastalıkların yaklaşık %20-40'ında görülmektedir. Bu hastalar baş pozisyonlarının değişmesiyle şiddetli vertigo atakları yaşamaktadır. Sıklıkla posterior yarım daire kanallarındaki normalde otokoniyal membran içinde gömülü olarak bulunan kalsiyum karbonat kristallerinin yerinden koparak vestibülde endolenfatik alana geçmesi sonucunda oluşur. Kafa travması, cerrahi, iskemik, vestibüler patolojiler, yaşlanmaya bağlı ve idiopatik olarak meydana gelebilmektedir.

Benign paroksizmal pozisyonel vertigo hastalığı tutulum gösterdiği kanala göre tiplere ayrılmaktadır. En sık olarak posterior semisirküler kanal tutulumu görülmektedir. [3] Bu oran kimi çalışmalarda tüm BPPV olgularının %19,5 ile %60,3'ünü kapsamaktadır. [4] Diğer türleri sırasıyla anterior semisirküler kanal ve horizontal kanal tutulumu oluşturmaktadır. [5]

Hastalığın tanı ve tedavisinde kanalit repozisyon manevralarının önemi büyüktür. Olgularda en sık görülen posterior semisirküler kanal tutulumunda tanı Dix-Hallpike testi ile konmaktadır. Dix-Hallpike manevrası elektronistagmografi (ENG) ile beraber yapılabileceği gibi Frenzel gözlüğü veya tek başına da yapılabilmektedir. Manevra sırasında baş dönmesi ve nistagmus olması testin hastalık lehine pozitif olduğunu göstermektedir.

Kanal içinde serbest otolitlerin olması durumunda kanalit repozisyon manevraları; kanalitlerin ampulla kupulasına yapışması durumunda serbestleştirici manevralar; kanalit sıkışmasında ters manevra; santral inhibisyon durumlarında ise alıştırmaya egzersizleri yapılmalıdır. Tanı konulmasının ardından tedavi de bir başka

kanalit repozisyon manevrası olan Epley manevrası ile yapılmaktadır. [6] Özellikle kanalit repozisyon manevraları ile kısa sürede %95'lere varan başarı oranı olduğu belirtilmiştir. [7] Bu manevralar hem hasta hekim ilişkisini güçlendirmekte hem de hastanın daha çabuk ve daha az uğraşı ile sonuca ulaşmasını sağlamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda dahi kolaylıkla tanı konabilen BPPV hastalığının çoğu zaman tedavisinde kolaylıkla yapılabilen kanalit repozisyon manevralarının etkisi büyüktür. Çalışmalarda, sadece manevra yapılan hastaların 1 ay sonunda iyileşme oranlarının %75-100 arasında olduğu belirtilmiştir. [8]

Hem acil servis hem de kulak burun boğaz ve nöroloji polikliniklerinde sıklıkla karşılaşılan baş dönmesi şikayeti olan hastalardan semisirküler kanal patolojisine sahip olanlar çoğu zaman birden fazla hekime başvurmak zorunda kalmakta, tanı konulabilmesi için birçok test yapılmaktadır. Çalışmamızın amacı; herhangi bir maliyeti olmayan kanalit repozisyon manevralarından en sık kullanılan Epley manevrasının primer kanal patolojisi göz önüne alınmadan Epley manevrasından fayda görme oranlarını ortaya koymaktır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamıza etik kurul onamı alınmasının ardından başlandı. Her hastadan gönüllü olur formu alındı. 15.08.2018-15.02.2019 tarihleri arasında 6 ay süreyle, Medisun Hastanesi ve Ufuk Üniversitesi Hastanesi, acil servis ve kulak burun boğaz kliniklerine başvuran, BPPV tanısı ile Epley manevrası uygulanan 347 hasta çalışmaya alındı. Çalışmamız prospektif kontrollü bir çalışma olarak yürütüldü.

Çalışmaya 18-75 yaş aralığında, santral kökenli baş dönmesi şüphesi olmayan ve BPPV ön tanısı konan hastalar alındı. Hipertansiyon, vital bulgularında düzensizlik olan hastalar, anemi, vitamin B₁₂ veya demir eksikliği olan hastalar; nörodejeneratif hastalıkları olanlar ve gebeler çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmaya katılan hastaların anamnezleri alınmış; acil servise başvuran hastalar santral etyoloji ekartasyonu yapılmasının ardından kulak burun boğaz polikliniğine yönlendirilerek rutin kulak burun boğaz muayeneleri yapılmış, kulak zarları intakt olarak değerlendirilen hastalar çalışmaya alınmıştır.

Santral ve periferik baş dönmesi ayırımını yapabilmek için baş dönmesinin süresi sorgulandı. Dakikalar süren baş dönmesi Meniere hastalığını; saniyeler süren baş dönmesinde BPPV'yi; günler

süren baş dönmesi vestibüler nöriti düşündürdüğünden acil servis çalışanları bu konuda bilgilendirildi.

Çalışmamızda değerlendirmeye aldığımız BPPV hastalığında horizonto-rotatuar şeklinde nistagmus görülmekte ve yorulma göstermektedir. Vertikal nistagmus şeklinde ve yorulma göstermeyen nistagmus gösteren baş dönmeleri santral etyoloji ekartasyonu gerektirdiğinden çalışma dışında bırakılmıştır.^[9] Bu bakımdan tanıda yardımcı olan elektronistagmografi (ENG) testi kullanılmıştır. Başın hareketi veya elektriksel oluşturulan bir sinyal ile göz hareketlerinin izlenebilmesi amacıyla kullanılmakta olan bu tetkik ile nistagmusun yönü, süresi ve hızı kaydedilebilmekte, spontan bakış sırasında, pozisyonla nistagmus değişimi not edilmektedir.^[5]

Dix-Hallpike testi ile muayeneye başlandı. Dix-Hallpike manevrası ENG ile beraber yapılabileceği gibi bizim çalışmamızda olduğu gibi Frenzel gözlüğü ile veya tek başına da yapılabilmektedir. Manevra yapılmadan önce hastalara kısa süreli baş dönmesi hissi olabileceği, bulantı ve kusma oluşabileceği anlatıldı. Manevraya kifoz, skolyoz, servikal patoloji, morbid obez olan hastalar alınmamıştır. Hastalar; uzunlamasına sedyede otururken 45 derece dönük olan başını iki eliyle kavradıktan sonra sedyeden sarkacak şekilde öncelikle bir tarafa doğru yatırıldı. Bu esnada nistagmus varlığına, latans ve yorulma eğilimlerine ile hızlı fazın tarafına bakıldı. Daha sonra baş pozisyonu değişmeden tekrar oturturulan hastalara aynı manevra karşı taraf için tekrarlandı. Teorik olarak pozisyon değişikliği ile meydana gelecek olan nistagmus 2-10 saniye içinde başlar ve 20-40 saniye içinde sonlanır. Bu aşamalarda hastalarda meydana gelen nistagmus tedavi koşulları açısından değerlendirildi. Nistagmus provakasyonla aynı anda başlıyorsa kupulolitiazis, 1-5 saniye sonra başlıyorsa kanalolitiazis teorilerine uygun olduğu düşünüldü. Kupulolitiazis teorisinde manevra tekrarlandıkça aynı yanıtın alındığı; kanalolitiazis de ise bir süre sonra yorulma gözlemlendiği görüldü. Posterior kanal kanalolitiazisinde yukarı torsiyonel nistagmus görülmüş; anterior kanal kanalolitiazisinde aşağı torsiyonel nistagmus görülmüştür. Bu hastalarda Epley manevrası uygulanmıştır.

Epley manevrası; hasta oturur pozisyonda başı hasta olan tarafa dönük şekilde iki elle tutulmasının ardından yatırılarak nistagmus sonlanana kadar beklendi. Ardından hastanın başı karşı yöne doğru

çevrilerek 30 saniye veya nistagmus bitene kadar beklendi. Hasta kulağın karşısına doğru omuz üzerine yatırılmasının ardından, baş yere baktırıldı ve nistagmus gözlenmediyse hastanın oturmasına yardımcı olarak manevra sonlandırıldı.

Öte yandan Dix-Hallpike manevrasında; yukarı torsiyonel, latent periyodu ve yorulma göstermeyen nistagmus görüldüğünde posterior kanal kupulolitiazisinden şüphelendi. Aşağı torsiyonel nistagmus varlığında ise anterior kanal anterior kanal kupulolitiazisi düşünüldü. Bu iki hastalıkta Semont manevrası kullanıldı. Semont manevrasında; hastalar sağlam kulak 45 derece dönük ve oturur pozisyondan hızlıca tutulan tarafa yan yatırıldı. 1-3 dakika beklenilmesinin ardından hasta diğer tarafa yatırılarak 1-3 dakika beklendi.

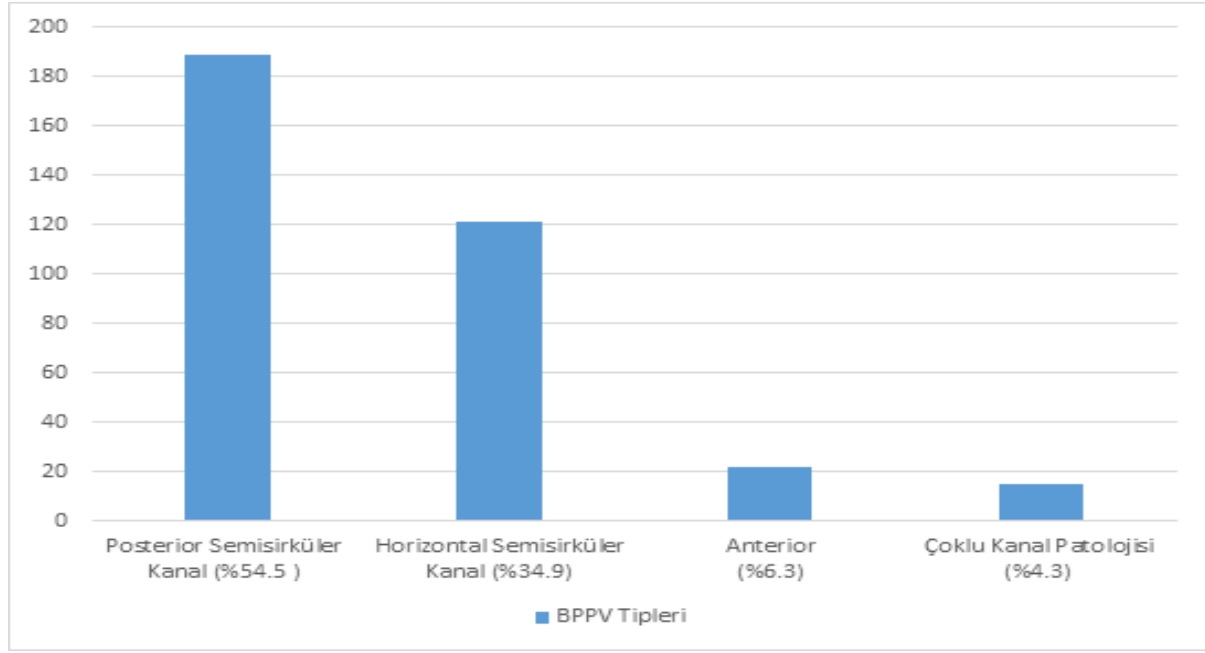
Dix-Hallpike manevrası sırasında baş dönmesi olmadan horizontal nistagmus görüldüğü durumlarda horizontal kanal tutulumu düşünülerek hastalara Barbekü manevrası yapıldı. Bu hastalar baş yatar pozisyonda 30 derece fleksiyonda iken baş sağlam tarafa doğru 4 kez hızlıca 90 derecelik çevrilecek tam tur döndürüldü.

Bütün manevraların sonrasında yapıldığı gibi pozisyon kısıtlama önerilerinde bulunuldu. Sünger boyunluk, baş 45 derece yüksekte yatma, başın hiperekstansiyonundan kaçınılması önerildi. Özellikle ilk manevra sonrası fayda göstermeyen hastalara manevra sonrası 1 ay boyunca düşük doz betahistin tedavisi de ayrıca verildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan 347 hastanın 201'i kadın (%58), 146'sı erkek (%42) idi. Hastaların yaş ortalaması 51,2±3,1 yıl idi.

Benign paroksizmal pozisyonel vertigo tipleri değerlendirildiğinde, 189 hastada (%54,5) posterior semisirküler kanal, 121 hastada (%34,9) horizontal semisirküler kanal, 22 hastada (%6,3) anterior, 15 hastada (%4,3) çoklu kanal patolojisi saptandı (Grafik 1).



Grafik1.Hastaların kanal patolojilerinin dağılım oranları.

Bütün semisirküler kanal patolojisi tanısı konan hastalara Epley manevrası yapılmasının ardından posterior BPPV hastalarının %77'sinde, horizontal BPPV hastalarının %52'sinde, anterior BPPV hastalarının %46'sında Epley manevrası sonrası ilk yarım saatlik gözlemede şikayet ve nistagmus belirtilerinde gerileme kaydedildi. Ardından hastaların altta yatan kanal patolojilerine göre davranıldı ve horizontal kanal patolojisi olan 121 hastaya Barbekü manevrası, anterior kanal patolojisi olan 37 hastaya Semont manevrası yapıldı.

Toplam 219 hasta yapılan ilk manevradan fayda gördüklerini ifade etti. Bütün hastalara manevra sonrası uyarılar ile betahistin tedavisi verilmesinin ardından hastalar 1 hafta sonra kontrole çağrıldı.

Bir hafta sonraki kontrollerde ise; ilk manevrada gelişme kaydedilen 219 adet BPPV hastasının 13'ünde tekrar baş dönmesi şikayetlerinde şiddetlenme olduğunu belirtmesi üzerine yeniden Epley manevrası uygulandı. Bu hastalar yapılan ikinci manevradan da fayda gördü.

İlk manevra sırasında gelişme saptanmayan toplam 128 hastanın 71'inin medikal tedavi ve hareket kısıtlılığında fayda gördüğü saptandı. Spontan iyileşen hastalar ile manevradan fayda gören hastalar karşılaştırıldığında manevra

yapılmasının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

İlk manevradan fayda görmeyen ve şikayetleri gerilemeyen 57 hastanın 11'i ise ikinci manevradan fayda gördü (Tablo 1). Toplam 46 hasta medikal tedavilerinin ve boyunluk ile hareket kısıtlamalarının 1 aya tamamlanması planıyla kontrole çağrıldı. Tedaviden fayda görmeyen 46 hastanın patofizyolojisi araştırıldığında 13 hastanın mikst tip, 14 hastanın horizontal, 12 hastanın posterior ve 7 hastanın anterior semisirküler kanal patolojisine sahip olduğu görüldü. Dolayısıyla Epley manevrasının periferik baş dönmesi ile başvuran hastalarda ilk ve ikinci manevrada başarı sağlama oranı %86,74 olarak bulundu. Bu oran posterior semisirküler kanal patolojisine sahip hastalarda %93,65 iken, anterior kanal tutulumu olan hastalarda %68,18; horizontal kanal patolojisine sahip hastalarda %89,25 mikst tip olgularda ise başarı oranı ilk 2 haftada %13,33 olarak bulundu.

Epley manevrası sayesinde ilk 2 haftada patolojik kanal tutulumuna göre fayda sağlama oranları ve sayıları tabloda gösterilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1: Hastaların vertigo patolojilerinin ve manevradan fayda görme durumlarının dağılımı					
Patolojik Kanal Tutulumu	Posterior	Horizontal	Anterior	Mikst	Toplam
İlk Manevradan Fayda Gören Hasta Sayısı	146	63	10	0	219
Manevra yapılmadan hareket kısıtlaması ve medikal tedaviden fayda gören hasta sayısı	21	45	3	2	71
İkinci Manevradan Fayda Gören Hasta Sayısı	14	8	2	0	24
Manevradan Fayda Görmeyen Hasta Sayısı	12	14	7	13	46
Toplam Hasta Sayısı	189	121	22	15	347

TARTIŞMA

Baş dönmesi toplumun her kesimini ilgilendiren ve sıklıkla acil servise başvuru nedenlerinin toplam %2-3'ünü oluşturan bir şikayettir. Altmış yaş üzeri hastaların %30'unda, 85 yaşına doğru olan hastaların neredeyse yarısında denge-sizlik hissi ve baş dönmesi şikayeti ile karşılaşıldığı bildirilmiştir. [3,10] Buna neden olarak yaşla beraber kalsiyum karbonat kristallerinde azalma meydana gelerek otolit sayılarında ve hacimlerinde azalma görülmesi ve demineralizasyona yol açmaları gösterilebilir. Bu durumun otokonyaların membrandan koparak endolenf içinde serbest hareketine neden olmakta olduğuna inanılmaktadır. [11] Çalışmamıza katılan hasta grubunun yaş ortalaması ise 51,2±3,1 yıl olarak bulunmuş olup baş dönmesi şikayetiyle acil servise başvuran hastaların ortalama yaşlarından daha düşüktür. Bu durumun özellikle daha genç hastaların tanıyı araştırarak, uzman muayenesine yönelmelerinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Öte yandan geriatrik yaş grubundaki hastaların devlet hastaneleri tercih etme durumlarını göz önünde tutarak ileri çalışmalarda özel hastaneler ile devlet hastanelerine başvuran hasta popülasyonunun karşılaştırılmasının faydalı olabileceğini düşünmekteyiz.

Periferik baş dönmesi etyolojisinde ilk sırayı BPPV almaktadır. Bunun dışında otitis media, koleasteatomlu kronik otitis media, labirentit, vestibuler nörit, Meniere, labirent fistülü, labirent kontüzyonu, labirent iskemisi, periferik vestibulopatiler ve doğumsal iç kulak anomalileri de periferik baş dönmesine neden

olabilmektedir. Araştırmamızda daha önce kulak operasyonu geçirmiş veya herhangi bir kulak patolojisine sahip kişiler çalışma dışı bırakılarak özellikle BPPV şüphesi olan hastalar çalışmaya alınmıştır.

Hekimler açısından da baş dönmesi tanısını koymak oldukça zor olabilmektedir. Bu zorlu süreçte hekimler için en önemli nokta baş dönmesinin santral mi periferik mi olduğuna karar verebilmektir. Bu süreç içerisinde de hastalar hem vakit kaybı yaşamakta hem de farklı branş hekimlerine başvurmak zorunda kalabilmektedir. Baş dönmesi etyolojisini ayırt etmek amacıyla vestibüler testler kullanılabilir. Bu testlerden en basiti ENG'dir. Biz de çalışmamızda başdönmesi şikayeti ile başvuran hastalara ENG yaparak patolojiyi saptamaya çalıştık. Periferik tipte nistagmusun şiddeti hızlı faz yönüne bakıldığında artmakta, hızlı fazdan uzağa doğru bakıldığında ise azalmaktadır. Ayrıca vizüel fiksasyonla nistagmusun şiddeti ve hızı azalmaktadır.

Periferik baş dönmesi olan hastalar ayakta iken sıklıkla lezyon tarafına kayma gösterirken; santral baş dönmesi olan hastalar ayakta duramamaktadır. [12] Ayrıca; üst ekstremité kontrolü için; Quix testi (hastanın gözü açık ve kapalı şekilde klinisyenin işaret parmaklarını karşılıklı getirme esasına dayanmaktadır), dik duruş ve yürüme muayenesi, göz açık ve kapalı düz hatta adımlama testi, Romberg testi (hastanın gözleri kapalı ayakta durması istenirken sendeleme); alt ekstremité kontrolünde Unterberger testi (gözler kapalıyken eller karşıya uzanık vaziyette yerinde adımlama) testleri de santral ve periferik ayırımında önemli bir yer tutmaktadır. [11] Bu tetkiklerden özellikle Unterberger ve Romberg testi her hastaya yapılmış,

testin pozitif olması durumunda nöroloji polikliniğine yönlendirilerek hastalar çalışma dışında bırakılmıştır.

Benign paroksizmal pozisyonel vertigonun kadınlarda erkeklere oranla yaklaşık 3:1 oranında daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Özellikle 60 yaş üzerinde artan bir hastalık olması nedeniyle hormonal etkenler de suçlanmış ve BPPV oluşumuna katkıda bulunabileceği belirtilmiştir. Menopoz sırasında östrojen ve progesteron düşük, folikül uyarıcı hormon (FSH) ise yüksek seyretmektedir. Östrojen seviyelerinin düşük olması ile fluktuasyonlar göstermesi BPPV yatınlığını arttırabileceği belirtilmiştir. Erkeklerde ileri yaş döneminde testosteron ve östrojen seviyeleri de düşmeye başlamakta; ancak kadınlardaki kadar hızlı olmamaktadır.^[13] Östrojenin etkilerinin ve iç kulakta özellikle de kokleada yer alan reseptörlerinin etkilenmesi ile endolenfin iyonik homeostazi etkilenebileceği belirtilmiştir.^[14] Östrojenin ani düşüş veya yükselişlerinin nörosensoryal etkisinin de olacağı ve BPPV'ye zemin hazırlayabileceği belirtilmiştir.^[13] Çalışmamızda kadın erkek dağılımı karşılaştırıldığında baş dönmesi olan kadın hastaların erkek hastalara oranı 1.4:1 olarak görülmüştür. Bu oranın literatürde belirtilen oranın altında olmasının çalışmamızın yaş ortalamasının 51,2±3,1 olmasından dolayı postmenapozal hastaların azlığından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Benign paroksizmal pozisyonel vertigo sıklıkla posterior semisirküler kanalı tutmaktadır. Literatürde bu oran %90 oranında bulunmuştur.^[3] Bizim çalışmamızda ise bu oran %54,5 olarak bulunmuştur. Posterior kanal patolojilerinin tedavisi Epley manevrasıdır. Epley manevrasının özellikle posterior kanal patolojilerinde %89'lara varan başarılı sonuçları bildirilmiştir.^[6] Kısa sürede 1-3 manevra tekrarı ile bu oranın %91'e; günde iki kez yapılması ile uzun dönemde %100'lere varan başarı oranı bildirilmiştir.^[8] Bizim çalışmamızda da iki kez yapılan manevra ile hareket kısıtlama ve betahistin tedavisinin başarı oranı %86,74 olarak bulunmuştur. Bu manevradan fayda görmeyen hastalarda membranöz kanalda olabilecek tıkanıklıklar, kupulolitiazis teorisi, semisirküler kanal anatomisinde varyasyon olabileceği düşünülmüştür.^[15] Karkos ve arkadaşları da Epley manevrasının etkili olmadığı durumlarda Semont manevrasını, onun da etkili olmadığı durumlarda Brandt-Daroff alıştırmaya egzersizlerini önermiştir.^[16] Semont manevrasının rekürrense yol açtığı; öte yandan Epley manevrasının 1 hafta içerisinde başdönmesi ve nistagmus şikayetlerini geriletliğini belirten yayımlar da bulunmaktadır.^[17] Barbekü manevrasının %92-93 oranında horizontal kanal patolojilerinde başarılı oldukları gösterilmiştir.^[18] Hastaların 1 yıl takip edildiği bir yayında manevra sonrası %91 hastanın başarılı bir şekilde tedavi edildikleri gösterilmiştir.^[19] Çalışmamızda ilk olarak Epley manevrası tüm hastalara yapılmış; ardından posterior kanal dışında diğer kanal tutulumları gösteren bireylere etyolojisine yönelik manevralar uygulanmıştır. Posterior kanal patolojisi saptanan hastaların Epley Manevrasından fayda görme

oranı %93,65; anterior kanal patolojisine sahip olan hastaların fayda görme oranı %68,18; horizontal kanal tutulumu olan hastaların oranı %89,25 olarak saptanmıştır. Öte yandan bu oranın 6 ay sonunda düştüğünü gösteren ve plaseboyla bir farklılığının olmadığını belirten yayımlar da bulunmaktadır.^[20] Ancak çalışmamızda ilk manevradan fayda görmeyip hareket kısıtlılığı, istirahat ve medikal tedavi verilen 71 hasta (%20,46) mevcut olup bu hastalar ile manevradan fayda gören hastalar karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık görülmüştür (p<0.05). Çalışmamızda manevralardan fayda görmeyen 46 hastanın etyolojisine bakıldığında 12 hastada posterior, 7 hastada anterior, 14 hastada horizontal ve 13 hastada ise mikst tip kanal patolojisi olduğu görülmüştür.

Manevralar hasta iyileşene kadar yapılabilmektedir. Tedavide ilaçların yeri olmadığı belirtilmekte; alta yatan patolojiye yönelik manevra ve egzersizlerin faydalı olduğu bildirilmektedir. Hastanın şikayetlerinin manevra sonrası devam etmesi veya tekrarlaması; hastaya Brandt-Daroff egzersizleri gibi inhibisyon amacıyla alıştırmaya egzersizi olarak kullanılabilir. Bu manevralar hastaların evde de kendileri tarafından uygulanabilmesi nedeniyle sıklıkla tercih edilmektedir.^[21] Brandt-Daroff egzersizleri ile 1-2 hafta içerisinde %98'e varan yüksek iyileşme oranları bildirilse de bu oranının %23 gibi düşük seviyelerde olduğunu belirten araştırmalar da bulunmaktadır. Başarı oranındaki bu uyumsuzluktan dolayı ilk olarak manevra yapılmasının ardından iki gün baş dönmesi olmayan hastalara iki hafta boyunca evde egzersiz yapılması önerilmiştir.^[22] Bizim çalışmamızda kanal patolojisine sahip olan hastalarda manevra sonrası hareket kısıtlaması, sünger boyunluk, istirahat gibi önlemler ile beraber özellikle ilk manevradan fayda görmemişse Brandt-Daroff egzersizleri önerilmiştir.

Benign paroksizmal pozisyonel vertigo tedavisinde antikolinergik, benzodiazepin, antihistaminik gibi vestibüler baskılayıcı ilaçların önerilmediği bilinmektedir.^[21] Ancak şikayetlerin kısa süreli iyileşmesinde, semptomatik olarak kullanılabilir.^[22] Özellikle manevra sonrası şikayetlerin devam ettiği hastalarda medikal tedavinin verilebileceği belirtilmiştir.^[6] Düşük doz betahistin tedavisi ile beraber yapılan alıştırmaya egzersizlerinin yüksek doz betahistin tedavisi kadar etkili oldukları gösterilmiştir.^[23] Biz de çalışmamızda özellikle ilk yapılan manevradan fayda görmeyen hastalarda yüksek doz betahistin tedavisi ile birlikte Brandt-Daroff egzersizlerini önerdik.

Manevradan fayda görmeyen baş dönmelerinde cerrahi yöntemlere başvurulabilmektedir. Bu yöntemler arasında mastoidektomi ile posterior semisirküler kanalın fenestre edilmesi veya vestibüler nörektomi yer alabilmektedir.^[24] Çalışmamızda hiçbir hastamızda cerrahi müdahaleye ihtiyaç duyulmadı.

SONUÇ

Baş dönmesi şikayetleri yaşam kalitesini düşürmekte, günlük aktiviteleri sınırlamakta ve kişinin psikolojisini olumsuz etkilemektedir. Özellikle periferik baş dönmesinin en sık görülen nedeni BPPV'dir. En sık görülen BPPV tipinin posterior sernisirküler kanal tutulumu olduğu bilinmekte ve tedavisinde Epley manevrası kullanılmaktadır. Epley manevrası, basit, güvenli, hızlı ve etkilidir. Gerek ikinci basamak gerekse de ilk basamakta görev yapan hekimlerin bu manevra hakkında bilgi ve tecrübesinin olması baş dönmesi olan hastaları bir sonraki basamağa gidene kadar rahatlatacak, hatta tanı konmasını kolaylaştıracaktır. Sadece Epley manevrasının bir kez bile yapılmasının %77,25 oranında başarılı olduğu göz önünde bulundurulacak olursa özellikle Epley manevrası uygulanmasının, hastaların ikinci bir sağlık kuruluşuna başvurmadan önceki süreçteki yaşam kalitelerini artıracığını; hastaların gereksiz yere farklı hekimlerle ve branşlara başvurmalarının önüne geçeceğini ve 1 hafta içerisinde sıklıkla düzelmeye sağlayarak iş gücü kaybının da önüne geçileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Young P, Castillo-Bustamante M, Almiron CJ, Bruetman JE, Finn BC, Ricardo MA ve ark. Approach to patients with vertigo. *Medicina B Aires*. 2018;78(6):410-416
2. Sahin E, Deveci I, Dinc ME, Ozker BY, Bicer C, Erel O. Oxidative Status in Patients with Benign Paroxysmal Positional Vertigo. *J Int Adv Otol*. 2018;14(2):299-303.
3. Vugt VA, Nerio PMD; Wounden JC, Horst HE, Maarsingh OR. Use of canalith repositioning manoeuvres and vestibular rehabilitation: a GP survey. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2017; 35(1): 19-26.
4. Álvarez-Morujó de Sande MG, González-Aguado R, Guerra-Jiménez G, Domènech-Vadillo E, Galera-Ruiz H, Figuerola-Massana E, Ramos-Macías Á, Morales-Angulo C, Martín-Mateos AJ, Domínguez-Durán E. Probable benign paroxysmal positional vertigo, spontaneously resolved: Incidence in medical practice, patients' characteristics and the natural course. *J Otol*. 2019;14(3):111-116
5. Colin L, Driscoll W, Douglas Green Jr. Denge Testleri. In: Bailey BJ, Johnson J, ed. Baş ve Boyun Cerrahisi Otolarengoloji. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2011. p.1917-1927.
6. Balatsouras DG, Koukoutsis G, Fassolis A, Moukos A, Apris A. Benign paroxysmal positional vertigo in the elderly current insights. *Clin Interv Aging*. 2018; 13: 2251–2266
7. Bruintjes TD, Companjen J, van der Zaag-Loonen HJ, van Benthem PP. A randomised sham-controlled trial to assess the long-term effect of the Epley manoeuvre for treatment of posterior canal benign paroxysmal positional vertigo. *Clin Otolaryngol*. 2014;39(01):39–44.
8. Wang YH, Chan CY, Liu QH. Benign paroxysmal positional vertigo - recommendations for treatment in primary care. *There Clin Risk Management*. 2019; 11(15):719-25
9. Ceryan K, Şerbetçioğlu MB. Baş Dönmesi Olan Hastada Öykü Muayene ve Tanı. In: Celik O, ed. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi. İzmir: META basım matbaacılık; 2007. p. 36-63.
10. Jonsson R, Sixt E, Landahl S, Rosenhall U. Prevalence of dizziness and vertigo in an urban elderly population. *J Vestib Res*. 2004;14:47–52.
11. Andrade LR, Lins U, Farina M, Kachar B, Thalmann R. Immunogold TEM of otoconin 90 and otolin: relevance to mineralization of otoconia, and pathogenesis of benign positional vertigo. *Hear Res*. 2012;292(1–2):14–25.
12. Ozluoglu L, Tarhan E. Periferik Vertigo Nedenleri. In: Koç Can, ed. Kulak Burun Boğaz Hastalıkları ve Baş Boyun Cerrahisi. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2013. p.307-315.
13. Ogun OA, Buki B, Cohn ES, Janky KL, Lundberg YW. Menopause and benign paroxysmal positional vertigo. *Menopause*. 2014;21(8):886-9.
14. Chen J, Nathans J. Estrogen-related receptor beta/NR3B2 controls epithelial cell fate and endolymph production by the stria vascularis. *Dev Cell*. 2007 Sep;13(3):325–37.
15. Cohen HS, Kimball KT. Treatment variations on the Epley maneuver for benign paroxysmal positional vertigo. *Am J Otolaryngol* 2004 Jan-Feb;25(1):33-7.
16. Karkos PD, Leong SC, Papouliakos SM, Korres SG, Thong JF. Semont's maneuver in BPPV: a forgotten technique. *Clin Otolaryngol* 2006 Oct;31(5):464-5.
17. Lee JD, Shim DB, Park H, Song CI, Kim MB, Kim CH, Byun JY, Hong SK, Kim TS, Park KH, Seo JH, Shim BS, Lee JH, Jeon EJ. A

- multicenter randomized double-blind study: comparison of the Epley, Semont, and sham maneuvers for the treatment of posterior canal benign paroxysmal positional vertigo. *Audiol Neurotol.* 2014;19(05):336–341
18. Prokopakis E, Vlastos IM, Tsagournisakis M, Christodoulou P, Kawauchi H, Velegrakis G. Canalith repositioning procedures among 965 patients with benign paroxysmal positional vertigo. *Audiol Neurotol.* 2013;18(02):83–88.
 19. Rodrigues DL, Ledesma ALL, de Oliveira CAP, Junior FB. Physical Therapy for Posterior and Horizontal Canal Benign Paroxysmal Positional Vertigo: Long-term Effect and Recurrence: A Systematic Review. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2018 Oct; 22(4): 455–459.
 20. Asawavichianginda S, Isipradit P, Snidvongs K, Supiyaphun P. Canalith repositioning for benign paroxysmal positional vertigo: a randomized, controlled trial. *Ear Nose Throat J.* 2000;79(9): 732-4, 736-737.
 21. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kashlan H, Fife T, Holmberg JM, Mahoney K, Hollingsworth DB, Roberts R, Seidman MD, Steiner RW, Do BT, Voelker CC, Waguespack RW, Corrigan MD . Clinical Practice Guideline: benign paroxysmal positional vertigo (update). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017;156(3 Suppl):S1–S47
 22. Parham K, Kuchel GA. A geriatric perspective on benign paroxysmal positional vertigo. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(2):378–385.
 23. Wan TJ, Yu YC, Zhao XG, Tang P, Gong YS. Efficacy of betahistine plus cognitive behavioral therapy on residual dizziness after successful canalith repositioning procedure for benign paroxysmal positional vertigo. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2018;5(14):2965-71.
 24. Johnson J, Lalwani AK. Vestibular Disorders. In Lalwani AK, ed. *Current Diagnosis And Treatment In Otolaryngology Head And Neck Surgery.* USA: McGraw-Hill; 2012. p.729-32.



Original Research / Özgün Araştırma

Determining The Perspectives of Non-governmental Organizations on Child Labour and Children's Rights

Sivil Toplum Örgütlerinin Çocuk İşçiliğinde Çocuk Haklarına Yönelik Bakış Açılarının Belirlenmesi

Emel Demir^{*1}, Erhan Yengil²

ABSTRACT

Introduction: Child labour is a global issue including employers, families and children and involves multidisciplinary solutions. The aim of the study is to determine the relationship between the children rights and the point of view of non-governmental organization (NGO) workers on child labour. **Material and Method:** This prospective descriptive research study is accomplished in 4 months and carried out in 5 cities interviewing with 358 NGO workers cooperating with the UN International Children's Emergency Fund (UNICEF) and Confederation of Turkish Tradesmen (TESK). Sociodemographic information form, child labour survey questions and Child Rights Attitude Scale (ÇHTO) were used. Chi-square, Kolmogorov-Smirnov, Students's t-test, One Way ANOVA were used for data analysis and post-hoc LSD tests for advanced analysis. **Results:** Being an administrator, having education at university level, 11 years and more work experience increase the awareness of the employees of NGO's on child labour. The perspectives of employees on child labour were affected depending on gender, job position, work experience, age, education and place of residence. Their responsibility on children's rights was affected by male gender, university level education, being a manager, 26-35 age range and provinces. The data on the children rights education reveals that administrators and workers with bachelor degree participates more in to child rights related trainings. The mean ÇHTO score was found to be 33.79 ± 10.65 for the employees of NGO's and 36.43 ± 12.25 for leaders. Participants' attitudes on children's rights were affected in positive manner by being woman, 26-35 years of age, university graduation and residing in Adana province considering regionally. **Conclusion:** Socio-demographic characteristics, regional variations and training background of employees affect the NGO's workers' child rights attitude on child labour issues.

Keywords: Non-governmental Organizations, Child Labour, Child Rights, Pediatric Nursing, UNICEF

ÖZET

Giriş: Çocuk işçiliği, işveren, aile ve çocukları kapsayan küresel bir sorundur ve multidisipliner çözümler içerir. Araştırmanın amacı sivil toplum örgütü çalışanlarının, çocuk işçiliğine yönelik bakış açılarının, çocuk hakları ile ilişkisini belirlemektir. **Gereç ve Yöntem:** Prospektif tanımlayıcı tipte yapılan araştırma, 4 ayda tamamlanmıştır. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Esnaf ve Sanatkarlar Konfederasyonu (TESK) işbirliği ile, 5 ilde 358 sivil toplum çalışanı ile yapılmıştır. Sosyodemografik bilgi formu, çocuk işçiliği anket soruları ve Çocuk Hakları Tutum Ölçeği (ÇHTÖ) kullanılmıştır. Veri analizi için SPSS programında ki-kare, Kolmogorov-Smirnov, Students's t-testi, OneWay ANOVA, ileri analizde post-hoc LSD testleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Yönetici olmak, üniversite düzeyinde eğitim almak, 11 yıl ve üzerinde iş tecrübesine sahip olmak sivil toplum örgütleri çalışanlarının çocuk işçiliği farkındalık düzeylerini arttırmaktadır. Cinsiyet, iş pozisyonu, iş tecrübesi, yaş, eğitim ve ikamet edilen iller çalışanların çocuk işçiliğine yönelik bakış açılarını etkilemektedir. Erkek cinsiyet, üniversite düzeyinde eğitim, yönetici olmak, 26-35 yaş aralığı, iller gibi faktörler çocuk haklarının yaygınlaştırılmasında sorumluluk almayı etkilemektedir. Veriler çocuk haklarıyla ilgili eğitimlere, üniversite düzeyinde eğitim sahibi olanların ve yöneticilerin daha fazla katıldığını göstermektedir. Bu araştırmada sivil toplum örgütleri çalışanlarının ÇHTÖ puan ortalaması 33.79 ± 10.65 , liderlerin puan ortalaması 36.43 ± 12.25 olarak bulunmuştur. Kadın olmak, 26-35 yaş aralığında olmak, üniversite mezunu olmak, sivil toplum örgütlerinin bölgesel olarak Adana ili katılımcıların çocuk hakları tutumlarını pozitif yönde etkilemektedir. **Sonuç:** Çocuk işçiliğinde, sosyodemografik özellikler, bölgesel farklılıklar ve çalışanların aldıkları eğitimler sivil toplum örgütleri çalışanlarının çocuk hakları tutumlarını etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Sivil Toplum Örgütleri, Çocuk İşçiliği, Çocuk Hakları, Çocuk Hemşireliği, UNICEF

Received date / Geliş tarihi: 21.08.2019, Accepted date / Kabul tarihi: 19.01.2020

¹ Hatay Mustafa Kemal University, Hatay Health School, Department of Pediatrics Nursing, HATAY-TÜRKİYE.

² Hatay Mustafa Kemal University, Tayfur Ata Sökmen Faculty of Medicine, Department of Family Practice, HATAY-TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Emel Demir, Hatay Mustafa Kemal University, Hatay Health School, Department of Pediatrics Nursing, HATAY-TÜRKİYE.

E-mail: emeltekoz@hotmail.com

Demir E, Yengil E. Sivil Toplum Örgütlerinin Çocuk İşçiliğinde Çocuk Haklarına Yönelik Bakış Açılarının Belirlenmesi. TJFMPC, 2020;14(1): 131-140.

DOI: 10.21763/tjfm.693159

GİRİŞ

Çocuk işçiliği dünyada halen bir toplum sağlığı problemi olarak devam etmektedir.^{1,2,3,4}Dünyada 5-17 yaş çalışan çocuk nüfusu 218 milyondur. Bu nüfusun 15-17 yaş grubunu içine alan 73 milyon çocuk işçi sağlık, güvenlik ve ahlaki gelişimlerini doğrudan tehlikeye atan, tehlikeli işlerde çalıştırılmaktadır. Çocuk işçilerin %71'i tarım sektörü olmak üzere, %17'si hizmet, %12'si ağır çalışma koşulları içeren madencilik ve sanayi sektöründe yer almaktadır. Afrika'da her 5 çocuktan biri, Arap ülkelerinde 35 çocuktan biri, Avrupa'da 25 çocuktan biri, Asya ülkelerinde ve Amerika'da 14 çocuktan biri çocuk işçi olarak çalıştırılmaktadır.⁵

Türkiye'de 6-17 yaş grubunda 893 bin çocuk işçi bulunmaktadır. Türkiye'de çalışan çocukların %44.7'si tarımda, %31'i hizmet sektöründe ve %24.3'ü sanayide çalışmaktadır.⁶Türkiye'de 15-17 yaş grubundaki her beş çocuktan biri çalışmakta, işgücüne katılma oranı %21.1 olarak verilmektedir.⁷ Türkiye'de hala okul çağındaki çocukların yarısından fazlası, geçmiş yıllara oranla artarak işgücüne katılmaya devam etmektedir.⁸ Çocuk işçiliği üzerine yapılan araştırmalar çocukların büyüme ve gelişmesinin negatif etkilendiğine dikkati çekmektedir.^{2,9,10}Araştırmalar çalışan çocukların fiziksel sağlığına, çocuk işçiliğinin çocuk üzerindeki olumsuz psikolojik etkilerine ve eğitimlerinde aksamalara yol açtıklarını ortaya koymaktadır.^{2,11,12} Sosyal, ekonomik ve kültürel faktörleri içeren çocuk işçiliği dinamiğini, başta çocuklar olmak üzere, ebeveynler ve işverenler oluşturmaktadır.^{2,13,14} Çocuk işçilerin çalıştığı hizmet ve sanayi sektörü işveren olarak sivil toplum örgütlerinin yönetiminde yer almaktadır ve sivil toplum örgütlerine çocuk işçiliği konusunda yasal yaptırım ve dayanaklar sunmaktadır (ILO'nun 138 Sayılı Asgari Yaş Sözleşmesi, ILO'nun 182 Sayılı Sözleşme, 507 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar Kanununun madde 2).¹⁵

Çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmesini vurgulayan çocuk hakları, çocuk işçiliği içinde geniş bir yer bulmaktadır. Çocuk işçilerin, sağlıklı büyüme ortamının ihlal edilmesi artan derecede, uluslararası endişe yaratan bir konudur.^{10,16}Yetişkin yaşına henüz erişmeyen, temel eğitim almamış çocuk nüfusunun istihdamı insan hakları, çocuk hakları ve pozitif hukuka aykırılık göstermesine rağmen yasal dayanaklar, çocukların fiziksel, zihinsel, sosyal ve psikolojik gelişimlerini en az düzeyde etkileyecek ortamlarda çalışmasına izin vermektedir.^{15,17}Uluslararası örgütler ve yerel sivil toplum örgütleri, ILO, UNICEF, UNESCO, AB, multidisipliner çalışmalara, uzun dönemli ve kapsamlı çalışmalara işaret etmektedir.⁴Bu bağlamda multidisipliner bir toplum sağlığı problemi olarak, çocuk işçiliğinde sivil toplum örgütlerinin bilgi ve tutumlarını belirleyecek araştırmalara gereksinim duyulmaktadır. Çocuk işçiliğinin farklı boyutlarıyla, kaliteli çalışmalar yapabilmek için, sağlık bakım

profesyonellerinin bu konuda söz sahibi olan meslek üyeleriyle çalışması, multidisipliner yaklaşımın temelini oluşturmaktadır.^{1,11}Çocukların sağlık ve eğitimini etkilemeden, çocuk haklarını gözetken, çocuk işçiliğinde yapılacak düzenlemeler nispeten pozitif bir yaklaşım sayılabilir.^{10,14}Sivil toplum örgütlerinin pozitif yaklaşım içeren çocuk işçiliğine yönelik bilgi ve tutumları, çocukların iş koşullarını iyileştirmede belirleyici bir rol oynayabilir. Bu nedenle öncelikle, sivil toplum örgütleri liderlerinin çocuk işçiliği, çocuk hakları konusunda bakış açılarının ortaya koyan çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir. Bu alanda yapılacak araştırma sonuçları, eksik ya da hatalı olarak tespit edilecek alanlarda çözüm üretmeye rehber olabilir. Araştırma sivil toplum örgütü çalışanlarının çocuk işçiliğine yönelik bakış açılarının çocuk hakları ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi, Zamanı ve Yeri

Araştırma prospektif tanımlayıcı bir araştırmadır. Araştırma Mart-Haziran 2018 tarihleri arasında 4 ayda yapılmıştır.

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) Çocuk Hakları ve İş İlkeleri Programı kapsamında Türkiye Esnaf ve Sanatkarlar Konfederasyonu (TESK) işbirliği ile çocuk işçiliği konusunda işverenlerin bilgilendirilmesi amacıyla program 10 ilde (Ankara, Adana, Gaziantep, Hatay, İzmir, Malatya, Manisa, Mersin, Ordu ve Şanlıurfa) 1500 çalışan ve yöneticiyi kapsamaktadır. Araştırma örneklemi proje evreninden, büyükşehir olma özelliğine sahip 5 ilden 3'ü, katılımcı yoğunluğu ve daha yakın mesafede bulunması özellikleri dikkate alınarak belirlenmiştir. Örneklemi 5 ilde (Adana, Mersin, Ordu, Manisa, Ankara) toplam 358 kişi oluşturmuştur. Araştırma proje kapsamında davet edilerek toplantıya katılım sağlayan, gönüllü sivil toplum örgütü liderleri ve çalışanlarıyla yapılmıştır. 358 katılımcı sosyodemografik bilgi formu ve çocuk işçiliği anket sorularını cevaplarken, 275 katılımcı Çocuk Hakları Tutum Ölçeğine yanıt vermiştir.

Veri Toplama Araçları

Katılımcılara sosyodemografik bilgi formu (7 soru), Çocuk işçiliği anket soruları (17 soru), Çocuk Hakları Tutum Ölçeği uygulanmıştır.

Çocuk İşçiliği Anket Soruları

Çocuk işçiliği anket soruları literatürde kullanılan anket sorularından alınmıştır.¹⁸Anket katılımcıların çocuk işçiliğine bakış açılarını ölçmeye yönelik 17 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların "Evet", "Hayır" "Fikrim yok" seçeneklerinden biri cevap olarak kabul edilmiştir. Anketteki 1-6 arasındaki sorular

katılımcıların çocuk işçiliğinde, çocuk hakları farkındalık düzeylerini ölçmeye yönelik sorulardan, 7-12 arasındaki sorular çocuk işçiliğine bakış açılarını ölçmeye yönelik sorulardan, 13-15 arasındaki sorular çocuk haklarının yaygınlaştırılması ve 16-17 arasındaki sorular katılımcıların bu konuda daha önceki faaliyetleri hakkında bilgilerini ölçen sorulardan oluşmaktadır.

Çocuk Haklarına İlişkin Tutum Ölçeği

Çocuk Haklarına İlişkin Tutum Ölçeği (ÇHTÖ) Karaman Kepenekçi¹⁹ tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği yine Karaman Kepenekçi¹⁹ tarafından yapılmış, ölçek tek faktörlü, toplam korelasyon katsayıları 0.32-0.61 arasında değişen ve Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0.85, yarı test güvenilirlik katsayısı 0.77 olarak bildirilmiştir. Ölçek katılımcıların çocuk haklarına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan 22 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipinde cevaplar “Tamamen Katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Kararsızım”, “Katılmıyorum” ve “Tamamen Katılmıyorum” seçeneklerini içerir. Puanlama 1, 2, 3, 4, ve 5 şeklinde olup, ölçekten alınan puanın yüksek olması olumsuz tutumu göstermektedir. Ölçek sorularının 19’u olumlu, 3’ü olumsuz ifadeler olup 2., 14. ve 15. maddeler ters puanlanmaktadır, toplam skor 22-110 arasındadır.

Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel değerlendirmeler için SPSS for Windows 22.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki ki-kare testi ile değerlendirildi. Sürekli

değişkenler normal dağılım yönünden Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. Normal dağılım varsayımlarını sağladığı için iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında Students’s t-testi; ikiden fazla gruba ait ortalamaların karşılaştırılmasında OneWay ANOVA testi ve sonrasında post-hoc için varyanslar homojen olduğundan LSD testi kullanılmıştır. Tüm istatistiksel veriler için $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın, etik kurul izni Mustafa Kemal Üniversitesi’nden (2018/03) alınmıştır ve katılımcılardan sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma 5 ildeki örneklem ile sınırlıdır, ulusal ve uluslararası genellemelerde bu veriler ön veri niteliğinde kullanılabilir. Ayrıca tüm katılımcılar bütün soruları cevaplamamıştır.

Finansal destek

Bu araştırma Türkiye Esnaf Sanatkarlar Konfederasyonu (TESK) ve UNICEF tarafından desteklenmiştir.

BULGULAR

Araştırmanın sosyo-demografik verileri Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1. Sosyo-demografik veriler

Gruplar (n)	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet (358)	Erkek	71.8
	Kadın	28.2
İş (358)	Başkan	45.8
	Çalışan	54.2
Tecrübe (358)	0-5 yıl	19.3
	6-10 yıl	13.7
	11+yıl	67.0
Yaş (358)	18-25 yaş	3.9
	26-35 yaş	17.0
	36-45 yaş	35.5
	46-56 yaş	43.6
İller (358)	Adana	15.1
	Mersin	32.1
	Manisa	20.4
	Ordu	16.5
	Ankara	15.9
Eğitim durumu (358)	İlköğretim	22.3
	Lise	38.8
	Üniversite	38.8

Katılımcıların 1-6 arasındaki sorulara verdiği cevaplar, çocuk işçiliğinde çocuk hakları farkındalık düzeylerini ölçmeye yöneliktir. “Bölgenizde en kötü şartlardaki çocuk işçiliğinin biçimi ve çocuk haklarının neler olduğu konusunda bilginiz var mı?” sorusuna cinsiyet, yaş, iş tecrübesi, işteki pozisyonu ve illere göre istatistiksel olarak benzer yanıtlar verilmiştir (p>0.05). Eğitim durumuna göre ilköğretim mezunu katılımcıların %22.1’i (47), lise mezunlarının %32.4’ü (69), üniversite mezunlarının %45.5’i (97) “Evet” yanıtını vermiştir, üniversite mezunları lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.012).

“Türkiye’de çocuk işçiliğiyle ilgili 4857 sayılı iş kanununda çocukların çalışma koşulları, işverenin ve devletin yükümlülükleri ve ilgili yönetmelikleri hakkındabilginiz var mı?” sorusuna cinsiyet, yaş, iş tecrübesi ve illere göre benzer yanıtlar verilmiştir (p>0.05). İş pozisyonunda yöneticilerin %48.7’si (76), çalışanların %51.3’ü (80) “Evet” yanıtını vermiştir, aradaki yöneticiler lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.025). Eğitim durumuna göre ilk öğretim mezunu katılımcıların %22.4’ü (35), lisede %25’i (39), üniversite mezunlarının %52.6’sı (82) “Evet” yanıtını vermiştir (p<0.001).

“Bölgenizde çocuk işçiliğinin en yoğun olduğu sektörler konusunda bilginiz var mı?” sorusuna cinsiyet, yaş ve işteki pozisyonuna göre benzer yanıtlar verilmiştir (p>0.05). İş tecrübesine göre dağılım 0-5 yılda %14.8 (33), 6-10 yılda %12.6 (28), 11 yıl ve üzerinde %72.6 (162) “Evet” olarak belirlenmiştir, 11 yıl ve üzerinde çalışanlar lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.001).

Eğitim durumuna göre ilköğretim mezunu katılımcıların %20.2’si (45), lise mezunlarının %35.4’ü (79), üniversite mezunlarının %44.4’ü (99) “Evet” yanıtını vermiştir, üniversite mezunları lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.048). İllere göre “Evet” yanıtını verenlerin %10.8’i (24) Adana, %37.7’si Mersin (84), %22’si Manisa (49), %15.7’si Ordu (35), %13.9’u Ankara (31) katılımcılardır, Mersin’deki katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.005).

“Uluslararası çalışma örgütü ‘ilo’ nun ‘138’ ve ‘182’ nolu çocuk işçi çalıştırılmasıyla ilgili sözleşmeleri ile birleşmiş milletlerin ‘çocuk hakları sözleşmesi’ ve ‘çocuk hakları bildirgesi’ hakkında bilginiz var mı?” sorusuna cinsiyet, yaş, iş tecrübesi, işteki pozisyonu ve illere göre benzer yanıtlar verilmiştir (p>0.05).

Eğitim durumuna göre ilköğretim mezunu katılımcıların %22.2’si (24), lise mezunlarının %19.4’ü (21), üniversite mezunlarının %58.3’ü (63) “Evet” yanıtını vermiştir, üniversite mezunları lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.001).

“Türkiye’de çocuk işçiliğinin nedenleri olduğu hakkında bilgi sahibi misiniz?” sorusuna cinsiyet, yaş, iş tecrübesi, işteki pozisyonuna göre benzer yanıtlar verilmiştir (p>0.05). Eğitim durumuna göre ilköğretim mezunu katılımcıların %19.6’sı (47), lise mezunlarının %34.2’si (82), üniversite mezunlarının %46.3’ü (111) “Evet” yanıtını vermiştir, üniversite mezunları lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.001). İllere göre “Evet” yanıtını verenlerin %14.2’si (34) Adana, %37.5’i Mersin (90), %22.5’i Manisa (54), %11.3’ü Ordu (27), %14.6’sı Ankara (35) katılımcılardır, Mersin’deki katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.002).

“En kötü biçimlerdeki çocuk işçiliğinin nedenleri konusunda bilgi sahibi misiniz?” sorusuna cinsiyet, iş tecrübesi, işteki pozisyonuna göre benzer yanıtlar verilmiştir (p>0.05). Yaş dağılımına göre 18-25 yaş grubundakilerin %4.8’i (9), 26-35 yaş grubundakilerin %21.2’si (40), 36-45 yaş grubundakilerin %29.6’sı (56), 46-56 yaş grubundakilerin %44.4’ü (84) “Evet” yanıtını vermiştir, 46-56 yaş lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.01). Eğitim durumuna göre ilköğretim mezunu katılımcıların %21.2’si (40), lise mezunlarının %32.3’ü (61), üniversite mezunlarının %46.6’sı (88) “Evet” yanıtını vermiştir, üniversite mezunları lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.004). İllere göre “Evet” yanıtını verenlerin %15.9’u (30) Adana, %34.9’u Mersin (66), %21.2’si Manisa (40), %13.2’si Ordu (25), %14.8’i Ankara (28) katılımcılardır, Mersin’deki katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.018).

7-13 arasındaki sorular, katılımcıların çocuk işçiliği hakkında bakış açılarını ölçmeye yöneliktir. “Çocuklar okula gitmek yerine küçük yaşlarda çalışmaya başlayarak daha yararlı beceriler edinirler.” sorusuna yaş, eğitim ve illere göre benzer yanıtlar verilmiştir (p>0.05). Cinsiyete göre erkeklerin %86.2’si (50), kadınların %13.8’i (8) “Evet” yanıtını vermiştir, erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.024). İş pozisyonuna göre yöneticilerin %63.8’i (37), çalışanların %36.2’si (21) “Evet” yanıtını vermiştir, yöneticiler lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.004). İş tecrübesine göre dağılıma göre, 0-5 yıl arası tecrübesi olanların %13.8’i (8), 6-10 yıl grubunun %10.3’ü (6), 11 yıl ve üzerinde tecrübesi olanların %75.9’u (44) “Evet” yanıtını vermiştir, 11 yıl ve üzerinde çalışanlar lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.045).

“15 yaşından küçük çocuklar hafif ev işleri dışında hiçbir şekilde çalıştırılmamalıdır.” sorusuna cinsiyet, yaş, iş tecrübesi, işteki pozisyonu ve illere göre benzer yanıtlar verilmiştir (p>0.05). Eğitim durumuna göre ilköğretim mezunu katılımcıların %22.4’ü (57), lise mezunlarının %43.3’ü (110), üniversite mezunlarının %34.3’ü (87) “Evet” yanıtını vermiştir, lise mezunları lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0.019).

“Erken yaşlarda çalışmaya başlayan çocuk hayatı daha iyi öğrenir.” Sorusuna iş tecrübesi, işteki pozisyonu ve illere göre benzer yanıtlar verilmiştir ($p>0.05$). Cinsiyete göre erkeklerin %80.1’i (117), kadınların %19.9’u (29) “Evet” yanıtını vermiştir, erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.009$). Yaş dağılımına göre 18-25 yaş %2.1’i (3), 26-35 yaşın %15.1’i (22), 36-45 yaşın %29.5’i (43), 46-56 yaşın %53.4’ü (78) “Evet” yanıtını vermiştir, 46-56 yaş lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.028$). Eğitim durumuna göre ilköğretim mezunu katılımcıların %32.2’si (47), lise mezunlarının %40.4’ü (59), üniversite mezunlarının %27.4’ü (40) “Evet” yanıtını vermiştir, lise mezunları lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

“Ben küçük yaşlarda çalışıyordum, o da çalışmalı.” Sorusuna cinsiyet, yaş, iş tecrübesi, eğitim ve illere göre benzer yanıtlar verilmiştir ($p>0.05$). İş pozisyonuna göre yöneticilerin %59.7’si (40), çalışanların %40.3’ü (27) “Evet” yanıtını vermiştir, yöneticiler lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.033$).

“Sokakta çalışan çocuğun okuldaki başarısı düşer, fiziksel ve zihinsel gelişimi olumsuz etkilenir. bu da çocuğun gelecekteki hayatını riske sokar.” Sorusuna cinsiyet, yaş, iş tecrübesi ve eğitim durumuna göre benzer yanıtlar verilmiştir ($p>0.05$). İş pozisyonunda yöneticilerin %42.9’u (123), çalışanların %57.1’i (164) “Evet” yanıtını vermiştir, yöneticiler lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.052$). İllere göre “Evet” yanıtını verenlerin %13.2’si (38) Adana, %35.2’si Mersin (101), %20.9’u Manisa (60), %15.7’si Ordu (45), %15’i Ankara’daki (43) katılımcılardır, Mersin’deki katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.003$).

Çocuk işçiliği anketi “Ağaç yaşken eğilir, meslek erken yaşlarda öğrenilir.” Sorusuna cinsiyet, yaş, eğitim, işteki pozisyonu ve illere göre benzer yanıtlar verilmiştir ($p>0.05$). İş tecrübesine göre dağılım 0-5 yılda %16.7 (38), 6-10 yılda %13.2 (30), 11 yıl ve üzerinde %70 (159) “Evet” olarak belirlenmiştir, 11 yıl ve üzerinde çalışanlar lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.027$).

“Çocuk işçiliği ve hakları konusunda toplumsal duyarlılığı arttırmak için; gazetelerde, dergilerde ve internet ortamında çeşitli bilgilendirici yazılar bulunmalı.” Sorusuna yaş, iş tecrübesi, işteki pozisyonuna göre benzer yanıtlar verilmiştir ($p>0.05$). Cinsiyete göre erkeklerin %70.3’ü (239), kadınların %29.7’si (101) “Evet” yanıtını vermiştir, erkekler lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.024$). İllere göre “Evet” yanıtını verenlerin %15’i (51) Adana, %32.9’u Mersin (112), %20.9’u Manisa (71), %15.3’ü Ordu (52), %15.9’u Ankara’daki (54) katılımcılardır, Mersin’deki katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.006$). Eğitim durumuna göre ilköğretim mezunu katılımcıların %21.5’i (73), lise mezunlarının %38.2’si (130), üniversite mezunlarının %40.3’ü (137)

“Evet” yanıtını vermiştir, üniversite mezunları lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.005$).

Katılımcıların 14-15 arasındaki sorulara verdiği cevaplar çocuk haklarının yaygınlaştırılmasına yöneliktir. “Türkiye’deki çocuk işçiliği ve hakları konusunda farkındalığının artırılmasını, toplumsal bir vatandaşlık görevi olarak görüyorum, bunun için kendimi sorumlu hissediyorum.” sorusuna cinsiyet, yaş, iş tecrübesi, işteki pozisyonu ve eğitim durumuna göre benzer yanıtlar verilmiştir ($p>0.05$). İllere göre “Evet” yanıtını verenlerin %15.8’i (53) Adana, %34.3’ü Mersin (115), %20.3’ü Manisa (47), %14’ü Ordu (47), %15.5’i Ankara’daki (52) katılımcılardır, Mersin’deki katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.001$).

“Çocuk işçiliği ve hakları konusunda toplumu bilgilendirici seminerler ve eğitimler yaygınlaştırılmalıdır.” sorusuna cinsiyet, yaş, iş tecrübesi ve işteki pozisyonuna göre benzer yanıtlar verilmiştir ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre ilköğretim mezunu katılımcıların %21.3’ü (73), lise mezunlarının %39.1’i (134), üniversite mezunlarının %39.7’si (136) “Evet” yanıtını vermiştir, üniversite mezunları lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.022$). İllere göre “Evet” yanıtını verenlerin %15.5’i Adana (53), %33.2’si Mersin (114), %20.4’ü Manisa (70), %15.2’si Ordu (52), %15.7’si Ankara’daki (54) katılımcılardır, Mersin’deki katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.022$).

Katılımcıların 16-17 arasındaki sorulara verdiği cevaplar katılımcıların bu konuda daha önceki faaliyetleri hakkındaki sorulardır. “Bu konuda daha önce yapılmış faaliyetler hakkında bilginiz var mı?” sorusuna verilen cevaplar bulunmuştur. “Bu konuda daha önce eğitime katıldınız mı?” sorusuna cinsiyet, yaş, iş tecrübesi ve illere göre benzer yanıtlar verilmiştir ($p>0.05$). Eğitim durumuna göre ilköğretim mezunu katılımcıların %21.4’ü (18), lise mezunlarının %32.1’i (27), üniversite mezunlarının %46.4’ü (39) “Evet” yanıtını vermiştir, üniversite mezunları lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.012$). İş pozisyonunda yöneticilerin %46.4’ü (39), çalışanların %53.6’sı (45) “Evet” yanıtını vermiştir, yöneticiler lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.014$).

Araştırmanın ÇHTÖ puanları Tablo 2’de, ileri analiz alt grup sonuçları Tablo 3’de verilmiştir. Bu verilerine göre erkeklerin ÇHTÖ puan ortalaması 36.12 ± 12.14 , kadınların 32.23 ± 9.10 olarak bulunmuştur, istatistiksel olarak kadınlar lehine anlamlıdır ($p<0.01$). Katılımcıların yaş dağılımına göre 18-25 yaş ÇHTÖ puan ortalaması 31.67 ± 9.45 , 26-35 yaş için puan ortalaması 31.48 ± 9.15 , 36-45 yaş için puan ortalaması 34.08 ± 11.29 , 46-56 yaş için puan ortalaması 37.88 ± 12.09 olarak bulunmuştur ($p=0.008$), ileri analizlerde 26-35 ve 46-56 yaş arasında 26-35 yaş lehine ($p=0.002$), 36-45 ve 46-56 yaş arasında 36-45 yaş lehine istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.04$). Eğitim

durumuna göre katılımcıların ÇHTÖ puan ortalaması ilk öğretim mezunları için 39.59±13.60, lise mezunları için 35.66±9.82, üniversite mezunları için 31.81±10.71 olarak bulunmuştur (p<0.001). İleri analizlerde ilköğretim-lise-üniversite mezunları tüm gruplar arasında eğitim seviyesi artıka istatistiksel olarak anlamlı artış bulunmuştur (p<0.05). Çalışmanın yapıldığı illere göre ÇHTÖ puan ortalaması Adana için 32.25±9.41, Mersin için 33.34±11.47, Manisa için 38.41±13.65, Ordu için 37.30±10.6, Ankara için 35.07±9.94 olarak bulunmuştur (p=0.025). İleri analizlerde Adana-Manisa ve Adana-Ordu arasında

Adana lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Mersin-Manisa ve Mersin-Ordu arasında Mersin lehine istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Sivil toplum örgütleri çalışanlarının ÇHTÖ puan ortalaması 33.79±10.65, liderlerin puan ortalaması 36.43±12.25 olarak bulunmuştur istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05). Katılımcıların iş tecrübesine göre ÇHTÖ puanı ortalaması, 0-5 yıllık tecrübe için 33.20±8.97, 6-10 yıl tecrübe için 32.73±9.54, 11 ve üzeri yıl tecrübe için 35.87±12.31 olarak bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 2) (Tablo 3).

Tablo 2. Sivil toplum örgütü çalışanlarının sosyo-demografik verilerine göre ÇHTÖ puanları

Gruplar (n)	Sayı (n)	Ortalama	SS (±)	p	
Cinsiyet (275)	Erkek	187	36.12	12.14	0.008*
	Kadın	88	32.23	9.10	
İş (275)	Başkan	113	36.43	12.25	0.058*
	Çalışan	162	33.79	10.65	
Tecrübe (275)	0-5 yıl	55	33.20	8.97	0.137**
	6-10 yıl	40	32.73	9.54	
	11+yıl	180	35.87	12.31	
Yaş (275)	18-25 yaş	12	31.67	9.45	0.008**
	26-35 yaş	54	31.48	9.15	
	36-45 yaş	89	34.08	11.29	
	46-56 yaş	120	37.88	12.09	
İller (275)	Adana	51	32.25	9.41	0.025**
	Mersin	94	33.34	11.47	
	Manisa	51	38.41	13.65	
	Ordu	37	37.30	10.6	
	Ankara	42	35.07	9.94	
Eğitim durumu (275)	İlköğretim	56	39.59	13.60	0<001**
	Lise	106	35.66	9.82	
	Üniversite	113	31.81	10.71	

*Students's t testi, **One-wayAnova

Tablo 3. Sivil toplum örgütü çalışanlarının sosyo-demografik verilerine göre ÇHTÖ alt grup posthoc ileri analiz sonuçları

Gruplar	Alt gruplar (I)	Alt gruplar (J)	Ortalama farkı (I-J)	Sh	p
Yaş	26-35 yaş	18-25 yaş	-0.185	3.577	0.959
		36-45 yaş	-2.597	1.933	0.180
		46-56 yaş	-5.835*	1.836	0.002*
	36-45 yaş	18-25 yaş	2.412	3.446	0.485
		26-35 yaş	2.597	1.933	0.180
		46-56 yaş	-3.238*	1.568	0.040*
İller	Adana	Mersin	-1.086	1.955	0.579
		Manisa	-6.157*	2.226	0.006*
		Ordu	-5.042*	2.428	0.039*
		Ankara	-2.817	2.343	0.230
	Mersin	Adana Manisa	1.086	1.955	0.579
		Ordu	-5.071*	1.955	0.010*
		Ankara	-3.957	2.182	0.071
			-1.731	2.087	0.408
Eğitim durumu	İlköğretim	Lise	3.929*	1.825	0.032*
		Üniversite	7.784**	1.805	0.000**
	Lise	Üniversite	3.855**	1.493	0.000**
		İlköğretim	-3.929*	1.825	0.032*

OneWayAnovaPosthoc-LSD, *p<0.05, **p<0.001

Sh: Standart hata

TARTIŞMA

Çocuk işçiliği, gelişimsel ihtiyaçları dikkate alındığında çocuğu mağdur eden, pek çok olumsuz sonuçlar ortaya çıkaran küresel bir konudur.^{4,8,10,12} Bu bağlamda çocuğun sadece bulunduğu gelişimsel dönemdeki aile, eğitim, sağlık ve sosyal yaşam örüntüsünü değil, daha sonraki hayatında da tüm alanlarda kompleks bir etki oluşturduğu bilinmektedir. Sağlık açısından çocuğun şimdiki ve ilerideki yaşamında, mental sağlıktan fiziksel sağlığa, çocuğun olumsuz etkilendiğini gösteren araştırmalar mevcuttur.^{12,20,21} Sağlık bakım profesyonelleri özellikle hemşireler ve doktorlar, toplum ve aile arasında çocuk işçiliğine karşı bilinçlendirmede önemli bir güçlendirici bağ oluşturabilir. Çocuk haklarının korunması, çocuk işçiliğinin sağlık üzerine etkileri ve farkındalık araştırmalarının yapılması hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin önemli bir sorumluluk yüklemektedir.^{1,11}

Multidisipliner bir bakış açısıyla yapılan bu araştırmada katılımcıların çocuk hakları, çocuk işçiliği nedenleri ve bağlayıcı kanunlar hakkında farkındalık düzeylerini; sivil toplum örgütlerinde yönetici olmak, üniversite düzeyinde eğitim almak, 11 yıl ve üzerinde iş tecrübesine sahip olmanın, farkındalığı arttırdığı bulunmuştur. Bakır'ın (2008) çocuk işçiliğinin nedenlerini içine alan, toplumsal bilinç düzeyinin ölçülmesine yönelik araştırmasında, katılımcıların yarısının, çocukların ağır sanayi işlerinde, aile işçisi olarak ya da sokakta çalıştırılması ve çocuk hakları konularında bilgi sahibi olmadıkları belirlenmiştir.¹⁸ Başka bir araştırma sonuçlarına göre, sivil toplum örgütlerinin işveren olarak, çocuk işçiliği nedenlerini bilmesi, yasal mevzuatı bilmesi halinde ancak çocuk çalışma koşullarının iyileştirilebileceği önerilmiştir.¹⁷ Çocuk işçiliği nedenlerini ve yasal mevzuatı bilme durumu, katılımcıların eğitim düzeyi, tecrübe yılı ve iş pozisyonu ile artmaktadır. Çocuk haklarını dikkate alarak gerçekleşen, yasal dayanaklar çerçevesinde

sınırlanan çocuk işçiliği, aile ve işverenin bu konuda bilinçli hale getirilmesi ile sağlanabilir.¹⁴

Araştırma sonuçlarına göre çocukların erken yaşta işe başlamasından, hafif ev işleri dahil çocuk işçiliğine yönelik bakış açıları cinsiyet, iş pozisyonu, iş tecrübesi, yaş, eğitim ve iller etkilemektedir. Bu veriler, çocukların erken yaşta işe başlamasını erkeklerin, yöneticilerin, 11 yıl ve üzerinde tecrübesi olanların, 46-56 yaş aralığındakilerin ve lise mezunu katılımcıların desteklediği göstermektedir. Araştırma bulguları, lise mezunu katılımcılar lehine, 15 yaş altı çocukların hafif ev işleri dışında hiçbir şekilde çalıştırılmaması gerektiğini desteklemektedir. Öte yandan gıda, metal, tarım, tekstil sektörlerinde çalışan 36-45 yaş grubu işçilerle yapılan araştırmada, işçilerin %80'i çocukların erken yaşta çalıştırılabileceği görüşüne katılmamaktadır.¹⁸ İşverenler ve çalışan işçilerde yapılan iki farklı araştırma sonuçları, çocukların erken yaşta çalışmasına iki grubun farklı yönde baktığını altına çizen önemli bir sonucu ortaya koymaktadır. Adonteng-Kissi¹⁴ yaptığı araştırmada, çocuk işçiliğinin yaş, toplumsal cinsiyet, kültürden etkilendiğini belirtmiş, araştırmasında katılımcı olarak ailelerin, çocukların hakları dikkate alınarak çalışmasını, çocuk işçiliğini sosyalleşme olarak gördüklerini ve desteklediklerini bulmuştur. Benzer şekilde Lachowski ve Zagorski (2011) Polonya'da yaptıkları araştırmada, ailelerin çocuk işçiliğine bakış açıları değerlendirilmiş, ailelerin çocuklarını, ev işlerinde ve tarımda çalışmasının aileler tarafından desteklendiği bulunmuştur.¹³

Katılımcıların çocuk haklarının yaygınlaştırılması, çocuk işçiliğinde sorumluluk almasını içeren verilere göre erkek cinsiyet, üniversite düzeyinde eğitim, yönetici olmak, 26-35 yaş aralığı, bölgesel olarak Mersin ili çocuk haklarının yaygınlaştırılmasında, diğer gruplara oranla anlamlı artış göstermektedir. Katılımcıların çocuk işçiliği hakkında daha önceki faaliyetlerde, üniversite düzeyinde eğitim sahibi olanların, yöneticilerin daha fazla katıldığını göstermektedir. Bu bulgu olanakların bu grupta daha erişilebilir olması ile ilgili olabilir. Omokhodion ve Uchendu (2010), Nijerya'da yaptıkları çalışmada, ailelerin, çocuk işçiliğinin nedenleri, çocuğa olumsuz etkilerine yönelik farkındalıkları olmasına rağmen yoksulluk nedeniyle çocuklarını çalıştırdıklarını bulmuştur. Kadınların ve büyük ailelerin, çocuk işçiliğini daha çok desteklediğini gösteren verilerde, aslında farkındalık yüksek olsa bile yoksulluğun, çocuk işçiliğinde durumu değiştirmediğine işaret etmektedir. Araştırma verileri, çocuk işçiliği bilgilendirme ve eğitim faaliyetlerinin daha çok kadınlar ve büyük aile fertleri üzerinde yoğunlaşmasına dikkati çekmektedir.² Sivil toplum örgütleri ve meslek kuruluşlarının işverenin gözetim ve denetimi altındaki çocuğun tüm sorumluluğunu alması, çocuğun kullandığı tüm aletlerin çocuğa uygunluğu kontrol edilerek muhtemel risklerine karşı önlem alınması önerilmektedir.¹⁷ Bahadır ve Uçku (2016) araştırmasında, Suriyeli çocukların çocuk işçiliği durumu incelemiş, çocukların çalışma hayatına

katılmalarının, çocukları eğitimden uzak tutarak çocuk haklarını sınırladığını aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal gelişimlerini olumsuz etkilediğini belirtmiştir. Çocukların çalışma ortamının denetlenmesi gerekmektedir. Yasal ülke politikalarının çocuk haklarına göre düzenlenmesi, yeniden gözden geçirilerek, çocuk işçiliğinde yönetimlere sorumluluk yüklemektedir.²⁰ Lordoğdu ve Aslan (2018) çalışmasında, yasal düzenlemelerin çocukların çalışma koşullarında ve işverenlerin istismarına karşı korunmalarında önemini vurgulamıştır.⁸ Al-Gamal ve Hamdan-Mansour (2013) araştırmasında da aynı şekilde ulusal ve uluslararası yaklaşımların, yasal ve politik güçlerin devreye girmesi, sorumluluğu devletin alması ve gelecekte sorunların çözümünde etkili olacağı yönündedir.¹⁰ Nafees ve Khan (2012) Pakistan'da yaptığı çalışmada benzer şekilde sivil toplum örgütleri ile daha çok işbirliği içeren çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu, yasa ve mevzuatların daha fazla çocuk yanlısı açılımlarına ve çocuk işçiliğinde yer alan tüm paydaşlara sorumluluk vermektedir.³ Özetle literatür, sorumluluk alması gereken liderlerin, çocuk haklarını bilmesi gereği kadar, yasal olarak bağlayıcı ve denetleyici önlemler alınmasında vurgulamaktadır.

Bu araştırmada sivil toplum örgütleri çalışanlarının ÇHTÖ puan ortalaması 33.79±10.65, liderlerin puan ortalaması 36.43±12.25 olarak bulunmuştur. Katılımcıların çocuk hakları tutumlarını kadın olmak, 26-35 yaş, üniversite mezunu olmak, sivil toplum örgütlerinin bölgesel olarak Adana ilipozitif yönde etkilemektedir. Karaman Kepenekçi (2009) yaptığı çalışmada farklı eğitim verdikleri gruplarda, çocuk hakları tutum puanını 27.60 ile 31.39 arasında bulmuştur.²² Bulgular, çocuk ve insan haklarına ilişkin eğitim almanın çocuk haklarına ilişkin tutumlarını olumlu yönde geliştirdiğini desteklenmektedir. Yurtsever Kılıçgün ve Oktay (2009) çocuk hakları tutumunun kültürel ve sosyal değişkenlerden etkilendiğini, bu alanda yapılacak araştırmalara gereksinim duyulduğunu belirtmiştir.²³ Diğer bir araştırma, ebeveynlerin çocuk hakları tutumlarının eğitim, gelir düzeyi, doğup büyüyen yer gibi değişkenlerden etkilendiğini göstermektedir.²⁴ Kissi'nin (2018) Gana'da yaptığı araştırma ebeveynlerin, çocukların çalışması ancak insan hakları ve Birleşmiş Milletler çocuk hakları sözleşmesine (UNCRC) bağlı kalarak onayladıklarını ve desteklediklerini göstermektedir.¹⁴

SONUÇ

Literatür bilgilerine göre bu sonuçlar, çocuk işçiliğini farklı yönleriyle ortaya koyarken, insan hakları, çocuk hakları, yasal mevzuatlarla çocuk haklarını koruyan, sınırlayan ve sorumluluğu tüm paydaşlara dağıtan çocuk işçiliğine daha kabul edilebilir bir bakış açısı sunmaktadır. Küresel ve disiplinlerarası bir sorun olarak çocuk işçiliği, çocukların sağlığının gelişebilmesi için sağlık profesyonellerine, mevcut ve

potansiyel sağlık risklerini ortaya koyarak, çocukların sağlıklı gelişmesini destekleyen, çocuk hakları toplumsal bilinç düzeyini ölçen araştırmalardabu bağlamda sorumluluk ve önemli roller vermektedir.Sonuç olarak, işveren olarak sivil toplum örgütlerinin çocuk işçiliğinde çocuk hakları tutumları ortaya konmuş; çocuk işçiliğine neden olan faktörlerin düzeltilmesi, katılımcıların farkındalık düzeylerine göre, çocuk haklarını korumaya yönelik önlemler oluşturulması ve çocuk iş koşullarının düzeltilmesinde önemli sonuçlara dikkat çekilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Gulzar S, Vertejee S, Pirani L. Child labour: A public health issue. *J Pak Med Assoc.* 2009;59(11):778-81.
2. Omokhodion FO, Uchendu OC. Perception and practice of child labour among parents of school-aged children in Ibadan, southwest Nigeria. *Child Care Hlth Dev.* 2010;36(3):304-8.
3. Nafees AA, Khan KS, Fatmi Z, Aslam M. Situation analysis of child labour in Karachi, Pakistan: a qualitative study. *Journal of the Pakistan Medical Association.* 2012;62(10):1075-82.
4. Efe H, Uluoğlu SA. Dünyada Çocuk İşçiliğiyle Mücadelede Gelinen Nokta ve Geleceğe Dair Bazı Öngörüler. *Eğitim Bilim Toplum Dergisi* 2015;13(51):46-72.
5. Global Estimates of Child Labour: Results and trends, 2012-2016 [Internet]. ILO. 2017 [cited https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_575499/lang--en/index.htm].
6. Çocuk İşgücü Anketi Sonuçları, 2012 [Internet]. 2012 [cited <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13659>].
7. Türkiye İstatistik Kurumu 2018 yılı çocuk istatistikleri [Internet]. 2018 [cited <https://bianet.org/bianet/cocuk/207629-tuik-verilerine-gore-cocuk-isci-sayisi-artti>].
8. Lordoğdu K, Aslan M. Görünmeyen Göçmen Çocukların İşçiliği: Türkiye'deki Suriye'li Çocuklar. *Çalışma ve Toplum.* 2018;2:715-32.
9. Tor H. Türkiye'de Çocuk İşçiliğinin Boyutları *Zeitschrift für die Welt der Türken.* 2010;2(2):25-42.
10. Al-Gamal E, Hamdan-Mansour AM, Matrouk R, Al Nawaiseh M. The psychosocial impact of child labour in Jordan: A national study. *Int J Psychol.* 2013;48(6):1156-64.
11. Aydın D, Şahin N, Akay B. Göç olayının çocuk sağlığı üzerine etkileri. *İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hast Dergisi.* 2017;7(1):8-14.
12. Sturrock S, Hodes M. Child labour in low- and middle-income countries and its consequences for mental health: a systematic literature review of epidemiologic studies. *European child & adolescent psychiatry.* 2016;25(12):1273-86.
13. Lachowski S, Zagorski J. Child labour for the benefit of the family in rural Poland. *Ann Agr Env Med.* 2011;18(2):386-92.
14. Adonteng-Kissi O. Parental perceptions of child labour and human rights: A comparative study of rural and urban Ghana. *Child Abuse Neglect.* 2018;84:34-44.
15. Child Labor, Education, and Children's Rights [Internet]. Human Development Network The World Bank. 2004 [cited <http://documents.worldbank.org/curated/en/721061468762634105/Child-labor-education-and-childrens-rights>].
16. Turner-Moss E. Child labour must be on the post-2015 agenda. *Lancet.* 2013;382(9910):E52-E3.
17. Küçükcalay M, dulupçu MA, Turunç Ö. Dünya'da ve Türkiye'de Çocuk İşgücü İstihdamının Sorunları ve Önlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi.* 2000;5(1):103-18.
18. Bakır YE. Türkiye'de Çocuk İşçiliği Sorununda Toplumsal Bilinç Düzeyinin Ölçülmesi (Yüksek Lisans tezi). Ankara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara; 2008;29-41.
19. Karaman Kepenekçi Y. A study of university students' attitudes towards children's rights in Turkey. *The International Journal of Children's Rights.* 2006;14:307-19.
20. Bahadır H, Uçku R. İzmir'in Bir Mahallesinde Yaşayan 6-17 Yaş Arasındaki Suriyeli Çocukların Çalışma Durumları ve Çalışma Durumlarını Etkileyen Etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi.* 2016;30(3):117-24.
21. Lasgaard M, Lindekilde N, Bramsen RH. Patterns of victimization: A person-centered approach to physical and sexual violence in a representative sample of Danish youth. *Child Abuse Neglect.* 2018;84:115-22.
22. Karaman Kepenekçi Y. Zihin Engelliler Öğretmen Adaylarının Çocuk Haklarına İlişkin Tutumları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2009;42(1):329-50.
23. Yurtsever Kılıçgün M, Oktay A. Çocuk Haklarına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi ve

Standardizasyonu. Buca Eğitim Fakültesi Dergisi. 2011;31:1-22.
24. Yurtsever M. Ebeveyn Çocuk Hakları Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Anne Babaların Çocuk

Haklarına Yönelik Tutumlarının Farklı Değişkenler Açısından İncelenmesi (Doktora Tezi). Marmara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2009;72-112.



Review Article / Derleme Makale

Diagnostic Tests in The Management of Allergic Diseases in Primary Care

Birinci Basamakta Alerjik Hastalıkların Yönetiminde Tanısal Testler

Merve Uygunsöy^{*1}, Vildan Mevsim¹

ABSTRACT

Allergic diseases are a major cause of morbidity worldwide and cause a significant burden on the health and medical systems of both developed and developing economies. Most of the patients who want to get medical advice for allergic diseases firstly apply to the primary care. Most patients with allergies can be managed in primary care with appropriate treatment, advice and prevention, without the need for identification of the causative allergen. In the diagnosis of allergic diseases, first of all, a good medical history should be taken and physical examination should be performed. Allergy testing may be required if the patient's symptoms do not settle through medical treatment, or if the determination of the allergen will benefit the treatment of the patient.

Key words: Allergy, primary care, diagnostic test

ÖZET

Alerjik hastalıklar dünya çapında önemli bir morbidite nedenidir ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ekonomilerin sağlık ve tıbbi sistemlerine önemli bir yük oluşturmaktadır. Alerjik hastalıklar için tıbbi tavsiye almak isteyen hastaların çoğunluğu öncelikle birinci basamağa başvurmaktadır. Alerjisi olan çoğu hasta, uygun tedavi, tavsiye ve korunma yöntemleriyle, etken alerjenin tanımlanmasına gerek kalmaksızın, birinci basamakta yönetilebilir. Alerjik hastalıkların yönetiminde öncelikle iyi bir öykü alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Eğer, medikal tedavi ile hastanın semptomları geçmezse veya alerjenin saptanmasının hastanın tedavisine fayda sağlayacağı düşünülürse, alerji testleri yapılması gerekebilir.

Anahtar kelimeler: Alerji, birinci basamak, tanı testleri

Received date / Geliş tarihi: 12.07.2019, Accepted date / Kabul tarihi: 10.11.2019

¹Dokuz Eylül University, Department of Family Medicine, İzmir-TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Merve Uygunsöy, Dokuz Eylül University, Department of Family Medicine, İzmir-TÜRKİYE.

E-mail: merveuygunsöy@gmail.com

Uygunsöy M, Mevsim V. Birinci Basamakta Alerjik Hastalıkların Yönetiminde Tanısal Testler TJFMPC, 2020;14 (1). 141-146

DOI: 10.21763/tjfm.693160

GİRİŞ

Alerjik hastalıklar dünya çapında önemli bir morbidite nedenidir ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ekonomilerin sağlık sistemlerine önemli bir yük oluşturmaktadır. Astım, rinosinüzit, atopik dermatit ve hayati tehdit eden gıda, ilaç alerjileri, böcek ısırığı alerjileri de dahil olmak üzere alerjiler toplumun en az %30'unu ve ailelerin yaklaşık %80'ini etkiler.¹

2008 yılında yapılan Türkiye'de Alerjilerin Prevalansı ve Risk Faktörleri (PARFAIT) çalışmasındakırsal alanlarda astım, hırıltılı solunum, alerjik rinit ve egzema prevalansı erkeklerde sırasıyla %8,5, %13,5, %17,5 ve %10,8 ve kadınlarda: %11,2, %14,7, %21,2 ve %13,1 idi. Kentsel alanlarda bunun karşılığı olan prevalans değerleri erkeklerde %6,2, %10,8, %11,7 ve %6,6 ve kadınlarda %7,5, %12, %17 ve %7,3 idi. Alerji prevalansının büyüklüğü nedeniyle alerji, bulaşıcı olmayan hastalıklar çerçevesinde büyük bir halk sağlığı sorunu olarak görülmelidir.²

Birçok ülkede uzman alerji hizmeti veren kuruluşlar bulunmamaktadır. Bu nedenle, alerji alanında çalışan büyük organizasyonlar (American Academy of Allergy, Asthma and Immunology, AAAAI; American College of Allergy, Asthma, and Immunology, ACAAI; European Academy of Allergy, Asthma and Clinical Immunology, EAACI; and the World Allergy Organization, WAO), alerjik hastalıkların önemi ve etkisi hakkında, sağlık çalışanlarının ve halkın eğitilmesinin teşvik edilmesi gerektiğini düşünmektedir.¹

Alerjik hastalıklar için tıbbi tavsiye almak isteyen hastaların çoğunluğu öncelikle birinci basamağa başvurmaktadır.³

Alerjik hastalıkların çoğunluğu birinci basamak hekimleri tarafından yönetildiğinden, birinci basamaktaki alerjik hastalık yönetim standardı, hastalığın önlenmesi ve kontrolü, hastaların yaşam kalitesi ve hasta memnuniyeti üzerinde güçlü bir etkiye sahiptir.⁴

Aile hekimlerinin alerjik hastalıklar konusunda farkındalık ve bilgi eksikliği, birinci basamakta görülen çok çeşitli hastalıkların arasında alerjik bulgu ve belirtilerin gözden kaçabilmesine, hastaların gerek olmadığı halde ikinci basamağa sevk edilmelerine, hastaların gereksiz IgE testi taleplerine neden olmaktadır.⁴

Alerjisi olan hastaların çoğunluğu, birinci basamakta, alerjisi spesifik olarak tanımlamak gerekmeden, uygun ilaç tedavisi ve tavsiyelerle yönetilebilir. Eğer tıbbi tedavi, semptomları kontrol

etmekte yetersizse ve alerjenleri tanımlamanın hastanın tedavisine fayda sağlayacağı düşünüüyorsa, bazı durumlar için alerji testi yapılabilir.⁵

Deri prick testi (DPT) astım, alerjik rinit veya diğer alerjik hastalık gelişme riski taşıyanların erken saptanması için önemlidir. Gıda alerjen duyarlılığının erken tespiti, hastada gıdayla ilişkili anafilaksi gelişme riskini azaltır. Deri prick testi sonuçları hemen alınabildiğinden, doktor hastaya belirli alerjiden kaçınma ve tedavi hakkında eğitim verebilir.⁶ Deri testinde saptanan duyarlılığın ko-sensitizasyon mu yoksa çapraz reaksiyon mu olduğunu anlamak amacıyla karşılaştırma testi gibi major ve minör alerjen moleküle karşı spesifik IgE ölçümlerinin de yol gösterici olabileceği bildirilmektedir.⁷

Alerjide Birinci Basamakta Kullanılabilecek Tanısal Testler

Şu anda aeroallerjen (hava kaynaklı) alerjisi tanısı için tek bir altın standart test bulunmamaktadır.

Gıda alerjileri için altın standart olarak kabul edilen çift kör, plasebo kontrollü besin yama testinin, eğitilmiş alerji uzmanları tarafından uygulanması gerektiğinden, kullanımı sınırlıdır. Bu testlerde şiddetli alerjik reaksiyon gelişme riski yüksektir ve testlerin uygulanması uzun zaman alır. Alerji testleri, her zaman klinik alerjiye eşdeğer olmayan, sensitizasyon (duyarlılaşma) hakkında bilgi verir, bu yüzden klinik öykünün doğru yorumlanması önemlidir. Klinik öykü, test için hangi alerjenlerin seçilmesi gerektiği konusunda, klinisyeni yönlendirir. Alerji tanısal testlerinin pratik değeri, doğrulayıcı bir araç kullanıldığında kesin ve tutarlı sonuçlar verebilme yeteneklerine dayanır. Öncelikle klinik öykü, doktorları alerjik hastalık tanısına yönlendirir. Alerji testi sonuçları, hastanın klinik tablosu, yaşı, ilgili alerjen maruziyeti ve test performans ölçütleri (örn. duyarlılık, özgüllük, tekrarlanabilirlik) ile birlikte yorumlanmalıdır.⁸

Klinik semptomları olmayan hastalarda alerji testleri yapılması önerilmez. Semptomatik hastaların, hangi alerjenlerden kaçınması gerektiğini belirlemek için spesifik IgE testi yapılabilir.⁹ Öyküde, semptomların tipi, şiddeti ve süresi, semptomların başlangıcı ve maruz kalındığı varsayılan alerjene göre değişip değişmediği, semptomların yer, zaman (gün, mevsim), iş veya hobileri ile ilişkisi, hastanın semptomlara neden olabileceğini düşündüğü alerjenler, kişisel ve aile atopi öyküsü, yeni yiyecekler, evcil hayvanlara veya bitkilere maruziyet, tüm reçetesiz tedaviler dahil olmak üzere, alınan tüm ilaçlar ve kullandığı

alternatif ve tamamlayıcı tedaviler sorgulanmalıdır.^{10,11}

Deri Prick Testi (In vivo)

Prik test yöntemi 1924'te Lewis ve Grant tarafından tanımlanmıştır. Prick testleri aeroalerjenlere, besinlere ve ilaçlara karşı ciltte oluşan tip 1 alerjik reaksiyonları ortaya çıkarmak için kullanılır.¹²

Deri prick testi (DPT) birçok sebepten ötürü alerjik yanıtı değerlendirmek için birincil test olarak kullanılmaktadır. İnvaziv olup doğru yapıldığında iyi tekrarlanabilirliğe sahiptir. Test sonuçları, test uygulamasından 15 dakika sonra değerlendirilebilir. Cilt testi kolayca ölçülebilir ve bir seansta çoklu alerjenlerin değerlendirilmesine izin verir. Hem yanlış pozitif hem de yanlış negatif sonuçlar, ara sıra meydana gelse de, deri testlerinin sonuçları (konjunktival, nazal veya bronşiyal alerjen testleri) ile iyi bir korelasyonu vardır. Ciddi egzaması, dermografizmi olan, birinci nesil antihistaminik veya trisiklik antidepresan gibi antihistaminik aktivitesi olan ilaçlar kullanan hastalarda tanıda, serum spesifik IgE kullanılması uygundur.^{8,9}

Deri prick testleri ucuz, kolay uygulanabilir, güvenilir, hassastır ve anında sonuçları alma avantajına sahiptir. Anafilaksi gelişme riski oldukça düşüktür, test odasında veya hastanın başucunda yapılması güvenlidir. Dünya çapında, deri prick testi, kolaylık ve maliyet etkinliği nedeniyle tercih edilen bir test olmaya devam etmektedir.⁶

Amerika'da yapılmış 5 yıllık bir çalışmada, deri prick testi hiçbir ölümcül komplikasyona yol açmamıştır.¹³ Ancak, daha önce DPT ile ilişkili sistemik alerjik reaksiyonlar ve nadir ölümler meydana geldiğinden,^{14,15} bu tür testler uygulandığında bir doktor veya diğer sağlık çalışanları ve acil durum ekipmanı hazır bulunmalıdır. Deri prick testi ile ilişkili sistemik reaksiyonlar genelde 30 dakika içinde gerçekleşir. Sistemik alerjik reaksiyonlar genellikle anafilaksin başlangıcı ile ilişkili bir gıda veya ilaç için test yaparken gelişir. Solunum yolu alerjenleriyle ilişkili sistemik reaksiyon gelişmesi çok olası değildir. Semptomatik astım tanılı hastalar, DPT astım alevlenmesi için bir risk faktörü olabilir.¹⁶

Beta blokör ve ACE inhibitörü kullanan hastalarda, sistemik reaksiyon gelişmesi durumunda, tedavide kullanılan epinefrine yanıt azalacağından, bu hastalar daha yüksek risk altındadır. Kanseri, böbrek yetmezliği gibi kronik hastalığı olanlarda cilt testi reaktivitesi azalabilir. Benzer şekilde, gebelerde uterusun kontraksiyonlara

yol açabileceğinden, epinefrin kullanımını önerilmediğinden, DPT yapılması önerilmez.¹⁶ Alerjik semptomu olup ilgili alerjenin yoğun bulunduğu mevsimlerde deri testi yapılacaksa daha dikkatli olmak gerekir.⁷

“Deri Prick Testiyle İlgili Önemli Konular;

- Her hastaya “bilgilendirme ve onam formu” okutulup imzalatılmalıdır.
- Alerjik yakınmaların yoğun olduğu durumlarda (dinlemekle akciğerlerde yaygın wheezing, şiddetli burun tıkanıklığı, burun akıntısı, yorgunluk, vb.) ve ateşli hastalık varlığında test yapılmamalıdır.
- Gebelere DPT uygulanmamalıdır.
- DPT için yaygın kabul gören bir yaş sınırı yoktur. Bebeklik döneminde gerekmedikçe yapılmaz. Bebeklik ve yaşlılık dönemlerinde alerjenlere karşı deri reaktiviteleri daha düşüktür. Bazı durumlarda bebeklerde 2-3 adet temel alerjenle (ev tozu akarı, mantar sporu, vb.) uygulanabilir.
- Klasik antihistaminiklerin kullanımı en az üç gün önce; uzun etkili antihistaminiklerin, trisiklik antidepresanların ve fenotiyazin türevlerinin kullanımı en az yedi gün önce kesilmelidir. Sistemik steroid kullanımının deri reaktivitesini azaltabileceği de unutulmamalıdır.
- DPT uygulanırken anafilaksi ya da yaygın ürtikeryal reaksiyon gelişme olasılığı yok denecek kadar düşüktür. Yine de işlem, sistemik bir anafilaktik reaksiyona uygun girişimlerde bulunulabilecek donanımı olan ortamlarda, doktor tarafından ya da doktor gözetiminde uygulanmalı; test odasında mutlaka tansiyon aleti, oksijen tüpü ve maskesi, laringeal tüp, enjektör, intra-venöz set ve solüsyonlar, adrenalini ampul, antihistamin ampul, kortikosteroid ampul ve salbutamol inhaler bulunmalıdır.
- Bazı durumlarda besinlerle doğrudan “prick” test yapılabilir. Pulpalı taze meyve ve sebzelere lanset batırıldıktan hemen sonra deriye uygulanır. Bu yöntem, taze “prick” test ya da “prick-by-prick” olarak bilinir ve pozitif prediktif değeri, genellikle ticari preparatlarla uygulanan besin “prick” testlerinden daha yüksektir. Yine, diğer bazı besinler ezilip belli oranlarda serum fizyolojikile seyreltilerek DPT için kullanılabilir. Ancak, bu yöntemlerde uygulanan alerjen miktarı belli olmadığı ve standardize edilemediği için, özellikle

duyarlılığı yüksek kişilerde ve küçük çocuklarda, sistemik anafilaksi gelişme riski vardır. Besinlerle doğrudan yapılan "prick" testler, yalnızca bu konuda deneyimli uzmanlarca yapılmalı, rutin olarak uygulanmamalıdır.

- Bazen deri testinden 1-2 saat sonra başlayıp, 6-12 saatte en yüksek değerine ulaşan ve 24-48 saat içinde gerileyen geç reaksiyonlar olabilir. Bunların klinik önemi tartışmalıdır. ¹⁷

Deri Prick Testinin Uygulanması

Her bir alerjen ekstresinin yeri, test sonuçlarını doğru bir şekilde tanımlamak için bir kalemle ön kola işaretlenmelidir. Testler ön kolun ön yüzüne, bilek ve ante-kubital fossanın en az 2 - 3 cm üstünde sonlanacak şekilde uygulanmalıdır. DPT özellikle infantlarda ön kolun arka yüzüne de uygulanabilir ancak arka yüzde cilt daha hassas olduğundan, lezyonların (kabarıklıkların) daha büyük olabileceği, test sonuçları değerlendirilirken göz önüne alınmalıdır. ¹⁶

İki deri prick testi arasındaki mesafenin 2cm'den fazla olması, kontaminasyon ve akson refleksine bağlı yalancı pozitiflikleri engellemek açısından kritik öneme sahiptir. ¹⁸ Her alerjen ekstresinden bir damla sırayla ciltte işaretlenmiş yerlere damlatılır ve hemen ardından tek başlı metal lansetle delinir. ¹⁹ Lanset her prick testi için önce alerjen ekstresine ardından da aynı basınçla, en az bir saniye cilde bastırılır. Epitel doku kanamaya sebep olmayacak şekilde delinmelidir. Kanama, yanlış pozitif sonuçlara neden olabilir. Kontaminasyona sebep olmamak için her bir prick alerjen ekstresi için yeni bir lanset kullanılmalıdır. Ciltte kalan fazla alerjen ekstresi gerekirse temiz bir peçete ile silinebilir ancak bunu yaparken kontaminasyondan kaçınılmalıdır. Histamin ve negatif kontrol test sonuçları da dahil olmak üzere tüm testlerin, uygulamadan 15-20 dakika sonra okunması için alarmlı bir zamanlayıcı kullanılmalıdır. Histamin testi 8-10 dakikada pozitifleşebilir. ²⁰

Farklı üreticilerin, aynı alerjene için ürettikleri ekstrleriyle yapılan DPT sonuçları farklı olabilir. ²¹ Bu yüzden DPT sonuçları karşılaştırılırken, aynı üreticiden alınan testler kullanılmalıdır.

Deri Prick Testinin Yorumlanması

Öncelikle pozitif ve negatif kontroller ölçülmelidir. Dermografizm varlığında negatif kontrolü yorumlamak zor olabilir. Histamin kontrolü, test materyallerinin doğru uygulandığından emin olmak ve test öncesi alınmış olabilecek potansiyel ilaçların etkileyebileceği negatif DPT sonuçlarını dışlamak için pozitif olmalıdır. Test uygulandıktan

15 dakika sonra, ciltteki her maddenin uygulandığı yerde oluşan kabarıklığın çapı ölçülür. 3 mm'nin üzeri pozitif olarak yorumlanır. ²²

Sadece kabarıklığın çapının ölçülmesi (çevredeki eritemin çapının ölçülmemesi) testin tekrarlanabilirliğini artırır. ²³ Ciltte oluşan kabarıklığın çapının büyüklüğü, o maddeye karşı oluşan desensitizasyonun derecesini göstermez. Histamin reaksiyonunun büyüklüğü, kişiden kişiye farklılık gösterebilir ve bu alerjenlere karşı gelişen reaktiviteden bağımsızdır. Deri prick testleri sonuçları, histamine bağlı oluşan lezyonun büyüklüğüyle ilişkilendirilmemelidir.

DPT belirli alerjenlere karşı sensitizasyonu gösterir ancak sonuçları tıbbi öykü ve klinik semptomlara dayanarak yorumlanmalıdır. DPT, inhalan alerjileri teşhis etmek için çok özgül (% 70-95) ve duyarlıdır (% 80-97). ²⁴ Sadece klinik geçmişe dayanarak alerjik rinit teşhisinin pozitif prediktif değeri persistan alerji için % 77 ve aralıklı mevsimsel alerji için % 82-85'tir. DPT kullanılırsa bu oran % 97-99'a çıkar. ²⁵

Deri prick testinin besin alerjenleri için özgüllük ve duyarlılığı daha düşüktür, ilaç alerjisi için özgüllük ve duyarlılığı test edilen ilaca bağlıdır. Çoğu durumda, pozitif bir DPT ilaç alerjisini çok muhtemel kılar; ancak negatif bir sonuç hastanın ilaç alerjisi olmadığını göstermez. Şüpheli böcek zehri alerjisi için, intradermal testler duyarlılığı tespit etmede birincil moddur. Deri prick testi intradermal testten önce yapılır. ¹⁶

Alerjene Özgü IgE (In vitro)

Serum alerjene özgü IgE testi (RAST testi), derideki mast hücrelerine bağlı antijene özgü IgE'nin aksine serumda serbest antijene özgü IgE'yi tespit eder. ⁵ Serumda alerjene özgü (spesifik) IgE ölçümü, alerjinin teşhisine yardımcı olan önemli bir araçtır. Spesifik IgE endikasyonları DPT ile aynıdır. Testin duyarlılığı, genellikle DPT'den yüksektir, ancak daha düşük özgüllük gösterir ve bu nedenle DPT'leri güvenilir sonuçlar vermediğinde tercih edilir. ³ Deri prick testi ve spesifik IgE testlerinin sonuçları genellikle uyumlu olsa da, bazı durumlarda deri prick testinin daha duyarlı olduğu düşünülmüştür (örneğin, lateks testi). ⁵ Özellikle bebeklerde ve DPT yapılamayan gruplarda tercih edilir. Alerjenlerle temas dönemlerinde IgE seviyelerinin artması ve temasın sonlandığı dönemlerde IgE seviyelerinin düşmesi bazen yanlış olarak yorumlanmasına yol açabilir. ⁶

Alerjik Hastalıklarda Tanıda Kullanılabilecek Yardımcı Testler (In vitro)

Alerjik hastalıklarda tam kan sayımı, eozinofil sayımı, total IgE düzeyi tanıda yardımcı olarak kullanılabilir testlerdir.²⁶

SONUÇ

Deri prick testinin birinci basamakta çalışan hekimlerce uygulanabilirliği hakkında genel bir görüş birliği yoktur. Testi uygulamak ve yorumlamak için eğitim almış ve oluşabilecek ciddi sistemik reaksiyonlara acil müdahale edilebilecek ortamlarda çalışan birinci basamak hekimlerince kullanılması, alerjik rinit ve hafif- orta derece astımın tanı ve yönetimini kolaylaştırır. Birinci basamakta çalışan hekimlerce DPT uygulanırken, gıda alerjisi veya şiddetli/ kontrolsüz astıma dikkat edilmelidir. Bu durumların varlığında hasta bir ikinci basamak kuruluşuna yönlendirilmelidir.² Deri prick testleri hızlı ve kolay bir şekilde yapılabilir ve hastalar ve testleri yapan hemşireler tarafından iyi tolere edildiği gösterilmiştir.²⁷

Alerjik rinit, atopik astım, gıda alerjisi ve böcek zehiri aşırı duyarlılığı tanısında yardımcı olabilecek serumda alerjene özgü IgE ölçümünün birinci basamakta alerjik hastalıkların tanısında kullanılması konusunda genel bir fikir birliği yoktur. Pozitif sonuçların, klinik semptomların ortaya çıkışıyla ilişkisi ciddi olarak gözden geçirilmelidir.²

Sonuç olarak, alerjik hastalıklarda birinci basamakta uygun tanı testi seçimini etkileyen birçok faktör vardır. Birinci basamak hekimi hangi testleri kullanırsa kullansın hastanın özgeçmişine hakim olmalı, tanı testi sonuçlarını doğru yorumlayabilmeli ve elde ettiği sonuçlarla bir tedavi planı çizebilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Sánchez-Borges M, Martin BL, Muraro AM, Wood RA, Agache IO, Ansotegui IJ, et al. The importance of allergic disease in public health: an iCAALL statement. *World Allergy Organization Journal* 2018;11(1):8. (doi: [10.1186/s40413-018-0187-2](https://doi.org/10.1186/s40413-018-0187-2))
2. Kurt E, Metintas S, Basyigit I, Bulut I, Coskun E, et al. Prevalence and Risk Factors of Allergies in Turkey (PARFAIT): results of a multicentre cross-sectional study in adults. *Eur Respir J*. 2009 Apr; 33(4):724-33. (doi: [10.1183/09031936.00082207](https://doi.org/10.1183/09031936.00082207))
3. Jutel M, Papadopoulos NG, Gronlund H, Hoffman HJ, Bohle B, Hellings P, et al. Recommendations for the allergy management in the primary care. *Allergy* 2014;69:708–718. (doi: [10.1111/all.12382](https://doi.org/10.1111/all.12382))
4. Agache I, Ryan D, Rodriguez MR, Yusuf O, Angier E, Jutel M. Allergy management in primary care across European countries actual status. *Allergy* 2013 Jul;68(7):836-843. (doi: [10.1111/all.12150](https://doi.org/10.1111/all.12150))
5. Auckland Allergy Clinic. Diagnosing allergic diseases. Available from: www.allergyclinic.co.nz (Accessed Oct, 2019)
6. Coetzee O, Masekela R. A guide to performing skin-prick testing in practice: Tips and tricks of the trade. *South African Family Practice* 2013;55:415-419. (doi: [10.1080/20786204.2013.10874388](https://doi.org/10.1080/20786204.2013.10874388))
7. Şekerel BE, Mısırlıgil Z, Orhan F, Mungan D, -Büyüktiryaki B. Allerji Deri Testleri: Nerede, Ne Zaman, Nasıl ve Ne Kadar? *Astım Allerji İmmünoloji* 2017;15:1-6. (doi: [10.21911/aai.338](https://doi.org/10.21911/aai.338))
8. Cox L, Williams B, Sicherer S, Oppenheimer J, Sher L, Hamilton R, et al. Pearls and pitfalls of allergy diagnostic testing: report from the American College of Allergy, Asthma and Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology Specific IgE Test Task Force *Annals of Allergy Asthma and Immunology* 2008 Dec;101(6):580-592. (doi: [10.1016/S1081-1206\(10\)60220-7](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)60220-7))
9. Turlas K, Burman D. Allergy Testing. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 2016;43(3):363-374. (doi: [10.1016/j.pop.2016.04.001](https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.04.001))
10. Appropriate use of allergy testing in primary care- Available from: https://bpac.org.nz/BT/2011/December/docs/best_tests_dec2011_allergy_pages_2-13.pdf
11. Land MH, Wang J. Complementary and Alternative Medicine Use Among Allergy Practices: Results of a Nationwide Survey of Allergists. *The Journal of Clinical Allergy and Immunology Practice* 2018 Jan - Feb;6(1):99-100. (doi: [10.1016/j.jaip.2017.01.017](https://doi.org/10.1016/j.jaip.2017.01.017))
12. Akan A. Allerji Testleri. Aslan A, Kiper N, editörler. *Çocuk Göğüs Hastalıklarında Tanı Yöntemleri*. 1. Baskı: İstanbul. Probiz Ltd. Şti. (Content Ed Net Türkiye); 2016:65-77.
13. Reid MJ, Lockey RF, Turkeltaub PC, Platts-Mills TA. Survey of fatalities from skin testing and immunotherapy 1985-1989. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 1993 Jul;92(1):6-15. (doi: [10.1016/0091-6749\(93\)90030-J](https://doi.org/10.1016/0091-6749(93)90030-J))
14. Lockey RF, Benedict LM, Turkeltaub PC, Bukantz SC. Fatalities from immunotherapy (IT) and skin testing (ST). *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 1987 Apr; 79(4):660-677. (doi: [10.1016/S0091-6749\(87\)80164-1](https://doi.org/10.1016/S0091-6749(87)80164-1))
15. Novembre E, Bernardini R, Bertini G, Massai G, Vierucci A. Skin-prick-test-induced

- anaphylaxis. *Allergy*. 1995 Jun; 50(6):511-513.
(doi: [10.1111/j.1398-9995.1995.tb01187.x](https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.1995.tb01187.x))
16. Heinzerling L, Mari A, Bergmann KC, Bresciani M, Burbach G, Darsow U, Durham S, et al. The skin prick test – European standards. *Clinical and Translational Allergy* 2013;3:3.
(doi: [10.1186/2045-7022-3-3](https://doi.org/10.1186/2045-7022-3-3))
 17. Türk Dermatoloji Derneği- Deri prick testi http://turkdermatoloji.org.tr/media/files/file/Deri_Prick_testi.pdf (ET: 12.07.2019)
 18. Nelson HS, Knoetzer J, Bucher B: Effect of distance between sites and region of the body on results of skin prick tests. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 1996; 97(2):596-601.
(doi: [10.1016/S0091-6749\(96\)70304-4](https://doi.org/10.1016/S0091-6749(96)70304-4))
 19. Demoly P, Bousquet J, Manderscheid JC, Dreborg S, Dhivert H, Michel FB. Precision of skin prick and puncture tests with nine methods. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 1991;88(5):758-762.
([10.1016/0091-6749\(91\)90183-O](https://doi.org/10.1016/0091-6749(91)90183-O))
 20. Oppenheimer J, Nelson HS: Skin testing. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2006-; 96(2):6-12.
(doi: [10.1016/S1081-1206\(10\)60895-2](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)60895-2))
 21. Rhodius R, Wickens K, Cheng S, Crane J. A comparison of two skin test methodologies and allergens from two different manufacturers. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology* 2002; 88(4):374-379.
(doi: [10.1016/S1081-1206\(10\)62367-8](https://doi.org/10.1016/S1081-1206(10)62367-8))
 22. Konstantinou GN, Bousquet PJ, Zuberbier T, Papadopoulos NG. The longest wheal diameter is the optimal measurement for the evaluation of skin prick tests. *International Archives of Allergy and Immunology* 2010; 151(4):343-345.
(doi: [10.1159/000250443](https://doi.org/10.1159/000250443))
 23. Vohlonen I, Terho EO, Koivikko A, Vanto T, Holmen A, Heinonen OP. Reproducibility of the skin prick test. *Allergy* 1989;44 (8):525-531.
(doi: [10.1111/j.1398-9995.1989.tb04196.x](https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.1989.tb04196.x))
 24. Demoly P, Bousquet J, Romano A. In vivo methods for the study of allergy. *Middleton's Allergy - Principles and Practice*. Edited by: Adkinson NJ, Yunginger J, Busse W, Bochner B, Holgate S, Simons F. 2003, Philadelphia: Mosby, 430-439. 6
 25. Crobach MJ, Hermans J, Kaptein AA, Ridderikhoff J, Petri H, Mulder JD. The diagnosis of allergic rhinitis: how to combine the medical history with the results of radioallergosorbent tests and skin prick tests. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1998; 16(1): 30-36.
(doi: [10.1080/028134398750003377](https://doi.org/10.1080/028134398750003377))
 26. Öztürk S, Çimen M. Birinci Basamakta Atopik İnceleme Ne Zaman Yapılmalı? *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics* 2011;2(1):17-22.
 27. Sibbald B, Barnes G, Durham SR. Skin prick testing in general practice: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing* 1997;26(3):537-542.
(doi: [0.1046/j.1365-2648.1997.t01-14-00999.x](https://doi.org/0.1046/j.1365-2648.1997.t01-14-00999.x))



Review Article / Derleme Makale

Home Health Care

Evde Sağlık Hizmetleri

Yasemin Cayir^{*1}

ABSTRACT

Home health care is to provide of examination, treatment and rehabilitation services for patients who have become dependent on others in performing their daily living activities due to chronic or malignant diseases by a professional medical team in their home environment. Home health care is offered in a wide range, from baseline to addictive conditions due to neurological deficits, from chronic lung pathologies to terminal stage cancer patients, neonatal jaundice to advanced muscle diseases. The aim of home health services is to protect and improve the health of patients, to enable them to use their functional capacity at maximum level and to improve the quality of life of patients and caregivers. Family physicians who provide primary health care are responsible for identifying people who need home health care within their registered population and regularly visiting in their home. In this review, the definition, history and scope of home health services will be discussed.

Key Words: home health care, home care, family medicine

ÖZET

Evde sağlık hizmetleri, kronik ya da malign hastalıklar nedeniyle günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede başkalarına bağımlı hale gelmiş hastalara muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin kendi ev ortamlarında profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesidir. Evde sağlık hizmetleri, başta nörolojik defisitler nedeniyle oluşan yatağa bağımlılık durumları olmak üzere, kronik akciğer patolojilerinden, terminal dönem kanser hastalarına, yenidoğan sarılığından, ileri dönem kas hastalıklarına kadar geniş bir yelpazede sunulmaktadır. Evde sağlık hizmetlerinde amaç, hastaların sağlığını korumak, geliştirmek, fonksiyonel kapasitelerini maksimum düzeyde kullanmalarını sağlamak ile hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmaktır. Birinci basamakta sağlık hizmeti veren aile hekimleri kendilerine kayıtlı nüfusları içinde evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyacak kişileri belirlemekle ve düzenli aralıklarla ev ziyareti yapmakla sorumludur. Bu derlemede, evde sağlık hizmetlerinin tanımı, tarihçesi ve kapsamı üzerinde durulacaktır.

Anahtar Sözcükler: evde sağlık hizmetleri, evde bakım, aile hekimi

Received date / Geliş tarihi: 13.02.2019, **Accepted date / Kabul tarihi:** 25.11.2019

¹ Ataturk University Faculty of Medicine Department of Family Medicine, Erzurum- TÜRKİYE.

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Yasemin Cayir, Ataturk University Faculty of Medicine Department of Family Medicine, Erzurum-TÜRKİYE.

E-mail: dryasemincayir@yahoo.com

Cayir Y. Evde Sağlık Hizmetleri. TJFMPC, 2020;14(1): 147-152.

DOI: 10.21763/tjfm.693164

GİRİŞ

Türkiye'nin, önümüzdeki yıllarda tüm dünyada yaşlı nüfusun en hızlı artacağı ülkelerden biri olacağı öngörülmektedir. Türkiye'de 65 yaş üstü bireyler, toplam nüfusun %8'ini oluşturmaktadır. Ülkemiz için doğumda beklenen yaşam süresi 78 yıla çıkmıştır.¹ Yapılan araştırmalar, 1990'da bireylerin yaşamlarının %21'ini hastalıkla geçirirken, 2015 yılında bu oranın %31'e çıktığını göstermektedir. Günümüzde daha çok insan diyabet, kalp hastalığı, kronik solunum hastalıkları, kanser ve inmenin sonuçlarıyla yaşamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre ise sağlık harcamalarının %60'ı kronik hastalıkların tedavisinde kullanılmaktadır.^{2,3} Yaşlılık beraberinde getirdiği kronik hastalıklarla birlikte sağlık harcamalarındaki yükü de giderek artırmaktadır. Yaşlanan nüfus, hem sağlık harcamalarının hem de bakım ihtiyacının hızla artmasına neden olmaktadır. Bu artış bir çok ülkede geleceğe yönelik ciddi bir tehdit olarak algılanmaktadır.⁴

Diyabet, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların artması ile birlikte bağımlı ve engelli hasta oranı da artmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın hastalık yükü araştırmasına göre, toplam 22 milyon kronik hastalık sahibi birey bulunmaktadır ve nüfusumuzun %12,3'ünün engelli olduğu tahmin edilmektedir.¹ Toplumumuzda geleneksel kalabalık aile yapısının kaybolması, kadınların daha çok iş yaşamında yer alması gibi kültürel değişiklikler ise artan sayıdaki bağımlı ve engelli hastaların bakımını gündeme getirmiştir. Ayrıca kanser hastalarının tedavi imkanlarının artması ile yaşam süreleri uzamaktadır. Yapılan araştırmalar, bu hastaların terminal dönemlerini hastane ortamı yerine kendi ev ortamında ailesiyle birlikte geçirmeyi tercih ettiklerini göstermektedir.^{2,5}

Tüm dünyada olduğu gibi, Türkiye'de de yukarıda bahsedilen demografik, epidemiyolojik, sosyal ve kültürel değişiklikler sağlık hizmetlerinin yeniden şekillenmesine neden olmuştur. Bu gelişmeler doğrultusunda sağlık hizmetlerinin yeniden gözden geçirilmesi gerekmiştir. Nitekim 2012 yılında Sağlık Bakanlığı "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" ile evde sağlık hizmetlerinin (ESH) tüm devlet hastanelerinde kurularak yaygınlaşmasını sağlamıştır. Aile hekimleri de kendilerine kayıtlı nüfusları içinde, ESH'ne ihtiyaç

duyacak kişileri belirlemekle ve düzenli aralıklarla ev ziyareti yapmakla sorumludur.⁶

ESH, kronik ya da malign hastalıklar nedeniyle yatağa ya da eve bağımlı hale gelmiş hastalara kendi ev ortamlarında muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin ve aile bireylerine sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin bir bütün olarak profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesidir.^{5,6} DSÖ ise ESH'ni, kendi kişisel bakımını sağlama ve yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan, kişisel tercihlerini kullanma ve yaşamının devamını sağlama konusunda desteğe ihtiyaç duyan bireylere verilen hizmetler olarak tanımlamıştır.⁷

Aile hekimliğinde, kişi merkezli ve hastanın gereksinimine göre sürekli sağlık hizmeti sağlamak esastır.⁸ Dolayısıyla aile hekimliği uygulamalarında eve ya da yatağa bağımlı hale gelen hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin kesintiye uğramaması için, aile hekimleri kendilerine ulaşamayan hastalara ev ziyareti yaparak hizmetin devamlılığını korumalıdır. Yani ESH, aile hekimliğinde sürekli sağlık bakımı sağlayan önemli bir birinci basamak sağlık hizmeti modelidir.

Yaşlı bireylerin huzurevlerinde ya da hastanelerde uzun süreli bakımlarının hem tıbbi, hem de sosyal açıdan olumsuz sonuçları vardır. Bunun yerine bu bireylerin kendi sosyal çevrelerinde bakımı hem daha ekonomiktir, hem de yaşam kalitesini daha fazla artırmaktadır. Evde bakımın sadece sağlıkla ilgili değil, aynı zamanda sosyal ve emosyonel faydaları da görülmüştür.⁹

ESH'ne duyulan ihtiyacın bir diğer nedeni de hastaların beklenti ve tutumlarındaki değişikliklerdir. Günümüzde, sağlık hizmeti sağlayıcılarının verdiği hizmetler daha fazla sorgulanır olmuş ve sağlık hizmeti sağlayıcıları hizmet alanların istek ve beklentilerini karşılama konusunda daha duyarlı hale gelmiştir. Yaşlılıkta da sağlık hizmetlerini evde almayı tercih eden birey sayısı her geçen gün artmaktadır.⁷

Tüm bu bilgiler ışığında ESH'nin, değişen sağlık hizmeti anlayışının bir ürünü, değişen toplum özelliklerinin bir gereksinimi ve sağlıkta yeni bir hizmet modeli ihtiyacının bir sonucu olarak ortaya çıktığı söylenebilir.

TARİHÇE

Dünyada, ESH ilk kez hemşirelik hizmetleri şeklinde başlamıştır. İlk kapsamlı ESH

uygulamalarının 1947’de Amerika’da kurulan Montefiore Hastanesi’nde başladığı görülmektedir. Burada yeni taburcu olan hastalara evde iyileşme ve toparlanma için hastane destekli bakım sağlanmaktaydı. O yıllarda, oldukça yeni bir kavram olan ESH içerisinde özellikle hastaneden taburculuk sonrasında bireysel ihtiyaçlara uygun hemşirelik bakımına, rehabilitasyon terapilerine ve çeşitli sosyal hizmetlere ev ortamında erişim mümkündür. Bu sağlık hizmeti "duvarsız hastane" olarak anılmaktaydı.¹⁰ Günümüzde, İngiltere’de hasta-hekim görüşmelerinin %10’u evde gerçekleşmektedir. Hollanda’da bu oranın %8,5 olduğu görülmektedir. Kanada’da aile hekimlerinin yaklaşık %50’si haftada bir ESH vermek için ev ziyareti gerçekleştirmektedir. Burada verilen ESH’nin çoğu hemşireler tarafından verilmektedir. Yaşlı hekimler, genç hekimlere göre daha sık ev ziyareti yapmaktadır. Amerika ve Avrupa’da ESH alan hastalara kısa süreli rehabilitasyon hizmetleri, hastanede yatış sonrası yaklaşık üç aya kadar verilen bakım hizmetleri, fizik tedavi hizmetleri, kişisel bakım hizmetleri, teknik hemşire hizmetleri ve ergoterapi gibi bakımlar da verilmektedir.^{7,11}

Önceleri ESH ile evde bakım hizmetleri birbiri yerine kullanılmakta iken; son yıllarda bundan vazgeçilmiştir. Evde bakım hizmetleri, ESH’ne göre çok daha geniş bir hizmet olduğundan farklı bir anlam taşır. Evde bakım hizmetleri, özellikle yaşlı bireylerin sağlığını korumak ve yükseltmek, yeniden sağlığına kavuşturmak ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerine yardımcı olmak amacıyla sağlık ve sosyal hizmetlerin bir arada sunulmasıdır. Bireylere sunulacak banyo yapma, saç yıkama, elbise giyme, yemek yapma, ev temizliği ve bahçe işleri gibi hizmetler evde bakım hizmetleri başlığı altında yer almaktadır. Kısaca evde bakım hizmetleri, ESH’den farklı olarak yaşlılarda sosyal ve sağlık alanında her türlü bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasına olanak sağlar.^{12,13} ESH ise, evde bakım hizmetlerinin bir parçası olarak kişilere ev ortamında verilen her türlü sağlık hizmetlerini ifade eder.

Ülkemizde, profesyonel anlamda ESH sunumu 10 Mart 2005 tarihinde yayınlanan ve özel sağlık kuruluşları tarafından evde bakım hizmetleri verilmesine imkân sağlayan “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” ile başlamıştır. ESH’nin Türkiye’deki tarihsel gelişimine baktığımızda, 18 Ağustos 2005’te “Evde Bakım Derneği”nin kurulduğunu ve 2006’da “1.

Uluslararası Katılımlı Evde Bakım Kongresi”nin düzenlendiğini görmekteyiz. Yine 2006 yılında Denizli’de “Evde Bakım Hizmetleri Birimi” kurulmuş ve devlet tarafından verilen ilk ESH örneği olmuştur. Türkiye’de ESH’nin 1 Şubat 2010 tarihinde “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile tüm devlet hastanelerinde kurulmasıyla ivme kazandığı görülmüştür.¹⁴

KAPSAMI

ESH’de, üzerinde anlaşılmış bir uluslararası konsensüs olmadığından, her ülke kendi imkanları ve sosyokültürel özellikleri açısından aralıklı olarak güncelleyebileceği bir temel hizmet listesi oluşturmalıdır.¹⁷ Ülkemizde de ESH’nin kapsamı, sağlık çalışanlarının görev tanımı, yetkileri ve sorumlulukları ile ilgili tam bir standart geliştirilememiştir. Bununla beraber ESH hizmet kapsamı Sağlık Bakanlığı tarafından yatağa bağımlı hastalar, terminal dönem kanser hastaları, ileri derecedeki kas hastaları, kronik obstrüktif akciğer hastalığı gibi solunum sistemi hastalıkları, yeni doğan sarılıkları ve ağız ve diş sağlığı hizmetleri olarak belirlenmiştir. Bu kişilere verilecek ESH ekibinde sorumlu hekim dışında, hemşire, sağlık memuru, fizyoterapist, sosyal hizmetler uzmanı, yaşlı bakımı elemanı, psikolog, ergoterapist, diyetisyen ve şoför olmalıdır. ESH ekibinin, rutin sağlık hizmetlerinin yanı sıra hemşirelik hizmetleri, bireysel ihtiyaçlara uygun bakım planı oluşturma, solunum ya da beslenme problemlerinin çözümü, tıbbi cihaz temini ve kullanımının eğitimi, bakım verenlerin psikososyal problemleri, bası ülserlerinin önlenmesi ve tedavisi, doğru pozisyonlama ve bağımlılık derecesinin ölçümü gibi sorumlulukları vardır.^{6,14}

ESH deyince ilk akla gelmesi gereken hasta grubu yatağa bağımlı hastalardır. Özellikle, serebrovasküler olaylar sonrası gelişen motor bozukluklar (hemipleji ve tetrapleji) yetişkinlerde yatağa bağımlılığın en önemli ve en sık nedenlerinden birisidir. Bu hastalar ev ziyaretlerinde bilinç durumu, mental fonksiyonlar, yutma fonksiyonu, refleksler, konuşma, serebellar değerlendirme, sfinkter problemleri, motor ve duyuşal açıdan ve kas-iskelet sistemi açısından değerlendirilmelidir.¹⁸ KOAH’lı hastalarda ESH ile sigara bırakma danışmanlığı, pulmoner iritanlardan uzak durma, solunum egzersizleri, bronkodilatör ilaç ve cihazların kullanımına yönelik eğitimler mümkündür. Bu hastalarda özellikle pulmoner

rehabilitasyonda tecrübeli hemşirelerle hasta yakınların maksimum düzeyde hastayı yönetmesi ve yaşam kalitesinin artırılması sağlanabilir¹⁹. Terminal dönem kanser hastalarına verilecek ESH, rutin sağlık hizmetleri ve hemşirelik bakımı dışında kemoterapinin bulantı, kusma, ağrı, yorgunluk, depresyon ve anksiyete gibi emosyonel bozukluklar, febril nötropeni, kaşeksi ve beslenme problemleri gibi yan etkileri de kontrol altına almaya yönelik olmalıdır. İlerlemiş kas hastalıklarında, hastaya uygun ev içi düzenleme ve fizyoterapist eşliğinde ev içi fizyoterapi modaliteleri uygulanabilir. Burada amaç hastaların aynı özürüllük durumunda çok daha az bağımlılıkla yaşamını sürdürmesini sağlamak olmalıdır. Yenidoğan döneminin en sık görülen problemlerinden olan sarılıkta ESH kapsamında evde fototerapi uygulanabilir. Miadında doğan, sarılık dışında bir problemi olmayan ve sağlık ekibi ile işbirliği kurabilecek ailelerin bebeklerine evde güvenli ve etkili bir şekilde fiberoptik battaniye ile fototerapi uygulanabilir. Tüm bu bahsedilen durumların dışında, ESH alan hastaların ağız ve diş sağlığı problemleri de ESH kapsamında tedavi ve takip edilebilir.^{5,6}

ESH alan hastaların, başlıca sağlık problemleri arasında bası ülserleri yer almaktadır. Bası ülserleri en sık sakrum ve topuk olmak üzere hastanın kullandığı koltuk değneği, tekerlekli sandalye gibi yardımcı araçlara bağlı olarak farklı bölgelerde de olabilir. ESH ekibinin en önemli görevlerinden biri bası ülserlerinin önlenmesi ve mevcut bası ülserlerinin bakımının sağlanmasıdır. Öncelikle her ev ziyaretinde bası ülserleri çap, akıntı veya enfeksiyon varlığı, çevre dokuların

durumu açısından değerlendirilmelidir. Bası ülserleri oluştuğundan sonra tedavisi oldukça zordur ve multidisipliner bir ekip gerektirir. Bu nedenle bası ülserlerinin önlenmesi ESH veren ekibin temel sorumluluklarından olmalıdır. Bakım verenlere bası ülserlerinin önlenmesi ve lokal yara bakımı hakkında bilgi verilmelidir. Hastaya iki saatte bir yatakta yön değiştirilmesi, yatış ve oturma sırasındaki destek yüzeylerinin uygunluğu, basınç giderici özel yatakların kullanımı ile basıncın tüm yüzeye eşit dağıtılması, basınç azaltan manevraların uygulanması, çarşafın temiz ve ütülü olması, enfeksiyonların kontrolü, uygun beslenmenin sağlanması, kan şekeri yüksekliği, anemi gibi durumların tedavisi ile bası ülserlerinin oluşumu önenebilir. Haftada bir bası ülseri takibi, iki haftada bir ise iyileşme kontrolü yapılmalıdır. İyileşme belirtileri yoksa tedavi planı tekrar gözden geçirilmelidir.^{6,20}

AVANTAJLARI ve DEZAVANTAJLARI

ESH ile ilgili karşımıza çıkan ilk sorun ihtiyaç sahiplerine bu hizmetin yeterince ulaşamaması ve profesyonel bir sağlık ekibinin oluşturulamamasıdır. Öte yandan ESH'nin yaygınlaşması ile birlikte mevcut uygulamadaki olumlu yönlerin yanı sıra kontrol edilmesi gereken olumsuz yönler de dikkate alınmalıdır. Tablo 1'de ESH'nin avantajları ve dezavantajları sıralanmıştır. Tablo incelendiğinde ESH'nin hem hasta ve yakınları hem de sağlık çalışanları ve sağlık sistemi ile ilgili çok çeşitli avantajları olduğu gibi bazı yönleri ile de dezavantajları olduğu görülmektedir.^{15,16,21}

Tablo 1. ESH'nin Avantajları ve Dezavantajları	
Avantajları	Dezavantajları
Hasta özerkliğinin sağlanması	Yakın bir kontrol mekanizması kurmakta zorlanma
Hastanın yaşam kalitesinin artırılması	Özel yaşamın gizliliğinin zedelenmesi
Hasta uyumunun artırılması	Evde gelişebilecek komplikasyonların kontrolünde güçlükler yaşanması
Hastane başvurularının azaltılması	Multidisipliner yaklaşımın hastane dışında verilmesinde güçlük
Hastane enfeksiyonu riskinin azaltılması	Hastanelerin profesyonel ekip oluşturmada zorlanması
Sağlık giderlerinin azaltılması	Yalnızca ESH ile ilgilenebilecek sağlık çalışanı sayısının yetersiz olması
	Sağlık personelin kişisel güvenlik problemleri

SONUÇ ve ÖNERİLER

ESH, günümüz toplumunun değişen ihtiyaçlarına cevap olarak ortaya çıkmıştır. Ülkemizde yaşlı nüfusun artışı ile birlikte hem multimorbidite, hem de engellilik oranları da yükselmiştir. Bu durum ESH'nin gelecekte daha nitelikli ve yaygın bir şekilde verilmesini gerektirecektir. ESH bu alanda yetmiş profesyonel bir ekiple yürütülmeli, aile hekimleri de bu ekiple ortak çalışmalıdır. Nitelikli bir şekilde verilen ESH ile eve ya da yatağa bağımlı hastaların tüm tıbbi ihtiyaçlarının ev ortamında karşılanarak yaşam kalitelerini artırmak mümkündür. Ayrıca yatağa ve eve bağımlı hastaların ESH ihtiyaçlarının karşılanması ile hastanelerin iş yükünün azaltılması ve sağlık giderlerinin düşürülmesi de mümkün olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Tekin ÇS, Kara F. Dünyada ve Türkiye'de Yaşlılık. IBAD. 2018;3(1):219-29.
2. Onarcan M. Türkiye'de evde bakım hizmetleri ve ülke modeli için öneriler. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi. 2011;19. <http://www.sdplatform.com/Dergi/519/Turkiyede-evde-bakim-hizmetleri-ve-ulke-modeli-icin-oneriler.aspx>. Erişim Tarihi: 01-02-2019.
3. GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990-2013: Quantifying the epidemiological transition. The Lancet. 2015;386(10009):2145-91.
4. Popejoy LL, Stetzer F, Hicks L, Galambos C, Stetzer F, Popescu M, et al. Comparing Aging in Place to Home Health Care: Impact of Nurse Care Coordination On Utilization and Costs. Nurs Econ. 2015;33(6):306-13.
5. Çayır Y, Işık M. Terminal dönem kanser hastalarında evde sağlık hizmetleri. Smyrna Tıp Dergisi. 2012;2:87-9.
6. Çayır Y. Birinci basamakta evde sağlık hizmetleri: Neler yapabiliriz? Dicle Med J. 2013;40(2):340-4.
7. Tarricone R, Tsouros AD. Home Care in Europe. Copenhagen: World Health Organization; 2008. p.1-36.
8. McWhinney Ian R. Primary care core values: core values in a changing world. BMJ 1998; 317(7147): 1807-09.
9. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer ZC. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. Dicle Tıp Derg. 2011;38:57-65.
10. Montefiore Home Care: Where Caring Continues. <http://www.montefiore.org/home-care>. Erişim Tarihi: 01-02-2019.
11. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of Family Medicine. 3rd ed. New York, NY: Oxford University Press; 2009. p.363-374.
12. Çubukçu M, Yazıcıoğlu B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Kayıtlı Hastaların Değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2016;(4):325-31.
13. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Geriatri. 2002;5(4):155-9.
14. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 01.02.2010. Tarih ve 3895 Sayılı Makam Onayı. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11271/saglik-bakanliginca-sunulan-evde-saglik-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>. Erişim Tarihi: 01-02-2019.
15. Tan WS, Lee A, Yang SY, Chan S, Wu HY, Ng CW, et al. Integrating palliative care across settings: A retrospective cohort study of a hospice home care programme for cancer patients. Palliat Med. 2016;30(7):634-41.
16. Smith BM, Malay KA, Hawkins DJ. Basic statistics about home care updated. National Association for Home Care & Hospice. 2004. p.1-14.
17. Bilge U, Elçioğlu Ö, Ünalacak M, Ünlüoğlu İ. Türkiye'de Yaşlı Evde Bakım Hizmetleri. Euras J Fam Med. 2014;3(1):1-8.
18. Çayır Y, Fakirullahoğlu P, Özer Ö, Taştan K, Navruz M. Kuadriplejik bir olgu üzerinden evde sağlık hizmetleri. Genel Tıp Derg. 2014;24(Ek 2):39-42.
19. Alonso A. A new model for home care for COPD. Stud Health Technol Inform. 2004;103: 368-73.
20. Çayır Y, Avşar Ü. Z, Avşar Ü, Cansever Z, Khan AS. Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri.

Konuralp Tıp Dergisi. 2013;5(3):9-12.
21. Işık O, Kandemir A, Erişen M.A. Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan

Hizmetin Değerlendirilmesi.
Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.
2016;19(2):171-86.



Review Article / Derleme Makale

Drug Induced Taste and Smell Disorders

İlaçların Neden Olduğu Tat ve Koku Alma Bozuklukları

Mustafa Mert Başaran¹, Merve Bacanlı^{2*}

ABSTRACT

Odor and taste are important in vital functions. With taste-taking, human social life and dietary habits are affected all kinds. Besides, odor and taste have quite complex structures at the molecular level. It is claimed that most of the drugs used in the treatment of different diseases lead to disturbances in taste and smell as an undesirable effect. Changes in smell and taste sensations are not considered as medical necessity. This situation does not only cause the patient to live with taste or smell disorder, but also make person to be disaffected by the food and not to enjoy the social aspects of the person's life. The purpose of this review is to describe the effects of drugs on taste and smell sensations and to provide information about the drugs that can cause these effects.

Keywords: drug, taste, smell, olfactory disorder

ÖZET

Koku ve tat almanın yaşamsal fonksiyonlarda önemi büyüktür. İnsanın sosyal yaşantısı ve diyet alışkanlıkları; tat alma ile etkilenmektedir. Ayrıca tat alma duyusu ile koku duyusu yakın bir ilişki içindedir. Bu durumun nedeni koku ve tat duyusunun moleküler düzeyde oldukça karmaşık yapılara sahip olmasıdır. Farklı hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların çoğunun istenmeyen yan etki olarak tat ve koku duyusunda bozukluğa yol açtığı öne sürülmektedir. Koku ve tat duyularındaki değişiklikler tıbbi olarak gerektiği kadar dikkate alınmamaktadır. Bu durum, hem hastanın tat veya koku alma bozukluğu ile yaşamasına yol açmakta, hem de hastalar yemeklerden hoşnutsuz olmak, keyif alamamak gibi sosyal açılardan da olumsuz etkilenmektedir. Bu derlemenin amacı, ilaçların tat ve koku duyularında neden olduğu etkileri tanımlamak ve bu etkilere neden olabilecek ilaçlar hakkında bilgi sunmaktır.

Anahtar Kelimeler: ilaç, tat, koku, olfaktör bozukluk

Received date / Geliş tarihi: 13.09.2019, Accepted date/ Kabul tarihi: 07.01.2020

¹ Ufuk Üniversitesi Dr. Rıdvan Ege Hastanesi Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı Ankara, TÜRKİYE.

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eczacılık Fakültesi Farmasötik Toksikoloji Anabilim Dalı Ankara, TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Mustafa Mert Başaran, Ufuk Üniversitesi, Dr. Rıdvan Ege Hastanesi, Kulak, Burun ve Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara, TÜRKİYE.

E-mail: mbasaran88@gmail.com

Başaran MM, Bacanlı M. İlaçların Neden Olduğu Tat ve Koku Alma Bozuklukları. TJFMPC, 2020;14(1): 153-162.

DOI: [10.21763/tjfm.616997](https://doi.org/10.21763/tjfm.616997)

1. GİRİŞ

Koku ve tat almanın özellikle hayvanlarda beslenme, korunma ve üreme gibi yaşamsal fonksiyonlarda önemi büyüktür. İnsanlarda daha az gelişmiş gibi görünmekle birlikte tat alma ile insanın sosyal yaşantısı ve diyet alışkanlıkları her türlü etkilemektedir. Koku ve tat duyusu moleküler düzeyde de oldukça karmaşık yapılarla sahiptir. Koku ve tat duyularına, doğrudan reseptöre bağlanma, iyon kanalları veya siklik nükleotitler ve fosforile edilmiş inositol kullanan ikincil haberci sistemler aracılığıyla ortaya çıkan uyarıcı kimyasallara yanıt veren kemosenşöryel sinirler aracılık eder. Birkaç ilaç bu hücrel süreçleri artırır ve bu yüzden kemosenşasyon sırasındaki ani değişikliklerle ilişkilendirilir. Bu tür değişiklikler, tat ya da kokunun yokluğundan süregelen hayali tatlarla ve kişilerin sağlık uzmanlarından tavsiye almasına neden olabilecek rahatsız edici kokulara kadar etkileyebilmektedir.^[1]

Son 75 yılda, ilaç endüstrisinde çok sayıda yeni ilacın ortaya çıkmasıyla birçok hastalığın tedavisinde önemli ilerlemeler kaydedilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD), 1950 ve 2013 arasında Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) tarafından 1300'den fazla yeni ilaç onaylanmıştır.^[2] Bu ilaçlardan çoğunun da istenmeyen etki olarak tat ve koku duyusunda bozukluğa yol açtığı öne sürülmektedir. Klinik raporlar, ilaç referans kitapları, ilaç ekleri ve klinik çalışmalar, tat duyusunda bozukluğa neden olan 350'den fazla ilaç ve koku duyusunda değişikliğe neden olan 70'in üzerinde ilaç bulunduğunu göstermiştir.^[3-8]

Koku ve tat duyularındaki değişiklikler tıbbi olarak gerektiği kadar dikkate alınmamaktadır. Bu durum, sadece hastanın tat veya koku alma bozukluğu ile yaşamasına yol açmamakta, yemeklerden hoşnutsuz olmak, keyif alamamak gibi sosyal açılardan da kişinin hayatını olumsuz etkilemektedir. Kişilerin tat ve koku duyularındaki meydana gelebilecek bozulmalar; kişileri toksik etkenlere maruziyet, depresyon, anoreksi ve kilo kaybına karşı risk altında bırakmaktadır.^[9]

Bu derlemenin amacı, ilaçların tat ve koku duyularında neden olduğu etkileri tanımlamak ve bu etkilere neden olabilecek ilaçlar hakkında bilgi sunmaktır.

2. Tat Alma Duyusu

Tat tomurcukları, dilin ön kısmı, arka kısmı, damak ve epiglotta bulunan orofarengeal tat alanlarında bulunur. Tat uyarıcılarının, özel kimyasal uyarıcıların

özelliklerini kullanan birçok mekanizmayı içerdiği düşünülmektedir. Acı, tuzlu, tatlı, ekşi ve umami yani glutamat tadını almak amacıyla tat tomurcukları içerdikleri tada duyarlı hücreler vasıtasıyla algılama işlemini başlatmaktadır.

Dil üzerinde bu tat tomurcuklarının uyarılması ile tetiklenen gustatuar refleks ile tükürük bezleri aktive olarak sekresyon artışına neden olmaktadır. Özellikle umami ve ekşi tatların daha fazla sekresyona yol açtığı belirtilmiştir. Aynı zamanda acı tat duyusu dışında diğer tatların algılanması sırasında kan akımının da arttığı gösterilmiştir.^[10] Ardından gustatuar verilerin kaydı amacıyla prefrontal ve insular korteks işlev görmektedir. Özellikle insular korteks tat hafızası olarak görev yapmaktadır.^[11]

Tat tomurcukları üzerinde yaklaşık 50-100 adet ayrı ayrı yer alan tat hücreleri bulunmaktadır. Genel olarak üç tip hücre yer görev almaktadır. Tip 1 hücreler; tad tomurcuğunun yarısını oluşturmakta; transmitter aktivasyonu ve inaktivasyon için enzimler ile glutamat taşıyıcısı GLAST içermektedir.^[12] Tip 2 hücreler ise reseptör hücreleri olarak adlandırılmakta ve G protein bağlı tat reseptörleri ile acı, tatlı ve umami içeriklerinin iletiminden sorumludur. Tip 3 hücreler sinaptik hücre olarak da adlandırılmakta ve serotonin, norepinefrin içermekte ve GAD67 sentezi yaparak GABA biyosentezinde sorumlu olmaktadır.^[13]

Tat uyarıcıları tatlı ve acı gibi iyonik veya tuzlu ve ekşi gibi iyonik olmayan uyarıcılar şeklinde olabilir. İyonik reseptörlerden IR76b tuzlu tatların algılanmasında önemli bir göreve sahiptir. Aynı zamanda IR76b reseptörleri koku algılanmasında da rol oynamaktadır.^[14] Tatlı, acı ve umami tat duyuları G proteinine bağlı reseptörler ile uyarılma sonucunda iyon kanallarının açılarak depolarizasyona neden olmaktadır. Bu olay sırasında G-protein bağlı reseptörlerin TRPM5 kanallarının aktivasyonuna neden olarak etki ettiği gösterilmiştir.^[15] Ekşi ve tuzlu tatlar ise iyon kanallarını vasıtasıyla depolarizasyona neden olmaktadır.

Ekşi tatların aktivasyon potansiyelinin oluşmasında sodyum kalsiyum kanallarının rolü büyük olmakla beraber henüz tam olarak aydınlatılmış bir yolak bulunamamıştır. Ancak çalışmalar; intrasellüler ve ekstrasellüler proton aktivasyonu ile ilişkili olabileceğini belirtmektedir. Tuzlu tatların algılanmasında da sodyum klor kanallarının seçici geçirgen

olması ile beraber tat hücrelerinin bazolateral ve apikal uçlarındaki membranları üzerinde yer alan sodyumun transferi ile olabileceği belirtilmektedir. Sukroz tatlı duyusunda önemlidir. G protein bağlı reseptörlerin alt grubu olan T1 ve T2 reseptörler önemli rol oynamaktadır. Acı tatların algılanmasında ise; G protein bağlı reseptörlerin alt grubunda T2 reseptörler yer almakta olup umami tatlarının algılanmasında T1 ve T3 reseptörler görev almaktadır. G protein ile aktive olarak siklik adenosin monofosfat uyarımı gerçekleşerek hücre içi uyarılma başlar. Diğer bir yolak da inositol trifosfat uyarımı (IP3) ile hücre içi kalsiyum salınımı gerçekleşerek fosfolipaz C uyarımıdır. IP3 artması ve hücre içi kalsiyum artması depolarizasyonu tetiklemektedir. Tat hücrelerinin ekspres ettikleri G protein bağlı reseptörler sadece tatlı, acı olabilmektedir.^[16]

Tat alma duyularından gelen tat alma duyusu VII, IX, X. kranial sinirler boyunca beyin sapındaki çekirdeğe taşınır. Duyu daha sonra talamus ve kortekse iletilir. Tat alanları beyin sapında ve ön beyinde tanımlanmıştır.^[17]

3. Koku Alma Duyusu

Koku alma sırasında nazal kavitede yer alan koku ile ilgili kemoreseptör adı verilen özelleşmiş hücreler görev almaktadır. Bu noktalar sinir sisteminin çevre ile doğrudan teması olan ve sinir rejenerasyon yeteneğine sahip noktalarıdır. Olfaktör nöroepiteli olarak adlandırılan bu kısım; nazal kavitede kribriform lamina ile üst konka ve septumun üst kısmını kaplayan yaklaşık 2-4 cm²'lik bir alanda yer almaktadır. Bu aşamaya havanın sadece %10-15'lik kısmının ulaştığı belirtilmektedir. Bu epitelde koku için özelleşmiş sinir hücreleri, yabancı maddelere karşı koruma ve mukus üretimini düzenlemekten görevli olan destek hücreleri ile hücrelerin yenilenmesi için görev yapan bazal hücreler yer almaktadır. Koku alma ile özelleşmiş hücreler; çevre kirliliği ve toksik maddelere bağlı olarak yenilenme özelliği bulunan olfaktör nöronlar, moleküler düzeyde emilimi arttıran mikroviller hücrelerdir. Bu hücrelerden derinde, epitelin derin kısmında lamina propiada mukus salgılayan Bowman bezleri bulunmaktadır. Olfaktör bulbul mitral hücrelerin dendritleri arasında sinapslar oluşturarak olfaktör glomerüller oluşturmaktadır. Bu hücre sonları olfaktör kortekste sonlanmaktadır. Korteks içerisinde; koku verilerinin koordinasyonunu sağlayan ön olfaktör çekirdek, kokunun bilinçli algılanması ve koku ayırt edilmesi ile sorumlu priform korteks, olfaktör çıkıntı, koku uyarılarına yanıt vermeden sorumlu kortikomedial

amigdala ve koku belleği ile ilişkili transiyonel entorinal korteks yer almaktadır. Medial amigdala; beyinde yer alan, hem vomeronazal sinyal ve koku duyusunu ayarlamaktan sorumlu olmakta hem de sosyal davranıştan da sorumlu bir merkezdir.

Koku bağlayıcı proteinler (KBPLer) koku moleküllerinin derişimlerini artırır ve koku moleküllerinin reseptör hücrelere ulaşmasını ve reaksiyona girmesini sağlamaktadır. Bu proteinler G-protein reseptör ailesine dahildir. Bu ailede G-olf, G-s benzeri G proteinler de yer almaktadır. Koku moleküllerinin KBP'ye bağlanması ile iletim mekanizması başlamaktadır. KBP vasıtasıyla hücre içinde adenilat siklaz uyarılır ve ikincil haberci mekanizması uyarılmış olur. Bu mekanizma ile; siklik adenosin monofosfat (cAMP) miktarının artmasına neden olmaktadır. Böylelikle hücre içinde sodyum, potasyum, kalsiyum kanallarının açılmaktadır ve hücrenin depolarizasyonu meydana gelmektedir. Bu aşamada klor hücre dışına çıkmakta ve aktivasyon potansiyeli oluşmaya başlamaktadır. Membran bağımlı fosfolipaz enzim C aktivasyonu başlamaktadır. Bu enzimin aktivasyonu ile membranda yer alan lipid fosfatidilinositol 4,5-bifosfat hidrolize olur ve inozitol trifosfat (IP3) ve diasil gliserol (DAG) oluşarak iyon kanalları ve hücre içi kalsiyum depolarizasyonu etkiler. Koku bağlayıcı proteinler iletimde görev yapmalarının dışında reseptör koruyucu olarak da görev yaparlar ve böylelikle aşırı miktardaki kokunun reseptörlere ulaşmasını engelleyebilirler.

Olfaktör epitelinde çok sayıda G-proteinleri bulunmaktadır. G-s benzeri olan G-olf; adenilat siklaz aktivitesinde ve dolayısıyla da koku almada önemli bir göreve sahiptir. Reseptöre bağlanan koku molekülü ile birlikte adenilat siklazın aktive olması intrasellüler cAMP seviyesinde artmaya neden olmaktadır. Artan cAMP kalsiyum bağlı klor kanallarını aktive ederek klorun hücre dışı göçüne neden olmakta ve hücrede depolarizasyon meydana gelmektedir.

Koku ile ilgili koku alma teorileri de geliştirilmiştir. Bu teoriler arasında günümüzde en yaygın olanı koku molekülünün mukusta çözünerek reseptöre bağlandığı ve meydana gelen uyarının merkeze iletildiğidir. Olfaktör mukus hidrofiliktir; bu nedenle suda çözünebilir moleküller reseptörler ile etkileşime girmektedir. Hidrofobik moleküller ise bağlayıcı proteinler aracılığıyla suda çözünür hale getirilir ve derişimleri havadakinin binlerce katına çıkarılır. Olfaktör

sinirin uyarılması yani depolarizasyonu; G protein yolu ile cAMP veya IP3 yoluyla uyarılması ile oluşmaktadır. Titreşim teorisine göre reseptörler titreşim derecelerine göre aktive olabilmektedir. Bu teoride sıklıkla 2 kT altı veya 500 cm⁻¹ titreşim yayması gereklidir. Bu uyarılma sırasında G-protein bağlı adenilat siklaz mekanizması etkinleşmektedir. G-protein bağlı reseptörlerin; koku nöroepitellerine ve hidrofobik bölgeye sahip olduklarını bilinmektedir. Koku bağlayıcı sinirler (olfaktör reseptör nöronları); NADPH diaforaz olarak görev yapmaktadır. Bu nedenle metal bağlayıcı alanların varlığı uyarılma için oldukça önem taşımaktadır. Bu alanda önemli bir diğer element de çinkodur. Çinko; koku almada oldukça kritik bir yere sahiptir. Diyet, histidin veya kaptopril kullanımına bağlı olarak meydana gelebilecek çinko eksikliği durumlarında hızlı geri dönebilen anosmi meydana gelmektedir. Çinko proteinler arasında bağlantı kurarak alkol dehidrogenaz enzimi gibi elektron transfer enzimi olarak görev yapmaktadır. G-protein ile elektron transferi arasındaki adrenerjik reseptörlerde de çinko görev yapmaktadır. Çinko; G-protein ile g(olf) reseptörleri arasında disülfid bağ kurulmasına yardımcı olarak koku moleküllerinin reseptöre bağlanmasını sağlamaktadır.

Moleküller mukus içerisinde çözünmektedir. Yüksek oranda emilen kimyasallar düşük koku etkinliği oluşturmaktadır. Olfaktör alana ulaşan koku molekülleri kribriiform tabakadaki epitel üzerinde yer alan olfaktör nöron ile olfaktör bulbusa taşınır. Burada yer alan glomeruller yardımıyla olfaktör trakta ulaşmaktadır. Buradan anterior olfaktör nükleus, piriform korteks uyarılmaktadır.

4. Tat ve Koku Bozuklukları

Koku fonksiyonu ile ilgili herkes tarafından kabul edilen bir sınıflama bulunmamakla birlikte genel olarak şiddet ve formuna göre ve altta yatan lezyona bağlı bir sınıflama yapılmaktadır.

(i) Şiddet ve formuna göre koku bozuklukları

a. Koku alma hastalıkları

i. Normosmi: Normal fonksiyon

ii. Hiposmi: Koku alma yeteneğinde azalmadır.

iii. Anosmi: Koku alamamadır.

iv. Hiperosmi: Kokulara karşı duyarlılık artışıdır.

b. Kokuları algılama hastalıkları

i. Parosmi: Kokulu uyarandan farklı koku almadır.

ii. Fantosmi: Kokulu uyarandan farklı koku almadır.

iii. Kakosmi: Kokuyu kötü olarak algılamadır.

iv. Heterosmi: Kokuları birbirinden ayırt etme güçlüğüdür.

(ii) Altta yatan lezyona göre koku bozuklukları

a. İletim tipi

b. Sensöriyel tip

c. Nöral tip^[18]

Sinonazal hastalıklar, mukoza bozuklukları; iletim tipi koku bozukluklarına yol açmakta iken; toksinler, ilaçlar veya viral enfeksiyonlara bağlı sensöriyel koku bozuklukları olabilir. Tümör veya kitlelerin olfaktör traktusa bası yapması ile nöral tip koku bozuklukları görülebilmektedir.^[19] Sigara dumanı gibi solunum yolu ile alınan kimyasal toksinlerin, olfaktör epitelde değişikliklere yol açtığı bilinmektedir.^[20]

Tat duyusundaki bozukluklar ise niceliksel ve niteliksel bozukluklar olarak sınıflandırılmaktadır.

(i) Niceliksel tat bozuklukları

a. Aguzi: Tat duyusunun yokluğudur.

b. Hipoguzi: Tat alma duyarlılığında azalmadır.

c. Disguzi: Tat duyusunun bozulmasıdır.

d. Hiperaguzi: Tat duyusunda artıştır.

e. Seçici ageuzi/hipoguzi: Sadece belli bir tadın algılanması veya diğer tatlarla göre daha az algılanmasıdır.

(ii) Niteliksel tat bozuklukları

a. Paraguzi: Tat uyarınının yanlış algılanmasıdır.

b. Kakoguzi: Tatların kötü olarak algılanmasıdır.

c. Fantom tat: Sabit tat hissedilmesidir.^[21]

5. İlaçların Neden Olduğu Tat ve Koku Bozuklukları

İlaçların neden olduğu tat bozukluklarının sıklığı tam olarak saptanamamasına rağmen oldukça sık görüldüğü bilinmektedir. Bu

durum temel olarak belirtilerin kişilerin yapısından ve hastalığının tanımına, genellikle kafa karıştırıcı ve yanıtıcı olan açıklamasına bağlı olmasından kaynaklanmaktadır.^[1]

İlaçların neden olduğu tat ve/veya koku bozukluklarına ait olan mekanizmalar iki grupta sınıflandırılabilir: (i) birincil mekanizmalar, ilacın doğrudan etkisinden kaynaklanır (agonizm veya antagonizm gibi ilaç-reseptör etkileşimleri, afferent ve efferent nöronların hücre zarlarında aksiyon potansiyel yayılımını bozması, nörotransmitter fonksiyonun bozulması ve algılamayla ilişkili beyin bölgelerindeki nöral ağın bozulması) ; (ii) ikincil mekanizmalar, ilacın yan etkilerinden kaynaklanır. Örnek vermek gerekirse; kimyasalların algı alıcılarına erişiminin sınırlandırılması (mukoza kuruluğu, nazal konjesyonun artışı, tat alma tomurcuklarının kapatılması) ve algı reseptörlerinin kimyasal veya iyonik ortamının değiştirilmesi (mukus veya salya içeriğinin değişmesi) olarak belirtilebilir.^[22] İlaçların neden olduğu tat bozukluklarından en yaygın görüleni olan disguzi, tuzlu tadı algılayan iyon kanallarını içeren tat alıcılarının veya nöronların işlevsizliği veya siklik nükleosid ve inositol trifosfat içeren ikinci habercil sisteminin değişmesi nedeniyle oluşur. Bu durum dilde kalıcı metalik bir tada neden olur.^[1,23] Asetazolamid, amilorid, lityum ve tetrasiklinler gibi ilaçlar da aynı mekanizmayla disguziye neden olabilir.^[23] Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri, β -blokörler, penisilinler, metimazol ve propiltiourasil gibi sülfidril grubu taşıyan ilaçların kullanımı da çinko ve bakır eksikliğine yol açarak tat alma değişikliğine yol açabilir.^[24] Kaptopril ve lisinopril; lokal bradikinin düzeylerini artırarak da tatla ilgili değişiklikler oluşturabilir.^[25] Verapamil, diltizem ve nifedipin gibi kalsiyum kanal blokörleri de kalsiyum akışını bloke ederek tat vericilerin salınımını engeller ve tat hissini etkiler.^[26] Birçok diüretik de tat bozukluklarına neden olduğu bilinmektedir. Amilorid, asetazolamid, spironolakton ve furosemid gibi diğer diüretikler kötü tat oluşturması nedeniyle önemlidir.^[5,27] Sisplatin, metotreksat, siklofosfamid, doksorubisin, doksetaksel ve paklitaksel gibi antimetabolik ilaçlar da tat bozuklukları oluşturmaları açısından dikkat edilmesi gereken ilaçlardandır.^[5,28] Asiklovir, amantadin, proteaz inhibitörleri gibi antiviral ilaçlar da tat almayla ilgili sorun oluşturabilir. Benzer şekilde amitriptilin ve imipramin gibi antidepresanların da tat alma duyusunu etkiledikleri bildirilmiştir.^[5]

İlaçların çoğu hem hidrofobik hem de hidrofilik bileşenler içeren amfipatik bileşikler olduğundan, hücrenin fosfolipit zarlarında nüfuz edebilir veya birikebilir.^[29] Ayrıca, tat hücrelerinin fosfolipit zarının ilaçlar tarafından geçirgenliği, G proteinleri ve TRPM5 gibi zarın yan tarafının sitozolik yüzeyinde G-proteinleri ve TRPM5 gibi kinaz sinyal mekanizmaları ile etkileşime girerek tat sinyallerini değiştirebilir.^[30-32]

Sıvı formülasyonlarda (veya çiğnenmiş katı formlarda) oral yoldan alınan ilaçlar, dil üzerindeki tat alıcılarını ve yeme sırasında yemek borusunun ilk üçte birlik kısmını doğrudan uyarır. Yapılan bir çalışmada; psikotropik, kardiyovasküler, analjezik, antiinflamatuvar, antihistaminik, sedatif, antiemetik, antimikrobiyal ve antiviral ilaç gruplarından 62 ilacın dile lokal uygulamasının tat alma duyusuna olan etkileri incelenmiştir. Bu ilaçlardan büyük çoğunluğunun acı bir tadı olduğu, bazılarının ise metalik ve ekşi bileşenleri olduğu saptanmıştır. Tat eşikleri, antiviral bir ilaç olan sakonavir için 2.9 $\mu\text{mol/L}$ 'den (0.0029 mmol/L) insan immün yetmezlik virüsüne (HIV) karşı kullanılan bir ilaç olan didanosin için 24 mmol/L 'ye kadar değişmektedir. Hoş olmayan acı tatlar bile fizyolojik yan etkilere neden olabilir. Örneğin, sakonavirin tek dozu, sinirlilik ile ilişkili bir hormon olan plazma norepinefrin düzeylerini önemli ölçüde artırdığı bulunmuştur.^[4]

İlaçlar; bağırsaktan emildikten sonra ağız boşluğuna taşındıkları genel dolaşım ile acı tatları uyarabilir. Yani ilaçlar, emilim sonrası tat alıcılarını doğrudan aktive edebilecekleri lingual kan damarları ile difüzyondan sonra tükürüğe aktarılır. Bazı ilaçlar için, plazma ve tükürükteki konsantrasyonlar, acı tatlarını açıklayan tat eşikliğini aşabilir.^[8] İlaçların kronik kullanımlarında, acı bir tadı tetiklemek için yeterince yüksek seviyelerde alınmasıyla zamanla lezzet tomurcuklarında birikebilir. Tükürükte salgılanan ilaç tadlarının algılanmasında rol oynayan diğer bir faktör de ağız kuruluğudur. Özellikle yaşlı kişilerde hiposalivasyona yol açan ilaçlar sık kullanılmaktadır.^[33]

Oral yoldan kullanılan bazı ilaçlar, ağız boşluğu üzerindeki reseptörleri lokal olarak aktiveştirmesinden dolayı (ilişkili acı tat varlığında ya da yokluğunda) istenmeyen metalik tat ortaya çıkarabilir. Örnekler arasında antibiyotik olan enoksasin, nonsteroidal antiinflamatuvar fenoprofen ve kas gevşetici baklofen sayılabilir.^[7] Dental prosedürlerde kullanılan hemostatik Ankaferd Kanama

Durdurucu (ABS) gibi şifalı bitkiler ayrıca geçici metalik tat şikayetlerini ortaya çıkarabilir.^[34] Mineral takviyeleri lingual yüzeye temas ettiklerinde metalik tat meydana gelebilir.^[35] Metalik tadın, tat alıcılarının aracılık ettiği bir tat hissi olup olmadığı ya da oral kavite içindeki duyu sinir uçlarında bulunan geçici alıcı potansiyel katyon kanalı alt-ailesi V üyesi 1 (TRPV1) aktivasyonu ile indüklenen bir duyu olup olmadığı henüz belirlenmemiştir. TRPV1 geninde meydana gelen genetik polimorfizmler, muhtemelen hastalar arasındaki metalik tat algılama değişkenliğini açıklar.^[36]

Bazı ilaçlar oral yoldan ziyade intravasküler (i.v.) yoldan uygulandığında çok kısa süre içinde metalik veya acı tat duyularını indükleyebilir. Lokal anestezi ve antiaritmik lidokain, lokal anestezi ropivakain, demir preparatları, tirotropin salgılayan hormon, nikotik asit (B-vitamin) ve argininin (amino asit) i.v. enjeksiyonları metalik tat duyusunda artış şikayetlerine neden olabilir. Yarı sentetik safra asidi sodyum dehidrokolatın i.v. olarak tatlandırılması acı bir tat verir. "i.v. tat"tan sorumlu mekanizmalar tam olarak anlaşılmamıştır. i.v. yoldan verilen ilaçların metalik veya acı tatlar üretebileceği çok sayıda mekanizma vardır: 1) lingual epiteli bazolateral kısmından tükürüğe nüfuz etme, 2) tat hücrelerinin bazal taraftaki serbest sinir uçlarıyla etkileşime girme 3) apikal tat reseptörlerinin etkileşimiyle aktive edilen tat hücrelerinin içindeki sinyal mekanizmaları ile etkileşim.^[8]

Dilin epitel sodyum kanalını (ENaC) bloke eden diüretik amiloride maruz bırakılması, sodyum klorür (NaCl) ve diğer sodyum tuzları, lityum klorür (LiCl) ve sakaritler, glikozitler ve dipeptitler dahil olmak üzere tatlandırıcıların tat yoğunluğunu azalttığı saptanmıştır.^[3]

Önemli sayıda tat ve/veya koku duyusu bozukluğu, tek bir ilacın alınmasından ziyade, ikiden fazla ilacın birlikte kullanımı anlamına gelen polifarmasi kaynaklı ilaç etkileşimlerinin bir sonucudur.^[37] Polifarmasi durumunda, bir ilaç ile birlikte verilen ilacın biyoyararlanımını ve/veya farmakolojik etkilerini değiştirebilir. Yaşlı, kardiyovasküler hastalarla yapılan bir çalışmada; en fazla ilaç alan hastaların eşik seviyesinde en yüksek tat kaybına ve aynı zamanda en fazla değişen tat şikayetlerine sahip oldukları görülmüştür. Bununla birlikte ilaç-ilaç etkileşimleri sonucunda ilaç plazma düzeylerinin artışı tat bozukluklarına da neden olabilir.^[38]

İlaçların koku alma üzerine etkileriyle ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Elde edilen veriler, bazı ilaçların hipozmiye neden olabileceğini göstermektedir.^[8] Bununla birlikte, bazı ilaç türlerinin de kokulara duyarlılığı artırdığı bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada, 18-92 yaş arası 1006 hastaya, 12 maddelik bir koku tanımlama testi yapılmış, α_{A1} adrenerjik blokajı hedefleyen ilaç kullanan kişilerin, hafif ama önemli ölçüde daha yüksek koku skorları olduğunu bulunmuştur. Ayrıca, levotiroksininin daha iyi bir koku skoruyla da ilişkili olduğu gösterilmiştir. N-metil-D-aspartat (NMDA) antagonisti karoverinin, n-bütanol kokusuna karşı duyarlılığının ve kokuları teşhis etme yeteneğinin artmasına neden olduğu ve metakolinin de koku duyarlılığını artırdığı rapor edilmiştir.^[39]

Makrolit grubu antibiyotiklerin sistemik kullanımları hem nazal hem de salya salgılarına erişebilir.^[40] Bu durumda, tat ve koku alıcılarının doğrudan uyarılması veya tükürük tadında bir değişiklik söz konusu olabilir.^[17]

Özetlemek gerekirse koku bozukluğuna yol açan ilaçlar; anksiyete ve depresyon için kullanılan alprazolam, amitriptilin, buspiron, desipramin, doksepin, flurazepam, imipramin, klomipramin, lityum, nortriptilin; epilepsi, migren ve santral sinir sistemini etkileyen ilaçlardan amfetamin, antikolinergik, dihidroergotamin mesilat, eszopiklon, fenitoin, karbamazepin, klozapin, levodopa, metilfenidat, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan, topiramet, trifluoperazin, zolpidem yer almaktadır.

Antimikrobiyal ilaçlardan amantadin, ampisilin, asiklovir, azitromisin, siprofloksasin, klaritromisin, enoksasin, etambutol, gansiklovir, griseofulvin, interferon, metronidazol, ofloksasin, oseltamivir, pirodavid, sulfametoksazol, terbinafin, tetrasiklin, tikarsilin, zalsitabin ilaçlar koku almada bozukluğa neden olabilmektedir.

Antienflamatuar ilaçlardan da auranofin, beklometazon, budenosid, kolşisin, deksametazon, flunisolid, flutikazon propiyonat, altın, penisilamin koku üzerinde etkili olabilmektedir. Klorfeniramin, loratadin, psödoefedrin gibi antihistaminikler de koku almayı etkileyebilmektedir.

Kardiyolojik ilaçlardan antihipertansif, antilipidemik etkili olanlardan amiodaron, amilorid, asetazolamid, atorvastatin, bepridil, betaksazol, kaptopril, diltiazem, enalapril, fluvastatin, hidroklorotiyazid, losartan,

lovastatin, nifedipin, nisoldipin, nitrogliserin, propafenon, pravastatin, propranolol, spironolakton, tokainid ilaçlarıdır. Kas gevşetici olarak anesteziye kullanılan baklofen, dantrolen; bronkodilatör olarak verilen bitolterol, pirbuterol; tiroid bozukluklarında sıklıkla kullanılan karbimazol, levotiroksin sodyum ve ilişkili bileşikler, propiltiourasil, tiamazol koku almayı da etkiledikleri bildirilmiştir.

Antineoplastik ilaçlardan doksorubisin, fluorourasil, karboplatin, levamisol, metotreksat, siklofosfamid, sisplatin, tegafur, vinkristin koku bozukluklarına yol açmaktadır.

6. Tat ve Koku Alma Bozukluğu Olan Kişilerde Klinik Tanı

Genel olarak kişilerin tıbbi öyküleri alınarak tatlı, tuzlu, ekşi ve acı tatları nasıl duyumsadıklarını değerlendirmeleri istenir. Öykü alımını takiben kolay tedavi edilebilir sorunları dışlamak için kapsamlı oral kavite ve dişlerin değerlendirmesi yapılır. Yumuşak dokular, periodontal kemik ve dişlerin incelemesi yapılır. Kişilerdeki tat alma niteliği ve miktarını kontrol etmek amacıyla bazı uyarılar kullanılır. Tuzlu algısını test etmek için sodyum klorür, tatlı algısını kontrol etmek için sukroz, ekşi algısını test etmek için sitrik asit, acı algısını kontrol etmek için kahve bunlardan bazılarıdır. Tat algısı değerlendirmesi için ağız her iki tarafında değerlendirme yapılmalıdır.^[17]

Tat algısı eşiklerini tanımak için, büyüklük eşleştirme ve uzamsal test olmak üzere iki test yöntemi kullanılır. Büyüklük eşleştirme; normal olarak değerlendirilen bir duyunun (genellikle işitme duyası kullanılmaktadır) eşik değerlerinin etkilenmiş bir duyu olan tat duyası ile karşılaştırılmasıdır. Uzamsal testte lezzet fonksiyonu dilin çeşitli bölgelerinde ve ağız boşluğunda ölçülür.^[17] Kimyasal uyarı vererek yapılan kemogustometri veya elektrik uyarı vererek yapılan elektrogustometri testleri mevcuttur. Enjektör, damlalık veya mikropipetler ile maddeler tükürerek veya yutarak tattırılır. Bu vesileyle özellikle elektrogustometri ile 7. kranial sinir (ön fungiform papilla, ön folat papilla ve yumuşak damak); 9. kranial sinir ile innerve edilen sirkumvallat ve posterior folat papilla, 10. kranial sinir ile epiglot ve özafagal yüzey innervasyonu gözlemlenebilir.^[41] Tat alma testleri de giderek azalan konsantrasyon yöntemleriyle yapılmaktadır. Settle ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada 14 maddenin azalan konsantrasyonlarıyla yapılan uygulamadan 12

ve daha fazla tadın doğru tanımlanmasını istatistiksel olarak anlamlı bulmuşlardır.^[42] Elektrogustometri, zayıf bir elektriksel uyarıcı kullanarak tada bağlı rahatsızlıkları tanımlamak için kullanılan başka bir araçtır. Ancak, ekşi tat değerlendirmesinde daha faydalıdır.^[17] Elektrogustometri ayrıca Bell paralizi ve Ramsay Hunt sendromunda ve tonsillektomi, kemoterapi, diyabet komplikasyonları ve korda timpani cerrahisi yapılan hastaların değerlendirilmesinde de kullanılabilir. Her iki yöntemde de uyarıların cinsiyet, yaş, sigara kullanımı gibi bireysel faktörlere bağlı olduğu belirtilmiştir.^[41] Diğer tat tanımlama testleri ise sukroz, sodyum klorid, kafein, sitrik asit gibi maddelerin selüloz ile kombine edilerek mikropipet yardımıyla sol, sağ, anterior ve posterior dil kısımlarına verilmesi ile test edilmesi prensibine dayanmaktadır. Bir diğer yöntem de tat stripleri kullanılarak tatların bir parça kağıt üzerine damlatılması ile kağıdın sol, sağ dil önüne konması prensibine dayanmaktadır.

Başka bir test, gerçek uyarı ve hayali tat arasındaki farkı ayırt etmektir. Gerçek tat duyasını ortadan kaldırmak için lokal etkili anestetik kullanılır ve hayali tat olması durumunda sorun daha fazla fark edilir.^[17]

Bilgisayarlı tomografi (BT) taraması veya manyetik rezonans görüntüleme (MRG) gibi nörogörüntüleme teknikleri, yapısal beyin hastalıklarını ve kranial sinirlerin hastalıklarını değerlendirmek için yardımcı olacaktır.^[17]

7. İlaçların Neden Olduğu Tat ve Koku Bozukluklarının Tedavisi

Yüzlerce ilaç diğer medikal tedavilerle birlikte veya tek başına tat bozukluklarının tedavisinde kullanılabilir. Medikal tedavilerin yaklaşık %5'inde koku bozuklukları görülmüş olmasına ^[7] rağmen insomniya tedavisinde kullanılan eszopiklon tedavisinde bu yan etki %66 oranında belirtilmiştir.^[43] Ayrıca geriatri yaş grubunda olan hastalarda ilaç kullanımına bağlı olarak tat bozukluklarının görülme sıklığının 4,4 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. İleri yaş ile hiçbir tedavi kullanmayan kişilerde dahi tat ve koku bozukluklarının görülme sıklığının arttığı da bildirilmiştir.^[8]

Tat ve koku bozukluklarının standart bir tedavisi henüz bulunmamıştır. Ancak tat ve koku alma bozukluklarının etyolojisinde ilaç veya ilaç etkileşimi yer aldığına ilaç tedavisinin kesilmesi zamanla duyarının geri dönmesini sağlamaktadır. Özellikle kanser

tedavisinde kullanılan antiproliferatif ilaçlar dildeki tat ve burundaki koku reseptör hücrelerinin döngüsünü etkileyerek şikayetlere yol açmaktadır. Sık karşılaşılan bu durumlarda ilaçların bitirilmesini beklemek hasta açısından en yararlı olacağından bu yan etkileri tolere edebilir olarak değerlendirilmesi gereklidir.

Çinko; sülfür hidrojen grubu ile etkileşime girebildiğinden, A vitamini ve B3 (niazin) vitamini eksikliklerinde meydana gelebilecek koku ve tat bozukluklarının tedavisinde kullanılabilir.^[8]

Tatlandırıcılar kişilerin hayat kalitesini arttırabilmeleri nedeniyle önerilmektedir; ancak yapay organofosfat yapılı olan sukraloz ilaçların yan etkilerini arttırabildiğinden kesilmelidir. Tatlandırıcıların tükürük akışını arttırdığı, immunoglobulin A sentezini arttırabildiği, lenfosit oranlarını arttırabildiği de bildirilmiştir. Ayrıca hastalara daha çok sakız çiğnemeleri gerektiği söylenmeli ve sakız çiğnenmesinin, sodyum bikarbonat ile ağız bakımı yapılmasının geçici çözümler sağladığı belirtilmektedir.^[8]

Öte yandan topikal ve sistemik kortikosteroid tedavilerinin de verilebileceği belirtilmektedir. Ancak özellikle sistemik steroid tedavisinin uzun süre kullanım gerektirmesi, olası yan etkilerinden dolayı pek önerilmemektedir. Bu durum topikal steroid tedavisinin kullanımını sıklaştırırsa da üst nazal pasajda mevcut olan koku alanlarına etki edemeyeceğinden etkisiz olabilmektedir. Öte yandan tuzlu su spreylerinin de verilebileceği bildirilmiştir.

Koku eğitimi özellikle üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası, travmatik veya idiyomatik kökenli koku bozukluklarına verilebilmektedir. Koku eğitiminin bu tip hastalarda etkili olduğu belirtilmiş olsa da ilaç toksik etkisine yönelik tedavi ediciliği henüz ispatlanamamıştır.^[44]

8. İlaçların Neden Olduğu Tat ve Koku Bozukluklarının Sonuçları

Hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği ve proteinüri ile birlikte seyreden diyabeti olan hastalar disgezi geliştirdiğinde, dildeki istenmeyen tat, yemeğin normal tadını maskeler. Tattaki bu değişimler beslenme alışkanlıklarına etki etmektedir. Azalan tuz algısı, tuz tercihinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Hipertansiyonu olan bireyler için, tuz algısındaki bu kayıp, düşük tuz diyetine uymayı zorlaştırabilir. Aynı şekilde tatlı tat algısındaki değişiklikler, diyabetli yetişkinlerin fazla sakaroz tüketmeye daha yatkın hale gelmesine yol açabilir. Bu

nedenle, etkilenen hastalar sağlıklarını ve iyileşmelerini olumsuz yönde etkileyecek daha fazla miktarda tuz ve/veya şeker alma eğiliminde olabilir.^[23]

9. Sonuç ve Tartışma

Giderek artan sayıda ilaç kullanımını nedeniyle bu ilaçların istenmeyen ya da doğrudan etkileri nedeniyle tat ve/veya koku bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle, koku ve tat bozukluklarına neden olabilecek ilaçların bilinmesi ve ilaçların etkilerine karşı önlemlerin alınması oldukça önemlidir. Özellikle ilaçların neden olduğu tat ve koku bozukluklarının tanısının daha erken koyulması, bozukluklar ortaya çıkmadan önlem alınması ve/veya bozukluklar ortaya çıktıktan sonra bozukluğu gidermek için gerekli tedavi yöntemleri hakkında daha kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

10. KAYNAKLAR

1. Ackerman BH, Kasbekar N. Disturbances of taste and smell induced by drugs. *Pharmacotherapy*. 1997; 17(3): 482-496.
2. Kinch MS, Haynesworth A, Kinch SL, Hoyer D. An overview of FDA-approved new molecular entities: 1827–2013. *Drug Discovery Today*. 2014; 19(8): 1033-1039.
3. Schiffman S. Taste and smell in disease. Part I and Part II. *N The New England Journal of Medicine*. 1983; 38: 1275-1279.
4. Schiffman SS, Zervakis J. Taste and smell perception in the elderly: Effect of medications and disease. *Advances in Food and Nutrition Research*. 2002; 44: 247-346.
5. Doty RL, Shah M, Bromley SM. Drug-induced taste disorders. *Drug Safety*. 2008; 31(3): 199-215.
6. Lötsch J, Knothe C, Lippmann C, Ultsch A, Hummel T, Walter C. Olfactory drug effects approached from human-derived data. *Drug Discovery Today*. 2015; 20(11): 1398-1406.
7. Schiffman SS. Influence of drugs on taste function. *Handbook of Olfaction and Gustation*. 2015: 911-926.
8. Schiffman SS. Influence of medications on taste and smell. *World Journal of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2018; 4(1): 84-91.

9. Mann, NM. Management of smell and taste problems. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2002; 69(4): 329-336.
10. Satoh-Kuriwada S, Shoji N, Miyake H, Watanabe C, Sasano T. Effects and Mechanisms of Tastants on the Gustatory-Salivary Reflex in Human Minor Salivary Glands. *Biomed Res Int*. 2018; 3847075.
11. Kobayashi M, Sasabe T, Shigihara Y, Tanaka M, Watanabe Y. Gustatory Imagery Reveals Functional Connectivity from the Prefrontal to Insular Cortices Traced with Magnetoencephalography. 2011; 6(7): e21736.
12. Bartel DL, Sullivan SL, Lavoie EG, Sévigny J, Finger TE. Nucleoside triphosphate diphosphohydrolase-2 is the ecto-ATPase of type I cells in taste buds. *Journal of Comparative Neurology*. 2006; 497(1):1-12.
13. Vandenbeuch A, Tizzano M, Anderson CB, Stone LM, Goldberg D, Kinnamon SC. Evidence for a role of glutamate as an efferent transmitter in taste buds. *BMC Neuroscience*. 2010; 11: 77.
14. Hussain A, Zhang M, Ucounar HK, Svensson T, Quillery E, Gompel N, Ignell R, Kadow CG. Ionotropic Chemosensory Receptors Mediate the Taste and Smell of Polyamines. *PLoS Biology*. 2016; 14(5): e1002454.
15. Zhang Y, Hoon MA, Chandrashekar J, Mueller KL, Cook B, Wu D, Zuker CS, Ryba NJ. Coding of sweet, bitter, and umami tastes: different receptor cells sharing similar signaling pathways. *Cell*. 2003; 112(3): 293-301.
16. Roper SD. Signal transduction and information processing in mammalian taste buds. *Pflugers Archiv*. 2007; 454(5): 759-776.
17. Naik BS, Shetty N, Maben E. Drug-induced taste disorders. *European Journal of Internal Medicine*. 2008; 21(3): 240-243.
18. Çırpar Ö, Muluk NB, Arıkan OK. Koku Bozuklukları. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi* 2012; 4(1): 37-44.
19. Doty RL, Bromley SM, Panganiban WD. Koku Alma Duyusu ve Fonksiyon Bozuklukları. Bölüm 21; Baş & Boyun Cerrahisi Otolarengoloji. eda Bailey BJ, Johnson JT, Newlands SD. Çeviri ed. Korkut N. 4. Baskı; 2011; Ankara, Güneş Tıp Kitabevi
20. Schwartz BS, Doty RL, Monroe C, et al. Olfactory function in chemical workers exposed to acrylate and methacrylate vapors. *Am J Pub Health*. 1989;79:613-18.
21. Kurtuldu E, Miloğlu Ö, Derindağ G, Özdoğan A. Tat Duyu Bozukluklarına Genel Bakış. *Atatürk Üniversitesi Dış Hekimliği Fakültesi Dergisi*. 2018; 28(2): 277-283.
22. Tuccori, M, Lapi F, Testi A, Ruggiero E, Moretti U, Vannacci A, Bonaiuti R, Antonioli L, Fornai M and Giustarini G. Drug-induced taste and smell alterations. *Drug Safety*. 2011; 34(10): 849-859.
23. Loesche W, Bromberg J, Terpenning M, Bretz W, Dominguez B, Grossman N, Langmore S. Xerostomia, xerogenic medications and food avoidances in selected geriatric groups. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1995; 43(4): 401-407.
24. Jackson B, Maher D, Matthews P, McGrath B, Johnston CI. Lack of cross sensitivity between captopril and enalapril. *Australian and New Zealand Journal of Medicine* . 1988; 18(1): 21-27.
25. Ljunggren Ö, Fredholm BB, Nordstedt C, Ljunghall S, Lerner UH. Role of protein kinase C in bradykinin-induced prostaglandin formation in osteoblasts. *European Journal of Pharmacology: Molecular Pharmacology*. 1993; 244(2): 111-117.
26. Coulter DM. Eye pain with nifedipine and disturbance of taste with captopril: a mutually controlled study showing a method of postmarketing surveillance. *British Medical Journal*. 1988; 296(6629): 1086-1088.
27. Briggs, E. Taste disturbances related to medication use. *The Consultant Pharmacist*. 2009; 24(7): 538-543.
28. Strasser F, Demmer R, Böhme C, Schmitz SFH, Thuerlimann B, Cerny T, Gillessen S. Prevention of docetaxel-or paclitaxel-associated taste alterations in cancer patients with oral glutamine: a randomized, placebo-controlled, double-blind study. *The Oncologist*. 2008; 13(3): 337-346.
29. Chen J, Korostyshevsky D, Lee S, Perlstein EO. Accumulation of an antidepressant in vesiculogenic membranes of yeast cells triggers autophagy. *PLoS One*. 2012; 7(4): e34024.

- 30.** Zubare-Samuelov M, Shaul ME, Peri I, Aliluiko A, Tirosh O, Naim M. Inhibition of signal-termination-related kinases by membrane-permeant bitter and sweet tastants: potential role in taste-signal termination. *American Journal of Physiology-Cell Physiology*. 2005; 289(2): C483-C492.
- 31.** Naim M, Shaul ME, Spielman AI, Huang L, Peri I. Permeation of Amphipathic Sweeteners into Taste-Bud Cells and Their Interactions with Post-Receptor Signaling Components: Possible Implications for Sweet-Taste Quality. *Sweetness and Sweeteners*, American Chemical Society. 2008; 979: 241-255.
- 32.** Gao N, Lu M, Echeverri F, Laita B, Kalabat D, Williams ME, Hevezi P, Zlotnik A, Moyer BD. Voltage-gated sodium channels in taste bud cells. *BMC Neuroscience*. 2009; 10(1): 20.
- 33.** Persson RE, Izutsu KT, Truelove EL, Persson R. Differences in salivary flow rates in elderly subjects using xerostomatic medications. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*. 1991; 72(1): 42-46.
- 34.** Ercetin S, Haznedaroglu IC, Mevlut K, Aktaş A, Goker H, Ozdemir O, Kirazlı S, Fırat HC. Safety and efficacy of Ankaferd Blood Stopper in dental surgery. *International Journal of Hematology and Oncology*. 2010; 27(4): 001-005.
- 35.** Riera CE, Vogel H, Simon SA, Coutre J. Artificial sweeteners and salts producing a metallic taste sensation activate TRPV1 receptors. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*. 2007; 293(2): R626-R634.
- 36.** Xu H, Tian W, Fu Y, Oyama TT, Anderson S, Cohen DM. Functional effects of non-synonymous polymorphisms in the human TRPV1 gene. *American Journal of Physiology-Renal Physiology*. 2007; 293(6): F1865-F1876.
- 37.** Schiffman SS. Effects of aging on the human taste system. *Annals of the new york Academy of Sciences*. 2009; 1170(1): 725-729.
- 38.** Schiffman SS. Critical illness and changes in sensory perception. *Proceedings of the Nutrition Society*. 2007; 66(3): 331-345.
- 39.** Lötsch J, Daiker H, Hähner A, Ultsch A, Hummel T. Drug-target based cross-sectional analysis of olfactory drug effects. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 2015; 71(4): 461-471.
- 40.** Del ABR, Nobre GF, Baglie S, Lopes RM, Simões R, Rosalen P, Franco L, Moreno R, Abib JE, Groppo F. A PK/PD approach on the effects of clarithromycin against oral and nasal microbiota of healthy volunteers. *International journal of clinical pharmacology and therapeutics*. 2009; 47(2): 96-103.
- 41.** Doty RL. Measurement of chemosensory function. *World Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery*. 2018; 4(1): 11-28.
- 42.** Settle R.G. The alcoholic's taste perception of alcohol: preliminary findings. *Alcohol Research:Current Reviews*. 1979; 5: 257-267.
- 43.** Doty RL, Treem J, Tourbier I, Mirza N. A double-blind study of the influences of eszopiclone on dysgeusia and taste function. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2009; 94: 312e318.
- 44.** Altundag A, Cayonu M, Kayabasoglu G, Salihoglu M, Tekeli H, Saglam O, Hummel T. Modified olfactory training in patients with postinfectious olfactory loss. *Laryngoscope*. 2015; 125(8):1763-6.