

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

Original Research

Evaluation of Health Related Quality of Life, Healthy Lifestyle Behaviors and Weight Loss Interventions According to Body Mass Index in Adults

Attitudes of Adult Patients Applying to Family Medicine Outpatient Clinic on Healthy Nutrition

Factors Affecting Overweight and Obesity among Urban Adults: A Case of Samsun Province, Turkey

Rational Use of Medicines by Mothers Having Children Under Five Years Old and Factors Affecting Their Medication Use

Determination of Women's Genital Hygiene Behaviors

Standard or Population Specific Skin Patch Test Series? Results of 615 patients with a pre-diagnosed of Allergic Contact Dermatitis

Determination of Breastfeeding Behaviors and Infant Feeding Attitudes of Mothers with 4-6 Months Old Baby

Evaluation of Potential Drug-drug Interactions in the Prescriptions in Outpatient Settings

Evaluation of Clinical and Microbiological Features of Vulvovaginitis in Prepubertal Girls

Evaluation of Women's Received Postpartum Care Services From Family Practitioners

Missed Opportunities in Adolescent Health: An Overview From Turkey

Determination of Beck Depression Inventory Scores of the Patients in a Hemodialysis Center: Evaluation with a Holistic Approach

Identification of Women's Attitudes towards Early Diagnosis of Cervical Cancer

Birth Control Methods Used by Men and Their Attitudes towards the Male Birth Control Pill

Evaluation of Patients' Attitudes Towards Using Patient Rights

Evaluation of Anxiety Levels and Sleep Quality of Family Members Providing Home Care Services: A Case-Control Study

Nutrition, Health Behaviour Changes, and Eating Behaviours of Adults During the COVID 19 Pandemic Period

Evaluation of zona zoster cases occurring in cancer-diagnosed patients

Relation Between the Characteristics of the Mother, The Gestation and The Prenatal Attachment

Physicians' antibiotic prescription behaviors in patients with sore throat: a comparison of family physicians and ENT doctors

Evaluation of Contraceptive Methods Used by Married Women of Reproductive Age

Review

Examination of the menopausal period according to Meleis' Theory of Transition

The Importance and Use of Spirituality in Family Counseling

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

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)
Ruhuşen Kutlu (NE Üniversity, Turkey)
Ümit Aydoğan (Sağlık Bilimleri University, Turkey)
Rıza Çitil (Gaziosmanpaşa University, Turkey)
Nil Tekin (Narlıdere Huzur Evi, Turkey)
Çiğdem Gereklioğlu (Cukurova University, Turkey)
Tamer Edirne (Pamukkale University, Turkey)
Derya İren Akbıyık (Hitit 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)
Yusuf Çetin Doğaner (SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi)
Çiğdem Gereklioğlu (Cukurova University, Turkey)

Turkish Language:

Hatice Kurdak (Çukurova University, Turkey)
Yusuf Ziya Halefoğlu (Çukurova University, Turkey)
Berrin Telatar (İstanbul Bilim University, Turkey)
Onur Dursun (Cukurova University, Turkey)
Filiz Yıldız (Cukurova University, Turkey)
Gülçilem Güneş (Çukurova University, Turkey)
Eda Ercan (Cukurova University, Turkey)

Typesetting Editors

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

Web Editors

Web Application:

Yücel Uysal (Mersin University, Turkey)
Bora Gönen (DNA Arge Engineering, Turkey)
Umutean Yıldırım (Çukurova University, Turkey)

Graphic Design:

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

Editorial Board

Abdullah Sariöz
Abdülkadir Kaya
Ali Timuçin Atayoğlu
Ahmet Barış Güzel
Ahmet Muhtar Şengül
Ali Batuş
Ali Deniz
Ali Güneş
Ali Rıza Şişman
Aliye Mavili
Aliye Mandıracıoğlu
Altan Eşşizoğlu
Anıl Tombak
Arda Yılmaz
Arzu Uzuner
Arzu Yıldırım
Aslı Uçar
Aslıhan Ulu
Asya Banu Babaoğlu
Asuman İnan
Ayça Şolt Kırcı
Aydan Gülsüm Genç
Ayfer Gemalmaz
Ayla Uzunççek
Aylin Yalçın İrmak
Aynur Çetinkaya
Aysun Ardiç
Ayşe Serpen
Ayşe Semra Demir Akca
Ayşegül Özcan
Ayşegül Yolga Tahiroğlu
Bahadır Yazıcıoğlu
Bediye Öztaş
Behice Kurtaran
Bektaş Murat Yalçın
Berrin Telatar

Ebru Gözüyeşil
Ediz Yeşilkaya
Elif Deniz Şafak
Elif Gökçearsan
Emre Benlidayı
Ercan Çalışkan
Ercüment Erbay
Erkan Melih Şahin
Erol Kesiktaş
Ertan Mert
Esat Veli Karakoç
Esra Ataoğlu
Esra Çalık Var
Eyüp Gencel
Ezgi Ağadayı
Ezgi Özyılmaz
Fatma Sayiner
Ferda Dağlı
Ferdı Tanır
Fahri Özsungur
Fatma Göksin Cihan
Fevziye Çetinkaya
Fevziye Toros
Figen Turan
Fikret Bademkiran
Filiz Adana
Filiz Polat
Fisun Sözen
Funda Pınar Çakıroğlu
Funda Yıldırım Baş
Füsün Ersoy
Gamze Özçürümez Bilgili
Giray Kolcu
Gonca Karataş Karakuş
Gonca Polat

Kevser Tarı Selçuk
Kurtuluş Öngel
Kürşad Akadlı Özşahin
Mahcube Cubukcu
Melahat Demirbilek
Mehmet Akman
M. Mümtaz Mazıcıoğlu
Mehmet Karakaş
Mehmet Sargın
Mehmet Özen
Mehmet Uğurlu
Mehmet Ugan
Mehtap Evran
Mehtap Kartal
Melahat Akdeniz
Melahat Demirbilek
Meryem Fırat
Meryem Öztürk Haney
Mesut Sancar
Mete Korkut Gülmen
Metin Ocak
Meyreme Aksoy
Mikail Özdemir
Mustafa Çelik
Mustafa Erol
Mustafa Fevzi Dikici
Muhammed Oylumlu
Muhammet Bayraktar
Muhteşem Erol Yayla
Nafiz Bozdemir
Naim Nur
Naim Karagöz
Nazan Bilgel
Nazan Karaoğlu
Nazlı Şensoy

Salih Bozdoğan Yeşilot
Sami hatipoğlu
Seçil Günher Arıca
Sedat Kuleci
Sedef Kuran
Selahattin Gelbal
Selçuk Mıstık
Selim Kadioğlu
Selma Çivi
Semiha Aydın Özkan
Semra Çelikli
Semra Saruç
Serap Daşbaş
Serap Çifçili
Serdar Gürel
Serdar Öztora
Serkan Kumbasar
Serpil Aydın Demirağ
Seval Akgün
Sevgi Özcan
Sevgül Dönmez
Seza Ayşe İnal
Songül Duran
Sunay Fırat
Süheyl Asma
Süleyman Görpelioğlu
Süleyman Özdemir
Sümeyye Akyüz
Şebnem Bıçakçı
Şebnem Yosunkaya
Şefika Dilek Güven
Şenay Aras Doğan
Şengül Yaman
Şenol Demircan

Bihter Akın
Bilge Sümbül
Bilgen Başkut
Bilgin Yüksel
Binalı Çatak
Biroi Güvenç
Burcu Avcıbay
Burcu Ceylan
Burcu Kayhan Tetik
Cahit Özer
Can Öner
Canan Kaş Güner
Cem Doğan
Cengiz Eser
Cevriye Cansız Ersöz
Cüneyt Karaaslan
Çiçek Hocaoğlu
Çiğdem Apaydın Kaya
Cihangir Özcan
Çanturk Capik
Damla Bayrak
Deniz Çalışkan
Deniz Tanyer
Deniz Tuncel
Deniz Karayün
Deniz Koçoğlu
Deniz Tanyer
Dercan Gençbaş
Derya İren Akbıyık
Deya Kaya Şenol
Derya Tanrıverdi
Didem Sunay
Dilek Avcı
Dilek Çingil
Dilek Özcan
Dilek Toprak
Duygu Ayhan Başer
Duygu İlke Yıldırım

Gonca Polat
Gökhan Tümgör
Gökmen Özceylan
Göknur Kalkan
Gözde Gökçe İşbir
Gülay Yılmazel
Gülendam Karadağ
Gülbin Gökçay
Gülcan Arusoğlu
Gülcan Bahcivan
Gülşah Akyol
Gülşen Haşcelik
Güzel Dişçigil
Hacer Bozdemir
Hacer Yapıcıoğlu
Hakan Kaleağası
Hakan Özdoğu
Hasan Basri Üstünbaş
Hatice Kurdak
Hatice Küçükceran
Hikmet Pekcan
Hülya Akan
Hülya Çakmur
Hülya Elmalı Şimşek
Hülya Türkmen
Hüseyin Avni Şahin
Hüseyin Balcıoğlu
Hüseyin Per
İbrahim Başhan
İbrahim Öztur
İlhami Ünlüoğlu
İlker Ünal
İlknur Aydın Avcı
İlknur Yeşilçınar
İrfan Yurdabakan
İshak Aydemir
İzzet Fidancı
Kadir Özdel

Neşe Akın
Nevin Uslu
Nezih Dağdeviren
Nihal Zekiye Erdem
Nigar Çelik
Nil Tekin
Nilgün Özçakar
Nuray Egelioglu Cetişli
Nurcan Yabancı
Nurdan Evliyaoğlu
Nurgül Güngör Tavşanlı
Nurettin Oğuz
Nurşen Düzgün
Nurver Turfaner Sipahioğlu
Oğuz Tekin
Okay Başak
Onur Dursun
Onur Öztürk
Orçun Yalav
Orhan Murat Koçak
Özge Tuncer
Özgür Enginyurt
Özlem Bulantekin Düzalan
Özlem Çınar Özdemir
Özlem Güner
Özüm Erkin
Papatya Karakurt
Pemra C. Ünal
Ramazan Akçan
Recep Civan Yüksel
Recep Erol Sezer
Refik Burgut
Rengin Güzel
Reşat Dabak
Rıza Çıtlı
Ruhuşen Kutlu
Rukuye Aylaz

Şule Gökyıldız
Tacettin İnanlı
Tamer Edirne
Tamer Tetiker
Taşkın Ketenci
Timur Ekiz
Tijen Şengezer
Tolga Günvar
Tonguç Berkol
Tuba Özyayın
Tuğba Yıldırım
Tunay Sarpel
Tunç Ozan
Turan Set
Umut R. Gündüz
Ülken Tunga Babaoğlu
Ümit Aydoğan
Veli Duyan
Vildan Mevsim
Volkan İzol
Yasemin Çayır
Yasemin Korkut
Yasin Şahintürk
Yavuz Selim Yıldırım
Yeliz Mercan
Yeltekin Demirel
Yener Aydın
Yeşim Uncu
Yeter Durgun Ozan
Yiğit Akın
Yusuf Karataş
Yusuf Çetin Doğaner
Yüksel Ersoy
Yüksel Ufuktepe
Zeynep Güngörmüşler
Zeynep Tuzcular Vural
Zuhal Sağlam

International Editorial Board

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

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

Author Guidelines

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

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

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

Conflict of interest:

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

Contributions of authorship

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

Financial support

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

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

Copyright

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

Text Format

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

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

Manuscripts should include the following sections:

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

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

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

Sub Headings

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

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

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

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

References

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

Examples for References (please note the punctuation marks) :

1.Articles:

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

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

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

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

2.Books:

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

Books published in a foreign language

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

Books in Turkish:

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

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

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

Translated books:

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

3.Publications in conference proceedings

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

4.Dissertations

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

Yazarlara Bilgi

Yayın Politikası

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yazı hazırlama kuralları:

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

Bir yazı şu bölümlerden oluşmalıdır:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yabancı dilde yayımlanan kitap:

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

Türkçe kitap:

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

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

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

Çeviri kitap:

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

Table of Contents

Original Research

1. Evaluation of Health Related Quality of Life, Healthy Lifestyle Behaviors and Weight Loss Interventions According to Body Mass Index in Adults

Fatma Kocaman, Berrin Telatar
TJFMPC, 2020;14(4): 497-506 DOI: 10.21763/tjfmpe.697221

2. Attitudes of Adult Patients Applying to Family Medicine Outpatient Clinic on Healthy Nutrition

Fatih Karacif, Gaye Çelikcan, Alis Özçakır, Yeşim Uncu, Züleyha Alper
TJFMPC, 2020;14(4): 507-520 DOI: 10.21763/tjfmpe.681986

3. Factors Affecting Overweight and Obesity among Urban Adults: A Case of Samsun Province, Turkey

Mehmet Bozoğlu, Uğur Başer, Şeyma Orak, Hümeyra Kalelioğlu, Shamsheer ul Haq
TJFMPC, 2020;14(4): 521-529 DOI: 10.21763/tjfmpe.718594

4. Rational Use of Medicines by Mothers Having Children Under Five Years Old and Factors Affecting Their Medication Use

Ayça Seda ÇINAR, Yeliz MERCAN
TJFMPC, 2020;14(4): 530-539 DOI: 10.21763/tjfmpe.738244

5. Determination of Women's Genital Hygiene Behaviors

Selen Ergün, Gülşah Gök, Emine Gül Karlıdağ, Sezer Er Güneri
TJFMPC, 2020;14(4): 540-547 DOI: 10.21763/tjfmpe.706830

6. Standard or Population Specific Skin Patch Test Series? Results of 615 patients with a pre-diagnosed of Allergic Contact Dermatitis

Sait Yeşillik
TJFMPC, 2020;14(4): 548-553 DOI: ??? (eidtör tarafından verilecek)

7. Determination of Breastfeeding Behaviors and Infant Feeding Attitudes of Mothers with 4-6 Months Old Baby

İlknur Yıldız, Zehra Gölbaşı
TJFMPC, 2020;14(4): 554-563 DOI: 10.21763/tjfmpe.744227

8. Evaluation of Potential Drug-drug Interactions in the Prescriptions in Outpatient Settings

Seçkin Engin, Elif Nur Barut, F. Sena Sezen, Ersin Yarış
TJFMPC, 2020;14(4): 564-571 DOI: 10.21763/tjfmpe.713208

9. Evaluation of Clinical and Microbiological Features of Vulvovaginitis in Prepubertal Girls

Zeliha Haytoğlu, Özlem Özgür Gundeslioglu, Filiz Kibar, Nurdan Evliyaoğlu
TJFMPC, 2020;14(4): 572-575 DOI: 10.21763/tjfmpe.721917

10. Evaluation of Women's Received Pospartum Care Services From Family Practicioners

Emine Özel GÜN, Can ÖNER, Hüseyin ÇETİN, Engin Ersin ŞİMŞEK
TJFMPC, 2020;14(4): 576-587 DOI: 10.21763/tjfmpe.725853

11. Missed Opportunities in Adolescent Health: An Overview From Turkey

Asya Banu Babaoglu, Ulken Tunga Babaoglu, Sibel Oymak Yalcin, Busra Tozduman, Halide Yesim Karakas, Mustafa Tozun
TJFMPC, 2020;14(4): 588-597 DOI: 10.21763/tjfmpe.742560

12. Determination of Beck Depression Inventory Scores of the Patients in a Hemodialysis Center: Evaluation with a Holistic Approach

Ali Timuçin ATAYOĞLU, Sibel DOĞAN, Mehmet Erhan SAYALI
TJFMPC, 2020;14(4): 598-604 DOI: 10.21763/tjfmpe.716172

13. Identification of Women's Attitudes towards Early Diagnosis of Cervical Cancer

Meltem AKBAS, Sule GOKYILDIZ SURUCU, Burcu AVCIBAY VURGEC
TJFMPC, 2020;14(4): 605-612 DOI: 10.21763/tjfmpe.766646

14. Birth Control Methods Used by Men and Their Attitudes towards the Male Birth Control Pill

İzzet Göker KÜÇÜK, Utku ESER, Murat ÇEVİK, Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM, Kurtuluş ÖNGEL
TJFMPC, 2020;14(4): 613-620 DOI: 10.21763/tjfmpe.762554

15. Evaluation of Patients' Attitudes Towards Using Patient Rights

Ferzan Kalaycı, Nazike Duruk
TJFMPC, 2020;14(4): 621-632 DOI: 10.21763/tjfmpe.767160

16. Evaluation of Anxiety Levels and Sleep Quality of Family Members Providing Home Care Services: A Case-Control Study

Nurcan Akbaş Güneş
TJFMPC, 2020;14(4): 633-638 DOI: 10.21763/tjfmpe.765490

17. Nutrition, Health Behaviour Changes, and Eating Behaviours of Adults During the COVID 19 Pandemic Period

Gülperi DEMİR
TJFMPC, 2020;14(4): 639-645 DOI: 10.21763/tjfmpe.792397

18. Evaluation of zona zoster cases occurring in cancer-diagnosed patients

Nagihan Yıldız Çeltek, Ufuk Ünlü
TJFMPC, 2020;14(4): 646-650 DOI: 10.21763/tjfmpe.766986

19. Relation Between the Characteristics of the Mother, The Gestation and The Prenatal Attachment

Satı GÜL KAPISIZ, Esra ÇALIK VAR, Veli DUYAN
TJFMPC, 2020;14(4): 651-656 DOI: 10.21763/tjfmpe.739981

20. Physicians' antibiotic prescription behaviors in patients with sore throat: a comparison of family physicians and ENT doctors

Yeşim Başal, H. Sema Başak, Aylin Eryılmaz, Ceren Günel, Okay Başak
TJFMPC, 2020;14(4): 657-665 DOI: 10.21763/tjfmpe.743319

21. Evaluation of Contraceptive Methods Used by Married Women of Reproductive Age

Meltem Uğurlu, Bediye Öztaş, Gönül Kurt
TJFMPC, 2020;14(4): 666-675 DOI: 10.21763/tjfmpe.785577

Review

22. Examination of the menopausal period according to Meleis' Theory of Transition

Aslıhan Öztürk Eyimaya, Ayfer Tezel(588)
TJFMPC, 2020;14(4): 676-685 DOI: 10.21763/tjfmpe.723892

23. The Importance and Use of Spirituality in Family Counseling

Fulya Akgül Gök
TJFMPC, 2020;14(4): 686-694 DOI: 10.21763/tjfmpe.751910



Original Research / Özgün Araştırma

Evaluation of Health Related Quality of Life, Healthy Lifestyle Behaviors and Weight Loss Interventions According to Body Mass Index in Adults

Yetişkinlerde Beden Kitle İndeksine Göre Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Zayıflama Girişimlerinin Değerlendirilmesi

Fatma Kocaman¹, Berrin Telatar²

ABSTRACT

Aim: Although various preventions are taken around the world for obesity, the increase in the number of overweight and obese individuals continues. The aim of this study was to evaluate health-related quality of life, healthy lifestyle behaviors and weight loss interventions according to body mass indexes in adults. **Methods:** The cross-sectional study was carried out with 150 volunteers who provided the conditions of inclusion criteria. The Information Form, Healthy Lifestyle Behavior Scale and Health-Related Quality of Life Scale were applied by the researcher by face to face interview technique. According to body mass index (BMI), individuals were divided into three groups as normal, overweight and obese. Data was evaluated by using descriptive statistics. **Results:** In the study (23.3%) individuals were obese, (30%) were overweight, (46.7%) were normal weight. As BMI increased, there was a significant increase in slimming intervention rates ($p=0,0001$). In obese individuals the use of herbal supplementation for slimming was significantly higher ($p=0,029$) and 55,6% of overweight adults were observed to follow diet programs obtained from sources other than healthcare professionals. As the BMI increased, health-related quality of life was significantly decreased in physical function components $p=0,0001$. There was no significant difference between BMI and mental health components of quality of life ($p=0,568$). The majority of obese individuals (82,9%) were not satisfied with their current weight, one fourth (25,7%) did not attempt any slimming interventions, but obese individuals have been to added similar and moderate healthy lifestyle behaviors to normal and overweight individual's lives ($p=0,170$). **Conclusion:** According to our findings, possible risk factors of obesity can be considered as being female, married, low education level and not working in any job. BMI is associated with low physical health summary value of health-related quality of life. Individuals with these characteristics should be supported in terms of slimming and directed to Healthy Life Centers. Instead of traditional diet therapies, a holistic (physical, mental, social) approach should be applied to improve the quality of life of individuals. It is recommended that dietitians who have an important role in the treatment of obesity should have knowledge, experience and practice about behavioral change in nutrition.

Keywords: Obesity, health promoting lifestyles, health-related quality of life, weight loss interventions

ÖZET

Giriş: Tüm dünyada ciddi bir halk sağlık sorunu olan obeziteye yönelik çeşitli önlemler alınmasına rağmen, fazla kilolu ve obez birey sayısındaki artış devam etmektedir. Bu araştırmanın amacı yetişkinlerde beden kitle indekslerine göre sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve zayıflama girişimlerini değerlendirmektir. **Yöntem:** Araştırma, ayakta tanı ve/veya tedavi amacıyla özel bir hastaneye başvuran hasta ve hasta yakınlarına ulaşılarak, dâhil edilme koşullarını sağlayan, gönüllü 150 birey ile yürütülmüş kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmanın verileri, Bilgi Formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Beden kitle indekslerine (BKİ) göre bireyler normal, fazla kilolu ve obez olarak üç gruba ayrılmıştır. **Bulgular:** Bireylerin %23,3'ü obez, %30'u fazla kilolu ve %46,7'si normal kiloludur. BKİ arttıkça zayıflama girişim oranlarında anlamlı derecede yükselme olduğu görülmüştür ($p=0,0001$). Obez bireylerde zayıflama amacıyla bitkisel destek kullanımı anlamlı derecede yüksektir ($p=0,029$) ve fazla kilolu bireylerin %55,6'sının sağlık profesyonelleri dışındaki kaynaklardan edindikleri diyet programlarını uyguladıkları görülmüştür. BKİ arttıkça Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Fiziksel Fonksiyon alt grup ortalamasında anlamlı derecede azalma görülmüştür ($p=0,0001$). Obez bireylerin çoğunluğunun (%82,9'unun) mevcut ağırlıklarından memnun olmadıkları, dördte birinin (%25,7'sinin) herhangi bir zayıflama girişiminde bulunmadığı, bununla birlikte obez bireylerin normal ve fazla kilolu bireylerle benzer ve orta düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşamlarına kattıkları görülmüştür ($p=0,170$). **Sonuç:** Obezitenin olası risk faktörleri kadın, evli ve düşük eğitim düzeyine sahip olmak ve herhangi bir işte çalışmamak olarak değerlendirilebilir. BKİ, sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin fiziksel sağlık özet değerinde düşüklük ile ilişkilidir. Obez bireyler zayıflama açısından desteklenmeli ve 'Sağlıklı Hayat Merkezlerine' yönlendirilmelidir. Geleneksel diyet girişimleri yerine bireylerin yaşam kalitesini artırmak için bütüncül (fiziksel, ruhsal, sosyal) bir yaklaşım uygulanmalıdır. Obezite tedavisinde vazgeçilmez role sahip diyetisyenler beslenmede davranış değişikliği ile ilgili bilgi, deneyim ve uygulama becerilerine sahip olmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Obezite, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, zayıflama girişimleri

Received / Geliş tarihi: 02.03.2020, Accepted / Kabul tarihi: 26.05.2020

¹Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir

²Demiroğlu Bilim Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Fatma Kocaman, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ege Üniversitesi Kampüsü, Sağlık Kültür Spor Daire Başkanlığı (Eski Mediko) Binası, 3. Kat Bornova/İzmir-TÜRKİYE, E-mail: fatma.kocaman@gmail.com
Kocaman ve Telatar. Yetişkinlerde Beden Kitle İndeksine Göre Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve Zayıflama Girişimlerinin Değerlendirilmesi. TJFMPC, 2020;14(4): 497-506.

DOI: 10.21763/tjfm.697221

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlığı bozacak ölçüde yağ dokusunda anormal ya da aşırı miktarda yağ birikmesi şeklinde tanımlanan obezite, tüm dünyada ciddi bir salgın gibi yayılmaktadır.¹ Dünyada 1975'ten bu yana obezite oranı yetişkinlerde 3 kat artmıştır.² Türkiye'de ise obezite oranının son 30 yılda %18'lerden %32'lere ulaştığı bildirilmektedir.³ Ciddi bir sağlık ve mali sorun olan obeziteye yönelik önlemlerin alınmasına rağmen yıllar içerisinde fazla kilolu ve obez birey sayısındaki artışın devamlılığından söz edilmektedir.⁴⁻⁶

Günümüzde yaşam standartlarının gittikçe yükselmesi (ulaşım, tüketim gibi), bireyleri daha hareketsiz ve düzensiz bir yaşam tarzına yöneltmiş, tüm toplumlar için obezitenin gittikçe büyüyen bir sağlık tehdidi olmasına yol açmıştır.¹ Obezitenin etiolojisi karmaşık olup genetik, fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin ağır bastığı bilinmektedir.⁷ Bireyin fazla ya da aşırı kilolu olmasının asıl nedeni, tüketilen kaloriler ve harcanan kalori arasındaki enerji dengesizliğidir.¹ Obezite; tip 2 diyabet, dislipidemi, hipertansiyon, uyku apnesi, inme, bazı kanser türleri, alkolle bağlı olmayan yağlı karaciğer hastalığı, artrit, polikistik over sendromu ve infertilite gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların risk faktörüdür.⁸ Ayrıca yaşam kalitesi ve beklentisinde azalma ile ilişkilidir.^{8,9} Dünya'da 1950'li yıllarda ölüm nedenlerinin başında yetersiz beslenme ve bulaşıcı hastalıklar yer alırken günümüzde ise obeziteye bağlı bulaşıcı olmayan hastalıklar dünya genelinde mortalite nedenlerinin başlarında yerini almıştır.¹⁰ Vücut ağırlığında %5-10'luk azalma hastalık risklerini önemli oranda azaltmakta ve sağlıklı yaşam kalitesini özellikle fiziksel boyutta artırmaktadır.¹¹

Obezite, klinik ve halk sağlığı açısından önemi olan yaygın bir hastalık olduğu kadar önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalıktır. Önleme, obezite salgınını kontrol altına almayı sağlayan anahtar bir role sahiptir.¹² Obezite ve yol açtığı hastalıkları/ölümleri önlenmenin yolu bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmasıdır.^{1,13} Obeziteyi önlemede olduğu gibi tedavisinde de yaşam tarzı değişikliği önerilse de, enerji kısıtlı diyetler hala aşırı kilo yönetimi için en yaygın kullanılan yöntemdir. Diyet kısıtlaması uzun süreli ağırlık kaybını teşvik etmede etkili değildir ve bireyi yeniden yağ dokusunda artışa yatkın hale getirebilir.^{7,14} Obezite tedavisi, diyet düzenlenmesi ve egzersiz önerilerine ek olarak davranış terapilerinden oluşan yaşam tarzı değişikliği olarak nitelendirilen üçlü tedavi modelini içerir. Davranış terapisi, enerji alımı ve enerji harcaması için gerekli hedeflerin yaşama geçirilmesini sağlamaktadır.¹⁵ Bu sebeple şimdilerde obezite etiolojisinde olduğu gibi

tedavisinde de biyolojik, psikolojik ve sosyolojik faktörlerin birleşimi gösterilmektedir.¹⁶

Artan yaşla birlikte kronik hastalıklar ve obezite oranlarının daha da artacağı öngörülmektedir. Obezitenin yönetimi, sağlık hizmetleri üzerindeki yükü de etkilemektedir.^{17,18} DSÖ'ne göre, obezite önleme stratejileri, toplumun geneline uyumlu olup, özellikle fazla kilolu ya da obez olan bireylere yönelik seçici bir yaklaşımı içermelidir.¹² Bu çalışmada, yetişkinlerin beden kitle indeksine göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile zayıflama girişimlerinin değerlendirilmesi ve obezitenin yaşam kalitesi üzerine etkilerinin detaylı olarak incelenmesi amaçlanmıştır. Elde edilecek bulguların, obezitenin önlenmesi ve tedavisine katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışma, İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan bir özel hastaneye Aralık 2013 tarihinde ayakta tanı ve/veya tedavi amacıyla başvuran hasta ve hasta yakınlarından oluşan 150 birey ile yürütülmüş tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Araştırmaya dâhil edilme koşulları, 18 yaş ve üzerinde olmak, BKİ (beden kitle indeksi) 18,5 kg/m² den yüksek olmak, araştırmaya katılmaya gönüllü olmaktır. Araştırmadan dışlama koşulları, hamile olmak ve emzirmek, bilişsel ve fiziksel engele sahip olmak, alkol ve ilaç bağımlısı, kanser hastası olmaktır.

Kullanılan Araçlar

Araştırmanın verileri, bilgi formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği (Health promotion lifestyle profile-I), sağlıklı yaşam kalitesi ölçeği (SF-36) kullanılarak toplanmıştır.

Bilgi formu: Katılımcılara yaş, şimdiki ve 1 yıl önceki vücut ağırlığı, boy uzunluğu, cinsiyet, medeni durum, öğrenim düzeyi, mesleği, sigara kullanımı, alkol kullanımı, akut ve kronik hastalıklar, ailelerinde obezite görülme durumu, mevcut ağırlıklarından memnuniyet durumu, zayıflama girişimi/ girişimlerinde bulunma durumu, zayıflama yöntemleri, diyet uygulama süreçleri, ağırlık kaybı, ağırlık kaybı koruma süresi bilgilerini içeren bilgi formu 23 sorudan oluşmuştur.

Antropometrik ölçüm: Bireylerin vücut ağırlığı 0,1 kg hassaslıkta elektronik tartı ile, boy uzunluğu 0,01 cm hassaslıkta dijital boy ölçer aletiyle ölçülmüş ve bilgi formuna kaydedilmiştir. Bireylerin 1 yıl önceki vücut ağırlıkları kendi beyanları doğru kabul edilerek bilgi formuna kaydedilmiştir. Beden Kitle

İndeksi (BKİ)'nin hesaplanmasında bireyin vücut ağırlığının (kg), boy uzunluğunun (m cinsinden) karesine (BKİ=kg/m²) bölünmesi formülü kullanılmıştır. Elde edilen değerler, DSÖ'nün sınıflamasına göre değerlendirilmiştir. Bu sınıflamaya göre 18,5-24,9 kg/m² olanlar normal kilolu, 25,0-29,9 kg/m² olanlar fazla kilolu, 30,0 kg/m² ve üzerinde olanlar obez olarak değerlendirilmiştir.¹⁷

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-I: Bu ölçek, 1987 yılında, Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiştir. Bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili olarak sağlığı geliştiren davranışlarını ölçmektedir. Pender tarafından geliştirilen Sağlığı Geliştirme Modelini test etmek için geliştirilmiştir. Pek çok topluluk üzerinde yapılan çalışmalarda geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçektir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997'de Esin tarafından yapılmış, toplam 52 maddeden oluşan ölçek, Türk toplumuna uyarlanarak 48 madde olarak uygulanmıştır. Ölçek toplam 48 maddeden oluşmaktadır ve 6 alt grubu vardır. Alt grupları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası ilişki ve stres yönetimidir. Her bir alt grup bağımsız olarak tek başına kullanılabilir. Her bir alt grubun Cronbach Alfa katsayısı 0,79-0,94 arasında değişmektedir. Ölçeğin tümünün puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme dört likert tipli ölçek üzerinde yapılır. 'Hiçbir zaman' yanıtı için 1; 'Bazen' yanıtı için 2; 'Sık, sık' yanıtı için 3; 'Düzenli olarak' yanıtı için 4 puan verilir.¹⁹ Ölçeğin bu çalışma için Cronbach Alfa değeri 0,92 olarak belirlenmiştir.

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi Ölçeği- SF36: Rand Corporation tarafından 1992 yılında geliştirilmiş ve kullanıma sunulmuştur. Koçyiğit ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

SF-36'nın özelliklerinin başında, kendini değerlendirme ölçeği olması gelmektedir. Sağlık durumunun olumsuz olduğu kadar olumlu yönlerini de değerlendirebilmesi ölçeğin avantajları arasında sayılmaktadır. Ölçek son 4 hafta göz önüne alınarak değerlendirilmektedir. Değerlendirme 4. ve 5. maddeler dışında Likert-tipi yapılmaktadır. 4. ve 5. inci maddeler Evet/Hayır biçiminde yanıtlanmaktadır. Ölçek yalnızca tek bir puan vermek yerine, her bir alt ölçek için ayrı ayrı toplam puan vermektedir. Alt ölçekler sağlığı 0 ila 100 arasında değerlendirmektedir ve 0 kötü sağlık durumunu içerirken, 100 iyi sağlık durumuna işaret etmektedir. SF-36, fiziksel ve mental sağlık sorgulamalarını içerir. Bunlarda toplam sekiz skala

altında alt gruplara ayrılır. Her bir alt grubun Cronbach Alfa katsayıları 0,73-0,76 arasında bulunmuştur.²⁰ Ölçeğin bu çalışma için Cronbach Alfa değeri 0,89 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Antropometrik ölçümler araştırmacı tarafından yapılmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Bu araştırmada istatistiksel analizler NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 Statistical Software (Utah, USA) paket programı ile yapılmıştır. Çalışmada nitel veriler sayı ve yüzde değerler hesaplanarak, nicel veriler ise ortalama ve standart sapma hesaplanarak verilmiştir. Sayısal verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogrov Smirnov testi ile belirlenmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin ortalama değerlerinin gruplar arası karşılaştırmalarında Tek Yönlü Varyans analizi, normal dağılımın sağlanmadığı değişkenlerin ortalama değerlerinin gruplar arası karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık p<0,05 düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırma kesitsel türde olduğundan, neden-sonuç ilişkisi çıkarımında sağlam veriler elde edilememesi bir sınırlılıktır. Araştırmada bireylere 'Ailenizde şişman birey var mı?' sorusu sorulduğunda şişmanlık tanımı hakkında bilgi karmaşası yaşayan bireylerin olduğu gözlemlenmiş, açıklama yapılmak zorunda kalmıştır. Bu durum, aile öykülerinde obezite varlığının değerlendirilmesi açısından sınırlılık oluşturmaktadır.

Etik İlkeler

Katılımcıların yazılı, imzalı aydınlatılmış onamları alınmıştır. Araştırmanın etik kurul izni İstanbul Bilim Üniversitesi Klinik Araştırmaları Etik Kurulu'nun 18.12.2013 tarihli, 44140529/2013-127 sayılı kararıyla alınmıştır.

BULGULAR

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve diğer değişkenlerin BKİ ile ilişkisi metin içerisinde belirtilmiştir.

Bireylerin genel özellikleri: Araştırmaya katılan 150 bireyin %66'sının kadın, %55,3'nün evli ve

%31,3'nün herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür. Kadınların yaş ortalaması 35,22±11,92, erkeklerin yaş ortalaması 37,08±11,64 yıldır. Dünya sağlık örgütü beden kitle indeksi değerlendirmesine göre bireylerin %23,3'ü obez, %30'u fazla kilolu ve %46,7'si normal kiloludur. Normal ağırlıklı bireylerin yaş ortalaması fazla kilolu ve obez bireylerin yaş ortalamalarından anlamlı derecede daha düşüktür (p=0,002). Obez bireylerin %82,9'u kadın, %65,7'si evli, %45,7'si ev hanımı ve %40'ı ilköğretim mezunudur. Normal ağırlıklı bireylerin %18,6'sı ise herhangi bir işte çalışmıyor iken obez bireylerin %62,9'u herhangi bir işte çalışmamaktadır (p=0,0001). Sigara kullanımı ile BKİ arasında anlamlı ilişki olmadığı (p=0,160);

alkol kullanımı ile BKİ arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (p=0,008).

Araştırmamızda, kronik hastalık varlığı ile beden kitle indeksi arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür ve BKİ arttıkça kronik hastalık varlığı artmıştır (p=0,0001).

Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesi hakkındaki bulguları: Beden kitle indeksi ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam ve alt grup (kendini gerçekleştirme, beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu, kişiler arası destek ve stres yönetimi) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür (p>0,05). (Tablo1.)

Tablo1. Bireylerin Beden Kitle İndeksine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Toplam ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alt boyutlar	Normal Ort±SS	Fazla Kilolu Ort±SS	Obez Ort±SS	p*
Kendini Gerçekleştirme	20,23±3,4	20,67±4,11	21,4±3,96	0,324
Beslenme	20,97±3,91	21,18±4,8	22,63±4,62	0,172
Egzersiz	18,71±3,65	19,47±4,48	18,97±2,99	0,582
Sağlık Sorumluluğu	20,29±3,77	21,13±4,21	22,2±3,79	0,062
Kişilerarası Destek	20,49±3,86	20,82±3,85	22,29±4,01	0,080
Stres Yönetimi	22,14±3,7	22,47±4,22	23,37±5,46	0,389
SYBD Toplam Puan	122,83±18,62	125,73±23,09	130,86±20,5	0,170

*Kruskal-Wallis Varyans Testi. SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi alt grup genel sağlık ortalaması ile BKİ arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (p=0,041). Fiziksel fonksiyon

ortalamasının anlamlı şekilde en düşük obez bireylerde olduğu görülmüştür (p=0,0001). (Tablo 2.)

Tablo 2. Bireylerin Beden Kitle İndeksine Göre Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SF-36) Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Normal Ort±SS	Fazla Kilolu Ort±SS	Obez Ort±SS	p*
Fiziksel Fonksiyon	91,00±12,76	79,78±23,43	66,29±25,42	0,0001
Sosyal Fonksiyon	77,32±20,44	75,00±25,42	70,00±25,58	0,317
Fiziksel Rol Fonksiyon	82,86±31,14	76,67±39,31	70,71±39,52	0,250
Emosyonel (Mental) Rol Fonksiyon	80,00±32,80	78,15±42,02	90,48±26,29	0,217
Mental Sağlık	63,83±17,34	64,00±17,37	61,83±24,34	0,855
Canlılık	63,71±16,57	62,22±18,97	59,00±25,02	0,508
Ağrı	79,05±21,03	74,81±27,05	72,06±29,57	0,372
Genel Sağlık	54,43±10,82	49,00±10,74	50,86±13,58	0,041
Fiziksel Sağlık (Özet değer)	76,83±12,78	70,06±19,34	64,98±23,48	0,005
Mental Sağlık (Özet değer)	71,22±16,55	67,34±20,97	70,33±21,93	0,568

*Kruskal-Wallis Varyans Testi. Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma

Normal ağırlıklı bireylerin genel sağlık ortalamaları, fazla kilolu bireylere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0,039).

Bireylerin zayıflama süreçleri ve istekleri hakkındaki bulguları:

Obez bireylerin %82,9'u, normal kilolu bireylerin %35,7'si vücut ağırlığından memnun değildir. Fazla kilolu bireylerin %11,1'i ise mevcut ağırlığı

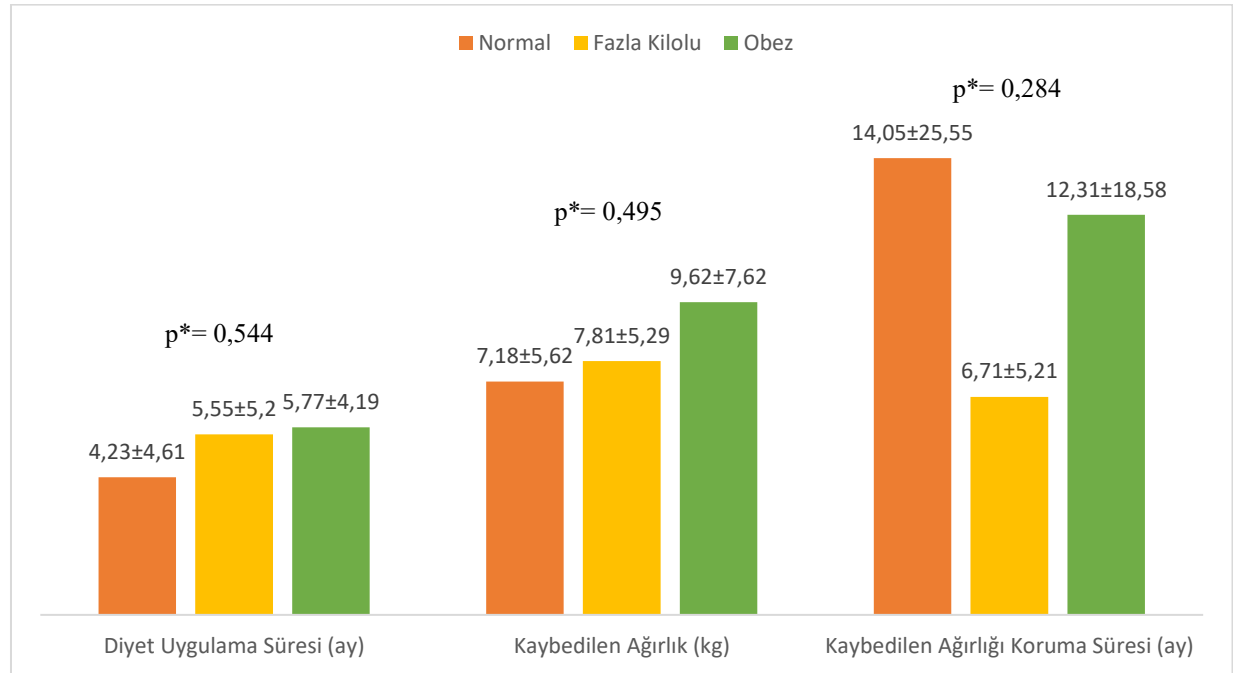
hakkında memnuniyet durumu için kararsızım ifadesinde bulunmuştur. Sağlık nedeniyle zayıflama isteği obez bireylerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (p=0,0001). Fazla kilolu bireylerin %62,2'si sağlık ve %60'ı dış görünüm nedeniyle zayıflamak istediklerini belirtmişlerdir ve bu grupta ailesel, çevresel ve sosyal baskının olmadığı

görülmüştür. Normal ağırlıklı bireylerin %31,4'ü sağlık, %30,0'u da dış görünüş nedeniyle zayıflamak istediği görülmüştür. Obez bireylerin sağlık nedeniyle ve ailesel, çevresel ve sosyal baskı nedeniyle zayıflama isteği oranı diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0,05). Tablo 3.

Tablo 3. Bireylerin Beden Kitle İndeksine Göre Zayıflama Girişimlerinin Karşılaştırılması

		Normal n %	Fazla Kilolu n %	Obez n %	p*			
Mevcut ağırlığı ile ilgili memnuniyet düzeyi	Memnunum	35	50,00%	10	22,22%	4	11,43%	0,0001
	Kararsızım	10	14,29%	5	11,11%	2	5,71%	
	Memnun Değilim	25	35,71%	30	66,67%	29	82,86%	
Zayıflama isteği	Hayır	32	46,38%	5	11,11%	2	5,71%	0,0001
	Evet	37	53,62%	40	88,89%	33	94,29%	
Evet ise nedeni	Sağlık	22	31,43%	28	62,22%	28	80,00%	0,0001
	Dış Görünüm	21	30,00%	27	60,00%	13	37,14%	0,005
	Ailesel Baskı	1	1,43%	0	0,00%	5	14,29%	0,002
	Çevresel ve Sosyal Baskı	1	1,43%	0	0,00%	3	8,57%	0,042
Uygulanan zayıflama girişimi	Hayır	41	58,5%	14	31,1%	9	25,7%	0,001
	Diyet	21	30,0%	29	64,4%	13	37,1%	0,001
	Egzersiz	11	15,7%	11	24,4%	4	11,4%	0,277
	İlaç	0	0,0%	2	4,4%	0	0,0%	0,094
	Bitkisel Destek	6	8,6%	8	17,8%	10	28,6%	0,029
	Akupunktur vb	0	0,0%	3	6,7%	0	0,0%	0,028

*Ki-kare testi



* Kruskal-Wallis Varyans Testi

Grafik 1. Bireylerin Beden Kitle İndeksine Göre Diyet Uygulama Süresi, Ağırlık Kaybı Miktarı ve Ağırlık Korunumu Sürelerinin Karşılaştırılması

Araştırmamıza katılan bireylere daha önce zayıflama girişiminde bulunup bulunmadıkları sorulduğunda, BKİ arttıkça zayıflama girişim oranlarında anlamlı derecede artış olduğu görülmüştür (p=0,001). Araştırmamızda, bireylerin zayıflama girişimi olarak %42,0'sinin diyet, %17,3'ünün egzersiz, %16,0'sının bitkisel destek, %2,0'sinin akupunktur, %1,3'ünün ilaç kullanımına başvurdukları görülmüştür. Obez bireylerde zayıflama amacıyla egzersiz yapma oranı (%11,4) düşük iken, bitkisel destek kullanımı %28,6 oranla anlamlı derecede yüksektir (p=0,029). Zayıflama amacıyla egzersize yönelim durumları değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir (p=0,277). (Tablo3.)

Uygulanan diyetlerin kaynağı sorgulandığında, diyet uygulayan obez bireylerin %73,3'ü diyetisyene başvurduklarını geri kalanı da kendi kendilerine yaptıklarını ifade etmişlerdir. Fazla kilolu bireylerin zayıflama amacıyla yüksek oranda diyetle başvurdukları, %55,6'sının sağlık profesyonelleri dışında kaynaklardan edindikleri diyet programlarını uyguladıkları görülmüştür. (Tablo3.)

Normal, fazla kilolu ve obez bireyler arasında diyet uygulama süresi, ağırlık kaybı ve kaybedilen ağırlığı koruma süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmemiştir (p>0,05). (Grafik 1.)

TARTIŞMA

Yaşam kalitesini azaltan obezitenin kalori kısıtlayıcı temelli tedavisi, uzun vadeli ağırlık korumada başarısızlık ve ağırlık artışı riski ile ilişkilidir. Obez bireylerin kaybettikleri ağırlıkları korumaları yaşam tarzı değişimleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.²¹ Bu sebeple önleyici tedbirlerin alınması amacıyla politika oluşturmak için sağlığı geliştirici davranışların değerlendirilmesi gereklidir.²² Bu çalışmada, yetişkinlerde BKİ'ne göre zayıflama girişimleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendirmek amaçlanmış ve elde edilen sonuçlar literatürle karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Obezite, temelde fiziksel inaktivite ve aşırı beslenmenin bir sonucu olmakla birlikte, bu iki faktörün ortaya çıkışını destekleyen bireysel pek çok faktör mevcuttur. Bu faktörler arasında, kişinin yaşı, mesleği, çalışma koşulları, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, medeni durumu, sigara ve alkol kullanımı sayılabilir.²³ Toplumlar arasında farklılıklar gösterse de ilerleyen yaş, düşük öğrenim düzeyi, evli olma ve bir işte çalışmama obezite için risk faktörleri arasındadır.²⁴⁻²⁶ Araştırmamıza katılan bireylerde BKİ arttıkça yaşın anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür. Obez bireylerde ilköğretim

mezunlarının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür. Geleneksel kültürlerin yaşadığı gelişmekte olan toplumlarda evli yetişkinlerde BKİ değerlerinin anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir.²⁷ Evlilik sonrası yaşam alışkanlıklarındaki değişimin nedeni sosyal-aktif yaşam yerine evde geçirilen zamanların artması olabilir. Araştırmamızda da obezitenin anlamlı şekilde kadın, evli ve ev hanımı olan bireylerde yüksek oranlarda görülmesi şaşırtıcı değildir.

Bireylerin aile öyküsünde obezite görülme oranı %36-75 olarak değişmektedir.²³ Bu çalışmada, bireylerin %36,0'sının ailesinde obez bireyler olduğu bulunmuştur, gruplar arasında ailede şişman birey varlığı dağılımları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

Tüm gruplarda, mevcut ağırlığından memnuniyetsizlik oranları yüksektir ve memnuniyetsizlik yüzdelerinden daha yüksek oranda zayıflamak istediklerini belirtmişlerdir. Bu durum bireylerin mevcut ağırlıklarından memnun olsalar dahi ideal kiloda olmadıklarını düşündüklerini göstermektedir. Kitle iletişim araçlarının artması ve bu yolla sunulan ideal beden tasarımlarından dolayı, tüm toplumlarda ideal beden algısı ile ilgili düşünce süreçlerinde bozulmalar olduğu düşünülmektedir. Günümüzde, özellikle batı kültüründe kadın güzelliği (ince beden yapısı) konusunda sosyal baskı ve uygulamalar abartılı düzeydedir.²⁸ Bizim çalışmamızda normal ağırlıklı bireylerin %53,6'nın zayıflama istediğine yorum getirmek gerektiğinde, bu gruptaki bireylerin %64,3'nün kadın olduğu, %47,7'sinin lisans ve lisansüstü düzeyde eğitilmiş, %51,4'nün bekâr olduğu görülmektedir. Bu durumda, yüksek eğitim düzeyi ve bekâr olmanın beden algısı üzerine önemli bir etki yarattığı düşünülmüştür.

Bireylerin ideallerinde belirledikleri ağırlık düzeylerini; aile, arkadaş tarafından yapılan sosyal kıyaslamalar ve medyanın etkilediği görülmüştür.²⁸ Araştırmamızda, obez bireylerde diğer gruplara göre, sağlık, ailesel, çevresel ve sosyal baskı nedeniyle zayıflama isteği oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Bu durum, obez bireylerde zayıflama isteğinin sadece bireysel beklentilerle gelişmediği toplumsal baskının da etkili olduğunu göstermiştir. Diğer taraftan SYBD'nin kişilerarası destek alt grup puan ortalamasının BKİ arttıkça arttığı görülmüştür. Obez bireyler, zayıflamaları için aile, eş ve arkadaşlardan sosyal baskı altında olsalar da yakınları tarafından motive edici nitelikte desteklenmeyi olumlu karşılayabilecekleri düşünülmüştür.

Çoğu bireyin kilo kaybederken kendi kendilerine diyet uyguladıkları (besin tüketimini azalttıkları vb.), egzersiz yaptıkları ya da her ikisini

birlikte uyguladıklarını vurgulamaktadır. Bu kişiler aynı zamanda her yıl milyonlarca diyet kitabı, egzersiz videoları satın alırken, az bir kısmı bu uygulamaların etkinliğinin farkındadırlar.²⁹ Amerika'da yapılan bir araştırmada, 18 yaş üstü, lisans öğrencisi/mezunu, 2197 bireyin zayıflamak için uyguladıkları yöntemler sorulduğunda, bireylerin %30,5'nin egzersiz ve %8,6'sının diyet uyguladığı, %12,1'sinin ise diyet ilaçları ve laksatif kullandığı görülmüştür.³⁰ Bizim çalışmamızdakinden farklı olarak, bu çalışmada bireyler egzersizi daha yüksek oranda tercih ederken diyet uygulamasını daha az oranlarda tercih etmektedir. Bunun sebebinin diğer çalışmadaki grubun eğitim seviyesinin en az lise mezunu olması, genç-yetişkin bireylerin çoğunlukta olması, gruptaki obezite oranının (%11,4) düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

Sağlık Bakanlığı'nın 2011 yılında yaptığı Türkiye Beden Algısı araştırmasında, obez bireylerin %28,4 ile en yüksek diyet yapma sıklığına sahip olduğu belirtilmiştir.³¹ Bu çalışmada ise fazla kilolu bireylerde diyet yapma oranı %64,4 ile diğer gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan obez bireylerde bitkisel destek kullanımı (%28,6) egzersiz uygulamadan (%11,4) yüksek, diyet uygulama oranından (%37,1) düşük olduğu görülmüştür. Diğer taraftan BKİ arttıkça SYBD beslenme alt grup puan ortalaması yükseldiği görülmüştür. Anlamlı bir artış olmasa da obez bireylerin beslenme konusunda daha bilinçli oldukları halde hedefe zorlanmadan/enerji harcamadan ulaşabilmek adına bitkisel destek kullanımına yüksek oranda ilgi duydukları düşünülebilir.

Fazla kilolu grubun zayıflama girişimi olarak sorgulanan tüm yöntemleri (diyet, egzersiz, ilaç, bitkisel destek, akupunktur) uyguladıkları, çoğunluğunun sağlık profesyonelleri dışında edindikleri diyet programlarını uyguladıkları ve diyetle kaybettikleri ağırlığı 6,71±5,21 ay ile en kısa süre koruyabildikleri görülmüştür. Fazla kilolu bireylerin obez olmamak/zayıflamak için tüm yöntemleri denedikleri, doğru tedavi yöntemi için arayış içerisinde oldukları düşünülmüştür. Aynı zamanda uygulanan diyetin kaynağının da koruma sürecinde etkili olduğu düşünülebilir. Diğer taraftan bireylerin son 1 yıllık süreçteki BKİ artışındaki değişimi değerlendirildiğinde sadece normal ağırlıklı bireylerde anlamlı derecede yükselme gözlenmiştir. Normal ağırlıklı bireylerin zaman içerisinde kilo almaya eğimli olduğu ve potansiyel birer fazla kilolu adayı olduğu düşünülebilir.

Obez bireylerin diyet kaynağı olarak diyetisyene başvuru oranları normal ağırlıklı bireylere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Obez bireylerde yapılan bir çalışmada

diyet uygulayan bireylerin %26,9'nun kendi başlarına diyet uyguladıkları görülmüştür.³² Bu oran bizim çalışmamızda %11,4 olarak bulunmuştur. Araştırmamıza katılan obez bireylerin kendi kendilerine diyet yapma oranının diğer çalışmadan düşük olması ve zayıflama amacıyla diyet uygulamak için diyetisyene başvurmaları sağlıklı zayıflama konusunda farkındalıklarının yüksek olduğunu düşünmemizi sağlamıştır. Ayrıca BKİ arttıkça SYBD sağlık sorumluluğu ve beslenme alt grup puan ortalamalarının yükseldiği görülmüştür, bunun nedeni diyet kaynağı olarak diyetisyene başvurmayla ilişki olabilir.

Sağlıklı ağırlık kaybı programları bireyin 6 ayda şu andaki ağırlığının %10'unu azaltmasını sağlayan tedavilerdir. Bu tedavi sürecinin devamsızlığında, genellikle bireyler kaybettikleri ağırlıkların üçte birini, tedaviyi bıraktıkları sürenin ilk 6 ayında geri almakta, önceki ağırlıklarına da 5 yıl içerisinde geri dönmektedirler.¹⁵ Obezite tedavisinin ana zorluğu ağırlık kaybı değil, bu kaybın uzun süreli korunmasıdır.¹⁷ Araştırmamızda, fazla kilolu bireyler, yüksek oranla %64,4'nün diyet uyguladıkları ve kaybettikleri ağırlığı ortalama 6 ay korudukları görülmüştür. Normal, fazla kilolu ve obez bireylerde kilo koruma süreleri açısından anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Gruplar arası karşılaştırmada, SYBD ortalama puanları ve diğer alt grup ortalama puanları arasında anlamlı farklılık olmaması bireylerin ağırlıklarını korumada da benzer sonuçlar almasını desteklemiş olabilir. Bu durum davranış değişikliğinin önemini vurgulamaktadır.

Ülkemizde farklı gruplarda (hastalık varlığında, genç bireylerde, sadece bayanlarda, sağlık çalışanlarında) yürütülen çalışmalarda ve bu araştırmamızda elde edilen SYBD ölçek toplam puan ortalamalarına benzer sonuçlar çıktığı görülmüştür.^{13,33,34} Türk toplumunda bireyler arası farklılık bulunmadığını, bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında farkındalık ve yaşama katma düzeylerinin farklı olmadığı düşünülmüştür. Özellikle sağlık çalışanlarında, kronik hastalık varlığında ya da BKİ arttıkça benzer ortalama puanlara sahip olunması eğitim ya da sağlık koşullarının bireyleri sağlıklı yaşama sevk etmediğini düşündürmüştür. Bilinmektedir ki obezite ve obeziteye bağlı hastalıkların önlenmesi için toplumun geneline yansiyacak beslenmede davranış değişikliklerinin çocukluktan itibaren edinilmesi ile gerçekleşebilir.³⁵

Obezite, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini, özellikle fiziksel performans ve psikososyal fonksiyon alanlarını önemli ölçüde etkilemektedir.³⁶ Bu çalışmada; BKİ arttıkça sadece fiziksel fonksiyon ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı azalma olduğu görülmüştür. Bireylerin

zayıflama amacıyla egzersiz yapma oranı en düşük obez bireylerde olduğu görülmüştür. Obez bireylerde fiziksel fonksiyon ortalamasındaki anlamlı düşüklük egzersiz yapma tercihini etkilemiş olabilir.

SONUÇ

Araştırmamız sonuçlarına göre, obezitenin olası risk faktörleri kadın, evli ve düşük eğitim düzeyine sahip olmak ve herhangi bir işte çalışmamak olarak değerlendirilmiştir. BKİ'ndeki artışın sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon ve genel sağlık alanında düşüklük ile ilişkili olduğu görülmüştür. Hastaneye ayaktan başvuran bu nitelikteki bireylerin ve fazla kilolu bireylerin zayıflama için teşvik edilmesi ve ilgili klinik, birinci basamak sağlık hizmetleri ya da Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Hayat Merkezlerine yönlendirilmesi önemlidir. Sosyal bir epidemiyoloji olarak, obezitenin sağlık ve finansal boyutlarıyla birlikte birey ve toplum üzerinde oluşturduğu yükü önlemek ve obeziteyi tedavi etmek için özellikle kadın, evli ve herhangi bir işte çalışmayan, çekirdek ailenin de beslenme ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değişmesine örnek ve destek olacak grubunda farkındalık ve eğitim çalışmalarının artırılması ve devamlılığı önemlidir.

Obez bireylerin çoğunluğunun mevcut ağırlıklarından memnun olmamalarına ve sağlıklı ilgili yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyon, fiziksel sağlık ve genel sağlık alanlarında anlamlı düşüklüğe rağmen obez bireylerin dörtte birinin (%25,7'sinin) herhangi bir zayıflama girişiminde bulunmadığı ve vücut ağırlıklarını kısa süre koruyabildikleri görülmüştür. Birer obezite adayları olan fazla kilolu bireylerin zayıflamak için her yolu denediği ve normal ağırlığa sahip bireylerin de zamanla kilo aldıkları görülmüştür. Aynı zamanda normal, fazla kilolu ve obez bireylerin benzer şekilde ve orta düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yaşamlarına kattıkları görülmüştür. Bu sebeplerle, BKİ fark etmeksizin tüm bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması için stratejilerin geliştirilmesi gereklidir.

Obezite tedavisinde, gelenekçi diyet tedavileri yerine beslenme davranış değişikliği içeren ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının desteklendiği bütüncül (fiziksel, ruhsal, sosyal) bir yaklaşımla tüm sağlık profesyonellerinin bulunduğu bir ekip yardımıyla tedavilerin uygulanıp bireylerin yaşam kalitesi desteklenebilir. Ayrıca obezite tedavisinin yönetiminde elzem role sahip diyetisyenlerin beslenme davranış değişikliği ile ilgili bilgi, deneyim ve uygulamaya sahip olmaları gerekliliği önerilmektedir.

Çıkar çatışması

Hiçbir yazarın çıkar çatışması yoktur.

Maddi destek

Çalışma için alınmış herhangi bir maddi destek, bağış/hibe mevcut değildir.

Kısaltmalar

BKİ: Beden Kitle İndeksi
SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SF-36: Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Açıklama

Bu çalışma, yüksek lisans tez çalışmasıdır.

Tez çalışmasının bir bölümü, P-0137 numarası ile 20th Wonca Europe Conference, 22-25 October 2015, İstanbul, Evaluation of Health Related Quality of Life in Obese Individuals başlığıyla poster bildiri olarak sunulmuştur.

Tez çalışmasının bir bölümü ise, 3rd International Health Science And Life Congress (IHSLC 2020), 4-5 June 2020, Burdur, online sözlü bildiri olarak sunulmuş, kongre düzenleme ve ödül kurulu tarafından lisansüstü tez ödülleri kategorisinde üçüncü olarak değerlendirilmiştir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Obesity and overweight. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Erişim tarihi: 24.09.2018
2. Wolfenden L, Ezzati M, Larijani B, Dietz W. The challenge for global health systems in preventing and managing obesity. *Obes. Rev.* 2019;20(52):185–193.
3. Özer, N., Kılıçkap, M., Tokgözoğlu, L., Göksülük, H., Karaaslan, D.C., Kayıkçıoğlu, M., Yılmaz, M., Barcin, C., Abacı, A., & Sahin, M. (2018). Data on smoking in Turkey: Systematic review, meta-analysis and meta-regression of epidemiological studies on cardiovascular risk factors. *Türk Kardiyol Dern Ars* 2018;46(7): 602-612
4. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. *Food and nutrition bulletin* 2004; 25(3): 292-302
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye obezite (şişmanlık) ile mücadele kontrol programı (2010-2014). http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/halk sag/belge/mevzuat/turkiye_obezite_mucadele_kontrol_prg.pdf Erişim tarihi: 12.10.2019

6. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Obesity update, 2017. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf> Erişim tarihi: 15.10.2019
7. Blüher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat. Rev. Endocrinol.* 2019;15(5):288–298
8. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. The incidence of comorbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2009;9:88.
9. Yılmaz E, Ünalın Cöbek P, Uzuner A, Güngör Başaran B. One-year evaluation of family medicine obesity clinic applications. *Turkish J. Fam. Med. Prim. Care.* 2019;13(4): 481-486
10. Hughes BB, Kuhn R, Peterson CM, Rothman DS, Solórzano JR, Mathers CD, Dickson JR. Projections of global health outcomes from 2005 to 2060 using the International Futures integrated forecasting model. *Bulletin of the World Health Organization.* 2011; 89: 478-486.
11. Warkentin LM, Das D, Majumdar SR, Johnson JA, Padwal RS. The effect of weight loss on health-related quality of life: systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Obes Rev.* 2014;15(3):169-182.
12. Ofei F. Obesity - a preventable disease. *Ghana Med. J.* 2005; 39(3):98–101.
13. Duran Ü, Ögüt S, Asgarpour H, Kunter D. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Evaluation of the Health Personnel's Healthy Lifestyle Behaviors. 2018; 2(3): 138–147.
14. Dayan PH, Sforzo G, Boisseau N, Pereira-Lancha LO, Lancha AH. A new clinical perspective: Treating obesity with nutritional coaching versus energy-restricted diets. *Nutrition* 2019; 60: 147–151.
15. Fabricatore, A. N. Behavior therapy and cognitive-behavioral therapy of obesity: Is there a difference? *J Am Diet Assoc.* 2007; 107(1): 92-99.
16. Munsch, S, Biedert E, Keller U. Evaluation of a lifestyle change programme for the treatment of obesity in general practice. *Swiss Med Wkly.* 2003;133(9-10): 148-154.
17. Abdelaal M, Roux CWL, Docherty NG. Morbidity and mortality associated with obesity. *Ann. Transl. Med.* 2017; 5(7): 161.
18. Walls HL, Backholer K, Proietto J, McNeil JJ. Obesity and trends in life expectancy. *J Obes* 2012; (Art. ID 107989), 1-4.
19. Polat Ü, Kahraman Bayrak B. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *Fırat Tıp Derg.* 2013; 18(4):213-218.
20. Koçyiğit, Hikmet, Ö. Aydemir, G. Fişek, N. Ölmez, and A. Kısa Memiş. "Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği." *İlaç ve tedavi dergisi.* (1999); 12(2): 102-6.
21. Montesi L, Ghoch ME, Brodosi L, Calugi S, Marchesini G, Grave RD. Long-term weight loss maintenance for obesity: A multidisciplinary approach. *Diabetes, Metab. Syndr. Obes. Targets Ther.* 2016; 9: 37–46.
22. Aşilar RH, Yıldırım A, Karakurt P, Çelebi F. Healthy Lifestyle Behaviors and Affecting Factors in University Staff. *Turkish J. Fam. Med. Prim. Care* 2020;14(1): 72–81.
23. Soriguer F, Rojo-Martinez G, De Antonio IE, De Adana MR, Catalá M, Merelo MJ, Tinahones FJ. Prevalence of obesity in south-east Spain and its relation with social and health factors. *Eur. J. Epidemiol.* 2004; 19, 33–40.
24. Lim J, Park HS. Trends in the prevalence of underweight, obesity, abdominal obesity and their related lifestyle factors in Korean young adults, 1998–2012. *Obes. Res. Clin. Pract.* 2018;12, 358–364.
25. Mitchell N, Catenacci V, Wyatt HR, Hill J. Obesity: Overview of an epidemic. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34, 717–732.
26. Wang Y, Beydoun MA. The obesity epidemic in the United States- Gender, age, socioeconomic, racial/ethnic, and geographic characteristics: A systematic review and meta-regression analysis. *Epidemiol. Rev.* 2007; 29, 6–28.
27. Nyaruhucha CNM, Achen JH, Msuya JM, Shayo NB, Kulwa KBM. Prevalence and awareness of obesity among people of different age groups in educational institutions in Morogoro, Tanzania. *East Afr. Med. J.* 2003; 80, 68–72.
28. Haspolat NK (2016). Üniversite Öğrencilerinde Beden İmajı, Benlik Saygısı ve Beden Fobisinin İncelenmesi. Erzincan Üniversitesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzincan. <http://earsiv.ebyu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12432/3353/tez1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Erişim tarihi:01.04.2020
29. Wadden TA, Osei S. The treatment of obesity: An overview. *Handb. Obes. Treat.* 2002; 21, 229–249.
30. Lowry R, Galuska DA, Fulton JE, Wechsler H, Kann L, Collins JL. Physical activity, food choice, and weight management goals and practices among US college students. *Am. J. Prev. Med.* 2000;18, 18–27.
31. Akdağ R. Editör. Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması. 1. Baskı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2012 p.51-52. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/be-denagir_tr.pdf Erişim tarihi: 12.11.2018
32. Yildiran H, Mercanligil SM. Does increasing meal frequency improve weight loss and some biochemical parameters in overweight/obese females? *Nutr. Hosp.* 2018; 36(1), 66-72.

33. Kkberber N, zdilli K, Yorulmaz H. Evaluation of factors affecting healthy life style behaviours and quality of life in patients with hearth disease. *Anadolu Kardiyol Derg.* 2011, 11:619-26.
34. Savasan A, Ayten M, Ergene O. Hopelessness and healthy life style behaviors in patients with coronary artery disorder. *J. Psychiatr. Nurs.* 2013; 4, 1-6.
35. Daudt L, Hoang G, Pham TT, Graham S. Child Nutrition Education for Lifelong Healthy Eating Habits in Mai Dam Commune, Vietnam. *Pediatrics* 2018; 142 (1 MeetingAbstract): 506.
36. Grave RD, Soave F, Ruocco A, Dametti L, Calugi S. Quality of life and physical performance in patients with obesity: A network analysis. *Nutrients* 2020; 12: 602.



Attitudes of Adult Patients Applying to Family Medicine Outpatient Clinic on Healthy Nutrition

Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Erişkin Hastaların Sağlıklı Beslenme Hakkındaki Tutumları

Fatih Karacif¹, Gaye Çelikan¹, Alis Özçakır¹, Yeşim Uncu¹, Züleyha Alper¹

ABSTRACT

Introduction: The importance of healthy eating on human health is indisputable. It is very important for family physicians, who are liable to follow people from birth to death, in terms of both preventive medicine and providing individualized health services, understanding the nutritional perspectives, nutritional preferences and counseling of these people. This study was to investigate examination of approaches to healthy nutrition of patients who applied to polyclinic in a certain period of time. **Methods:** This study is cross-sectional and semi-qualitative. A total of 80 people (40 males and 40 females over 18 years old) who applied to the family medicine outpatient clinic for any reason between June-September 2018 were randomly included in the study. Following the approval of the ethics committee, to the participants, whose verbal consent was obtained; the questionnaire prepared by researchers and consisted of three parts in total, general sociodemographic datas, 13 quantitative and 6 qualitative questions with nutrition, was applied. The data analyzes were evaluated in SPSS 21 program. **Results:** 48.8% (39) of the patients were in the 18-25 age group and 42.5% (34) were students. 42.5% (34) evaluated their health as good and 42.5% (34) reported having a health problem. 47.5% (38) of the participants had a total of three meals per day; 61.3% (49) have regular breakfast every morning, 75% (60) skip meals and the most common reason for this is reported as 'not finding time' with 40.9% (25). 61.3% (49) of the participants frequently consume cola, tea and coffee and the information about nutrition is obtained from family, relatives and friends with 31.3% (25). The most requested from family physician with 71% (57) is that family physician should to advise people about nutrition and inform people. **Conclusion:** In spite of the role of nutrition on health, it is seen that adults have deficiencies in this regard. Since people do not know the concept of healthy nutrition adequately, they show wrong nutrition behaviors and this situation leads to health problems related to nutrition. Participants ask family physicians to inform them about healthy nutrition. Therefore family physicians; should determine their nutrition approaches, preferences and misapplications of people as early as possible, follow up and consult with appropriate suggestions.

Key words: Healthy nutrition, health, family medicine.

ÖZET

Giriş: Sağlıklı beslenmenin, insan sağlığı üzerindeki önemi tartışılmazdır. Kişilerin doğumdan ölüme kadar hekim olarak sorumluluğunu alan aile hekimleri için, gerek koruyucu hekimlik, gerekse bireyselleştirilmiş sağlık hizmeti sunma açısından kendisine başvuran kişilerin beslenmeye bakış açılarını, besin tercihlerini anlamak ve bu konularda danışmanlık yapmak son derece önemlidir. Bu çalışmada; belli bir zaman diliminde polikliniğe başvuran kişilerin sağlıklı beslenme konusuna yaklaşımlarının incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışma, kesitsel tipte ve semi-kalitatif niteliktedir. Haziran-Eylül 2018 tarihleri arasında herhangi bir nedenle aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş üstü, 40 erkek ve 40 kadın olmak üzere toplam 80 kişi randomize olarak çalışmaya dahil edilmiştir. Etik kurul izninin ardından, sözlü onamları alınan katılımcılara; araştırmacılar tarafından oluşturulmuş anket formu uygulanmıştır. Anket, genel sosyodemografik veriler, beslenmeye yönelik 13 kantitatif ve 6 kalitatif soru olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Elde edilen veri analizleri SPSS 21 programında değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya katılan hastaların %48,8'i (39) 18-25 yaş grubunda olup, %42,5'i (34) öğrencidir. %42,5'i (34) sağlığını iyi olarak değerlendirmiş, %42,5'i (34) bir sağlık sorununa sahip olduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %47,5'inin (38) günlük toplam öğün sayısı üçtür; %61,3'ü (49) her sabah düzenli kahvaltı yapmakta, %75'i (60) öğün atlamaktadır ve bunun en sık nedeni olarak %40,9 (25) ile 'zaman bulamamak' bildirilmektedir. Katılımcıların %61,3'ü (49) sıklıkla kola, çay, kahve tüketmekte ve beslenme konusundaki bilgiyi sıklıkla %31,3 (25) ile aile, akraba, arkadaştan edinmektedir. Aile hekiminden en çok talep edilen %71 (57) ile aile hekiminin kişilere beslenme konusunda önerilerde bulunması ve kişileri bilgilendirmesidir. **Sonuç:** Beslenmenin sağlık üzerindeki rolüne rağmen, erişkinlerde bu konuda yetersizliklerin olduğu görülmektedir. Kişiler sağlıklı beslenme kavramını yeterli düzeyde bilmedikleri için yanlış beslenme davranışları göstermekte ve bu durum beslenme ile ilgili sağlık problemlerinin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Katılımcılar aile hekimlerinden sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirme talep etmektedir. Bu nedenle aile hekimlerinin, kişilerin beslenme yaklaşımlarını, tercihlerini, yanlış uygulamalarını mümkün olduğunca erken tespit edip, uygun önerilerle takip ve danışmanlık yapmaları gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlıklı beslenme, sağlık, aile hekimliği.

Received / Geliş tarihi: 29.01.2020, Accepted / Kabul tarihi: 09.07.2020

¹ Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Bursa-TÜRKİYE.

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Fatih Karacif, Bursa Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı Bursa-TÜRKİYE.

E-mail: fatihkaracif@uludag.edu.tr

Karacif F, Çelikan G, Özçakır A, Uncu Y, Alper Z. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Erişkin Hastaların Sağlıklı Beslenme Hakkındaki Tutumları . TJFMPC, 2020;14(4): 507-520.

DOI: 10.21763/tjfm.681986

GİRİŞ

'Eğer biz her bireye, ne çok az ne de çok fazla, doğru miktarda beslenme ve egzersiz verebilseydik; sağlık için en güvenli yolu bulmuş olurduk.' (HİPOKRAT)

Tıp ilminin babası kabul edilen Hipokrat'ın (MÖ 460-377) yaklaşık 2500 yıl önce söylemiş olduğu bu söz halen geçerlidir ve kronik hastalıklar ile obezitenin bir salgın haline geldiği günümüzde de önemini korumaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sağlık, "Sadece hastalık ve sakatlık olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali"dir.¹ İnsan sağlığının, kalıtım, beslenme, iklim ve çevre koşulları gibi birçok etmenin etkisi altında olduğu bilinmektedir. Bu etmenlerin başında da beslenme gelmektedir.² Beslenme, insan yaşamının her döneminde bedensel ve ruhsal sağlığı, dolayısıyla kişiliği, verimliliği ve mutluluğu doğrudan etkileyen en önemli unsurlardan biridir.³ Sağlıklı beslenme ya da bir diğer deyişle yeterli ve dengeli beslenme, "sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir davranıştır."⁴ Bu davranışın kazanılmasında kişilere yol gösterebilecek ve bununla ilişkili olarak onların sağlık durumlarını yakından takip edecek sağlık profesyonellerine ihtiyaç duyulmaktadır. Gereğinden çok yemek, yeterince yemeye rağmen uygun seçimler yapmamak, yanlış pişirme yöntemleri kullanmak gibi birçok faktör besin öğelerinin bazılarında kayıplar oluşmasına ve sağlığın bozulmasına neden olur. Dengesiz beslenmenin önlenmesinde, beslenme eğitimi ve sağlıklı beslenme bilincinin kazandırılması çok önemlidir.⁵ Küreselleşme sürecinde beklenen yaşam kalitesine ulaşmak için tüm bireylerin ve toplumun beslenme bilincinin artırılması, sağlıklı beslenmenin yaşam biçimine dönüştürülmesi gerekmektedir. Toplumun beslenme bilgi düzeyinin ve bilincinin yetersiz oluşu, bireylerin sürdürülebilir besin güvencesi olsa dahi, kaynakların etkin kullanımını engellemekte ve bireylerin sağlık durumunu etkilemekte, hatalı uygulamalara yol açmakta, uzun dönemde ülkenin ekonomik ve sosyal yönden olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır.⁴ Bireylerin besin seçimi ve beslenme tutumu ekonomik, kültürel ve çevresel etmenler ile yaş, cinsiyet, genetik ve yaşam biçimi gibi birçok etkenle yakından ilişkilidir.⁶ Beslenme uzmanları ve sağlık eğitimcileri, insanların dikkatini çekmek ve onlara çeşitli yollarla yardım etmek istedikleri takdirde, kişilerin sağlıklı beslenme ile ilgili bakış açılarını ve deneyimlerini anlamak zorundadırlar.²

Aile hekimliği her yaş grubundan, toplumun her kesiminden kişilerle karşılaşabilen bir disiplindir. Bu doğrultuda herhangi bir zaman diliminde, herhangi bir nedenle başvuran kişilerin beslenme gibi önemli bir konuya bakışlarını anlamak, aile hekimlerinin pratikleri sırasında üzerinde durabileceği noktaları bilmesi açısından yararlı olabilir.

Bu çalışmada, belirli bir zaman diliminde Aile Hekimliği polikliniği'ne başvuran erişkinlerin sağlıklı beslenme konusuna yaklaşımları ve bakış açılarının incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu araştırma, Haziran 2018- Temmuz 2018 tarihleri arasında Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne herhangi bir nedenle başvuran erişkin hastalar üzerinde yürütülmesi planlanmış ve 80 hasta üzerinde yürütülmüştür. Başvuran kişilerin çalışmaya seçiminde randomizasyon uygulanarak, her gün polikliniğe başvuran ilk 2 kadın ile aynı günde gelen ilk 2 erkek olmak üzere günde 4 kişi alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı bir aylık süreçte aynı şekilde devam ederek haftada 20 kişi, ay sonunda toplamda 40 kadın, 40 erkek olmak üzere 80 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma, etik kurul izni ardından (Etik kurul tarih: 19/06/2018 ve izin no 2018-11/14), kişiye gerekli ön bilgilendirmenin yapılmasını takiben, çalışmaya katılmayı, anketi doldurmayı kabul eden (sözel olarak onamları alınan) ve anketi tam dolduran kişilerle yürütülmüştür. Çalışmaya alınmama kriterleri olarak, çalışmayı kabul etmemiş olanlar, algılamada ve yanıtlamada problemi olanlar, iletişim kurulamayanlar ve 18 yaş altındakiler olarak belirlenmiştir.

Araştırma kapsamına alınan hastalara, araştırma kapsamı ve amaçları ayrıntılı olarak anlatılmış ve gönüllü olarak onam formu doldurulmuştur.

Araştırmacılar tarafından, literatür araştırılarak yapılandırılmış bir kısmı kantitatif, bir kısmı kalitatif olan anket 3 bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümü yaş, cinsiyet, medeni durum, doğum yeri ve meslek gibi sosyodemografik özelliklerin bulunduğu genel bilgiler kısmıdır. Çalışmanın ikinci bölümünde, kişilerin beslenme durumunu ve tercihlerini daha iyi anlamaya, çalışmanın son kısmını ise "kalitatif" nitelikte olan ve kişilerin sağlıklı beslenmeye bakış açılarını anlamaya yönelik sorular oluşturmaktadır. Gönüllülere ilk bölümde 15, ikinci bölümde 13 çoktan seçmeli veya boşluk doldurma şeklindeki 28 soru ile, beslenme konusunda genel görüş ve düşüncelerini bildirecekleri 6 açık uçlu soru olmak

üzere toplam 34 soru sorulmuştur. Anket sorularını ileten anketör, kişileri yönlendirmeksizin, beslenme konusunda düşündüklerini kağıda dökme ve soruları boş bırakmama konusunda fasilitatör (kolaylaştırıcı) rol oynamıştır.

Çalışma kapsamında incelenen kişilerin, ağırlık ve boy ölçümü yapılmış ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) değerleri hesaplanmıştır. Çalışmaya katılan kişilerin ağırlıkları 0.5 kg'a duyarlı, dijital tartı aleti ile, ayakkabısız ve ince kıyafetle, boyları ise esnemeyen mezür ile, ayakta frankfort düzlemde iken, ayaklar yan yana topuk ve oksipital bölge duvara değecek şekilde ve aynı araştırmacı tarafından ölçülmüştür. BKİ ise, $BKİ (kg/m^2) = \frac{Vücut\ ağırlığı\ (kg)}{Boy\ uzunluğu\ (m^2)}$ denklemi ile hesaplanmıştır. Ölçüm değerleri, DSÖ'nün sınıflandırmasına göre (*Çok zayıf* $< 16.9\ kg/m^2$, *Zayıf* $17-18.4\ kg/m^2$, *Normal* $18.5-24.9\ kg/m^2$, *Hafif Şişman* $25-29.9\ kg/m^2$, *Şişman* $30-39\ kg/m^2$, *Ağır Şişman* $> 40\ kg/m^2$) değerlendirilmiştir.

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Science) istatistik programı ile değerlendirilmiştir. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi ve Fisher's Exact Ki-Kare testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Genel Bilgilere İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 31,5 olup %48,8'i (39) 18-25 yaş grubunda, %25'i 26-39 yaş grubu, %26,3'ü ise 40-65 yaş grubunda yer almaktadır. Çalışmaya katılan hastaların %42,5'inin (34) öğrenci olduğu, %13,8'inin ise çalışmadığı görülmüştür. Çalışmaya katılan hastaların %1,3'ü herhangi bir okul mezunu değilken, %35'i yükseköğretim mezunu olup %31,3'ü ise halen okumaktadır. Gelir düzeyi açısından bakıldığında %53,8'i (43) orta, %38,8'i gelir düzeyini iyi olarak değerlendirmiştir. Hastaların %42,5'inde (34) herhangi bir hastalık ve/veya sağlık sorununun olduğu görülmüştür. Hastaların %58,8'i (47) bekâr, hiç evlenmemiş; %35'i evlidir. Çocuk sahibi olanlar çalışmaya katılan hastaların %36,2'si olup bunların %16,3'ünü iki çocuğu olanlar oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan hastaların %42,5'i (34) genel olarak mevcut sağlık durumunu iyi olarak değerlendirirken iken, %38,8'i orta, %2,5'i ise çok kötü olarak ifade etmişlerdir. Hastaların %28,8'inin (23) sigara içtiği, %31,3'ünün ise alkol kullandığı saptanmıştır. Katılımcıların gelir düzeyi sıklıkla %53,8 (43) ile orta olarak bildirilmiştir. Boy ve kilo sorgulanarak hesaplanan vücut kitle indeksine ilişkin hastaların %61,3'ü (49) normal, %26,3'ü kilolu, %1,3'ü ise morbid obez olarak saptanmıştır. Hastaların %11,3'ü düzenli fiziksel egzersiz yapmakta iken hiç yapmayanlar ise %47,5'ini (38) oluşturmaktadır. Sosyodemografik ve genel veriler Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (*n=80)			
Sosyodemografik Faktörler		**S	%
Yaş (yıl)	18-25	39	48,7
	26-39	20	25,0
	40-65	21	26,3
Cinsiyet	Kadın	40	50,0
	Erkek	40	50,0
Çalışma durumu	Öğrenci	34	42,5
	Çalışıyor	35	43,7
	Çalışmıyor	11	13,8
Medeni durum	Bekâr, hiç evlenmemiş	47	58,8
	Evli	28	35,0
	Boşanmış, ayrı, dul	5	6,2
Eğitim durumu	Herhangi bir okul mezunu değil	1	1,2
	İlköğretim (ilk ve ortaokul mezunu)	10	12,5
	Orta öğretim (lise ve dengi okul mezunu)	16	20,0
	Yükseköğretim (üniversite, yüksekokul mezunu)	28	35,0
	Halen okuyor	25	31,3
Çocuk sayısı	Yok	51	63,8
	1	8	10,0
	2	13	16,3
	3	7	8,7
	4	1	1,2
	5	1	1,2
Genel olarak şu anki sağlık durumu	Mükemmel	6	7,5
	İyi	34	42,5
	Orta	31	38,8
	Kötü	7	8,7
	Çok kötü	2	2,5
Herhangi bir hastalık/sağlık sorunu	Evet	34	42,5
	Hayır	37	46,3
	Bilmiyorum	9	11,2
Sigara içme	Hayır, hiç kullanmadım	52	65,0
	Evet, içiyorum	23	28,8
	İçtim, ancak bıraktım	5	6,2
Alkol kullanma	Hayır, hiç kullanmadım	50	61,6
	Evet, içiyorum	25	31,2
	İçtim, ancak bıraktım	5	6,2
Gelir düzeyi	Çok iyi	1	1,2
	İyi	31	38,8
	Orta	43	53,8
	Kötü	4	5,0
	Çok kötü	1	1,2
BKİ	Normal	49	61,3
	Kilolu	21	26,3
	Obez ve İleri obez	9	11,2
	Morbid obez	1	1,2
Fiziksel egzersiz	Evet, düzenli yapıyorum	9	11,2
	Düzensiz yapıyorum	33	41,3
	Hiç yapmıyorum	38	47,5

*n: Örneklem

**S: Toplam sayı

Çalışmaya katılan hastaların %86,3'ü (69) günde kaç kalori aldığını bilmediğini, %70'i gece geç yeme durumunun olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yaklaşık yarısının (%47,5) günlük toplam öğün sayısı üçtür; %61,3'ü (49) her sabah düzenli kahvaltı yapmakta, %76,3'ü öğün atlamaktadır ve bunun nedeni olarak en sık %40,9

ile 'zaman bulamamak' bildirilmektedir. Çalışmaya katılanların %61,3'ü (49) sıklıkla kola, çay, kahve tüketmekte ve beslenme konusundaki bilgiyi sıklıkla %31,3 (25) ile aile, akraba, arkadaştan edinmektedir. Katılımcıların beslenme durumuna ilişkin verileri Tablo 2'de görülmektedir.

*n: Örneklem, **S: Toplam sayı

Tablo 2. Katılımcıların beslenme özellikleri (*n=80)			
Beslenme Özellikleri		**S	%
Günlük toplam öğün sayısı	2 öğün	11	13,8
	3 öğün	38	47,5
	4 ve üzeri öğün	31	38,7
Sabah kahvaltısı yapıyor musunuz?	Evet, her sabah yapıyorum	49	61,3
	Düzensiz yapıyorum	27	33,2
	Hayır, hiç yapmıyorum	4	5,0
Öğün atlıyor musunuz?	Evet	20	25,0
	Bazen	41	51,3
	Hayır, hiç atlamam	19	23,7
Öğün atlama nedeni	Zaman bulamamak	25	40,9
	İş yoğunluğu	15	24,6
	İştahsızlık	12	19,7
	Üşengeçlik	4	6,6
	Unutmak	1	1,6
	Diğer	4	6,6
Gece geç yeme durumu	Sıklıkla	7	8,7
	Bazen	49	61,3
	Hiç	24	30,0
Günlük su tüketimi (bardak sayısı)	8'den az	33	41,4
	8-10	23	28,8
	10'dan fazla	24	30,2
Beslenme durumuna verilen puan	≤5	39	48,8
	6-8	35	43,7
	≥9	6	7,5
Günlük kaç kalori aldığınızı biliyor musunuz?	Evet	11	13,8
	Hayır	69	86,2
Açlık dışı yeme nedeni	Can sıkıntısı	19	23,7
	Stres ya da kaygı	11	13,8
	Mutluluk	15	18,8
	Sosyal durumlar	26	32,5
	Diğer	9	11,2
İş yerinde/okulda yeme durumu	Hastane/iş yeri yemekhanesi	47	58,7
	Evden kendi yemeğimi getiririm	14	17,5
	Kantin vb. yerlerden temin ederim	13	16,3
	Diğer	6	7,5
Kola, çay, kahve tüketimi	Sıklıkla	49	61,3
	Bazen	29	36,2
	Hiç tüketmem	2	2,5
Beslenme bilgisinin nereden alındığı	Aile, akraba, arkadaş	25	31,2
	Doktor ve sağlık çalışanları	24	30,0
	Televizyon	4	5,0
	İnternet	13	16,3
	Kitap	1	1,2
	Diğer	13	16,3

Araştırmaya katılan katılımcıların beslenme alışkanlıkları ile cinsiyet ilişkisi Tablo 3’de gösterilmiştir. Cinsiyetlere göre günlük toplam öğün sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların gün içindeki toplam öğün sayıları erkeklerden anlamlı şekilde yüksektir. Cinsiyetlere göre katılımcıların açlık dışı yeme nedenlerinin ve iş yerinde/okulda

yeme durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Erkeklerin hastane/iş yeri yemekhanesinde yeme durumları kadınlardan anlamlı şekilde yüksektir. Cinsiyetler göre diğer beslenme özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 3. Katılımcıların cinsiyet ile beslenme özellikleri ilişkisi (*n=80)

Beslenme Özellikleri		Kadın **S (%)	Erkek **S (%)	P
Günlük toplam öğün sayısı	2 öğün 3 öğün 4 ve üzeri öğün	5 (12,5) 14 (35) 21 (52,5)	6 (15) 24 (60) 10 (25)	0,036***
Sabah kahvaltısı yapma durumu	Evet, her sabah Düzenli Hayır, hiç yapmıyorum	25 (62,5) 13 (32,5) 2 (5)	24 (60) 14 (35) 2 (5)	>0,05
Öğün atlama durumu	Evet Bazen Hayır, hiç atlamam	13 (32,5) 20 (50) 7 (17,5)	7 (17,5) 21 (52,5) 12 (30)	>0,05
Öğün atlama nedeni	Zaman bulamamak İş yoğunluğu İştahsızlık Üşengeçlik Unutmak Diğer	13 (32,5) 3 (7,5) 11 (27,5) 3 (7,5) 0 (0) 3 (7,5)	12 (30) 9 (22,5) 4 (10) 1 (2,5) 1 (2,5) 1 (2,5)	>0,05
Gece geç yeme durumu	Sıklıkla Bazen Hiç	3 (7,5) 21 (52,5) 16 (40)	4 (10) 28 (70) 8 (20)	>0,05
Günlük su tüketimi (bardak sayısı)	8’ den az 8-10 10’dan fazla	19 (47,5) 12 (30) 9 (22,5)	14 (35) 11 (27,5) 15 (37,5)	>0,05
Beslenme durumuna verilen puan	≤5 6-8 ≥9	21 (52,5) 15 (37,5) 4 (10)	18 (45) 20 (50) 2 (5)	>0,05
Günlük kaç kalori aldığınızı biliyor musunuz?	Evet Hayır	4 (10) 36 (90)	7 (17,5) 33 (82,5)	>0,05
Açlık dışı yeme nedeni	Can sıkıntısı Stres ya da kaygı Mutluluk Sosyal durumlar Diğer	15 (37,5) 10 (25) 3 (7,5) 7 (17,5) 5 (12,5)	4 (10) 1 (2,5) 12 (30) 19 (47,5) 4 (10)	0,000***
İş yerinde/okulda yeme durumu	Hastane/iş yeri yemekhanesi Eviden kendi yemeğimi getiririm Kantin vb. yerlerden temin ederim Diğer	17 (42,5) 11 (27,5) 6 (15) 6 (15)	30 (75) 3 (7,5) 7 (17,5) 0 (0)	0,001***
Kola, çay, kahve tüketimi	Sıklıkla Bazen Hiç tüketmem	22 (55) 16 (40) 2 (5)	27 (67,5) 13 (32,5) 0 (0)	>0,05
Beslenme bilgisinin nereden alındığı	Aile, akraba, arkadaş Doktor ve sağlık çalışanları Televizyon İnternet Kitap Diğer	12 (30) 14 (35) 1 (2,5) 5 (12,5) 0 (0) 8 (20)	13 (32,5) 10 (25) 3 (7,5) 8 (20) 1 (2,5) 5 (12,5)	>0,05

Araştırmaya katılan katılımcıların beslenme alışkanlıkları ile yaş grupları dağılımı ilişkisi Tablo 4’de gösterilmiştir. Yaş gruplarına göre katılımcıların sabah kahvaltısı yapma, iş yerinde/okulda yeme, beslenme konusunda bilgi edinme ve kola, çay, kahve tüketim durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). 18-25 yaş grubunun hastane/iş yeri yemek hanesinde yeme durumları diğer yaş gruplarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Yaş gruplarına göre diğer beslenme özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4. Katılımcıların yaş grupları ile beslenme özellikleri ilişkisi (n*=80)					
Beslenme Özellikleri		18-25 Yaş S** (%)	26-39 Yaş S** (%)	40-65 Yaş S** (%)	P
Sabah kahvaltısı yapıyor musunuz?	Evet, her sabah yapıyorum Düzensiz yapıyorum Hayır, hiç yapmıyorum	18 (46,2) 19 (48,7) 2 (5,1)	13 (65) 5 (25) 2 (10)	18 (85,7) 3 (14,3) 0 (0)	0,018***
İş yerinde/okulda yeme durumu	Hastane/iş yeri yemekhanesi Evden kendi yemeğimi getiririm Kantin vb. yerlerden temin ederim Diğer	21 (53,8) 5 (12,8) 13 (33,3) 0 (0)	17 (85) 2 (10) 0 (0) 1 (5)	9 (42,9) 7 (33,3) 0 (0) 5 (23,8)	0,001***
Kola, çay, kahve tüketimi	Sıklıkla Bazen Hiç tüketmem	32 (82,1) 6 (15,4) 1 (2,6)	11 (55) 9 (45) 0 (0)	6 (28,6) 14 (66,7) 1 (4,8)	0,001***
Beslenme bilgisinin nereden alındığı	Aile, akraba, arkadaş Doktor ve sağlık çalışanları Televizyon İnternet Kitap Diğer	15 (38,5) 13 (33,3) 0 (0) 7 (17,9) 1 (2,6) 3 (7,7)	3 (15) 5 (25) 2 (10) 6 (30) 0 (0) 4 (20)	7 (33,3) 6 (28,6) 2 (9,5) 0 (0) 0 (0) 6 (28,6)	0,02***

*n: Örneklem, **S: Toplam sayı, Fisher’s Exact test kullanıldı *** $p<0.05$

Kalitatif Sorulara İlişkin Bulgular

1. Sağlıklı beslenme: Katılımcılara sağlıklı beslenmenin kendileri için ne anlama geldiği sorulmuştur.

Katılımcılardan 6 tanesi öğün atlamadan yapılan beslenmeyi sağlıklı beslenme olarak algılamakla özellikle içlerinden bir tanesi ev yemekleri tüketmeyi sağlıklı beslenme olarak tanımlamaktadır.

“Öğün atlamadan, her öğünde tüm besin gruplarından yeterli.”

“Günlük öğünleri atlamadan atıştırma alışkanlıklarına yer vermeden ev yemekleri tüketmedir.”

16 kişi karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineraller açısından vücudun ihtiyacına göre yeterli miktarda besin alındığında sağlıklı beslenildiğini düşünmektedir. Bununla beraber, 2 kişi ise bunların yanında sağlığa zararlı olan besinlerin ve hazır gıdaların tüketilmemesinin de sağlıklı beslenme için önemli olduğunu vurgulamıştır.

“Öğün atlamadan beslenmek ve günlük alınması gereken protein, karbonhidrat miktarını alıyorsa dengelidir.”

“Vücudun ihtiyacı olan protein, kalsiyum vb. şeyleri almak; yeterli kalori almak.”

“Sağlıklı beslenme; düzenli yeme alışkanlığı, günlük ihtiyacı karşılayacak düzeyde hazır ve donmuş gıdalardan uzak bir beslenme durumudur.”

“Dengeli beslenme aklıma geliyor. Karbonhidrat, protein ve yağ orantılı olarak tüketmek. Günlük fiziksel aktivitesi ile aldığı kaloriyi eşitliyor demektir. Bir de katkı maddesi kullanılan birçok üründen uzak durmak.”

“Alması gereken besinleri tam alması ve sağlığını kötü etkileyecek yiyeceklerden kaçınma.”

“Un, şeker ve tuzdan kaçınmadır.”

“Doğal besleniyorsa, sofradan aç kalkabiliyorsa doyusya yemek yemiyorsa ve semptom vermiyorsa iyidir.”

Katılımcıların çoğunluğu, düzenli beslenmenin sağlıklı bir beslenme olduğunu belirtirken bazıları ise düzenli olmasının yanında dengeli beslenmenin olması gerektiğini düşünmüşlerdir.

“Düzenli, az ve sık yemesidir.”

“Sağlıklı beslenme her gün aynı saatte ve düzenli, sebze ve meyve tüketmedir.”

“Düzenli olarak besin maddelerinin hepsinden tüketmesi. Bu besin maddelerinin et, sebze ağırlığının eşit olması ve beslenme saatlerinin düzenli olmasıdır.”

Ayrıca sağlıklı beslenmenin hayatın bir parçası ve bir yaşama biçimi olduğu, kişinin kendi vücudunu tanıması olduğu, vücut kitle indeksinin normal aralıkta tutulmasının sağlıklı beslenmekle eş değer bulunduğunu belirtmişlerdir.

“Dengeli ve düzenli beslenmedir. Düzenli bir yaşam biçimidir.”

“Sağlıklı beslenme düzenli bir şekilde yediğin veya uyguladığın düzen. Vücudu tanıma.”

“Boyu kilosuna orantılı olduğu.”

Katılımcılardan çok az bir kısmı sağlıklı beslenmenin tanımını yapamadığı ve bu konuda bilgilerinin olmadığı görülmüştür. “Çoğunlukla hayır”; “Hiç bilgim yok” gibi...

2. Beslenme şekli: Katılımcılara beslenme şekillerini nasıl tanımladıkları sorulmuştur.

Katılımcıların yaklaşık yarısı (%45) düzensiz ve sağlıksız beslendiğini düşünmektedir. Katılımcılar sağlıksız olduğunu düşündükleri halde alışkanlıklarından vazgeçemediği görülmüştür. 9 kişi beslenme şeklini sağlıksız olarak nitelendirmiş ve bunun da öğün atlama, stres, iştahsızlık ve seyahat etme gibi nedenlere bağlandığı görülmüştür. Bir kişi ise beslenme şeklini sevdiği için kahvaltılı olarak ve atıştırılabilirlik tükettiği akşam öğünü olarak tanımlamıştır.

“Sağlıklı bulmuyorum.”

“Sağlıksız. Stresten kaynaklanan iştahsızlık nedeniyle.”

“Sağlıklı ve düzenli bir beslenme alışkanlığım yok. Öğrenciyim, sürekli seyahat ediyorum. Günün geçirmek için o an beni doyurabilecek şeyler yiyorum.”

“Kahvaltılı zinde olmak için sevdiğim için tüketiyorum. Akşam yemekleri ise atıştırılabilirlik. Aslında pek sağlıklı değil.”

6 kişi sağlıklı bir şekilde beslendiğini söylemiştir.

“Dengeli ve sağlıklı.”

“Bence dengeli ve sağlıklı. Karbonhidrat ve proteini dengeli almaya çalışıyorum ama vitamin yeterince alamıyorum.”

Hastalar beslenme şeklini en çok düzensiz olarak yakın oranda da düzenli ve dengeli olarak tanımlamış olup kimi karbonhidrat, kimi de protein ağırlıklı olduğunu belirtmiştir. Aynı zamanda sebze ve meyve tüketiminde beslenmede çok önemli olduğunu belirten kişiler de vardır.

“Düzenli beslenme, protein ağırlıklı beslenmedir.”

“Aslında düzensiz ve kötü besleniyorum. Her gün aynı saatte yeme yemiyorum. Et çok nadiren tüketiyorum. Karbonhidrat ağırlıklı besinleri daha çok seviyorum. Sebze yemekleri de severim. Böylece biraz olsun dengelemeye çalışıyorum.”

“Karışık, sebze- et ağırlıklı.”

“Genelde meyve tüketimi ve sulu etli yemek. Ayaküstü beslenme (fast-food) tüketimi olmadan sebze ve meyve tüketimi.”

Katılımcılardan, sadece birinin beslenmesi konusunda bilgisinin olmadığı ve diğer bir kişinin de hayatını idame ettirmek için yemek yemesini beslenme şekli olarak ifade etmesi ilginç bulunmuştur. “Bilgim yok”, “Ölmek için yemek” gibi...

3. Daha sağlıklı olmaya yönelik beslenme

değişiklikleri: Katılımcılara mevcut beslenmelerinde daha sağlıklı olmaya yönelik hangi değişiklikleri yapmak istedikleri, yapamıyorsa sebebi sorulmuştur.

Katılımcılar mevcut beslenmelerinin daha sağlıklı olması için çoğunlukla öğün sayısını artırmak, öğünü düzene sokmak, daha çok meyve-sebze ve protein ağırlıklı beslenmek ve karbonhidrat grubunu kesmek gibi değişiklikler yapmak istemektedirler. Aynı zamanda hastalar alışkanlık haline dönüştürdükleri gece geç yeme durumlarını değiştirmek, hazır gıdalardan uzak evde yapılan yemeklerden yemek, kötü alışkanlıkları azaltıp spora yapmak gibi bir takım değişiklikler yapmayı düşünmektedir.

“Düzenli, sabah-öğle-akşam öğünü, meyve ve salata ağırlıklı yapardım.”

“Düzenli bir şekilde yemek yedim. Spor yapardım. Yediğim şeylerin kalori oranına bakardım.”

“Ayaküstü beslenme (fast-food) yerine ev yemekleri.”

“Şekersiz beslenmeye ve paketli gıda tüketmemeye çalışırdım.”

“Geç yemek yemeyi tamamen bırakırım. Asitli içecekleri bırakırım.”

“Karbonhidrat alımını azaltırım. Ekmek ve tatlıyı keserim. Sebze ağırlıklı beslenirim. Et yemeyi sevmiyorum ama en azından sevebileceğim şekilde yemek yapıp et tüketimini artırabilirim.”

“Kola içmezdim / sigara içmezdim.”

Fakat bu değişiklikleri daha çok iş yoğunluğu, zaman bulamamak, alışkanlık nedenleriyle yapamadıklarını belirtmiştir. Yine, hastalık, yalnız yaşamak, üşengeçlik, maddi ve psikolojik durumlar vs. gibi nedenlerle de uygulayamadıklarını söylemişlerdir.

“İş yoğunluğu.”

“Zaman yetersizliği. Günümün çoğunu okulda geçiriyorum. Yemek yapıp getirme şansım olmuyor.”

“Okul hayatı ve düzensiz bir hayatım olduğu için öğün saatlerimi ve içeriğini düzenleyemiyorum.”

“Alışkanlıklardan vazgeçmeme, alınan hazdan.”

“Sağlıklı besinleri hazırlamak zor geliyor.”

“Sağlıklı yiyecekleri sevmiyorum.”

“Ev ortamında buna uygun durum olmaması.”

“Psikolojik.”

“Geçim sıkıntısı, tek başına yapmak zor gelmesi.”

“Mide rahatsızlığı. Her şeyi yiyemiyorum.”

2 kişinin beslenme değişiklikleri için diyetisyenden yardım talep etmek istediği görülmüştür. Bazısı ise sağlıklı beslendiğini düşündüğü için herhangi bir değişiklik yapmasına gerek olmadığını belirtmiştir.

“Diyetisyene danışırım.”

“Sağlıklı beslendiğim için gerek duymuyorum.”

“Değişiklik yapmamı gerektiren durum yok.”

“Hiç yok.”

“Ders çalışırken kendimi motive etmek istiyorum bu yüzden değişiklik yapmam istemiyorum.”

4. Vitamin, doğal ürün ya da destek ürünleri:

Katılımcılara vitamin, doğal ürün ve ya destek ürünleri alma durumu, alıyorsa hangilerini ve nedeni sorulmuştur.

Katılımcıların %71,2’si vitamin, doğal ürünler ya da destek ürünleri almadığını belirtiyor iken, 9 kişinin multivitamin desteği, 4 kişinin de omega-3 kullandığı görülmüştür. Bu takviye ürünlerini genellikle gençler spor ve zinde olmak için, yaşlılar ise unutkanlık nedeniyle almıştır. Hastaların aynı zamanda kilo almak ve sağlık gibi durumlar içinde kullandıkları görülmüştür. Özellikle vitamin eksikliği olduğunu düşünen kişilerin vitamin ilaçlarını kendi kendilerine başlaması da ilginçtir.

“Protein tozu/ vitamin hapları spor amaçlı kullanıyorum.”

“Alıyorum. Omega 3 kilo alma için.”

“Demir ilacı, bal, polen, kan ilacı (demir depolarım boşaldığı için).”

“Vitamin B₁₂, D vitamini, Omega 3. Tahlil sonuçlarıma göre eksiklik vardı, takviye amaçlı alıyorum.”

“D vitamini ve vitamin B₁₂ alıyorum. Kan sulandırıcı ilaç (warfarin) içtiğim için. Vitaminler yok olduğu için.”

“Multi-vitamin. Kilo alamadığım için.”

“Mayıs ayında multi-vitamin kullandım. Daha dirençli olmak için; enerji amaçlı.”

“Multi-vitamin alıyorum. Eksik kaldığını düşündüğüm için alıyorum.”

5. Aile hekiminden talep edilen sağlıklı

beslenme yaklaşımı: Katılımcılara aile hekimlerinden sağlıklı beslenme konusunda nasıl bir yaklaşımda bulunmasını istedikleri sorulmuştur. Aile hekiminden en çok talep edilen %71 (57) ile beslenme konusunda önerilerde bulunması ve bilgilendirmesidir.

Aile hekimleri kendisine bağlı nüfusun her bireyini tanımalı ve onların sağlıkta sürekliliği için periyodik takiplerini yapmalıdır. Bu sağlık hizmeti beslenmeyi de kapsamalıdır. Katılımcılar

çoğunlukla beslenme konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı, bunun için aile hekimlerinden, kendi sağlık durumlarına, metabolizmalarına uygun beslenme konusunda bilgi verilmesini ve bilinçlendirilmeyi talep etmektedir. Aile hekimleri bilgi aktarımında bulunurken, yazılı ve görsel iletişim kaynakları kullanması hastaların bilgi düzeyini artırıp bilinçlenmesine katkı sağlayacaktır. Hastaların, çok az bir kısmı yazılı bilgi kaynaklarının sağlıklı beslenmelerine yararlı olacağını düşünmektedir. Aynı zamanda hastalar her muayenelerinde beslenme ve yaşam tarzı değişikliği kontrolünün yapılmasını lüzumu halinde tıbbi olarak müdahale edilmesini istemektedir.

"Hastalığının göz önüne alınarak daha ayrıntılı ne yiyip yemeyeceğimin söylenmesini isterim."

"Sağlık ve hastalık durumuna göre olması gereken diyet hakkında bilgi versin."

"Beni bilinçlendirmesini isterim. Çünkü dışarıda medyada herkesin uydurduğu saçma sapan diyet listeleri kol geziyor."

"Beslenme hakkında dergi ve broşür."

"Beslenme konusunda bilgilendirme yapsın ve broşür versin."

"Bu konu ile ilgili anket yapılması, karşılıklı istişare edilmesi."

"Yaşam tarzımıza göre yeme alışkanlığı edinmemize ve nasıl beslenmemiz gerektiğine dair bilgi verebilir."

"Nerede yanlış yaptığımı, yanlışımı nasıl düzeltebileceğimi, genel dengeli beslenme hakkında bilgilendirmesini ve gerekiyorsa tıbbi destek vermesini isterim."

"Örnek beslenme listesi hazırlayıp bizi takip etmesini, yönlendirmesini isterdim."

"Her geldiğimde kontrollerimin yapılması ve buna göre ne dikkat edeceğimi söylemesi."

"Kişinin BKİ'ne göre diyet ve egzersiz hazırlayabilmelerini isterdim."

Kişiler aile hekimlerinden, hangi besin grubundan ne ölçüde tüketmeleri ve hangi gıdalardan uzak durmaları konusunda yönlendirici olmasını, öğüt ve tavsiyede bulunmasını istemektedir.

"Öğün atlamadan, düzenli kalori almamı tavsiye etmeli ve ona göre yemek çeşidinin"

düzenlenmesinde tavsiyede bulunmalı, vitamin eksikliği varsa destek vitamin önermeli."

"Öğüt vermesini tercih ederim."

"Yeme içme konusunda yönlendirmede bulunabilir."

"Hangi gıdalardan kaçınmamız gerekenleri sık sık vurgulayabilirler."

"Daha dikkatli daha açıklayıcı bir şekilde yapmam gerekenleri söylemesini isterim."

Sağlıklı beslenmesini önemsemeyip, aile hekimlerinden beslenme konusunda herhangi bir yaklaşımda bulunmasını talep etmeyen bazı hastalar da bulunmaktadır.

"Gerek duymuyorum."

"İstemiyorum."

"Önemsemiyorum."

"Az çok bilgi sahibiyim ben zaten sadece uygulayamıyorum."

"Pek irtibatım yok."

TARTIŞMA

Bu çalışma, aile hekimliği polikliniğine başvuran erişkinlerin sağlıklı beslenme konusunda tutumları ve davranışlarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmamızda cinsiyetlere göre günlük toplam öğün sayısı, açlık dışı yeme nedenlerinin ve iş yerinde/okulda yeme durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p<0.05$). Ayrıca yaş gruplarına göre katılımcıların sabah kahvaltısı yapma, iş yerinde/okulda yeme, beslenme konusunda bilgi edinme ve kola, çay, kahve tüketim durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Beslenme, bireylerin yaşam kalitesinin belirlenmesinde ve sürdürülmesinde gerek hastalıkları önleyici gerekse sağlık durumlarını koruyucu ve/veya geliştirici etkileriyle anahtar role sahip bir davranış biçimidir.⁷

Sağlıklı beslenme yaklaşımı "yeterli ve dengeli beslenme" olarak algılanmalıdır. Yeterli beslenmeden kastedilen de, bir günde alınan kalori miktarının; kişinin yaşı, cinsiyeti, vücut ağırlığı, fizik aktivitesi vb. özellikleri doğrultusunda yeterli olması ve çeşitli besin öğelerinden dengeli bir şekilde tüketilmesidir. Bir besin türünün tümü ile diyetten çıkarılması veya bazı besin öğelerinin daha

fazla tüketilmesi beslenmenin dengesi açısında hatalı bir yaklaşımdır.⁸

Yetersiz ve dengesiz beslenmenin nedenlerinden biri, beslenme bilgisinden yoksunluktur. Beslenme bilgisi, bireylerin, ailelerin ve toplumların beslenme durumları ve alışkanlıklarını etkileyen etmenlerden biridir.² Bireylerin beslenme bilgi düzeylerini belirlemek amacı ile ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan araştırmalar genel olarak beslenme bilgi yetersizliğinin söz konusu olduğunu ortaya koymaktadır.⁹

Kişilerin ömür boyu takip ve periyodik muayenesinden sorumlu olan aile hekimlerinin, onlarla her karşılaşmasında beslenme durumlarını da gözden geçirmesi ve sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirmede bulunması gerekmektedir. Aile hekimliği polikliniklerine olan her bir başvuru, özellikle beslenmenin ve beslenmeye yönelik tutumun birçok kronik hastalıkla ilişkisi nedeniyle bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Bizim çalışmamızda da, belli bir zaman diliminde herhangi bir nedenle başvurmuş olan kişilerin beslenme bilgi yetersizliği diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir. Buna yönelik, katılımcıların aile hekimlerinden talepleri olmaktadır. Çalışmamızda aile hekiminden en çok talep edilen %71 (57) ile aile hekiminin kişilere beslenme konusunda önerilerde bulunması ve kişileri bilgilendirmesidir.

Bu doğrultuda, Ruffin ve ark.nın yaptığı bir çalışmada ailevi risk taşıyan hastaların beslenme ve yaşam tarzı değişikliklerine daha yatkın olduğu ve hekimlerin bu konuda hastalarını iyi sorgulamaları gerektiği saptanmıştır.¹⁰

Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberine (TÖBR) göre, metabolizmanın düzenli çalışması için, günlük yaşam koşulları da dikkate alınarak, yiyeceklerin günde en az üç öğünde tüketilmesi ve öğünler arasında geçen sürenin 4-5 saat olması önerilmektedir. Özellikle bireyi günlük yaşamın baskılarına hazırlama, yorgunluğu giderme, sağlıklı düşünmeyi sağlama ve hastalıklardan koruma açısından öğün düzeni önem taşımaktadır.⁵ Araştırmamıza katılan kişilerin, %13,8'inin günlük öğün tüketimi 3 öğünden az, %86,2'sinin ise 3 öğün ve daha fazladır. Yine çalışmamızda kadınların gün içindeki toplam öğün sayıları erkeklerden anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır. Özçelik'in araştırması sonucunda, sağlık personelinin %62,25'inin üç öğün yemek yeme alışkanlığı olduğu bulunmuş olup, bu sıklık doktorlarda %65, yardımcı sağlık personeline %60 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada, 4 ve üzeri öğün tüketen kadınların oranı (%20,4) erkeklerin oranına benzer olup çalışmamızdaki

oranlardan düşüktü.¹¹ Çalışmamızı oluşturan grup içinde, ağırlıklı olarak öğrencilerin olması ve yalnız yaşamları dolayısıyla yeme düzenlerinin olmayışı, farklılığa bir neden olabilir.

Kahvaltı, kişilerin daha iyi beslenme profillerine ve daha sağlıklı yaşam tarzlarına ulaşmalarına yardımcı olmada önemli bir rol oynamaktadır.^{12, 13} Kahvaltı yapmama kardiyovasküler hastalık riski ve kötü beslenmeye sebep olmakta, öğün atlama obezite riskini artırmaktadır.¹⁴ Bu araştırmada, kişilerin sabah kahvaltısı yapma durumuna bakıldığında %61,3'ü her sabah düzenli, %33,8'i ise düzensiz olarak kahvaltı yapmakta olup %5'i hiç sabah kahvaltısı yapmadığı görülmüştür. Araştırmamız Yücel'in yaptığı bir araştırmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.¹⁵

Yapılan bir araştırmada, yaşla birlikte kahvaltı yapma alışkanlığında artış görülmektedir.¹⁶ Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar görülmüştür. Her sabah kahvaltı yapma alışkanlığı 40-65 yaş grubunda diğer yaş gruplarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bu farklılık katılımcıların çoğunlukla öğrenci ağırlıklı olmasından ve öğrencilerin kahvaltı öğününü için vakit ayıramamasından kaynaklı olabilir.

Öğün atlama, günümüzde çok sık rastlanan kötü beslenme alışkanlıklarından biridir. Öğün atlama alışkanlık haline getirildiğinde, bireyin yeterli ve dengeli beslenmesini engellemektedir. Yapılan bir çalışmada, katılımcıların öğün tüketimleri değerlendirildiğinde; 109'u (%34.0) gün içerisinde öğün atladığını, 82'si (%25.5) öğün atlamadığını ve 130'u (%40.5) ise bazen öğün atlayabildiğini belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının öğün atlama nedenleri değerlendirildiğinde, en çok (%54.8) fırsat bulamadığı için öğün atladığı belirtilmiştir.¹⁵ Bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar bulunmuştur.

Su ve diğer içecekler, vücut su dengesinin korunmasında önemlidir. Hücrelerin yaşamsal faaliyetleri ve bu sayede vücut fonksiyonlarının yerine getirilmesi vücudun su dengesinin korunması ile mümkündür.¹⁷ Yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanlarının sıvı alımları değerlendirildiğinde, günlük su tüketim miktarı 1 ile 20 su bardağı (200 ml) arasında değişmekte olup, ortalaması 7.43±3.51 olarak, günlük çay/kahve tüketim miktarı ise 0 ile 50 bardak arasında değişmekte olup, ortalaması 5.40±4.56 bardak olarak belirlenmiştir.¹⁵ Bizim araştırmamızda da, benzer oranda ortalama su tüketim miktarı olduğu saptanmıştır.

Araştırmamızda, obezite oranı %12,6 olarak bulunmuştur. DSÖ'ne göre toplumun %25'i obezdir.¹⁸ Obezite prevalansı, yapılan bir çalışmada, %34.8, Turk Erişkinlerde Kalp Hastalığı Risk Faktörleri (TEKHARF) çalışmasında %28.6, Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Araştırması (TOHTA) çalışmasında %25.2, Türkiye Diyabet, Hipertansiyon, Obezite ve Endokrinolojik Hastalıklar Prevalans Çalışması-II (TURDEP II) çalışmasında %31.2, Türkiye Metabolik Sendrom Araştırması'nda %36.2 olarak bulunmuştur.¹⁹⁻²³ Araştırmamız, risk altındaki toplumu temsil etmemekle birlikte, bulunan sonucun bu çalışmalarda bulunan sonuçlardan düşük olması çalışmaya katılan kişi sayısının yetersiz olmasına, genellikle genç yaş grubundaki öğrencileri içermesine bağlı olabilir.

Psikolojik durumu, kişinin yemek yeme alışkanlıklarını etkileyebilmektedir. Bazı kimseler üzüntü, sıkıntı ve güvensizliklerini örtmek için fazla yemeye meyilli olabildiği gibi, bunun tersi durumlar da söz konusu olabilmektedir.¹¹ Cinsiyetlere göre katılımcıların, açlık dışı yeme nedenlerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışmamızda, kadınların en çok can sıkıntısı (%37,5), erkeklerin ise en çok sosyal durumlar (%47) nedeniyle açlık dışı yeme durumu olduğu görülmüştür.

Bir araştırmada, kadınların (%65,4) ögle yemeklerini erkeklerle (%66) benzer oranda iş yeri yemekhanesinde yediği ve %25'inin de evden kendi yemeğini getirdiği belirtilmiştir.¹⁶ Cinsiyetlere göre katılımcıların hastane/iş yeri yemekhanesinde yeme durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Erkeklerin (%75) hastane/iş yeri yemekhanesinde yeme durumları kadınlardan (%42,5) anlamlı şekilde yüksektir. Çalışmamızda ki kadınların beslenmelerine dikkat etmesi ve yeme içme konusunda seçici davranması bunun sebebi olabilir.

Yapılan bir araştırmada, yaş gruplarına göre evde kahvaltı yapanların oranının yaşla birlikte arttığı ve iş yerinde kahvaltı yapanların oranından daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹⁶ Yaş gruplarına göre katılımcıların hastane/iş yeri yemekhanesinde yeme durumlarının dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Çalışmamızda, evden kendi yemeğini getirenlerin oranında yaşla birlikte artış görülmekte olup, 18-25 yaş grubunun kantin vb. yerlerden yeme durumu diğer yaş gruplarından anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur.

Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasına göre, 31-50 yaş grubu yetişkinlerin günlük alkolsüz içecek tüketim miktarlarının diğer yaş gruplarından

daha yüksek olduğu belirtilmiştir.²⁴ Çalışmamızda, kola, çay, kahveyi sıklıkla tüketenlerin oranı 18-25 yaş grubunda anlamlı şekilde yüksek saptanmıştır ($p<0.05$).

Medya, bilgi edinme amacıyla günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. Beslenme, doğru bilgiye en zor ulaşılan konulardan biri olmanın yanında en çok aranılan konulardan da biridir. Halkın sağlığını geliştirebilmek için yazılı ve görsel medya bir araç olarak kullanılmaktadır. Medya, bireylerin tutumlarını, kanaatlerini, tavır alışlarını şekillendiren ve ciddi anlamda etkileyen birincil kaynaktır.²⁵ Amerikan Diyetetik Derneği'nin yapmış olduğu çalışmada, 25 yaş ve üzeri yetişkinler için beslenme bilgisi kaynağı olarak yetişkinlerin %72'si televizyonu, %58'i magazini, %33'ü gazeteleri, %18'i radyoyu, %17'si aile/arkadaşları, %12'si sağlık personelini gösterdiği saptanmıştır. Bu çalışmada ise beslenme konusunda gereken bilgiyi hastaların %31,3'ü aile, akraba, arkadaştan edinirken %30'u doktor ve sağlık çalışanından, %5'i televizyondan, %16,3'ü internetten, '1,6'sı ise kitaptan edinmekte olduğu görülmüştür. Bu çalışmada kişilerin yüksek oranda doktor ve sağlık çalışanından beslenme konusunda bilgi edinmesi çalışmaya katılan kişilerin önemli bir kısmını öğrencilerin oluşturması ve bunlarında çoğunluğunun sağlık alanında eğitim gören öğrenciler olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda, yaş gruplarına göre katılımcıların beslenme konusunda bilgi edinme dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). 18-25 yaş grubundaki katılımcıların beslenme konusunda bilgi edinme kaynaklarının en çok aile, akraba, arkadaş olduğu ve oranının diğer yaş gruplarından anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. 26-39 yaş grubundaki katılımcılar, beslenme ile ilgili en çok internetten bilgi edinmeleri anlamlı bulunmuştur. Her iki yaş grubundaki katılımcıların, aktif olarak bir işte çalışıyor ya da okuyor olması, doktor ve sağlık çalışanlarına uğrama konusunda vakitlerinin kısıtlı olması bunun sebebi olmuş olabilir.

Beslenme, isim olarak bakıldığında tanımlaması basit gibi görünen ancak kişiden kişiye farklı anlamlar verilebilen bir konudur. Nitekim sağlıklı beslenme ve beslenme şekli sorgulandığında, katılımcıların büyük çoğunluğu verdikleri cevaplar ile bu kavramları doğru bir şekilde tanımlayamadıkları, bu konudaki yanlış uygulamalarını değiştirme konusunda gerekli adımları da atamadığı görülmüştür.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Örneklem hacminin küçük olması, katılımcıların büyük çoğunluğunu öğrenci grubunun oluşturması ve çalışmanın tüm yaş gruplarına genellenebilirliğinin daha az olması çalışmanın kısıtlılıkları arasındadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde insanların gerek biyolojik, gerekse psikososyal açıdan birçok sağlık sorunu ile karşı karşıya olduğu bilinmektedir. Bununla beraber de sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlığı neticesinde gelişen hastalıklar ilk sıralarda yer almaktadır.

Bireylerin yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenmesi ile toplumda obezite, kalp damar hastalıkları, diyabet, kanser, osteoporoz gibi hastalıkların görülme riskini, protein enerji malnutrisyonun, vitamin-mineral eksikliğinin önlenmesi gibi beslenme ile ilgili sağlık sorunları azaltılabilir.

Beslenmenin sağlık üzerindeki rolüne rağmen, çalışmamızı oluşturan erişkin gruptaki katılımcıların bu konuda yetersizliklerin olduğu görülmektedir. Çalışmamızı oluşturan erişkin katılımcıların, sağlıklı olmanın bir bileşeni olan sağlıklı beslenmenin tanımı konusunda bilgi eksiklikleri neticesinde yanlış beslenme şekillerine, vitaminlerin ve içeriklerini tam bilmedikleri destek ürünlerinin uygunsuz kullanımına yönelmektedir. Çalışmamızda, katılımcıların aile hekimlerinden sağlıklı beslenmeye yönelik talepleri bulunmakta olup en çok talep edilen %71 (57) ile aile hekiminin kişilere beslenme konusunda önerilerde bulunması ve kişileri bilgilendirmesi istenmektedir. Sağlıklı yaşlanma ilkelerinden biri olan sağlıklı beslenme uygulamasının erken yaşlardan başlayarak yapılması önemlidir. Mesleki tanımlarında, koruyucu hekimliğin de yer aldığı aile hekimleri insanlarla en sık, en yakın ve en uzun süreli ilişki kuran hekim grubu olmalarından dolayı sağlığın korunması ve geliştirilmesinde önemli role sahiptirler.

Aile hekimlerinin; kişilerin beslenme yaklaşımları, tercihleri, yanlış uygulamalarını mümkün olduğunca erken tespit edip, uygun önerilerle takip ve danışmanlık yapmaları gerekmektedir.

Kişilere yeterli ve dengeli beslenmelerinin sağlanması, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması ve bu konuda aile hekimleri tarafından eğitim verilmesi gerekir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization – Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. https://www.who.int/governance/eb/who_constituti on_en.pdf. Erişim Tarihi: 29-03-2020.

2. Baysal A. Beslenmenin Sağlık ve İş Verimine Etkisi. Beslenme. 12. Baskı. Ankara: Hatipoğlu Yayınları; 2004. p.9.

3. Wetherilt H. Sağlıklı Beslenme, Sağlıklı Yaşam. İstanbul Ticaret Odası Yayınları; 2004. p.1.

4. Pekcan AG, Şanlıer N, Baş M. Besine Dayalı Beslenme Rehberi. Türkiye Beslenme Rehberi 2015 (TÜBER) , T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1031, Ankara 2016. p.7-26.

5. Besler HT, Rakıcıoğlu N, Ayaz A, Büyüktuncer Demirel Z, Gökmen Özel H, Samur FG ve Ark. Türkiye ye Özgü Besin ve Beslenme Rehberi. 1. Baskı. Ankara: Merdiven Reklam Tanıtım;2015. p.12-14.

6. Ulaş B, Genç MF. Malatya Asker Hastanesinde 2007 yılında görev yapan personelin sağlıklı beslenme konusundaki tutum ve davranışları. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2010;7(3): 187-93.

7. Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. Hemşirelik öğrencilerinin sağlık algısı ile sağlığı geliştirme davranışları, Gülhane Tıp Dergisi, 2013;55: 181-187.

8. Bilir N. Yaşlanan toplum. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı ABD, 2004. <http://www.geriatri.org.tr/pdfler/YaslananToplum.pdf>. Erişim Tarihi: 29-03-2020.

9. Çekal N. Orta yaşlı ve yaşlı bireylerin beslenme bilgi düzeyleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2008;1:14-28.

10. Ruffin MT 4th, Nease DE Jr, Sen A, Pace WD, Wang C, Acheson LS, et al; Family History Impact Trial (FHITr) Group. Effect of preventive messages tailored to family history on health behaviors: the Family Healthware Impact Trial. Ann Fam Med 2011;9(1):3-11.

11. Özçelik A. Sağlık personelinin beslenme alışkanlıkları üzerine bir araştırma. Gıda 2000;25(2): 93-9.

12. O'Neil CE, Byrd-Bredbenner C, Hayes D, Jana L, Klinger SE, Stephenson-Martin S. The role of breakfast in health: Definition and criteria for a quality breakfast. J. Acad. Nutr. Diet. 2014;114:8–26.

13. Dwyer J. Defining nutritious breakfasts and their benefits. J. Acad. Nutr. Diet. 2014;114(Suppl. 12):5–7.

14. Açık Y, Çelik G, Ozan AT ve ark. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıkları. Sağlık ve Toplum, 2003;13(4): 74-80.

15. Yücel B. Sağlık Çalışanlarının Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Tezi, 2015. p.70.

16. T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Sağlık Çalışanlarında Obezite ve Zayıflık Durumunun Belirlenmesi Araştırma

Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 826;2011. p.27.

17. Yalçinkaya M, Özer F, Karamanoğlu A. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6(6): 409-20.

18. World Health Organization. Obesity and Overweight, Fact Sheet. World Health Organisation Global strategy on Diet, Physical Activity and Health. World Health Organisation, 2003. <http://www.who.int>. Erişim Tarihi: 29-03-2020.

19. Hajian-Tilaki KO, Heidari B. Prevalence of obesity, central obesity and the associated factors in urban population aged 20-70 years, in the North of Iran: A population-based study and regression approach. *ObesRev* 2007;8:3-10.

20. Onat A, Keleş I, Sansoy V, Ceyhan K, Uysal O, Cetinkaya A, et al. Rising obesity indices in 10-year follow-up of Turkish men and women: Body mass index independent predictor of coronary events among men. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2001;29:430-6.

21. Satman I, Omer B, Tutuncu Y, Kalaca S, Gedik S, Dinccag N ve ark. The Turkish Epidemiology Survey of Diabetes, Hypertension, Obesity and Endocrine Disease (TURDEP-II) Study Group. Twelve-year trends in the prevalence and risk

factors of diabetes and prediabetes in Turkish adults. *Eur J Epidemiol.* 2013;28(2):169-180.

22. Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Çalışması (TOHTA). *Endokrinolojide Yönelişler Dergisi* 2002;11:1-16.

23. Kozan O, Oguz A, Abaci, A, Erol C, Ongen Z, Temizhan A, et al. Prevalence of the metabolic syndrome among Turkish adults. *Eur J Clin Nutr* 2007;61:548-53.

24. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931. 2014.

<https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/saglikli-beslenme-hareketli-hayat-db/Yayinlar/kitaplar/diger-kitaplar/TBSA-Beslenme-Yayini.pdf>. Erişim Tarihi: 9-03-2020. p.336.

25. Demirel B. Yazılı ve Görsel Medyada Diyabet ve Beslenme. *Bes Diy Derg.* 2019;47(Özel Sayı):129-133.

<https://beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/1324>. Erişim Tarihi: 15-05-2020.



Original Research / Özgün Araştırma

Factors Affecting Overweight and Obesity among Urban Adults: A Case of Samsun Province, Turkey

Kentsel Yetişkinlerde Aşırı Kilo ve Obeziteyi etkileyen faktörler: Samsun İli Örneği, Türkiye

Mehmet Bozoğlu¹, Uğur Başer^{*1}, Şeyma Orak¹, Hümeysra Kalelioğlu¹, Shamsheer ul Haq¹

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to examine the impacts of genetic, behavioral, and socio-economic factors on the prevalence of overweight and obesity among urban adults. **Methods:** The primary data of this study was derived from 384 adult individuals using the non-grouped one stage random likelihood sampling procedure in the urban area of Samsun province of Turkey. The ordered probit model was used to estimate factors affecting overweight and obesity among urban adults. **Results:** The research results show that the prevalence of overweight and obesity among urban adults were 30.7% and 21.1, respectively. The ordered probit model result revealed that age, number of siblings, marital status, employment, number of obese family member, BMI of mother and breastfeeding duration had statistically significant positive effects on the likelihood of overweight and obesity among the urban adults, while paying attention toward fat, sugar and salt contents in foods and dieting behavior had statistically significant negative effects on the likelihood of overweight and obesity. **Conclusions:** In order to decrease the prevalence of overweight and obesity among the urban adults, they should be eating healthy foods and do enough physical activities, and these should be a part of their lifestyle forever.

Key words: Urban adults, overweight, obesity, ordered probit, Samsun

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, genetik, davranışsal ve sosyo-ekonomik faktörlerin yetişkinlerde aşırı kilo ve obeziteye etkisinin ortaya konulmasıdır. **Yöntem:** Çalışmanın verileri, Samsun İli kent merkezindeki yetişkinler arasından rastgele olasılık örnekleme yaklaşımı kullanılarak seçilen 384 yetişkin ile yapılan anketlerle elde edilmiştir. Aşırı kilo ve obeziteye etkili faktörlerin belirlenmesinde sıralı probit modeli kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırma sonuçları, kentsel yetişkinlerde aşırı kilo ve obezitenin sırasıyla %30.7 ve %21.1 olduğunu göstermektedir. Model sonuçları; yaş, kardeş sayısı, medeni hal, istihdam edilme, ailedeki obez birey sayısı, annenin BMI'ı ve bebeklik dönemindeki emzirme sürenin kentsel yetişkinlerde aşırı kilo ve obeziteyi istatistiksel olarak pozitif etkisinin olduğu; buna karşın diyet yapma alışkanlığı, gıdaların yağ, şeker ve tuz içeriğine dikkat edilmesi gibi davranışların istatistiksel olarak anlamlı negatif etkilerinin olduğunu göstermektedir. **Sonuç:** Aşırı kilo ve obezitenin önlenmesi için kentsel yetişkinlerin sağlıklı beslenmeleri ve yeterli fiziksel aktivite yapmaları, bunları yaşam tarzlarının bir parçası haline getirmeleri gerekli görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Kentsel yetişkin, aşırı kilo, obezite, sıralı probit, Samsun

Received / Geliş tarihi: 12.04.2020, Accepted / Kabul tarihi: 09.07.2020

¹Department of Agricultural Economics, Ondokuz Mayıs University, Samsun, TURKEY.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Uğur Baser, Department of Agricultural Economics, Ondokuz Mayıs University, Samsun, TURKEY.

E-mail: : ugur.baser@omu.edu.tr

Bozoğlu M, Baser U, Orak S, Kalelioğlu H, Haq S. Factors Affecting Overweight and Obesity among Urban Adults: A Case of Samsun Province, TURKEY. TJFMPC, 2020;14(4): 521-529.

DOI: [10.21763/tjfm.718594](https://doi.org/10.21763/tjfm.718594)

INTRODUCTION

Overweight and obesity have become a gigantic health-related issue all over the world. It shows an abnormal and excessive fat accumulation in the human body which causes serious public health problems.¹ Prevalence of overweight and obesity has increased rapidly all over the world and has tripled worldwide since 1975.² In 2016, about 2 billion adults in the world were overweight, and 650 million were obese. Overweight and obesity were higher among adult women as compared to adult men in the world. The prevalence rate of overweight in women was 40%, while it was about 39% in men. Similarly, the obesity prevalence in adult women (15%) was higher than adult men. The fundamental cause of obesity and overweight is an energy imbalance between calorie intake and calorie consumption.³

In Turkey, there has been also a significant rise in the prevalence of overweight and obesity both in adults and children for the last two decades.⁴ The report issued by the Ministry of Health pointed out that 29% of women and 15% of men were obese. Similarly, 37% of male and 29% of females was overweight in the country.⁵ Moreover, Adulthood obesity prevalence anticipates described that 44% of men and 26% of women will be obese in 2020, and in 2030, this prevalence rate will be 51% in men and 25% in women. The improper meals pattern, growing sedentary lifestyle, decrease in home time, high consumption of energetic food and drinks, low physical activity, and some environmental factor like genetic disposition contributes a lot in overweight and obesity.^{1,6-8} Consequently, overweight and obesity became a global health problem due to their contribution to non-communicable diseases such as diabetes, cardiovascular disease, cancer, hypertension, hypertension, musculoskeletal disorders, and behavioral problems.^{3, 9-11} These chronic diseases caused by overweight and obesity were a major cause of premature deaths. In general, the substantial rise in mortality due to non-communicable diseases such as Ischemic heart disease (17.6%), Alzheimer disease (46.1%), and Diabetes (28.0%) was observed from 2005 to 2016 in the country. Similarly, the Ischemic heart diseases exhibited no change in its position in causing premature deaths, but Alzheimer diseases got 7th position from 8th and diabetes got 9th position in Turkey.¹²

The significance of this study on overweight and obesity was underlined by their adverse health outcomes, increasing contribution to deaths, and their increasing prevalence rate. In this context, many cross-sectional studies were conducted all over the world. Some of them focused on the prevalence rate of obesity and overweight

among adults and youth,^{13,14} and some described the effective factors on overweight and obesity.^{1, 15-16} Similarly, in Turkey, most of the studies focused on the prevalence of obesity, and its associated health risk.¹⁷⁻¹⁸

Additionally, the nationwide studies and growing prevalence rate of overweight and obesity among Turkish people signify the importance of exploring the effective factors on overweight and obesity to take early prevention steps for Turkish people. Lack of exploring the factors affecting overweight and obesity among Turkish people, this study might be a forward step toward fulfilling this research gap. Moreover, the study objectives were to determine the prevalence rate of overweight and obesity in urban adults of the Samsun province as well as exploring the factors affecting overweight and obesity.

MATERIALS AND METHODS

Research area

Samsun province consisted of the research population. It has a surface area of 9,579 km² with a population of 1,312,990. 47.6% of the total province population lives in the central urban districts of Atakum, Ilkadim and Canik. The average household size in the province is 3.4. About 49.4% of the population is male and 50.6% is female.¹⁹

The urban population of Samsun province has increased especially due to migration for the last two decades. Urbanization has changed in the lifestyles and nutritional habits of the urban population. Urbanization is one of the most effective factors in the rising prevalence of overweight and obesity worldwide. Therefore, the urban center of Samsun province was thought to be a good case study to investigate the prevalence of obesity and overweight in adults and effective factors.

Sampling and data collection

The non-grouped one stage random likelihood sampling procedure of Cochran was applied to determine the sample size (Formula 1).²⁰

$$n=(t)^2*(p)(q)/(d)^2 \quad (1)$$

Where n denotes the required sample size, t means the level of significance which is defined as 95% (1.96). The p denotes the probability of attributes to be estimated which was defined 50% for the current study. Similarly, q describes the probability of attributes not to be estimated which was calculated as 1-p (that was also 50%). The final parameter is d which shows the desired level of precision (assumed to be 5%). At last, the final

required number of sample size (n) calculated as 384 adults as representatives of the accessible population of the study area.

The next step was to develop a comprehensive questionnaire. The questionnaire was divided into various sections. The first section was about the social-demographic personal characteristics of the adult respondent such as his age, gender, education, marital status, occupation etc. The second section was about the height and weight of the adults to determine the Body Mass Index (BMI). The third section was composed of genetic and physiological factors such as BMI of respondent's parents, their behavior (active, aggressive), use of medicine etc. Moreover, the questions about the adults' physical activities and nutritional behavior were also asked.

Method

At first, BMI was calculated by Formula 2 to classify overweight and obesity among adults. Based on the resulted BMI values, the adults were classified into "weak or normal weight", "overweight" and "obese" according to the WHO defined criteria. In this way, the adult with BMI less than 24.9 was classified as weak and normal weight (Y=0). If the BMI was in the range of 25 to 29.9 (Y=1), then the adult was supposed as overweight. Similarly, adults with BMI equal to or greater than 30, were considered obese (Y=2). This index was used all over the world to identify overweight and obesity among adults or children.^{11, 17, 21}

$$\text{BMI} = \text{Body Weight} / \text{Height}^2 \quad (2)$$

As the dependent variable has three categories such as normal weight, overweight and obese adults based on the BMI, the dependent variable takes a discrete value, and also inherent ordinal ranking. It satisfies the application of the ordered probit model.²²⁻²³ Subsequently, the ordered probit model was used to determine the effective factors of overweight and obesity. In the ordered probit model, the probability of being in one of weak or normal, overweight, and obese BMI categories was a function of sociodemographic, genetic, psychological, nutritional, and physical factors. The general functional form was described below (Formula 3).

$$y_i^* = \beta'x_i + \varepsilon_i, \varepsilon_i \sim F((\varepsilon_i|\theta)), E(\varepsilon_i|x_i) = 0, \text{ and } \text{Var}(\varepsilon_i|x_i) = 1 \quad (3)$$

Where, y_i^* is the unobserved "latent" dependent variable, and presently it is 0 for "normal weight adults", 1 "overweight adults" and 2 "obese adults". β is a vector of coefficients to be estimated. x is a

vector of explanatory variables and ε a vector of error terms. The above observation mechanism results from a complete censoring of the latent limited dependent variable as follows (Formula 4):

$$\begin{aligned} y_i &= 0 \text{ if } y_i \leq \mu_0, \\ y_i &= 1 \text{ if } \mu_0 < y_i \leq \mu_1, \\ y_i &= 2 \text{ if } \mu_1 < y_i \leq \mu_2. \end{aligned} \quad (4)$$

Where, y is the observed counterpart to y^* , while μ_j represents the threshold values or the cut of points.²⁴

Marginal effects were calculated below Formula 5 to determine a unitary effect of each exogenous variable on each of the three categories of the dependent variable.²⁴

$$\begin{aligned} \frac{\partial \text{Prob}(y_i = 0)}{\partial x_k} &= -\phi(\hat{\beta}'x_i)\hat{\beta}_k, \\ \frac{\partial \text{Prob}(y_i = 1)}{\partial x_k} &= [\phi(-\hat{\beta}'x_i) - \phi(\hat{\mu}_1 - \hat{\beta}'x_i)]\hat{\beta}_k, \\ \frac{\partial \text{Prob}(y_i = 2)}{\partial x_k} &= [\phi(\hat{\mu}_1 - \hat{\beta}'x_i)]\hat{\beta}_k \end{aligned} \quad (5)$$

Where ϕ is the normal probability density function. Marginal effects for a dummy variable can be calculated as the difference between ϕ of the corresponding probability with and without the presence of the variable in question (Formula 6).

$$\frac{\partial \text{Prob}(y_i=0)}{\partial x_m} = \phi(-\hat{\beta}'x_i|x_m - 1) - \phi(-\hat{\beta}'x_i|x_m - 0) \quad (6)$$

Where the $\partial \text{Prob}/\partial x_k$ is partial derivative of probability with respect to independent variable x_k . The sum of marginal effects should be zero by canceling out one another across the response categories. The standard errors of these marginal effects can be obtained by utilizing the delta method. Descriptions of the variables in the ordered probit model have given in Table 1. In the study, f test was used for parametric tests, and chi-square test was used for nonparametric tests.

However, the expected effects of variables on obesity and overweight (the hypothesis) are given in Table 1. It was expected that the variables of AGE, GENDER, NSIBLING, INCOME, MARSTA, EDUC, OBESFM, BMIMUM, BMIDAD, CROILL, PSYPRB, CONMED, SLEEPDUR, DURBREA, PORSIZE and ALCOH have positive impacts on dependent variable (BMI). However, it was expected that the variables of EMPLO, ACTIVE, EMOTION, REGSLEEP, REGEXER, BREAK, LUNCH, DINNER, SNACK, FASUSA and SMOKI have negative impacts on a dependent variable (BMI).

Table 1. Descriptions and expected effect of the variables used ordered probit model

Variables	Variable definition	Expected effect
Dependent Variable (BMI)		
	Weak and normal weight (if BMI is $\leq 24.9=0$)	
	Overweight (if BMI is 25-29.9=1)	
	Obese (if BMI is $>30=2$)	
Independent Variables		
Socio-demographic characteristics		
AGE	Age (year)	(+)
GENDER	Gender (1=male, 0=female)	(+)
MARSTA	Marital status (1=married, 0=other)	(+)
NSIBLING	The number of siblings in the family (person)	(+)
EDUC	Education (1=university and above, 0=other)	(+)
EMPLO	Employment (1=employed, 0=unemployed)	(-)
INCOME	Monthly family income (€)	(+)
Genetic and psychological factors		
ACTIVE	Personal characteristics (1=very active and active, 0=other)	(-)
EMOTION	Emotional characteristics (1=anxious, aggressive, depressive, lonely; 0=Calm, happy, relaxed, safe)	(-)
OBESFM	Number of obese in the family (person)	(+)
BMIMUM	Body mass index of mother	(+)
BMIDAD	Body mass index of father	(+)
CROILL	Chronic illness (1=Yes, 0=No)	(+)
PSYPRB	Psychological problems (1=Yes, 0=No)	(+)
CONMED	Consume medicine (1=Yes, 0=No)	(+)
Nutrition behaviors		
DURBREA	Duration of breastfeeding (month)	(+)
BREAK	Have regular breakfast (1=Yes, 0=No)	(-)
LUNCH	Have regular lunch (1=Yes, 0=No)	(-)
DINNER	Have regular dinner (1=Yes, 0 = No)	(-)
SNACK	Have regular snack (1=Yes, 0=No)	(-)
PORSIZE	Portion size (1= too much, 0=less or normal)	(+)
FASUSA	Pay attention on fat, sugar and salt (1=Yes, 0=No)	(-)
SMOKI	Smoking (1=Yes, 0=No)	(-)
ALCOH	Drinking alcohol (1=Yes, 0=No)	(+)
Physical and sleeping behaviors		
SLEEPDUR	Daily sleep duration (hours)	(+)
REGSLEEP	Regular sleep (1=Yes, 0=No)	(-)
REGEXER	Regular physical exercise (1=Yes, 0=No)	(-)

RESULTS AND DISCUSSION

The descriptive research results in Table 2 show that the average BMI were 22.21 for weak and normal-weight adults, 27.27 for overweight adults and 33.88 for the obese adults, while the prevalence of weak and normal weight, overweight and obesity among the urban adults were 47.14%, 32.29%, and 20.57%, respectively. The independent variables were categorized into four groups. The first group consisted of socio-economic factors such as age, gender, marital status, income, etc. The average age of the weak or normal, overweight, and obese adults were about 35, 41, and 45, respectively. The rate of males was 44% in weak or normal adults, 52% in overweight adults, 47% in obese adults, and 47% in general. However, the rate of males in

Samsun province was 49.4%.¹⁹ The rate of married was 67% in weak or normal adults, 85% in overweight, 89% in obese adults, and 78% in general. The rate of married adults in the province population was 64.9%.¹⁹ The number of siblings in the family was 3 in weak or normal adults, while it was 4 in overweight and obese adults. About one-third of the adults had university or higher education levels. Whereas, the share of university or higher graduates was less (15.4%) in the population.¹⁹ The employment rate among the adults was 78% weak or normal adults, 83% in overweight adults, 68% in obese adults, and 78% in general. The average monthly income of households decreased from weak and normal adults

(₺ 4,572) to obese adults (₺ 4,006).¹ There was statistically difference among the BMI groups in terms of age, the number of siblings, marital status ($p<0.001$), employment ($p<0.05$), and education level ($p<0.10$).

The second group independent variables explain the stated genetic and psychological factors such as the number of obese in the family, BMI of parents, any chronic illness, personal and emotional characteristics. About eighty percent of adults stated themselves as an active or very active person and aggressive, depressive, and lonely behavior. While the obesity prevalence in the family was 19% in weak and normal adults, this rate increased 28% in overweight adults and 56% in obese adults. The mothers (BMI = 27.17) and fathers (BMI = 30.17) of adults were overweight on average. The rate of chronic diseases in families increased from weak or normal adults (14%) to obese adults (39%). The rate of physical handicapped in the family members also increased from weak or normal adults (17%) to obese adults (27%). However, the rate of chronic patients consuming medicine was 7% in weak or normal adults, 16% in overweight adults, and 20% in obese adults. There was statistically difference among the BMI groups in terms of chronic illness and consuming medicine ($p<0.001$).

The third group of independent variables was about the nutrition behavior of adults such as having meals regularly, drinking alcohol, smoking, and avoiding fat, sugar, and salt in meals. The breastfeeding period increased from 12 months in weak or normal adults to 15 months in obese adults. About two-thirds of the adult groups had regularly their breakfast, lunch, and dinner, while one-third of them had regularly snack. Furthermore, 87-89% of the adults had a large meal portion. The rate of adults who are sensitive not to use salt in their meals was 39% in overweight adults, 36% in weak or normal adults, and 22% in obese adults. While 32 % of adults were smoking, 10-18% of them were drinking alcohol.

The last group variables emphasize the factors regarding the adults' physical exercises and sleeping behaviors such as sleeping hours, regularity in sleep, and physical activities. Whereas the adults slept daily 7.33 hours, and 63% of them had a regular sleep. Thirty-nine percent of the adults worked physically, while 37% of them did regular physical exercises.

¹ Average US Dollar rate was ₺ 3.02 in 2016.

Table 2. Description and summary statistics of the variables

	Weak - normal weight (%47.14)		Overweight (%32.29)		Obese (%20.57)		General	
	Mean or %	Std. Deviation	Mean or %	Std. Deviation	Mean or %	Std. Deviation	Mean or %	Std. Deviation
Dependent variable								
BMI***	22.21	1.87	27.27	1.48	33.88	3.64	26.23	5.01
Independent Variables								
<i>Socio-demographic characteristics</i>								
AGE***	34.54	11117.00	41.23	10255.00	45.00	11471.00	38.85	11.71
GENDER	0.44	-	0.52	-	0.47	-	0.47	-
MARSTA***	0.67	-	0.85	-	0.89	-	0.78	-
NSIBLING***	3.10	1.43	4.14	1952.00	4.35	2375.00	3.70	1.91
EDUC*	0.31	-	0.34	-	0.35	-	0.34	-
EMPLO**	0.78	-	0.83	-	0.67	-	0.78	-
INCOME	4571.82	2.35	4217.58	2.55	4006.13	2.65	4341.05	2482.46
<i>Genetic and psychological factors</i>								
ACTIVE	0.80	-	0.80	-	0.76	-	0.79	-
EMOTION	0.78	-	0.76	-	0.77	-	0.77	-
OBESFM	0.19	-	0.28	-	0.56	-	0.29	-
BMIMUM	29.71	4751.00	30.32	4741.00	31.00	5616.00	30.17	4.95
BMIDAD	26.77	3220.00	27.50	5563.00	27.58	5759.00	27.17	4.66
CROILL***	0.14	-	0.28	-	0.39	-	0.24	-
PSYPRB	0.17	-	0.23	-	0.27	-	0.21	-
CONMED***	0.07	-	0.16	-	0.20	-	0.13	-
<i>Nutrition behaviors</i>								
DURBREA**	12.22	8142.00	12.97	8646.00	15.20	9553.00	13.08	8.66
BREAK	0.57	-	0.62	-	0.70	-	0.61	-
LUNCH	0.60	-	0.65	-	0.65	-	0.62	-
DINNER	0.76	-	0.82	-	0.75	-	0.78	-
SNACK	0.30	-	0.35	-	0.35	-	0.33	-
PORSIZE	0.87	-	0.89	-	0.91	-	0.88	-
FASUSA**	0.36	-	0.39	-	0.22	-	0.34	-
SMOKI	0.30	-	0.36	-	0.30	-	0.32	-
ALCOH	0.18	-	0.10	-	0.15	-	0.15	-
<i>Physical and sleeping behaviors</i>								
SLEEPDUR	7.32	1478.00	7.22	1446.00	7.51	1608.00	7.33	1.50
REGSLEEP	0.67	-	0.60	-	0.61	-	0.63	-
REGEXER	0.36	-	0.38	-	0.37	-	0.37	-

***, **, and * indicate the coefficient are statistically significant at the level of 1, 5, and 10%, respectively.

Ordered probit model results

The chi-square value for the factors influencing overweight and obesity (125.69 with 26 degrees of freedom) was statistically significant at the 0.01 level of probability (Table 3). Twenty-seven independent variables were included in the model, and the estimated coefficients of these variables were tested using *t*-test statistics. The model results revealed that eight variables have a significant effect on overweight and obesity. Most of them were related to the socio-economic characteristics of urban adults. First variable was an age which describes that higher the age, higher the probability of belonging to the overweight and obesity group. It also described the positive association of increasing age with overweight and obesity. Second, a large number of siblings in the family also increases the probability of being overweight and obese. Moreover, married adults were more likely to gain weight as compared to an unmarried

adult. The last socio-economic factor, unemployed adults were tending to have overweight and obesity problems.

From the second category of genetic and psychological factors, only the number of obese family members, and BMI of mother positively and significantly increase the probability of being overweight and obese. This implies that the probability of being overweight or obese increases if the adult belongs to a family with more overweight and obese family members. Similarly, if a mother’s BMI is higher, then the adults were more likely to be over-weighted and obese.

The duration of an adult breastfed by their mother in his/her infant time also increases the likelihood of overweight and obesity among adults. The second variable form nutrition behavior such

as giving attention to fat, salt, and sugar decreases the probability of overweight and obesity among adults. Although, the other factors were not significant.

The marginal effect for the age indicates that when the age increases one year, the likelihood of an adult being over-weighted and obese increased by 0.4% and 0.7%, respectively. Numerous studies also found similar results.^{1, 16} When the number of siblings in the family increase, the likelihood of overweight and obesity increases by 2% and 3%, respectively. The likelihood of overweight and obesity in married respondent as compared to single counterparts were higher 6% and 8%, respectively. Sen *et al.*¹ had reached

similar results in his study. If the number of obese in the family increases, the likelihood of overweight and obesity increases by 8% and 12%, respectively. If a mother's BMI increases, the likelihood of overweight and obesity increases by 0.4% and 0.5%, respectively. If people had a longer duration of breastfeeding, the likelihood of having overweight and obesity increase by 0.3% and 0.5%, respectively. If people are employed, the likelihood of overweight and obesity decreased by 5% and 8%, respectively. Slack *et al.*²⁵ also supported our results. If people pay attention to fat, salt, and sugar contents of foods, the likelihood of having underweight and obesity decreased by 5% and 7%, respectively.

Table 3. Factors affecting overweight and obesity among adults

Variables	Coefficient	Marginal effects		
		Y=0	Y=1	Y=2
CUT1	3.292	-	-	-
CUT2	4.411	-	-	-
AGE	0.028***	-0.011***	0.004***	0.007***
GENDER	0.134	-0.053	0.021	0.032
MARSTA	0.352*	-0.140*	0.056*	0.084*
NSIBLING	0.114***	-0.045***	0.018***	0.027***
EDUC	0.288	-0.114	0.045	0.069
EMPLO	-0.369**	0.146**	-0.058*	-0.088*
INCOME	0.000	0.000	0.000	0.000
ACTIVE	-0.021	0.008	-0.003	-0.005
EMOTION	-0.055	0.022	-0.009	-0.013
OBESFM	0.513***	-0.204***	0.081***	0.122***
BMIMUM	0.022*	-0.009*	0.004	0.005*
BMIDAD	0.016	-0.006	0.003	0.004
CROILL	0.257	-0.102	0.041	0.061
PSYPRB	-0.013	0.005	-0.002	-0.003
CONMED	0.050	-0.020	0.008	0.012
DURBREA	0.022***	-0.009***	0.004***	0.005***
BREAK	-0.025	0.010	-0.004	-0.006
LUNCH	0.076	-0.030	0.012	0.018
DINNER	-0.252	0.100	-0.040	-0.060
SNACK	0.123	-0.049	0.019	0.029
PORSIZE	0.249	-0.099	0.039	0.059
FASUSA	-0.296**	0.117**	-0.047**	-0.071**
SMOKI	-0.045	0.018	-0.007	-0.011
ALCOH	-0.111	0.044	-0.018	-0.026
SLEEPDUR	0.020	-0.008	0.003	0.005
REGSLEEP	-0.092	0.037	-0.015	-0.022
REGEXER	0.046	-0.018	0.007	0.011
Log- likelihood	-339.181			
χ^2	124.07***			
Psuade R ²	0.1546			
N	384			

Ordered probit model was used.

***, ** and * indicate the coefficient are statistically significant at the level of 1, 5 and 10%, respectively.

The main limitation of this study is that this study was conducted in the only urban center of Samsun province and these results did not generalized to the other urban areas of the country and the urban areas. Similar researches should be conducted in the other regions and/or countrywide using larger sample sizes and different methodologies with

high-risk groups such as children and the elderly population.

CONCLUSIONS

The prevalence of overweight and obesity showed and upward trend mainly as a result of urbanization rise, better nutrition, socio-economic development, etc. This study concluded that about half of the urban adults were overweight and obese in Samsun province. Majority of the adults were characterized by aggressive, depressive and lonely personality. About one-third of the adults had a habit of junk food feeding and not a regular habit of breakfast, lunch and dinner. Majority of the adults had large portion of meal and only few of them took care of fat, sugar and salt. Similarly, few adults smoked and drank alcohol. Moreover, only one third of adults did regularly physical activities. These socio-demographic, genetic and psychological, nutritional and physical factors related with the prevalence rates of overweight and obesity show important health risk factors and problems. Therefore, the results of this study are important to develop a successful health program for combating with overweight and obesity problems.

This study has contributed to further insights into how selected factors affect overweight and obesity. Thus, the ordered probit model analysis revealed that some selected factors had significant positive effects on overweight and obesity among urban adults: specifically, age, number of siblings, marital status, and employment among the socio-economic factors; obese mother and number of siblings among the genetic factors. However, paying attention to fat, sugar, and salt contents of diet decreases significantly the likelihood of overweight and obesity among the urban adults.

In order to prevent overweight and obesity, policy measures should focus on the effective factors such as age, a number of siblings, marital status, employment status, obesogenic environment (obese mother and the number of siblings), breastfeeding and food content. Thus, urban adults should be informed and encouraged about consumption of healthy foods and physical activities, and this should be a part of their lifestyle forever. The nutritional diet of urban adults should be appropriate with their gender, metabolism, and age. With growing age, the adults should take care of their diets and also enhance their physical activities. The adults belong to the family with more obese members should be aware of the probability of overweight and obesity. They should take precautionary measures in childhood and should do regular activities. Overweight and obese parents should make habitual their children to adopt healthy diet patterns. However, the municipalities also should invest in the necessary infrastructure of recreation and sports facilities.

REFERENCES

1. Sen J, Mondal N, Dutta S. Factors affecting overweight and obesity among urban adults: a cross-sectional study. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health* 2013; 10(1):1-11.
2. Bray GA. Health hazards of obesity. *Endocrinology and metabolism clinics of North America* 1996; 25: 907-919.
3. WHO. World Health Organization Obesity and Overweight, World Obesity Federation. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> Accessed 15 October, 2018.
4. Erem C. Prevalence of overweight and obesity in Turkey. *IJC Metabolic & Endocrine* 2015; 8: 38-41.
5. MoH. Ministry of Health. Chronic diseases and risk factors survey in Turkey, Ankara. ISBN; 978-975-590-461-0 Publication Number; 909. 2013.
6. WHO. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic; Report of a WHO Consultation, WHO Technical Report Series 894. 2000.
7. Chou SY, Grossman M, Saffer H. An economic analysis of adult obesity: results from the Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Journal of health economics* 2004; 23(3): 565-587.
8. Tur JA, Serra-Majem L, Romaguera D, Pons A. Profile of overweight and obese people in a Mediterranean region. *Obesity Research* 2005; 13(3): 527-536.
9. Haslam DW, James WP. Obesity. *Lancet* 2005; 366: 1197-1209.
10. Laxmaiah A, Nagalla B, Vijayaraghavan K, Nair M. Factors affecting prevalence of overweight among 12-to 17-year-old urban adolescents in Hyderabad, India. *Obesity* 2007; 15(6): 1384-1390.
11. Caballero B. The Global Epidemic of Obesity: An Overview. *Epidemiol Rev* 2007; 29:1-5.
12. IHME, Institute for Health Metrics and Evaluation. What causes the most premature death? 2016. <http://www.healthdata.org/turkey>. Accessed 15 October, 2018.
13. Skinner AC, Perrin EM, Skelton JA. Prevalence of obesity and severe obesity in US children (1999-2014). *Obesity* 2016; 24(5): 1116-1123.
14. Ogden CL, Carroll MD, Kit BK, Flegal KM. Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *Jama* 2014; 311(8): 806-814.
15. Goryakin Y, Lobstein T, James WPT, Suhrcke M. The impact of economic, political and social globalization on overweight and obesity

- in the 56 low and middle income countries. *Social Science & Medicine* 2015; 133: 67-76.
16. Banterle A, Cavaliere A. The social and economic determinants of obesity: an empirical study in Italy. In 113th Seminar of the European Association of Agricultural Economists (EAAE) "A resilient European food industry and food chain in a challenging world". Chania, Crete, Greece 2009;1-13.
 17. Delibasi T, Karaaslan Y, Ustun I, Koroglu E, Hosgor S. National prevalence of underweight, overweight and obesity in Turkey: cross sectional study of a representative adult population. *Open Medicine* 2007; 2(3): 294-303.
 18. Sahin H, Cicek B, Yılmaz M, Ongan D, Inanç N, Aykut M, Elmali F. Obesity prevalence, waist-to-height ratio and associated factors in adult Turkish males. *Obesity research & clinical practice* 2011; 5(1): 29-35.
 19. TurkStat. Turkish Statistical Institute. <https://biruni.tuik.gov.tr/bitkiselapp/bitkisel.zul> Accessed 05 October, 2018.
 20. Cochran WG. *Sampling Techniques*. Third Edition, John Wiley&Sons Inc.; 1977. p. 75-76.
 21. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C, Rivas G, Kontogianni MD, Zampelas A, Stefanadis C. Epidemiology of overweight and obesity in a Greek adult population: the ATTICA Study. *Obesity Research* 2004; 12(12): 1914-1920.
 22. McLean-Meynsse PE. Factors influencing early adoption of new food products in Louisiana and Southeast Texas. *J. Food Distrib. Res* 1997; 28(3): 1–10.
 23. Abdel-Aty MA. Using ordered probit modeling to study the effect of ATIS on transit ridership. *Transp. Res. Part C* 2001; 9:265-267.
 24. Chen K, Ali M, Veeman M, Unterschultz J, Le T. Relative importance rankings for pork attributes by Asian-origin consumers in California: Applying an ordered probit model to a choice-based sample. *J. Agric. Appl. Econ* 2002; 34: 67–79.
 25. Slack T, Myers CA, Martin CK, Heymsfield SB. The geographic concentration of US adult obesity prevalence and associated social, economic, and environmental factors. *Obesity* 2014; 22(3): 868-874.



Rational Use of Medicines by Mothers Having Children Under Five Years Old and Factors Affecting Their Medication Use

Beş Yaş Altı Çocuğu Olan Annelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumu ve Etkileyen Etmenler

Ayça Seda ÇINAR¹, Yeliz MERCAN²

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to determine mothers' Rational Use of Medicines (RUM) having children under five years old, and factors affecting their medication use. **Method:** This descriptive and cross-sectional study was performed in Pınarhisar, a district of Kırklareli, a province in northwestern Turkey, between June 2015 and March 2016. The study sample consisted of 320 women having 0-59-months old children enrolled in Family Health Centers. The data were collected through face-to-face interviews using the Questionnaire developed by the researchers. **Results:** The rate of RUM among the participants was 30.0%. The rate of taking over-the-counter medication, and antibiotics without a prescription among the women was 90.0% and 19.1% respectively. The rate of the women who gave over-the-counter medication, and antibiotics without a prescription to their children was 66.3% and 6.3% respectively. Of the participants, 38.4% had medication at home to use just in case and 33.4% took medication upon others' advice. The rates of correct responses given by the mothers to questions on antibiotic use ranged between 18.8% and 52.2%. In the multivariate logistic regression analysis, the rate of rational use of medicines was higher in those who had a nuclear family, those whose income was above the minimum wage (1400-2800 Turkish liras), those who were aware that the effectiveness of the drug would not increase as the drug price increased, and those who were aware of the rational use of drugs than it was in those whose income was below the minimum wage (<1400 Turkish liras), those who had a large or fragmented family, those who were not aware that the effectiveness of the drug would not increase as the drug price increased, and those who were not aware of the rational use of drugs respectively. **Conclusion:** About one out of three mothers who had children under the age of five used drugs rationally. Among the mothers, the rate of taking over-the-counter medication and antibiotics without a prescription for themselves was higher than the rate of giving them to their children. Among the determinants of rational use of medication were the family type, income level, and the level of knowledge or awareness of RUM. When mothers having children under the age of five present to health institutions, the interview processes should be evaluated well, educational studies should be planned for them and their participation in these studies should be ensured.

Keywords: Rational use of medicine, irrational use of medicine, non-prescription medicines, use of antibiotics without a prescription, child, mother

ÖZET

Giriş: Bu çalışmada, beş yaş altı çocuğu olan annelerin akılcı ilaç kullanım (AİK) durumunun belirlenmesi ve etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırma, Haziran 2015- Mart 2016 tarihleri arasında Pınarhisar'da yürütülmüştür. Araştırmanın örneğini, Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 0-59 aylık çocuğu olan 320 kadın oluşturmuştur. Veriler, araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu yardımıyla yüz yüze toplanmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların AİK prevalansı %30,0 saptanmıştır. Kadınların reçetesiz ilaç ve reçetesiz antibiyotik kullanım prevalansı sırasıyla %90,0 ve %19,1 idi. Kadınların çocuklarına yönelik reçetesiz ilaç ve reçetesiz antibiyotik kullanım prevalansı sırasıyla %66,3 ve %6,3 bulunmuştur. Grubun %38,4'ünün evde ilaç bulduğunu, %33,4'ünün tavsiye ile ilaç kullandığını saptanmıştır. Annelerin %18,8-%52,2'si antibiyotik kullanımına yönelik doğru bilgiye sahip olduğu görülmüştür. Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde; geniş veya parçalanmış aile yapısına sahip olanlara göre çekirdek ailede yaşayanların, asgari ücretin altında (<1400 TL) geliri olanlara göre 1400-2800 TL geliri olanların, ilaç fiyatı arttıkça ilacın etkinliğinin artmadığını bilenlerin ve ilaçların akılcı kullanımı ile ilgili farkındalığı olanların, ilaçları akılcı kullanma olasılığı yüksek saptanmıştır. **Sonuç:** Beş yaş altı çocuğu olan yaklaşık üç anneden biri ilaçları akılcı kullanmaktadır. Annelerin kendilerine yönelik reçetesiz ilaç kullanımı ve reçetesiz antibiyotik kullanımı çocuklarına kıyasla yüksek düzeydedir. İlaçların akılcı kullanımında aile tipi, gelir düzeyi, AİK bilgi veya farkındalık düzeyi belirleyici olarak saptanmıştır. Beş yaş altı çocuğu olan annelerin sağlık kuruluşlarına başvurularında, görüşme süreçleri iyi değerlendirilmeli, eğitim çalışmalarını planlanmalı ve katılımları sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, akılcı olmayan ilaç kullanımı, reçetesiz ilaç kullanımı, reçetesiz antibiyotik kullanımı, çocuk, anne

Received / Geliş tarihi: 16.05.2020, Accepted / Kabul tarihi: 12.07.2020

¹ Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Kırklareli, TÜRKİYE

² Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Kırklareli, TÜRKİYE

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Yeliz Mercan. Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sağlık Yönetimi Bölümü, 39000 Kırklareli-TÜRKİYE. E-mail: mercan.yeliz@gmail.com

Çınar AS, Mercan Y. Beş Yaş Altı Çocuğu Olan Annelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumu ve Etkileyen Etmenler. TJFMPC, 2020;14(4): 530-539.

DOI: 10.21763/tjfm.738244

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, akılcı ilaç kullanımını (AİK) “hastaların klinik gereksinimleri için en uygun olan ilacı, bireysel gereksinimlerini karşılayan dozlarda, yeterli süre boyunca, kendilerine ve topluma en düşük maliyetle kullanmaları” şeklinde tanımlanmıştır.¹ AİK, hastaların sorunlarının doğru bir şekilde tanımlanması, tedavi amacının saptanması, farklı seçenekler içerisinde etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir tedavi yönteminin belirlenmesi, daha sonra ise uygun reçete hazırlanarak hastalara verilecek olan anlaşılır bilgiler ve önerilerle tedaviye başlanması, tedaviden elde edilen sonuçların takibi ve değerlendirilmesi gibi çok sayıda süreci içine alan sistematik bir yaklaşımdır.²

Dünyada, yanlış ve bilinçsiz ilaç kullanımı toplum sağlığını etkileyen en önemli sorunların başında yer almakta, ilaçların yarısından fazlası uygun olmayan şekillerde reçete edilmekte, temin edilmekte ya da satılmaktadır.³ Bu durum, hastaların tedaviye uyumlarında azalma, ilaç etkileşimleri, ilaçlara karşı direnç gelişimi, hastalıkların yinelenmesi veya uzaması, hastane yatışlarında ve tedavi maliyetlerinde artış gibi pek çok sorun ortaya çıkarmaktadır.^{4,5} Bunlardan en önemlisi, antibiyotik direnci olup, günümüzün küresel sağlığı, gıda güvenliği ve gelişimi için en büyük tehditlerden birisi olarak bildirilmektedir.^{5,6} Dünyada verisi olan ülkeler arasında, Türkiye 2014 yılında kişi başı antibiyotik tüketiminde birinci sırada (%41,4), antimikrobal direnç sıralamasında ikinci sırada yer aldığı rapor edilmiştir.⁶

Toplum tabanlı yürütülen uluslararası ve ulusal çalışmalarda, AİK sıklıkları %24-%64,2 arasında bildirilmiştir.⁷⁻⁹ İlaçların akılcı kullanımında yaş, bilgi, motivasyon ve davranış becerileri gibi faktörler belirleyicidir.¹⁰ Akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak ifade edilen gereğinden çok ilaç reçete edilmesi, reçetesiz ilaç kullanılması, ilaçların yanlış kullanılması, gereksiz yere pahalı olan ilaçların kullanılması, gereksiz antibiyotik kullanılması gibi uygunsuz kullanımda temel sorun sağlık bilgisinin yetersiz olması olarak gösterilmiştir.^{1,11,12} Diğer nedenler arasında, eğitim düzeyi, yaşanılan bölge, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı gibi sosyodemografik özellikler ve sosyokültürel faktörler gösterilmiştir.^{7,13-15}

İlaçların akılcı kullanımında, başta hekim olmak üzere, eczacı, hemşire, hasta ve yakınları, devlet, ilaç endüstrisi, eğitim kurumları ve medya gibi paydaşlar sorumludur.^{4,16} AİK’in talep ayağını oluşturan hasta veya yakınlarının hekime danışmadan ilaç alıp kullanmaları, ilaç tavsiye etmeleri veya başkalarının tavsiyesiyle ilaç

kullanmaları, evde ilaç depolamaları, önceki deneyimlerine dayanarak evdeki ilaçlardan kullanmaları, hekim tarafından reçete edilen ilaçları zamanında almamaları, uygun doz ve tavsiye edilen süre kullanmamaları akılcı olmayan ilaç kullanımı sorunlarını ortaya çıkarmakta ve paydaşların sorumlulukları da bu konular hakkında olmaktadır.⁴

Ebeveynlerin, akılcı olmayan ilaç uygulamaları, çocuklarının da reçetesiz ilaç ve reçetesiz antibiyotik kullanım sıklığını arttırabilmektedir.^{17,18} Ayrıca, ebeveynlerin çocuklarına yönelik çoklu ilaç kullanımlarında, ilaç ölçüğü ayarlamasında, ilaçların besinler ile karıştırılması gibi konularda hatalar yaptıkları bildirilmiştir.^{12,19} Bu araştırmada, annelerin çocuklarına yönelik ilaçların akılcı kullanımı hasta ve hasta yakını sorumluluğu olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle, araştırmada beş yaş altı çocuğu olan annelerin AİK durumunu belirlemek ve etkileyen etmenleri saptamak amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD

Araştırma Tasarımı

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırma, Kırklareli Pınarhisar’da, Haziran 2015-Mart 2016 arasında yürütülmüştür. Pınarhisar Toplum Sağlığı Merkezine bağlı üç tane Aile Sağlığı Merkezi (ASM) vardır ve bu ASM’lere kayıtlı 0-59 ay çocuğu olan, toplam 677 anne araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Oranlarda evreni bilinen örnek büyüklüğü formülü kullanılarak hesaplanan örnek büyüklüğü 246 olarak belirlenmiş, %30 arttırılarak 320 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada, sistematik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. ASM’ye kayıtlı 59 aydan küçük çocuğu olan annelerin listeleri elde edilmiş, evrenin örnek büyüklüğe oranına göre, ikişer kişi atlanarak listelerden kimlere gidileceği belirlenmiştir. Bu kişilere telefon ile ulaşılmış, randevu alınarak evlerinde ziyaret edilmiştir. Araştırma sonunda hedeflenen annelerin tamamına ulaşılmıştır (n=320).

Dahil Edilme Kriterleri

Belirlenen üç ASM’den birinde kayıtlı olma, 59 ay ve daha küçük yaşta çocuğa sahip olma, anket sorularına yanıt verecek bilişsel yeterliliği bulunma ve araştırmaya katılmaya gönüllü olma araştırmanın dahil edilme kriterleri arasındadır. Telefon ile ulaşılmayan ve adresleri bilinen anneler doğrudan evlerinde ziyaret edilmiş, iki farklı zamanda yapılan ev ziyaretine rağmen evlerinde bulunamayan anneler araştırmada kapsam dışı bırakılmıştır.

Veri Toplama Aracı

Veriler, araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen anket formu yardımıyla yüz yüze

görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması, araştırmacı tarafından yaklaşık 35 dakika sürmüştür. Araştırmada, anketlerin uygulama öncesinde katılımcılardan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” ile yazılı onam alınmıştır.

Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni “Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)”dır. “Size göre akılcı ilaç kullanımı aşağıdakilerden hangi uygulamaları içerir?” sorusunda “Hastalığa uygun ilaç kullanma, Doktorun önerdiği miktarda kullanma, İlaç içme saatlerinin düzenli olması, Doğru uygulama yoluyla kullanma, Maliyeti uygun ilaç kullanma” seçeneklerinin hepsini işaretleyenler “Akılcı ilaç kullanıyor” olarak kabul edilmiştir. Yaş, eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler, kronik veya sistemik hastalık varlığı gibi bazı tanımlayıcı özellikler, reçetesiz ilaç kullanımı, evde ilaç bulundurma durumu gibi AİK’i belirleyen bazı özellikler ve uygulamalar, AİK bilgi düzeyine yönelik sorular araştırmanın bağımsız değişkenleridir. Aylık gelir düzeyi Türk Lirası (TL) cinsinden, Çalışma ve Sosyal güvenlik Bakanlığının 2016 yılı asgari ücret sınırları (< 1400 TL) esas alınarak sınıflandırılmıştır.

Verilerin Analizi

Çözümlemede tanımlayıcı testlerden sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda oranların karşılaştırmasında Pearson Ki-Kare Testi ve Fisher’ın Kesin Ki-Kare Testi kullanılmıştır. İleri analizler için Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Analizi kullanılmış, modellerin açıklayıcılığı Nagelkerke R square (Nagelkerke R²) ile gösterilmiştir. Anlamlılık düzeyi p<0,05 kabul edilmiştir. Veriler IBM-SPSS 22.0 paket programı ile analiz edilmiştir.

Etik Onay

Araştırma için, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan etik kurul onayı alınmıştır (P018R00/ 11.03.2016). Araştırmanın yürütülebilmesi için, Kırklareli ili Pınarhisar İlçe Kaymakamlığı (E.318/07.03.2016) ve Kırklareli Halk Sağlığı Müdürlüğünden resmi izin alınmıştır (21221207/12.05.2016).

BULGULAR

Tablo 1’de araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri sunulmuştur. Grubun yaş ortalaması 31,41±4,98 (Min:19, Max:46)’dir. Annelerin %38,4’ü lise mezunu, %77,8’i en uzun süre ilçe merkezinde yaşamış, %97,5’i evli, %79,4’ü çekirdek aileye sahip, %51,9’unun toplam iki çocuğu vardır. Katılımcıların %76,3’ü ev hanımı, %76,6’sı gelir getiren bir işte çalışmamakta ve %19,1’inin asgari ücretin altında (2016 yılı <1400 TL) aylık geliri vardır.

Tablo 1. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı (n=320)

Değişkenler	n	%
Yaş (Ort±ss:31,41±4,98, Min: 19, Max: 46)		
< 35	231	72,1
≥ 35	89	27,9
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı	65	20,3
Ortaokul	57	17,8
Lise	123	38,4
Üniversite ve üzeri	75	23,4
En uzun süre yaşanan yer		
İl merkezi	20	6,2
İlçe merkezi	249	77,8
Kasaba/köy	51	15,9
Medeni durum		
Evli	312	97,5
Boşanmış veya eşi ölmüş	8	2,5
Aile tipi		
Çekirdek	254	79,4
Geniş	58	18,1
Parçalanmış	8	2,5
Yaşayan toplam çocuk sayısı		
1	94	29,4
2	166	51,9
≥ 3	60	18,8
Meslek		
Memur	47	14,6
İşçi	17	5,3
Serbest çalışan	12	3,8
Ev hanımı	244	76,3
Çalışma durumu		
Evet	75	23,4
Hayır	245	76,6
Aylık gelir düzeyi		
< 1400 TL	61	19,1
1400-2800 TL	165	51,6
≥ 2800 TL	94	29,4

Tablo 2’de katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri, AİK’e yönelik uygulamaları ve bilgi düzeyleri ile ilgili özellikler sunulmuştur. Annelerin %14,7’sinde, çocukların %4,4’ünde kronik veya sistemik bir hastalık vardır. Annelerin %90,0’i kendisi hastalandığında ve %66,3’ü çocuğu hastalandığında reçetesiz herhangi bir ilaç kullanmaktadır. Annelerin %19,1’i kendisine, %6,3’ü çocuklarına yönelik reçetesiz antibiyotik kullanmaktadır. Katılımcıların %38,4’ünün evde ilaç bulundurduğu, %33,4’ünün hastalandığında tavsiye ile ilaç kullandığı belirlenmiştir. Annelerin %18,8’i antibiyotiklerin soğuk algınlığı, grip gibi viral hastalıkları tedavi etmediğini, %37,2’si antibiyotiklerin ateş düşürücü özelliği olmadığını, %35,3’ü antibiyotiklerin burun akıntısı ve öksürüğü hafifletme özelliği olmadığını bilmektedir. Grubun %46,6’sı antibiyotiklerin önerilen süreden kısa veya

uzun kullanılması durumunda, %52,2'si gereksiz kullanımda antibiyotik direncinin oluştuğunu, %74,1'i ilacın fiyatı arttıkça etkinliğinin artmadığını bilmektedir. Katılımcıların %18,8'i AİK konusunda bilgisinin olduğunu ifade etmiş, AİK ile ilgili uygulamalarda en fazla doktorun

önerdiği miktarda kullanma (%87,2), hastalığa uygun ilacı kullanma (%85,7), ilaç içme saatlerinin düzenli olması (%77,4) yanıtlarını vermiştir. Katılımcıların AİK prevalansı %30,0, akılcı olmayan ilaç kullanımı prevalansı %70,0 olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri, AİK'e yönelik uygulamaları ve bilgi düzeyleri ile ilgili özellikler (n=320)		
Değişkenler	n	%
Annenin sistemik ya da kronik hastalık varlığı		
Evet	47	14,7
Hayır	273	85,3
Çocuğun sürekli ilaç kullanmayı gerektiren hastalık varlığı		
Evet	14	4,4
Hayır	306	95,6
Annenin kendisine yönelik reçetesiz ilaç kullanma durumu		
Kullanıyor	288	90,0
Kullanmıyor	32	10,0
Çocuklarına yönelik reçetesiz ilaç kullanma durumu		
Kullanıyor	212	66,3
Kullanmıyor	108	33,7
Annenin kendisine yönelik reçetesiz antibiyotik kullanma durumu		
Kullanıyor	61	19,1
Kullanmıyor	259	80,9
Çocuklara reçetesiz antibiyotik kullanma durumu		
Kullanıyor	20	6,3
Kullanmıyor	300	93,8
Evde ilaç bulundurma		
Hayır	197	61,6
Evet	123	38,4
Tavsiye ile kendine ilaç kullanma durumu		
Kullanıyor	107	33,4
Kullanmıyor	213	66,6
Antibiyotikler soğuk algınlığı, grip gibi viral hastalıkları tedavi eder mi?		
Evet	172	53,8
Hayır (doğru)	60	18,8
Fikrim yok	88	27,5
Antibiyotiklerin ateş düşürücü özelliği var mıdır?		
Evet	101	31,6
Hayır (doğru)	119	37,2
Fikrim yok	100	31,2
Antibiyotiklerin burun akıntısı ve öksürüğü hafifletme özelliği var mıdır?		
Evet	121	37,8
Hayır (doğru)	113	35,3
Fikrim yok	86	26,9
Antibiyotikler, önerilen süreden kısa veya uzun kullanılırsa antibiyotik direnci oluşur mu?		
Evet (doğru)	149	46,6
Hayır	48	15,0
Fikrim yok	123	38,4
Gereksiz antibiyotik kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur mu?		
Evet (doğru)	167	52,2
Hayır	30	9,4
Fikrim yok	123	38,4
İlaç fiyatı arttıkça ilacın etkinliği de artar mı?		
Evet	40	12,5
Hayır (doğru)	237	74,1
Fikrim yok	43	13,4
Akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi farkındalığı		
Evet, biliyorum	60	18,8
Evet, daha önce duymuştum ama fazla bir bilgim yok	73	22,8
Hayır, hiç duymadım	187	58,4
*Akılcı ilaç kullanımının içerdiği uygulamalar		
Doktorun önerdiği miktarda kullanma	116	87,2
Hastalığa uygun ilacı kullanma	114	85,7
İlaç içme saatlerinin düzenli olması	103	77,4
Doğru uygulama yoluyla kullanma	86	64,7
Maliyeti uygun olan ilacı kullanma	28	21,1
Yeterli bilgilendirme yapıldıktan sonra kullanma	74	55,6
Akılcı ilaç kullanımı		
Evet	96	30,0
Hayır	224	70,0

*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 3’de, katılımcıların AİK durumuna göre bazı tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırması gösterilmiştir. Katılımcıların AİK durumu ile eğitim durumu (p <0,001), en uzun süre yaşanan yer (p=0,044), aile tipi (p=0,019), meslek (p <0,001), çalışma durumu (p <0,001), aylık gelir düzeyi (p <0,000) ile arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Evde ilaç bulunduran (p=0,048), antibiyotiklerin önerilen süreden kısa

veya uzun kullanıldığında antibiyotik direnci oluşacağını bilmeyen (p<0,001), gereksiz antibiyotik kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşacağını bilmeyen (p=0,001), ilaç fiyatı arttıkça ilacın etkinliğinin artacağını bildiren (p<0,001) ve AİK konusunda farkındalığı olmayan katılımcıların (p<0,001) AİK oranları değişkenlerin diğer kategorilerine göre düşük düzeydedir.

Tablo 3. Katılımcıların AİK durumuna göre bazı tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırması (n=320)

Değişkenler	Evet		Hayır		p
	n	%	n	%	
Yaş					
< 35	66	28,6	165	71,4	0,369
≥ 35	30	33,7	59	66,3	
Eğitim Durumu					
İlkokul ve altı	12	18,5	53	81,5	<0,001
Lise ve orta	44	24,4	136	75,6	
Üniversite ve üzeri	40	53,3	35	46,7	
En uzun süre yaşanan yer					
İl merkezi	10	50,0	10	50,0	0,044
İlçe, kasaba/ köy	86	28,7	214	71,3	
Medeni durum					
Evli	95	30,4	217	69,6	0,443†
Evli değil	1	12,5	7	87,5	
Aile tipi					
Çekirdek aile	84	33,1	170	66,9	0,019
Geniş veya Parçalanmış	12	18,2	54	81,8	
Yaşayan toplam çocuk sayısı					
1	31	33,0	63	67,0	0,453
≥ 2	65	28,8	161	71,2	
Meslek					
Memur	28	59,6	19	40,4	<0,001
Memur değil	68	24,9	205	75,1	
Çalışma durumu					
Evet	42	56,0	33	44,0	<0,001
Hayır	54	22,0	191	78,0	
Aylık gelir düzeyi					
< 1400 TL	9	14,8	52	85,2	<0,001
1400-2800 TL	35	21,2	130	78,8	
≥ 2800 TL	52	55,3	42	44,7	
Annenin sistemik ya da kronik hastalık varlığı					
Evet	12	25,5	35	74,5	0,469
Hayır	84	30,8	189	69,2	
Çocuğun sürekli ilaç kullanmayı gerektiren hastalık varlığı					
Evet	5	35,7	9	64,3	0,633
Hayır	91	29,7	215	70,3	
Annenin kendisine yönelik reçetesiz ilaç kullanma durumu					
Kullanmıyor	13	40,6	19	59,4	0,167
Kullanıyor	83	28,8	205	71,2	
Çocuklarına yönelik reçetesiz ilaç kullanma durumu					
Kullanmıyor	34	31,5	74	68,5	0,680
Kullanıyor	62	29,2	150	70,8	
Annenin kendisine yönelik reçetesiz antibiyotik kullanma durumu					
Kullanmıyor	72	27,8	187	72,2	0,077
Kullanıyor	24	39,3	37	60,7	
Çocuklara reçetesiz antibiyotik kullanma durumu					
Kullanmıyor	92	30,7	208	69,3	0,313
Kullanıyor	4	20,0	16	80,0	
Evde ilaç bulundurma durumu					
Hayır	67	34,0	130	66,0	0,048
Evet	29	23,6	94	76,4	
Tavsiye ile kendine ilaç kullanma					
Kullanmıyor	66	31,0	147	69,0	0,587
Kullanıyor	30	28,0	77	72,0	
Antibiyotikler soğuk algınlığı, grip gibi viral hastalıkları tedavi eder mi?					
Hayır	23	38,3	37	61,7	0,118
Evet ve fikrim yok	73	28,1	187	71,9	

Antibiyotiklerin ateş düşürücü özelliği var mıdır?					
Hayır	39	32,8	80	67,2	0,405
Evet ve fikrim yok	57	28,4	144	71,6	
Antibiyotiklerin burun akıntısı ve öksürüğü hafifletme özelliği var mıdır?					
Hayır	38	33,6	75	66,4	0,295
Evet ve fikrim yok	58	28,0	149	72,0	
Antibiyotikler önerilen süreden kısa veya uzun kullanıldığında antibiyotik direnci oluşur mu?					
Evet	87	36,7	150	63,3	<0,001
Hayır ve fikrim yok	9	10,8	74	89,2	
Gereksiz antibiyotik kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur mu?					
Evet	58	38,9	91	61,1	0,001
Hayır ve fikrim yok	38	22,2	133	77,8	
İlaç fiyatı arttıkça ilacın etkinliği de artar mı?					
Hayır	67	40,1	100	59,9	<0,001
Evet ve fikrim yok	29	19,0	124	81,0	
Akılcı ilaç kullanımı farkındalığı					
Var	48	80,0	12	20,0	<0,001
Yok	48	18,5	212	81,5	

Pearson Ki-Kare Testi, *Fisher*’ın Kesin Ki-Kare Testi

Tablo 4’te, katılımcıların AİK durumu ile sosyodemografik özellikler arasında yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde modelin Nagelkerke’ye göre %19,4’ü açıklanmıştır (Enter metodu) (p<0,001). Geniş veya parçalanmış aile yapısına sahip olanlara göre, çekirdek aile yapısına

sahip olanların ilaçları akılcı kullanma olasılığı 2,363 kat (OR, %95 GA: 1,110-5,028); aylık gelir düzeyi 1400 TL altında olanlara göre gelir düzeyi 1400-2800 TL arasında olanların ilaçları akılcı kullanma olasılığı 4,751 kat (OR, %95 GA: 1,791-12,605) fazladır.

Tablo 4. Katılımcıların AİK durumu ile sosyo-demografik özellikleri arasında yapılan Lojistik Regresyon Analizi

	B	S.E.	Wald	d f	Sig.	Exp (B)	95% C.I.for EXP(B) Lower Upper	
Eğitim durumu								
İlkokul ve altı (Ref.)								
Ortaokul ve lise	0,324	0,519	0,391	1	0,532	1,383	0,500	3,821
Üniversite ve üstü	0,170	0,384	0,197	1	0,657	1,186	0,559	2,515
En uzun süre yaşanılan yer								
İlçe, kasaba/ köy (Ref.)								
İl merkezi	-0,115	0,559	0,042	1	0,837	0,891	0,298	2,667
Aile tipi								
Geniş veya parçalanmış (Ref.)								
Çekirdek	0,860	0,385	4,981	1	0,026	2,363	1,110	5,028
Meslek								
Memur değil (Ref.)								
Memur	-0,376	0,551	0,466	1	0,495	0,686	0,233	2,022
Çalışma durumu								
Çalışmıyor (Ref.)								
Çalışıyor	0,811	0,475	2,920	1	0,088	2,251	0,888	5,710
Aylık gelir düzeyi								
< 1400 TL (Ref.)								
1400-2800 TL	1,558	0,498	9,799	1	0,002	4,751	1,791	12,605
≥2800 TL	0,450	0,420	1,150	1	0,284	1,569	0,689	3,573

Ref.:Referans

Tablo 5’de, katılımcıların AİK durumu ile bazı AİK uygulamaları ve bilgi düzeyleri arasında yapılan çok değişkenli lojistik regresyon analizinde modelin Nagelkerke’ye göre %37,8’i açıklanmıştır (Enter metodu) (p<0,001). Araştırma grubunda ilaç fiyatı arttıkça, ilacın etkinliğinin artmadığı bilgisine

sahip olanların bilgisi olmayanlara göre ilaçları akılcı kullanma olasılığı 3,582 kat (OR, %95 GA:1,544-8,310) ve ilaçların akılcı kullanımı ile ilgili farkındalığı olanların olmayanlara göre ilaçları akılcı kullanma olasılığı 14,003 kat (OR, %95 GA:6,709-29,227) yüksek saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların AİK durumu ile bazı AİK uygulamaları ve bilgi düzeyleri arasında yapılan Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
Evde ilaç bulundurma								
Ev (Ref.)								
Hayır	0,105	0,315	0,111	1	0,739	1,111	0,599	2,061
Antibiyotikler, önerilen süreden kısa veya uzun kullanılırsa antibiyotik direnci oluşur mu?								
Hayır ve fikrim yok (Ref.)								
Ev	-0,144	0,391	0,136	1	0,712	0,866	0,403	1,862
Gereksiz antibiyotik kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur mu?								
Hayır ve fikrim yok (Ref.)								
Ev	0,731	0,396	3,413	1	0,065	2,077	0,956	4,509
İlaç fiyatı arttıkça, ilacın etkinliği de artar mı?								
Ev ve fikrim yok (Ref.)								
Hayır	1,276	0,429	8,831	1	0,003	3,582	1,544	8,310
Akılca ilaç kullanımı farkındalığı								
Yok (Ref.)								
Var	2,639	0,375	49,418	1	<0,001	14,003	6,709	29,227

Ref.:Referans

TARTIŞMA

Araştırmada, her on katılımcıdan yedisinin ilaçları akılcı kullanmadığı bulunmuştur. Literatürde akılcı olmayan kullanım sıklıklarının %35,8-%76 arasında değiştiği bildirilmiştir⁷⁻⁹, temel sorunlar arasında reçetesiz ilaç kullanılması, ilaçların yanlış kullanılması, gereksiz antibiyotik kullanımı, gereksiz olarak pahalı ilaç kullanımı gösterilmiştir.^{7,11} Literatür ile uyumlu olan bu bulgumuzda, akılcı olmayan kullanım nedenlerinin benzer olduğu düşünülmüştür.

Önceki yürütülen çalışmalarda, ileri yaş, düşük eğitim, geniş aile yapısı, düşük gelir gibi sosyodemografik özelliklere sahip bireylerin AİK oranları daha düşük bildirilmiştir.^{9-11,14,18,20,21} Bu araştırmada, yaş ile AİK sıklığı arasında bir farklılık bulunamamış, sonucumuzu destekleyen çalışma¹⁵ gözlenirse de bu durum örneğimizin genç olması ile ilişkilendirilmiştir. Çünkü ileri yaşlarda artan kronik hastalıklar nedeniyle polifarmasi, yetersiz kullanım ve hatalı kullanım oranlarının yüksek olduğu gösterilmiştir.^{9,20} Yürütülen çalışmalar ile uyumlu bulunan sonuçlarımıza göre; yüksek eğitim düzeyine sahip olanların ilaçların akılcı kullanma eğiliminin yüksek olduğu^{7,14}, geniş aile yapısına sahip bireylerde deneyimlerin paylaşılmasının olumlu sonuçları olsa da sosyokültürel faktörlerin ve yanlış uygulamaların geniş aile yapısına sahip ailelerde daha fazla gözlenebileceği^{11,13}, yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi ve tutumlarının ve buna yönelik izlenen davranışların daha fazla akılcı olduğu bildirilmiştir.¹⁰

Annelerin onda dokuzu kendisi hastalandığında, üçte ikisi çocukları

hastalandığında reçetesiz herhangi bir ilaç kullanmaktadır. Önceki çalışmalarda yetişkinlerde reçetesiz ilaç kullanım sıklığı %12,5- %76,4 arasında bulunmuştur.^{7,13,22} Yürütülen çalışmalarda reçetesiz kullanılan ilaçlar arasında çoğunlukla ağrı kesici kullanıldığı rapor edilmiştir.^{8,23} Ebeveynlerin çocuklara yönelik reçetesiz ilaç kullanım sıklığının ise %8,0-%65,0 arasında değiştiği bildirilmiştir.^{11,24,25} Ebeveynlerin çocuklarına hatalı ilaç kullandığı durumlar en fazla çocuğun ateşlendiği ve ishal olduğu zamanlarda ortaya çıktığı gözlenmiştir.¹² Literatüre paralel bulunan ve yüksek prevalansa sahip olan sonucumuzun eczanelere tezgah üstü ilaç satışların serbest olması ve evde depolama alışkanlıkları gibi yanlış uygulama alışkanlıklarının yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir. Ek olarak, annelerin çocuklarına yönelik uygulamalarında, kendilerini yönelik akılcı ilaç kullanımıyla ilgili alışkanlıklarının yansımalarının olabileceği düşünülmüştür.

Reçetesiz ilaç kullanımının, semptomları gizleme, hastalığın tanınmasını geciktirme gibi birçok sakıncaları da bulunmakla birlikte, aşırı derecede tüketilmesi ilaca bağlı istenmeyen etkileri de beraberinde getirmektedir.²⁶ Bunlardan en fazla karşılaşılan sorunlardan biri olan antibiyotik direnci, dünyada en önemli (?)sağlık sorunları arasında yer almakta, hekim önerisi olmadan reçetesiz antibiyotik kullanımı nedeniyle de hızla artmaktadır.^{12,22} Araştırmamızda annelerin beşte ikisi kendisi hastalandığında, onda birinden azı çocukları hastalandığında reçetesiz antibiyotik kullanmaktadır. Önceki çalışmalarda, reçetesiz antibiyotik kullanım sıklığı %8,0 - %35,1 arasında bulunmuştur.^{12,13} Özellikle reçetesiz antibiyotik kullanım durumunun yetersiz bilgi nedeniyle ortaya çıktığı, farkındalığı olan annelerin antibiyotik

kullanma oranlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir.¹⁷ Hekimlerin yanlış bilgi ve tutumları ile ilişkilendirilen reçetesiz antibiyotik kullanımı,²⁷ eczacıların yanlış yönlendirmesi ile daha ciddi boyuta ulaştığı saptanmıştır.²⁸ Ankara’da, yetişkinler ile yürütülen bir araştırmada %34,2’si son bir ay içerisinde antibiyotik kullanmış, bunların %14,2’si doktor önerisi olmadan kullanırken, %13,0’ı kendisi doktora reçete etmesini istemiştir.²⁹ Anneler, çocuğuna daha sıklıkla soğuk algınlığı, nezle ve grip gibi viral hastalıklarda reçetesiz antibiyotik kullandığı saptanmıştır.^{11,21,22,29} Literatür ile benzer olan sonuçlarımız, yüksek oranda gözlenen reçetesiz antibiyotik kullanımının ebeveynlerin reçetesiz ilaç kullanım alışkanlıklarından kaynaklandığı ve bu durumun çocuklarına yönelik uygulamalarda benzer hataları yapmaları ile açıklanmıştır. Ayrıca Türkiye’de, 2016 yılından itibaren antibiyotiklerin reçetesiz satışı yasaklanmıştır.⁶ Veri toplanan tarihlerde yasak olmamasına rağmen sonucumuzun yüksek prevalanslara sahip çalışmalardan görece düşük bulunması, farkındalık çalışmalarının kısmen etkili olduğunu düşündürmüştür. Ancak araştırmada, katılımcıların antibiyotik kullanımına yönelik bilgi düzeyleri incelendiğinde doğru bilgiye sahip annelerin oranları %18,8-%52,2 arasında bulunmuştur. Ankara’da yürütülen bir araştırmada, yetişkinlerin dörtte birinin antibiyotiklerin ateş düşürücü özelliği olmadığını bildiği, yaklaşık yarısının viral enfeksiyonlarda antibiyotik alınmayacağını bildiği, ancak üçte birinin grip soğuk algınlığı gibi durumlarda doğrudan eczaneden antibiyotik aldığı belirlenmiştir.²⁹ Çin’de yürütülen bir araştırmada, bilgi düzeyi yeterli olanların antibiyotikleri akılcı kullanımının tutumlarına yansıdığı, eğitim kampanyalarına katılanların daha iyi tutumlar sergilediği bulunmuştur.²² Literatürde yürütülmüş diğer çalışmalarda da, doğru bilgiye sahip kişilerin benzer oranlarda olduğu belirlenmiştir.^{21,30} Sonucumuzun, bilgi düzeyleri genel olarak düşük belirlenen çalışmalar ile uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Bulgumuzda, katılımcıların yaklaşık beşte ikisinin evde ilaç bulundurduğu ve üçte birinin herhangi birinin tavsiyesiyle ilaç kullandığı saptanmıştır. Ürdün’de, yetişkinlerin yaklaşık yarısının tavsiye ile antibiyotik kullandığı³⁰, Amerika’da ise tavsiye ile ilaç kullanma nedeninin olumsuz akran iletişiminden kaynaklandığı bildirilmiştir.³¹ Ülkemizde tavsiye ile ilaç kullanma, ilaç tavsiye etme, hekimden ilaç yazmasını isteme, evlerinde ilaç depolama davranışlarının sıklıkla gözlemlendiği belirlenmiştir.^{8,11} İlaçların, hekimin belirttiği veya prospektüste belirtilen doz ve biçimden farklı kullanılması, öngörülen süreden önce kesilmesi, olumsuz sonuçlara neden olabileceği gibi, evde kullanılmayan ilaçların

sayısını da arttırmaktadır.²⁶ Sonucumuzun da literatür ile paralellik gösterdiği bulunmuştur.

SONUÇ

Beş yaş altı çocuğu olan yaklaşık üç anneden biri ilaçları akılcı kullanmaktadır. Annelerin kendilerine yönelik reçetesiz ilaç kullanımı ve reçetesiz antibiyotik kullanımı çocuklarına kıyasla yüksek düzeydedir. Her beş katılımcıdan yaklaşık ikisi evde ilaç bulundurmakta, üçte biri tavsiye ile ilaç kullanmaktadır. Antibiyotik kullanımına yönelik doğru bilgiye sahip annelerin oranları %18,8-%52,2 arasında değişmektedir. Geniş veya parçalanmış aile yapısına sahip olanlara göre, çekirdek ailede yaşayanların, asgari ücretin altında (<1400 TL) geliri olanlara göre 1400-2800 TL geliri olanların, ilaç fiyatı arttıkça ilacın etkinliğinin artmadığını bilenlerin ve ilaçların akılcı kullanımı ile ilgili farkındalığı olanların ilaçları akılcı kullanma olasılığı yüksek saptanmıştır.

Beş yaş altı çocuğu olan annelerin, birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurusu bir fırsat olarak görülmeli ve görüşme süreçleri iyi değerlendirilmelidir. Hasta yakını sorumluluğu da olan beş yaş altı çocuğu olan annelerin, akılcı ilaç kullanımına yönelik farkındalık ve eğitim çalışmaları planlanmalı ve katılımları sağlanmalıdır. Derinlemesine görüşmeler ile geniş ailede yaşayan, düşük gelire sahip, yetersiz bilgi ve farkındalığı olan anneleri akılcı olmayan ilaç kullanımına yönelten durumlar araştırılmalı ve reçetesiz ilaç ve reçetesiz antibiyotik kullanımına yönelik sürveyans çalışmaları artırılmalıdır. Sahaya yönelik uygulamalarda, AİK konusunda tüm tarafların sorumluluklarının yerine getirilmesi için toplum farkındalığı artırılmalıdır.

Teşekkür

Bu makale, Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü’nde hazırlanan yüksek lisans tezine dayanmaktadır. 13-17 Kasım 2018 tarihinde düzenlenen 2. Uluslararası 20. Ulusal Halk Sağlığı Kongresinde sözlü olarak sunulmuş ve tam metni yayımlanmıştır.

Çıkar çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

Maddi destek: Araştırmacılar kendi finansman kaynaklarını kullanmıştır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. 20 Avenue Appia, 1211, Geneva 27, Switzerland, 2012, page 2.

2. Katzung GB, Masters SB, Trevor AJ. Basic and Clinical Pharmacology. Rational Prescribing and Prescription Writing. 11. Edition, Mac GrawHill Medical, 2009.
3. World Health Organization. Antimicrobial Resistance: A Threat to Global Health Security. Rational use of medicines by prescribers and patients. Fifty-Eighth World Health Assembly, Apr 2005; A58/14, page 2-6.
4. Akkurt B. Araştırma Görevlilerinin (Branş) Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 2016. Sayfa: 9.
5. World Health Organization. Antibiotic Resistance, Key facts. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance> Son erişim tarihi: 23.05.2020.
6. Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı. Türkiye’de Antimikrobiyal Direnç: Ekonomik Değerlendirme ve Öneriler. Ankara, Sayfa: 10-11 Son erişim tarihi: 23.05.2020. https://www.tepav.org.tr/upload/files/1504774735-1.Turkiye__de_Antimikrobiyal_Direnc__Ekonomik_Degerlendirme_ve_Oneriler.pdf
7. Hatipoğlu S, Özyurt BC. Manisa İlindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerinde Akılcı İlaç Kullanımı, TAF Prev Med Bull, 2016;15(4): 1-8. DOI: 10.5455/pmb.1-1441352977.
8. Akıcı A, Mollahaliloğlu S, Dönertaş B, Özgülcü Ş, Alkan A, Filiz Başaran N. Patients' attitudes and knowledge about drug use: a survey in Turkish family healthcare centres and state hospitals. Turk J Med Sci. 2017 Nov 13;47(5):1472-1481. doi: 10.3906/sag-1608-29.
9. Wauters M, Elseviers M, Vaes B, Degryse J, Dalleur O, Vander Stichele R, Christiaens T, Azermai M. Too many, too few, or too unsafe? Impact of inappropriate prescribing on mortality, and hospitalization in a cohort of community-dwelling oldest old. Br J Clin Pharmacol. 2016 Nov;82(5):1382-1392. doi: 10.1111/bcp.13055.
10. Bian C, Xu S, Wang H, Li N, Wu J, Zhao Y, Li P, Lu H. A Study on the Application of the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model on Rational Drug Use Behavior among Second-Level Hospital Outpatients in Anhui, China. PLoS One. 2015 Aug 14;10(8):e0135782. doi: 10.1371/journal.pone.0135782.
11. Ekenler Ş, Koçoğlu D. Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları. HÜ Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2016; 3(3): 44-55.
12. Li R, Xiao F, Zheng X, Yang H, Wang L, Yin D, Yin T, Xin Q, Chen B. Antibiotic misuse among children with diarrhea in China: results from a national survey. PeerJ, 2016;4, e2668.
13. Koç Türkoğlu F. Pediatri Kliniğine Başvuran Annelerin Çocuklarda Antibiyotik Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Araştırılması. Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008. Sayfa 1-109
14. Barutçu İA, Tengilimoğlu D, Naldöken Ü. Vatandaşların Akılcı İlaç Kullanımı, Bilgi ve Tutum Değerlendirmesi: Ankara İli Metropol İlçeler Örneği. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İİBF Dergisi, 2017;19(3): 1062-1078.
15. De La Rosa M, Huang H, Brook JS, Sanchez M, Rojas P, Kanamori M, Cano MA, Martinez M. Sociocultural determinants of substance misuse among adult Latinas of Caribbean and South and Central American descent: A longitudinal study of a community-based sample. J Ethn Subst Abuse. Jul-Sep 2018;17(3):303-323. doi: 10.1080/15332640.2016.1201716.
16. Altındış S. (2017). Akılcı İlaç Kullanımına Sistemik Bir Bakış. Journal of BSHR 2017;1(2):34-38
17. Kenesarı CK, Özçakar N. Annelerin çocuklarında antibiyotik kullanımına ilişkin yaklaşımları: Kısa bilgilendirme ne kadar etkili? Türk Aile Hek Derg 2016;20 (1): 16-22. doi: 10.15511/tahd.15.21614
18. Al-Shawi MM, Darwish MA, Wahab MMA, Al-Shamlan NA. Misconceptions of parents about antibiotic use in upper respiratory tract infections: A survey in primary schools of the Eastern Province, KSA. J Family Community Med. Jan-Apr 2018;25(1):5-12. doi: 10.4103/jfcm.JFCM_46_17.
19. Yılmaz F, Arıkan D, Baklacı Ö, Bilmez A, Bülbül D. 0-2 Yaş Çocuğa Sahip Annelerin Oral İlaç Kullanım Davranışlarının İncelenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 2013;16(2):82-88.
20. Hilmer SN, Gnjjidic D. Prescribing for Frail Older People. Aust Prescr. 2017 Oct;40(5):174-178. doi: 10.18773/austprescr.2017.055.
21. Aleem MA, Rahman MM, Ishfaq M, Mehmood, K, Ahmed SS. Determinants of Antibiotics Misuse by the Parents in Children: A Survey From Northern Region of Saudi Arabia. Bangladesh J Child Health 2016; 40(2): 64-71.
22. Cheng J, Coope C, Chai J, Oliver I, Kessel A, Wang D, Sun Y. Knowledge and behaviors in relation to antibiotic use among rural residents in Anhui, China. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2018 Jun;27(6):652-659. doi: 10.1002/pds.4429.

23. Han B, Compton WM, Blanco C, Crane E, Lee J, Jones CM. Prescription opioid use, misuse, and use disorders in US adults: 2015 National Survey on Drug Use and Health. *Ann Intern Med.* 2017 Sep 5;167(5):293-301. doi: 10.7326/M17-0865.
24. Oliveira EA, Bertoldi AD, Domingues MR, Santos IS, Barros AJ. Medicine use from birth to age two years: the 2004 Pelotas (Brazil) Birth Cohort study. *Rev Saude Publica.* 2010 Aug;44(4):591-600.
25. Suluhan D, Taşal C, Yıldız D, Eren Fidancı B, Konukbay D, Gök F, Süner İ. 0-6 Yaş Arası Çocuğa Sahip Annelerin Ateş Düşürücü İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi. *F.N. Hem. Derg.* 2016; 24(2): 90-96. DOI: 10.17672/fnhd.34351
26. Güneş ÜY, Gürlek Ö, Sönmez M. Factors contributing to medication errors in Turkey: nurses' perspectives. *J Nurs Manag.* 2014 Apr;22(3):295-303. doi: 10.1111/jonm.12216.
27. Baig MT, Sial AA, Huma A, Ahmed M, Shahid U, Syed N. Irrational antibiotic prescribing practice among children in critical care of tertiary hospitals. *Pak J Pharm Sci.* 2017 Jul;30(4(Suppl.)):1483-1489.
28. Yakimova Y. Pharmacists' knowledge of the safety of antibiotics for systemic use. *Int J Risk Saf Med.* 2015;27 Suppl 1:S11-2. doi: 10.3233/JRS-150670.
29. Özkan S, Tunca MZ, Baran Aksakal FN, Özdemirkan T, Aycan S. Ankara'da Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuranlarda Antibiyotik Kullanımı Ve İlişkili Etmenler. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Bursa; 2012;338-341.
30. Shehadeh M, Suaifan G, Darwish RM, Wazaify M, Zaru L, Alja'fari S. Knowledge, attitudes and behavior regarding antibiotics use and misuse among adults in the community of Jordan: A pilot study. *Saudi Pharm J.* 2012 Apr;20(2):125-33. doi: 10.1016/j.jsps.2011.11.005.
31. McCabe SE, Teter CJ, Boyd CJ, Wilens TE, Schepis TS. Sources of Prescription Medication Misuse Among Young Adults in the United States: The Role of Educational Status. *J Clin Psychiatry.* 2018 Mar/Apr;79(2). pii: 17m11958. doi: 10.4088/JCP.17m11958.



Determination of Women's Genital Hygiene Behaviors

Kadınların Genital Hijyen Davranışlarının Belirlenmesi

Selen Ergün^{1*}, Gülşah Gök², Emine Gül Karlıdağ³, Sezer Er Güneri⁴

ABSTRACT

Objective: One of the most important problems in women of reproductive age is genital infections affecting women's bio-psycho-social health, quality of life and their family's economy. The aim of the study was conducted to determine genital hygiene behaviors and factors that are affecting women in reproductive age. **Material-Method:** This descriptive study was conducted between May-November 2017 with 268 women who applied to obstetrics and gynecology polyclinic of a university hospital in İzmir. Data were collected by face to face interview technique using Personal Information Form and Genital Hygiene Behavior Inventory (GHBI) and analyzed by SPSS 16.0 package program. **Results:** The mean age of women was 29.6±1.02, 39.2% of them regularly applied to the gynecology polyclinic, 79.9% had no abortion, 35.1% had vaginal infection, 55.25 has had vaginal infection in the last one year. Characteristics of genital hygiene; 50.4% were wearing cotton underwear, 70.5% were cleaning after toilet with water and paper, 59.7% were cleaning the genital area from front to back, 86.9% had vaginal douching, 77.6% had a standing shower and 93.7% used diaper during menstruation. The mean GHBI score was 78.22±10.19 and age group, regular examination, number of curettage, application during vaginal infection, type of underwear used, ironing underwear, genital area cleaning method after toilet, vaginal douching, bathing frequency, information about genital hygiene were positive affected. **Conclusion:** Genital hygiene behaviors of the women were found to be good. Although genital hygiene behaviors were determined at a good level, it was concluded that they should be made aware of the factors affecting these practices. It is recommended that women should receive regular trainings in order to protect the health of both herself and the women in her family and to prevent themselves from infections, and they should be ensured by health professionals with the continuity of such trainings.

Key words: Genital hygiene, vaginal infection, women's health, behavior

ÖZET

Giriş: Kadınlarda doğurgan çağda görülen en önemli sorunlardan birisi genital enfeksiyonlardır ve bu enfeksiyonlar, kadının biyo-psiko-sosyal sağlığını, yaşam kalitesini ve ailesinin ekonomisini etkilemektedir. Bu çalışma, doğurgan çağdaki kadınların genital hijyen davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörleri incelemektedir. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipte yapılan araştırma, Mayıs-Kasım 2017 tarihleri arasında, İzmir'de bir üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran, 268 kadın ile yürütülmüştür. Veriler, birey tanım formu ve Genital Hijyen Davranış Envanteri (GHDE) kullanılarak, yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmış ve SPSS 16.0 programı ile analiz edilmiştir. **Bulgular:** Kadınların yaş ortalamasının 29,6±1,02, %39,2'sinin düzenli olarak jinekoloji polikliniğine gittiği, %79,9'unun kürtaj olmadığı, %35,1'inde şu an vajinal enfeksiyon bulunduğu, %55,2'sinin son bir yılda vajinal enfeksiyon geçirdiği saptanmıştır. Genital hijyene ilişkin özelliklerinden; %50,4'ünün pamuklu iç çamaşır giydiği, %74,3'ünün iç çamaşırını ütülemediği, %70,5'inin su ve kağıt ile tuvalet sonrası temizliği yaptığı, %59,7'sinin genital bölgesini önden arkaya doğru temizlediği, %86,9'unun vajinal duş yaptığı, %77,6'sının ayakta duş aldığı, menstruasyon döneminde %93,7'sinin hazır ped kullandığı belirlenmiştir. GHDE ortalama puanı 78,22±10,19 olarak hesaplanmış ve yaş grubu, düzenli kontrole gitme, küretaj sayısı, vajinal enfeksiyon sürecinde yapılan uygulama, kullanılan iç çamaşır tipi, iç çamaşır ütüleme, tuvalet sonrası taharetlenme yöntemi, tuvalet sonrası taharetlenme şekli, vajinal duş yapma, banyo yapma şekli, banyo yapma sıklığı, genital hijyen ile ilgili bilgi alma durumunun olumlu düzeyde etkilediği belirlenmiştir. **Sonuç:** Kadınların, genital hijyen davranışlarının iyi düzeyde olduğu saptanmıştır. Genital hijyen davranışlarının iyi düzeyde olduğunun belirlenmesine karşın, bu uygulamaları etkileyen faktörler konusunda bilinçlendirilmeleri gerektiği sonucuna varılmıştır. Kadınlara sağlık personeli tarafından, hem kendisinin hem de ailesinde bulunan kadınların sağlığını korumaları ve enfeksiyonların önlenmesi açısından düzenli eğitimlerin yapılması, yapılan eğitimlerin sürekliliğinin sağlanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Genital hijyen, vajinal enfeksiyon, kadın sağlığı, davranış

Received / Geliş tarihi: 20.03.2020, Accepted / Kabul tarihi: 12.07.2020

¹TC. Sağlık Bakanlığı Ankara Şehir Hastanesi, ANKARA

²TC. Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İZMİR

³İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

⁴Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD., İZMİR

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Yeni Bina) 3. Kat, No:315. 35100 Bornova/İZMİR-TÜRKİYE
E-mail: er.sezer@hotmail.com

Ergün S, Gök G, Karlıdağ EG, Güneri SE . Kadınların Genital Hijyen Davranışlarının Belirlenmesi. TJFMPC, 2020;14(4): 540-547.

DOI: 10.21763/tjfm.706830

GİRİŞ

Kadın sağlığının korunması, kadının kendisi için olduğu kadar aile bireyleri ve toplum sağlığı için de önemlidir. Geniş bir mukozal yüzeye sahip olan vajen yapısı nedeni ile enfeksiyona yakalanma yönünden, kadınlar yüksek bir riske sahiptir ve bu durum ciddi sekellere neden olmaktadır¹. Bireylerin üreme sağlığının korunmasında ve ürogenital sisteme ait enfeksiyonların önlenmesinde genital hijyen davranışlarının doğru uygulanması önemlidir. Bu konuda kadınlar üzerinde yapılan çalışmalar, genital hijyen yetersizliğinin, üriner ve genital sistem enfeksiyonlarına yol açtığını göstermektedir.²⁻⁷

Kadınlarda üretra, vajina ve anüsün birbirine yakın olması, enfeksiyon gelişmesindeki en temel nedenlerdendir ve genital enfeksiyon yaşama riskinin sürekliliğine neden olmaktadır.^{1,8} Bunun yanında, bireysel özellikler, eğitim düzeyi, sosyo kültürel faktörler, sosyal normlar ve tutumlar, kadının toplumsal statüsü, doğurganlığı ve riskli cinsel davranışları kadın üreme sağlığını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır.^{1,2,6,8,9}

Genital hijyene dikkat edilmediğinde, genital enfeksiyon riski artmakta, enfeksiyonun tedavi edilmediği durumda ise biyo-psiko-sosyal sorunlar oluşabilmektedir.¹⁰⁻¹² Enfeksiyonlar, kadınların beden imajını olumsuz etkilemekte, vajinal akıntı ya da kokuda artışa neden olmakta, cinsel yolla bulaşan hastalığa ya da kansere yakalanma korkusu oluşturmada, cinsellikten uzaklaşma, ruhsal sorunlar ve infertilite korkusu, ekonomik ve iş gücü kaybına neden olmaktadır. Enfeksiyon nedeniyle akıntısı olan kadınlar kendilerini kirli hissettiği için toplumdan izole olmakta, kendine güveni azalabilmekte ve yaşam kaliteleri olumsuz etkilenebilmektedir.^{11,13} Genital hijyen davranışlarına yönelik toplumun tamamını kapsayan çalışmaların yapılması zor ve bölgesel farklılıklar göz önüne alındığında, bölgesel ya da küçük grupların incelenmesi önemlidir.^{5,6,8,13} Genital hijyen davranışlarının belirlenmesi, kadınların sağlığının korunması ve geliştirilmesi ve bu davranışları etkileyen olumsuz faktörlerin önlenmesi, düzeltilmesi ve doğru davranışların kazandırılmasına yönelik eğitimlerin planlamasına imkan sağlayacaktır.^{9,14} Bu doğrultuda çalışma, kadınların genital hijyen davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte olan çalışma, Mayıs-Eylül 2017 tarihlerinde İzmir’de bir üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınlar ile yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, Mayıs-Eylül 2016 tarihleri arasında polikliniğe başvuran 855 kadın oluşturmuş, evreni bilinen örneklem formülü kullanılarak %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile çalışma örnekleminin en az 265 kişiden oluşması gerektiği bulunmuş ve araştırma formları eksiksiz dolduran 268 kadın ile tamamlanmıştır.

Veri toplama aracı olarak; Birey Tanıtım Formu ve Genital Hijyen Davranış Envanteri (GHDE) kullanılmıştır. Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulan Birey Tanıtım Formu, kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve jinekolojik özelliklerini ve genital hijyene yönelik özelliklerini belirlemeye yönelik 29 sorudan oluşmaktadır.

GHDE, Ege ve Eryılmaz (2005) tarafından 15-49 yaş grubu cinsel aktif kadınların genel hijyen, menstrual hijyen, tuvalet hijyeni ve cinsel hijyen uygulamalarını ölçmek amacıyla 4'lü likert tipinde geliştirilmiş bir ölçme aracıdır. GHDE 24 olumlu, 3 olumsuz (17., 26. ve 27. madde) toplam 27 madde ve tek boyuttan oluşmaktadır. Envanterden en düşük 27, en yüksek 108 puan alınmakta ve toplam puanın yüksekliği genital hijyen davranışlarının istenilen düzeyde olduğunu göstermektedir¹⁴. Ölçeğin geliştirilme çalışmasında Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.86, bu çalışmada ise 0.74 olarak bulunmuştur. Veriler, yüz yüze görüşme tekniği ile toplandıktan sonra, SPSS 16.0 paket programında sayı, yüzde, ortalama değerler ve kullanılarak analiz edilmiştir.

Bu çalışma için araştırmada kullanılan “Genital Hijyen Envanteri”ni geliştiren yazarlardan mail yolu ile ölçek kullanım izni alınmıştır. Araştırmanın uygulanması ve verilerin toplanması için Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulları’ndan onay ve hastaneden kurum izni alınmıştır. Bireylere anketle ilgili gerekli açıklamalar yapıp onayları alınarak anketlerin doldurulması gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların %23,1’i 18-22 yaş aralığında, %23,5’i 23-27 yaş aralığında ve yaş ortalaması 29,6±1,02 yıldır. Kadınların %46,3’ünün lise mezunu, %48,9’unun ev hanımı, %60,1’inin gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Kadınların %39,2’sinin düzenli olarak kadın doğum polikliniğine gittiği, %55,2’sinin 1-2 kez gebe kaldığı, %75,4’ünün hiç abortus yaşamadığı, %79,9’unun küretaj yaptırmadığı, %16,4’ünün bir kez küretaj yaptırdığı ve %38,1’inin etkin bir aile planlaması yöntemi kullandığı saptanmıştır. Katılımcıların %35,1’inde şu an vajinal enfeksiyon bulunduğu, %55,2’sinin son bir yılda vajinal enfeksiyon geçirdiği saptanmıştır. Kadınların

vajinal enfeksiyon şikayeti olduğunda %55,2'sinin doktora gittiği, %30,2'sinin kendi hijyenine dikkat ettiği belirlenmiştir. Kadınların %72,4'ünün kronik hastalığının olmadığı, %6,7'sinin anemi, %8,2'sinin tiroit hastalığı olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Grupları		
18-22 yaş	62	23,1
23-27 yaş	63	23,5
28-32 yaş	54	20,1
33-37 yaş	40	14,9
38 yaş ve üzeri	49	18,3
Öğrenim Grupları		
İlkokul Mezunu	45	16,8
Ortaokul Mezunu	47	17,5
Lise Mezunu	124	46,3
Yüksekokul/Üniversite	52	19,4
Meslek Grupları		
Ev Hanımı	131	48,9
Memur	137	51,1
Gelir Durumlarına Göre		
Gelir giderden az	86	32,1
Gelir gidere denk	161	60,1
Gelir giderden fazla	21	7,8
Toplam	268	100,0

Polikliniğe başvuran kadınların %31,0'ı beyaz iç çamaşırı, %18,3 renkli, %50,7'si hem beyaz hem renkli; %50,4'ü pamuklu, %44,8'i hem pamuklu hem sentetik özellikte iç çamaşırı kullandığı; %74,3'ü iç çamaşırını ütülemediğini belirtmiştir. Kadınların %70,5'inin tuvalet sonrası taharetlenmeyi su ve kâğıt kullanarak, %59,7'sinin temizliği, önden arkaya yaptığı saptanmıştır. Kadınların %86,9'unun vajinal duş yaptığı, %45,1'inin su, %18,3'ünün duş jeli ile yıkama yaptığı, %77,6'sının ayakta duş aldığı, %23,9'unun her gün, %61,6'sının haftada 3-4 kez banyo yaptığı bulunmuştur. Menstruasyon sırasında %93,7'sinin hazır ped kullandığı, %60,4'ünün günde 2-3 kez ped değiştirdiği, %36,6'sının sürekli günlük ped kullandığı belirlenmiştir. Kadınların %67,9'u genital hijyen konusunda bilgi almış, % 41,8'inin medya ortamlarından, %37,9'unun sağlık personelinden bilgi aldığı saptanmıştır (Tablo 3).

Çalışmada, GHDE ortalama puanı 78,22±10,19 olarak hesaplanmıştır. GHDE puan ortalamasını yaş grubu, düzenli kontrole gitme, küretaj sayısı, vajinal enfeksiyon geçirildiğinde yapılan uygulama, kullanılan iç çamaşırı tipi, iç çamaşırı ütuleme, tuvalet sonrası taharetlenme yöntemi, tuvalet sonrası taharetlenme şekli, vajinal duş yapma, banyo yapma şekli, banyo yapma sıklığı, genital hijyen ile ilgili bilgi alma durumunun anlamlı düzeyde etkilediği

belirlenmiştir.

Tablo 2. Kadınların Obstetrik ve Jinekolojik Özelliklerine Göre Dağılımı

Obstetrik ve Jinekolojik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Düzenli Kontrole Gitme Durumu		
Giden	105	39,2
Gitmeyen	163	60,8
Gebelik Sayısı		
Hiç gebe kalmadım	78	29,1
1-2 gebelik	148	55,2
3 ve üzeri gebelik	42	15,7
Abortus Sayısı		
Abortus yapmayan	202	75,4
1 kez abortus yapan	48	17,9
2 kez ve üzeri abortus yapan	18	6,7
Kürtaj Sayısı		
Kürtaj olmayan	214	79,9
1 kez kürtaj olan	44	16,4
2 kez ve üzeri kürtaj olan	10	3,7
Aile Planlaması Yöntemi		
Etkin Yöntem	102	38,1
Etkisi sınırlı yöntem	32	11,9
Kullanmayan	134	50,0
Şuan Vajinal Enfeksiyonu Olma		
Olan	94	35,1
Olmayan	174	64,9
Son Bir Yılda Vajinal Enfeksiyon Geçirme		
Geçiren	148	55,2
Geçirmeyen	120	44,8
Vajinal Enfeksiyon Sırasında Yapılan Uygulama		
Hiçbir şey yapmayan	39	14,6
Doktora gittim	148	55,2
Kendi hijyenime dikkat ettim	81	30,2
Kronik Hastalığı Olma Durumu		
Hastalığı olmayan	194	72,4
Diyabet	15	5,6
Anemi	18	6,7
Tiroit	22	8,2
Diğer	19	7,1
Toplam	268	100,0

Tukey HSD ile yapılan ileri analiz sonucunda, 18-22 yaş grubunda olan kadınlar ile 23-27; 28-32; 33-37 yaş grubunda olan kadınlar ve 28-32 yaş grubunda olan kadınlar ile 38 yaş ve üzerinde olan kadınlar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Düzenli kontrole giden kadınların genital hijyen davranışlarının daha olumlu olduğu saptanmıştır. Tukey HSD ile yapılan ileri analiz sonucunda, anlamlı farkı bir kez küretaj yaptıran grubun, enfeksiyon varlığında doktora giden grubun, önden arkaya doğru taharetlenen grubun oluşturduğu belirlenmiştir. Pamuklu iç çamaşırı kullanan kadınlar ile hem pamuklu hem de sentetik çamaşır kullanan kadınlar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir. Taharetlenme şekli için yapılan ileri analizde anlamlı farkın yalnızca su ile

yıkayan grup ile su ve kağıt kullanan grup arasında olduğu bulunmuştur. Ayakta duş şeklinde yıkanan kadınlar ile taburede oturarak yıkanan kadınlar arasında anlamlı fark olduğu, her gün ve haftada 3-4 defa banyo yapan grup ile haftada bir ve 15 günde bir yapan gruplar arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4). Kadınların, eğitim durumu, mesleği, gelir durumu, gebelik ve

abortus sayısı, aile planlaması yöntemi kullanma durumu, vajinal enfeksiyon bulunma durumu, kronik hastalık varlığı, iç çamaşırı rengi, vajinal duş yapma şekli, mensturasyon sırasındaki ped özelliği, ped değiştirme sayısı, günlük ped kullanma durumu ve genital hijyen bilgi kaynağı ile GHDE puan ortalaması arasında anlamlı fark elde edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 3. Kadınların Genital Hijyene Yönelik Özelliklerine Göre Dağılımı

Genital Hijyen Özellikleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
İç Çamaşır Rengi		
Beyaz	83	31,0
Renkli	49	18,3
Her ikisi de	136	50,7
İç Çamaşır Tipi		
Pamuklu	135	50,4
Sentetik	13	4,9
Her ikisi de	120	44,8
İç Çamaşırını Ütüleme		
Ütüleyen	69	25,7
Ütülemeyen	199	74,3
Tuvalet Sonrası Tahretlenme Şekli		
Yalnız su ile	48	17,9
Su ve kağıt	189	70,5
Kağıt	19	7,1
Bez	12	4,5
Tuvalet Sonrası Tahretlenme Yöntemi		
Önden arkaya	160	59,7
Arkadan öne	73	27,2
Rastgele	35	13,1
Vajinal Duş Yapma		
Yapan	233	86,9
Yapmayan	35	13,1
Vajinal Duş Yapma Şekli		
Yapmayan	35	13,1
Su	121	45,1
Sabun	48	17,9
Duş jeli	49	18,3
Solüsyon	15	5,6
Banyo Yapma Şekli		
Ayakta duş	208	77,6
Taburede oturarak	56	20,9
İçi dolu su küvet	4	1,5
Banyo Yapma Sıklığı		
Hergün	64	23,9
Haftada 3-4	165	61,6
Haftada 1	28	10,4
15 günde 1	11	4,1
Menstruasyon Sırasında Ped Özelliği		
Hazır ped	251	93,7
Bez, tampon, pamuk	17	6,3
Ped Değiştirme Sayısı		
Günde 1 kere	25	9,3
Günde 2-3	162	60,4
Günde 4-5	81	30,2
Günlük Ped Kullanımı		
Sürekli kullanan	98	36,6
Kullanmayan	128	47,8
Bazen kullanan	42	15,7
Genital Hijyen Bilgi Alma Durumu		
Alan	182	67,9
Almayan	86	32,1
Genital Hijyen Bilgi Kaynağı*		
Yazılı görsel basın	76	41,8
Sağlık personeli	69	37,9
Komşu, arkadaş	37	20,3
Toplam	268	100,0

*Sayı ve yüzdeler bilgi alan kadınlar üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 4. Genital Hijyen Davranışları Envanteri Puan Ortalaması ve Etkileyen Faktörlerin Dağılımı

	Ortalama	Ss	En Düşük	En Yüksek
GHDE	78,22	10,19	54,00	105,00
Cronbach Alpha		0,74		
GHDE Etkileyen Faktörler	Ortalama±Ss	F*/U**	p	
Yaş Grupları				
18-22 yaş	74,01±9,94			
23-27 yaş	80,09±10,09			
28-32 yaş	81,66±11,28	5,94*	0,00	
33-37 yaş	79,85±7,89			
38 yaş ve üzeri	76,04±9,01			
Düzenli Kontrole Gitme				
Giden	82,07±11,09	5,19**	0,00	
Gitmeyen	75,74±8,73			
Küretaj Sayısı				
Küretaj olmayan	77,76±10,32			
Bir kez küretaj olan	81,75±8,51	4,43*	0,01	
İki ve üzeri kez küretaj olan	72,70±10,65			
Vajinal Enf. Geçirdiğinde Yapılan Uygulama				
Hiçbir şey yapmayan	72,33±7,66			
Doktora gittim	80,65±10,40	12,75*	0,00	
Kendi hijyenine dikkat etme	76,62±9,45			
İç Çamaşır Tipi				
Pamuklu	80,40±10,56			
Sentetik	74,15±10,25	6,74*	0,00	
Her ikisi de	76,21±9,24			
İç Çamaşır Ütüleme				
Ütüleyen	82,02±11,42	3,39**	0,00	
Ütülemeyen	76,90±9,40			
Tuvalet Sonrası Tahretlenme Yöntemi				
Önden arkaya	80,52±10,00			
Arkadan öne	76,47±9,85	14,36*	0,00	
Rastgele	71,37±7,87			
Tuvalet Sonrası Tahretlenme Şekli				
Yalnız su ile	75,04±10,08			
Su ve kağıt	79,64±10,21	4,29*	0,00	
Kağıt	74,89±7,83			
Bez	74,00±9,18			
Vajinal Duş Yapma				
Yapan	78,70±10,17	1,98**	0,04	
Yapmayan	75,05±9,85			
Banyo Yapma Şekli				
Ayakta duş	79,32±10,33			
Tabure oturarak	74,21±8,40	5,77*	0,00	
İçi dolu su küvet	77,25±13,72			
Banyo Yapma Sıklığı				
Hergün	79,60±10,08			
Haftada 3-4	79,27±9,94	7,05*	0,00	
Haftada bir	71,85±9,45			
15 günde bir	70,72±8,01			
Genital Hijyen ile ilgili Bilgi Alma Durumu				
Alan	79,46±10,17	2,93**	0,00	
Almayan	75,60±9,77			

TARTIŞMA

Çalışmada GDHE puan ortalamasının iyi düzeyde olduğu bulunmuştur. Literatürde çalışma bulgularının benzerlik gösterdiği araştırma sonuçları bulunmaktadır.^{9,11,13,15,16} Ancak literatürde GHDE puanını daha düşük bulan^{2,4,6,7} ve yüksek bulan çalışmalar da yer almaktadır.¹⁸ Çalışmaların

sonuçları arasındaki farkların, çalışmaların yapıldığı bölgelerin sosyo-demografik yapısından ve araştırmaya alınan kadınların bireysel özelliklerinden kaynaklandığı, yapılan çalışmalarda da belirtilmiş ve bu çalışmanın bulguları da aynı doğrultudadır.^{4,14,18}

Genital hijyen davranışları üzerinde yaş, kontrole gitme, küretaj sayısı, vajinal enfeksiyon sırasında yapılan uygulama, iç çamaşırı tipi, iç çamaşırı ütülleme, tuvalet sonrası taharetlenme yöntemi ve şekli, vajinal duş yapma, banyo yapma şekli ve sıklığı, genital hijyen ile ilgili bilgi alma durumunun etkili olduğu saptanmıştır.

Çalışmada üreme çağının ortalarında olan kadınların genital hijyen davranışlarının daha iyi olduğu görülmüştür. Ilgaz ve ark.⁶ çalışmasında yaşı genç olanların genital hijyen davranışlarının daha iyi olduğunu bulmuşlardır. Yapılan çalışmalarda puan ortalaması ile yaş arasında anlamlı fark bulunamamıştır.^{2,4,9,15} Erbil ve ark. düzenli kontrole gidenlerin hijyen davranışlarının daha olumlu olduğunu bulmuşlardır.¹⁶ Karatay ve Özvarış, kadınların %72,8'inin geçmişte akıntı sorunu yaşadığını, akıntı sorunu yaşayan kadınların da sadece %36,9'unun doktora gittiğini ve %28,7'si şu anda akıntı sorununun devam ettiğini bildirmişlerdir.¹⁹ Orak ve Canuygur'un çalışmasında anormal akıntı sırasında yapılan uygulama arasında fark olduğu ve doktora gidenlerin davranışlarının daha olumlu olduğu belirtilmiştir.⁹ Çalışma bulguları benzerlik göstermektedir. Çalışma sonuçları, kadınların yaklaşık yarısının anormal akıntı/enfeksiyon durumunda bir şey yapmadığı ya da doktora başvurmadığını göstermekte, bu sonucun erken dönemde çözümlenebilecek ve kolay sorunların ilerlemesine, tedavi maliyetinin artmasına ve kadının bu durumdan daha fazla etkilenmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Ünsal ve ark.'nın çalışmasında, kadınların %97,5'inin tuvalet sonrası genital bölgesini temizlediği, bunların %39,9'unun bu temizliği yanlış ve geliş güzel yaptığı, %67,6'sının kuruladığı, %57,7'sinin oturarak banyo yaptığı ve %56,8'inin 2-3 günde bir banyo yaptığı belirlenmiştir.¹⁸ Karatay ve Özvarış'ın çalışmasında, %23'ünün renkli, %20,8'inin sentetik ya da penye türü iç çamaşırı kullandığını, %79,2'sinin tuvalet sonrası genital bölgeyi uygunsuz yöntemlerle temizlediğini ve %33,6'sının kurulamadığını, mensturasyon sürecinde duş alanların %32,8'inin ise ayakta duş aldığını ifade etmiştir.¹⁹ Dalbudak ve Bilgili, sentetik iç çamaşırı kullanan kadınlarda vajinal enfeksiyona yakalanma riskini, kullanmayanlara göre 4,5 kat daha fazla bulmuştur.¹¹ Vulva sağlığının temini ve sürdürülmesi ve dolayısı ile üreme sağlığının korunması için eliminasyon öncesi ve sonrası temizliğin yapılması, önden arkaya temizlik yapılması ve bölgenin kurulanması, her gün banyo yapılması, mensturasyon sırasında hijyenin sürdürülmesi üzerine vurgu yapılmaktadır.¹

Karatay ve Özvarış¹⁹ kadınların %72,1'inin

cinsel ilişki sonrası vajinal duş yaptığını, Erbil ve ark.¹⁶ kadınların %38,6'sının bazen vajinal duş yaptığını, Sunay ve ark.²⁰ kadınların %59,4'nün vajinal duş yaptığını, vajinal duş yapmayanlara göre yapanlarda anormal vajinal akıntı görülme riskinin 3,9 kat daha fazla olduğu belirtmiştir. Koştu ve Beydağ¹⁵ kadınların %87'sinin vajinal duş yaptığını, %53,7'sinin hijyen sağlamak için bu uygulamayı yaptığını belirtmişlerdir. Sevil ve ark.¹⁰ kadınların %41,2'sinin vajinal duş yaptığını, %27,6'sının bunu temizlik ve konforlu hissetmek için yaptığını, vajinal duşun yaşam kalitesini etkilemediğini bildirmişlerdir. Hadımlı ve ark.²¹ kadınların %51,6'sının vajinal duş yaptığını, bunların %86,7'sinin temizlik amacı ile yaptığını ve vajinal duş uygulamasındaki en büyük sorunun ise eğitim eksikliği olduğunu belirtmiştir. Vajinal duş, vajinal floranın bozulması ve assenden yolla patojen mikroorganizmaların ilerlemesini kolaylaştırması nedeniyle başta enfeksiyonlar olmak üzere pek çok sağlık sorununa yol açmaktadır.^{22,23} Okumus ve ark.⁷ vajinal duş yapmayı bırakmanın, vajiniti olan kadınların enflamasyonunu iyileştirdiğini belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarından alınan eğitimin vajinal duşu bırakmada etkili olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır.^{2,24,25} Çalışma bulguları, vajinal duşun kullanılmaya devam edilen bir uygulama olduğunu, sağlık problemlerine yol açtığını göstermekte ve eğitim eksikliğini çarpıcı bir şekilde ortaya koymaktadır. Erbil ve ark.¹⁶, spontan abortus yaşamının vajinal duş uygulaması ile ilgili risk faktörü oluşturduğunu belirtmişlerdir. Enfeksiyonlardan korunma ve doğurganlığı planlamanın üreme sağlığının korunmasında önemli olduğu bilinmektedir.¹ Çalışmada da birden fazla küretaj olanların genital hijyen davranışlarının daha kötü olduğu belirlenmiş ve bu durumun kaynaklara ulaşmadaki güçlük ve bireysel özelliklerden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Erbil ve ark.¹⁶ cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında bilgi durumu ile genital hijyen davranışları arasında fark bulmuş ve genital hijyen ile ilgili bilgi almanın genital hijyen ve üreme sağlığı davranışlarını olumlu etkilediğini belirtmiştir. Bilginin sağlık profesyonellerinden alınmasının önemi vurgulanmıştır.¹⁶ Ünsal ve ark.¹⁸ kadınların %40,1'inin genital hijyen konusunda bilgi aldığını ve %60,7'sinin sağlık personelinden bilgi aldığını bulmuşlardır. Ege ve Eryılmaz² kadınlara verilen planlı genital hijyen davranışları eğitiminin, bu davranışları olumlu yönde etkilediğini belirlemiştir. Çalışma sonuçlarından, kadınlarla kolay iletişim kurabilen hemşirelerin bağımsız fonksiyonlarından biri olan eğitimin, genital hijyenin ve üreme sağlığının korunmasındaki önemi ortaya çıkmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği birinci basamak sağlık kuruluşlarının, kolay ulaşılabilir

olma özelliği ile bu eğitimler için en uygun birimler olduğu söylenebilir.

SONUÇ

Çalışmada, araştırmaya katılan kadınların genital hijyen davranışlarının ortalamasının üzerinde, iyi seviyede olduğunu ve bazı sosyo-demografik değişkenlerin bu davranışlar üzerinde etkili olduğunu saptanmıştır. Sağlık profesyonelleri, kadınlara hem kendi hem de ailesinde bulunan kadınların sağlığını korumaları ve enfeksiyonların önüne geçebilmeleri için düzenli ve planlı eğitimler vermelidir. Genelde üreme sağlığını, özelde genital sağlığı korumak ve geliştirmek için sağlık kurumlarına başvuran kadınların, genital hijyen alışkanlıklarının belirlenmesi ve sonuçların risk açısından değerlendirilip gerekli önlemlerin alınması önerilmektedir.

Teşekkür

Çalışma, Ege Üniversitesi Hastanesi, Kadın Hastalıkları Polikliniği'nde yürütülmüştür. Çalışmanın yapılmasına izin veren kurum ve çalışmaya katılan kadınlara teşekkürlerimizi sunarız.

KAYNAKLAR

1. Taşkın L. Cinsel sağlık/üreme sağlığı. İçinde: Taşkın L, editör. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. IX. Baskı. Ankara:Sistem Ofset Matbaacılık; 2009.P.19-28.
2. Ege E, Eryılmaz G. Kadınlara verilen planlı eğitimin genital hijyen davranışlarına etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;9(3):8-16.
3. Beydağ KD. Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009; 12(2):105-10.
4. Demirbağ BC, Çan G, Kaya S, Köksal İ. Rahim içi araç ve oral kontraseptif kullanan 18-49 yaş arasındaki kadınlara verilen eğitimin genital hijyen davranışlarına etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2012;9(3):15-20.
5. Cangöl E, Tokuç B. Jinokolojipolikliniğine başvuran kadınlarda genital enfeksiyon sıklığı ve genital hijyen davranışları. F.N. Hem. Derg. 2013;21(2):85-91.
6. Ilgaz A, Sevinç Ö, Uzun SU. İki farklı aile sağlığı merkezine kayıtlı doğurgan çağdaki evli kadınların genital hijyen davranışları. TAF PreventiveMedicineBulletin2015;14(2):153-160.
7. Okumus F, Demirci N. Vaginal douching

cessation in rural Turkish women with vaginitis. International Journal of Caring Sciences 2016;9(1):236-48.

8. Kahyaoglu Süt H. 18-49 Yaş arası kadınlarda genital hijyen davranışları ile genital enfeksiyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2016;6(1):8-13.
9. Orak NŞ, Canuygur A. Jinekoloji kliniğinde yatan hastaların genital hijyen davranışlarının incelenmesi. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(3):130-4.
10. Sevil S, Kevser O, Aleattin U, Dilek A, Nemut T. An evaluation of the relationship between genital hygiene practices, genital infection. Gynecol Obstet. 2013,3(6):1-5.
11. Dalbudak S, Bilgili N. GATA kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları ve bu davranışların vajinal enfeksiyona etkisi. Gülhane Tıp Derg. 2013;55:281-7.
12. Daşkan Z, Kılıç B, Baytok C, Kocairi H, Kuzu S. Genital akıntı şikâyetiyle polikliniğe başvuran kadınların genital hijyen uygulamaları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4(1):113-24.
13. Apay SE, Özdemir F, Nazik E, Potur D, Hadımlı A, Tanrıverdi D. et al. Yedi farklı ildeki kadınların genital hijyen davranışlarının belirlenmesi: Çok merkezli kesitsel bir çalışma. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17(4):245-52.
14. Ege E, Eryılmaz G. Genital Hijyen Davranışları Envanterinin (GHDE) geliştirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;8(3):67-75.
15. Koştu N, Beydağ KD. Jinekoloji polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2009;12(1):66-71.
16. Erbil N, Bölükbaş N, Belkiran E, Balcı A. Factorsaffectingandgenitalhygienebehaviors of marriedwomen. Türkiye Klinikleri J NursSci. 2013;5(2):71-8.
17. Özkan İA, Kulakaç Ö. Kadın mahkumlarda genital hijyen davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011;14(2):31-8.
18. Ünsal A, Özyazıcıoğlu N, Sezgin S. Doğu Karadeniz'deki bir belde ve ona bağlı dokuz köyde yaşayan bireylerin genital hijyen davranışları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13(2):12-9.
19. Karatay G, Özvarış ŞB. Bir sağlık merkezi bölgesindeki gecekondularda yaşayan kadınların genital hijyene ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(1):7-14.
20. Sunay D, Kaya E, Yusuf E. Kadınların vajinal

- duş davranışları ve vajinal duşun vajinal akıntı ve demografik faktörlerle ilişkisi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (JTürkSocObstetGynecol) 2011;8(4):264- 71.
21. Hadımlı A, Öztürk Can H, Soğukpınar N, Demirel Bozkurt Ö, Baykal Akmeşe Z, Çakır Koçak Y ve ark. Kadınlar genital hijyen amacıyla mı vajinal lavaj yapıyorlar? NWSA-MedicalSciences 2012;7(3):16-27.
 22. Mete S, Gerçek E. Vajinal duşun yaygınlığı, etkileyen etmenler ve sonuçları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;55-61.
 23. Çalışkan D. Geleneksel intravaginal uygulama "vajinal duş, lavaj" yapılmalı mı? Yapılmamalı mı?. STED 2005;14(1):15-8.
 24. Mark H, Sherman SG, Nanda J, ChambersThomas T, Barnes M, Rompalo A. What has changed about vaginal douching among African American mothers and daughters?. Public Health Nurs. 2010; 27(5): 418-24.
 25. Cottrell BH. An updatedreview of evidencetodiscouragedouching. MCN Am J Matern. Child Nurs. 2010;35(2):102-7.



Original Research / Özgün Araştırma

Standard or Population Specific Skin Patch Test Series? Results of 615 patients with a pre-diagnosed of Allergic Contact Dermatitis

Standart Test mi, yoksa Popülasyona Özel Deri Yama Testi Serisi mi?
Allerjik Kontakt Dermatit Ön Tanısı Alan 615 Hastanın Sonuçları

Sait Yeşillik^{*1}

ABSTRACT

Objective: The incidence of allergic contact dermatitis (ACD) has increased especially in modern and urbanized communities in recent years, just like other allergic diseases. The skin patch test is the gold standard test to identify allergens. The study aims to assess the results of patients who are considered to be diagnosed with ACD and underwent the European Standard Patch Test and compare them with other studies. **Methods:** A total of 615 patients' demographics data and patch test results were evaluated retrospectively. Chi-square and Fisher's exact tests were used for statistical evaluation. **Results:** Of the 615 patients who underwent skin patch testing, 430 (70%) were female and 185 (30%) were male. The mean age was 40.4 ± 12.9 years. No positive reactions were detected in 483 (78.6%) of 615 patients. Nickel sulfate (10.9%), balsam of Peru (3.9%), cobalt chloride (3.2%), potassium dichromate (%2.9) and methyl dibromo glutaronitrile (%2.4) were the five most common allergens that caused ACD. Of the 30 allergens in the skin patch test series, 18 had a positive reaction rate was below 1%. **Conclusion:** Performing new skin patch tests with fewer allergens specific to the country and individuals, based on local experiences and patient history can reduce healthcare costs and new sensitizations of the patients in the diagnosis of ACD.

Key words: Allergy, contact dermatitis, standart, specific, patch

ÖZET

Amaç: Allerjik kontakt dermatit (AKD) insidansı, son yıllarda tıpkı diğer allerjik hastalıklar da olduğu gibi özellikle modern ve kentleşmiş topluluklarda artmıştır. Deri yama testi, allerjenleri belirlemek için altın standart testtir. Bu çalışmanın amacı, AKD tanısı düşünülen ve Avrupa Standart Seri Yama Testi uygulanan hastaların sonuçlarını değerlendirmektir. **Yöntem:** Toplam 615 hastanın demografik verileri ve yama testi sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirme için, Ki-kare ve Fisher kesin testi (Fisher's exact test) kullanılmıştır. **Bulgular:** Deri yama testi yapılan 615 hastanın, 430'u (%70) kadın, 185'i (%30) erkekti. Hastaların yaş ortalaması 40.4 ± 12.9 yıl idi. 615 hastanın 483'ünde (% 78,6) pozitif reaksiyon saptanmamıştır. Nikel sülfat (% 10,9), Peru balsamı (%3,9), kobalt klorür (%3,2), potasyum dikromat (% 2,9) ve metildibromo glutaronitril (% 2,4) AKD'ye neden olan en yaygın beş allerjen olarak tespit edilmiştir. Deri yama testi serisinde bulunan 30 allerjenden 18'i %1'in altında pozitif reaksiyon vermiştir. **Sonuç:** AKD tanısı koyarken, ülke ve kişilere özel, bölgesel tecrübe ve hasta hikayesine dayalı, daha az allerjen içeren yeni deri yama testi serileri uygulamak, sağlık giderlerini ve hastalardaki yeni duyarlanmaları azaltabileceği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Allerji, kontakt dermatit, standart, spesifik, yama

Received / Geliş tarihi: 05.03.2020, Accepted / Kabul tarihi: 14.07.2020

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi İmmunoloji ve Allerji Bilim Dalı, Ankara, TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Sait YEŞİLLİK, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi İmmunoloji ve Allerji Bilim Dalı, Ankara, TÜRKİYE.

E-mail: syesillik@yahoo.com

Yeşillik S. Standart Test mi, yoksa Popülasyona Özel Deri Yama Testi Serisi mi? Allerjik Kontakt Dermatit Ön Tanısı Alan 615 Hastanın Sonuçları. TJFMPC, 2020;14(4): 548-553.

DOI: 10.21763/tjfm.699264

GİRİŞ

Son yıllarda modern ve kentleşmiş toplumlarda daha çok olmak üzere, hızla gelişmeye devam eden endüstrileşmenin getirdiği allerjen sayısındaki artış ve allerjenlere maruziyet sürelerinin uzaması, allerjik hastalıkların sıklığını artırmaktadır. Allerjik kontakt dermatit (AKD), daha önceden duyarlanmış kişiler allerjenle tekrar temas ettiğinde T hücre aracılığıyla gecikmiş tip hipersensivite reaksiyonu (Tip 4) ile ortaya çıkan; deride kaşıntı, eritem, papül ve/veya büllerin eşlik edebildiği bir hastalıktır. Lezyonlar en sık yüz, boyun, el ve ayak gibi direk temasın olduğu bölgelerde görülmektedir. Her allerjik hastalıkta olduğu gibi öncelikli, en etkin, ucuz ve kolay tedavi yöntemi allerjenden uzak kalmaktır. Deri yama testi ile hastanın duyarlı olduğu allerjen ve/veya allerjenler tespit edilir ve bunlarla temas önlenirse, hastanın yaşam kalitesinin artırılması ile birlikte sağlık sisteminin maliyetleri ve iş yükünün azaltılması sağlanabilir. Günlük yaşamda hayatımıza giren ve AKD'e neden olduğu bilinen kimyasalların yaklaşık % 80'ini, yıldan yıla ve ülkeden ülkeye değişmekle birlikte 15-20 madde oluşturmaktadır.¹⁻⁴ Hastanın anamnezi alınıp, fizik muayenesi yapıldıktan sonra AKD tanısını koymak için deri yama testi ilk yapılması gereken temel bir testtir.⁴⁻⁵ Allerjik kontakt dermatite neden olan allerjenler yaş, cinsiyet gibi demografik özellikler ile iş ve hobi gibi temas durumlarına göre, ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye ve seneden seneye değişebilmektedir.⁶ Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda, nikel sülfat birinci sırada olmak üzere, kobalt klorür, potasyum dikromat, peru balsamı ve koku karışımı duyarlılıkları en çok tespit edilen allerjenlerdir. Bunların dışında, diğer allerjenlerde daha düşük oranlarda pozitif olarak saptanabilmektedir. Hastalara çok allerjenli standart seri mi, yoksa ülkeye özgü en çok görülen allerjenler ile birlikte hastanın öyküsü, hobisi ve mesleği ile ilgili allerjenlerin de eklendiği daha az allerjen içeren bir yama testi mi yapılması gerektiği tartışmalıdır. Çünkü, gereksiz allerjenlerle allerji testi yapmak hastada yeni duyarlanmalara yol açacağı gibi sağlık maliyetlerini de artırmaktadır.

Bu çalışmada, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi İmmunoloji ve Allerji Kliniği polikliniğine başvuran, AKD ön tanısı ile deri yama testi yapılan hastaların sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışmada, Aralık 2017 ile Ekim 2019 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi İmmunoloji ve Allerji Kliniği polikliniğine AKD şikayetleri veya

ön tanısı ile başvuran ve deri yama testi yapılan 615 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir Hastaların yaş, cinsiyet, meslek ve hangi allerjenlere karşı duyarlı oldukları kaydedilmiştir.

Hastalarımıza, 30 allerjen içeren Avrupa Standart Seri Yama Testi uygulanmıştır. Tüm allerjenler küçük kuyucukların içine konup, hastaların sırt bölgesine yapıştırılmıştır Hastalar, ilk olarak testler açıldıktan 48 saat sonra, 15., 30., ve 60. dakikalarda değerlendirilmiştir Daha sonra 72. ve 96. saatlerde tekrar değerlendirme yapılmıştır. Sonuçlar, Uluslararası Kontakt Dermatit Araştırma Grubu'nun sınıflamasına göre yapılmıştır; 0 (reaksiyon yok), +/- (eritem), + (eritem ve infiltrasyon), ++ (eritem infiltrasyon, papül, vezikül), +++ (eritem infiltrasyon, büll).⁷ Gebelik veya gebelik şüphesi olan kadınlara, aktif dermatit yakınma ve bulguları olanlara, son bir hafta antihistaminik içeren ilaç, lökotrien antagonisti, topikal steroid kullanan, son 4 hafta sistemik steroid ile immun sistemi baskılayan ilaç alan hastalara test uygulanmamıştır.

Etik Onay

Bu çalışma için, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.11.2019/19-362 tarih ve sayı numarası ile onay alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Elde edilen veriler, Ki-kare ve Fisher'in kesin testleri ile SPSS 22.0 Chicago, IL, USA programı kullanılarak yapılmış ve p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Deri yama testi yapılan 615 hastanın 430'u (%70) kadın, 185'i (%30) erkek idi. Deri yama testi yapılan 615 hastanın 483'ünde (%78,6) herhangi bir allerjene karşı duyarlılık saptanmazken, 29'u (%4,7) erkek, 103'ü (%16,7) kadın olmak üzere toplam 132 (%21,4) hastada en az bir allerjene karşı pozitif reaksiyon saptanmıştır. Hastaların deri yama testi sonuçlarına göre, pozitif allerjenlerin dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir. Yaş ortalaması 40.4±12.9 (20 - 74) yıl idi. Kadınlar ve erkeklerin yaşları arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05). Deri yama testi pozitifliği saptanan 132 hastanın %78'i kadın, %22'si erkekti. Deri yama testi pozitifliği oranı kadınlarda yaklaşık %24 (103/ 430) iken, erkeklerde bu oran %15,7 (29/185) bulunmuştur.

Hastaların meslek gruplarına göre dağılımı sırasıyla; ev hanımı (%21,6), memur (%18,9), diğer

iş grupları (%16,3), sağlık çalışanı (%15,3), işçi (%10,8), öğrenci (%9,9) ve emekli (%7,2) şeklinde tespit edilmiştir.

Hastalarda, sırası ile en çok nikel sülfat (%10,9), peru balsamı (%3,9), kobalt klorür (%3,2), potasyum dikromat (%2,9) ve metildibromo glutaronitril (%2,4) pozitifliği saptanmıştır. Kadın ve erkekler arası görülme sıklığında istatistiksel farklılığın saptandığı nikel sülfat kadınlarda, peru balsam ve metildibromo

glutaronitril ise erkeklerde yüksek oranda pozitif saptanmıştır (Tablo 2).

Test yapılan 615 hastanın hiçbirinde kliokinol, merkaptto karışımı, kuaterneryum - 15 ve budezonid allerjenlerine karşı reaksiyon saptanmaması negatif yönde dikkat çekici bir tespit olarak karşımıza çıkmıştır. Deri yama testi serisinde bulunan 18 allerjenin pozitifliği %1'in altında bulunmuştur. Duyarlılık saptanan kadın hastaların 9'unda, hem nikel sülfat, hem de kobalt klorür pozitifliği görülürken, erkeklerde bu birliktelik görülmemiştir.

Tablo 1. Avrupa Standart Seri Yama Testi uygulanan hastaların allerjenlere göre dağılımı

No	ALLERJENLER	REAKSIYON GÖRÜLEN HASTA	
		n	%
1	Potasyum dikromat	18	2.9
2	p- Fenilendiamin (PPD)	4	0.7
3	Tiuram karışımı	1	0.2
4	Neomisin sülfat	3	0.5
5	Kobalt klorür	20	3.2
6	Benzokain	4	0.7
7	Nikel sülfat	67	10.9
8	Kliokinol	0	0
9	Kolofoni	6	1
10	Paraben karışımı	9	1.5
11	N-izopropil-N-fenil-4-fenilendiamin (IPPD)	6	1
12	Lanolin alkol	3	0.5
13	Merkapto karışımı	0	0
14	Epoksi reçine, Bisfenol	1	0.2
15	Peru Balsamı	24	3.9
16	4-tert-Butilfenol formaldehit reçine	5	0.8
17	2-Merkaptobenzotiazol (MBT)	1	0.2
18	Formaldehit	4	0.7
19	Koku karışımı I	10	1.7
20	Seskuiterpenlaktol karışımı	3	0.5
21	Kuaterneryum-15	0	0
22	2-Metoksi-6-n-fenil-4 benzokinon	2	0.3
23	Metilzotiazolinon + Metilkloro- izotiazolinon	9	1.5
24	Budezonid	0	0
25	Tiksokortol -21-pivilat	1	0.2
26	Metildibromo glutaronitril	15	2.4
27	Koku karışımı II	5	0.8
28	Hidroksi-isoheksil 3 – Sikloheksen Karboksialdehit	1	0.2
29	Metilzotiazolinon	6	1
30	Tekstil boya karışımı	13	2.1

Tablo 2. Pozitif saptanan allerjenlerin cinsiyetlere göre dağılımı				
Allerjenler	Toplam n (%)	Kadın n (%)	Erkek n (%)	P değeri
Nikel sülfat	67(10.9)	61(59.2)	6 (20,7)	<0.001*
Peru balsamı	24 (3.9)	15 (14.6)	9(31)	0.042*
Kobalt klorür	20 (3.2)	18 (17,5)	2 (6.9)	0.242**
Potasyum dikromat	18 (2.9)	11 (10.7)	7 (24.1)	0.073**
Methildibromoglutaronitril	15 (2.4)	5 (4.9)	10 (34.5)	<0.001**

*Ki-kare, **Fisher 'in kesin testi, $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edildi.

TARTIŞMA

Son yıllarda, diğer allerjik hastalıklar gibi görülme sıklığı artan AKD'in tedavisinin birinci ve en önemli basamağı, tespit edilebilirse allerjenle temasın kesilmesidir. Yaşla birlikte allerjen maruziyet dozu ve süresi artmaktadır. Eğer tedavi edilmez ise, AKD akut formdan subakut ve kronik forma dönebilmektedir. Kontakt allerjenler, ev, işyeri, okul gibi yaşamın her alanında ve günlük kullandığımız metal, tekstil ve kozmetik ürünleri, ilaç, gıda koruyucu ve katkı maddeleri gibi her yerde karşımıza çıkabilmektedir. Anamnez ve fizik muayene ile en iyi ihtimalle hastaların yarısına tanı konulabilmektedir.⁸ Hastanın şikâyetlerine neden olan allerjen veya allerjenleri bulmak için deri yama testi yapılmalıdır. Başarılı bir şekilde allerjenle temasın kesilmesi ile hastanın şikâyet ve bulguları düzelmektedir. Düzelmeyorsa başka bir allerjen ve/veya ek başka bir hastalık araştırılmalıdır. Ayırıcı tanıda, özellikle atopik dermatit, irritan kontakt dermatit, numuler ekzema, seboreik dermatit, psoriasis gibi dermatozlar da düşünülmalıdır.⁹

Hastanemizde, Aralık 2017 ile Ekim 2019 yılları arasında deri yama testi yaptığımız hastaların %21,4'ünde, 2013 yılındaki çalışmada ise %40'ında bir veya daha fazla allerjene karşı duyarlılık saptanmıştır.¹⁰ Deri yama testi AKD tanısı için ilk akla gelmesi gereken altın standart bir testtir. Test sonucu pozitif çıkan allerjenlerden korunma ile hastanın yaşam kalitesi artarken, hastalığın kişi ve ülkeye ekonomik maliyeti de azalmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalardan anlaşıldığı üzere, Avrupa Standart Seri Yama Testi serisi ile deri yama testleri yapılmaktadır. Ülkemizde yapılmış olan çalışmaların sonuçları incelendiğinde, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de yapılan çalışmalarda en sık nikel sülfat, kobalt klorür ve potasyum dikromat pozitifliği saptanmıştır.^{7,10-17} Demirgüneş ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada, koku karışımı ve peru balsamı pozitifliği, nikel sülfat ve kobalt klorür sonrası üçüncü sırada tespit edilmiştir.¹³ Hastanemizde yapılan iki çalışmada da, koku karışımı ve peru balsamı pozitifliği 2. ve 3. sırada saptanmıştır.¹⁰

Eğer bir allerjen pozitifliği, yapılan çalışmalarda %1'den düşük bulunursa, bu allerjen bir sonraki seriden çıkarılabilmektedir.¹⁸ Bizim çalışmamızda, 4 allerjenin (kliokinol, merkaptto karışımı, kuaterniyum-15 ve budezonid) pozitifliği hiçbir hastada görülmemiş olup, 18 allerjenin pozitifliği %1'in altında, üç allerjenin pozitiflik oranı da %1 olarak tespit edilmiştir. Uyguladığımız 30 allerjenin %60'ı (18/30 allerjen) %1'in altında pozitif reaksiyon vermiştir. Demirgüneş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, 25 allerjenin 10'unda pozitif reaksiyon görülmemiş, yani allerjenlerin %1'den az pozitif reaksiyon verenlerin sayısı %40 (10/25 allerjen) saptanmıştır.¹³ Bu oran Ertam ve arkadaşların yapmış olduğu çalışmada, %52 (14/27 allerjen) olarak bulunmuş ve 6 allerjen ile hiçbir reaksiyon görülmediği bildirilmiştir.¹⁴ Ada ve arkadaşları, %1'den az reaksiyon veren allerjen sayısını %52 (13/25 allerjen) tespit etmişlerdir. Çalka ve arkadaşlarının çalışmasında da, bu oran %35 (7/20 allerjen) olarak saptanırken, 5 allerjenlede hiçbir reaksiyon görülmemiştir.^{7,15} Bu çalışmalar incelendiğinde, yaklaşık %35 ile %60 allerjenle %1'in altında pozitif reaksiyon saptanmıştır. Yine bu çalışmalarda, reaksiyon görülmeyen antijen sayısı 10 antijene kadar çıkmıştır.^{7, 13-15} Bu konudaki yapmış olduğumuz bir önceki çalışmamızda da, liral, 2-merkaptobenzotiazol ve neomisin pozitifliği görülmemiştir.¹⁰ Bizim çalışmamızda (liral tek allerjen olarak çıkarılıp koku karışımı 2 allerjeni içinde 6 bileşenden biri olarak konulmuştur), üç allerjenin pozitifliği sırası ile %0,8, %0,2 ve % 0,5 tespit edilmiştir. Bir sonraki deri yama testinde, bu üç allerjen diğer bölge ve ülkelerden gelen verilerde de %1'in altında olursa bir sonraki yama testi serisinden çıkartılabilmektedir. Yine bu konudaki yapmış olduğumuz daha önceki çalışmamızda kullanılan seride bulunmayan metildibromoglutaronitril, bu çalışmada en sık görülen 5. allerjen (%2,4) olmuştur ve toplanacak veriler sonrası muhtemelen yeni deri yama testi serisinde yer almaya devam edecektir.¹⁰

Çalışmamızda en sık görülen ilk beş allerjen, nikel sülfat, peru balsamı, kobalt klorür, potasyum dikromat ve methildibromoglutaronitril olarak

saptanmıştır. Allerjen pozitifliği, bölgeden bölgeye değişkenlik gösterebilmektedir. Bizim çalışmamızda, 5. sırada görülen metildibromoglutaronitril pozitifliği, Yozgat ilinde yapılan çalışmada hiçbir hastada görülmezken, kliokinol pozitifliği iki çalışmada da görülmemiştir.¹⁶

Nikel sülfat allerjisi olan hastaların bazıları, deri yama testi yapılmadan önce kendilerinde metal allerjisi olduğunu ve düşük ayarlı takıları kullanamadıkları, gümüş takı kullanabildiklerini ifade etmişlerdir. Bu hastalarda, deri yama testi, nikel sülfatın dışında başka allerjenlere karşı da reaksiyon olup olmadığını araştırmak için yapılmaktadır. Nikel sülfatın nerelerde karşılına çıkabileceği, hangi allerjenlerle çapraz reaksiyon verebileceği ile ilgili eğitimler verilmelidir. Nikel sülfat allerjisi olduğunu bilenler, nikel sülfatın ucuz takılarda, metal eşyalarda olduğunu bilseler bile, nikel sülfat, kobalt klorür, krom, paladyum gibi metallerle birlikte kakao, sarımsak, çikolata, soya, fındık, istiridye ve konserve gibi gıdaları tüketmenin çapraz reaksiyon nedeni ile şikâyetlerini arttırabileceğini şaşkınlıkla karşılamaktadırlar.

Nikel sülfat doğada en bol bulunan ve insanların günlük yaşamda çok sık temas ettiği elementlerden birisidir. Muhtemelen, bu yüzden ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda duyarlılık saptanan allerjenler içinde ilk sıradadır.^{7,10-17} Değişik kıtalardaki farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda, deri yama testlerinde benzer şekilde birinci sırada nikel sülfat pozitifliği saptanmıştır.^{19,20-22} Hassan ve arkadaşlarının yapmış olduğu 582 kişilik çalışmada, bizim ülkemizde yapılan çalışmalara benzer şekilde, nikel sülfat pozitifliği birinci sırada iken, onu potasyum dikromat ve kobalt klorür pozitifliği izlemiştir.¹⁹

Nikel sülfat duyarlılığı, kadınlarda daha sık görülmektedir. Nikel sülfata karşı duyarlılık kadınlarda daha çok imitasyon takı, özellikle küpe kullanımına bağlı olarak yüz, kulak ve ellerde ortaya çıkmaktadır.¹⁵ Nikel sülfat ve kobalt kloridin doğadaki birlikteliği allerjen duyarlılığı olarak da karşımıza çıkabilmektedir.^{21,23} Çalışmamızda 9 kadında nikel sülfat ve kobalt klorid pozitifliği tespit edilmiştir. Bu ortak duyarlanma hiçbir erkek hastamızda görülmemiştir.

Paraben pozitifliği, bir önceki çalışmamızda %1,9 iken, bu çalışmada %1,5 bulunmuştur. Bu durumda son yıllarda paraben farkındalığının artması ve buna paralel olarak parabensiz ürünlerin artmasının etkisi olduğu düşünülmüştür. Koku karışımı %3,2'den %2,7'ye düşmüştür.¹⁰ Aynı hastanede, ayrı zamanlarda yapılan deri yama

testleri bile farklı sonuçlar verebilmektedir. Buna, polikliniğimize başvuran hastanın cinsiyeti, yaşı, genetik yatkınlığı, mesleği ve hobileride etki edebilmektedir.

SONUÇ

Deri yama testi, AKD tanısında altın standart bir test olmasına rağmen, allerjen pozitifliği çeşitliliği ve oranları bölgeden bölgeye hatta bizim merkezimizde olduğu gibi aynı hastanede yapılan 2 farklı çalışmada bile zaman dilimine göre değişkenlik gösterebilmektedir. Hastanın yaşı, cinsiyeti, atopi varlığı, yaşadığı bölge, çalıştığı iş durumu, hobileri, eşlik eden diğer hastalıkları da sonuçları etkileyebilmektedir. Demirgüneş ve arkadaşları, daha çok duyarlılık saptanan altı allerjenle küçük bir ön seri önerirken, Önder, allerjen duyarlılığının çeşitliliği ve yüzdesi bölgeden bölgeye ve ülkeden ülkeye değişkenlik gösterebileceğinden, düşük pozitiflik saptansa da pozitif olan hastalarda tanıyı atlamamak için standart seri uygulanması önerilmektedir.^{4,13}

Deri yama testi yapılması planlanan hastadan, iyi bir anamnez alıp, ülkemizde en sık görülen allerjenlerin içinde olduğu, hastanın mesleği, hobileri gibi sonuçları etkileyerek değiştirebilecek allerjenleri de içeren bölgeye ve/veya kişiye göre bireysel testler planlanmalıdır. Ülkemiz için daha uygun bir seri oluşturmak için her bölgeden çok merkezli, daha fazla hastanın katıldığı prospektif çalışmalar yapılmalıdır. En sık görülen allerjenler için, paraben örneğinde olduğu gibi kişisel maruziyetin azaltılması yanında, ülke için genel koruyucu önlemler alınmalıdır. Bu önlemlere insanların yeni duyarlanmaları önenebilir ve sağlık giderleri azaltılabilir.

Çalışmanın Sınırlılığı

Çalışmanın, sadece tek merkezde yapıldığı için örneklem büyüklüğü açısından bir sonraki test serisinde hangi allerjenlerin olabileceği hakkında genelleme yapılamaz. İleride prospektif olarak ve daha çok merkez ve hastanın katılımı ile yapılacak çalışmaların bu konuda daha çok yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Mowad CM, Anderson B, Scheinman P, Pootongkam S, Nedorost S, Brod B. Allergic contact dermatitis: Patient diagnosis and evaluation. J Am Acad Dermatol. 2016; 74(6): 1029-40.
2. Wahlberg JE. Patch Testing. Textbook of Contact Dermatitis. Rycroft RJG, Menne T, Frosch PJ, Lepoittevein JP. 3. Baskı. Berlin. Springer Verlag, 2001; 435-68.

3. Tunalı Ş, Acar A, Sarıcaoğlu H, Palalı Z, Tokgöz N. Kontakt dermatitli 400 hastada yama testi sonuçları. *T Klin Dermatoloji*. 1995; 5(2): 71-7.
4. Önder M. Alerjik kontakt dermatitler. *Turkderm*. 2009; 43: 3-9.
5. Mowad CM. Patch testing: pitfalls and performance. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2006; 6(5): 340-4.
6. Lazarov A. European Standard Series patch test results from a contact dermatitis clinic in Israel during the 7-year period from 1998 to 2004. *Contact Dermatitis* 2006; 55: 73-6.
7. Çalka Ö, Karadağ AS, Akdeniz N, Güneş Bilgili S. Türkiyenin Doğusunda Kontakt Dermatitli Hastalarda Deri Yama Testi Sonuçları. *Türkderm*. 2011; 45: 19-23.
8. Belsito DV. The diagnostic evaluation, treatment and prevention of allergic contact dermatitis in the new millennium. *J Allergy Clin Immunol*. 2000; 105(3): 409-20.
9. Rietschel RL. Clues to an accurate diagnosis of contact dermatitis. *Dermatol Ther*. 2004; 17(3): 224-30.
10. Yesillik S, Gulec M, Kartal O, Demirel F, Baysan A, Musabak U, et al. Can we reduce the number of allergens in skin patch test? *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology* 2014; 69 (Suppl. 99): 246-47.
11. Akyol A, Gürgey E, Erdi H, Taspınar A. Evaluation of the patch test results with standard antigens in various types of eczema. *Contact Dermatitis* 1996; 35: 303.
12. Akasya-Hillenbrand E, Özkaya-Bayazit E. Patch test results in 542 patients with suspected contact dermatitis in Turkey. *Contact Dermatitis* 2002; 46(1): 17-23.
13. Demirgüneş EF, Ersoy Evans S, Boztepe G, Atakan N. Deri Yama Testi: Daha az madde içeren ön yama testi serisi daha pratik olabilir mi? *Türkderm*. 2007; 41(1): 7-10.
14. Ertam I, Turkmen M, Alper S. Patch-test results of an academic department in Izmir, Turkey. *Dermatitis* 2008; 19(4): 213-5.
15. Ada S, Aşkın Ü, Güleç AT, Seçkin D: Alerjik kontakt dermatit tanısıyla deri yama testi yapılan 775 hastanın sonuçları. *Türkderm*. 2010; 44(4): 187-92.
16. Çölgeçen - Özel E, Özyurt K. Yozgat İlinde Alerjik Kontakt Dermatitli Olgularda Yama Testi Sonuçları. *Türkderm*. 2013; 47(3): 161-5.
17. Gündüz Ö, Aytekin A, Tutkun E, Yılmaz H. Comparison of European Standard Patch Test Results of 330 Patients from an Occupational Diseases Hospital. *Dermatol Res Prac*. 2016; 2016: 9421878. Epub 2016 Oct 11.
18. Akasya E, Özkaya-Bayazit E. Avrupa standart yama testi serisi. *Türkderm*. 2001; 35: 265-76.
19. Hassan I, Akhtar S, Zeerak S, Rasool F, Rather PA, Bhat YJ, et al. Clinicoepidemiological and Patch Test Profile of Patients Attending the Contact Dermatitis Clinic of a Tertiary Care Hospital in North India: A 7-Year Retrospective Study. *Indian Dermatol Online J*. 2019; 10(6): 669-75.
20. Wetter DA, Davis MD, Yiannias JA, Cheng JF, Connolly SM, el-Azhary RA, et al. Patch test results from the Mayo Clinic Contact Dermatitis Group, 1998-2000. *J Am Acad Dermatol*. 2005; 53(3): 416-21.
21. Lam WS, Chan LY, Ho SC, Chong LY, So WH, Wong TW. A retrospective study of 2585 patients patch tested with the European standard series in Hong Kong (1995-99). *International Journal of Dermatology* 2008; 47(2): 128-133.
22. Beliauskiene A, Valiukeviciene S, Uter W, Schnuch A. The European baseline series in Lithuania: results of patch testing in consecutive adult patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 2011; 25(1): 59-63.
23. Ruff CA, Belsito DV. The impact of various patient factors on contact allergy to nickel, cobalt, and chromate. *J Am Acad Dermatol*. 2006; 55(1): 32-9.



Original Research / Özgün Araştırma

Determination of Breastfeeding Behaviors and Infant Feeding Attitudes of Mothers with 4-6 Months Old Baby

4-6 Aylık Bebeği olan Annelerin Emzirme Davranışları ile Bebek Beslenme Tutumlarının Belirlenmesi

İlknur Yıldız^{*1}, Zehra Gölbaşı²

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the mothers', have 4-6 months old infants, breastfeeding behaviors and infant feeding attitudes. **Method:** This descriptive cross-sectional study was carried out with 130 mothers who had 4-6 months old infants and applied to three Family Health Centers in Sivas city center for any reason. Data were collected by Individual Characteristics Form, Breastfeeding Behavior Form and Iowa Infant Feeding Attitude Scale. Descriptive statistics, Mann Whitney U test and Kruskal-Wallis test were used in statistical analysis. **Results:** The mean age of the mothers was 27.57±5.54 and 30.8% of them are high school graduates and 83.1% of them do not work. When their breastfeeding behaviors was examined, 76.9% of them informed after birth. 53.1% of mothers breastfed their infants within the first half hour after birth, 90% of them still breastfed their infants. Mothers' mean total scores of the infant feeding attitudes were found as 48.20, the mean total score of the mothers living in the nuclear family, working and receiving information about breastfeeding in their last pregnancy was found to be significantly higher. **Conclusion:** Breastfeeding behavior is common in mothers for the first 4-6 months, but more than half of breastfeeding mothers provide additional nutrients. While mothers' attitudes towards breastfeeding of babies were relatively positive, it was observed that this attitude was not reflected in behavior. Therefore, considering the other factors affecting breastfeeding and infant feeding behaviors, it may be suggested to provide the necessary support and counseling by health professionals.

Key words: Breastfeeding, infant, feeding behavior.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma 4-6 aylık bebeği olan annelerin emzirme davranışları ile bebek beslenme tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı kesitsel tipteki çalışmaya Sivas il merkezinde bulunan üç Aile Sağlığı Merkezine herhangi bir nedenle başvuran ve 4-6 aylık bebeği olan 130 anne katılmıştır. Veriler; Bireysel Özellikler Formu, Emzirme Davranışları Formu ve Iowa Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (BBTÖ) ile toplanmıştır. **Bulgular:** Annelerin yaş ortalaması 27.57±5.54 olup %30.8'i lise mezunu, %83.1'i çalışmamaktadır. Emzirme davranışları incelendiğinde; annelerin %76.9'u doğum sonrasında emzirmeye yönelik bilgi almış, %53.1'i doğumdan sonra ilk yarım saat içinde bebeğini emzirmiş, %90'ı halen emzirmeye devam etmektedir. Annelerin bebek beslenmesi tutum ölçeği toplam puan ortalaması 48.20 olup, çekirdek ailede yaşayan, çalışan ve son gebeliğinde emzirmeye yönelik bilgi alan annelerin ölçek toplam puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. **Sonuç:** Annelerde ilk 4-6 ay emzirme davranışı yaygındır ancak emziren annelerin yarısından fazlası ek besin de vermektedir. Annelerin bebeklerin anne sütü ile beslenmesine yönelik tutumları nispeten olumlu iken, bu tutumun davranışa yansımadağı görülmektedir. Bu nedenle emzirme ve bebek beslenme davranışlarını etkileyen diğer faktörler dikkate alınarak sağlık profesyonelleri tarafından gerekli destek ve danışmanlığın sağlanması önerilebilir.

Anahtar kelimeler: Emzirme, bebek, beslenme davranışı.

Received / Geliş tarihi: 28.05.2020, Accepted / Kabul tarihi: 15.07.2020

¹ Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Sivas, TÜRKİYE.

² Lokman Hekim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD, Ankara, TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: İlknur Yıldız, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Sivas, TÜRKİYE

E-posta: ilknuryildiz@yahoo.com.tr

Yıldız İ, Gölbaşı Z. 4-6 Aylık Bebeği olan Annelerin Emzirme Davranışları ile Bebek Beslenme Tutumlarının Belirlenmesi. TJFMPC, 2020;14(4): 554-563

DOI: 10.21763/tjfm.744227

GİRİŞ

Anne sütü bebeklerin beslenmesinde en önemli ve en temel besin kaynağıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund-UNICEF) bebeklerin doğumdan hemen sonra anne sütü ile beslenmeye başlamasını, ilk 6 ay su dahil hiçbir ek gıda almadan sadece anne sütü ile beslenmesini ve iki yaşına kadar anne sütü ile beslenmenin sürdürülmesini önermektedir.¹⁻³ Küresel Emzirme Ortaklığı raporuna göre dünyada emzirme alanında tavsiye edilen standartlara tam olarak uyan hiçbir ülke bulunmamaktadır. Küresel Emzirme Karnesi kapsamında değerlendirilen 194 ülkede altı aylıktan küçük bebeklerin yalnızca %40'ının sadece anne sütüyle (başka hiçbir gıda maddesi verilmeden) beslendiği tespit edilmiştir.⁴ DSÖ 2025 Küresel Beslenme Hedefleri'ne göre, ilk altı ayda sadece anne sütüyle beslenme oranı %38'dir.⁵ Ülkemizde ise emzirmeye başlama davranışı yaygın olmakla birlikte, devam etme oranlarının beklenenden düşük olduğu bilinmektedir.⁶⁻⁸ Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre son iki yılda doğan çocukların %98'i emzirilmiştir. Sadece anne sütü alan çocukların oranının aylara göre azaldığı, 6 aydan küçük çocukların %41'inin sadece anne sütüyle beslendiği bildirilmiştir.⁹

Emzirme davranışının başlatılması ve sürdürülmesinde birçok faktör rol oynar.^{7,10} Fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve çevresel faktörlerin emzirme davranışlarını ve bebek beslenme yöntemlerini etkilediği belirtilmektedir.¹⁰ Annelerin çoğu başlangıçta emzirmeyi tercih etmelerine rağmen, bebek büyüdükçe sütünün yetersiz olduğu düşüncesi ile erken dönemde ek besinlere başlamaktadır.^{7,10,11} Aynı zamanda bebeklere erken dönemde ek gıda verilmesi, emzirme süresini kısaltmaktadır.^{12, 13-15} Yapılan çalışmalarda annelerin postpartum dönemde emzirme davranışlarının bebek besleme yöntemini belirlemede sosyo-demografik özelliklere göre daha etkili olduğu belirtilmektedir.^{16,17}

Annelerin emzirme ve bebek beslenmesi konusundaki tutum ve davranışları emzirmenin sürdürülebilirliği açısından önemlidir. Sağlık profesyonelleri doğum öncesi dönemden itibaren annelerin emzirme ve bebeğini besleme yöntemine ilişkin kararlarını değerlendirmelidir. Literatürde annelerin emzirme veya ek besin verme davranışlarına ilişkin çalışmalar bulunmakla birlikte, emzirme davranışları ile bebek beslenme tutumlarını inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada bebeğin beslenme özellikleri açısından önemli bir dönem olan 4-6 aylarda annelerin emzirme davranışları ve bebek beslenme tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı kesitsel tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Sivas il merkezinde bulunan üç aile sağlığı merkezine kayıtlı 4-6 aylık bebeği olan anneler, örneklemi ise 02.01.2018-28.03.2018 tarihleri arasında aile sağlığı merkezlerine başvuran ve araştırmayı kabul eden (gönüllü) 130 anne oluşturmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri Bireysel Özellikler Formu, Emzirme Davranışları Formu ve Iowa Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği ile toplandı. Bireysel Özellikler Formu ve Emzirme Davranışları Formu araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur.

Bireysel Özellikler Formunda annelerin yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aile tipi, yaşadığı yer, evlilik yaşı, gebelik, doğum, çocuk sayısı gibi sosyoekonomik özelliklerine ilişkin 10 soru,

Emzirme Davranışları Bilgi Formunda ise önceki çocukları emzirme durumu, emzirmeye yönelik bilgi alma durumu, ilk emzirme zamanı, şu an emzirme durumu ve ek gıda verme durumuna ilişkin 12 soru sorulmaktadır.

Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (Iowa) De La Mora ve Russell¹⁸ tarafından geliştirilmiş, ölçeğin 12 maddelik formunun geçerlilik ve güvenilirliği Topal ve arkadaşları¹⁹ tarafından yapılmıştır. Ölçek 5'li likert tipte olup, ölçekte bulunan dört madde (1,3,5,10) ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan en düşük 12, en yüksek 60 puandır. Toplam puanın yüksekliği annelerin emzirmeye karşı olumlu tutum içinde olduğu gösterir.¹⁹ Ölçeğin Cronbach alpha değeri 0.67, bizim çalışmamızda 0.64 bulunmuştur. Ölçeğin farklı ülkelerde gebelerde ve postpartum dönemdeki kadınlarda yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında Cronbach alpha değeri İspanya 0.72²⁰, Japonya 0.66²¹, Çin 0.62²², İran 0.86²³, Lübnan 0.64²⁴ olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülebilmesi için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (08.11.2017 tarih ve 2017-11/18 sayı) ve kurumlardan izin alınmıştır. Ayrıca annelere araştırmanın amacı açıklanarak Bilgilendirilmiş Onam Formu ile yazılı

onamları alınmıştır. Araştırma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS 22 programı kullanarak analiz edildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirildi. Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma, medyan ve kategorik değişkenler sayı, yüzde olarak belirtildi. Gruplar arasında normal dağılım göstermeyen değişkenlerin karşılaştırılmasında iki bağımsız grup için Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ alındı.

BULGULAR

Annelerin yaşı ortalama 27.57 ± 5.54 , ortanca 26 yıl, evlilik yaşı ortalama 22.00 ± 3.82 , ortanca 21 yıl, ilk anne olma yaşı ortalama 23.42 ± 4.09 , ortanca 23 yıldır. Gebelik, doğum ve yaşayan çocuk sayısı ortanca değeri 2'dir. Annelerin %30.8'i lise mezunu, %83.1'i çalışmamaktadır. Aile tipinin %81.5'inde çekirdek aile olduğu, %98.5'inin il merkezinde yaşadığı, %93.8'inin sosyal güvencesinin olduğu belirlenmiştir. Annelerin emzirme öykülerine göre dağılımı incelendiğinde %94.1 önceki çocuklarını emzirmiştir. Emzirmeye yönelik annelerin %72.3'ü gebelikte, %73.1'i doğumda, %76.9'u doğum sonrası aile sağlığı merkezinden bilgi almıştır. Emzirme konusunda bilginin en çok ebeler tarafından (gebelikte %70.2, doğumda %61.1, doğum sonrası %87.0) verildiği saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Annelerin bazı sosyodemografik, obstetrik ve emzirme özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Medyan ($\bar{X} \pm SD$)	Min-Maks
Yaş	26 (27.57 ± 5.54)	18-45
Evlilik yaşı	21 (22.00 ± 3.82)	17-38
İlk anne olma yaşı	23 (23.42 ± 4.09)	18-45
	Medyan	Min-Maks
Gebelik sayısı	2	1-7
Canlı doğum sayısı	2	1-5
Yaşayan çocuk sayısı	2	1-5
	Sayı	%
Eğitim Düzeyi (n=130)		
İlkokul	29	22.3
Ortaokul	35	26.9
Lise	40	30.8
Üniversite	26	20.0
Çalışma durumu(n=130)		
Çalışıyor	22	16.9
Çalışmıyor	108	83.1
Aile tipi(n=130)		
Çekirdek aile	106	81.5
Geniş aile	24	18.5

Yaşanılan yer(n=130)		
İl	128	98.5
Köy	2	1.5
Sosyal Güvence(n=130)		
Var	122	93.8
Yok	8	6.2
Bebek yaşı (ay) (n=130)		
4 ay	70	53.8
5 ay	19	14.6
6 ay	41	31.5
Önceki çocuklarını emzirme durumu (n=68)		
Evet	64	94.1
Hayır	4	5.9
Son gebeliğinde sağlık personelinde emzirmeye yönelik bilgi alma durumu (n=130)		
Evet	94	72.3
Hayır	36	27.7
Bilgi kaynağı*		
Ebe	66	70.2
Hemşire	41	43.6
Doktor	3	3.2
Gebe sınıfı	2	1.5
Son doğumunda emzirmeye yönelik sağlık personelinde bilgi alma durumu(n=130)		
Evet	95	73.1
Hayır	35	26.9
Bilgi kaynağı*		
Ebe	58	61.1
Hemşire	49	51.6
Doktor	7	7.4
Son doğumundan sonra Aile Sağlığı Merkezinden emzirmeye yönelik bilgi alma durumu(n=130)		
Evet	100	76.9
Hayır	30	23.1
Bilgi kaynağı*		
Ebe	87	87.0
Hemşire	18	18.0
Doktor	5	5.0

*Birden fazla seçenek işaretlenmiş; yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Annelerin %53.1'i doğumdan sonra ilk yarım saat içinde bebeğini emzirmiştir. İlk emzirmeden önce bebeklerin %15.4'üne besin verilmiştir. Annelerin %90'ı bebeğini şu anda emzirmekte, %52.3'ü ek

gıda vermektedir. İlk verilen ek gıdanın %50 oranında su, %47.1 oranında mama olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Annelerin son doğumunda emzirme ve ek gıda verme özelliklerine göre dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Son doğumunda ilk emzirme zamanı(n=130)		
İlk yarım saat içinde	69	53.1
31-60 dk içinde	37	28.5
61dk-6 saat içinde	12	9.2
6 saatten sonra	12	9.2
İlk emzirmeden önce bebeğe herhangi bir besin verilme durumu(n=130)		
Evet	20	15.4
Hayır	110	84.6
Bebeğe verilen besin türü (n=20)		
Mama	15	11.5
Şerbet	2	1.5
Zemzem ve hurma	2	1.5
Su	1	0.8
Şu anda bebeğini emzirme durumu(n=130)		
Evet	117	90.0
Hayır	13	10.0
Ek gıda verme durumu (n=117)		
Evet	68	52.3
Hayır	49	37.7
İlk verilen ek gıda*		
Su	34	50.0
Mama	32	47.1
Çorba	16	23.5
Meyve suyu	5	7.4
Muhallebi	3	4.4
İnek sütü	1	1.5

*Birden fazla seçenek işaretlenmiş; yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 3'e göre annelerin BBTÖ toplam puanı ortalaması 48.20±5.48, ortancası 49 olup, alınan

puan minimum 17, maksimum 58 olarak bulunmuştur.

Tablo 3. Annelerin Bebek Beslenme Tutum Ölçeği Toplam Puan Ortalaması (n=130)

Ölçek	Ortalama	Medyan	Min- Max
Bebek Beslenme Tutum Ölçeği (BBTÖ)	48.20±5.48	49.00	17-58

Annelerin bazı özelliklerine göre BBTÖ puan ortalamaları incelendiğinde çekirdek ailede yaşayan, çalışan ve son gebeliğinde emzirmeye

yönelik bilgi alan annelerin ölçek toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur (p<0.05).(Tablo 4).

Tablo 4. Annelerin bazı özelliklerine göre Bebek Beslenme Tutum Ölçeği puan ortalaması

Özellikler	$\bar{X} \pm SD$	p
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	47.03±6.06	p=0.295*
Ortaokul	47.94±4.83	
Lise	49.17±4.56	
Üniversite	48.34±6.83	
Çalışma durumu		
Çalışıyor	50.22±3.10	p=0.044**
Çalışmıyor	47.78±5.77	
Aile tipi		
Çekirdek aile	48.58±5.36	p=0.043**
Geniş aile	46.50±5.80	
Önceki çocuklarını emzirme durumu (n=68)		
Evet	48.26±6,35	p=0.774**
Hayır	49.75±3,86	
Son gebeliğinde sağlık personelinden emzirmeye yönelik bilgi alma durumu		
Evet	49.01±5,11	p=0.001**
Hayır	46.08±5,93	
Son doğumunda emzirmeye yönelik sağlık personelinden bilgi alma durumu		
Evet	48.65±5.17	p=0.191**
Hayır	46.97±6.17	
Son doğumundan sonra Aile Sağlığı Merkezinden emzirmeye yönelik bilgi alma durumu		
Evet	48.64±5.13	p=0.230**
Hayır	46.73±6.41	

*Kruskal Wallis Testi **Mann- Whitney U Testi

Tablo 5'te annelerin son doğumundaki emzirme davranışlarına göre BBTÖ puan ortalamaları verilmiştir. Annelerin ilk emzirme zamanı, ilk emzirmeden önce bebeğe herhangi bir besin

verilme durumu, şu anda bebeğini emzirme ve ek gıda verme durumu ile ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p>0.05)(Tablo 5).

Tablo 5. Annelerin son doğumundaki emzirme davranışlarına göre Bebek Beslenme Tutum Ölçeği puan ortalaması

Özellikler	$\bar{X} \pm SD$	p
Son doğumunda ilk emzirme zamanı		
İlk yarım saat içinde	47.47±6.62	
31-60 dk içinde	49.08±4.29	
61dk-6 saat içinde	49.25±2.56	p=0.815*
6 saatten sonra	48.58±2.77	
İlk emzirmeden önce bebeğe herhangi bir besin verilme durumu		
Hayır	48.12±5.77	p=0.888**
Evet	48.59±3.88	
Şu anda bebeğini emzirme durumu		
Evet	48.35±5.37	
Hayır	46.84±6.46	p=0.360**
Ek gıda verme durumu		
Evet	48.44±4,76	
Hayır	48.22±6,18	p=0.746**

*Kruskal Wallis Testi **Mann- Whitney U Testi

TARTIŞMA

Bu çalışmada annelerin emzirme davranışları ile bebek besleme yöntemine yönelik tutumları incelenmiştir. Emzirmenin yeterliliği ve sürekliliği açısından annelerin doğumu izleyen ilk yarım saat içerisinde emzirmeye başlamasının önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir.^{9,25} Ayrıca bebek dostu hastane kriterlerinde ve başarılı emzirme ilkelerinde annelerin doğumu izleyen ilk yarım saat içinde emzirmeye başlaması gerektiği vurgulanmaktadır.²⁶ Bu çalışmada annelerin %81.6'sı doğumdan sonraki ilk saatte bebeğini emzirmiştir. TNSA 2018 verilerine göre doğumdan sonraki ilk saatte emzirme oranı %71'dir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ilk saatte emzirme oranlarının %42- %88 arasında değiştiği görülmektedir.^{8,25,27-30} Araştırma grubu özellikleri ve emzirme eğitimlerinin bu sonuçlarda etkili olabileceği düşünülmektedir. Çeşitli nedenlerle bebeğin doğum sonrası emzirilememesi ve anne sütü yerine başka gıdaların verilmesi anne sütünün düzenli salgılanmasını ve bebeğin beslenmesini olumsuz etkileyebilir.^{9,31} Bu çalışmada ilk emzirmeden önce bebeklerin %15.4'üne besin verildiği ve bu besinin sıklıkla mama olduğu belirlenmiştir. TNSA (2018) verilerine göre çocukların %42'si anne sütünden önce başka gıdalarla beslenmiştir.⁹ Gölbaşı ve Koç²⁵ çalışmalarında bebeklerin yarıdan fazlasına doğumdan sonra mama verildiğini bulmuştur. Başka bir çalışmada bebeklerin %14'üne formül mama verildiği belirlenmiştir.⁸ Annelerin çoğunluğunun ilk saatte emzirmeye başladığı ancak bebeklerin bir kısmına emzirme öncesi mama verildiği görülmektedir.

Anne sütü, bebeklerin ilk 4-6 ay gereksinimleri olan tüm besinleri içerdiği için tek başına yeterlidir. Uygun ve yeterli süre emzirmenin ardından ek gıdalara başlanması önerilmektedir.^{9,31} Ancak bebek büyüdükçe anneler sütünün yetmediğini düşünerek anne sütü ile birlikte başka besinler vermeyi tercih edebilirler.^{11,32} Bu çalışmada emzirilen 4-6 aylık bebeklerin %52.3'üne ek gıda verildiği, ilk verilen ek gıdaların su (%50) ve mama (%47.1) olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde diğer çalışmalarda bebeklerin yaklaşık yarısına 4. ve 5. aylardan itibaren ek gıda vermeye başlandığı ve en çok su ve mamanın tercih edildiği belirlenmiştir.^{8,11,33} TNSA (2018) verilerine göre çocukların %12'si anne sütüne ilave ek gıdalar almaktadır.⁹ Ek gıdalara erken başlama anne sütü ile beslenme süresini azaltarak bebeğin beslenmesini olumsuz yönde etkileyebilir.³⁴ Bu nedenle annelere ek gıdalara erken başlamanın olumsuz yönleri açıklanarak doğru zamanda başlamaları sağlanmalıdır.

Annelerin önceki emzirme deneyimleri şu andaki emzirme davranışlarını etkileyebilir. Bu çalışmada annelerin % 94.1'i önceki çocuklarını emzirmiş ve %90'ı şu anda da bebeğini emzirmektedir. Emzirmenin hafif bir düşüş ile birlikte devam ettiği görülmektedir. Başka bir çalışmada birden fazla çocuğu olan annelerde emzirme oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.⁸ Emzirme davranışlarının başarıyla sürdürülmesi için annelerin önceki emzirme deneyimlerinin değerlendirilmesi ve emzirme eğitimlerinin doğum öncesi dönemden itibaren başlanarak doğum sonrası süreçte de devam ettirilmesi önemlidir.³⁵ Bu çalışmada annelerin

%76,9'unun doğum sonrası dönemde aile sağlığı merkezinde çoğunlukla ebelerden emzirmeye yönelik bilgi aldığı belirlenmiştir. Başka bir çalışmada annelerin %66,1'i gebelikte ve daha çok doktordan emzirme konusunda eğitim almıştır.⁸ Kaya ve Pirinççi³⁶ çalışmalarında annelerin %64'ünün doğum sonrası dönemde eğitim aldığı bulunmuştur.

Literatürde emzirme davranışlarının bebeğin beslenme yönteminin belirlenmesinde önemli bir faktör olduğu ve emzirmeye yönelik olumsuz tutumları olan annelerin formül mama ya da ek gıdalara başladığı belirtilmektedir.^{15,17,21,37} Bu nedenle emzirmenin sürdürülmesi için annelerin emzirme ve bebek besleme davranışlarının belirlenmesi önem taşımaktadır.²² Iowa Bebek Beslenmesi Tutum Ölçeği (BBTÖ) ile annelerin emzirmeye karşı tutumları ve bebek besleme yöntemi değerlendirilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması annelerin emzirmeye karşı olumlu tutum içinde olduğu gösterir. Çalışmamızda BBTÖ puan ortalaması 48.20±5.48 olarak bulunmuştur. Ülkemizde Topal ve arkadaşları¹⁹ tarafından yeni doğum yapan kadınlarda yapılan çalışmada da benzer bir sonuç (48.11±6.57) elde edilmiştir. Bu sonuçlar yeni doğum yaptıktan sonra ve bebek 4-6 aylık olduğunda annelerin benzer tutumlara sahip olduğu şeklinde yorumlanabilir. Farklı ülkelerde ölçeğin 17 maddelik versiyonu ile yapılan çalışmalarda ölçek puan ortalamasının gebelikte ve postpartum dönemde 58-66 puan arasında değiştiği belirlenmiştir.^{15,17,20-22,38-40}

Emzirmeyi aile yapısı, özellikleri, üst kuşağın bilgi ve deneyimleri, sosyal çevre etkilemektedir.⁴¹ Bu çalışmada çekirdek ailede yaşayan annelerde ölçek toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada da çekirdek ailede yaşayanların daha olumlu tutumlara sahip olduğu belirlenmiştir.¹⁹ Yapılan çalışmalarda Pilkaukas⁴² çekirdek aile yapısının, Yeşilçiçek Çalık⁸ geniş aile yapısının emzirme oranlarını etkilediğini bulmuştur. Geniş ailelerde aile büyükleriyle birlikte yaşama nedeniyle emzirme davranışlarını daha çok aile büyüklerinin, çekirdek ailelerde eş, sağlık personeli ve sosyal çevrenin etkileyebileceği düşünülmektedir.

Çalışma yaşamı emzirmeyi etkileyen faktörlerden biridir. Çalışan annelerin ölçek toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda Ghasemi ve arkadaşları²³ çalışmayan annelerde BBTÖ puan ortalamasının daha yüksek olduğunu, Cotelo ve arkadaşları⁴³ çalışma durumunun ölçek puan ortalamasını anlamlı düzeyde etkilemediğini bulmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda çalışan annelerin anne sütü hakkında bilgi düzeyinin daha

yüksek olduğu, bebeği emzirmede daha istekli oldukları ve bebeklerinin ilk 4-6 ay daha yüksek oranla sadece anne sütü aldığı bulunmuştur.^{30,44,45} Bu sonuç çalışan annelerde eğitim düzeyi ile de ilişkili olarak annelerin daha olumlu emzirme davranışlarına sahip oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Emzirme konusunda eğitilmiş profesyoneller tarafından sağlanan destek, annenin bebeğini "sadece anne sütü" ile besleme süresini arttırmaktadır.³⁵ Ülkemizde Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) gebeliğin 24. haftasından itibaren emzirme eğitimleri başlamakta her ziyaret ve kontrollerde anne sütü ve emzirme danışmanlığı verilmeye devam edilmektedir.³⁰ Bu çalışmada son gebeliğinde emzirmeye yönelik bilgi alan annelerin ölçek toplam puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Onbaşı ve arkadaşları⁴⁶ tarafından yapılan çalışmada gebelikte emzirme eğitiminin alanlarda ilk 6 ayda ek gıdaya başlama oranının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Ancak Topal ve arkadaşları¹⁹ emzirme konusunda eğitim almanın bebek beslenme tutum ölçeği puan ortalamalarını anlamlı düzeyde etkilemediğini bulmuştur. Emzirme eğitimlerinin bebek beslenmesindeki olumlu etkileri düşünüldüğünde belli aralıklarla ve belli dönemlerde devam ettirilmesi önerilebilir.

Sınırlılıklar

Örneklem sayısının küçük ve yalnızca üç aile sağlığı merkezine başvuran annelerden oluşması bu çalışmanın sınırlılıklarındandır. Çalışma sonuçları yalnızca örnekleme alınan annelere genellenebilir. Konuya ilişkin daha geniş örnekleme çalışmaları planlanabilir.

SONUÇ

Çalışma grubunu oluşturan annelerin 4-6 aylık bebeklerini anne sütü ile erken dönemde beslemeye başladığı ancak anne sütünden önce veya anne sütü ile birlikte besinler verdiği, annelerin emzirmeye yönelik tutumlarının olumlu olduğu özellikle gebelikte emzirme konusunda bilgi almanın bebek beslenme tutumlarını olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır. Sağlık profesyonelleri tarafından emzirme ve bebek beslenmesi konusunda annelere gerekli danışmanlığın sağlanması, bebeğin beslenme özellikleri değerlendirilerek büyüme gelişiminin izlenmesi önerilebilir.

Çıkar çatışması

Yazarların çalışma ile ilgili herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Maddi destek

Çalışma için herhangi bir maddi destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- 1.Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev*.2012 (8):1-131.
- 2.Yalçın SS, Ergin A. Anne Sütü ile Beslenme. Gökçay G, Beyazova U. (Ed), İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi. 1. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2017: 241-272.
3. Yılmaz Bal H, Bolışık B. Çocuklarda Beslenme. Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz Bal H, Bolışık B (Ed), Pediatri Hemşireliği. 1. Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2013: 543-58.
- 4.UNICEF Türkiye Basın Bülteni. <https://www.unicef.org/turkey/bas%C4%B1n-b%C3%BCltenleri/t%C3%BCm-d%C3%BCnyada-bebekler-ve-anneler-emzirmeye-yat%C4%B1r%C4%B1m-yap%C4%B1lmamas%C4%B1n%C4%B1n-olumsuz> Erişim Tarihi:09.06.2020.
- 5.World Health Organization Global Nutrition Targets 2025 https://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/ Erişim Tarihi:09.06.2020
- 6.Bülbül S, Kılınçkaya MF. 0-2 yaş grubu bebeklerin anne sütü ile beslenme durumları ve etkileyen faktörler. *KÜ Tıp Fak Dergisi* 2013; 15(1): 15-20.
- 7.Yılmazbaş P, Kural B, Uslu A. Sezer GM, Gökçay G. Annelerin gözünden ek besinlere başlama nedenleri ve annelerin mamalar hakkındaki düşünceleri. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi* 2015;78(3): 76-82.
- 8.Yeşilçiçek Çalık K, Coşar Çetin F, Erkaya R. Annelerin emzirme konusunda uygulamaları ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 6(3): 80-91.
9. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2019:143-146. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf Erişim Tarihi:09.06.2020.
- 10.Balogun OO, Dagvadorj A, Anigo KM, Ota E, Sasaki S. Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Matern Child Nutr*. 2015;11(4):433-51.
11. Bilgen Sivri B. 0-6 aylık bebeği olan annelerin katı gıdaya geçiş süreci ve emzirmeye ilişkin bilgi ve uygulamaları. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bil Dergisi* 2014;5(1):59-65.
12. Kurtuluş Yiğit E, Tezcan S. Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Durumu. *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2004:141-155.
- 13.Wojcicki JM, Gugig R, Tran C, Kathiravan S, Holbrook K, Heyman MB. Early exclusive breastfeeding and maternal attitudes towards infant feeding in a population of new mothers in San Francisco, California. *Breastfeed Med*. 2010; 5(1):9-15.
14. Karande S, Perkar S. Factors associated with maternal infant feeding attitudes in Mumbai, India. *Breastfeed Med*. 2014; 9(1): 42-44.
15. Cox KN, Ciglia R, Binns CW. The influence of infant feeding attitudes on breastfeeding duration: evidence from a cohort study in rural Western Australia. *International Breastfeeding Journal* 2015; 10(25):1-9.
- 16.Dungy CI, Losch M, Russell D. Maternal attitudes as predictors of infant feeding decisions. *J Assoc Acad Minor Phys*. 1994;5(4):159-64.
- 17.Scott JA, Shaker I, Reid M. Parental attitudes toward breastfeeding: their association with feeding outcome at hospital discharge. *Birth* 2004;31(2):125-31.
- 18.De la Mora A, Russell DW. The Iowa Infant Feeding Attitude Scale: Analysis of reliability and validity. *Journal of Applied Social Psychology* 1999; 29(11):2362-80.
- 19.Topal S, Yuvaci HU, Erkorkmaz U, Cinar N, Altinkaynak S. The determination of infant feeding attitudes among Turkish mothers using the Iowa Infant Feeding Attitude Scale. *J Pak Med Assoc*. 2017; 67(10):1567-1573.
- 20.Tomás-Almarcha R, Oliver-Roig A, Richart-Martínez M. Reability and validity of the reduced Spanish version of the Iowa infant feeding attitude scale. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2016;45(5):e26-40.
- 21.Nanishi K, Jimba M. Reliability and validity of the Japanese version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale: a longitudinal study. *J Hum Lact*. 2014; 30(3):346-52.
- 22.Hong-Xia Dai, Xiang-Dong Guan, Xiao-Mao Li, Li-Ming You, Ying Lau. Psychometric properties of a mainland Chinese version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale among postpartum women in China. *Contemporary Nurse* 2013;44(1):11-20.
- 23.Ghasemi V, Ebadi A, Kariman N, OZgoli G, Saei Gharenaz M, Rashidi Fakari F, et.al. Translation and psychometric evaluation of the Iranian Version of Iowa Infant Feeding Attitude Scale (IIFAS). *International Journal of Pediatrics* 2018;6(11):8549-8559.
- 24.Charafeddine L, Tamim H, Soubra M, de la Mora A, Nabulsi M. Validation of the Arabic version of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale among Lebanese Women. *Journal of Human Lactation* 2015; 32(2):309-14.
- 25.Gölbaşı Z, Koç G. Kadınların postpartum ilk 6 aylık süredeki emzirme davranışları ve prenatal

dönemdeki emzirme tutumunun emzirme davranışları üzerindeki etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008; 15(1):16-31.

26. Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı

<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/anne-s%C3%BCt%C3%BCn%C3%BCn-te%C5%9Fviki-ve-bebek-dostu-sa%C4%9Fl%C4%B1k-kurulu%C5%9Flar%C4%B1-program%C4%B1.html>. Erişim Tarihi:09.06.2020.

27. Kaynar Tunçel E, Dündar C, Canbaz S, Pekşen Y. Bir üniversite hastanesine başvuran 0-24 aylık çocukların anne sütüyle beslenme durumlarının saptanması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(1):1-6.

28. Gün İ, Yılmaz M, Şahin H, İnanç N, Aykut M, Günay O ve ark. Kayseri Melikgazi Eğitim ve Araştırma Bölgesi'nde 0-36 aylık çocuklarda anne sütü alma durumu. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009;52:176-182.

29. Bostancı G, Sevil İ. Bebek Dostu Özel Bir Hastanede Doğum Yapan Annelerin, Emzirmeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin ve Bebeklerini Emzirme Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015;2(3): 260-270.

30. Çakmak S, Demirel Dengi AS. Postpartum dönemdeki annelerin emzirme ve anne sütünün önemi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2019; 23(1):9-19.

31. Balcı E. Anne sütünün çocuk büyüme ve gelişmesine etkisi. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2011;15(3):135-138.

32. Lou Z, Zeng G. Maternal reported indicators and causes of insufficient milk supply. J Hum Lact. 2014; 30(4):466-73.

33. Arslan N, Akbaş Y, Kameri Mirsada, Korkmaz Ö, Polat B, Aydın A. Sağlıklı süt çocuklarında beslenme tipleri ve annelerin bebek beslenmesi uygulamaları: Anket çalışması. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 21(1): 1-5.

34. Devocioğlu E, Gökçay G. Tamamlayıcı Beslenme. Çocuk Dergisi 2012; 12(4):159-163.

35. Battaloğlu İnanç B. 15-49 yaş arası annelerin anne sütü ile ilgili uygulamaları ve etki eden faktörler. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2013;17(2):51-55.

36. Kaya D, Pirinççi E. 0-24 aylık çocuğu olan annelerin anne sütü ve emzirme ile ilgili bilgi ve uygulamaları. TAF Preventive Medicine Bulletin 2009; 8(6):479-484.

37. Shaker I, Scott J, Reid M. Infant feeding attitudes of expectant parents: Breastfeeding and formula feeding. J Adv Nurs. 2004; 45:260-268.

38. Twells LK, Midodzi WK, Ludlow V, Murphy-Goodridge J, Burrage L, Gill N, et al. Assessing infant feeding attitudes of expectant women in a provincial population in Canada: validation of the Iowa Infant Feeding Attitude Scale. J Hum Lact. 2016;32(3):9-18.

39. González-Pascual JL, Aguilar-Ortega JM, Esteban-Gonzalo L, Mesa-Leiva C, Pérez-García S, Cardenete-Reyes C. Comparison of attitudes to breastfeeding among Spanish-born and Chinese-born postpartum women in Madrid. International Breastfeeding Journal 2018; 13:45.

40. Ho YJ, McGrath JM. A Chinese version of Iowa infant feeding attitude scale: Reliability and validity assessment. International Journal of Nursing Studies 2011;48(4):475-478.

41. İşbay B, Gerçek E. Anne sütünün önemi ve emzirme davranışı üzerinde büyükanneler ve babaların etkisi. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi 2019;28(2):87-96

42. Pilkauskas N. Breastfeeding initiation and duration in coresident grandparent, mother and infant households. Matern Child Health J. 2014;18(8): 1955-63.

43. Cotelos MD, Movilla-Fernández MJ, Pita-García P, Novio S. Infant feeding attitudes and practices of Spanish low-risk expectant women using the IIFAS (Iowa Infant Feeding Attitude Scale). Nutrients 2018;22;10(4):1-15.

44. Gökdemirel S, Bozkurt G, Gökçay G, Bulut A. Çalışan annelerin emzirme sürecinde yaşadıkları: Niteliksel bir çalışma. Çocuk Dergisi 2008;8(4):221-234.

45. Aytakin A, Sarıkaya P, Küçüköğlü S. Çalışan ve çalışmayan annelerin bebek beslenmesine yönelik davranışlarının incelenmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2015; 49(1):68-75.

46. Onbaşı Ş, Duran R, Çiftçidemir NA, Vatansever Ü, Acunaş B, Süt N. Doğum öncesi anne adaylarına verilen emzirme ve anne sütü eğitiminin emzirme davranışları üzerine etkisi. Türk Pediatri Arşivi 2011;46(1): 75-80.



Original Research / Özgün Araştırma

Evaluation of Potential Drug-drug Interactions in the Prescriptions in Outpatient Settings

Ayaktan Tedavi Edilen Hasta Reçetelerinde Potansiyel İlaç-ilaç Etkileşimlerinin Değerlendirilmesi

Seçkin Engin^{*1}, Elif Nur Barut¹, F. Sena Sezen^{1,2}, Ersin Yarış³

ABSTRACT

Introduction: Drug-drug interactions (DDIs) are an important component of drug-related adverse events, leading to morbidity and mortality worldwide. The aim of the present study was to evaluate the frequency and severity of potential DDIs (pDDIs) in the prescriptions written in outpatient primary care clinics in Trabzon, Turkey. **Material and Methods:** A retrospective descriptive study was carried out in 169 prescriptions from 15 primary care clinics. pDDIs were identified by using Lexi-Interact™ software program. **Results:** A total of 169 prescriptions involving 506 drugs were analyzed, of which 59 had at least one pDDI. The prevalence of pDDIs was 34.91%. The mean number of drugs per prescription was 2.99±1.08. A total of 124 pDDIs were identified with mean of 0.73±1.45 per each prescription. Hydrochlorothiazide was the most frequently prescribed drug involved in pDDIs (n=15, 12.10%). The most common pDDIs was between hydrochlorothiazide and metformin (n=4, 3.22%). The number of pDDIs are positively correlated with increasing age (r=0.33 p<0.01) and the number of prescribed drugs (r=0.41, p<0.01). The majority of pDDIs (n=96, 77.42%) were in the risk category C (monitor therapy). **Conclusion:** Our findings indicate that polypharmacy and age were associated with the risk of having pDDIs. Physicians and pharmacists should be aware of pDDIs to improve drug safety, patient compliance and, prevent adverse drug reactions. Analyzing of DDIs with softwares should be effective for management of risks associated with pDDIs.

Key words: family practice, interaction, polypharmacy, primary care, prescription

ÖZET

Giriş: İlaç-ilaç etkileşimleri, dünya çapında morbidite ve mortaliteye yol açan ilaçlarla ilgili advers olayların önemli bir bileşenidir. Bu çalışmada, Trabzon'da aile sağlığı merkezlerinde ayakta tedavi gören hastalara ait reçetelerdeki potansiyel ilaç-ilaç etkileşimlerinin yaygınlığını ve ciddiyetini değerlendirmek amaçlandı. **Materyal ve Metot:** Trabzon'da bulunan 15 farklı aile sağlığı merkezinden çıkmış olan 169 reçetede retrospektif tanımlayıcı bir çalışma yapıldı. Potansiyel ilaç-ilaç etkileşimleri Lexi-Interact™ programı kullanılarak analiz edildi. **Bulgular:** Beş yüz altı adet ilaç içeren toplam 169 reçetenin 59 tanesinde en az bir potansiyel etkileşim saptandı. Potansiyel ilaç-ilaç etkileşimi prevalansı %34.91 ve reçete başına düşen ortalama ilaç sayısı 2.99 ± 1.08 idi. Reçete başına ortalama 0.73±1.45 adet olmak üzere toplam 124 potansiyel etkileşim tanımlandı. Hidroklorotiyazid potansiyel ilaç etkileşimlerinde en fazla yer alan ilaçtı (n = 15, % 12.10). En yaygın potansiyel ilaç-ilaç etkileşimi hidroklorotiyazid ve metformin arasındaydı (n = 4, % 3.22). Potansiyel etkileşim sayısı ile hastaların yaşı (r = 0.33, p <0.01) ve ilaç sayısı (r = 0.41, p <0.01) arasında pozitif korelasyon mevcuttu. Etkileşimlerin büyük çoğunluğu C grubu (n=96, 77.42%) risk kategorisine aitti. **Sonuç:** Bulgularımıza göre polifarmasi ve ileri yaş, potansiyel ilaç-ilaç etkileşim riskini artırmaktadır. Hekimler ve eczacılar ilaç güvenliği ve hasta uyumunu iyileştirmek, ve olumsuz ilaç reaksiyonlarını önlemek için potansiyel etkileşimlerin farkında olmalıdır. İlaç-ilaç etkileşimlerinin yazılımlarla analiz edilmesi, potansiyel etkileşimlere ilişkili risklerin yönetimi için etkili olabilir.

Anahtar kelimeler: aile hekimliği, etkileşim, polifarmasi, birincil bakım, reçete

Received / Geliş tarihi: 01.04.2020, Accepted / Kabul tarihi: 06.08.2020

¹ Department of Pharmacology, Faculty of Pharmacy, Karadeniz Technical University, Trabzon, TURKEY.

² Drug and Pharmaceutical Technology Application and Research Center, Karadeniz Technical University, Trabzon, TURKEY.

³ Department of Medical Pharmacology, Faculty of Medicine, Karadeniz Technical University, Trabzon, TURKEY.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Seckin Engin, Department of Pharmacology, Faculty of Pharmacy, Karadeniz Technical University P.O:61080, Trabzon-TURKEY.

E-mail: seckinengin@ktu.edu.tr

Seckin E, Barut EN, Sezen FS, Yaris E. Evaluation of Potential Drug-drug Interactions in the Prescriptions in Outpatient Settings. TJFMPC, 2020;14(4): 564-571.

DOI: [10.21763/tjfm.713208](https://doi.org/10.21763/tjfm.713208)

INTRODUCTION

Drug-drug interactions (DDIs) defined as an altered response of one drug by concurrent use of another drug, is a major concern in pharmacotherapy. DDIs may result in adverse drug reactions (ADRs) and decreased or increased efficacy of drugs leading to increased rate of hospitalization, prolonged hospital stay, morbidity, mortality and higher healthcare expenditures. DDIs is one of the most common drug-related problems causing poor patient compliance and decreased quality of patients' life.^{1,2}

Numerous studies have been conducted to determine DDIs, possible risk factors and potential clinical outcomes. It is well established that age (commonly elderly), number of drugs, duration of combination therapy, drugs with narrow therapeutic index and underlying diseases are the main risk factors for DDIs. Elderly patients are considered to be more prone to develop DDIs due to age-related physiological changes and co-morbid conditions.^{3,4,5} It has been also reported that the incidence of potential DDIs (pDDIs) is about 40% in patients receiving 5 drugs and 80 % in patients receiving 7 or more medications.⁶ The incidence of DDIs-related hospital admissions has been estimated to range from 2.8% to 23%.^{5,7} DDIs are considerable cause of ADRs, accounting for 5-41% of all ADRs.^{8,9} Therefore, identification of pDDIs could help to prevent ADRs and improve quality of medical care by increasing knowledge and awareness of clinicians.

Many studies based on primary care reports have revealed the prevalence for pDDIs range from 12% to 80%.¹¹ The variations in outcomes of these studies are attributed to experimental design, patient characteristics and DDI software programs.^{10,11} However, limited data is available on the evaluation of pDDIs in the outpatient settings. The purpose of this study was to analyze the frequency and severity of pDDI in prescriptions of outpatients from a selected region in Turkey.

MATERIALS AND METHODS

Study Design and Setting

This is a retrospective descriptive study that was designed to evaluate pDDIs in prescriptions randomly reported by the pharmacy students who were doing an internship in fifteen family practice centers in the city of Trabzon, Turkey two half days per week as a part of their mandatory pharmaceutical care course during February to May 2016. Data on patients' demographic information

(age and gender), prescription details and the number of additional drug use (co-administered drugs out of reported prescriptions) were recorded by the students during that period. A total of 169 prescriptions were analyzed in this study. Prescribed drugs were classified into groups according to Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC Code) as recommended by World Health Organization.¹² pDDIs were analyzed by using Lexi-Interact™, an online software program available on the website www.uptodate.com and pDDIs were also categorized into risk categories named as A (no known interaction), B (no action needed), C (monitor therapy), D (consider therapy modification) and X (avoid combination) according to the software.¹³ For a medicine that contains two or more active substances, each active substance was considered for pDDIs separately. All data were recorded in Microsoft Excel v.2010 spread sheet® and analyzed using GraphPad Prism 5.0 (GraphPad Software, Inc., San Diego, CA). Data were tested for normality using the Shapiro-Wilk test and presented as mean±standard deviation (SD) or percentage of case. Data were compared by Mann-Whitney U test for continuous variables and the chi-square test for categorical variables when appropriate. Spearman correlation coefficient was used to determine the relationship between two variables. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

RESULTS

Demographic Profile of Patients

A total of 169 patients were included in the study, of which 101 (59.76%) were female and 68 (40.24%) were male. The patients were classified into three age groups as 0-14 years, 15-64 years, and ≥65 years. The mean age of the patients was 42.10±25.20 years and the majority of patients' age was between 15-64 years old. The age distribution of patients was 0-14 years (n=37, 21.90%), 15-64 years (n=96, 56.80%) and ≥65 years (n=36, 21.30%).

Drug Prescription Details

Totally 506 drugs were prescribed for 169 patients. The mean number of drugs per prescription was 2.99±1.08, 101 prescriptions (59.76%) contained at least two drugs, 10 (5.92%) of prescriptions contained only one drug. Three-drug containing prescriptions were the most prevalent (n=63, 37.28%). The highest number of drugs prescribed in a single prescription was 8 (Table 1).

Number of drugs per prescription	Number of prescriptions (%)
1	10 (5.92)
2	46 (27.22)
3	63 (37.28)
4	40 (23.67)
5	7 (4.14)
6	2 (1.18)
8	1 (0.59)
Total	169

Respiratory system drugs were the most frequently prescribed (n = 78, 15.42 %), followed by the drugs effecting the alimentary tract and metabolism (n=77, 15.22%), and cardiovascular system drugs (n=70, 13.83%). Musculoskeletal system drugs

were the most frequently prescribed group for the female patients whereas cardiovascular system drugs were most common in the prescriptions of male patients (Table 2).

Anatomical group of drugs	Total (n,%)	Female (n,%)	Male (n,%)	P value
Respiratory system	78 (15.42)	44(14.81)	34 (16.27)	0.258
Alimentary tract and metabolism	77 (15.22)	43 (14.48)	34 (16.27)	0.305
Cardiovascular system	70 (13.83)	32 (10.77)	38 (18.18)	0.475
Anti-infectives for systemic use	66 (13.04)	40 (13.47)	26 (12.44)	0.085
Musculo-skeletal system	65 (12.85)	45 (15.15)	20 (9.57)	0.002
Nervous system	50 (9.88)	35 (11.79)	15 (7.18)	0.005
Blood and blood forming organs	21 (4.15)	11 (3.70)	10 (4.78)	0.827
Systemic hormonal preparations, excl. sex hormones and insulins	20 (3.95)	14 (4.72)	6 (2.87)	0.074
Dermatologicals	19 (3.75)	9 (3.03)	10 (4.78)	0.819
Genitourinary system and sex hormones	17 (3.36)	10 (3.37)	7 (3.35)	0.467
Sensory organs	13 (2.57)	9 (3.03)	4 (1.92)	0.166
Others	10 (1.98)	5 (1.68)	5 (2.39)	1.000
Total number of drugs	506	297	209	

ATC: Anatomical Therapeutic Chemical Classification

The mean numbers of drugs were for female and male patients were 3.15 ± 0.14 and 2.88 ± 0.09 , respectively (Figure 1). No significant difference was found between male and female patients regarding the mean number of drugs per

prescription ($p > 0.05$). A weak positive correlation was observed between patients' age and the number of prescribed drugs (Spearman correlation coefficient $r = 0.26$, $p < 0.01$).

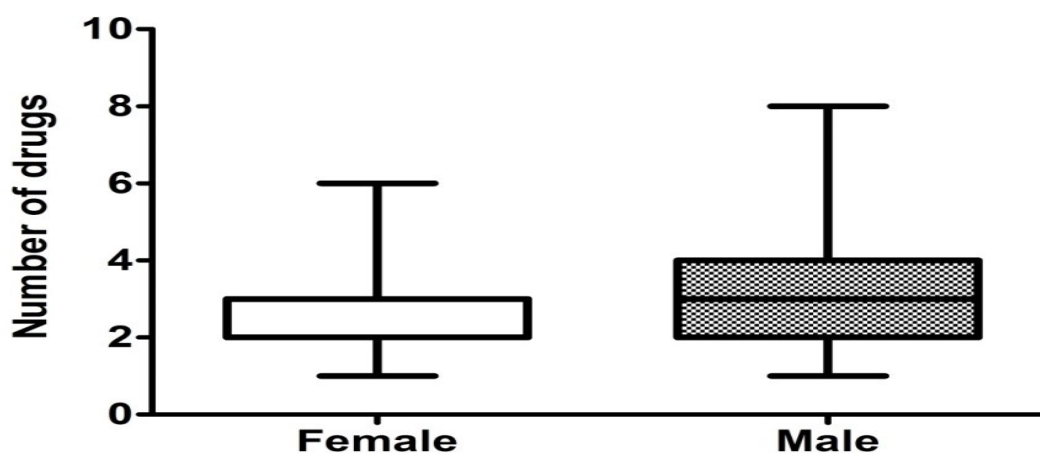


Figure 1.The distribution of the number of drugs per prescription in both genders

Drug Interactions

The total of 124 pDDIs were identified including the additional drugs (drugs were taken by patients, which were out of analyzed prescriptions). Seventeen of total pDDIs were between the additional drugs and currently

prescribed drugs. The mean number of pDDIs per prescription was 0.73 ± 1.45 . Among 169 prescriptions, 59 had pDDIs ranging from 1 to 11. Thirty (17.75%) of prescriptions had one pDDI. Highest number of pDDIs in a single prescription was 11 (Table 3).

Number of pDDIs	Number of prescriptions	Frequency (%)
0	110	65.09
1	30	17.75
2	15	8.88
3	6	3.55
4	4	2.37
6	2	1.18
7	1	0.59
11	1	0.59
Total	169	100

pDDI: Potential drug-drug interactions

The prevalences of pDDIs in prescriptions of females and males were 53.23% and 46.77%,

respectively. Prescriptions with one pDDI was common for both genders (Table 4).

Number of pDDI per prescription	Female (n,%)	Male (n,%)	Total (n,%)
0	63 (62.38)	47 (69.12)	110 (65.09)
1	19 (18.81)	11 (16.18)	30 (17.75)
2	14 (13.86)	1 (1.47)	15 (8.88)
3	3 (2.97)	3 (16.66)	6 (3.55)
4	1 (0.99)	3 (16.66)	4 (2.37)
6	1 (0.99)	1 (1.47)	2 (1.18)
7	0 (0.00)	1 (1.47)	1 (0.59)
11	0 (0.00)	1 (1.47)	1 (0.59)

pDDI: Potential drug-drug interactions

The most common drugs involved in pDDIs were hydrochlorothiazide (n=5, 12.10%) followed by

metformin (n=14, 11.29%), acetylsalicylic acid (n=12, 9.68%) (Table 5).

Drugs	Number of pDDIs (%)
Hydrochlorothiazide	15 (12.10)
Metformin	14 (11.29)
Acetylsalicylic acid	12 (9.68)
Ibuprofen	10 (8.04)
Ramipril	10 (8.04)
Budesonide	6 (4.84)
Gliclazide	6 (4.84)
Metoprolol	6 (4.84)
Naproxen	6 (4.84)
Salbutamol	6 (4.84)

pDDI: Potential drug-drug interactions

The most frequent combinations with a risk of pDDI were hydrochlorothiazide-metformin (n=4, 3.22%), followed by acetylsalicylic acid-ibuprofen (n=3, 2.42%), clarithromycin-

salbutamol (n=3, 2.42%) and metformin-ramipril (n=3, 2.42%). The most frequent drug pairs involved in pDDIs and their potential risk were presented in Table 6.

Drugs	Number of pDDIs (n,%)	Risk category	Potential risk	Recommended intervention
Hydrochlorothiazide -metformin	4 (3.22)	C	Decreased therapeutic effect of metformin	Serum glucose monitoring
Acetylsalicylic acid-ibuprofen	3 (2.42)	C	Increased risk of bleeding	Signs and symptoms of bleeding monitoring
Clarithromycin-salbutamol	3 (2.42)	B	Increased risk for QT interval prolongation	No action needed
Metformin-ramipril	3 (2.42)	C	Increased risk for hypoglycemia and for lactic acidosis.	Serum glucose monitoring
Metformin-indapamide	2 (1.61)	C	Decreased therapeutic effect of metformin	Serum glucose monitoring
Salbutamol-budesonide	2 (1.61)	B	Hypokalemia	No action needed
Acetylsalicylic acid -ramipril	2 (1.61)	C	Increased nephrotoxic effect and decreased therapeutic effect of ramipril	Monitoring for acute renal failure and decreased therapeutic effects of ramipril
Formoterol-budesonide	2 (1.61)	B	Hypokalemia	No action needed
Levothyroxine-pantoprazole	2 (1.61)	B	Decreased the serum concentration of levothyroxine	No action needed

pDDI: Potential drug-drug interactions

Based on severity scale, 96 (77.42%) were in the risk category C, 18 (14.52%) were in the risk category B, 9 (7.25%) in the risk category D, 1 (0.81%) was in the risk category X. The only

pDDI reported in the risk category X was between dexketoprofen and flurbiprofen. Most of pDDIs (n=80, 64.52%) were identified in prescriptions of the patients aged between 15-64 years (Table 7).

Table 7. The distribution of pDDIs according to risk categories of interactions and age of the patients

Risk category	Total	0-14 years (n,%)	15-64 years (n,%)	≥65 years (n,%)	P value
B	18 (14.52)	5 (55.56)	11 (13.75)	2 (5.72)	0.030
C	96 (77.42)	4 (44.44)	60 (75.00)	32 (91.42)	<0.001
D	9 (7.25)	0 (0.00)	9 (11.25)	0 (0.00)	-
X	1 (0.81)	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (2.86)	-
Total	124	9	80	35	

pDDI: Potential drug-drug interactions

Number of pDDIs was moderately positively correlated with increasing age (Spearman correlation coefficient $r=0.33$, $p<0.01$) and number of drugs prescribed (Spearman correlation coefficient $r=0.41$, $p<0.01$). Gender

was not associated with increased risk of pDDIs ($p>0.05$, Mann-Whitney U test).

DISCUSSION

In the present study, we critically evaluated the prescriptions of outpatients of primary care clinics. Our results showed that pDDIs identified in the risk category C is more common in outpatient settings and polypharmacy and increased age are risk factors for pDDIs.

In this study, the mean number of drugs per prescription was 2.99 ± 1.08 , which was lower in comparison with previous studies.^{14,15} In many studies investigating pDDIs, prescriptions with a single drug were excluded. However, we included one drug containing prescriptions ($n=10$) in order to analyze pDDIs with patient reported drug use that is not concurrently included in the prescriptions. We found a positive correlation between patients' age and the number of prescribed drugs, which is consistent with earlier studies.^{14,15} Based on our results, drugs affecting respiratory system, alimentary tract and metabolism and cardiovascular system were widely prescribed therapeutic groups accounting for 44.47% of overall prescribed drugs, which is similar to the results of previous studies.^{16,17}

In our study, 59 of total prescriptions had at least one pDDI and the prevalence of pDDIs was 34.91%. The prevalence of pDDIs in previous studies has been documented in patients ranging from 12% to 80%, which might vary due to sample size, study design, analysis methods of pDDIs and characteristics of the population.¹⁰ In prescriptions for female outpatients the prevalence of pDDIs was higher when compared to that of males, which is consistent with the previous study conducted in hospitalized patients.⁵

In our study, the most prevalent drug involved in pDDIs was hydrochlorothiazide ($n=15$, 12.10%) that was also reported as one of the most common drugs causing pDDIs in previous studies.^{18,19} Moreover, the most common pDDIs identified in this study was between hydrochlorothiazide and metformin ($n=4$, 3.22%), followed by acetylsalicylic acid and ibuprofen ($n=3$, 2.42). Hydrochlorothiazide is a thiazide diuretic that is associated with hypokalemia and hyperglycemia. Therefore, hydrochlorothiazide may reduce the efficacy of anti-hyperglycemic drugs like metformin, which may require the dose of anti-hyperglycemic drugs to be increased. Concurrent use of hydrochlorothiazide with certain drugs such as steroids and beta agonists can also potentiate hypokalemia or electrocardiography changes.^{20,21} Acetylsalicylic acid is a member of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) that exert anti-

inflammatory, analgesic and antipyretic effects by inhibiting cyclo-oxygenase (COX), an enzyme responsible for prostaglandin synthesis. Co-administration of acetylsalicylic acid and other NSAIDs like ibuprofen could increase the risk of serious gastrointestinal adverse events.²² In many cases of prescriptions we analyzed, acetylsalicylic acid was prescribed for the prophylaxis of cardiovascular and cerebro-vascular events. Acetylsalicylic acid is considered to have less potential risk for DDIs when used at lower doses for the prophylaxis.²² On the other hand, if acetylsalicylic acid and ibuprofen are taken together, both drugs can compete for the acetylation site of COX-1 in platelets, resulting in the blockade of irreversible inhibition of COX by acetylsalicylic acid and thus decrease in the anti-platelet efficacy of acetylsalicylic acid. FDA recommends that ibuprofen should be taken at least 30 minutes after aspirin or at least 8 hours before aspirin to avoid any potential interaction.²³

We found that the majority of pDDIs was in risk category C (monitor therapy), accounting for 77.42% of all. A moderate positive correlation between the number of pDDIs and age was observed. Moreover, a positive correlation was also found between number of pDDIs and the number of drugs prescribed. There was no significant difference between genders for the number of pDDIs, which is in agreement with other studies.^{8,24}

We identified only one pDDI between dexketoprofen-flurbiprofen was in risk category X, which means to be this combination to be avoided. Like dexketoprofen and flurbiprofen, concomitant use of two or more NSAIDs could increase the probability of GI bleeding.²²

DDIs associated with increased risk for hospitalization and ADRs are growing concern in patients receiving multiple medications. Physicians and pharmacists should be aware of the pDDIs to improve patient compliance and drug safety. DDIs should be also included in the continuous vocational education and training programs to increase awareness and knowledge level. The introduction of software analyzing DDIs or lists in hospitals and pharmacies would help to reduce the risks related to DDIs.

We acknowledge several limitations of our study such as short duration, using only one DDI screening tool and small population. Further studies are required with a larger sample population, planning a longer data collection period and using more DDI databases, while increasing the clinical knowledge level and experience and inducing awareness; overall which

will help to improve quality and effectiveness of medical care.

CONCLUSION

In the present study, we reported that the majority of pDDIs was in risk category C (monitor therapy). Moreover, polypharmacy and age were found to be associated with the risk of having pDDIs. This study now provides preliminary evidence to emphasize the importance of pDDIs in the prescriptions of outpatients in family practice centers. Physicians and pharmacists should be aware of pDDIs to improve drug safety and patient compliance, and prevent adverse drug reactions.

REFERENCES

1. Juurlink DN, Mamdani MM, Lee DS, Kopp A, Austin PC, Laupacis A, Redelmeier DA. Rates of hyperkalemia after publication of the randomized aldactone evaluation study. *N Engl J Med.* 2004; 351:543-551.
2. Aparasu R, Baer R, Aparasu A. Clinically important potential drug–drug interactions in outpatient settings. *Res Social Adm Pharm.* 2007; 3: 426-37.
3. Delafuente CJ. Understanding and preventing drug interactions in elderly patients. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2003; 48: 133–143.
4. Bjerrum L, Gonzalez Lopez-Valcarcel B, Petersen G. Risk factors for potential drug interactions in general practice. *Eur J Gen Pract.* 2008; 14: 23–29.
5. Mateti UV, Rajakannan T, Nekkanti H, Rajesh V, Mallaysamy SR, Ramachandran P. Drug–drug Interactions in Hospitalized Cardiac Patients. *J Young Pharm.* 2011; 3(4): 329-333.
6. Grattagliano I, Portincasa P, D'Ambrosio G, et al. Avoiding drug interactions: here's help. *J Fam Practice.* 2010; 59: 322-329.
7. Mistry M, Gor A, Ganguly B. Potential Drug-Drug Interactions among Prescribed Drugs in Paediatric Outpatients Department of a Tertiary Care Teaching Hospital. *J Young Pharm.* 2017; 9(3): 371-375.
8. Fadare JO, Ajayi AE, Adeoti AO, Desalu OO, Obimakinde AM, Agboola SM. Potential drug-drug interactions among elderly patients on anti-hypertensive medications in two tertiary healthcare facilities in Ekiti State, South-West Nigeria. *Sahel Medical Journal.* 2016; 19:32-37.
9. ObreliNeto PR, Nobili A, de Lyra DP Jr, Pilger D, Guidoni CM, de Oliveira Baldoni A, Cruciol-Souza JM, de Carvalho Freitas AL, Tettamanti M, Gaeti WP, Nakamura Cuman RK. Adverse drug reactions caused by drug–drug interactions in elderly outpatients: a prospective cohort study. *J Pharm Pharm Sci.* 2012;15(2):332-43.
10. Teixeira JJV, Crozatti MTL, dos Santos CA, Romano-Lieber NS (2012) Potential Drug-Drug Interactions in Prescriptions to Patients over 45 Years of Age in Primary Care, Southern Brazil. *PLoS ONE* 7(10): e47062. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0047062>
11. Sancar M, Kaşık A, Okuyan B, Batuhan S, İzzettin FV. Determination of Potential Drug–Drug Interactions Using Various Software Programs in a Community Pharmacy Setting. *Turk J Pharm Sci* 2019;16:14-19.
12. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment, 2020.Oslo, 2019.
13. Kaya-Yaşar Y, Engin S, Barut EN, Sevgi S, Eroglu G, Sezen FS. Evaluation of potential drug-drug interactions in hospitalized patients at a tertiary care hospital: A pilot study. *Medicine Science* 2020;9(2):389-92.
14. Chavda BN, Solanky PP, Baria H, Naik R, Bhart K. Study of potential drug-drug interaction between prescribed drugs in patients attending outpatient department of medicine at tertiary-care hospital in South Gujarat region. *Natl J Physiol Pharm Pharmacol.* 2015; 5 (3):236-242.
15. Soherwardi S, Chogtu B, Faizal P. Surveillance of the potential drug-drug interactions in the medicine department of a tertiary care hospital. *J Clin Diagn Res.* 2012; 6(7): 1258–1261.
16. Liao H, Chen JT, Ma TC, Chang YS. Analysis of drug-drug interaction (DDIs) in nursing homes in Central Taiwan. *Arch GerontolGeriatr.* 2008; 47: 99-107.
17. Nobili A, Pasina L, Tettamanti M, Lucca U, Riva E, Marzona I, Monesi L, Cucchiani R, Bortolotti A, Fortino I, Merlino L, Walter Locatelli G, Giuliani G. Potentially severe drug interactions in elderly outpatients: results of an observational study of an administrative prescription database. *J Clin Pharm Ther.* 2009; 34: 377–386.
18. Patel PS, Rana DA, Suthar JV, Malhotra SD, Patel VJ. A study of potential adverse drug-drug interactions among prescribed drugs in medicine outpatient department of a tertiary care teaching hospital. *J Basic Clin Pharm.* 2014;5(2):44-48.
19. Murtaza G, Khan MY, Azhar S, Khan SA, Khan TM. Assessment of potential drug-drug interactions and its associated factors in the hospitalized cardiac patients. *Saudi Pharm J.* 2016;24(2):220-225.

20. Opie L. Drug interactions of antihypertensive agents. *S Afr Fam Pract.* 2012; 54(2), 23-25.
21. May M, Schindler C. Clinically and pharmacologically relevant interactions of antidiabetic drugs. *Ther Adv Endocrinol Metab.* 2016;7(2):69-83.
22. Moore N, Pollack C, Butkerait P. Adverse drug reactions and drug-drug interactions with over-the-counter NSAIDs. *Ther Clin Risk Manag.* 2015;11:1061-1075.
23. Nalamachu S, Pergolizzi JV, Raffa RB, Lakkireddy DR, Taylor R Jr. Drug-drug interaction between NSAIDs and low-dose aspirin: a focus on cardiovascular and GI toxicity. *Expert Opin Drug Saf.* 2014;13(7):903-917.
24. Mousavi S, Norouzi M, Ashouri A, Javadi MR, Gholami K, Hadjibabaie M. Study of Potential Drug-Drug Interactions in Prescriptions of University Based Pharmacies. *J Pharm Care.* 2014; 2(2): 60-65.



Evaluation of Clinical and Microbiological Features of Vulvovaginitis in Prepubertal Girls

Prepubertal Kız Çocuklarında Vulvovajinitin Klinik ve Mikrobiyolojik Açıdan Değerlendirilmesi

Zeliha Haytoğlu^{1*}, Özlem Özgür Gundeslioğlu², Filiz Kibar³, Nurdan Evliyaoğlu⁴

ABSTRACT

The most common gynecological problem in prepubertal girls is vulvovaginal infections. In this retrospective study, the records of patients who were diagnosed with prepubertal vulvovaginitis between January 2014 and January 2019 in the pediatric outpatient clinic of our university hospital were retrieved. 46 patients were included in the study. The mean age of the children was 82±37.6 months. No growth in culture was observed in 9 patients (19.6%). Microorganisms that are members of the skin and vaginal flora were positive in 16 patients (34.8%). *Coagulase negative staphylococcus* was positive in 11 patients (23.9%), *diphtheroids* in 5 patients (10.9%), *E.coli* in 11 patients (23.9%), *Streptococcus pyogenes* in 4 patients (8.7%), *Gardnerella vaginalis* in 3 patients (6.5%), *Candida albicans* in 2 patients (4.3%), least frequently *Enterobacter* in 1 patient (2.2%). All of our patients were evaluated when their symptoms started and their treatments were given by the first application centers. *Candida* vulvovaginitis is very rare in prepubertal girls, but antifungal cream was prescribed to all our patients. In this age group, vaginal culture is mostly negative. Nonspecific vulvovaginitis, which is treated with hygiene measures in the prepubertal age group, should be kept in mind. The most frequently isolated pathogens are intestinal flora and respiratory pathogens.

Key words: Bacterial vaginitis, microbial agents, prepubertal, vulvovaginal candidiasis

ÖZET

Prepubertal kızlarda en sık görülen jinekolojik problem vulvovajinal enfeksiyonlardır. Bu retrospektif çalışmada üniversite hastanemizin çocuk polikliniğinde Ocak 2014-Ocak 2019 tarihleri arasında prepubertal vulvovajinit tanısı alan hastaların kayıtları incelendi. 46 hasta çalışmaya dahil edildi. Çocukların yaş ortalaması 82±37.6 ay idi. 9 hastada (%19.6) üreme gözlenmedi. Cilt ve vajinal flora üyesi olan mikroorganizmalar 6 hastada (34.8%) pozitif bulundu. Bunlar; 11 hastada (%23.9) *koagülaz negatif stafilokok*, 5 hastada (%10.9) *difteroidler* idi. *E.Coli* 11 hastada (%23.9), *Streptokokus pyogenes* 4 hastada (%8.7), *Gardnerella vajinalis* 3 hastada (%6.5), *Kandida aalbikans* 2 hastada (%4.3) ve en az sıklıkla *Enterobakter* 1 hastada (%2.2) saptandı. Tüm hastalarımız semptomları başladığında değerlendirilmiş, tedavileri ilk başvuru merkezleri tarafından verilmişti. Prepubertal kızlarda *kandida* vulvovajinit çok nadir görülmekle birlikte tüm hastalarımıza antifungal krem yazılmıştı. Bu yaş grubunda vajinal kültür çoğunlukla negatiftir. Prepubertal yaş grubunda hijyen önlemleriyle tedavi edilen spesifik olmayan vulvovajinitakıldatutulmalıdır. En sık izole edilen patojenler ise bağırsak florası üyeleri ve solunum patojenleridir.

Anahtar kelimeler: Bakteriye vajinit, mikrobiyal ajan, prepubertal, vulvovajinal kandidiyazis

Received / Geliştirilme: 17.04.2020, Accepted / Kabul tarihi: 11.08.2020

¹ Cukurova University, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, Adana, Turkey

² Cukurova University, Faculty of Medicine, Division of Pediatric Infectious Diseases, Adana, Turkey

³ Cukurova University, Faculty of Medicine, Department of Medical Microbiology, Adana, Turkey

⁴ Cukurova University, Faculty of Medicine, Division of Social Pediatrics, Adana, Turkey

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Dr.Zeliha Haytoğlu, Assistant Professor, Cukurova University, Faculty of Medicine, Department of Pediatrics, 01330, Sarıcam/Adana-TURKEY
E-mail: zelihahayt@yahoo.com

Haytoğlu Z, Gundeslioğlu Ö, Kibar F, Evliyaoğlu N. Evaluation of Clinical and Microbiological Features of Vulvovaginitis in Prepubertal Girls. TJFMPC, 2020;14(4): 572-575.

DOI: 10.21763/tjfm.721917

INTRODUCTION

Vulvovaginitis is an inflammation of the vulva and vaginal tissues. It is the commonest gynecological problem in prepubertal girls.¹ The most common cause of vulvovaginitis in the prepubertal pediatric age group is nonspecific vulvovaginitis.² Nonspecific vulvovaginitis is typically caused by irritation of the sensitive unestrogenized skin of the prepubertal child. The vaginal culture is typically negative for any pathogens. Nonspecific vulvovaginitis is responsible for 25 to 75 percent of vulvovaginitis in prepubertal girls.³ Nonspecific vulvovaginitis can be treated with simple hygiene measures. Clinicians sometimes attempt to diagnose and treat prepubertal children as they do for the pubertal adolescent females.² Despite vulvovaginitis being a common problem, the initial management is mostly empirical, and antibiotics are commonly prescribed.²

Vulvovaginal infections should be handled differently in prepubertal girls from pubertal girls and adult women in terms of both causative pathogens, clinical findings, and treatment. Ahead from nonspecific vulvovaginitis, knowing the pathogens causing specific vulvovaginitis is important in order to choose the right antibiotherapy. In the prepubertal period anaerobic vaginal flora caused by low estrogen levels in childhood prevents *candida* infections.⁴ Although *candida* vulvovaginitis is very rare in prepubertal girls, clinicians tend to prescribe an antifungal cream to children with symptoms of vulvovaginitis. The available evidence suggests that vaginal secretions should be obtained for microbiological investigations and antibiotics should be used only if a pure or predominant growth of a pathogen is identified.^{4,5}

The main causative prepubertal vulvovaginitis agents are of respiratory origin. *Beta-hemolytic streptococci* and *H. influenzae* are likely following respiratory infections; it spreads by the oral-digital route to the genital area. The next most common pathogen isolated in these patients are *S.aureus* and *enterofecalis* each accounting for 12% due to contamination by the skin organisms, poor hygiene, and proximity of the vagina to the anus. The reported rate of *Candida* species isolated in prepubertal girls are accounting for 9.2%.⁶ In this study, we investigated the clinical findings of vulvovaginal infections in prepubertal girls admitted to our hospital and evaluated the vaginal culture results of the patients. We aimed to increase the awareness about microbiological agents of prepubertal vulvovaginitis and to contribute to the selection of appropriate treatments.

MATERIAL-METHODS

This study is a retrospective study. The medical records of children presenting to the pediatric outpatient clinic at our university hospital between January 2014 and January 2019 were systematically reviewed, and records of those diagnosed with vulvovaginitis were retrieved. Patients, who had information about the sexual maturation stage consistent with Tanner stage 1 in their files were included. Patients without vaginal culture results were excluded. Age, Tanner maturation stage, complaints of the patients, treatment modalities, vaginal culture results were collected from the files. Patients with a history of suspected sexual abuse or a suspected vaginal foreign body were excluded from the study. As a rule, all vaginal culture was taken by touching the inside of the labia and the posterior fossa with a moistened culture rod with sterile saline. Bacterial isolation in the microbiology laboratory was determined by automatic methods using Vitex2 device. Specimens with no bacterial growth were considered negative. Descriptive statistical methods were used. This study was approved by our Institute Research Medical Ethics Committee (approval number 1 November 2019, 9/22).

RESULTS

A total of 46 girls were included in the study. The mean age of the children was 82 ± 37.6 months. Initially all patients were seen and treated by another center. All of our patients were evaluated when their symptoms started and their treatments were given by the first application centers. All had a history of antifungal cream use. The mean time from onset of symptom to admission to our center was 4 ± 1.2 days. Twenty-two (47.8%) patients presented with two or more complaints. The reasons for admissions were shown in Table 1. Vaginal discharge and pruritus were the most common complaints. No growth was observed in 9 patients (19.6%). Microorganisms which are members of the skin and vaginal flora were positive in 34.8% of the patients. *Coagulase negative staphylococcus* was found in 11 patients (23.9%) and *diphtheroids* in 5 patients (10.9%). Culture results were positive in 11 patients (23.9%) for *E.coli*, in 4 patients (8.7%) for *Streptococcus pyogenes*, in 3 patients (6.5%) for *Gardnerella vaginalis*, in 2 patients (4.3%) for *Candida albicans* and in 1 patient (% 2.2) for *Enterobacter*. A cellophane tape test was performed in 15 (32.6%) patients. The test was positive in 5 patients (10.8%). Urine culture was obtained in 20 (43.5%) patients. 11 (23.9%) had simultaneous growth of *E. coli* with vaginal culture.

Table 1:Complaints of the patients on admission

Complaints	Number, percentage
Vaginal Discharge	10(21.7%)
Pruritus	6(13.1%)
Eritem	4(8.7%)
Foul Vaginal Odor	2(4.3%)
Dysuria	2(4.3%)
Two or more than two symptoms	22(47.9%)

DISCUSSION

While the most common cause of prepubertal vulvovaginitis was thought to be infections in the past, currently it is generally accepted that poor hygiene or nonspecific irritation is the main cause of vulvovaginitis in the prepubertal period.^{7,8} Most cases are nonspecific in origin and treatment includes only reassurance and improved vulvar hygiene. Vaginal discharge is the most common gynecological symptom in prepubertal girls with vulvovaginitis.

In a retrospective chart review study among 110 cases over 15 years period, the most common cause of discharge was associated with vulvovaginitis (82%).⁹ In our study vaginal discharge was the most common complaint and observed in 21.7% of the patients.

In our study, culture results were negative in 19.6% of patients. According to the field studies related to the subject, it has been reported that vaginal culture results were negative in 25-75% of the cases.³ Obesity, synthetic underwear and tights, washing with inappropriate detergent, use of perfumed soap, bath foam are additional risk factors for nonspecific vulvovaginitis.^{10,11} In patients with nonspecific vulvovaginitis, patients, and parents should be educated on proper hygiene and voiding techniques with the recommendation to avoid irritants. In our study parents were unsatisfied, they had to apply to our center about 4 days later their first applications. We concluded that if parents were educated, repeated hospital applications made at short intervals might be prevented.

In our study 2 patients (4.3%) had *Candida albicans* in the vaginal swabs. In a study, from Italy among 90 prepubertal children. *Candida* was not isolated in any of the patients.¹² In a retrospective study it was demonstrated that among 473 prepubertal children 32 patients had *Candida* (6.7%) infection.¹³

We observed that clinicians tended to prescribe antifungal cream to all prepubertal

children with symptoms of vulvovaginitis. In a study conducted among general practitioners in the UK, 41% of the surveyed physicians marked *Candida* as the most common cause of prepuberty vulvovaginitis is an indication of lack of knowledge on this subject.¹⁵ It is important to note that a yeast vulvitis may occur more often in infants and toddlers that are still in diapers or in patients with predisposing risk factors. The main known risk factors for vaginal candidiasis are; recent antibiotic use, increasing estrogen, diabetes, in girls over 9 years of age.^{13,14}

In our study, *S.pyogenes* was the second most common microorganism with a percentage of 8.7% after *E.coli*. In many studies, *S. pyogenes* has been shown to be the causative agent of vulvovaginitis in girls.^{4,15} It has also shown that patients can be asymptomatic perineal, nasopharyngeal, and gastrointestinal carriers of *S.pyogenes*. This bacteria is thought to be located in the gastrointestinal tract by autoinoculation or by ingestion of infected upper respiratory tract materials.¹⁶ According to related field studies, the prevalence of *S.pyogenes* in vaginal culture varies between 8% and 47%.⁵

In our study, *E.coli* growth was observed in 23.9% of the patients. In a study *E.coli* was the culprit agent in 7% of the patients with vulvovaginitis.⁸ In a different study, *E. coli* was the only found agent in 6.7% of the patients with persistent vaginitis.¹² *E.coli* is a member of the intestinal flora and is also a common bacteria in the culture results of girls with vulvovaginitis. It should be considered that this may also occur as contamination due to the close proximity of the anal area to the vaginal area. However, the presence of polymorphic leukocytes and the symptomatic condition with positive culture results, it may be considered as positive for vulvovaginitis.

In our study *coagulase negative staphylococcus* and *diphtheroids*, which were also can found as a normal skin flora member, was detected in 23.9% and in 10.9% of the patients respectively. It is known that members of the skin flora, do not cause disease in the vulvovaginal region where they are normally present, but we considered that due to facilitating factors members of the skin flora can cause infections on the irritated vulvovaginal region. Although the presence of leukocytes in the swab is in favor of bacterial infection this data was collected retrospectively and unfortunately, no leukocyte studies were performed in the swab.

In our study, only 32.6% of the cases were examined for oxyuria, and 23.9% of all cases were

found to have oxyuria as an indicator of poor hygiene.

It is important to know the culprit of the prepubertal vulvovaginitis, since, usually by the elimination of risk factors, simple hygienic measures are enough to solve the problem. Occasionally specific microorganisms that are different from the adults may cause vulvovaginitis. Therefore, it is essential to be aware of the differences of prepubertal vulvovaginitis from the postpubertal vulvovaginitis to maintain the right management by healthcare givers that are involved in prepubertal vulvovaginitis.

This research, however, is subject to several limitations. The main limitation of this study is being a retrospective study with limited number of patients (n=46). The strengths of this study were; all patients were from the same department and using rigorous method to get the vaginal culture according to the policy of the department made the results valuable and reliable.

CONCLUSIONS

The results of this study highlight the importance of an agent-specific treatment approach to patients with vulvovaginitis. The most important problem in the management of vulvovaginitis in prepubertal girls is to distinguish between nonspecific and specific causes of vulvovaginitis. Treatment should include counseling on hygiene and voiding techniques as well as therapy for any specific pathogens identified. Management of specific vulvovaginitis depends on the pathogenic organism isolated from vaginal culture. In this age group, most of the vaginal culture results are negative and the most frequently isolated pathogens are intestinal flora members and respiratory pathogens.

Conflict of Interest: Nothing to disclose

Funding: None

REFERENCES

1. Jaquier A, Stylianopoulos A, Hogg G, Grover S. Vulvovaginitis: clinical features, aetiology, and microbiology of the genital tract. *Arch Dis Child* 1999;81:64-67.
2. Loveless M, Myint O. Vulvovaginitis- presentation of more common problems in pediatric and adolescent gynecology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2018;48:14-27
3. Garden AS. Vulvovaginitis and other common childhood gynaecological

- conditions. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2011; 96:73-78.
4. Stricker T, Navratil F, Sennhauser FH. Vulvovaginitis in prepubertal girls. *Arch Dis Child* 2003;88:324-326.
5. Joishy M, Ashtekar CS, Jain A, Gonsalves R. Do we need to treat vulvovaginitis in prepubertal girls?. *BMJ*.2005;330(7484):186-188. doi:10.1136/bmj.330.7484.186
6. Neyazi SM. Prepubertal Vulvovaginitis. *J Nat Sci Med* 2019;2:14-22.
7. Zuckerman A, Romano M. Clinical Recommendation Vulvovaginitis. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016; 29: 673-679.
8. Randelovic G, Mladenovic V, Ristic L, Otasevic S, Branković S, Mladenović-Antić S, et al. Microbiological aspects of vulvovaginitis in prepubertal girls. *Eur J Pediatr* 2012;171: 1203-1208.
9. McGreal S, Wood P. Recurrent vaginal discharge in children. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2013;26:205-208.
10. Sharma B, Preston J, Greenwood P. Management of vulvovaginitis and vaginal discharge in prepubertal girls. *Reviews in Gynaecological Practice* 2004;4:1111-1120.
11. Jasper JM. Vulvovaginitis in the prepubertal child. *Clin Pediatr Emerg Med* 2009;101:10-13.
12. Tartaglia E, Giugliano B, Ucciferri C, Giannattasio A, Giuliano P, Iannaccone VL, et al. Vulvo-vaginitis in prepubertal girls: new ways of administering old drugs. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2013;26(5):277-280.
13. Banerjee K, Curtis E, de San Lazaro C, Graham JC. Low prevalence of genital candidiasis in children. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2004;23:696-8.
14. Petrova Ch, Shentov B, Tanchev S, Mikhaïlov V, Sredkova M, Popova V. Genital infections in girls with type 1 diabetes. *Akush Ginekol (Sofia)* 2004;43(4):21-25.
15. Hansen MT, Sanchez VT, Eyster K, Hansen KA. Streptococcus pyogenes pharyngeal colonization resulting in recurrent, prepubertal vulvovaginitis. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007;20:315-317.
16. Mogielnicki NP, Schwartzman JD, Elliott JA. Perineal group a streptococcal disease in a pediatric practice. *Pediatrics* 2000;106:276-281.



Original Research / Özgün Araştırma

Yeni Doğum Yapmış Kadınların Aile Hekimlerinden Aldıkları Doğum Sonu Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Women's Received Postpartum Care Services From Family Practicioners

Emine Özel GÜN^{1*}, Can ÖNER², Hüseyin ÇETİN³, Engin Ersin ŞİMŞEK⁴

ABSTRACT

Introduction: Most of the maternal deaths occur in the postpartum period. An effective postpartum care service reduces maternal mortality. In this study, it was aimed to evaluate the postnatal care services of women received from the family health center who gave birth in a training and research hospital. **Method:** Universe of the cross sectional study was the women who gave birth between February- June 2019 in Dr Lütfi Kırdar Kartal Training and Research Hospital. A questionnaire valuating the socio-demographic and obstetric features was applied to participants during hospital stay, and after discharge, they were contacted with phone accordance with the follow-up Schedule suggested in the Postnatal Care Management Guide. So the postpartum care follow-up questionnaire was applied for 3 times. **Results:** Three hundred and eleven (97.2%) of the participants received at least one postpartum care service from the family health center where they were registered after discharge. The mean number of postpartum care per participant is 2.03 ± 0.7 . Forty one (12.8%) of the participants received maintenance services only at once, 63.4% (n=203) twice, and 20.9% (n=67) received three times. In all follow-ups the most commonly applied criteria were bleeding status, blood pressure measurement, breastfeeding and the least checked parameters were palpitations, shortness of breath, and breast-perineum examination. Among the sub-headings of evaluation (inspection, maintenance / consultancy), the highest score is taken from the maintenance / consultancy category and the lowest core is from the examination category. A significant correlation has been shown between family type (p=0.025), having sufficient prenatal care (p=0.002), mode of delivery (p=0.039) and receiving postpartum care. Participants followed by family physicians and family health workers, the scores obtained for each of the postnatal care parameters are higher than the participants followed only by the family physician or family health worker (p <0.001 for each parameter). **Conclusion:** Most women who gave birth at the hospital received postnatal care from the family health center at least once after discharge. However, the services provided in this context do not fully meet the criteria proposed by the Ministry of Health in terms of effectiveness.

Key words: Family practice, mother health, postpartum care

ÖZET

Giriş: Anne ölümlerinin büyük bir kısmı doğum sonrası dönemde meydana gelmektedir. Etkin bir doğum sonu bakım hizmeti anne ölümlerini azaltmaktadır. Bu çalışmada bir eğitim ve araştırma hastanesinde doğum yapan kadınların, kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezinden aldıkları doğum sonu bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Kesitsel tipteki çalışmanın evrenini Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Şubat-Haziran 2019 tarihleri arasında doğum yapan kadınlar oluşturmuştur. Katılımcılara hastanede yattıkları sürede yüz yüze görüşme tekniği ile sosyodemografik ve obstetrik özellikleri değerlendiren bir anket uygulanmıştır. Taburcu olduktan sonra ise Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi'nde önerilen izlem takvimine uygun olarak telefon ile iletişime geçilmiş ve 3 kez doğum sonu bakım izlem anketi uygulanmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların %97,2 (n=311)'si taburculuk sonrası kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezinden en az bir kez doğum sonu bakım hizmeti almıştır. Katılımcı başına düşen ortalama doğum sonu bakım sayısı $2,03 \pm 0,7$ 'dir. Katılımcıların %12,8 (n=41)'i sadece bir kez, %63,4 (n=203)'ü iki kez, %20,9 (n=67)'ü üç kez bakım hizmeti almıştır. Tüm izlemlerde en çok değerlendirilen parametreler; kanama durumu, tansiyon ölçümü ve emzirme iken, katılımcılar en az çarpıntı, nefes darlığı, meme ve perine muayenesi açısından değerlendirilmiştir. Değerlendirmede, muayene, bakım/danışmanlık alt başlıkları arasında en fazla puan bakım/danışmanlık kategorisinden, en düşük puan muayene kategorisinden alınmıştır. Aile tipi (p=0,025), nicelik olarak yeterli doğum öncesi bakım almış olma (p=0,002), doğum şekli (p=0,039) ile doğum sonu bakım hizmeti alma arasında anlamlı ilişki gösterilmiştir. Aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarının ortak takip ettikleri lohusalarda doğum sonrası bakım parametrelerinin her biri için alınan puanlar, sadece aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı tarafından takip edilen lohusalardan yüksektir (her bir parametre için p<0,001). **Sonuç:** Hastanede doğum yapan çoğu kadın, taburculuk sonrası en az bir kez doğum sonu bakım hizmeti almıştır. Ancak bu kapsamda verilen hizmetler Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği kriterleri içerik bakımından tam olarak karşılamamaktadır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, anne sağlığı, doğum sonu bakım hizmeti

Received / Geliştirilme: 23.04.2020, Accepted / Kabul tarihi: 18.08.2020

¹İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kartal, İSTANBUL

²İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kartal, İSTANBUL

³İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kartal, İSTANBUL

⁴İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kartal, İSTANBUL

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kartal, İstanbul, TÜRKİYE.

E-mail: dranoner@gmail.com

Gün ÖE, Öner C, Çetin H, Şimşek EE. Yeni Doğum Yapmış Kadınların Aile Hekimlerinden Aldıkları Doğum Sonu Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. TJFMPC, 2020;14(4): 576-587.

doi: 10.21763/tjfm.725853

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyada her gün 830 kadın, gebelik, doğum ve ilişkili komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmekte ve bunların da büyük çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir.¹Büyük bir kısmı önlenebilir nedenlerle meydana gelen bu ölümlerin üreme sağlığı kapsamındaki hizmetlerin geliştirilmesi ile azaltılabildiği mümkündür.²

2000 yılında Birleşmiş Milletler tarafından oluşturulan Binyıl Kalkınma Hedeflerinden bir tanesi, anne sağlığını iyileştirmek olarak belirlenmiş ve bu hedefin içinde üreme sağlığına da yer verilmiştir.^{3,4}Bu doğrultuda özellikle gelişmekte olan ülkelerde verilen hizmetin kalite standardını değerlendirmek ve etkinliğini arttırabilmek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmaktadır.^{4,5}

Ülkemizde üreme sağlığı hizmetlerinin etkinliğine yönelik yapılan araştırmalara bakıldığında daha çok doğum öncesi dönem ve doğum ile ilgili çalışmalar yapıldığı, doğum sonu dönem ve bu dönemde verilen hizmetlerin geri planda kaldığı görülmektedir.⁶ Mevcut ulusal çalışmalar verilen doğum sonrası bakım (DSB) hizmetlerinin yıllar içerisinde artma eğilimi gösterdiğini, ancak henüz istenilen seviyede olmadığını göstermektedir.^{6,7} Anne ölümlerinin çoğunun postpartum dönemde meydana geldiği göz önünde bulundurulduğunda; etkin bir doğum sonu bakım ile anne ölümlerinin azalması, komplikasyonların önlenmesi, anne ve bebek açısından daha sağlıklı bir doğum sonu dönem geçirilmesi mümkün olabilecektir.

Bu çalışmamızda Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde doğum yapan kadınların taburculuk sonrası kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezinden (ASM) aldıkları doğum sonu bakım hizmetlerinin içeriğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Kesitsel desende tasarlanan bu çalışmanın evrenini, 1 Şubat– 1 Haziran 2019 tarihleri arasında Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde doğum yapan ve herhangi bir aile sağlığı merkezine kayıtlı olan 320 kadın oluşturmaktadır. Çalışmada tüm evrene ulaşılması planlanmış ve örneklem seçilmemiştir.

Çalışmaya alınan tüm katılımcılara doğum yaptıktan sonra hastanede yattığı sürede sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini

değerlendiren bir anket yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Bu anket, katılımcının ve eşinin yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyi, aile geliri, eş ile akrabalık durumu, gebelik sayısı, doğum sayısı, kendiliğinden düşük öyküsü, isteyerek düşük öyküsü, ektopik gebelik öyküsü, ölü doğum öyküsü, 5 yaş altı çocuk ölümü öyküsü, doğum öncesi bakım hizmeti kullanım durumları, doğum zamanı, doğum şekli ve hastanede kalma süresini içermektedir. Doğum zamanı için; 37. gestasyon haftasından önceki doğumlar “erken”, 37-42. gestasyon haftası arasındaki doğumlar “zamanında”, 42. gestasyon haftasından sonraki doğumlar “geç” olarak sınıflandırılmıştır.

Katılımcılar hastaneden taburcu olduktan sonra Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi (DSB-YR)'nde önerilen izlem sayısı ve zamanına uygun olarak 3 kez izlenmiş ve Doğum Sonu Bakım (DSB) İzlem Anketi uygulanmıştır. Taburculuk sonrası aile sağlığı merkezi tarafından 2-5. günlerde yapılan izlemden sonra 1. DSB İzlem Anketi; 13-17. günlerde yapılan izlemden sonra 2. DSB İzlem Anketi ve 30-42. günler arasında yapılan izlemden sonra 3. DSB İzlem Anketi uygulanmıştır. Üç anket de aynı soruları içermektedir.

DSB-YR'ne uygun olarak hazırlanan bu anket; değerlendirme, muayene ve bakım/danışmanlık başlıklı 3 ana kategoriye ayrılmış, 25 sorudan oluşmaktadır. Değerlendirme başlığı altında kanama durumu, idrar ve bağırsak problemleri, ağrı durumu, çarpıntı, nefes darlığı, bacaklarda şişlik-kızarıklık varlığı, meme ve emzirme problemleri, psikolojik durum, uyku ve uyum problemleri ile ilgili 9 soru; muayene başlığı altında tansiyon, ateş, solunum sayısı, nabız ölçümü, karın, perine ve meme muayenesi ile ilgili 7 soru; bakım/danışmanlık başlığı altında kişisel bakım, beslenme, bebek bakımı, emzirme, meme bakımı, aile planlaması, lohusa dönemindeki acil durumlar, doğum sonrası dönemde demir ve D vitamini preparatı kullanımı ile ilgili 9 soru bulunmaktadır. Katılımcılara verilen doğum sonu bakım hizmetlerindeki değerlendirmeyle, muayene, bakım/danışmanlık hizmetlerinin 25 alt başlığından her biri için yapıldıysa “1” yapılmadıysa “0” puan olacak şekilde bir puanlama yapılarak Doğum Sonu Bakım İzlem Puanı (DSBİP) elde edilmiştir. Maksimum değeri “25”, minimum değeri ise “0” olan bu puanın 9 puanı değerlendirme, 7 puanı muayene ve 9 puanı da bakım/danışmanlık hizmetlerinden alınmaktadır. Ayrıca katılımcıların toplam 25 puan üzerinden değerlendirilen DSBİP, değerlendirme, muayene ve bakım/danışmanlık hizmeti puanlarının her biri ayrı ayrı yüzdelik olarak gösterilerek değerlendirilmiştir.

Çalışma verileri SPSS 21.0 paket

programında analiz edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı ölçütler (sıklık, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma ve minimum-maksimum değerler) kullanılmıştır. Ortalamaların kıyaslanmasında parametrik verilerde t testi ve ANOVA kullanılırken, non-parametrik veya dağılımı normal olmayan verilerin kıyasında Mann Whitney U testi veya Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Değişkenler arası ilişkiler Pearson ve Spearman korelasyon testleri ile değerlendirilmiştir. Ayrıca sayımla belirlenen verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. P değerinin 0,05 altında olması anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Etik kurul onayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Etik Kurul Onay No: 2019/514/146/19).

BULGULAR

Çalışmaya Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde araştırma döneminde doğum yapan toplam 320 kadın dâhil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 28,9±5,6 yıl olarak bulunmuştur. Kadınların büyük bir kısmı ev hanımı (%88,4; n=283) ve ilkökul-ortaokul mezunudur (%63,8; n=204).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri ile Aldıkları DSB Hizmet Sayıları Arasındaki İlişki

	3'ten az bakım alanlar %, (n=244)	3 kez bakım alanlar %, (n=67)	P*
Yaş	28,8±5,6	29,4±5,2	0,333
Eş yaşı	33,2±6,2	33,0±5,5	0,933
Eğitim			
8 yıl ve altı	79,0 (177)	21,0 (47)	0,699
8 yıl üstü	77,0 (67)	23,0 (20)	
Eş eğitimi			
8 yıl ve altı	78,5 (150)	21,5 (41)	0,967
8 yıl üstü	78,3 (94)	21,7 (26)	
Çalışma durumu			
Çalışmıyor	77,9 (215)	22,1 (61)	0,501
Çalışıyor	82,9 (29)	17,1 (6)	
Eşinin çalışma durumu			
Çalışmıyor	73,7 (14)	26,3 (5)	0,602
Çalışıyor	78,8 (230)	21,2 (62)	
Akraba evliliği			
Var	84,4 (65)	15,6 (12)	0,143
Yok	76,5 (179)	23,5 (55)	
Aile yapısı			
Çekirdek	80,8 (210)	19,2 (50)	0,025
Geniş	66,7 (34)	33,3 (17)	
Eve giren gelir			
Asgari ücretten az	76,3 (29)	23,7 (9)	0,407
Asgari ücret	81,5 (128)	18,5 (29)	
Asgari ücretten fazla	75,0 (87)	25,0 (29)	

*Ki-kare testi

Tablo 2. Katılımcıların Obstetrik Özellikleri ile Aldıkları DSB Hizmet Sayıları Arasındaki İlişki

		3'ten az bakım alanlar %, (n=244)	3 kez bakım alanlar %, (n=67)	P*
Gebelik sayısı	1	80,4 (37)	19,6 (9)	0,089
	2	70,8 (68)	29,2 (28)	
	3+	82,2 (139)	17,8 (30)	
Doğum sayısı	1	79,6 (43)	20,4 (11)	0,507
	2	75,2 (94)	24,8 (31)	
	3+	81,1 (107)	18,9 (25)	
Kendiliğinden düşük	Var	82,1 (55)	17,9 (12)	0,414
	Yok	77,5 (189)	22,5 (55)	
İsteyerek düşük	Var	85,7 (12)	14,3 (2)	0,742
	Yok	78,1 (232)	21,9 (65)	
Ölü doğum	Var	80,0 (8)	20,0 (2)	1,000
	Yok	78,4 (236)	21,6 (65)	
5 yaş altı ölüm	Var	80,0 (8)	20,0 (2)	1,000
	Yok	78,4 (236)	21,6 (65)	
Doğum şekli	Normal	83,7 (123)	16,3 (24)	0,039
	Sezaryen	73,8 (121)	26,2 (43)	

* Ki-kare testi

Katılımcıların eşlerinin yaş ortalaması 33,2±6,1 yıl olup büyük çoğunluğu 8 yıllık eğitime sahiptir (%59,7;n=191). Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri tablo 1'de derlenmiştir.

Katılımcıların obstetrik özellikleri tablo 2'de verilmiştir. Çalışmaya katılanların ortalama gebelik sayısı 3 (1-9), ortalama doğum sayısı 2 (1-6) olarak bulunmuştur. İsteyerek düşük öyküsü olan katılımcı oranı %4,4 (n=14) ve kendiliğinden düşük öyküsü olan katılımcı oranı %21,6 (n=69)'dur. Ektopik gebelik öyküsü olan kadın sayısı 3 (%0,9) ve ölü doğum öyküsü olan kadın sayısı 5 (%1,6) olarak saptanmıştır. Katılımcıların %3,1 (n=10)'inde 5 yaş altı çocuk ölümü öyküsü bulunmaktadır.

Katılımcıların kayıtlı olduğu ASM'den aldıkları ortalama doğum öncesi bakım hizmeti sayısı 4 (0-10)'tür. Katılımcıların %1,6 (n=5)'sı aile hekimliğinden herhangi bir doğum öncesi bakım hizmeti almıştır. Katılımcıların %97,2 (n=311)'si taburculuk sonrası kayıtlı olduğu ASM'den en az bir kez DSB hizmeti almıştır. Katılımcıların %12,8 (n=41)'i sadece bir kez, %63,4 (n=203)'ü iki kez

hizmeti almamışken, 1 defa hizmet alanların oranı %2,2 (n=7), 2 defa hizmet alanların oranı %10,6 (n=34), 3 defa hizmet alanların oranı ise %19,7 (n=63)'dir. Sağlık Bakanlığı DÖB-YR'nde 4 izlem önerilmektedir. Bu açıdan bakıldığında katılımcıların %34,1 (n=109)'i aile hekimliğinden yetersiz sayıda doğum öncesi bakım hizmeti almıştır.

Katılımcıların %46,6 (n=149)'sı normal, %0,3 (n=1)'ü müdahaleli normal ve %53,1 (n=170)'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Doğum zamanı ele alındığında kadınların %71,6 (n=229)'sı beklenen zamanda, %10'u (n=32) beklenen zamandan erken, %18,4 (n=59)'ü beklenen zamandan geç doğum yapmıştır. Katılımcıların sadece 2'sinin (%0,6) 24 saatten az hastane yatışı varken, %48,1 (n=154)'i 24-48 saat arası, %49,4 (n=158)'ü 48-72 saat arası ve %1,9 (n=6)'ü ise 72 saatten fazla hastanede yatmıştır.

bakım hizmeti alırken, üç kez bakım hizmeti alanların oranı %20,9 (n=67)'dur. Öte yandan katılımcılardan 9 kişi (%2,8) kayıtlı olduğu ASM'den hiç doğum sonu bakım hizmeti

almamıştır. Sağlık Bakanlığı DSB-YR'de taburculuk sonrası 3 kez DSB izlemi önerilmektedir. Bizim çalışmamızda ise ortalama DSB sayısı $2,03 \pm 0,7$ olarak bulunmuştur.

En az bir kez doğum sonu bakım hizmeti alan katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile izlem sayıları arasındaki ilişki incelendiğinde sadece aile yapısı ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Geniş aile yapısına sahip katılımcılarda 3 kez doğum sonu bakım alanların oranı %33,3 (n=17) iken çekirdek aile yapısına sahip katılımcılarda bu oran %19,2 (n=50)'ye düşmektedir (p=0,025).

Çalışmaya katılanlardan nicelik olarak yeterli doğum öncesi bakım hizmeti alanların %26,1 (n=55)'i taburculuk sonrasında 3 kez doğum sonu bakım hizmeti almıştır. Buna karşın nicelik olarak yeterli doğum öncesi bakım hizmeti almayan katılımcılarda bu oran %11,0 (n=12)'dir (p=0,002).

En az bir kez doğum sonu bakım hizmeti alan katılımcıların obstetrik özellikleri ile izlem sayıları arasındaki ilişki incelendiğinde sadece doğum şekli ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sezaryen doğum yapanlar arasında 3 kez doğum sonu bakım alanların oranı %26,2 (n=43) iken bu oran normal doğum yapanlarda %16,3 (n=24)'e düşmektedir (p=0,039).

Katılımcıların taburculuk sonrası kayıtlı oldukları ASM tarafından üç kez gerçekleştirilen DSB izlemleri içerisinde en çok yapılan 3. izlemleridir (%94,4). Bunu sırasıyla 1. izlem (%80,6) ve 2. izlem (%27,5) takip etmektedir. 1. DSB izlemi yapılan katılımcıların izlemlerini ağırlıklı olarak aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı

Katılımcıların üç izlem için DSBİP, değerlendirme, muayene ve bakım/danışmanlık hizmeti puanları yüzdeler olarak değerlendirildiğinde; ilk iki izlemde elde ettikleri tüm puanlar birbirine çok yakinken, 3. izlemde elde ettikleri puanlar anlamlı biçimde düşüktür. Her üç izlemde de en yüksek puanlar, bakım ve danışmanlık kategorisinden alınmış olup, en az muayene parametreleri uygulanmıştır. Üç izlem için DSBİP, değerlendirme, muayene ve bakım/danışmanlık hizmeti puanları yüzdeler olarak

birlikte yapmıştır (%53,1; n=137). Benzer şekilde 2. DSB izlemi yapılan katılımcıların izlemlerinin büyük bir kısmı aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı tarafından birlikte yapılmıştır (%61,4; n=54). 3. DSB izlemi yapılan katılımcıların izlemleri ise ağırlıklı olarak aile sağlığı çalışanı tarafından yapılmıştır (%61,3; n=185). Her üç izlemde de sadece aile hekimi tarafından gerçekleştirilen bir izlem bildirilmemiştir.

Her üç izlemde değerlendirme kriterlerinden en yüksek oranda gerçekleştirilen kanama durumu iken, en düşük oranda çarpıntı ve nefes darlığının sorgulanması olmuştur. Muayene parametrelerinden tansiyon ölçümü üç izlemde de ilk sırada yer alırken, perine ve meme muayenesi en az oranda yapılmıştır. Bakım/danışmanlık kriterlerinden üç izlem için en çok emzirme bakımının verildiği saptanmış olup, en az yapılan parametreler; ilk iki izlem için meme bakımı, 3. izlem için lohusa dönemindeki acil durumlardır.

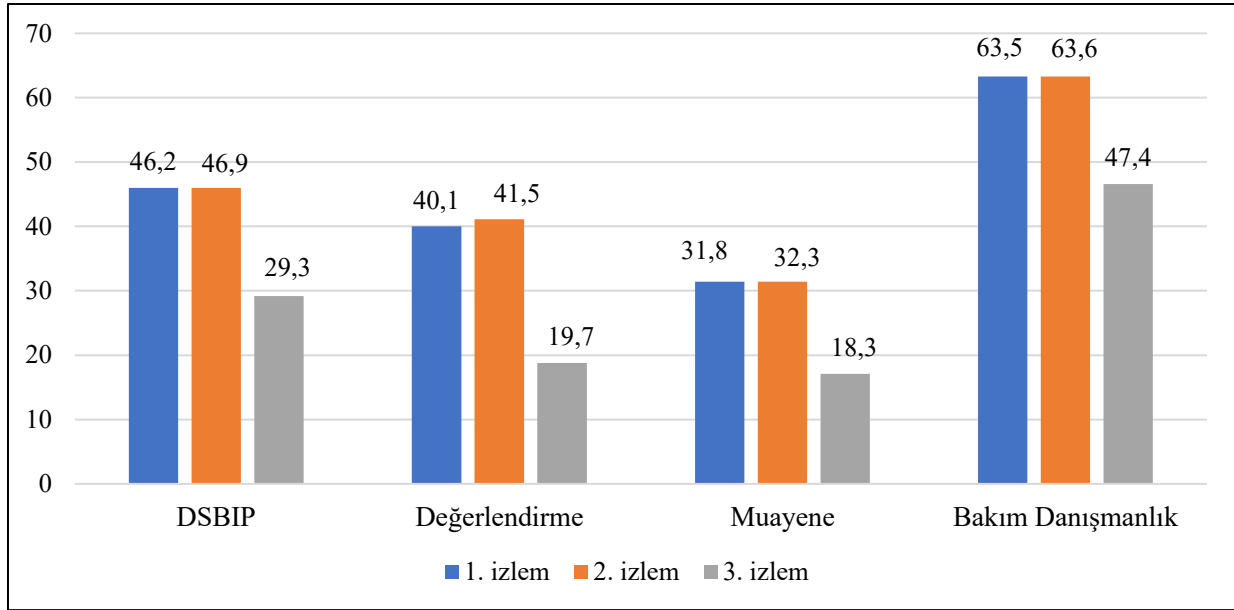
Katılımcılara yapılan üç izlemdeki değerlendirme, muayene ve bakım/ danışmanlık alt başlıkları altındaki tüm parametreler incelendiğinde; ilk iki izlemde bu parametrelerin yapılma oranları birbirine yakın seyrederken 3. izlemde belirgin olarak azalmaktadır. Sadece aile planlaması hakkında danışmanlık verilme oranı 3. izlemde ilk iki izleme göre artış göstermektedir. 1. izlemde %48,4 (n=125), 2. izlemde %50,0 (n=44) olan aile planlaması hakkında danışmanlık verilme oranı 3. izlemde %68,2 (n=206)'ye yükselmektedir. ASM tarafından gerçekleştirilen 3 izlemde değerlendirme, muayene ve bakım/danışmanlık alt başlıkları içerisinde yer alan hizmet parametrelerinin yapılma oranları tablo 3'te derlenmiştir.

Şekil 1'de birlikte gösterilmiştir.

Doğum Sonu Bakım izlemindeki her bir puan ele alındığında aile sağlığı çalışanı ve aile hekiminin birlikte izlem yaptığı olgularda elde edilen puan sadece aile sağlığı çalışanı tarafından izlem yapılan olgulara göre anlamlı olarak yüksektir (her bir puan cinsi için $p < 0,001$).

Tablo 3. DSB İzlemlerinde Değerlendirme, Muayene ve Bakım/Danışmanlık Hizmetlerinin Gerçekleştirilme Oranları

	DSB Kriterleri	DSB-1 (2.-5. gün) %, (n=258)	DSB-2 (13.-17. gün) %, (n=88)	DSB-3 (30-42. gün) %, (n=302)
D E Ğ E R L E N D İ R M E	Kanama durumu	79,8 (206)	81,8 (72)	51,3 (155)
	Ağrı durumu	77,1 (199)	79,5 (70)	46,0 (139)
	İdrar problemleri	42,6 (110)	48,9 (43)	20,5 (62)
	Bağırsak problemleri	43,4 (112)	46,6 (41)	20,5 (62)
	Meme ve emzirme problemleri	50,0 (129)	44,3 (39)	13,9 (42)
	Psikolojik durumu	19,0 (49)	17,0 (15)	8,6 (26)
	Uyku/uyum problemleri	20,2 (52)	15,9 (14)	9,3 (28)
	Çarpıntı, nefes darlığı	7,0 (18)	8,0 (7)	1,7 (5)
	Bacaklarda şişlik, kızarıklık	22,1 (57)	31,8 (28)	5,6 (17)
M U A Y E N E	Tansiyon ölçümü	67,8 (175)	70,5 (62)	47,4 (143)
	Nabız ölçümü	65,9 (170)	63,6 (56)	42,7 (129)
	Ateş ölçümü	51,2 (132)	46,6 (41)	25,5 (77)
	Solunum sayısı	27,5 (71)	34,1 (30)	8,9 (27)
	Karın muayenesi	9,3 (24)	10,2 (9)	2,6 (8)
	Perine muayenesi	0,4 (1)	0,0 (0)	0,3 (1)
	Meme muayenesi	0,4 (1)	1,1 (1)	0,3 (1)
B A K I M / D A N I Ş M A N L I K	Bebek bakımı	85,7 (221)	86,4 (76)	65,9 (199)
	Kişisel bakım	60,9 (157)	61,4 (54)	34,1 (103)
	Beslenme	70,2 (181)	64,8 (57)	41,7 (126)
	Emzirme	94,2 (243)	87,5 (77)	75,8 (229)
	Meme bakımı	30,6 (79)	33,0 (29)	16,9 (51)
	Lohusa dönemindeki acil durumlar	47,7 (123)	43,2 (38)	5,3 (16)
	Aile planlaması	48,4 (125)	50,0 (44)	68,2 (206)
	Demir preparatı desteği	73,3 (189)	77,3 (68)	65,6 (198)
	D vitamini preparatı desteği	60,5 (156)	69,3 (61)	53,3 (161)



Şekil 1. Katılımcıların DSB-1/2/3 İzlemleri İçin Hizmet Puanlarının Yüzesel Gösterimi

TARTIŞMA

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde doğum yapan kadınların kayıtlı olduğu ASM'den aldıkları DSB hizmetlerinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçlayan çalışmamızda 320 katılımcının %97,2 (n=311)'si taburculuk sonrası kayıtlı olduğu ASM'den en az bir kez DSB hizmeti almıştır. Katılımcıların %12,8 (n=41)'i sadece bir kez, %63,4 (n=203)'ü iki kez bakım hizmeti alırken, üç kez bakım hizmeti alanların oranı %20,9 (n=67)'dir. Taburculuk sonrası kadın başına düşen ortalama doğum sonu bakım sayısı $2,03 \pm 0,7$ 'dir.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verileri incelendiğinde ülke genelinde doğum yapan kadınların lohusalık döneminde en az bir kez DSB hizmeti alma oranı %93,1 iken bu oran İstanbul'da yaşayan kadınlarda %97,6'ya yükselmektedir.⁷ Bu çalışmamızda katılımcıların en az bir kez ASM'den DSB hizmeti alma oranı %97,2 saptanmış olup, TNSA 2013 verilerine göre İstanbul'daki hizmet alma oranı ile uyum göstermektedir. Burdur'da yapılan bir çalışmada doğum yapan kadınların %95,2'si taburculuk sonrası en az bir kez DSB hizmeti alırken, Mersin'de yapılan bir diğer çalışmada katılımcıların tamamının en az bir kez hizmet aldığı saptanmıştır.^{6,8} Gelişmiş ülkelerde DSB sayısı ve niteliği değişiklik gösterse de hemen hemen her kadın en az bir kez DSB hizmeti almaktadır. Gelişmiş ülkelerde %90'ların üzerinde olan bu oran gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelere çok daha düşük seviyelerdedir.^{9,10} Kuzey Etiyopya'da

yapılan benzer bir çalışmada en az bir kez DSB hizmeti alma oranı %32,2, Malavi'de yapılan bir diğer çalışmada da ise %48,4 bulunmuş olup Türkiye'deki çalışma oranlarının oldukça gerisindedir.^{11,12} Bu açıdan bakıldığında Türkiye'deki DSB izlem oranlarının gelişmiş ülkelerin oranları ile benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır.

Çalışmamızdaki katılımcıların en az bir kez taburculuk sonrası DSB hizmeti alma oranları oldukça yüksekken, 3 kez DSB hizmeti alan katılımcıların oranı sadece %20,9 (n=67)'dir. Benzer çalışmalar incelendiğinde 2012 yılında Burdur'da yapılan çalışmada kadınların %39,1'i 3 veya daha fazla DSB hizmeti alırken, bu oran 2017 yılında Bursa'da yapılan çalışmada %31, 2018 yılında Mersin'de yapılan çalışmada ise %55,2 olarak saptanmıştır.^{8,10,13} Farklı şehirlerde gerçekleştirilen bu çalışmalarda da 3 kez doğum sonu bakım oranı düşük olmasına rağmen yaptığımız çalışmadakine kıyasla daha yüksektir. Çalışmamızdaki oranının diğer çalışmalara göre daha düşük saptanmasında, İstanbul'da yaşayan kadınların diğer illere oranla hizmet alabileceği çok daha fazla sayıda özel veya kamuya bağlı sağlık kuruluşunun bulunmasının ve DSB hizmetleri için kayıtlı oldukları ASM yerine diğer sağlık kuruluşlarından herhangi birini tercih etmelerinin etkili olabileceği düşünülmektedir. Haiti'de yapılan benzer bir çalışmada bu oran %4,7, Etiyopya'da yapılan bir çalışmada ise %2,5 olarak saptanmıştır ve bu oran Türkiye oranlarının oldukça gerisindedir.^{11,14} Etiyopya'nın Kuzey Batı bölgesinde yapılan bir diğer çalışmada ise bu oran

%13,9 olarak bulunmuştur.¹⁵

Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ile aldıkları DSB hizmetlerinin sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde sadece aile yapısı ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Geniş aile yapısına sahip katılımcılarda 3 kez doğum sonu bakım alma oranı, çekirdek aile yapısına sahip katılımcılara göre anlamlı olarak yüksektir. Geniş ailede yaşayan katılımcıların ailelerinde lohusalık dönemi ile ilgili tecrübesi olan kişilerin varlığı; doğum sonu bakım hizmetlerinin önemini algılamalarına ve hizmet almaları için teşvik edilmelerine olanak sağlayabilmektedir.

Katılımcıların obstetrik özellikleri ile aldıkları DSB hizmetlerinin niceliği arasındaki ilişki incelendiğinde sadece doğum şekli ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Sezaryen doğum yapanların %25,3'ü 3 kez DSB hizmeti alırken, normal doğum yapanlarda bu oran %16'ya düşmektedir. Limenih ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sezaryen doğum yapan kadınların normal doğum yapanlara göre DSB hizmetlerinden yararlanma oranının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır.¹⁶ Güney Sudan'da yapılan bir diğer çalışmada ise erken DSB hizmetlerinden yararlanma oranı normal doğum yapanlarda %9,3 iken sezaryen doğum yapanlarda %45'e yükselmektedir.¹⁷ Sezaryen doğum yapan kadınların doğum ve lohusalık döneminin fizyolojik sürecine ek olarak ameliyata bağlı bakım gereksinimlerinin bulunmasının bu sonuçlara neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda sayısal olarak yeterli doğum öncesi bakım hizmeti alan katılımcıların, doğum sonrasında da anlamlı bir şekilde daha yüksek oranda bakım hizmeti aldığı saptanmıştır. Tiwari ve Gupta'nın yaptığı çalışmada doğum öncesi bakımlarının tamamı yapılan kadınların %89,1'i DSB hizmeti alırken, doğum öncesi bakımlarının tamamı yapılmayan kadınlarda bu oran %60,3'e düşmektedir.¹⁸ ABD'nin Oregon eyaletinde yapılan bir çalışmada ise DÖB hizmeti almayan veya az sayıda alan katılımcılar ile ilk bakım izlemi 14. gestasyon haftasından sonra yapılan katılımcılarda DSB oranları anlamlı derecede düşük saptanmıştır.¹⁹ Bu sonuçlar dikkate alındığında doğum öncesi verilen bakım hizmetlerinin lohusalık dönemi ile ilgili bilgi sağladığı ve farkındalık oluşturduğu düşünülmektedir.

Katılımcıların taburculuk sonrası kayıtlı olduğu ASM tarafından gerçekleştirilen DSB izlemlerinin yapılma oranları incelendiğinde en çok yapılan 3. izlem iken; bunu sırasıyla 1. izlem ve 2. izlem takip etmektedir. 2. izlemin yapılma oranı diğer iki izleme göre oldukça düşük saptanmıştır. Mersin'de yapılan çalışmada ise izlem oranlarının bu çalışmaya göre daha yüksek olmasına rağmen en

az yapılan izlem çalışmamıza benzer şekilde yine 2. izlem olarak bulunmuştur.⁸ Birinci izlemin yenidoğan taramasıyla eş zamanlı olması ve 3. izlemin bebeğin 2. doz Hepatit B aşısı zamanı ile örtüşmesi, bu izlemlerin yapılma oranını arttırırken, 13-17. günler arasında yapılması gereken bebek ile ilgili performans hizmeti bulunmamasının 2. izlemin yapılma oranını düşürdüğü düşünülmektedir.

Katılımcılara yapılan üç izlemdeki değerlendirme, muayene ve bakım/ danışmanlık alt başlıkları altındaki tüm kriterler incelendiğinde, ilk iki izlemden bu parametrelerin yapılma oranları birbirine yakın seyrederken, 3. izlemden belirgin olarak düşüktür. Üçüncü izlemin en fazla yapılan izlem olmasına rağmen yapılması gereken parametrelerin en düşük oranda gerçekleştirilmesi düşündürücüdür. Bu sonuç, doğum sonrasında geçen süre arttıkça bakım hizmetlerine verilen önemin azaldığını ve buna bağlı olarak nitelik ve etkinliğinin azaldığını göstermektedir. Oysaki doğum sonrası görülebilen komplikasyonlar ve anne ölümlerinin lohusalık döneminin herhangi bir zamanında meydana gelebileceği göz önünde bulundurulduğunda her izleme benzer önemin verilmesi gerekmektedir.

Katılımcılara uygulanan DSB-YR'deki değerlendirme kategorisindeki kriterler incelendiğinde, her üç izlemden de en çok kanama durumunun değerlendirildiği görülmektedir. 1. izlemden %79,8, 2. izlemden %81,8 oranında değerlendirilirken, 3. izlemden bu oran %51,3'e düşmektedir. Özellikle gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelerde büyük bir sağlık sorunu olan anne ölümlerinin çoğu kanamaya bağlı meydana gelmektedir.²⁰ Anne sağlığı açısından büyük önem taşıyan kanama durumunun değerlendirilmesi lohusa izleminin vazgeçilmez bir parçası olmalıdır. Burdur'da yapılan çalışmada kanama durumu %65,4 oranında değerlendirilmiş olup çalışmamızdaki ilk iki izlemden oranlara göre düşüktür.¹⁰ Malavi'nin kırsal bir bölgesinde yapılan çalışmada ise doğum sonu bakım hizmeti alan kadınların %45,7'sine kanama kontrolü yapılırken, Etiyopya'da yapılan bir çalışmada bu oran %33,1 olup çalışmamızın bulgularına göre daha düşük oranda olduğu görülmüştür.^{11,21}

Değerlendirme kategorisindeki parametreler arasında her üç izlemden de en az çarpıntı ve nefes darlığının değerlendirildiği saptanmıştır. 1. DSB izlemi yapılan katılımcıların sadece %7'sinde çarpıntı ve nefes darlığı değerlendirilirken, bu oran 2. izlemden %8 ve 3. izlemden ise %1,7'dir. Pakkumsal'ın yaptığı çalışmada da benzer şekilde tüm izlemlerde fiziksel bakıma yönelik uygulamalar içerisinde en az yapılan çarpıntı ve nefes darlığının sorgulanması olmuştur. Birinci izlemden %10,8, 2. izlemden %8,6,

3. izlemede ise %10,8 oranında yapılmıştır.⁸ Gebelik ve postpartum dönemde venöz tromboemboli riski gebe olmayan kadınlara göre 5-6 kat artmaktadır.²² Tromboembolik olaylar içerisinde mortaliteye neden olabilen pulmoner embolinin en sık belirtilerinden olan çarpıntı ve nefes darlığının sorgulanması erken tanı ve tedavi imkânı sağlaması açısından önem taşımaktadır.

Postpartum dönemde görülebilen bir diğer tromboembolik olay olan derin ventrombozu, pulmoner emboliye göre çok daha sık görülmektedir.²³ Görülme sıklıklarına paralel olarak, derin ventrombozunun en sık belirtilerinden olan bacaklarda kızarıklık ve şişlik durumu, çarpıntı ve nefes darlığına göre daha yüksek oranlarda değerlendirilmiştir.

Çalışmamızdaki kadınların psikolojik durumu ile uyku ve uyum problemlerinin değerlendirilme oranı üç izlemede de birbirine benzerdir. Rumbold ve ark. yaptığı araştırmada katılımcıların %20'sinin duygu durumu değerlendirilmiş olup çalışmamızdaki ilk iki izlemedeki oranlarla uyumludur.²⁴ Kanada'da yapılan bir çalışmada ise katılımcıların %63,2'sine postpartum bakım içerisinde emosyonel destek verildiği saptanmıştır.²⁵ Doğum yapan kadınların %10-15'inde görülen postpartum depresyon anne ve bebek sağlığı yanında tüm aileyi etkileyebilen ciddi bir klinik tablodur.²⁶ Fiziksel bir bulgusunun olmaması tanı konmasını güçleştirebilse de bakım verenlerin bu konuda dikkatli olmaları ve aynı zamanda diğer aile bireylerini bilgilendirmeleri önem taşımaktadır.

Katılımcılara uygulanan muayene kategorisindeki parametreler incelendiğinde en çok uygulanan parametrenin tansiyon ölçümü olduğu görülmektedir. Birinci izlemi yapılan kadınların %67,8'inin tansiyonu ölçülürken, bu oran 2. izlemede %70,5, 3. izlemede ise %47,4'tür. Haiti'de yapılan bir çalışmada da benzer şekilde postpartum bakımda en çok verilen klinik hizmetin %93,8'lik bir oranla tansiyon ölçümü olduğu tespit edilmiştir.¹⁵ Fas'ta yapılan bir çalışmada yine benzer şekilde postpartum izlemede en çok yapılan muayenenin %73 oranıyla tansiyon ölçümü olduğu saptanmıştır.²⁷ Gebelikte önemli bir mortalite nedeni olan preeklampsi ve eklampsi, doğum sonrasında da görülebilmektedir.²⁸ En önemli ve kolay tespit edilebilen bulgusu tansiyon yüksekliği olup, etkili bir doğum sonu bakım ile erken tanılanması mümkündür.

Katılımcılara uygulanan muayene parametreleri incelendiğinde vital bulgu ölçümlerinin diğer parametrelere göre daha yüksek oranda yapıldığı görülmektedir. Muayene kategorisi içerisinde en az uygulanan parametreler perine ve

meme muayenesi olarak saptanmış olup, aynı zamanda katılımcılara uygulanan tüm parametreler arasında da en az uygulanma oranlarına sahiptirler. Perine muayenesi 2. izlemede hiçbir kadına yapılmazken, 1. ve 3. izlemlerde sadece 1 kişiye yapılmıştır. Meme muayenesi ise üç izlemede de sadece bir katılımcıya yapılmıştır. Bu muayenelerin doğum sonrası dönemde ilgili uzmanlık dalları tarafından yapılmasının; aile hekimliği tarafından tekrarlanmamasına ve yapılma oranlarının düşmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca vitalbulgulara göre çok daha fazla zaman ayrılması gereken muayene yöntemleri olması bu parametrelerin aksatılmasına neden olabilmektedir. Bir diğer yandan fiziksel şartların uygunsuzluğu nedeniyle bu muayeneler daha az oranda yapılıyor olabilir.

Çalışmamızdaki karın muayenesinin yapılma oranlarına bakıldığında vital bulguların oldukça gerisinde olmasına rağmen perine ve meme muayenesiyle kıyaslandığında görece yüksektir. Birinci izlemede kadınların %9,3'üne karın muayenesi yapılırken, bu oran 2. izlemede %10,2, 3. izlemede ise %2,6'dır. Adams ve ark. tarafından yapılan çalışmada karın muayenesinin %50 oranında yapıldığı saptanırken, Mirkovic ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %78,2 olarak bulunmuştur.^{14,21} Her iki araştırmadaki oran da çalışmamızdaki değerlere göre oldukça yüksektir.

Çalışmamızdaki bakım/danışmanlık kategorisindeki kriterler incelendiğinde en çok emzirme danışmanlığı verildiği saptanmış olup, aynı zamanda katılımcılara uygulanan tüm parametreler arasında da en fazla uygulanma oranına sahiptir. Birinci izlemi yapılan kadınların %94,2'sine emzirme danışmanlığı verilirken, bu oran 2. izlemede %87,5, 3. izlemede ise %75,8'dir. Malavi'de yapılan çalışmada katılımcılara %94,3 oranında emzirme eğitimi verildiği saptanmış olup çalışmamızdaki ilk izlem oranıyla benzerlik göstermektedir.²¹ Filipinler'de yapılan bir çalışmada evde doğum yapan kadınların %74,1'ine emzirme eğitimi verilirken, hastanede doğum yapanların %63,9'una eğitim verildiği saptanmıştır.²⁹ Hindistan'da yapılan çalışmada ise postpartum bakımı yapılan kadınların %83,3'üne bu eğitim verilmiştir.³¹ Burdur'da yapılan çalışmada da tüm parametreler arasında en çok uygulanan parametrenin %89,6 oranıyla emzirme hakkında bilgilendirme olduğu bulunmuştur.¹⁰

Çalışmamızdaki bakım/danışmanlık parametreleri içerisinde en az oranda yapılan parametrelere bakıldığında ilk iki izlemede meme bakımı iken 3. izlemede lohusa dönemindeki acil durumlar hakkında verilen danışmanlık olduğu görülmektedir. Katılımcılara en çok emzirme

danışmanlığı verilirken meme bakımının en düşük oranda saptanması düşündürücüdür. Ülkemizde 2017 yılında yapılan bir sistematik derlemede doğum yapan kadınların meme ile ilgili yaşadıkları problemler incelendiğinde %10,8’inde engorjman, %28,8’inde kızarıklık ve ısı değişimi, %26,1’inde çatlak ve yara veya kanama, %5,6’sında ise mastit geliştiği saptanmıştır.³⁰Bu oranlara bakıldığında emzirmenin sağlıklı bir şekilde gerçekleştirilmesi ve sürdürülmesinin sağlanması için meme bakımının da göz ardı edilmemesi gerekmektedir.

Lohusa dönemindeki acil durumlar hakkında verilen danışmanlık oranları incelendiğinde 3. izlemde ilk iki izleme göre belirgin düşüş yaşandığı görülmektedir. Birinci izlemde %47,7, 2. izlemde %43,2 oranında uygulanırken, 3. izlemde bu oran %5,3 olarak saptanmıştır. Filipinler’de yapılan bir çalışmada postpartum bakım verilen kadınların %66,7’sine bu dönemde meydana gelebilecek acil durumlar hakkında eğitim verilirken, Hindistan’da yapılan çalışmada bu oran %77,1 olarak bulunmuştur.^{29,31}Ülkeler arasında doğum sonu bakım ile ilgili prosedürler arasında olan farklılıklar, bu oranların birbiri ile kıyasını güçleştirmekle beraber çalışma sonucunda doğum sonu bakımda verilen danışmanlık hizmetlerinin her üç izlem için ayrı ayrı ele alındığında da daha düşük kaldığı görülmektedir. Bu farklılıklar, gerek uygulanan doğum sonu bakım prosedürlerindeki ve standartizasyonda olan farklılıklar ve gerekse eğitimi ve danışmanlık hizmetini veren personelin bu konuyu içselleştirme düzeyindeki farklılıklar nedeniyle olabilir.

Katılımcılara bebek bakımı hakkında verilen danışmanlık oranlarına bakıldığında ilk iki izlemde emzirmeden sonra en çok verilen danışmanlık hizmeti olduğu görülmektedir. Emzirme ve bebek bakımının en çok gerçekleştirilen bakım/danışmanlık parametreleri olması, bebek ile ilgili danışmanlıklara daha çok önem verildiğini göstermektedir. Ayrıca bu parametrelere lohusalara yapılan doğum sonu bakım izlemleri dışında Sağlık Bakanlığı tarafından önerilen bebek izlemlerinde de yer verilmesinin uygulanma oranlarının yüksek olmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızdaki katılımcılara verilen kişisel bakım hakkındaki danışmanlık oranlarına bakıldığında, her üç izlemde de kişisel bakım danışmanlığının bebek bakımına göre daha düşük oranda olduğu görülmektedir. Bu oranlar, bebek ile ilgili bakım ve danışmanlıkların anne ile ilgili olanların önüne geçtiğini desteklemektedir. Kuzey Etiyopya’da yapılan bir çalışmada, doğum sonu yapılan muayenelerde kadınların sadece %4,2’sine kişisel hijyen hakkında danışmanlık verildiği

bulunmuştur ve bu bulgu çalışmamızdaki oranların oldukça gerisindedir.¹¹

Katılımcılara uygulanan tüm parametreler incelendiğinde 3. izlemde her bir parametrenin ilk iki izleme göre yapıma oranlarının düştüğü, sadece aile planlaması hakkında verilen danışmanlık oranının 3. izlemde ilk iki izleme göre daha yükseldiği anlaşılmıştır. Bu oranın, birinci izlemde %48,4, 2. izlemde %50 iken, 3. izlemde %68,2’ye çıktığı saptanmıştır. Yamashita ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada evde doğum yapan kadınların %81,5’ine, hastanede doğum yapan kadınların ise %72,2’sine postpartum dönemde aile planlaması hakkında eğitim verildiği saptanırken, Patel ve ark. yaptığı çalışmada doğum sonu bakım alan kadınların %72,9’una bu eğitimin verildiği görülmüştür.^{29,31} Her iki çalışmadaki oran da çalışmamıza göre daha yüksektir. Aile planlaması yöntemlerinden biri olan ve aile sağlığı merkezlerinde uygulanabilen rahim içi araç uygulaması postpartum dönemde ilk 48 saat içinde uygulanabilmekteyken, ilk 48 saat dolduktan sonra en az 4 hafta beklenmesi gerekmektedir. Rahim içi aracın uygulanabileceği zaman ile 3. izlem zamanının örtüşmesinin, aile planlaması hakkında verilen danışmanlık oranlarının bu izlemde artmasında etkili olabileceği düşünülmektedir. Yine çalışma gruplarındaki sosyo-demografik farklılıklar bu sonuca yol açıyor olabilir.

Katılımcıların DSBİP, değerlendirme, muayene ve bakım/danışmanlık hizmeti puanlarının her biri ayrı ayrı yüzdelik olarak değerlendirildiğinde tüm izlem ve kategorilerde istenilen niteliğe ulaşamadığı görülmektedir. Burdur’da ve Mersin’de yapılan çalışmalarda da benzer şekilde doğum sonu bakım izlemlerinin nitelik olarak yetersiz olduğu bulunmuştur.^{8,10}Bu sonuçlar Türkiye’de doğum sonu bakım hizmetlerinde içerik ve kalite olarak henüz istenilen seviyeye gelinemediğini göstermektedir. Bu durum, doğum yapan kadınların ve hizmet veren sağlık personelinin doğum sonu izlemlerle ilgili yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıklarını düşündürmektedir. Ayrıca ASM’lerin hizmet verdiği nüfus yoğunluğunun yüksek olmasıyla birlikte iş yükünün artması ve hizmet veren sağlık personelinin sayısı olarak yetersiz kalması da DSB hizmetlerinin aksamasına neden olabilmektedir. Bir diğer yandan DSB izlemlerinin, performans dayalı ödeme sisteminin içinde yer almamasının sağlık personelinin bu izlemlere daha az önem vermesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

İlk iki DSB izlemi, ağırlıklı olarak aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı ile birlikte yapılırken (%53,1 ve %61,4), üçüncü izlem en fazla sadece aile sağlığı çalışanı tarafından yapılmıştır (%61,3).

Her üç izlem için tek başına aile hekimi tarafından sunulan bakım hizmeti bildirilmemiştir. DSB hizmetleri aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı tarafından birlikte gerçekleştirildiğinde tüm izlemlerde ve tüm kategorilerde daha yüksek izlem puanı alındığı saptanmıştır. Bu yüzden etkin bir DSB hizmeti için aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanlarına benzer sorumluluklar verilmeli ve birlikte rol almaları sağlanmalıdır.

Sonuç olarak hastanede doğum yapan kadınların büyük bir kısmının taburculuk sonrasında en az bir kez DSB hizmetlerinden yararlanması sağlanmıştır; ancak Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği ideal izlem sayısına ulaşılan katılımcı oranı düşüktür. En çok yapılan doğum sonu bakım izlemi 3. izlem iken, bunu sırasıyla 1. izlem ve 2. izlem takip etmiştir. Katılımcıların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile aldıkları doğum sonu bakım hizmetlerinin sayısı arasındaki ilişki incelendiğinde sadece aile yapısı ve doğum şekli ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Geniş aile yapısına sahip katılımcılar, çekirdek aile yapısına sahip olanlara göre, sezaryen doğum yapan katılımcılar ise normal doğum yapanlara göre daha yüksek oranda bakım hizmeti almıştır.

Her üç izlemde değerlendirme kriterlerinden en yüksek oranda gerçekleşen kanama durumu iken, en düşük oranda çarpıntı ve nefes darlığının sorgulanması olmuştur. Muayene parametrelerinden tansiyon ölçümü üç izlemde de ilk sırada yer alırken, perine ve meme muayenesi en az oranda yapılmaktadır. Bakım/danışmanlık kriterlerinden üç izlem için en çok emzirme bakımının verildiği saptanmış olup, en az yapılan parametrelerin ise ilk iki izlem için meme bakımı, 3. izlem içinse lohusa dönemindeki acil durumlar olduğu tespit edilmiştir.

Doğum sonrası bakım izlem parametrelerinin uygulanma durumuna göre oluşturulan izlem puanlarına bakıldığında, her üç izlem için değerlendirme, muayene, bakım/danışmanlık alt başlıkları arasında en yüksek puan bakım/danışmanlık kategorisinden, en düşük puan ise muayene kategorisinden alınmıştır. Birinci ve 2. izlemlerde tüm kategoriler için alınan hizmet puanları birbirine yakınken, 3. izlemde çok daha düşük bulunmuştur. Öte yandan DSB izlemlerinin, aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı tarafından birlikte yapılmasının izlem puanlarını artırdığı görülmüştür.

Sonuç olarak hastanede doğum yapan çoğu kadının en az bir kez kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezinden doğum sonu bakım hizmeti alması; bu kapsamda verilen hizmetlerin ulaşılabilirliği ve sunumu açısından değerlidir. Ancak DSB kapsamında verilen hizmetler henüz Sağlık

Bakanlığı'nın oluşturduğu DSB-YR'nin önerdiği kriterleri etkinlik bakımından tam olarak karşılamamaktadır. İdeal olan üç izleme ulaşılmaması ve doğum sonu izlemlerinin etkinliğinin artırılması için daha fazla sosyal, tıbbi ve akademik çalışmaya ihtiyaç vardır.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. Maternal Mortality, 2016. In: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> [Erişim tarihi: 14.03.2019]
2. World Health Organization. Strategies Toward Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM), 2015 In: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/153540/WHO_RHR_15.03_eng.pdf [Erişim tarihi: 14.03.2019]
3. Fukuda-Parr S. From the Millennium Development Goals to the Sustainable Development Goals: Shifts in Purpose, Concept, and Politics of Global Goal Setting for Development. *Gender & Development* 2016;24(1):43-52.
4. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, Say L. Global, Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality Between 1990 and 2015, with Scenario-based Projections to 2030: A Systematic Analysis by The UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet* 2016;387(10017):462-474.
5. Shaw D, Guise JM, Shah N, Gemzell-Danielsson K, Joseph K S, Levy B, Main EK. Drivers of Maternity Care in High-income Countries: Can Health Systems Support Woman-Centred Care? *Lancet* 2016;388(10057):2282-2295.
6. Çatak B, Sütlü S, Kılınç AS, Badıllıoğlu O, Zencir M. Burdur'da 2009 Yılında Doğum Yapmış Kadınların Doğum Özellikleri ve Doğum Sonu Bakım Hizmetleri. *TAF PrevMedBull* 2011;10(5):1-8.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, 2014.
8. Şahin Pakkumsal S. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Lohusa İzlemlerini Değerlendirilmesi: Tarsus İlçe Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin 2018. pp 27-64.
9. World Health Organization. WHO Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care. Geneva: WHO Document Production Services; 2010. In:

- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70432/WHO_MPS_10.03_eng.pdf;jsessionid=0F4B8CEAE4580A7D81730D81ABDC003E?sequence=1. [Erişim tarihi: 14.03.2019]
10. Çatak B, Öner C, Sütlü S, Kılınç S. Where Are We Standing on Postpartum Care? A Cross-sectional Community Based Study. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2017; 11(4): 256-264.
 11. Gebrehiwot G, Medhanyie AA, Gidey G, Abrha K. Postnatal Care Utilization Among Urban Women in Northern Ethiopia: Cross-sectional Survey. *BMC Women's Health* 2018;18(1):78.
 12. Khaki JJ, Sithole L. Factors Associated With The Utilization of Postnatal Care Services Among Malawian Women. *Malawi Medical Journal* 2019;31(1):2-11.
 13. Çakır R. Kırsal Mahallelerde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Bursa İli Örneği, Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa 2017.pp:108-110.
 14. Mirkovic KR, Lathrop E, Hulland EN, Jean-Louis R, Lauture D, D'Alexis GD, Grand-Pierre R. Quality and Uptake of Antenatal and Postnatal Care in Haiti. *BMC Pregnancy and Child birth* 2017;17(1):52.
 15. Wudineh KG, Nigusie AA, Gesese SS, Tesu AA, Beyene FY. Postnatal Care Service Utilization and Associated Factors Among Women Who Gave Birth in Debrebour Town, North West Ethiopia: A Community-based Cross-sectional Study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018; 18.1:508.
 16. Limenih MA, Endale ZM, Dachew BA. Postnatal Care Service Utilization and Associated Factors Among Women Who Gave Birth in The Last 12 Months Prior to The Study in Debre Markos Town, Northwestern Ethiopia: A Community-based Cross-sectional Study. *International Journal of Reproductive Medicine* 2016; 2016: 7095352.DOI: 10.1155/2016/7095352
 17. Izudi J, Akwang GD, Amongin D. Early Postnatal Care Use by Postpartum Mothers in Mundri East County, South Sudan.*BMC Health Services Research* 2017;17(1):442.
 18. Tiwari HC, Gupta SK. A Study on Postnatal Care and Its Correlates Among Recently Delivered Women Visiting to BRD Medical College Gorakhpur. *International Journal Of Community Medicine And Public Health* 2017;4(5):1548-1551.
 19. Baldwin MK, Hart KD, Rodriguez MI. Predictors for Follow-up Among Postpartum Patients Enrolled in a Clinical Trial. *Contraception* 2018;98(3):228-231.
 20. Say L, Chou D, Gemmill A, Tuncalp O, Moller AB, Daniels J, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Glob Health* 2014; 2(6): 323-333.
 21. Adams YJ, Stommel M, Ayoola A, Horodyski M, Malata A, Smith B. Use and Evaluation of Postpartum Care Services in Rural Malawi. *Journal of Nursing Scholarship* 2017;49(1):87-95.
 22. Atalay H, Teker F, Boyuk B, Çelebi A, Ayar Y, Ekizoğlu İ. A Case of Deep Vein Thrombosis in The Postpartum Period. *JAREM* 2015;5:28-30.
 23. Taş Gülen Ş. Pulmoner Tromboemboli: Tanım ve Epidemiyoloji. *Türkiye Klinikleri J PulmMed-Special Topics* 2016;9(1):1-5.
 24. Rumbold AR, Bailie RS, Si D, Dowden MC, Kennedy CM, Cox RJ, Burke HP. Delivery of Maternal Health Care in Indigenous Primary Care Services: Baseline Data For An Ongoing Quality Improvement Initiative. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011;11(1):16.
 25. Ziabakhsh S, Fernandez R, Black B, Brito G. Voices of Postpartum Women: Exploring Canadian Women's Experiences of Inpatient Postpartum Care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2018;40(11):1424-1436 .
 26. Demir S, Şentürk MB, Çakmak Y, Altay M. Kliniğimizde Doğum Yapan Kişilerde Postpartum Depresyon Oranı ve İlişkili Faktörler. *Haseki Tıp Bülteni* 2016;54(2):83-89.
 27. Elkhoudri N, Baali A. Postnatal Care: Levels and Determinants in Morocco. *Iranian Journal of Public Health* 2017;46(2):242.
 28. Mol BW, Roberts CT, Thangaratinam S, Magee LA, De Groot CJ, Hofmeyr GJ. Pre-eclampsia. *The Lancet* 2016;387(10022):999-1011.
 29. Yamashita T, Tuliao MTR, Meana MC, Suplido SA, Llave CL, Tanaka Y, Matsuo H. Utilization of Healthcare Services in Postpartum Women in The Philippines Who Delivered at Home and The Effects on Their Health: A Cross-sectional Analytical Study. *International Journal of Women's Health* 2017;9:695.
 30. Karaçam Z, Sağlık M. Emzirme Sorunları ve Sorunlara İlişkin Yapılan Girişimler: Türkiye'de Yapılan Çalışmalara Dayalı Bir Sistemik Derleme. *Türk Pediatri Arsivi* 2018;53(3):134-48.
 31. Patel SB, Sharma A, Vati, J. A Mixed Method Study on Utilization of Maternal Health Services and Barriers Among Women of Reproductive Age in Gujarat State-Pilot Study. *Indian Journal of Public Health Research & Development* 2018;9(11):159-164.



Original Research / Özgün Araştırma

Missed Opportunities in Adolescent Health: An Overview From Turkey

Ergen Sağlığında Kaçırılmış Fırsatlar: Türkiye'den Genel Bir Bakış

Asya Banu Babaoglu^{*1}, Ulken Tunga Babaoglu², Sibel Oymak Yalcin³, Busra Tozduyman¹, Halide Yesim Karakas¹, Mustafa Tozun¹

ABSTRACT

Introduction: Serious health problems and poor health habits persist among adolescents despite access to health information and medical care. The study aimed to determine the status of access to health services, the need for health information, and the preferred source of information among adolescents in Turkey. **Method:** In this descriptive study, a questionnaire developed by the researchers was applied online to individuals aged 18-25 between September - December 2017. Descriptive statistics were shown with numbers (n) and percentages (%) or mean (m) and standard deviation (\pm SD). Pearson chi-square and Kruskal Wallis tests were used for data analysis. **Results:** The mean age of the total 1807 participants was 20.28 (\pm 1.89) and 57% were female. The rate of adolescents whose number of visits to the family physician was accurate to national guidelines was higher among those who had attended public schools and who lived in a nuclear family. This rate was lower among those who continued high school in the lower developed part of Turkey. Only 12% of the adolescents had undergone a full physical examination and few were questioned about psychosocial aspects. The demand for counseling on health topics about risky behaviors differed according to gender. While school was the main 'past' source for information, the family physician was the most 'preferred' one. **Conclusion:** Missed opportunities exist in adolescent health. Adolescent health services should be maintained in a multidisciplinary manner. Especially primary care services and school settings should be strengthened to provide accurate health information to young people.

Key words: Adolescent health services, preventive health services, school health, primary care physician, health education.

ÖZET

Giriş: Sağlık bilgilerine ve tıbbi bakıma erişilmesine rağmen, ergenler arasında ciddi sağlık sorunları ve kötü sağlık alışkanlıkları devam etmektedir. Bu çalışmada, Türkiye'de ergenlerin sağlık hizmetlerine erişim durumu, sağlık bilgi ihtiyacı ve tercih edilen bilgi kaynağının belirlenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırmada, araştırmacılar tarafından geliştirilen bir anket, 18-25 yaş arası bireylere Eylül – Aralık 2017 arasında, online olarak uygulandı. Tanımlayıcı istatistikler sayı (n) ve yüzde (%) veya ortalama (m) ve standart sapma (\pm SD) ile gösterildi. Veri analizi için Pearson ki-kare ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. **Bulgular:** Toplam 1807 katılımcının yaş ortalaması 20.28 (\pm 1.89) idi ve % 57'si kadındı. Aile hekimini ulusal yönergelere göre uygun sayıda ziyaret etmiş olan ergenlerin oranı devlet okullarına devam eden ve çekirdek bir ailede yaşayanlar arasında daha yüksekti. Bu oran Türkiye'nin az gelişmiş bölgelerinde liseye devam edenler arasında daha düşüktü. Ergenlerin sadece % 12'si tam bir fizik muayeneden geçmiş ve çok azı psikososyal yönler hakkında sorgulanmıştır. Riskli davranışlarla ilgili sağlık konularında danışmanlık talebi cinsiyete göre değişmektedir. Bilgi için 'geçmişteki' asıl kaynak okul olsa da, aile hekimi en çok 'tercih edilen' kaynaktı. **Sonuç:** Ergen sağlığında kaçırılmış fırsatlar bulunmaktadır. Ergen sağlığı hizmetleri çok disiplinli bir şekilde sürdürülmelidir. Gençlere doğru sağlık bilgisi sağlamak için özellikle birinci basamak hizmetleri ve okul ortamları güçlendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Ergen sağlığı hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, okul sağlığı, Birinci Basamak Hekimleri, sağlık eğitimi

Received / Geliş tarihi: 25.05.2020, Accepted / Kabul tarihi: 24.08.2020

¹ Department of Public Health, School of Medicine, Izmir Katip Celebi University, Izmir, TURKEY.

² Department of Public Health, School of Medicine, Ahi Evran University, Kirsehir, TURKEY.

³ Department of Public Health, School of Medicine, Canakkale Onsekiz Mart University, Canakkale, TURKEY.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Asya Banu Babaoglu, Izmir Katip Celebi Universitesi Tıp Fakültesi, Cigli Ana Yerleskesi 35620 Cigli/Izmir, TURKEY.

E-mail: asyabanu@yahoo.com; asyanbanu.babaoglu@ikcu.edu.tr

Babaoglu AB, Babaoglu UT, Oymak Yalcin S, Tozduyman B, Karakas HY, Tozun M. Missed Opportunities in Adolescent Health: An Overview From Turkey. TJFMPC, 2020;14(4): 588-597.

DOI: 10.21763/tjfm.742560

INTRODUCTION

Adolescence is a period of transition from childhood to adulthood, where physical, psychological, and economic changes occur. In this period, supporting healthy behaviors and taking steps to protect young people from health risks are critical to prevent health problems in adulthood.¹ Risk-taking behaviors like tobacco, alcohol and drug use, unprotected sexual intercourse, inadequate physical activity, unhealthy diet, and violence are common during adolescence. These risky behaviors may result in death or severe morbidity. Many premature deaths due to risky behaviors can be prevented with appropriate and on-time interventions. It is critical to take precautionary measures before adolescents develop unhealthy behaviors for the prevention of health problems in adulthood.²

There are many opportunities to reach young people; individually or collectively, within or outside the health system. Likewise, there are many choices for young people to search for help or information. Family health centers which are a part of primary health care services in Turkey play an important role in adolescent health since these services are easy to reach and free of charge. Family health centers constitute mainly the first point of contact between individuals and the health system. Family physicians working at family health centers are expected to provide preventive, therapeutic, and rehabilitative health services to their registered population. Individuals can register to any family physician of their own choice. According to the Family Medicine Practice Regulation (2013), every family physician is required to update the health records for each registered person -regardless of age and gender- at least once a year. Besides, more frequent monitoring of groups with certain characteristics, such as women of reproductive age, infants, children, and adolescents, is recommended. Guidelines have been created by the Ministry of Health for the standardization of these follow-ups. According to the national "Infant, Child & Adolescent Screening Guideline" which is recommended for the use by family physicians, adolescents should receive a routine well-care visit during each stage of adolescence: *i*) early adolescence (10-14 ages), *ii*) middle adolescence (15-18 ages) and *iii*) late adolescence (19-21 ages).³ In these visits, it is aimed to conduct a general physical examination, obtain information about the adolescent's psychosocial status within the scope of the HEEADSSS (home, education, eating, activities, drugs, sex, self-harm, safety) assessment tool, and provide counseling if

needed. HEEADSSS is a psychosocial assessment tool in which the following topics are questioned; **H**ome and relationships, **E**ducation and employment, **E**ating, **A**ctivities and hobbies, **D**rugs, alcohol and tobacco, **S**ex and Relationships, **S**elf-harm, depression and self-image, **S**afety and abuse.^{3,4}

The school environment, family members, friends, books, and media tools are common sources other than health care professionals that adolescents seek health information. However, the reliability of the information of these sources is difficult to check and may cause incomplete or incorrect information.

Literature review and observations of researchers of this study suggest that there deficits and missed opportunities in adolescent healthcare services in Turkey. This study aims to determine the status of adolescents' access to health services, the need for health information, and the preferred source of information by adolescents.

METHOD

In this descriptive study, an online questionnaire was used to obtain data. Snowball sampling strategy was used for the survey recruitment. The first point of contact consisted of 45 voluntary first and second-grade university students studying in a university in Izmir (Turkey's third-largest city located in the western extremity of Anatolia). Participants were asked to fill out the questionnaire and forward the survey link to their friends who met the inclusion criteria. The data collection phase was conducted between September-December 2017.

Young adults aged 18-25 were identified as the research group (*see limitations*). Participants were asked to respond retrospectively in view of their secondary and high school years. Answers from participants under 18 and over 25 years of age and those who attended secondary and/or high school abroad were excluded ($n=27$). The responses of all other volunteer individuals aged 18-25 were included ($n=1807$).

The survey questionnaire was developed within the scope of National Child & Adolescent Monitoring Guidelines and current literature.^{2,3,5-8} The questionnaire covered these main topics: *i*) Socio-demographic variables (age, gender, region, school type, family characteristics), *ii*) type and reason of health care received, *iii*) source of health service/counseling received and *iv*) perception about personal health knowledge and *v*) need for health counseling.

According to the Turkish national educational program, secondary school students are mainly aged between 10-13 and high school students between 14-17 years. These two age groups are also defined as 'early' and 'middle' adolescence stages.⁹ Therefore, the data obtained from this study reflect these two stages of adolescence. The term "at least two visits" used in this text, refers to those who have visited the family physician at least twice, one in secondary school and one in high school.

We performed descriptive analyses and compared responses between subgroups; gender, school type, family education level, economic status, regional area. Five regions (West, South, Central, North, and East) which are reflecting differences in socioeconomic development levels and demographic conditions, were defined according to the 2013 Turkey Demographic and Health Survey.¹⁰ Considering the recall factor, for some questions, only the answers for the high school period were analyzed.

Descriptive statistics are shown in percentages (%) with numbers (*n*) and mean values (*m*) with standard deviation ($\pm SD$). Pearson's chi-square, and Kruskal Wallis with Dunn-Bonferroni test was used for data analysis. SPSS software 22.0 (IBM Corp., Armonk, New York, USA) was used for analyses and *p*-values below 0.05 were considered to be statistically significant.

Ethics permission for this study was obtained from the ethics committee of Izmir Katip Celebi University (24.11.2017/02).

RESULTS

A total number of 1807 questionnaires that met the inclusion criteria were taken into consideration. The mean age of the participants was 20.28 (± 1.89) and 57% (*n*=1030) were female. Sociodemographic characteristics of the study group, the region of residence during school, and the type of school attended are shown in Table 1.

Table 1. Socio-demographic characteristics of the study population

Characteristics	% (<i>n</i>) or <i>m</i> ($\pm SD$)	
Gender	% (<i>n</i>)	
Female	57.0 (1030)	
Male	43.0 (777)	
Mean age	<i>m</i> ($\pm SD$)	
Female	20.0 (± 1.74)	
Male	20.6 (± 2.02)	
Parent educational level	Mother % (<i>n</i>)	Father % (<i>n</i>)
Illiterate	7.4 (134)	1.4 (25)
Literate	4.5 (82)	2.6 (47)
Primary & secondary school	38.3 (691)	29.0 (523)
High school	22.3 (402)	24.5 (442)
University degree	27.4 (495)	42.5 (766)
Missing answers	0.2 (3)	0.2 (4)
Perceived economic level	% (<i>n</i>)	
Very bad or bad	8.6 (155)	
Intermediate	59.5 (1076)	
Very good or good	31.8 (574)	
Missing answers	0.1 (2)	
Family structure	% (<i>n</i>)	
Nuclear family	80.8 (1460)	
Extended family	12.3 (223)	
Divorced or other	6.3 (114)	
Missing answers	0.6 (10)	
Region of residence during school	Secondary school % (<i>n</i>)	High school % (<i>n</i>)
North	1.3 (23)	1.4 (25)
South	39.2 (709)	38.7 (700)
East	16.7 (301)	16.3 (295)
West	28.5 (515)	28.7 (519)
Middle	12.7 (229)	12.7 (229)
Missing answers	1.7 (30)	2.2 (39)
Type of school	Secondary school % (<i>n</i>)	High school % (<i>n</i>)
Public	82.9 (1498)	84.6 (1529)
Private	16.8 (304)	15.0 (271)
Missing answers	0.3 (5)	0.4 (7)

Categorical variables are shown in percentages (%) with numbers (n). Continuous variables were presented as mean (m) with standard deviation ($\pm SD$)

Most participants (90.9%, *n*=1642) had visited his/her family physician at least once during the

secondary or high school period. The rate of adolescents who stated to have visited his/her family

physician at least two times was 73.1% (n=1321). Visiting the family physician at least two times was not affected by gender, parents' educational level, or economic status. However, the rate of 'at least two visits' was higher of those who had attended public schools when compared to private schools ($p=0.004$) and of those who had a nuclear family structure, compared to extended families ($p=0.003$). The rate

of adolescents who visited their family physician at least two times was lower among those who continued high school in the eastern part of Turkey, compared to other regions ($p<0.001$). The rate for the northern region was similar to the eastern regions but was not statistically different from other regions (south, middle, and west) (Table 2).

Table 2. Factors affecting the number of visits to the family physician

Variable	Number of visits to Family Physician		P
	≥ 2 n (%)	< 2 n (%)	
Gender			
Female	771 (58.4)	257 (46.8)	0.05
Male	550 (41.6)	226 (53.2)	
Mother's educational status			
Secondary school or under	653 (49.5)	253 (52.6)	0.24
High school and over	667 (50.5)	228 (47.4)	
Father's educational status			
Secondary school or under	428 (32.4)	166 (34.5)	0.41
High school and over	891 (67.6)	315 (65.5)	
Perceived economic status			
Bad/intermediate	908 (68.8)	322 (66.8)	0.42
Good/very good	412 (31.2)	160 (33.2)	
Family structure			
Nuclear	1091 (82.8)	336 (76.7)	0.003*
Extended / other	226 (17.2)	111 (23.3)	
Type of secondary school			
Public	1124 (85.2)	371 (77.3)	<0.001*
Private	195 (14.8)	109 (22.7)	
Type of high school			
Public	1139 (86.4)	338 (81.0)	0.004*
Private	179 (13.6)	91 (19.1)	
Region of high school*			
North	14 (56.0) ^{ab}	11 (44.0)	<0.001**
South	545 (78.1) ^b	153 (21.9)	
Middle	177 (77.3) ^b	52 (22.7)	
East	171 (58.2) ^a	123 (41.8)	
West	394 (75.9) ^b	125 (24.1)	

* Pearson's chi-square test

**Kruskal Wallis with Dunn-Bonferroni (a & b symbols stand for differences between groups)

Considering only the visits during the high school period; 81.5% (n=1276) of the visits were for diagnosis & treatment, 7.3% (n=114) were for 'need for a health report', 6.6% (n=103) for a 'routine health check' and 3.8% (n=59) for 'counselling'. Thirteen respondents (0.8%) did not remember their reason to visit the family physician.

The most frequently received medical care at the primary health care unit was laboratory screening (47.7%, n=784) and being questioned for the vaccination status (46.2%, n=758). The rate of

adolescents whose height and weight were measured was about 30%, and the rate of those whose blood pressure was measured was 20.9% (n=343). Only 12.3% (n=223) had undergone a full physical examination (Table 3).

Rates of having been asked by the family physician around the HEEADSSS approach show that family physicians were most likely to ask adolescents about their education & employment status (48.6%, n=798). The least questioned topic was sexual health (5.5%, n=90) (Table 3).

Table 3. Type of health care received

Preventive Health Care Practices	% (n)
Full physical examination	12.3 (223)
Weight measurement	29.3 (481)
Height measurement	28.3 (465)
Blood pressure measurement	20.9 (343)
Questioned for vaccination status	46.2 (758)
Questioned for diet/eating habits	30.5 (500)
Questioned for physical activity	29.0 (477)
Laboratory screening	47.7 (784)
Psychosocial Interview Topic Around The HEADSSS Approach	% (n)
Home and relationships	13.3 (218)
Education and employment	48.6 (798)
Healthy eating	30.5 (500)
Activities and hobbies	10.0 (164)
Drugs, alcohol, and tobacco	22.4 (367)
Sex and relationships	5.5 (90)
Self-harm, depression, and self-image	11.3 (186)
Safety and abuse	7.1 (116)

“Personal hygiene” was the most prominent topic in terms of having sufficient information (81.9%, n = 1610). The main topics that respondents would like to receive counseling were “psychological development” (59.3%, n=1071), “social development” (44.1%, n=797), and physical activity (38.8%, n=701). Female participants, were more likely to feel self-sufficient about ‘personal hygiene’ ($p=0.005$). The topic ‘drugs, alcohol & tobacco’ was not affected by gender. In all other health topics (physical development, psychological development, social development, healthy nutrition, physical

activity, sexual & reproductive health, safety & accidents, violence & abuse) males were more likely to feel self-sufficient compared to female participants ($p<0.05$).

The demand for counseling on ‘psychological and social development, healthy nutrition, physical activity, safety & accidents, and violence & abuse’ was statistically higher among female young adults. ‘Drugs, alcohol & tobacco’ was the only topic that men demanded more counseling when compared to women (Table 4).

Table 4. Comparison of counseling needs of women and men

Request for counseling		Male n (%)	Female n (%)	p
Physical development	yes	203 (26.1)	261 (25.3)	0.71
	no	574 (73.9)	769 (74.7)	
Psychological development	yes	393 (50.6)	678 (65.8)	<0.001*
	no	384 (49.4)	352 (34.2)	
Social development	yes	320 (41.2)	477 (46.3)	0.03*
	no	457 (58.8)	553 (53.7)	
Personal hygiene	yes	70 (9.0)	121 (11.7)	0.06
	no	707 (91.0)	909 (88.3)	
Healthy nutrition	yes	224 (28.8)	365 (35.4)	0.003*
	no	553 (71.2)	665 (64.6)	
Physical activity	yes	254 (32.7)	447 (43.4)	<0.001*
	no	523 (67.3)	583 (56.6)	
Sexual & reproductive health	yes	190 (24.5)	278 (27.0)	0.22
	no	587 (75.5)	752 (73.0)	
Drugs, alcohol & tobacco	yes	131 (16.9)	116 (11.3)	0.001*
	no	646 (83.1)	914 (88.7)	
Safety & accidents	yes	156 (20.1)	286 (27.8)	<0.001*
	no	621 (79.9)	744 (72.2)	
Violence & abuse	yes	170 (21.9)	279 (27.1)	0.01*
	no	607 (78.1)	751 (72.9)	

* Pearson's chi-square test

One of the survey questions was about the “source” of receiving counseling/information on health issues and the HEEADSSS topics. Participants were free to

mark more than one answer. According to the results, respondents received counseling from different sources besides their family physician.

Considering all information sources, the most commonly received counseling topic was ‘personal hygiene’ (64.6%, n=1173). Adolescents received least counselling on ‘violence & abuse’ (47.8%, n=864). ‘School’ was the leading source of information on all topics. Only 2.6% (n=47) had received counseling in all seven areas (addressed in

the HEADSSS approach) from their family physician. In response to the question “*from whom would you like to have received counseling from during adolescence?*” the most frequently marked option was the ‘family physician’ (51.6%, n=933), followed by the school (39%, n=705) (Table 5).

Table 5. Past and preferred source of counseling during adolescence

Past source	Family Physician	School	Family	Friends	Media
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
Physical development	7.8 (86)	61.4 (673)	18.8 (206)	13.8 (151)	20.0 (219)
Psychological development	4.4 (47)	59.5 (629)	21.2 (224)	9.4 (99)	16.4 (174)
Social development	4.0 (41)	66.4 (686)	22.2 (229)	18.9 (195)	18.3 (189)
Personal hygiene	10.1 (119)	67.3 (790)	32.6 (382)	5.5 (65)	14.4 (169)
Healthy nutrition	16.0 (178)	55.0 (612)	29.5 (328)	6.5 (72)	16.3 (181)
Physical activity	9.7 (99)	64.7 (660)	16.6 (169)	12.2 (124)	16.2 (165)
Sexual & reproductive health	7.1 (66)	64.6 (602)	13.9 (130)	7.3 (68)	19.2 (179)
Drugs, alcohol & tobacco	8.1 (86)	75.6 (806)	22.4 (239)	8.8 (94)	14.7 (157)
Safety & accidents	10.8 (102)	66.8 (630)	15.7 (148)	4.0 (38)	13.7 (129)
Violence & abuse	5.0 (43)	73.1 (632)	20.7 (179)	6.7 (58)	14.7 (127)
Preferred source	51.6 (933)	39.0 (705)	37.5 (678)	21.5 (389)	34.7 (627)

DISCUSSION

Most of the participants in this study affirmed at least one and visit to the family physician during early or middle adolescence and 73% stated at least two visits, which is compatible according to the national guideline recommendations.³ This finding was close to another study in which 70% of the adolescents had a health visit every four years.¹¹ These rates suggest that most of the young people do not face a major problem in accessing primary health care in Turkey. This is presumably a reflection of the development in the health care system in recent years.^{10,12} Although it would be more accurate to target at least one visit per year, studies report that many adolescents in even developed countries do not receive annual healthcare visits.^{7,13–15}

Access to health care services is highly affected by inequities mainly by poverty, limited transport, cultural norms, age, and gender.^{7,16} According to results in this study, gender, economic level or parents’ educational status did not affect visiting the family physician at the early and middle stages of adolescence. However, adolescents living in a nuclear family and adolescents attending public schools were more likely to have at least one visit per adolescence stage, as recommended in the guidelines. It is not surprising that living in a nuclear family structure has positive effects on receiving health care when compared to extended or scattered families. However, the fact that adolescents attending public schools have a higher rate for “at least two

visits” to family physicians is probably because this health service is also free of charge. This result also leads to the thought that families of students, who can afford private schools, also prefer private health services for their children. This may be due to quality concerns, lower waiting times, or the option to choose their doctor as discussed in another study.¹⁷

The negative effect of regional inequalities was observed in this study: the rate of adolescents with “at least two visits” was lower among those who continued their education in the eastern part of Turkey. This region owns lower health level indicators and higher infant mortality rates when compared to other regions in Turkey^{10,18}. Other studies also report that health care may vary not only between, but also within countries.¹⁹

The most common reason for admission to the family physician was for non-preventive services, mainly diagnosis and treatment which coincides with other studies.^{5,15} This result suggests that most of the adolescents are not seen regularly for preventive care, but mainly for irregular sick visits. To avoid missed opportunities and to provide preventive health services to young people, it is evident that acute care applications are opportunities for preventive health care delivery as recommended in another article.²⁰ Although nearly all of the participants in this study affirmed at least one visit to the family physician during early or middle adolescence and national

guidelines provide comprehensive preventing care recommendations, the results of this study prove that young people do not benefit sufficiently from their family physicians in terms of preventive health services. The rates of even basic physical examination elements such as height, weight, and blood pressure measurement were very low. Even fewer adolescents received behavioral screening and risk-reduction counseling. Very few adolescents had ever undergone a full physical examination. These findings coincide with a study where more than half of primary care physicians stated that periodic health examinations are insufficiently applied in primary care.²¹ However, findings show that the basic physical examination should not be neglected in adolescents. According to a national survey, the prevalence of hypertension was about 3%, prevalence of elevated plasma glucose was 9%, and prevalence of overweight or obesity was 22% among 15-24 aged young adults. Prevalence of psychiatric disorders (mainly depression) was found 11% in the same study.²²

In many countries, professional guidelines have been prepared to set standards for health care.²³ However, these guidelines are not followed regularly.^{24,25} Not receiving essential health services recommended by the guidelines may be related to different factors including lack of time and experience of the health personnel, unawareness of physicians on special needs for adolescents, lack of privacy and time alone with the provider, lack of courage and motivation of adolescents to ask questions to the provider. Furthermore, health care professionals may need support to use office materials like guidelines. An intervention study proved that training health staff to implement guidelines for adolescent preventive services may improve the quality of preventive services for adolescents.⁶ Probably, it will be more difficult to regulate the provision of services on issues that are considered taboo in society, like sexual & reproductive health, alcohol & drugs, and violence. However, adolescents need to be empowered especially in these areas since many children and young people face health challenges like sexually transmitted infections, unwanted pregnancies, injuries and violence, and mental diseases.²⁶⁻²⁸

When asked for the need for health information, requests for counseling on topics like sexual health, drugs, safety, and violence, which are major problems in adolescent health, were quite low. Yet, counseling requests may not reflect actual needs. Considering the priority health problems of young people, it is clear that many young people do not have accurate knowledge of these issues or cannot convert their existing knowledge and attitudes into behavior. Therefore, planning health education only according to the demands of young people may be the wrong

strategy. But it is of critical importance to involve young people in the decision-making process to achieve better outcomes.²⁹

As in adults, health needs in adolescents also vary by gender. Female participants were more interested in receiving counseling on 'psychological and social development, healthy nutrition, physical activity, safety & accidents, and violence & abuse'. It is a fact that women are still more exposed to violence and harassment than men worldwide and are probably, therefore, more concerned in learning about these issues. Also, the idea of becoming a mother in the future, taking care of the family, may have made female participants more sensitive about healthy nutrition. These results reaffirm the issue of gender inequality and the need to empower women, especially adolescents.^{30,31}

Male participants, on the other hand, were interested to gain more information about 'drugs, alcohol & tobacco'. Whereas, according to mortality reports, road injury and interpersonal violence are by far the leading cause of adolescent male mortality.³² All of these mortality causes (accidents, violence, and drugs) are interrelated and preventable situations triggering each other and should be considered as a whole.

Among all health information sources, "school" was in the foreground in all titles. School settings give the chance to deliver information to a large number of children. However, well-equipped educators or school nurses who can provide health education in schools may not always be available. Besides, it may be also difficult to provide privacy or meet individual demands. School-based health education is identified as very important especially for sexual and reproductive health issues which are generally difficult to talk about with family members³³. Provided that qualified educators are available, school environments should be considered as effective sources for health education.

Because of the ubiquity of the internet and privacy concerns, many adolescents may prefer to gain information from search engines where they can freely search without feeling any embarrassment. However, people, especially adolescents, may become overwhelmed with too much and confusing information bombardment. Therefore health professionals, teachers, and families of adolescents should guide these young people where to look for accurate online health information. Professionals involved in adolescent health should be aware that family relations and social background factors should be taken into account as parents with high education and income are more likely to teach their children health literacy skills.³⁴

Participants in this study stated that they received at least counseling from their family physicians. However, the family physician was the most preferred source for health information. Many studies prove the importance of primary care on adolescent health.³⁵⁻³⁸ Time alone spent with a trusted health care provider is critical for an adolescent to identify and discuss risky health-related behaviors.¹³ Primary healthcare providers should be aware that they play an optimal role in adolescent health.

Limitations: As the provincial directorate of the national education directorate did not offer legal permission (due to questions about sexual health, drugs, etc.), the survey could not be carried out on adolescents in the school environment. Similar problems are also indicated in another study conducted in Turkey.³⁹ Therefore, young adults (18-25 years) were identified as the research group.

Since this study was conducted as an online survey, it should be accepted that young people without internet access could not participate in this study. It also should be noted that the memory factor may have affected the responses.

CONCLUSION

Although most of the adolescents have access to health care facilities, young people do not receive adequate preventive health services. The present study indicates that very few adolescents were screened according to guideline recommendations. As family physicians were the most preferred source for counseling, interventions to increase family physicians' awareness of adolescent health needs are important to trigger preventive adolescent health services. In particular, studies should be carried out to increase family physicians' regular use of the guidelines. Non-preventive care visits should also be considered as an opportunity to reach out to adolescents.

Schools, where adolescents receive the most information should be strengthened in terms of standard and reliable health education. Considering the large dimension of adolescent health, it is recommended to give importance to the multidisciplinary approach and inter-sectoral cooperation to improve adolescent health comprehensively.

Adolescents' expectations should be valued and taken into consideration, but should not be the only criterion when deciding on topics of health interventions as they may have a low-risk perception.

Besides, interventions to reduce inequalities in communities are critical to ensure equal access for everyone to healthcare facilities.

REFERENCES

1. Lassi ZS, Salam RA, Das JK, Wazny K, Bhutta ZA. An unfinished agenda on adolescent health: Opportunities for interventions. *Semin Perinatol.* 2015;39(5):353-360. doi:10.1053/j.semperi.2015.06.005
2. World Health Organisation. Adolescents: health risks and solutions. World Health Organisation. <https://www.who.int/health-topics/news-room/factsheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. Published 2018. Accessed April 8, 2019.
3. Tezel B, Aydın S, eds. *Infant, Child, Adolescent Screening Guideline*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2018. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/yayinlar/Kitaplar/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokolleri_2018.pdf. Accessed August 21, 2019.
4. Smith GL, McGuinness TM. Adolescent Psychosocial Assessment: The HEEADSSS. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2017;55(5):24-27. doi:10.3928/02793695-20170420-03
5. Wong CA, Taylor JA, Wright JA, Opel DJ, Katzenellenbogen RA. Missed opportunities for adolescent vaccination, 2006-2011. *J Adolesc Heal.* 2013;53(4):492-497. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.05.009
6. Klein JD, Allan MJ, Elster AB, et al. Improving adolescent preventive care in community health centers. *Pediatrics.* 2001;107(2):318-327. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11158465>. Accessed March 19, 2019.
7. Azzopardi PS, C Hearps SJ, Francis KL, et al. Progress in adolescent health and wellbeing: tracking 12 headline indicators for 195 countries and territories, 1990-2016. *www.thelancet.com.* 2019;393:1101. doi:10.1016/S0140-6736(18)32427-9
8. Sacks D, Westwood M. An Approach To Interviewing Adolescents. *Paediatr Child Heal.* 2003;8(9):554-556.
9. World Health Organisation. Stages of adolescent development. World Health Organization. http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section/section_2/level2_2.php. Published 2010. Accessed August 20, 2019.
10. Hacettepe University Institute of Population Studies. *The 2013 Turkey Demographic and Health Survey*. Hacettepe University; 2014.

11. Ham P, Allen C. Adolescent health screening and counseling. *Am Fam Physician*. 2012;86(12):1109-1116. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23316983>. Accessed April 17, 2019.
12. Cullu F, Vural M. An Overview on Child Health Care in Turkey. *J Pediatr*. 2016;177:S213-S216. doi:10.1016/j.jpeds.2016.04.057
13. Daley AM, Polifroni EC, Sadler LS. "Treat Me Like a Normal Person!" A Meta-Ethnography of Adolescents' Expectations of Their Health Care Providers. *J Pediatr Nurs*. 2017;36:70-83. doi:10.1016/j.pedn.2017.04.009
14. Irwin CE, Adams SH, Park MJ, Newacheck PW. Preventive care for adolescents: few get visits and fewer get services. *Pediatrics*. 2009;123(4):e565-72. doi:10.1542/peds.2008-2601
15. Nordin JD, Solberg LI, Parker ED. Adolescent Primary Care Visit Patterns. *Ann Fam Med*. 2010;8(6):511-516. doi:10.1370/AFM.1188
16. Spencer N, Raman S, O'Hare B, Tamburlini G. Addressing inequities in child health and development: towards social justice. *BMJ Paediatr Open*. 2019;3(1):e000503. doi:10.1136/bmjpo-2019-000503
17. Tang C, Xu J, Zhang M. The choice and preference for public-private health care among urban residents in China: evidence from a discrete choice experiment. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):580. doi:10.1186/s12913-016-1829-0
18. Turkey Statistical Institute. Mortality rates, 2017. Turkey Statistical Institute. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27592>. Published 2017. Accessed August 22, 2019.
19. Jansen D, Saxena S, Azzopardi-Muscat N. Public Health Practice and Policy to Improve Child and Adolescent Health in Europe. *J Pediatr*. 2017;190:293-294.e2. doi:10.1016/j.jpeds.2017.07.043
20. Broder KR, Cohn AC, Schwartz B, et al. Adolescent immunizations and other clinical preventive services: a needle and a hook? *Pediatrics*. 2008;121 Suppl(Supplement 1):S25-34. doi:10.1542/peds.2007-1115D
21. Sözen F, Aydemir S, Kut A, Özbakır Z, Eminsoy G. Periodic Health Examination Knowledge, Attitudes and Behavior among Primary Care Physicians: A Descriptive Study of Preventive Care in Turkey. *Turkish J Fam Med Prim Care*. December 2019;418-426. doi:10.21763/tjfmpe.634371
22. Ünal B, Ergör G, Dinç Horasan G, Kalaça S, Sözmen K. *Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Çalışması*. (Ünal B, Ergör G, eds.). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı; 2013. www.thsk.gov.tr. Accessed June 23, 2020.
23. Elster AB. Comparison of recommendations for adolescent clinical preventive services developed by national organizations. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;152(2):193-198. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9491048>. Accessed August 24, 2019.
24. Crossen K. Missed opportunities for adolescent friendly care in hospital. *J Paediatr Child Health*. 2017;53(12):1176-1179. doi:10.1111/jpc.13626
25. Mihalopoulos NL, Stipelman C, Hemond J, Brown LL, Young PC. Universal Lipid Screening in 9- to 11-Year-Olds Before and After 2011 Guidelines. *Acad Pediatr*. 2018;18(2):196-199. doi:10.1016/j.acap.2017.11.006
26. *Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries*; 2011. https://www.who.int/immunization/hpv/target/preventing_early_pregnancy_and_poor_reproductive_outcomes_who_2006.pdf. Accessed August 25, 2019.
27. David-Ferdon C, Simon TR. *Preventing Youth Violence: Opportunities for Action*. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
28. WHO | *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescent's Health & Every Woman Every Child Initiative*. World Health Organization; 2019. <https://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/en/>. Accessed August 25, 2019.
29. Chapman L, Edbrooke-Childs J, Martin K, et al. A Mobile Phone App to Support Young People in Making Shared Decisions in Therapy (Power Up): Study Protocol. *JMIR Res Protoc*. 2017;6(10):e206. doi:10.2196/resprot.7694
30. Kuruvilla S, Bustreo F, Kuo T, et al. The Global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): a roadmap based on evidence and country experience. *Bull World Health Organ*. 2016;94(5):398. doi:10.2471/BLT.16.170431
31. Turkish General Directorate on the Status of Women. *Domestic Violence against Women in Turkey*. Ankara; 2009. www.ksgm.gov.tr.
32. WHO | Causes of death among adolescents. WHO. 2018. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/data/causes-death-adolescents/en/. Accessed September 6, 2019.
33. Kennedy EC, Bulu S, Harris J, Humphreys D, Malverus J, Gray NJ. These issues aren't talked about at home: a qualitative study of the

- sexual and reproductive health information preferences of adolescents in Vanuatu. *BMC Public Health*. 2014;14(1):770. doi:10.1186/1471-2458-14-770
34. Fleary SA, Joseph P, Pappagianopoulos JE. Adolescent health literacy and health behaviors: A systematic review. *J Adolesc*. 2018;62(November 2017):116-127. doi:10.1016/j.adolescence.2017.11.010
35. Duncan LR, Pearson ES, Maddison R. Smoking prevention in children and adolescents: A systematic review of individualized interventions. *Patient Educ Couns*. 2018;101(3):375-388. doi:10.1016/j.pec.2017.09.011
36. Lempp T, Heinzl-Gutenbrunner M, Bachmann C. Child and adolescent psychiatry: which knowledge and skills do primary care physicians need to have? A survey in general practitioners and paediatricians. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(4):443-451. doi:10.1007/s00787-015-0757-6
37. Haller DM, Favrod-Coune T, Dvůřák C, Herzig L. Prevention of binge drinking in adolescents: do family doctors have a role to play? *Rev Med Suisse*. 2014;10(430):1062, 1064-1067. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24930152>. Accessed March 19, 2019.
38. Pinsonneault L, Déry V. Family physicians and treatment of pediatric obesity: findings drawn from the creation of clinical practice guidelines. *Can Fam Physician*. 2012;58(5):e238, 502. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22734166>. Accessed March 19, 2019.
39. Karabulutlu Ö, Kılıç M. Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Ve Üreme Sağlığı Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg*. 2011;14(2):39-45. <https://dergipark.org.tr/download/article-file/29495>. Accessed August 20, 2019.



Original Research / Özgün Araştırma

Determination of Beck Depression Inventory Scores of the Patients in a Hemodialysis Center: Evaluation with a Holistic Approach

Bir Hemodiyaliz Merkezindeki Hastalarının Beck Depresyon Envanteri Puanlarının Belirlenmesi: Holistik Bir Yaklaşımla Değerlendirme

Ali Timuçin ATAYOĞLU¹, Sibel DOĞAN², Mehmet Erhan SAYALI³

ABSTRACT

Aim/ Background: The holistic approach in medicine refers to addressing an individual as a whole. Family physicians should be familiar with psychological as well as physical problems of their hemodialysis patients. This study aims to measure depressive mood levels of patients in a hemodialysis center, and to investigate the potential risk factors with a holistic approach. **Method:** This study was conducted on patients receiving treatment at a private hemodialysis center. During the hemodialysis session, the patients's blood samples were taken, and serum phosphorus, creatinine, albumin, and hematocrit levels were measured. A semi-structured questionnaire form was used to investigate the sociodemographic characteristics and the Beck Depression Inventory (BDI) was used to determine depressive mood level of the patients. **Results:** This study was conducted on a sample of 88 patients (33 female, 55 male). The mean BDI scores were 16.7 ± 9.8 , and when the cut-off point of BDI was taken as 15, the rate of depressive mood was %56.8 for hemodialysis patients. We evaluated the duration of illness, family structure, educational level, having non-renal comorbid disease, employment status, economic status, and also blood creatinine, albumin, phosphorus, and hematocrit levels. The mean BDI score was significantly lower in patients who lived in simple nuclear families with fewer than six individuals at home. **Conclusion:** The holistic approach is essential, especially in chronic disease follow-up in primary healthcare. Family support and psychological evaluation with a holistic approach are vital for hemodialysis patients.

Keywords: Chronic renal failure, depression, family physicians, hemodialysis, holistic approach

ÖZET

Amaç: Tıpta bütüncül yaklaşım, bireyi bir bütün olarak ele almayı ifade eder. Aile hekimleri, takip ettikleri hemodiyaliz hastalarının fiziksel problemleri kadar psikolojik sorunlarından da haberdar olmalıdır. Bu çalışmada, bir hemodiyaliz merkezinde tedavi gören hastaların depresif duygudurum seviyesi ve olası risk faktörlerini bütüncül yaklaşımla tespit etmeyi amaçladık. **Yöntem:** Bu çalışma, özel bir hemodiyaliz merkezinde tedavi gören hastalar üzerinde gerçekleştirildi. Hemodiyaliz seansı sırasında hastalar tartılarak diyetle uyum tespiti yapıldı, serum fosfor, kreatinin, albümin ve hematokrit düzeyleri ölçüldü. Hastaların sosyodemografik özelliklerini araştırmak için yarı yapılandırılmış bir anket formu ve depresif duygudurum seviyesinin belirlenmesi için Beck Depresyon Envanteri (BDE) kullanıldı. **Bulgular:** Bu çalışma 88 hastadan (33 kadın, 55 erkek) oluşan bir örnek üzerinde yürütülmüştür. Ortalama BDE skoru 16.7 ± 9.8 idi ve BDE'nin kesme noktası 15 olarak alındığında, hemodiyaliz hastalarında depresyon oranı % 56.8 idi. Hastalık süresi, aile yapısı, eğitim düzeyi, böbrek dışı komorbid hastalık varlığı, istihdam durumu, ekonomik durum ve ayrıca kan kreatinin, albümin, fosfor ve hematokrit düzeyleri değerlendirildi. Evde altı kişiden az birey olan basit çekirdek ailelerde yaşayan hastalarda ortalama BDE skoru anlamlı olarak düşük saptandı. **Sonuç:** Bütüncül yaklaşım birinci basamakta özellikle kronik hastalık takibinde önemlidir. Hemodiyaliz hastaları için aile desteği ve bütüncül bir yaklaşımla psikolojik değerlendirme hayattır.

Anahtar kelimeler: Kronik böbrek yetmezliği, depresyon, aile hekimi, hemodiyaliz, bütüncül yaklaşım

Received / Geliş tarihi: 08.04.2020, Accepted / Kabul tarihi: 03.09.2020

¹Istanbul Medipol University, Department of Family Medicine, International School of Medicine, Istanbul-Turkey

²Istanbul Medipol University, Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Health Science, Istanbul-Turkey

³Acibadem University, Department of Family Medicine, Medical Faculty, Istanbul-Turkey

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ali Timuçin Atayoglu, Department of Family Medicine, International School of Medicine, Medipol University, Istanbul, 34810, Turkey, E-mail: atimucinatayoglu@gmail.com

Atayoglu AT, Dogan S, Sayali ME. Determination of Beck Depression Inventory Scores of the Patients in a Hemodialysis Center: Evaluation with a Holistic Approach. TJFMPC, 2020;14(4): 598-604. DOI: 10.21763/tjfm.716172

INTRODUCTION

Chronic renal failure (CRF) is a life-threatening disease that may affect all age groups and lead to various physical complications, such as anemia, serum electrolyte imbalances, and fluid buildup as well as psychological complications such as depression and anxiety.¹ Chronic renal failure is increasingly becoming common in developed and developing countries.^{1,2}

Current treatment options for end-stage renal disease (ESRD) include renal transplantation (RT), peritoneal dialysis (PD) and hemodialysis (HD).^{1,2} As the population of CRF patients grows, primary care physicians are needed increasingly to be involved in the management of these patients.^{3,4}

Hemodialysis is an important treatment modality that improves the quality of life and prolongs the life expectancy of renal patients. However, some psychosocial difficulties, such as deterioration of working capacity, decrease in physical activity, domestic problems, and sexual dysfunctions, may make compliance to treatment difficult and may negatively affect the prognosis of the disease.⁵

After the dialysis phase, the survival of CRF patients is highly dependent on a mechanical device, and psychological disorders may appear quite common in patients under severe physical and psychosocial stress factors. Therefore, CRF is considered as a clinical picture that leads up to both physical and psychological symptoms, and thus working with a mental healthcare team at every stage of its treatment is frequently recommended.⁶

Depression is a common but underdiagnosed problem in patients with CRF. Depression is a significant cause of morbidity worldwide, as the epidemiology has shown; lifetime prevalence estimates vary widely, from 3% to 17%. However, challenging situations may arise for making an accurate diagnosis because of the overlap between symptoms of CRF and those of depression.⁷

Emotional status, personal and environmental adjustment, and personality traits of dialysis patients have been evaluated in many studies.⁸⁻¹¹ It was shown that psychiatric morbidity increased in dialysis patients, and the prevalence of mental disorders, such as depression, anxiety, adjustment disorder, and sexual disorders, could be as high as 50%.^{8,9} Quality of life among dialysis patients is lower as compared to some other chronic diseases, such as congestive heart failure, diabetes, depression, and even cancer.¹⁰ Dialysis patients and patients who had undergone kidney transplantation were compared, and it was found that patients who

had undergone transplantation had a better quality of life. Problems were less common compared to dialysis patients.¹¹

The World Health Organisation (WHO) defines 'health' as "a state of complete physical, mental, and social well-being not merely the absence of disease or infirmity".¹² That definition requires consideration of the 'holistic approach' in a 'biopsychosocial' model, for the management and prevention of disease. Physicians in primary healthcare are expected, addressing the majority of healthcare needs by offering integrated healthcare services, and they become the first resort for essential medical services among people with health issues.¹³ Therefore, family medicine is served as the advocate of the holistic or biopsychosocial model as part of the perspective of the discipline.¹³ The holistic approach is particularly useful to address chronic diseases, and primary healthcare professionals may use this perspective to improve clinical outcomes through creating awareness on the interactions among biological, psychological, socio-cultural, and spiritual factors.¹³ It can be seen that chronic illnesses may cause a lifestyle for such patients with physical as well as psychological aspects.¹⁴ Chronic renal failure has forced a particular lifestyle for patients, especially after hemodialysis has begun to be implemented.¹⁵ In patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis, it has been reported that psychosocial factors, as well as disease variables and treatment characteristics, play a role in compliance with hemodialysis treatment.¹⁶

One of the most common symptoms in hemodialysis patients is their great dilemma. On the one hand, they want to be as independent as possible in their work, family, and social lives. On the other hand, they need to be strictly dependent on the hemodialysis treatment and specific protocols for a significant part of their daily lives. Moreover, they may face a life-threatening condition at any moment, just like patients in intensive care units. Despite all the advances in treatment modalities, the annual mortality rate is currently 8% in patients undergoing hemodialysis treatment, and patients are aware of this.¹⁶ Furthermore, the gradual weakening of social relations, increasing financial problems related to low productivity in social life, and especially the changes in family roles are some of the challenges posed by the new lifestyles of these patients.

In this study, we aimed to evaluate the depressive mood levels of patients in a hemodialysis center and to investigate the risk factors with a holistic approach.

METHODS

Design and Setting

This study is a cross-sectional evaluation of depressive mood of the hemodialysis patients in a certain medical center between 1st December and 30th December 2002. It was conducted on patients receiving treatment at Private Capa Hemodialysis Center. To carry out this study, written permission was obtained from the institution where this study was conducted, ethical approval was obtained from the Ethics Committee of the Taksim Training and Research Hospital for the thesis of specialization in medicine which was registered at the archive of the Databases of National Thesis Center of the Council of Higher Education (No:10334630 / 2003).

Patient's medical records of examination and medical history were used to identify the eligibility according to the inclusion and exclusion criteria of the study. Patients were informed about the purpose of this study, and verbal and written consent was obtained from each participant.

The inclusion criteria were as follows:

- 1- Age:18-74 years old
- 2- Hemodialysis at least twice a week

The exclusion criteria were as follows:

- 1- Having history of being diagnosed with major depression
- 2- Having a physical or psychological disorder that would prevent the participant from completing the tests by herself / himself
- 3- Having a physical or psychological disorder that would prevent the participant's communication

Hemodialysis patients were asked to answer the questionnaires presented to them in relaxation during the period between two hemodialysis sessions. The patients were interviewed for an average of 10-15 minutes. After briefly explaining the purpose and importance of this study, they were provided with explanatory information about the tests to be completed, and the tests were delivered to the patients to be returned by the next session.

In the first part of this study, patients were divided into two groups according to BDI results (cut-off point = 15), and both groups were compared with each other concerning socio-demographic characteristics and patient history. In the second part of this study, both groups were evaluated concerning blood tests and fluid-diet compliance.

Measures

Semi-structured Interview Form: This form was used to collect information about the patients' age,

gender, education, marital status, and income status, and their personal and family medical history.

Beck Depression Inventory (BDI): It is a multiple-choice self-report inventory created by Aaron T. Beck for measuring the severity of depression. In this study, the Turkish version of BDI that is a valid and reliable questionnaire was used.¹⁷ This scale consists of a total of 21 items, each consisting of four statements and scored between 0-3 according to the selected answer. The highest score that can be obtained is 63, and high scores indicate the severity of depressive symptoms. Although in the literature, the proposed cut-off values differ, in the present study, we based our analysis on the reports stating that the cut-off value should be as 15 points.¹⁸

Blood Tests: Blood samples were collected during the hemodialysis session, and serum creatinine, phosphorus, albumin, and hematocrit levels were determined.

Patient's Medical Record (PMR): It is used to identify the patients who meet the inclusion criteria of the study. Patients' compliance with the fluid-diet was also determined by interdialytic daily weight gain retrieved from the medical records.

Statistical Analysis

SPSS for Windows 10.0 statistical package program was used to evaluate the results of this study. Chi-square test, t-test, Mann-Whitney U test, Fisher exact test, and Kruskal-Wallis variance analysis tests were used where necessary. Descriptive statistics of the data were given as percentage values, arithmetic mean, standard deviation (SD), median, minimum and maximum values. Shapiro-Wilk normality test was used to determine whether the data showed normal distribution. In case the data did not show normal distribution, Mann-Whitney U test was used for independent group comparisons, Kruskal-Wallis test was used for more than two independent group comparisons, and Wilcoxon Signed Rank Test was used for the two dependent groups comparison. Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$. Besides, the correlation between the scales was determined using the Pearson correlation test.¹⁹

RESULTS

With the population of 100 patients who receive regular treatment in the hemodialysis center, for a 95% level of confidence and a 5% margin of error, the sample size would be 80 patients. This study was conducted on a sample of 88 patients, 33 females (37.5%), and 55 males (62.5%), who met the inclusion criteria. The mean age was 53.14 ± 15.88 (range 18-74 years), the mean duration of the CRF

was 5.07 ± 3.45 years, and the mean duration of dialysis treatment was 3.18 ± 3.15 months.

Table 1. Mean and standard deviation (SD) values of BDI

	Mean	SD
BDI	16,68	9,79
Age	53,14	15,88
Number of people in the house	3,99	1,69
Income (TL/month)	517,3	337,02
Hemodialysis duration (years)	3,18	3,15
Creatinine	2,79	1,02
Phosphorus	5	1,53
Albumin	3,78	0,51
Hematocrit	30,3	5,16

BDI: Beck Depression Inventory

Patients were divided into two groups based on their BDI scores as patients with a score of 14 or less and patients with a score of 15 or more. BDI scores of female patients were higher; however, the correlation between BDI scores and gender differences were not found to be significant ($p > 0.05$)

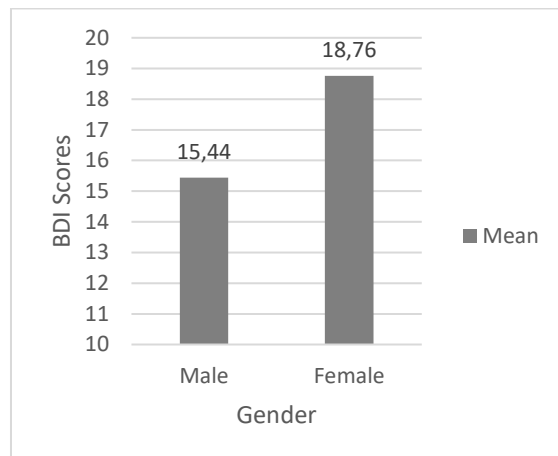


Figure 1. Relationship between gender and BDI scores.

In the statistical evaluation of the data obtained from the aforementioned forms and scales, the mean BDI score of the study group was found to be 16.68 ± 9.79 . When the BDI cut-off point was taken as 15, depressive mood rate was found to be 56.8% in the study group. There was no statistically significant difference in accordance with the patients' compliance with the fluid-diet, regarding their Beck Inventory scores ($p > 0.05$). There was no significant correlation between Beck Depression Inventory scores and creatinine, phosphorus, albumin, and hematocrit levels ($p > 0.05$).

There was no significant correlation between the Beck Depression Inventory scores and age, gender, employment status, income level, education level, social security, weekly dialysis session frequency, satisfaction with a dialysis center,

duration of hemodialysis treatment, presence of comorbidities ($p > 0.05$).

There was no statistically significant correlation between marital status and the Beck Depression Inventory scores ($p > 0.05$)

Table 2. Relationship between the conditions in the house and BDI scores.

BDI	0-14		15 and over		p
	N	%	N	%	
Marital Status					
Married	27	45,8	32	54,2	0,617
Single	7	50	7	50	
Widowed / Divorced	5	33,3	10	66,7	
Number of individuals in the house					
3 and less	15	44,1	19	55,9	0,205
4 or 5	21	51,2	20	48,8	
6 and over	3	23,1	10	76,9	

BDI: Beck Depression Inventory

However, it was found that the mean Beck Depression Inventory score was significantly lower in patients who lived in simple nuclear families with fewer than six individuals at home ($p < 0.019$).

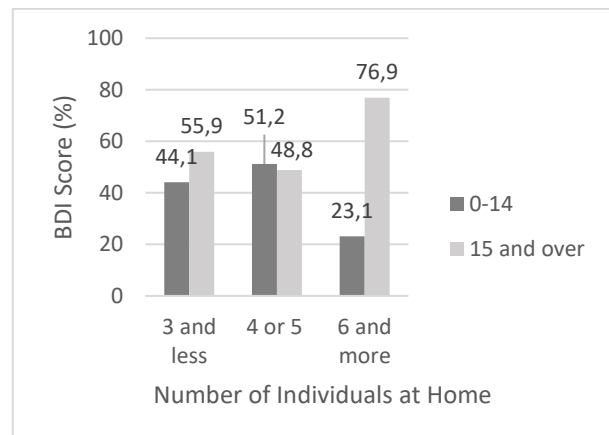


Figure 2. Relationship between the conditions in the house and BDI scores

DISCUSSION

Quite number of epidemiological studies have evaluated the psychosocial stress and the prevalence of depression in CRF patients.²⁰⁻³³ Several studies have examined the relationship between the level of depressive effects and diagnosis of depression and medical factors in different ethnic groups or genders.²⁴⁻²⁸ Gender differences in the prevalence of depression are well documented, and females are more likely to present with internalizing disorders, such as depression and anxiety.²⁹ In the present study, although the BDI scores of female patients were higher, the correlation between BDI scores and gender differences were not found to be significant (Figure 1).

According to literature, various psychological disorders, including depression, can be seen in uremia,^{29,30} however, it is possible that the changes in blood biochemistry can be successfully treated in patients who regularly attend a hemodialysis program. According to Akman et al., depressive disorder in dialysis was associated with a doubled risk of no compliance with calcium-phosphorus dietary prescriptions. Cirillo et al. reported that the severity of depressive symptoms seemed to be related to serum phosphorus levels.³⁰ Teles et al. showed that anemia and hypoalbuminemia were associated with a reduced quality of life in hemodialysis patients.³¹

A possible relation between depressive mood and diet compliance of patients has been studied.^{32,33} According to Natasha et al., depressed patients are less likely to adhere to weight gain restrictions³⁴; however, several other studies found no relationship between fluid restriction compliance and depressive symptoms.³³

Previously, Najafi et al. showed that the prevalence of depression was higher in women than in men.³³ Literature also suggests that depression is associated with the length of hemodialysis, and the prolongation of the duration of both the disease and hemodialysis treatment plays a role in the formation of depression.^{34,35} Epidemiological research has also shown that education has protective effects on health³⁶ and low socio-economic status is associated with a higher prevalence of depression.^{37,38}

In this study, the average Beck Depression Inventory score was significantly less in patients who live in nuclear families with fewer individuals living at home. This result can be explained by the possible poor distribution of income since, in the literature, low economic status is associated with a higher prevalence of depression.^{37,38} On the other hand, lack of privacy is a common complaint among people who live in a crowded joint family with many members in a small house. While there are some studies which have considered nuclear type family system, a risk factor,³⁹ family abandonment is a significant risk factor for depression.⁴⁰

As a limitation, this study was based on the data that was collected from a limited number of patients from a certain medical center. Furthermore, in participants with concomitant physical illness such as CRF, the BDI's reliance on physical symptoms such as fatigue may artificially inflate scores due to symptoms of the illness, rather than of depression. The BDI is a screening device for depressive mood rather than a diagnostic tool for clinical depression. To diagnose depression, clinical examination is needed and symptom criteria for major depressive disorder in the Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) are commonly used. Further studies with multivariate statistical analysis of a larger sample size and a more extended follow-up period with clinical examination are required to conclude a causal association.

CONCLUSION

The holistic approach is crucial particularly for hemodialysis patients. In chronic physical diseases, psychological statuses of patients are known to have a significant effect on the success of the treatment, life expectancy, and quality of life of the patient. When we look at the results of our study from this perspective, the importance of close cooperation between hemodialysis units and psychiatry clinics and the necessity of increasing the number of consultation-liaison psychiatry units become evident. Thus, psychological support and counseling services can be provided from the onset of hemodialysis treatment and help to control the level of hopelessness and depression that are highly frequent in this patient group.

The relationship between perceived decreased family support and depression levels in hemodialysis patients should be considered. To compensate for this situation, the treatment team must establish close relations with the patient and the family. By doing so, the patient and his/her family can be informed about the type, treatment, and necessities of the disease, and also, the meaning and importance of the support needed by the patient can be emphasized to the family members.

It is vital to ask the patients how they are, how their family relationships are going, and listen to their answers carefully. Psychological evaluation of hemodialysis patients should be carried out, and psychological support should be provided. The family has a fundamental role for all patients, and lack of family support is a risk factor for depression.

Acknowledgments: The authors are thankful to Ayten Guner, MD and Erel Aksoy, MD from Taksim Training and Research Hospital, and Prof. Erbey Tilkioğlu, MD, David Cukran, MD and Figen Akbaş, CHN from the Capa Hemodialysis Center.

Funding None

Compliance with ethical standards

Conflict of interest The authors have no competing interests to report.

REFERENCES

1. Sanyaolu A, Okorie C, Annan R, Turkey H, Akhtar N, Gray F, et al. Epidemiology and management of chronic renal failure: a global public health problem. *Biostatistics Epidemiol Int J.* 2018;1(1):11-16.

2. Paulman P, Taylor RB, Paulman AA, et al. (Eds) Family medicine: Principles and practice. *Fam. Med. Princ. Pract.* 2017.
3. Saxena R, West C. Peritoneal Dialysis: A Primary Care Perspective. *J Am Board Fam Med.* 2006;19(4):380-9.
4. Major RW, Shepherd D, Medcalf JF, Xu G, Gray LJ, Brunskill NJ. The Kidney Failure Risk Equation for prediction of end-stage renal disease in UK primary care: An external validation and clinical impact projection cohort study. *PLoS Med.* 2019;16(11):e1002955. doi:10.1371/journal.pmed.1002955
5. McKercher CM, Venn AJ, Blizzard L, Nelson MR, Palmer AJ, Ashby MA, et al. Psychosocial factors in adults with chronic kidney disease: Characteristics of pilot participants in the Tasmanian Chronic Kidney Disease study. *BMC Nephrol.* 2013;12:14:83.
6. Mendes A. Psychology in kidney care: an inherent part of practice. *Journal of Kidney Care.* 2017;2(3):180–181. doi:10.12968/jokc.2017.2.3.180
7. Junior GBS, Barbosa AMO, Silva GPF, Lima GR, Santana CC, Silva TG, et al. Depressive symptoms in chronic kidney disease: A comparison between patients on dialysis versus conservative treatment. *Nefrol. Latinoam.* 2017;14(4):153-159.
8. Spielberger CD. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form Y). *Consult. Psychol. Palo Alto.* 1983.
9. Cohen SD, Cukor D, Kimmel PL. Anxiety in patients treated with hemodialysis. *Clin. J. Am. Soc. Nephrol.* 2016;7;11(12):2250-2255.
10. Guan Y, He YX. Effect of advanced care on psychological condition in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis: A protocol of a systematic review. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(10):e14738. doi:10.1097/MD.00000000000014738
11. Maglakelidze N, Pantsulaia T, Tchokhanelidze I, Managadze L, Chkhotua A. Assessment of health-related quality of life in renal transplant recipients and dialysis patients. *Transplant. Proc.* 2011;43(1):376-9.
12. Constitution W. World Health Organisation. Geneva (www who int/en). 1946.
13. Kusnanto H, Agustian D, Hilmanto D. Biopsychosocial model of illnesses in primary care: A hermeneutic literature review. *J Family Med Prim Care* 2018;7:497-500
14. Choi NG, Sullivan JE, DiNitto DM, Kunik ME. Associations between psychological distress and health-related behaviors among adults with chronic kidney disease. *Preventive Medicine.* 2019. doi:10.1016/j.ypmed.2019.06.007
15. D'Onofrio G, Simeoni M, Rizza P, Caroleo M, Capria M, Mazzitello G, et al. Quality of life, clinical outcome, personality and coping in chronic hemodialysis patients. *Ren. Fail.* 2017;39(1):45-53.
16. Jeon HO, Kim J, Kim O. Factors affecting depressive symptoms in employed hemodialysis patients with chronic renal failure, *Psychology, Health & Medicine.* 2019. doi: 10.1080/13548506.2019.1702218
17. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin Geçirliği Üzerine Bir Çalışma, *Psikoloji Dergisi;* 1988. 6;118-126.
18. Von Glischinski M, von Brachel R, Hirschfeld G. How depressed is "depressed"? A systematic review and diagnostic meta-analysis of optimal cut points for the Beck Depression Inventory revised (BDI-II). *Qual Life Res.* 2019;28(5):1111-1118.
19. Bougioukas KI, Haidich AB. Medical Biostatistics: Basic Concepts. In: Papademetriou V., Andreadis E., Geladari C. (eds) *Management of Hypertension.* Springer, Cham. 2019.
20. Ma TKW, Li PKT. Depression in dialysis patients. *Nephrology.* 2016;21(8):639–646. doi:10.1111/nep.12742
21. Finkelstein SH. Depression in chronic dialysis patients: Assessment and treatment. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2000;15(12):1911-3.
22. Kokoszka A, Leszczyńska K, Radzio R, Daniewska D, Łukasiewicz A, Orzechowski WM, et al. Prevalence of depressive and anxiety disorders in dialysis patients with chronic kidney disease. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy.* 2016; 1: 8–13 doi: 10.12740/APP/61977
23. Nikolaou S, Tsagaridou M, Lavranos G, Kleinaki Z. The prevalence of depression in patients with chronic renal failure and its correlation with clinical risk factors. *Archives of Hellenic Medicine.* 2017;34(4):476-482.
24. Senanayake S, Gunawardena N, Palihawadana P, Suraweera C, Karunarathna R, Kumara P. Depression and psychological distress in patients with chronic renal failure: Prevalence and associated factors in a rural district in Sri Lanka. *Journal of Psychosomatic Research.* 2018;112:25–31. doi:10.1016/j.jpsychores.2018.06.009
25. Coulibaly G, Goumbri PP, Lengani HYA, Millogo T, Zoma VP, Dabilgou A, et al. Anxiété et dépression au cours de l'insuffisance rénale chronique avant le stade terminal au centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou (Burkina Faso). *Néphrologie & Thérapeutique.* 2019;15(7):506-510 doi:10.1016/j.nephro.2019.07.329
26. Chen SF, Wang IJ, Lang HC. Risk of major depression in patients with chronic renal failure on different treatment modalities: A matched-cohort and population-based study in Taiwan.

- Hemodialysis International. 2015;20(1):98–105. doi:10.1111/hdi.12334
27. Khan A, Khan AH, Adnan AS, Sulaiman SAS, Mushtaq S. Prevalence and predictors of depression among hemodialysis patients: a prospective follow-up study. *BMC Public Health*. 2019;19:531.
 28. Ravaghi H, Behzadifar M, Behzadifar M, Taheri Mirghaed M, Aryankhesal A, Salemi M, et al. Prevalence of Depression in Hemodialysis Patients in Iran; A Systematic Review and Meta-analysis. *Iranian Journal of Kidney Diseases*. 2017;11(2):90-98.
 29. Nolen-Hoeksema S, Hilt LM. Gender differences in depression. In *Handbook of Depression*. Eds. Gotlib ih, Hammen cl. 386–404, Guilford Press, New York, NY, USA, 2nd edition, 2009.
 30. Cirillo L, Cutruzzulà R, Somma C, Gregori M, Cestone G, Pizzarelli C, et al. Depressive Symptoms in Dialysis: Prevalence and Relationship with Uremia-Related Biochemical Parameters. *Blood Purification*. 2018;286–291. doi:10.1159/000491014
 31. Teles F, Albuquerque ALA, Lins IKFG, Medrado PC, Costa AFP. Quality of life and depression in haemodialysis patients. *Psychology, Health & Medicine*. 2018;23(9):1069-1078. doi: 10.1080/13548506.2018.1469779
 32. Kaveh K, Kimmel PL. Compliance in hemodialysis patients: Multidimensional measures in search of a gold standard. *Am. J. Kidney Dis*. 2001;37(2):244-66.
 33. Najafi A, Keihani S, Bagheri N, Ghanbari Jolfaei A, Mazaheri Meybodi A. Association Between Anxiety and Depression With Dialysis Adequacy in Patients on Maintenance Hemodialysis. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2016;10(2):e4962. doi:10.17795/ijpbs-4962
 34. Natashia D, Yen M, Chen HM, Fetzer SJ. Self-Management Behaviors in Relation to Psychological Factors and Interdialytic Weight Gain Among Patients Undergoing Hemodialysis in Indonesia. *Journal of Nursing Scholarship*. 2019. doi:10.1111/jnu.12464
 35. Kimmel PL, Peterson RA, Weihs KL, Shidler N, Simmens SJ, Alleyne S, et al. Dyadic relationship conflict, gender, and mortality in urban hemodialysis patients. *J. Am. Soc. Nephrol*. 2000;11(8):1518-25.
 36. Baker DP, Leon J, Smith Greenaway EG, Collins J, Movit M. The education effect on population health: a reassessment. *Popul Dev Rev*. 2011;37(2):307–32.
 37. Freeman A, Tyrovolas S, Koyanagi A, Chatterji S, Leonardi M, Ayuso-Mateos JL, et al. The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*. 2016;16:1098. doi:10.1186/s12889-016-3638-0
 38. van Deurzen I, van Ingen E, van Oorschot WJH. Income Inequality and Depression: The Role of Social Comparisons and Coping Resources. *European Sociological Review*. 2015;31(4):477–489. doi:10.1093/esr/jcv007
 39. Ali BS, Rahbar MH, Naeem S, Tareen AL, Gul A, Samad L. Prevalence of and factors associated with anxiety and depression among women in a lower middle class semi-urban community of Karachi, Pakistan. *J Pak Med Assoc*. 2002;52(11):513–17.
 40. de Araújo AA, Barbosa RASR, de Menezes MSS, de Medeiros IIF, de Araújo Jr RF, de Medeiros CACX. Quality of Life, Family Support, and Comorbidities in Institutionalized Elders With and Without Symptoms of Depression. *Psychiatr Q*. 2016;87:281–291. doi:10.1007/s11126-015-9386-y



Original Research / Özgün Araştırma

Identification of Women's Attitudes towards Early Diagnosis of Cervical Cancer

Kadınların Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi

Meltem AKBAS¹, Sule GOKYILDIZ SURUCU¹, Burcu AVCIBAY VURGEÇ¹

ABSTRACT

Purpose: Identification of women's attitudes towards early diagnosis of cervical cancer is important in terms of overcoming the barriers to the solution to a global health problem. In this regard, the purpose of this study is to identify women's attitudes towards early diagnosis of cervical cancer. **Methods:** This descriptive and cross-sectional study utilized a stratified, proportional sampling method. The participants were 1248 women aged between 20 and 64 who applied to the Maternity and Children Hospital polyclinics due to any reason. Data were collected through the socio-demographic form which was originally developed by the researchers in line with the literature and the Attitude Scale toward Early Detection of Cervical Cancer. **Results:** Of all the participants, 66.6% were found to have a regular gynecological examination. Almost half of the women who did not undergo regular examination reported to have done so because they felt embarrassed. Attitudes of women towards early diagnosis of cervical cancer were found to be at moderate level. Age, education level, financial situation, and being married were identified as the factors that affected attitudes towards early diagnosis ($p<0.05$). Perceived susceptibility, seriousness, and benefits of women who had regular gynecological examination were found to be significantly higher than those who did not. **Conclusions:** In line with the findings, although there is a reliable and accessible test that enables early diagnosis of cervical cancer, medium level of attitudes among women is an important barrier in preventing and decreasing deaths caused by cervical cancer.

Key words: Cervical cancer, pap smear, early diagnosis, attitudes.

ÖZET

Amaç: Kadınların serviks kanserinin erken tanısına ilişkin tutumlarının belirlenmesi küresel bir sağlık probleminin çözümündeki engelleri aşmak bakımından önemlidir. Bu bağlamda araştırmanın amacı, kadınların servikal kanserin erken tanısına ilişkin tutumlarını belirlemektir. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu çalışmada tabakalı, oranlı olasılığa dayalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışmanın yapıldığı tarihlerde herhangi bir nedenle ilgili polikliniğe başvuran, 20-64 yaş arasındaki 1248 kadın oluşturmuştur. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda özgün olarak hazırlanan sosyo-demografik anket formu ve Servikal Kanserin Erken Tanısına İlişkin Tutum Ölçeği ile toplanmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılan kadınların %66.6'sı düzenli jinekolojik muayeneye gitmektedir. Düzenli muayeneye gitmeyen kadınların yaklaşık yarısı utandıkları için kaçındıklarını ifade etmiştir. Serviks kanserinde erken tanıya ilişkin tutumlarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Yaş, eğitim, ekonomik durum ve evli olmak erken tanıya ilişkin tutumlarını etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir ($p<0.05$). Düzenli jinekolojik muayeneye gidenlerin erken tanıya ilişkin duyarlılık, ciddiyet, yarar algıları gitmeyenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. **Sonuçlar:** Bulgular doğrultusunda serviks kanserinin erken tanılanmasını sağlayan güvenilir ve ulaşılabilir bir test olmasına rağmen kadınların orta düzeyde bir tutum sergilemeleri serviks kanserine bağlı ölümlerin önlenmesinde ve azaltılmasında önemli bir engeldir.

Anahtar kelimeler: Servikal kanser, pap smear, erken tarama, tutum.

Received / Geliş tarihi: 08.07.2020, Accepted / Kabul tarihi: 09.09.2020

¹Cukurova University Faculty of Health Sciences, Department of Midwifery, Adana, TURKEY

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Burcu Avcıbay Vurgeç, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Balcalı Kampüsü, 01330, Sarıçam – Adana / TURKEY, E-mail: burcuavcibay@hotmail.com

Akbas M, Gokyıldız Surucu S, Avcıbay Vurgeç B. Identification of Women's Attitudes towards Early Diagnosis of Cervical Cancer. TJFMPC, 2020;14(4): 605-612.

DOI: 10.21763/tjfm.766646

INTRODUCTION

Cancer incidence and mortality demonstrate rapid growth in the world, and after coronary heart diseases, it is the second most important cause of death worldwide.¹ Breast, colorectal, lung, cervical, and gastric cancers are among the most common cancer types in women. After breast cancer, gynecological cancers, which are among these common cancer types, compose an important part of morbidity and mortality in women.²

With 569,847 cases and 311.365 expected deaths in the world in 2018, cervical cancer is the fourth most prevalent cancer in the world. Cervical cancer, in lower human development index environments, is the second after breast cancer in terms of incidence and mortality. Majority of the global load results from underdeveloped regions. It is the most commonly diagnosed cancer in 28 countries and the leading cause of cancer in 42 countries; the majority of these countries are Sub-Saharan Africa and South-eastern Asia. The highest regional incidence and mortality rates are seen in Africa, and it demonstrates an increase over the years.¹⁻³ According to the Ministry of Health cancer record data, cervical cancer is ranked ninth among all the cancer types in Turkey (2.2%). The proportion of gynecological cancers to all cancers in women is 21.5%; cervical cancer is ranked third (4.5 of 100.000) after ovarian and corpus cancers.⁴ This cancer, whose primary factor is Human Papilloma Virus (HPV), has a low prevalence between all cancer types of women in our country, but analyses conducted by the International Agency for Research on Cancer indicates that it is responsible for 5 to 10 % of HPV-related female cancers.⁵ Early diagnosis approach in cervical cancer is quite successful, and it has an important place in the treatment. Papanicolaou test (pap test/pap smear) is a reliable test that enables early diagnosis of cervical cancer. It has a vital role in preventing and decreasing cancer-related deaths by enabling the diagnosis of cervical cancers in localized or pre-metastasis phases.⁶ Enabling early diagnosis of cervical cancer and access to effective treatment could increase survival rates dramatically.² While some women in Turkey do not know the necessity of Pap smear test, some others do not have the test done despite knowing about it. Reasons for not having Pap smear test include pain, embarrassment, lack of health insurance, lack of time, a fatalist approach to cancer, a lack of complaints, and discomfort.⁷ In cancer prevention and early diagnosis, risk assessment of individuals, regular health education and comprehensive counseling are important duties of doctors, midwives, and nurses, who are public health service providers. Determining the attitudes towards these approaches where individual differences can be

effective should be the primary goal. In this context, it is important to know the attitudes and factors affecting women's attitudes towards early diagnosis of cervical cancer to determine the reasons for the increase in cervical cancer mortality.

METHODS

Study Design

This descriptive and cross-sectional study was conducted in a Maternity and Children Hospital located in Adana/Turkey between the 1st of May and 31st of October, 2017. Target population of the study was all women aged between 20 and 64 years who applied to the hospital polyclinics for any reason. Data were collected using a stratified, proportional probability sampling method, which is one of the clustered sampling methods. The sample size was identified using Adana Directorate of Public Health Family Practice Units Current Population numbers of 2016. According to this data, the population of women aged 20 to 64 was 647.218 in Adana. After the sample was identified according to the total number of women, sample proportions were identified according to the number of women in each age group. For the sample of the study, women in the 20 to 64 age group were divided to "20-29", "30-39", "40-49", and "50 and ↑" age groups, and the sample size was identified as 1294 according to 2/1000 stratified, proportional sampling method.⁸ The sample was composed of 1248 women while 46 data collection forms were not included due to lack of data. The number of women in the groups were 458, 334, 235, and 221 respectively. The study involved women who applied to the polyclinics of the related hospital for any reason between the aforementioned dates, who volunteered to participate in the study, speak Turkish, and aged 20-64 years. The primary exclusion criterion is to have received any diagnosis of cancer before.

Data Collection

Data were collected on May 1st- October 31st, 2017 with women who met the inclusion criteria after they were informed about the study. Data collection was performed through face to face interviews according to the participants' self-reports. Filling in the data collection forms took about 20 minutes.

Data Collection Tools

Data were collected through the socio-demographic form developed by the researchers originally in line with the related literature and the "Attitude Scale toward Early Detection of Cervical Cancer (ASEDCC)".

- *The Socio-demographic Form*

The questionnaire was composed of totally 35 questions: 10 questions about the demographic

features, 6 questions about going to gynecological examinations, and 19 questions about knowledge about cervical cancer and receiving Pap smear test.

- *Attitude Scale toward Early Detection of Cervical Cancer (ASEDCC)*

The scale was developed to identify women's attitudes towards cervical cancer, is composed of 30 items and 4 sub-scales called "perceived susceptibility", "perceived seriousness", "perceived barriers", and "perceived benefits". Scores to be obtained from the scale range between 30 and 150. Higher scores indicate the individual's positive attitudes towards early diagnosis in cervical cancer. Cronbach's alpha coefficient of the scale was 0.89.⁹ This study found the Cronbach's alpha internal consistency coefficient as 0.92.

Statistical Analysis

Data were analyzed in the SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) program using descriptive and parametric statistical analysis methods. Descriptive statistical analyses include means, standard deviations, minimum, maximum, frequency, and percentage values. Comparison of the quantitative data was performed with Independent Samples t-test for data that demonstrated normal distribution; a comparison of three or more groups that demonstrated normal distribution was performed using One-way ANOVA. Critical significance level was taken $p < 0.05$.

Ethical Consideration

Informed consent, study permission, and approval were obtained from University Medical Faculty Non-invasive Clinical Research Ethics Committee (Approval number: 2014/30-22). The informed consent part of the study provided the participants with the volunteer and anonymous nature of the study that would allow withdrawal at any time they wanted in accordance with the Declaration of Helsinki. The participants were not paid any money, but they were told that they could be informed about the study results if they wanted.

RESULTS

Average age of the participants was 35.89 ± 12.12 (20-64) years. Of all the participants, 79.2% were married, 43.8% graduated from primary school, 82.6% did not work, 91.6% had social security, and 72.6% had medium income level. Average age for first marriage was 16.42 ± 8.89 , and the average number of children was 2.07 ± 1.88 . 66.6% of the women participating in the study stated that they had regular gynecological examinations. While the common reason for having a gynecological examination was having an illness (74%), the proportion of those who stated to have a general gynecological examination was 26%. While those who did not have a gynecological examination reportedly did so because they did not have any illnesses (81.8%), the other reasons included feeling embarrassed to have an examination (41.2%) and considering it unimportant (16.3%).

Table 1. The participants' results in relation to cervical cancer and pap smear test

Variables	n	%
Having knowledge about cervical cancer		
Yes	638	51.1
No	610	48.9
Sources of knowledge about cervical cancer* (n:638)		
Health Personnel	377	59.1
Television	299	24.0
Internet	198	15.9
Books/Brochures	161	12.9
Presence of someone with cervical cancer diagnosis in family		
Yes	82	6.6
No	1166	93.4
Having knowledge about Pap smear test		
Yes	539	43.2
No	709	56.8
Receiving Pap smear test		
Yes	408	32.7
No	840	67.3
Reasons for receiving Pap smear test * (n: 408)		
Doctor's recommendation	219	53.7
General Check-up	114	9.1
Doctor's recommendation during a visit for a gynecological reason	248	19.9
Reasons for not receiving pap smear test * (n: 840)		
Lack of complaints due to an illness	644	76.7
Lack of knowledge about the test	414	49.3
Feeling embarrassed to have an examination	235	28
Fear of having a positive result	156	18.6
Considering it unimportant	88	10.5
Lack of time to have the test	103	12.3
Lack of health insurance	68	8.1

* More than one answer was given

Table 1 demonstrates the results of cervical cancer and Pap smear test. Half of the women stated that they had information about cervical cancer, and health professionals were found to be the most frequently preferred source of information about this issue. An analysis of family history showed that 6.6% of the women had cervical cancer history in their own family. Approximately half of the participants (51.1%) had information about Pap smear test, yet the proportion of having the test was lower. Majority of the participants who received the test reported to have done so based on their doctors' recommendations (53.7%). The other half stated that they received the test after a gynecological illness complaint or during general check-ups. Reasons for not having Pap smear test were not having any complaints

primarily, which was followed by lack of knowledge about the test, feeling embarrassed to have a gynecological examination, fear of receiving a positive result, considering it unimportant, lack of time, and lack of social security

Total mean score obtained from the ASEDCC was found 91.55±19.93. Perceived susceptibility sub-scale mean score was 27.59±5.99, perceived seriousness sub-scale mean score was 25.12±8.00, perceived barriers sub-scale mean score was 20.87±5.60, and perceived benefits sub-scale mean score was 17.95±4.36. An analysis of the mean scores based on the top score to be obtained from the scale showed that the participants' attitudes towards early diagnosis of cervical cancer were at medium level (Table 2).

Sub-dimensions	Min. score	Max. score	Means±SD
Perceived susceptibility	11	42	27.59±5.99
Perceived seriousness	8	40	25.12±8.00
Perceived barriers	7	34	20.87±5.60
Perceived benefits	6	29	17.95±4.36
Total	49	136	91.55±19.93

Socio-demographic features	n(%)	Perceived Susceptibility Mean± SD	Perceived Seriousness Mean± SD	Perceived Barriers Mean± SD	Perceived Benefits Mean± SD	ASEDCC total Mean± SD
Age						
20-29	458(36.7)	26.41±5.85	23.67±7.82	20.12±5.57	17.09±4.30	87.29±19.18
30-39	334(26.8)	27.95±6.14	25.92±8.02	20.73±5.77	18.18±4.50	92.78±20.89
40-49	235(18.8)	28.56±6.03	25.72±8.06	21.97±5.69	18.81±4.48	95.07±20.29
50 and ↑	221(17.7)	28.43±5.60	26.28±7.90	21.48±5.05	18.47±3.83	94.76±18.03
		<i>F= 10.049</i>	<i>F= 8.249</i>	<i>F= 6.781</i>	<i>F= 10.527</i>	<i>F= 12.039</i>
		<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>
Marital Status						
Married	988(79.2)	28.08±5.94	25.92±8.01	21.25±5.50	18.36±4.30	93.64±19.85
Single	260(20.8)	25.69±5.78	22.08±7.24	19.42±5.73	16.40±4.23	83.58±18.18
		<i>t= 5.803</i>	<i>t=7.022</i>	<i>t=4.736</i>	<i>t=6.567</i>	<i>t=7.394</i>
		<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>
Education Level						
Literate	170(13.7)	29.39±5.18	28.24±7.98	21.57±4.69	19.19±3.66	98.54±16.61
Primary education	547 (43.8)	28.81±5.78	26.96±7.98	22.10±5.26	19.05±4.17	96.92±19.46
High school	321 (25.7)	26.27±6.06	22.36±7.46	20.39±5.68	16.96±4.45	85.98±19.31
University and post graduate	209(16.7)	24.91±5.66	22.02±6.41	17.82±5.80	15.58±3.90	80.33±17.24
		<i>F= 34.361</i>	<i>F= 45.489</i>	<i>F= 33.504</i>	<i>F= 47.021</i>	<i>F= 57.482</i>
		<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>
Financial Level						
Good	167(13.4)	25.46±5.85	22.46±7.64	19.20±5.72	16.35±4.40	83.47±18.88
Middle	906 (72.6)	27.78±6.04	25.29±8.03	21.13±5.54	18.12±4.38	92.34±20.05
Low	175(14.0)	28.61±5.35	26.78±7.62	21.14±5.53	18.61±3.86	95.13±18.32
		<i>F= 13.797</i>	<i>F= 13.467</i>	<i>F= 8.644</i>	<i>F= 14.257</i>	<i>F= 17.737</i>
		<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>	<i>p= 0.000</i>
Having Social Security						
Yes	1043(91.6)	27.59±6.032	25.12±7.95	20.83±5.61	17.92±4.39	91.47±19.99
No	1058(8.4)	27.54±5.544	25.16±8.58	21.33±5.48	18.29±4.00	92.32±19.30
		<i>t=0.077</i>	<i>t= -0.055</i>	<i>t= -0.884</i>	<i>t= -0.821</i>	<i>t= -0.418</i>
		<i>p=0.939</i>	<i>p= 0.957</i>	<i>p= 0.377</i>	<i>p= 0.412</i>	<i>p= 0.676</i>

t: Independent Samples t-test F: One-way ANOVA

Table 3 and Table 4 demonstrate the comparison of ASEDCC sub-scales and scale total scores in terms of various variables. Age groups

and sub-scales and general scores were statistically significant. Post-hoc analysis results showed that this difference originated from the comparison of

the 20-29 age group with the other age groups ($p < 0.05$). Comparison of the education level and scale mean scores showed that ASEDCC sub-scales and general scores decreased as the education level increased ($p < 0.01$). Post-hoc analysis results showed that this difference resulted from the comparison between the high school and with below high school groups ($p < 0.01$). Financial level was another variable that had significant relationships with the scale. Individuals who had reportedly good financial level were found to have higher ASEDCC sub-scales and scale total scores ($p < 0.05$). Married participants were found to have higher ASEDCC sub-scale and scale total scores (Table 3).

Susceptibility, seriousness, benefits sub-scales, and scale total score of the participants who had regular gynecological examination were found to be significantly higher in comparison to those who did not. However, barriers sub-scale did not demonstrate significant differences between those who had a regular gynecological examination and who did not ($p > 0.05$). Reasons for having gynecological examinations included knowledge about cervical cancer, the presence of cervical cancer history in the family, and having knowledge about Pap smear test. In addition, significant relationships were found between having Pap smear gynecological test sub-scales and general total scores (Table 4).

Table 4. Comparison of the attitude scale toward early detection of cervical cancer with variables

Variables	n(%)	Perceived Susceptibility Mean± SD	Perceived Seriousness Mean± SD	Perceived Barriers Mean± SD	Perceived Benefits Mean± SD	ASEDCC Total Mean± SD
Regular gynecological examination						
Yes	831(65.5)	28.20±6.16	26.08±7.88	21.03±5.87	18.33±4.45	93.67±20.63
No	417(34.5)	26.37±5.43	23.21±7.92	20.55±5.00	17.19±4.08	87.32±17.72
		$t = 5.143$ $p = 0.000$	$t = 6.047$ $p = 0.000$	$t = 1.427$ $p = 0.154$	$t = 4.401$ $p = 0.000$	$t = 5.364$ $p = 0.000$
Reasons for having a gynecological examination (n=831)						
Having a complaint due to an illness	615(74.0)	28.24±6.05	26.09±7.86	21.14±5.68	18.31±4.34	93.83±20.05
General check-up	216(26.0)	28.06±6.47	26.06±7.95	20.71±6.39	18.39±4.75	93.22±22.26
		$t = 0.367$ $p = 0.714$	$t = 0.052$ $p = 0.959$	$t = 0.925$ $p = 0.355$	$t = -0.213$ $p = 0.831$	$t = 0.369$ $p = 0.712$
Having knowledge about cervical cancer						
Yes	638(51.1)	27.92±6.38	25.39±7.80	20.57±5.87	17.92±4.54	91.80±20.81
No	610(48.9)	27.24±5.53	24.84±8.21	21.19±5.28	17.98±4.17	91.28±18.97
		$t = 2.009$ $p = 0.045$	$t = 1.222$ $p = 0.222$	$t = -1.950$ $p = 0.051$	$t = -0.244$ $p = 0.807$	$t = 0.462$ $p = 0.644$
Presence of someone with cervical cancer diagnosis in family						
Yes	82(6.5)	28.24±7.43	25.55±8.79	21.09±5.83	18.18±4.86	93.06±22.84
No	1166(93.5)	27.54±5.87	25.09±7.95	20.86±5.58	17.93±4.32	91.44±19.71
		$t = 1.029$ $p = 0.304$	$t = 0.500$ $p = 0.617$	$t = 0.358$ $p = 0.720$	$t = 0.498$ $p = 0.619$	$t = 0.712$ $p = 0.533$
Having knowledge about pap smear test						
Yes	539(43.1)	27.95±6.35	25.34±7.58	20.69±6.17	17.96±4.65	91.94±20.92
No	709(56.9)	27.31±5.68	24.95±8.31	21.01±5.13	17.95±4.13	91.25±19.15
		$t = 1.874$ $p = 0.061$	$t = 0.847$ $p = 0.397$	$t = -1.004$ $p = 0.315$	$t = 0.031$ $p = 0.976$	$t = 0.601$ $p = 0.548$
Having received pap smear test						
Yes	408(32.6)	27.98±6.51	25.20±7.77	20.72±6.12	18.01±4.60	91.91±21.22
No	840(67.4)	27.39±5.71	25.08±8.12	20.95±5.33	17.92±4.24	91.37±19.28
		$t = 1.623$ $p = 0.105$	$t = 0.246$ $p = 0.806$	$t = -0.682$ $p = 0.495$	$t = 0.345$ $p = 0.730$	$t = 0.449$ $p = 0.654$

t: Independent Samples t-test

DISCUSSION

World Health Organization recommends a comprehensive approach involving life-long multidisciplinary interventions for the prevention and control of cervical cancer. It is reported that the improvement of cervical cancer check-ups requires community education, social mobilization, vaccination, screening, treatment, and palliative

care. Cervical cancer screening aims to find out pre-cancerous changes that could cause cancer if they are not treated.¹⁰ In this regard, Pap smear has an important place in early diagnosis and treatment of cervical cancer.

A study that evaluated data from 57 countries reported that cervical cancer screening frequency was 19% on the average in developing countries and 63% in developed countries. On the

other hand, it was also reported that this frequency increased up to 80% highest in Austria and Luxemburg-where effective comprehensive screening, having pelvic examination or Pap test frequency at least once within the last 3 years was low- and decreased less than 1% in Bangladesh, Ethiopia, and Myanmar. It was found that there was a huge difference between having pelvic examination proportions and having effective comprehensive screenings with additional laboratory tests beside pelvic examination proportions; this difference was found to be wider in developing countries. While in Georgia 67% of the women had a pelvic examination, 11% had an effective comprehensive screening. In a similar vein, while 70% of women in China were found to have a pelvic examination, the proportion of those who had effective comprehensive screening was 23%. In 16 countries out of 57, half of the women were found to have had no pelvic examination at all.¹¹ The related literature reports the proportions of receiving Pap smear test as 69% in Spain¹², 76 % in Vietnam¹³, 20% in Korea¹⁴, 99% in the United States of America¹⁵, and 83% in Serbia¹⁶. Studies conducted in different groups and regions in our country reported these proportions between 12% and 51.4%.^{9,17-22} In their study conducted in the same region with the present study but in rural parts, Demirhindi et al. found the proportion of women who never had pap smear test as 90.6%.²³ While the proportion of having regular gynecological examination was 66.6% in the present study, the proportion of those who had effective comprehensive screening was 32.7%. These proportions were found to be similar to other national and international results in the literature.

The primary reason for not having examinations in the present study was found to have no complaints due to an illness (76.6%). Ashtarian et al.²⁴ found that lack of knowledge was the primary cause of the barriers (44.3%), which was followed by other reasons such as lack of health insurance/unemployment, fearing the results of the test, fearing pain, lack of recommendations by the health professionals, and lack of trust in health institutions. Other similar studies also indicate lack of knowledge as an important factor.²⁵⁻²⁸ In line with the other studies in literature, the proportion of lack of knowledge about the test among the reasons for not having Pap smear test was found 49.3%.

Bal¹⁹ reported that 92% of the participants thought they had no risk of having cervical cancer, and 77.5% did not have any complaints that would require using pap smear test. The most important barrier for receiving the test included feeling embarrassed (48.4%) and preferring a female doctor (64.4%). The other reasons included feeling

embarrassed to have an examination, fear of receiving a positive result, considering it unimportant, lack of time to have the test, and lack of health insurance. National and international studies reported the most important barriers as feeling embarrassed to have an examination, fear of having a positive result, discomfort, and lack of guidance by the health professionals.^{22, 24, 29-32} Even the studies conducted with health professionals in Turkey indicated similar results, which is thought-provoking. In their study conducted with female doctors, Işık et al.²⁰ reported that ignoring to have an examination was ranked first in the list, which was followed by such reasons as not considering themselves in the risk group, feeling embarrassed, or fearing to receive a positive result. In their study conducted with female health workers, Ozcam et al.²¹ found the proportion of those who never had an examination as 56.5% and reported that health professionals' attitudes towards their self-care were insufficient. Similar results obtained from the present study showed that those who received Pap smear test did so with the doctor's recommendation during general health check-ups or when they saw a doctor due to a gynecological reason. While lack of knowledge is seen as the most important barrier and health professionals are seen as the most important source of knowledge, the health professionals' insufficiency about this issue is notable.

CONCLUSIONS

In line with the results of the present study, low attitude levels of women especially in the 20-29 age group regarding early diagnosis is an important barrier for the prevention of cervical cancer caused by HPV. Conducting educational programs that would increase women's knowledge levels regarding cervical cancer and the importance of Pap smear test is believed to be beneficial. Individuals' access to public health services varies according to socio-demographic characteristics, and these are predictors of attitudes. In this context, the study findings once again underlined the primary role of health professionals in women's attitudes towards early screening. Especially physicians, midwives and nurses who are primary health care providers, should encourage women to early diagnosis and regular gynecological examinations. Qualitative studies would contribute to the identification of women's attitudes towards early diagnosis of cervical cancer and the development of solutions.

Acknowledgements: We would like to thank to all the women who volunteered to participate in the study.

Conflict of interest: The authors declared no conflicts of interest with respect to the authorship and/or publication of this article. This study was not funded by any organization.

Funding: The authors received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

KAYNAKLAR

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2018; 68:394-424. doi: 10.3322/caac.21492.
2. World Health Organization. Cervical cancer. <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/cervical-cancer/en/>. Accessed 12 February 2020.
3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC), 2018. <https://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-populations>. Accessed 10 February 2020.
4. Bora Basara B, Soyutun Caglar I, Aygun A, Ozdemir TA, et al. Health Statistics Yearbook 2017. Birinci S, Ulgu M, Eds. Ankara: Republic of Turkey Ministry of Health, 2017. p.40. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/30148,ingilizcesiydijiv1pdf.pdf?0>. Accessed 23 January 2020.
5. Gultekin M, Boztas G, Utku ES, Kavak Ergun A, et al. Turkey Cancer Statistics 2016. Sencan I, Ince GN, Eds. Ankara: Public Health Agency of Turkey, 2018. p.41-44. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/istatistik/Trkiye_Kanser_statistikleri_2016.pdf. Accessed 23 January 2020.
6. Castle PE, Fetterman B. Five-year experience of human papillomavirus DNA and papanicolaou test cotesting. *Obstet Gynecol* 2009;113(3):595-600. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181996ffa.
7. Gumuş AB, Cam O. Relationships between early diagnosis attitudes in cervical cancer of women and levels of self-esteem, body perception and hopelessness. *Nobel Med* 2011;7(3):46-52.
8. Yazıcıoğlu Y, Erdogan S. SPSS Applied Scientific Research Methods. Ankara: Detay Publishing; 2014. p. 67-84.
9. Özmen D. Developing a scale to examine attitudes toward early diagnosis of cervical cancer by using Health Belief Model as a theoretical framework (Master dissertation). Izmir: Ege University; 2004.
10. IARC Handbook of Cancer Prevention. Cervix Cancer Screening: IARC Working Group on the Evaluation of Cancer. Preventive Strategies. Lyon: IARC. (<http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/index.php>. Accessed 22 February 2020).
11. Gakidou E, Nordhagen S, Obermeyer Z. Coverage of cervical cancer screening in 57 countries: Low average levels and large inequalities. *PLoS Med* 2008;5(6):e132. doi: 10.1371/journal.pmed.0050132.
12. Byrd TL, Peterson SK, Chavez R, Heckert A. Cervical cancer screening beliefs among young Hispanic women. *Prev Med* 2004;38(2):192-197. doi: 10.1016/j.ypmed.2003.09.017.
13. Nguyen TT, McPhee SJ, Nguyen T, Lam T, Mock J. Predictors of cervical Pap Smear screening awareness, intention, and receipt among Vietnamese-American women. *Am J Prev Med* 2002;23(3):207-214. doi: 10.1016/s0749-3797(02)00499-3.
14. Juon HS, Seung-Lee C, Klassen AC. Predictors of regular Pap Smear's among Korean-American women. *Prev Med* 2003;37(1):585-592. doi: 10.1016/j.ypmed.2003.09.006.
15. Sirowich BE, Woloshin S, Schwartz LM. Screening for cervical cancer: will women accept less? *Am J Med* 2005;118(2):151-158. doi: 10.1016/j.amjmed.2004.08.021.
16. Kesic V, Markovic M, Matejic B, Topic L. Awareness of cervical cancer screening among women in Serbia. *Gynecol Oncol* 2005;99(1):222-225. doi: 10.1016/j.ygyno.2005.07.092.
17. Akyuz A, Guvenc G, Yavan T, Cetinturk A, Kok G. Evaluation of the pap smear test status of women and of the factors affecting this status. *Güllhane Medical Journal* 2006;48:25-9.
18. Esin MN, Bulduk S, Ardic A. Beliefs about cervical cancer screening among Turkish married women. *J Cancer Educ* 2011;26(3):510-5. doi:10.1007/s13187-011-0198-y
19. Bal MD. Evaluation of women having pap smear test by health belief model scale. *MUSBED* 2014;4(3):133-138. doi: 10.5455/musbed.20140711031132
20. Isik O, Celik M, Keten, HS, Dalgacı AF, Yıldırım F. Determination of knowledge, attitude, and behaviors of female physicians about Pap smear test. *Cukurova Med J* 2016;41(2):291-8. <https://doi.org/10.17826/cutf.208422>
21. Ozcam H, Cimen G, Uzuncakmak C, Aydin S, Ozcan T, Boran B. Evaluation of the knowledge, attitude, and behavior of female health workers about breast cancer, cervical cancer, and routine screening tests. *Istanbul Medical Journal* 2014;15(3):154-60. doi: 10.5152/imj.2014.86548

22. Yücel Ü. Evaluating the effectiveness of training given to women concerning the risk factors of and prevention from the cervical cancer (Master dissertation). İzmir: Ege University; 2006.
23. Demirhindi H, Nazlican E, Akbaba M. Cervical cancer screening in Turkey: A community-based experience after 60 years of Pap smear usage. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012;13(12):6497-500. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.12.6497>
24. Ashtarian H, Mirzabeigi E, Mahmoodi E, Khezeli M. Knowledge about cervical cancer and pap test screening among women. *Int J Community Based Nurs Midwifery* 2017;5(2):188-95. PMID: 28409172
25. Karimy M, Shamsi M, Araban M, Gholamnia Z, Kasmai P. Pap smear test structures for measuring health belief model and factors affecting women in urban centers covered zarandieh. *Qom Univ Med Sci J* 2012;6(3):52-9.
26. Rezaie-Chamani S, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Kamalifard M. Knowledge, attitudes and practice about pap smear among women referring to a public hospital. *J Family Reprod Health* 2012;6(4):177-182.
27. Aswathy S, Quereshi MA, Kurian B, Leelamoni K. Cervical cancer screening: Current knowledge & practice among women in a rural population of Kerala, India. *Indian J Med Res* 2012;136(2):205-210. PMID: 22960886
28. Ranabhat S, Tiwari M, Dhungana G, Shrestha R. Association of knowledge, attitude and demographic variables with cervical pap smear practice in Nepal. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(20):8905-8910.
29. Abedian Z, Dormohamadi M. Investigating awareness, attitude and practice of women who referred to Health Centers of Mashhad City toward pap smear in 2009. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2013;15:22-28.
30. Asgharnia M, Mirbolouk F, Oudi M, Shakiba M, GhaforiPoor B. Frequency of pap smears test and attitude about it among postpartum women referred to Alzahra Hospital in Rasht (2009). *Health J Ardabil* 2010;1(1):57-65.
31. Yakhforushha A, Solhi M, Ebadif Fard Azar F. Effects of education via health belief model on knowledge and attitude of voluntary health workers regarding pap smear in urban centers of Qazvin. *Advances in Nursing & Midwifery* 2008;18(63):25-30.
32. Nssem MB, Amal IBH. The knowledge attitude and practice of pap smear among local school teacher in the sharjah district. *Middle East J Fam Med* 2004;4(4):10-8.



Original Research / Özgün Araştırma

Birth Control Methods Used by Men and Their Attitudes towards the Male Birth Control Pill

Erkeklerin Kullandığı Doğum Kontrol Yöntemleri ve Erkek Doğum Kontrol Hapına Karşı Tutumları

İzzet Göker KÜÇÜK¹, Utku ESER², Murat ÇEVİK³, Raziye Şule GÜMÜŞTAKIM⁴, Kurtuluş ÖNGEL⁵

ABSTRACT

The present study aims to determine the Turkish men's knowledge level on family planning and contraceptive methods, contraception preferences, and their attitudes towards male contraceptive pills, which is not one of the contraceptive methods used in our country, among 18+-year-old men, who applied to family health center polyclinic. In this prospective study, a questionnaire consisting of 19 questions was conducted to 527 men over the age of 18. It was observed that 86.3% of the participants (53.8% of men, 32.8% of women and 13.4% of both genders) used contraceptive methods. The most commonly used contraceptive methods among men are as follows; condoms (57.8%), coitus interruptus (40.4%) and other methods (1.8%). Among the reasons for not wanting to use; the rate of side effects was 53.7%, the ease and success rate of other methods was 16.2%, the difficulty of use was 13.6%, and the rate of other reasons was 16.5%. There was a statistically significant relationship between educational status, use of the contraceptive method, and status of knowing that there is a male contraceptive pill ($p=0.0001$, $p=0.0001$). Male contraceptive pills can be an important option in family planning if Turkish men, who are concerned about the side effects of the contraceptive pill, are provided with the necessary information, and also have easy access to male contraceptive pills.

Keywords: Family planning, birth control among men, male contraceptive pill

ÖZET

Çalışmanın amacı aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş üstü erkeklerin aile planlaması ve doğum kontrol yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyleri, doğum kontrol yöntemi tercihleri ve ülkemizde kullanılan doğum kontrol yöntemleri arasında yer almayan erkek doğum kontrol hapına Türk erkeklerin bakış açılarını belirlemeye çalışmaktır. Prospektif tipte planlanan çalışmada 18 yaş üstü 527 erkeğe toplam 19 sorudan oluşan anket yapıldı. Katılımcıların% 86.3'ü (Erkeklerin % 53,8'i, kadınların % 32,8'i ve her iki cinsiyetin % 13,4'ü) kontraseptif yöntem kullandığı belirlenmiştir. Erkekler arasında en sık kullanılan kontraseptif yöntemler prezervatif (% 57,8), coitus interruptus (% 40,4) ve diğer yöntemlerdir (% 1,8). Erkek doğum kontrol hapi kullanabileceğini belirten erkeklerin oranı % 21,8 iken kararsız erkeklerin oranı % 17,1'di. Kullanmak istememe nedenlerinin oranları arasında; yan etki oranı % 53,7, diğer yöntemlerin kolaylık ve başarı oranı % 16,2, kullanım güçlüğü % 13,6 ve diğer nedenlerin oranı % 16,5 idi. Eğitim durumu ile doğum kontrol yöntemi kullanma ve erkek doğum kontrol hapi olduğunu bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı (sırasıyla $p = 0,0001$, $p = 0,0001$). Türk erkeklerinin doğum kontrol hapının yan etkileri konusunda ki endişelerinin giderilmesi, gerekli bilgilendirmelerin yapılması ve erkek doğum kontrol hapına ulaşımının kolay olması durumunda erkek doğum kontrol hapları aile planlamasında önemli bir seçenek olabilir.

Anahtar kelimeler: Aile planlaması, erkeklerde doğum kontrolü, erkek doğum kontrol hapi

Received / Geliş tarihi: 02.07.2020, Accepted / Kabul tarihi: 10.09.2020

¹Kemalöz Family Health Center, Uşak, Turkey

²Uşak University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Uşak, Turkey

³Güdül Family Health Center, Güdül, Ankara, Turkey

⁴Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Kahramanmaraş, Turkey

⁵Izmir Katip Çelebi University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Izmir, Turkey

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: İzzet Göker Küçük, Kemalöz Family Health Center, Uşak, Turkey, E-mail: izzetgoker@gmail.com
Küçük İG, Eser U, Çevik M, Gümüştakım RŞ, Öngel K. Birth Control Methods Used by Men and Their Attitudes towards the Male Birth Control Pill. TJFMPC, 2020;14(4): 613-620.

DOI: 10.21763/tjfm.762554

INTRODUCTION

Family planning enables the individuals to have children at the number they want and to determine the interval between pregnancies. These objectives can be achieved by using contraceptive methods and infertility treatment. The benefits of family planning include decreasing the pregnancy-related risks among women, decreasing the infant mortality rates, reducing the rate of sexually transmitted diseases (i.e., HIV), strengthening the people, increasing the chance of education, reducing the adolescent pregnancies, and taking population under control.¹

The increase in the global population in recent years lays a significant burden on the environment. In recent years, men also want to take responsibility in family planning. The contraceptive methods used by men include withdrawal (coitus interruptus), condom and vasectomy. In cases that contraception is used by men, these methods might not be suitable for all men. For this reason, the use of male contraceptive pill may meet this need.²

In our study, it was aimed to determine the knowledge level on family planning and contraceptive methods, the contraception preferences, and Turkish men's attitudes towards male contraceptive pills, which is not one of the contraceptive methods used in our country, among 18+-year-old men, who applied to family health center polyclinic.

MATERIALS AND METHODS

Upon the approval of the Non-Interventional Research Ethics Committee of İzmir Katip Çelebi University (10.10.2018, No.326), the present study was carried out between 1 May 2018 and 1 June 2018. In this study having prospective design, a questionnaire was conducted in order to evaluate the contraceptive method preferences of male patients applying to Uşak Kemalöz Family Health Center, Family Medicine Polyclinic of Medical Faculty of Uşak University, and Training Center of Family Health of İzmir Katip Çelebi University. The questionnaire prepared by researchers consisted of 19 items. The first 7 items were related to socio-demographic data and the remaining 12 items were related with contraceptive methods. The questionnaire was conducted with a face-to-face interview method, upon the consent of patients. The ones having known psychiatric disorder, those with incomplete survey form, and the involuntary people were excluded. The inclusion criteria were set to be as follows; being informed about the study, accepting the participation, being a male, and answering all the questions.

The data obtained in the present study were analyzed using IBM SPSS Statistics Version 22 package software. The normality of variable distribution was tested using Shapiro Wilk's test because of the number of units. In interpreting the results, the statistical significance was set to be 0.05; since the data were not distributed normally, the intergroup differences were analyzed using Mann Whitney U and Kruskal Wallis-H tests. When statistically significant differences were found in the Kruskal Wallis-H test, the groups with difference were determined using the Post-Hoc Multiple Comparison test. Chi-Square analysis was used in analyzing the relationships between the groups of nominal variables.

RESULTS

In total, 527 individuals were involved in our research. The rate of smoking was found to be 50.5%. From the aspect of educational status, 39.8% of participants were university graduates, 26.6% were high school graduates, 14.2% were elementary school graduates, 13.5% were secondary school graduates, and 5.9% had a doctoral degree or higher. From the aspect of marital status, 72.5% of participants were married, 20.9% were single, and 6.6% were divorced. The mean number of children was found to be 1.92 (Min-Max 0-5).

It was found that 89.2% of participants had an active sexual life. The rate of using the contraceptive method was 86.3%. The rates of spouses' use of contraception were 53.8% for men, 32.8% for women, and 13.4% for both spouses. The most frequently used methods among men were condom (57.8%), coitus interruptus (40.4%), and other methods (1.8%), whereas no one was using the vasectomy method.

The rate of having knowledge about the male contraceptive pill was 25.8%. Moreover, 21.8% of participants stated that they might use this method, whereas 17.1% were indecisive and 61.1% stated that they do not want to use this method. The reason for being unwilling of using this method was the adverse effects for 53.7% of participants, the idea "using other methods would be easy and successful" for 16.2%, the difficulty of use for 13.6%, and other reasons for 16.5%.

There is a significant relationship between educational status and use of contraceptive methods ($p=0.0001$). It was determined that the contraceptive method was used by men in 28.3% of elementary school graduates, 52% of secondary school graduates, 51.3% of high school graduates, 65.3% of university graduates, and 44.8% of those having doctoral level of higher.

There is a statistically significant relationship between educational status and having knowledge about the male contraceptive pill ($p=0.0001$). It was found that 6.7% of elementary school graduates, 8.5% of secondary school graduates, 20% of high school graduates, 38.1% of university graduates, and 54.8% of those having doctoral or higher degree have heard of the male

contraceptive pill. However, there was no statistically significant relationship between educational status and his or his spouse's/partner's use of contraceptive method ($p=0.596$).

A statistically significant relationship was found between the status of active sexual life and the use of the contraceptive method by him or his spouse/partner ($p=0.001$).

Table 1a. Results of Analysis of the Difference between Contraception Status by the Number of Children									
	Number of Children						Mean Rank	z	p
	n	Mean	Median	Minimum	Maximum	SD			
Do You or Your Spouse use any contraceptive method (including coitus interruptus)?									
Yes	358	1.87	2.00	0.00	5.00	1.09	204.35	-2.03	0.042
No	59	2.31	2.00	0.00	5.00	1.41	237.22		
Total	417	1.93	2.00	0.00	5.00	1.15			
Have you heard about the male contraceptive pill?									
Yes	83	1.40	1.00	0.00	5.00	1.08	154.82	-4.8	0.0001
No	336	2.05	2.00	0.00	5.00	1.14	223.63		
Total	419	1.92	2.00	0.00	5.00	1.15			

*Applied statistics is Mann-Whitney U test.

A statistically significant difference was found in the use of the contraceptive method by the participant or his spouse in terms of the number of children ($p=0.042$). The number of participants, who or whose spouse/partner was using a contraceptive method was found to be significantly lower than that of participants, who or whose spouse/partner were not using a contraceptive

method. Moreover, it was determined that there as a statistically significant relationship between the number of children and having knowledge about the male contraceptive pill ($p=0.0001$). The number of children of those having heard about the male contraceptive pill was found to be statistically significantly lower than that of those, who have not heard about the male contraceptive pill.

Table 1b. Results of Analysis of the Difference between Contraception Status by the Number of Children									
	Number of Children						Mean Rank	H	p
	n	Mean	Median	Minimum	Maximum	SD			
Who uses the contraceptive method?									
Male	171	1.84	2.00	0.00	5.00	.99	171	1.3	0.517
Female (Spouse of partner)	128	1.94	2.00	0.00	5.00	1.19	128		
Male and Female Together	51	1.75	2.00	0.00	5.00	1.20	51		
Total	350	1.86	2.00	0.00	5.00	1.10			
Do you think about using the contraceptive pill?									
Yes	72	1.50	1.50	0.00	5.00	1.21	72	17.5	0.0001
No	276	2.09	2.00	0.00	5.00	1.15	276		
Indecisive	71	1.69	2.00	0.00	4.00	.98	71		
Total	419	1.92	2.00	0.00	5.00	1.15			

*Applied statistics is Kruskal-Wallis H test.

There was no statistically significant difference between those using the contraceptive method in terms of the number of children ($p=0.517$). There was a statistically significant difference in thinking about using a contraceptive

method in terms of the number of children ($p=0.0001$). The number of children of those not thinking of using contraceptive pills was significantly lower when compared to those thinking of using and being indecisive.

Table2: Conditions that affect thinking of using contraceptive pill									
	Would you think of using the contraceptive pill?								p
	Yes		No		I don't know		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Educational status									
Elementary school	9	12.0	62	82.7	4	5.3	75	100.0	0,0001
Secondary school	6	8.5	58	81.7	7	9.9	71	100.0	
High school	15	10.7	85	60.7	40	28.6	140	100.0	
University	68	32.4	104	49.5	38	18.1	210	100.0	
PhD or higher	17	54.8	13	41.9	1	3.2	31	100.0	
Total	115	21.8	322	61.1	90	17.1	527	100.0	
Marital status									
Married	59	15.4	262	68.6	61	16.0	382	100.0	0,0001
Single	44	40.0	47	42.7	19	17.3	110	100.0	
Divorced	12	34.3	13	37.1	10	28.6	35	100.0	
Total	115	21.8	322	61.1	90	17.1	527	100.0	
Do you have an active sexual life?									
Yes	101	21.5	288	61.3	81	17.2	470	100.0	0,859
No	14	24.6	34	59.6	9	15.8	57	100.0	
Total	115	21.8	322	61.1	90	17.1	527	100.0	
Do you or your spouse/partner use a contraceptive method (including coitus interruptus)?									
Yes	99	23.2	255	59.7	73	17.1	427	100.0	0,081
No	8	11.8	49	72.1	11	16.2	68	100.0	
Total	107	21.6	304	61.4	84	17.0	495	100.0	
Who uses the contraceptive method?									
Male	57	25.3	132	58.7	36	16.0	225	100.0	0,118
Female (Spouse or partner)	23	16.8	91	66.4	23	16.8	137	100.0	
Male and Female Together	17	30.4	27	48.2	12	21.4	56	100.0	
Total	97	23.2	250	59.8	71	17.0	418	100.0	
Have you heard about the male contraceptive pill?									
Yes	55	40.4	52	38.2	29	21.3	136	100.0	0,0001
No	60	15.3	270	69.1	61	15.6	391	100.0	
Total	115	21.8	322	61.1	90	17.1	527	100.0	

*Applied statistics is Chi-Square test.

Among the singles and those who are currently using a contraceptive method, the rate of those stating that they would use male contraceptive pill increased as the educational level increased. Among the pairs, in which the contraceptive method was used by females, the rate of men stating that they would use a contraceptive pill was found to be lower. The rate of those stating that they would be willing to use a contraceptive pill was higher among the men who have heard about the male contraceptive pills; compared to whom that did not know about it before.

DISCUSSION

The need for family planning is indispensable for healthy families and a healthy community structure. It is used throughout the world at different levels depending on the sociocultural factors and geographical regions. Considering the geographical regions, the rate of using a contraceptive method

was 33% in Africa, 40% in developing countries, 59% in Oceania, and 75% in North America. When compared to literature, the rate of using contraception was found to be at a higher level (86.3%) in our country.¹

In the study conducted by Ateşer et al., 60.5% of people using birth control methods, were found to be male.³ In our study, examining the distribution of those using one of the family planning instruments, men's rate of using contraceptive methods (53.8%) was higher than average usage in Turkey but lower than reported in the study of Ateşer. It is believed that factors such as high educational status, single and divorced men's desire to take control of contraception, and high socioeconomic level had effects on these findings.

Examining the contraceptive methods used by men, the most frequently used methods are

coitus interruptus, condoms, and vasectomy. The usage rates of these methods vary depending on the regions and countries.

The appropriate use of condoms provides appropriate family planning and it can also prevent the transmission of sexually transmitted diseases.⁴ The rate of pregnancy was found to be 2% - 18%.⁵ The worldwide rate of condom usage was 8% in 1994 but increased to 12% in 2015.⁶ The overall usage rate of condoms in Turkey was 7.2% in 1988 and increased to 19% in 2018. Percentages of places where condoms are provided are as follows; pharmacies 43.9%, other sources 29% (stores/corners 26.2%), and public sector 27.1% (family medicine/family medicine centers (26.3%).⁷ It was found that the use of condoms (31%) in our study was higher than in Turkey's average. It is believed that ease-of-access of condom, non-restricted use (such as prescription), ease of use, prevention of sexually transmitted diseases, and high educational level might have played a role in these findings.

Withdrawal (coitus interruptus) is a method that is widely used in our country and also worldwide as well. However, the chance of success is lower when compared to other contraceptive methods. The harmony between spouses/partners and concentration are very important.⁸ The failure rates of coitus interruptus (the rate of pregnancy at the end of a year) were 4% - 22%.⁵ The rates of using coitus interruptus were found to be 12.14% in National Sexual Health and Behavior Survey 2018 involving all the age groups.⁹ According to Turkey Demographic and Health Survey (TNSA) 2018, the rate of using coitus interruptus method in our country was found to be 25.7% in 1988 and 20% in 2018.⁷ In the present study, however, the same rate was found to be slightly higher (21.7%) than the average of Turkey. We have seen that participants use less traditional methods, such as coitus interruptus because they mostly live in urban areas and their educational level is high.

Vasectomy is a very effective and reliable method. In this method, the rate of contraceptive failure in cases that azoospermia is achieved is less than 1%. The most important complication is the difficult and expensive reversal.¹⁰ It is a method that is widely used in the world and this operation is performed for approx. 50 million individuals globally every year.² According to TNSA 2018 in Turkey, the rate of individuals using vasectomy as a contraceptive method was 0.1%.⁷ In our study, in contrast with literature, none of the participants has undergone a vasectomy surgery. We believe that the participants didn't prefer this method since it is applied surgically, its reversal is difficult, and they might want a child (ren) in the future.

In a study by Vanya et al., the significant relationship was found between the education level of their partner and the contraceptive method used in women.¹¹ High educational level positively influences the status of having knowledge about contraception.¹² In another study, it was found that the coitus interruptus was widely (70%) preferred among the people with low educational levels and since the information about contraceptive methods is obtained mainly (46%) from friends.¹³ There was a positive relationship between educational status and having heard of the male contraceptive pill ($p=0.0001$). In our study, in accordance with the literature, it was observed that there was a significant relationship between educational status and contraceptive method used and the rate of using contraceptive methods increased with increasing educational level ($p=0.0001$).

In various studies, it was observed that educational status had positive effects on practice.^{12, 14} However, in the present study, there was no statistically significant relationship between educational status and use of the contraceptive method by the participant ($p=0.596$).

The participants having active sexual life were found to use contraceptive methods significantly more frequently. In the literature, various studies reported similar results.^{15, 16}

In another study carried out on men in Nepal, it was found that the number of children (1-2) and the gender of the child (boy) increased the use of contraception.¹⁷ The participants having >2 children were found to be more disposed to use a contraceptive method when compared to those having 1-2 children and those having no child. The ones having few children have more frequently preferred implant or monthly injections with long-acting formulations over daily pills and gel.¹⁸ In this study, similar to the literature, it was found that having many children positively affected the use of contraception by men. Consistent with the literature, those having a higher number of children were more aware of and willing to use the contraceptive pill for men as a birth control method ($p=0.0001$, $p=0.0001$).

The studies on hormonal contraceptive methods among males have been carried out for approx. 50 years. The main principle is to prevent the spermatogenesis by suppressing the axis consisting of hypothalamus-pituitary and testicles.¹⁰ The addition of progestin into the testosterone hormone increases the severity and rate of suppression.¹⁹ The male contraceptive pills are very effective when they keep sperm levels below $1 \times 10^6/\text{mL}$ and the rate of failure is approx. 0.6%. After the cessation of pill use, fertility returns to

normal, and the rates of spontaneous abortion and congenital abnormality in children born in the future are not different from the rest of the society.²⁰ The threshold for fertility is $2 \times 10^6/\text{mL}$. In a review carried out by Liu PY et al., 67% of men reach this level within the first 6 months and 100% reach this threshold at the end of 24 month-period.¹⁹

The contraceptive failure rates of hormonal contraceptive pills range between 0.8% and 2.3%, whereas the same rate is 7% for low doses of female contraceptive pills.

The short-term adverse effects of contraceptive pills on the men are acne, night sweating, weight gain, and weight loss, liver inflammation, gastrointestinal symptoms, dose-dependent hypokalemia, disulfiram-like reaction, muscle atrophy, inconsistent state of mind (depression, anger, fluctuations, irritability), variation in libido (increase or decrease), fatigue and lethargy, shrinkage in the size of testicles, increase in hemoglobin and hematocrit, decrease in HDL-C, fatty skin, medicament administration-related effects (i.e., pain in the injection region, severe coughing after injection, skin rashes after injection, or swollen face), sleep-related respiratory problems, hypertension, and polycythemia.^{20, 21, 22}

Considering long-term adverse effects, it is not known if the long-term exposure to the testosterone increases the infertility, benign prostate hyperplasia and prostate cancer. Its effect on cardiovascular events and atherosclerosis is not clear.²⁰

In various studies, the rate of individuals stating that they might use the male contraceptive pills ranged between 25 and 83%.^{18,21,22-24} In the present study, the portion of participants, who have heard of the male contraceptive pill, was 25.8%. The portion (21.8%) of participants, who stated that they want to take the male contraceptive pill, was lower in comparison to the literature. Considering the reasons for not wanting to use it; 53.7% of the participants stated that they could harm themselves (e.g., infertility, may cause medical complications, etc.), 16.2% stated that the use of other birth control methods would be easier and more successful, 13.6% stated that this method was difficult to use and 16.5% stated other various reasons. The briefings about the efficiency and adverse effects of these medications might increase the use of the male contraceptive pill as a contraceptive method.

The intake of contraceptives in form of a daily pill (oral intake was preferred more than injection), monthly injection, and high level of education and income might increase the use of oral contraceptives.^{18,25,26} In the present study, the

participants having a high educational level statistically significantly more frequently stated that they have heard of the male contraceptive pill ($p < 0.05$).

In countries, in which contraception is mainly used by men, the acceptance rate of contraception was found to be higher when compared to the other countries.¹⁸ The men having a serious relationship took a brighter view of the use of the male contraceptive pill.²⁷ Considering the development of paternity tests and the financial load and responsibility duration of child supports, the men took a bright view of using the male contraceptive pill.²⁸

We think that a higher level of desire to take male contraceptive pill among single and divorced men indicates the higher level of risky sexual behaviors and the low level of trust in partners in this group.

The limitations of our study include that the sample involves only the cities in the Aegean region, that it cannot represent the entire population of the country, and that other hormonal contraceptive methods (i.e., gel or monthly injections).

In conclusion, the desire to take the male contraceptive pill was found to be higher among singles, those having a high educational level, those currently using a contraceptive method, and those who have heard of the male contraceptive pill. Male contraceptive pills can be a useful option among the other methods because the male contraceptive methods currently used have various limitations and cannot meet the needs of all men, and also men increasingly want to participate in family planning. As it can be seen in this study, eliminating the concerns of men about the adverse effects of the male contraceptive pill, providing necessary information, and ease of access to male contraceptive pill might yield a significant increase in demand for this option. However, further comprehensive and long-term studies on this subject are needed.

Conflict of interest

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Source of Funding

None declared.

Acknowledgments

We would like to thank Dr.Şirin Küçük, and Halime Kılıç for their contributions to the present study.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018.
2. Amory JK. Male contraception. *Fertil Steril*. 2016 Nov;106(6):1303-1309. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.08.036. Epub 2016 Sep 24.
3. Ateşer GB, Güzel E, Kaya S, Sivri Aydın D, Nazife Şahbaz, Kurt Durmuş M. Türk Kadınlarının Gebelikten Korunma Yöntem Tercihleri. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 33(4):241-246, 2017 doi:10.5222/otd.2017.1094
4. Stover J, Rosen JE, Carvalho MN, Korenromp EL, Friedman HS, Cogan M, et al. The case for investing in the male condom. *PLoS One*. 2017 May 16;12(5):e0177108. doi: 10.1371/journal.pone.0177108. eCollection 2017
5. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011; 83: 397–404.
6. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015 (ST/ESA/SER.A/349) 2015; 23-26.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK. Aile planlanması. Türkiye; Ankara 2018; 83-105.
8. Güngör S, Başer İ, Göktolga Ü, Özkömür E, Keskin U. Koitus interruptus (geri çekme) yönteminin etkinliği ve eğitim seviyesinin önemi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2006; 48: 8-10.
9. Fu TC, Hensel DJ, Beckmeyer JJ, Dodge B, Herbenick D. Considerations in the Measurement and Reporting of Withdrawal: Findings from the 2018 National Survey of Sexual Health and Behavior. *J Sex Med*. 2019 Aug;16(8):1170-1177. doi: 10.1016/j.jsxm.2019.05.022. Epub 2019 Jul 11.
10. Jing HC, Stephanie T. Page. The current state of male hormonal contraception. *Pharmacology & Therapeutics* 2016; 163: 109–117.
11. Vanya M, Devosa I, Barabás K, Bártfai G, Kozinszky Z. Choice of contraception at 6-8 weeks postpartum in south-eastern Hungary. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2018 Feb;23(1):52-57. doi: 10.1080/13625187.2017.1422238. Epub 2018 Feb 2.
12. Orji EO, Onwudiegwu U. Contraceptive practice among married market men in Nigeria. *East Afr Med J*. 2003 Jul;80(7):357-60.
13. Kovavisarach E, Saringarnan P. Coitus interruptus in female patients seeking services at Obstetrics and Gynecology Department in Rajavithi Hospital. *J Med Assoc Thai*. 2010 Dec;93(12):1356-9.
14. Agyei WK, Migadde M. Demographic and sociocultural factors influencing contraceptive use in Uganda. *J Biosoc Sci*. 1995 Jan;27(1):47-60.
15. Fagbamigbe AF, Adebowale AS, Morhason-Bello I. Survival analysis of time to uptake of modern contraceptives among sexually active women of reproductive age in Nigeria. *BMJ Open*. 2015 Dec 15;5(12):e008371. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008371.
16. Abiodun OM, Balogun OR. Sexual activity and contraceptive use among young female students of tertiary educational institutions in Ilorin, Nigeria. *Contraception*. 2009 Feb;79(2):146-9. doi: 10.1016/j.contraception.2008.08.002. Epub 2008 Nov 17.
17. Paudel YR, Acharya K. Fertility Limiting Intention and Contraceptive Use among Currently Married Men in Nepal: Evidence from Nepal Demographic and Health Survey 2016. *Biomed Res Int*. 2018 Dec 23;2018:5970705. doi: 10.1155/2018/5970705. eCollection 2018.
18. Heinemann K, Saad F, Wiesemes M, White S, Heinemann L. Attitudes toward male fertility control: results of a multinational survey on four continents. *Human Reproduction* Vol.20, No.2 pp. 2005; 549–556.
19. Liu PY, Swerdloff RS, Christenson PD, Handelsman DJ, Wang C. Hormonal Male Contraception Summit GroupRate, extent, and modifiers of spermatogenic recovery after hormonal male contraception: an integrated analysis. *Lancet*. 2006 Apr 29;367(9520):1412-20.
20. Piotrowska K, Wang C, Swerdloff RS, Liu PY. Male hormonal contraception: hope and promise. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017;5: 214–23.
21. Wang C, Festin MPR, Swerdloff RS. Male Hormonal Contraception: Where Are We Now? *Curr Obstet Gynecol Rep* (2016) 5:38–47 DOI 10.1007/s13669-016-0140-8
22. Fernández-Balsells MM, Murad MH, Lane M, Lampropulos JF, Albuquerque F, Mullan RJ, et al. Clinical review 1: Adverse effects of testosterone therapy in adult men: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2010 Jun;95(6):2560-75. doi: 10.1210/jc.2009-2575.

23. Martin CW, Anderson RA, Cheng L, Ho PC, van der Spuy Z, Smith KB, et al. Potential impact of hormonal male contraception: cross-cultural implications for development of novel preparations. *Hum Reprod.* 2000 Mar;15(3):637-45.
24. Glasier A. Acceptability of contraception for men: a review. *Contraception* 82 (2010) 453–456.
25. Weston GC, Schlipalius ML, Bhuienneain MN, Vollenhoven BJ. Will Australian men use male hormonal contraception? A survey of a postpartum population. *Med J Aust.* 2002 Mar 4;176(5):208-10.
26. Meriggiola MC, Cerpolini S, Bremner WJ, Mbizvo MT, Vogelsong KM, Martorana G, et al. Acceptability of an injectable male contraceptive regimen of norethisterone enanthate and testosterone undecanoate for men. *Hum Reprod.* 2006 Aug;21(8):2033-40. Epub 2006 May 26.
27. Eberhardt J, van Wersch A, Meikle N. Attitudes towards the male contraceptive pill in men and women in casual and stable sexual relationships. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2009 Jul;35(3):161-5. doi: 10.1783/147118909788707986.
28. Dorman E, Bishai D. Demand for male contraception. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 2012 Oct;12(5):605-13. doi: 10.1586/erp.12.52.



Original Research / Özgün Araştırma

Evaluation of Patients' Attitudes Towards Using Patient Rights

Hastaların Hasta Hakları Kullanma Tutumlarının Değerlendirilmesi

Ferzan Kalaycı¹, Nazike Duruk^{*2}

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to evaluate the attitudes of patients to exercise their rights. **Method:** The descriptive and cross-sectional study was carried out in June-August 2019 with the voluntary participation of 400 patients who received inpatient treatment at a university hospital in Eskişehir. In the study, the data were collected using "Information Form Regarding Personal Characteristics" and "Attitude Scale for Using Patient Rights". **Results:** The average age of the individuals participating in the research is 39.82 ± 14.10 , 51.3% are male, 63.3% are married, 38% are high school graduates, 35.8% are office and service personnel, 72%, 5 of them are with SGK, 43.3% of the income and expense are equal and 55.3% of them live in the city center. 38.7% of the participants have applied to the hospital 2-3 times, 41.8% of them have information about patient rights. 19.8% of the participants showed their health workers as the source of information, 45.5% of them expressed their desire to receive training in the patient rights department on patient rights and 47.8% stated that they applied to the relevant health institution for complaints. The average score of the participants in the Attitude Scale for Using Patient Rights is 115.61 ± 19.42 . A statistically significant difference was found between the attitudes of patients to use patient rights and the variables such as gender, age, education level, occupation, income level, place of residence, information about patient rights and the person to be educated about patient rights (for each $p < 0.05$). **Conclusion:** It was concluded that the attitudes of the participants in terms of exercising their patients' rights were generally high and especially that patients' attitudes towards getting information and respectful service, choosing and changing staff, examining records, visitors, companions, security and complaints were more than others.

Key words: Patient rights, in-patient, attitude.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada hastaların hasta haklarını kullanma tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel planlanan araştırma Haziran-Ağustos 2019'da, Eskişehir'de bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi alan 400 hastanın gönüllü katılımıyla yürütülmüştür. Araştırmada veriler "Kişisel Özelliklere İlişkin Bilgi Formu" ve "Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. **Bulgular:** Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $39,82 \pm 14,10$, %51,3'ü erkek, %63,3'ü evli, %38'i lise mezunu, %35,8'i büro ve hizmet elemanı, %72,5'i SGK'lı, %43,3'ünün gelir ve gideri eşit ve %55,3'ü il merkezinde ikamet etmektedir. Katılımcıların %38,7'si 2-3 kez, hastaneye başvurmuş, %41,8'i hasta hakları konusunda bilgi sahibidir. Katılımcılardan %19,8'i bilgi kaynağı olarak sağlık görevlilerini göstermiş, %45,5'i hasta hakları konusunda hasta hakları birim sorumlusunda eğitim alma isteğini ifade etmiş ve %47,8'i şikâyet için ilgili sağlık kurumuna başvurduğunu belirtmiştir. Katılımcıların hasta haklarını kullanma tutum ölçeğinde almış oldukları puan ortalaması $115,61 \pm 19,42$ 'dir. Hastaların hasta haklarını kullanma tutumları ile cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, ikamet edilen yer, hasta hakları konusunda bilgi sahibi olma ve hasta hakları konusunda eğitim almak istenilen kişi gibi değişkenler arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark tespit edilmiştir (her biri için $p < 0,05$). **Sonuç:** Katılımcıların hasta haklarını kullanma tutumlarının genel olarak yüksek olduğu ve özellikle hastaların bilgi ve saygılı hizmet alma, personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme, ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet hakkı konusundaki tutumlarının diğerlerine nazaran daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Hasta hakları, hastanede yatan hasta, tutum

Received / Geliş tarihi: 09.07.2020, Accepted / Kabul tarihi: 21.09.2020

¹ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Eskişehir-TÜRKİYE.

² Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Eskişehir-TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Nazike Duruk, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Eskişehir-TÜRKİYE.

E-mail: nduruk20@gmail.com, nduruk@ogu.edu.tr

Kalaycı F, Duruk N. Hastaların Hasta Hakları Kullanma Tutumlarının Değerlendirilmesi. TJFMPC, 2020;14(4): 621-632.

DOI: 10.21763/tjfm.767160

GİRİŞ

Yaşama hakkı bir insanın en doğal hakkıdır.¹ İnsanlar yaşam süresi boyunca sağlık hastalık döngüsü içerisinde hayatlarını devam ettirirler. Bu süreçte bireylerin en iyi şekilde tedavi ve bakım hizmeti alma hakkı vardır.² Bu hak, hasta hakları kavramının gündeme gelmesini sağlamıştır.³ Hasta haklarının temelinde; bireyin saygı görmesi, yüksek düzeyde sağlık hizmetini alma, bilgilendirme, tedavi için hastadan onay alınması, hasta mahremiyeti, hastanın özel hayatına saygı ilkesi ve tedavi sürecinin devamlılığının sağlanması yer almaktadır.²

Hasta hakları kavramının tarihi geçmişti Hipokrat'a kadar dayanmaktadır. Günümüzde de hala kullanılan Hipokrat yemini hasta hakları adına atılan ilk adım sayılmaktadır.^{4,5} Hasta hakları adına yapılan uluslararası ilk düzenleme Lizbon Bildirgesidir.¹ Bu bildirge günümüz hasta haklarının temelini oluşturmuştur. Ülkemizde hasta hakları kavramı Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi ile gündeme gelmiştir.⁶ Bunu 1998'de Hasta Hakları Yönetmeliği ve 2003'te hazırlanan Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge izlemiştir.⁷ Şu an ülkemizde aktif olarak Hasta Hakları Yönetmeliği kullanılmaktadır. Bu yönetmelik son olarak Ocak 2019 yılında revize edilmiş olup güncel haliyle yürürlüktedir.^{1,6} Hasta Hakları Yönetmeliği'nin güncel halinde yer alan ana başlıklar; sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması, tıbbi müdahalede hastanın rızası, tıbbi araştırmalar, diğer haklar, sorumluluk ve hukuki korunma yolları, veson hükümleridir.¹

Hasta hakları yönetmeliği bu kadar detaylı ve açık bir şekilde yer almasına rağmen, yapılan araştırmalar hastaların çoğunun hakları konusunda bilgi sahibi olmadıklarını ya da hak ihlaline uğradıklarında başvuru yapmaktan çekindiklerini göstermiştir.¹ Tanrıverdi'nin (2008), hastaların, hasta hakları konusundaki farkındalık düzeyini incelediği araştırmasında; hastaların orta düzeyde hasta hakları farkındalığına sahip oldukları görülmüştür. Aynı çalışmada cinsiyet ve yaş etkenleri anlamlılık düzeyini etkilemezken medeni durumunun hasta hakları farkındalık düzeyini anlamlı şekilde arttırdığı saptanmıştır.⁸

Zaybak, Eşer ve Günay İsmailoğlu (2012)'nin hastaların hasta haklarını kullanma tutumunu inceledikleri çalışmada ise, hastaların %55.1'inin hasta hakları konusunda bilgisi olduğu ve haklarından haberdar olan hastaların %56.5'inin hasta haklarını sağlık çalışanlarından öğrendiği sonucu ile karşılaştırılmıştır.⁹

Bu araştırma hastaların, hasta haklarını kullanma tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın Soruları

1. Hastanede yatan hastaların hasta hakları kullanma tutumları ne düzeydedir?
2. Hastanede yatarak tedavi görmek hastaların hasta hakları kullanma tutumlarını etkiler mi?
3. Hastanede yatan hastaların hasta hakları kullanma tutumlarını neler etkiler?

GEREÇ YÖNTEM

Araştırma bir üniversite hastanesinin dâhiliye ve cerrahi servislerinde yatan hastalarla yapılmıştır. Veriler Haziran -Ağustos 2019'da toplanmıştır.

Araştırmanın yapıldığı hastanede toplam yatak sayısı 1010 dur. Psikiyatri, çocuk servisleri, acil servisler ve yoğun bakımlar araştırma dışında tutulmuştur. Dışlanan bölümler hariç yatak sayısı 756'dır. Araştırmada örnekleme yöntemi kullanılmayacak olup 756 hastaya ulaşmak hedeflenmiştir. Ancak 18 yaş üstünde olan, iletişim engeli olmayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 400 hasta ile araştırma yapılmıştır.

Araştırmanın yürütülebilmesi için araştırmanın yapıldığı kurumdan kurum izni, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan yazılı etik uygunluk izni, ölçek sahibinden ölçek kullanım izni ve araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan "bilgilendirilmiş gönüllü olur" alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler, "Kişisel Özelliklere İlişkin Bilgi Formu" ve "Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği ((HHKTÖ))" kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Özelliklere İlişkin Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda oluşturulmuş olup 14 sorudan meydana gelmektedir^{4,8,10}. Soruların 8'i sosyo-demografik özelliklere (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence, gelir durumu, yerleşim yeri), 6'sı ise hasta haklarına (hastaneye başvuru sıklığı, hasta hakları konusunda bilgi sahibi olup olmama, hasta hakları konusunda bilgisi varsa onu nereden edindiği, hasta hakları konusunda eğitim almak istese kimi tercih edeceği, hasta hakları konusunda şikâyetle bulunup bulunmama durumu, hasta hakları adına şikâyetle bulunmak istese bunu hangi yolla yapacağı) ilişkindir.

Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği: Ölçek Nilüfer Erbil tarafından 2009 yılında hastanede yatma deneyimi olan bireylerin hasta haklarını kullanma tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 29 maddeden oluşan ölçeğin 7 alt boyutu vardır. Birinci alt boyut; bilgi ve saygılı hizmet alma hakkı, 2.alt boyut; personeli seçme, değiştirme, kayıtları inceleme hakkı, 3.alt boyut; ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet hakkı, 4.alt boyut; tedaviye onay verme ve reddetme hakkı, 5.alt boyut; personelden tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme, 6. alt boyut; tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı, 7.alt boyut; organ doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı şeklinde belirlenmiştir. Ölçekte hasta haklarını kullanma tutumuyla ilgili ifadeleri yer verilmiş, hastalardan ölçekteki hasta haklarını ne sıklıkla kullandıklarını belirtmeleri istenmiştir. Likert tipinde geliştirilen ölçekteki her bir ifade 1'den 5'e kadar puanlanmıştır. Her maddede "her zaman kullanırım" yanıtına 5 puan, "genellikle kullanırım" yanıtına 4 puan, "bazen kullanırım" yanıtına 3 puan, "genellikle kullanmam" yanıtına 2 puan ve "hiçbir zaman kullanmam" yanıtına 1 puan verilmiştir. Geçerlik ve güvenilirlik araştırması yapılan ölçekten alınabilecek en düşük değer 29, en yüksek değer 145'tir. Ölçeğin toplam puanı hasta haklarını kullanma tutumunu vermektedir. Kişilerin ölçekten aldığı puan yükseldikçe, hasta haklarını kullanma tutumunun arttığı şeklinde yorumlanır. Bu ölçek için Cronbach Alfa katsayısının 0.88 olduğu saptanmıştır.² Bizim araştırmamızda ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,94 olup alt boyutları için ise sırasıyla 0,90 / 0,86 / 0,78 / 0,71 / 0,79 / 0,77 / 0,62 olarak tespit edilmiştir.

Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. İlk olarak hastalara araştırma hakkında bilgi verilip katılım için onamları alınmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalardan kişisel özelliklere ilişkin bilgi formu sorularını ardından "Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeği" sorularını cevaplamaları istenmiştir. Verilerin toplanması en fazla 15 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 21.0 programı kullanılmıştır. Katılımcıların demografik ve hasta haklarına ilişkin bilgileri frekans ve yüzde tablolarında gösterilmiştir. Ölçek puanlarının normallik sınavında çarpıklık katsayısı (skewness) kullanılmıştır. Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılım özelliğinde kullanılan çarpıklık katsayısının (skewness) ± 1 sınırları içinde kalması puanların normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği şeklinde yorumlanabilir. Normal dağılım gösterme

yen puanlar için non-parametrik testler uygulanabilir.¹⁰ Normal dağılım gösteren boyut puanlarının cinsiyet, medeni durum, hasta hakları hakkında bilgi sahibi olma, şikâyetle bulunma durumuna göre karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem t testinden; yaş grupları, öğrenim düzeyi, meslek, sosyal güvence, ekonomik durum, ikamet yeri, hasta hakları konusunda eğitim almak istediği kişi, hasta hakları konusunda şikâyetle bulunmak isterse şikâyet kanalı değişkenlerine göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans testinden (ANOVA) yararlanılmıştır. ANOVA testinde anlamlı farklılık görüldüğünde farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen boyut puanlarının cinsiyet, medeni durum, hasta hakları hakkında bilgi sahibi olma, şikâyetle bulunma durumuna göre karşılaştırılmasında Mann Whitney U testinden; yaş grupları, öğrenim düzeyi, meslek, sosyal güvence, ekonomik durum, ikamet yeri, hasta hakları konusunda eğitim almak istediği kişi, hasta hakları konusunda şikâyetle bulunmak isterse şikâyet kanalı değişkenlerine göre karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testinden yararlanılmıştır. Kruskal Wallis H testinde anlamlı farklılık görüldüğünde farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla ikili karşılaştırmalarda Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95 anlamlılık düzeyi (0,05 $p < 0,05$) olarak belirlenmiştir.

Araştırma bütçesi: Araştırmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 400 katılımcının yaş ortalaması $39,82 \pm 14,10$ olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %51,3'ü erkek, %63,3'ü evli, %38'i lise mezunu, %35,8'i büro ve hizmet elemanı, %72,5'i SGK'lı, %43,3'ünün gelir ve gideri eşit ve %55,3'ü il merkezinde ikamet etmektedir. Katılımcıların %38,7'si 2-3 kez, hastaneye başvurmuş, %41,8'i hasta hakları konusunda bilgi sahibidir. Katılımcılardan %19,8'i bilgi kaynağı olarak sağlık görevlilerini göstermiş, %45,5'i hasta hakları konusunda hasta hakları birim sorumlusunda eğitim almak istediğini ifade etmiş ve %47,8'i şikâyet için ilgili sağlık kurumuna başvurduğunu belirtmiştir.

Hastaların hasta haklarını kullanma tutumu ($115,61 \pm 19,42$), bilgi ve saygılı hizmet alma ($31,358 \pm 6,59$), personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme ($26,94 \pm 6,46$), ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet ($15,87 \pm 3,55$), tedaviye onay verme ve reddetme hakkı ($8,17 \pm 1,88$), personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme ($16,56 \pm 3,24$), organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma ($8,44 \pm 1,77$) haklarını kullanmaya

ilişkin tutumları “genellikle kullanım”; tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza (8,07±2,00) hakkını

kullanmaya ilişkin tutumları “her zaman kullanım” düzeyindedir (Tablo 1).

Tablo 1. Ölçek ve alt boyut puanlarına ait betimsel istatistikler						
Alt Boyut	n	Min.	Maks.	\bar{X}	SS	Çarpıklık
Bilgi ve saygılı hizmet alma hakkı	400	8,00	40,00	31,58	6,59	-0,82
Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı	400	7,00	35,00	26,94	6,46	-0,84
Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet hakkı	400	6,00	20,00	15,87	3,55	-0,73
Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı	400	2,00	10,00	8,17	1,88	-1,07
Personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme hakkı	400	4,00	20,00	16,56	3,24	-1,01
Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı	400	2,00	10,00	8,44	1,77	-1,10
Organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı	400	2,00	10,00	8,07	2,00	-1,08
Hasta Haklarını Kullanma Tutumu	400	36,00	145,00	115,61	19,42	-0,78

Araştırmamızda ölçek ve alt boyut ile değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde; medeni durum, sosyal güvence, hastane başvuru sıklığı, hasta hakları konusunda bilgi kaynağı, hasta hakları konusunda şikâyette bulunma ve şikâyet kanalı ile hasta haklarını kullanım tutumları arasında istatistiksel açıdan bir anlamlılık tespit edilmemiştir (her biri için $p>0,05$).

Hasta haklarını kullanma tutumu puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($t=2,15$; $p<0,05$). Kadın katılımcıların hasta haklarını kullanma tutum puanı, erkek katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 2)

Tablo 2. Ölçek ve alt boyut puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması						
Alt Boyut	Cinsiyet	n	\bar{X}	SS	t	p
Bilgi ve saygılı hizmet alma hakkı	Kadın	195	32,23	5,96	1,95	0,052
	Erkek	205	30,95	7,10		
Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı	Kadın	195	27,31	6,20	1,13	0,258
	Erkek	205	26,58	6,69		
Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet hakkı	Kadın	195	16,15	3,45	1,55	0,123
	Erkek	205	15,60	3,63		
Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı	Kadın	195	8,33	1,79	1,58 ¹	0,114
	Erkek	205	8,01	1,96		
Personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme hakkı	Kadın	195	16,92	2,90	1,69 ¹	0,091
	Erkek	205	16,21	3,51		
Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı	Kadın	195	8,64	1,56	1,62 ¹	0,106
	Erkek	205	8,25	1,93		
Organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı	Kadın	195	8,17	1,97	1,02 ¹	0,305
	Erkek	205	7,98	2,03		
Hasta Haklarını Kullanma Tutumu	Kadın	195	117,74	17,66	2,15	0,032
	Erkek	205	113,59	20,80		

¹ Mann Whitney U testi Z puanı

Bilgi ve saygılı hizmet alma ($F=3,89$; $p<0,05$), tedaviye onay verme ve reddetme ($X^2=17,29$; $p<0,05$) haklarını kullanmaya ilişkin tutum puanları ve hasta haklarını kullanma tutumu ($F=2,97$; $p<0,05$) puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar

arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma test sonuçlarına göre farkın 18-35 yaş grubuna sahip olan katılımcılardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Ölçek ve alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Yaş Grupları	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Bilgi ve saygılı hizmet alma hakkı	A-18-25 yaş	74	33,30	5,76	3,89	0,002	A,B>D,E,F
	B-26-35 yaş	95	32,93	5,39			
	C- 36-45 yaş	103	31,26	6,49			
	D-46-55 yaş	60	29,78	7,60			
	E-56-65 yaş	45	29,47	7,58			
	F- 65 yaş üstü	23	30,65	7,16			
Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı	A-18-25 yaş	74	27,30	6,43	1,61	0,155	
	B-26-35 yaş	95	28,17	5,65			
	C- 36-45 yaş	103	26,50	6,57			
	D-46-55 yaş	60	26,27	7,24			
	E-56-65 yaş	45	26,87	6,18			
	F- 65 yaş üstü	23	24,52	7,13			
Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet hakkı	A-18-25 yaş	74	16,51	3,21	1,88	0,096	
	B-26-35 yaş	95	16,36	3,14			
	C- 36-45 yaş	103	15,70	3,80			
	D-46-55 yaş	60	15,60	3,58			
	E-56-65 yaş	45	15,09	3,92			
	F- 65 yaş üstü	23	14,74	3,86			
Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı	A-18-25 yaş	74	8,51	1,85	17,29 ¹	0,004	A,B>E.F
	B-26-35 yaş	95	8,41	1,62			
	C- 36-45 yaş	103	8,16	2,00			
	D-46-55 yaş	60	8,27	1,74			
	E-56-65 yaş	45	7,38	2,04			
	F- 65 yaş üstü	23	7,35	2,06			
Personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme hakkı	A-18-25 yaş	74	16,99	2,91	5,65 ¹	0,342	
	B-26-35 yaş	95	16,86	2,94			
	C- 36-45 yaş	103	16,57	3,50			
	D-46-55 yaş	60	16,55	2,87			
	E-56-65 yaş	45	15,78	3,71			
	F- 65 yaş üstü	23	15,39	3,93			
Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı	A-18-25 yaş	74	8,89	1,47	8,07 ¹	0,152	
	B-26-35 yaş	95	8,35	1,69			
	C- 36-45 yaş	103	8,45	1,90			
	D-46-55 yaş	60	8,28	1,76			
	E-56-65 yaş	45	8,04	1,98			
	F- 65 yaş üstü	23	8,52	1,86			
Organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı	A-18-25 yaş	74	8,49	1,90	6,80 ¹	0,236	
	B-26-35 yaş	95	8,09	1,86			
	C- 36-45 yaş	103	8,07	2,09			
	D-46-55 yaş	60	7,83	2,19			
	E-56-65 yaş	45	7,73	2,06			
	F- 65 yaş üstü	23	7,91	1,86			
Hasta Haklarını Kullanma Tutumu	A-18-25 yaş	74	119,99	15,36	2,97	0,012	A,B>D,E,F
	B-26-35 yaş	95	119,17	16,93			
	C- 36-45 yaş	103	114,71	20,23			
	D-46-55 yaş	60	112,58	21,03			
	E-56-65 yaş	45	110,36	22,40			
	F- 65 yaş üstü	23	109,09	22,33			

¹ Kruskal Wallis H testi X^2 puanıBilgi ve saygılı hizmet alma (F=3,87; **p<0,05**), ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet (F=4,09;**p<0,05**) haklarını kullanmaya ilişkin tutum puanları ve hasta haklarını kullanma tutumu (F=3,80; **p<0,05**)

puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 4). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla

yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre farkın lise ve üniversite düzeyinde eğitim düzeyine sahip olanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Ölçek ve alt boyut puanlarının öğrenim düzeyine göre karşılaştırılması							
Alt Boyut	Öğrenim Düzeyi	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Bilgi ve saygılı hizmet alma hakkı	A-Okuryazar	21	31,10	6,29	3,87	0,009	C,D>B
	B- İlköğretim	144	30,33	7,42			
	C- Lise	152	31,88	6,05			
	D- Üniversite	83	33,31	5,68			
Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı	A-Okuryazar	21	26,57	6,36	2,51	0,058	
	B- İlköğretim	144	25,83	7,01			
	C- Lise	152	27,47	5,71			
	D- Üniversite	83	27,98	6,62			
Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet hakkı	A-Okuryazar	21	14,43	3,74	4,09	0,007	C,D>A,B
	B- İlköğretim	144	15,28	3,80			
	C- Lise	152	16,30	3,23			
	D- Üniversite	83	16,46	3,43			
Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı	A-Okuryazar	21	8,10	1,97	4,77 ¹	0,189	
	B- İlköğretim	144	7,94	1,89			
	C- Lise	152	8,31	1,87			
	D- Üniversite	83	8,31	1,86			
Personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme hakkı	A-Okuryazar	21	15,95	4,33	5,04 ¹	0,169	
	B- İlköğretim	144	16,25	3,30			
	C- Lise	152	16,60	3,08			
	D- Üniversite	83	17,17	3,07			
Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı	A-Okuryazar	21	8,38	1,96	1,67 ¹	0,644	
	B- İlköğretim	144	8,39	1,78			
	C- Lise	152	8,40	1,73			
	D- Üniversite	83	8,61	1,78			
Organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı	A-Okuryazar	21	8,24	2,28	4,02 ¹	0,259	
	B- İlköğretim	144	7,81	2,11			
	C- Lise	152	8,24	1,92			
	D- Üniversite	83	8,16	1,86			
Hasta Haklarını Kullanma Tutumu	A-Okuryazar	21	112,76	21,17	3,80	0,010	C,D>B
	B- İlköğretim	144	111,83	20,82			
	C- Lise	152	117,20	17,65			
	D- Üniversite	83	120,00	18,59			

¹Kruskal Wallis H testi X² puanı

Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme (F=2,26; p<0,05) hakkını kullanmaya ilişkin tutum puanı ve hasta haklarını kullanma tutumu (F=2,28; p<0,05) puanlarının meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 5). Farkın

hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre farkın profesyonel meslek sahibi, öğrenci ve serbest meslek sahibi olan katılımcılardan kaynaklandığı tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Ölçek ve alt boyut puanlarının meslek gruplarına göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Meslek Grupları	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Bilgi ve saygılı hizmet alma hakkı	A-Profesyonel meslek	94	31,98	6,75	1,83	0,105	
	B-Büro/hizmet sınıfı çalışanı	143	30,75	6,57			
	C-Teknisyen/tekniker	43	32,28	5,28			
	D-Öğrenci	27	33,19	6,31			
	E-Serbest meslek	46	33,09	5,99			
	F-Emekli/çalışmıyor	47	30,23	7,71			
Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı	A-Profesyonel meslek	94	27,52	6,36	2,26	0,048	A,D>F
	B-Büro/hizmet sınıfı çalışanı	143	26,56	6,41			E>B,C,F
	C-Teknisyen/tekniker	43	26,07	6,88			
	D-Öğrenci	27	28,19	5,62			
	E-Serbest meslek	46	28,89	4,65			
	F-Emekli/çalışmıyor	47	25,09	7,82			
Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet hakkı	A-Profesyonel meslek	94	16,46	3,30	1,43	0,211	
	B-Büro/hizmet sınıfı çalışanı	143	15,45	3,71			
	C-Teknisyen/tekniker	43	15,60	3,49			
	D-Öğrenci	27	16,19	3,93			
	E-Serbest meslek	46	16,48	2,97			
	F-Emekli/çalışmıyor	47	15,40	3,81			
Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı	A-Profesyonel meslek	94	8,37	1,75	8,56 ¹	0,128	
	B-Büro/hizmet sınıfı çalışanı	143	8,01	1,72			
	C-Teknisyen/tekniker	43	8,63	1,68			
	D-Öğrenci	27	8,37	1,96			
	E-Serbest meslek	46	8,07	2,34			
	F-Emekli/çalışmıyor	47	7,77	2,18			
Personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme hakkı	A-Profesyonel meslek	94	17,13	3,05	11,09 ¹	0,050	
	B-Büro/hizmet sınıfı çalışanı	143	16,16	3,25			
	C-Teknisyen/tekniker	43	16,53	3,15			
	D-Öğrenci	27	17,48	2,15			
	E-Serbest meslek	46	16,96	3,46			
	F-Emekli/çalışmıyor	47	15,72	3,70			
Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı	A-Profesyonel meslek	94	8,72	1,64	10,03 ¹	0,074	
	B-Büro/hizmet sınıfı çalışanı	143	8,13	1,86			
	C-Teknisyen/tekniker	43	8,28	1,86			
	D-Öğrenci	27	8,70	1,32			
	E-Serbest meslek	46	8,61	1,95			
	F-Emekli/çalışmıyor	47	8,66	1,58			
Organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı	A-Profesyonel meslek	94	8,21	1,86	3,97 ¹	0,553	
	B-Büro/hizmet sınıfı çalışanı	143	7,94	2,01			
	C-Teknisyen/tekniker	43	8,51	1,55			
	D-Öğrenci	27	8,30	2,13			
	E-Serbest meslek	46	7,76	2,34			
	F-Emekli/çalışmıyor	47	7,96	2,19			
Hasta Haklarını Kullanma Tutumu	A-Profesyonel meslek	94	118,39	19,01	2,28	0,046	A,D>F
	B-Büro/hizmet sınıfı çalışanı	143	113,00	19,64			E>B,C,F
	C-Teknisyen/tekniker	43	115,91	18,82			
	D-Öğrenci	27	120,41	16,95			
	E-Serbest meslek	46	119,85	17,27			
	F-Emekli/çalışmıyor	47	110,83	21,93			

¹ Kruskal Wallis H testi X^2 puanı

Bilgi ve saygılı hizmet alma ($F=4,74$; $p<0,05$), personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme ($F=5,14$; $p<0,05$), ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet ($F=7,16$; $p<0,05$), haklarını kullanmaya ilişkin tutum puanları ve hasta haklarını kullanma tutumu ($F=5,68$; $p<0,05$) puanlarının ekonomik

duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre farkın geliri giderinden yüksek olan katılımcılardan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Ölçek ve alt boyut puanlarının ekonomik durum ve ikamet yerine göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Ekonomik Durum	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark	İkamet Yeri	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Bilgi ve saygılı hizmet alma hakkı	Gelir<gider	164	30,72	7,03	4,74	0,009	C>A,B	A-Köy/kasaba	72	30,28	8,00	3,03	0,049	C>A
	Gelir=gider	173	31,61	6,30				B-İlçe merkezi	107	31,02	6,47			
	Gelir>gider	63	33,70	5,74				C-İl merkezi	221	32,27	6,06			
Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı	Gelir<gider	164	25,74	6,72	5,14	0,006	B,C>A	A-Köy/kasaba	72	26,57	6,95	2,32	0,100	
	Gelir=gider	173	27,57	6,14				B-İlçe merkezi	107	25,95	5,88			
	Gelir>gider	63	28,30	6,22				C-İl merkezi	221	27,53	6,52			
Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikayet hakkı	Gelir<gider	164	15,08	3,81	7,16	0,001	B,C>A	A-Köy/kasaba	72	15,47	3,97	1,88	0,154	
	Gelir=gider	173	16,35	3,38				B-İlçe merkezi	107	15,50	3,14			
	Gelir>gider	63	16,59	2,94				C-İl merkezi	221	16,18	3,58			
Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı	Gelir<gider	164	8,00	1,85	3,65 ¹	0,161		A-Köy/kasaba	72	7,63	1,98	1,92 ¹	0,055	
	Gelir=gider	173	8,24	1,93				B-İlçe merkezi	107	8,01	1,93			
	Gelir>gider	63	8,38	1,84				C-İl merkezi	221	8,42	1,79			
Personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme hakkı	Gelir<gider	164	16,12	3,48	5,66 ¹	0,059		A-Köy/kasaba	72	15,94	3,74	3,84 ¹	0,000	C>A,B
	Gelir=gider	173	16,73	2,99				B-İlçe merkezi	107	16,00	2,71			
	Gelir>gider	63	17,21	3,13				C-İl merkezi	221	17,03	3,24			
Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı	Gelir<gider	164	8,27	1,91	2,62 ¹	0,270		A-Köy/kasaba	72	8,26	1,96	3,77 ¹	0,000	C>A,B
	Gelir=gider	173	8,51	1,64				B-İlçe merkezi	107	7,98	1,83			
	Gelir>gider	63	8,68	1,71				C-İl merkezi	221	8,72	1,62			
Organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı	Gelir<gider	164	8,07	2,15	1,23 ¹	0,541		A-Köy/kasaba	72	7,97	2,11	0,43	0,664	
	Gelir=gider	173	8,14	1,84				B-İlçe merkezi	107	8,03	1,98			
	Gelir>gider	63	7,86	2,05				C-İl merkezi	221	8,12	1,99			
Hasta Haklarını Kullanma Tutumu	Gelir<gider	164	112,01	20,37	5,68	0,004	B,C>A	A-Köy/kasaba	72	112,13	23,34	4,69	0,010	C>A,B
	Gelir=gider	173	117,17	18,23				B-İlçe merkezi	107	112,49	16,97			
	Gelir>gider	63	120,71	18,64				C-İl merkezi	221	118,26	18,81			

¹ Kruskal Wallis H testi X2 puan

Bilgi ve saygılı hizmet alma ($F=3,03$; $p<0,05$), personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme ($X^2=3,84$; $p<0,05$), tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza ($X^2=3,77$; $p<0,05$) haklarını kullanmaya ilişkin tutum puanları ve hasta haklarını kullanma tutumu ($F=4,69$; $p<0,05$) puanlarının ikamet yerine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırma test sonuçlarına göre farkın il merkezinde ikamet eden katılımcılardan kaynaklandığı saptanmıştır (Tablo 6).

Bilgi ve saygılı hizmet alma ($t=4,37$; $p<0,05$), personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme ($t=3,94$; $p<0,05$), ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet ($t=3,18$; $p<0,05$), tedaviye onay verme ve reddetme ($Z=2,02$; $p<0,05$), personelin tıbbi gereklere uygun hizmet

alma ve yasaklara uymasını isteme ($Z=2,55$; $p<0,05$) haklarını kullanmaya ilişkin tutum puanları ve hasta haklarını kullanma tutumu ölçek ($t=4,21$; $p<0,05$) puanlarının hasta hakları konusunda bilgi sahibi olma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 7).

Hasta hakları konusunda bilgisi olan katılımcıların bilgi ve saygılı hizmet alma, personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme, ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet, tedaviye onay verme ve reddetme, personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme haklarını kullanmaya ilişkin tutum puanları ve hasta haklarını kullanma tutumu puanı, hasta hakları konusunda bilgisi olmayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 7).

Tablo 7. Ölçek ve alt boyut puanlarının hasta hakları konusunda bilgi sahibi olma durumuna göre karşılaştırılması

Alt Boyut	Hasta Hakları Bilgisi	n	\bar{X}	SS	t	p
Bilgi ve saygılı hizmet alma hakkı	Evet	167	33,24	5,91	4,37	0,000
	Hayır	233	30,38	6,80		
Personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkı	Evet	167	28,41	6,14	3,94	0,000
	Hayır	233	25,88	6,49		
Ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet hakkı	Evet	167	16,53	3,38	3,18	0,002
	Hayır	233	15,39	3,61		
Tedaviye onay verme ve reddetme hakkı	Evet	167	8,29	2,04	2,02 ¹	0,044
	Hayır	233	8,08	1,76		
Personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme hakkı	Evet	167	17,04	3,29	3,27 ¹	0,001
	Hayır	233	16,21	3,17		
Tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza hakkı	Evet	167	8,63	1,70	1,91 ¹	0,056
	Hayır	233	8,30	1,81		
Organ, doku naklinde rıza alınması, aile planlaması kullanma ve gebeliği sonlandırma hakkı	Evet	167	8,21	1,95	1,22 ¹	0,223
	Hayır	233	7,97	2,04		
Hasta Haklarını Kullanma Tutumu	Evet	167	120,35	18,95	4,21	0,000
	Hayır	233	112,22	19,08		

¹ Mann Whitney U testi Z puanı

TARTIşMA

Bu araştırma hastaların, hasta haklarını kullanma tutumlarının hastaların bireysel özelliklerine göre karşılaştırılmasından elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir.

Hasta Haklarını Kullanma Tutumu Ölçeğini Oluşturan Maddeler İle Ölçek Toplamı Ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Tartışılması

Bulgularımız araştırmamızda yer alan katılımcıların hasta haklarını kullanma tutumlarının yüksek olduğunu göstermektedir (Tablo 1). Erzincanlı ve

Zaybak (2015) hasta haklarına yönelik yapmış olduğu bir çalışmada katılımcıların HHKTÖ puan ortalamasının $125,61 \pm 16,19$ olduğunu bildirmiştir.¹³ Yine Mahanoğlu ve Sosyal araştırmalarında (2018) hastaların HHKTÖ toplam puan ortalamasının $115,09 \pm 18,5$ olduğu sonucuna ulaşmıştır.¹² Bulgularımız literatürü desteklemektedir. Bulgularımızdan farklı olarak literatürde Zambak ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında hastaların HHKTÖ puan ortalamaları $64,52 \pm 22,69$; Öztaş ve İyigün (2016)'ün araştırmasında ise yine aynı ölçekten katılımcıların elde ettikleri puan ortalaması $86,61 \pm 47,83$ 'tür.^{9,14}

Araştırmalar arasındaki fark araştırmacılar tarafından kullanılan yöntemlerin (evren örneklem seçimi, araştırmanın yapıldığı yer ve katılımcı özellikleri) farklı olmasından kaynaklanmış olabilir. Son yıllarda hasta haklarına yönelik (devlet tarafından) yapılan bilgilendirme ve tutum geliştirme (kamu spotu, 184 SABİM hattı gibi) çalışmalarının da sonuçların değişiklik göstermesinde etkisi olabilir.

Araştırmamıza katılan bireylerin ölçek alt boyutlarına ilişkin tutumları yoğun olarak genellikle kullanıma düzeyindedir (*Tablo 1*). Katılımcıların yüksek tutuma sahip oldukları maddeler bilgi ve saygılı hizmet alma ve personeli seçme, değiştirme ve kayıtları incelemektir. Alan yazın incelendiğinde benzer bulguların olduğu görülmüştür.^{9,14} İlgili maddelere yönelik tutum yüksekliği hastalık anında öncelikle sağlık bakım hizmeti alacak olmaları ve bakım verecek personelle karşılaşacak olmalarına bağlı olabilir. Bu durumun sık karşılaşılan olaylara karşı bireylerin istedik davranış ve tutum gelişiminin daha hızlı olabileceğini düşündürmüştür.

Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının araştırma Değişkenlerine Göre Tartışılması

Araştırmamızda cinsiyete göre HHKTÖ puanları incelendiğinde; istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=2,15$; $p<0,05$). Kadın katılımcıların HHKTÖ puan ortalamaları erkek katılımcıların puan ortalamasına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (*Tablo 2*). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Parsapor ve arkadaşları (2012)'nin bir araştırmasında hasta hakları konusunda kadınların tutumlarının erkeklere oranla yüksek olduğunu belirtmektedirler.¹⁵ Benzer şekilde Mira ve arkadaşlarının (2012) araştırmasında da erkeklerin hasta haklarına yönelik tutumlarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır.¹⁶ Bu durum hasta bakma sorumluluğunun tarihsel süreçte kadınlara ait bir sorumluluk olarak görülmesi ve bu şekilde süregelmesine, kadınların bakım verme, koruma ve şefkat gösterme gibi konularda erkeklere oranla daha özenli ve özverili davranmış olmalarına bağlı olabilir.

Araştırmamızda yaşa göre HHKTÖ puanları incelendiğinde; hasta haklarını kullanma tutumu puanlarının yaş gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (*Tablo 3*). Özellikle araştırmada yer alan 18-35 yaş arasındaki katılımcıların hasta haklarına yönelik tutumları, araştırmada yer alan diğer bireylere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (*Tablo 3*). Bu durum 18-35 yaş grubunun aktif internet kullanıcısı olmaları sebebiyle özellikle sanal ortamda hasta hakları konusunda çok bilgiye ulaşarak bu konuda tutum sahibi olabileceklerini düşündürmüştür. Literatürde bu düşüncemizi destekleyen benzer sonuçlara ulaşmış çalışmalar yer almaktadır.^{12,19}

Araştırmamızda öğrenim düzeyine göre HHKTÖ puanları incelendiğinde; katılımcıların haklarını kullanma tutumunun puanlarının öğrenim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (*Tablo 4*). Özellikle lise ve üniversite düzeyinde öğrenim gören katılımcıların hasta haklarına ilişkin tutumları diğer katılımcılara oranla daha yüksektir (*Tablo 4*). Öğrenim düzeyine göre HHKTÖ alt boyutları arasındaki ilişki incelendiğinde; hasta hakları kullanma tutumu ölçek puanları gibi lise ve üniversite düzeyinde öğrenim gören katılımcıların bilgi ve saygılı hizmet alma ile ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet haklarını kullanmaya ilişkin tutum puanları anlamlı düzeyde diğer katılımcılara göre daha yüksektir (*Tablo 4*). Bu durum eğitim seviyesinin artmasına bağlı olarak bireylerin hasta hakları konusunda daha bilgili ve farkındalık sahibi olabileceğini düşündürmektedir. Çünkü bireylerin bir konuda tutum kazanabilmesi öncelikle o konuda bilgi sahibi olması ile mümkündür. Literatürde araştırmamızla benzer bulgulara ulaşmış araştırma örnekleri mevcuttur.^{3,12,14,21-22} Bu durum her alanda olduğu gibi hasta haklarına yönelik tutum geliştirme konusunda da eğitim düzeyinin önemli belirleyicilerden biri olduğunu göstermesi bakımından önemlidir.

Araştırmamızda meslek gruplarına göre HHKTÖ puanları incelendiğinde; hasta haklarını kullanma tutumu puanlarının meslek gruplarına göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (*Tablo 5*). Özellikle profesyonel meslek sahibi, serbest meslek ve öğrenci grubunun hasta hakları kullanma tutumlarının yanında personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme hakkını kullanmaya ilişkin tutumlarının da diğer katılımcılara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (*Tablo 5*). Bu durumun yine eğitim düzeyinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü hastalar aldıkları eğitim doğrultusunda meslek sahibi olmaktadır. Hastaların eğitim düzeyleri yükseldikçe hasta haklarını kullanmaya yönelik taleplerinin ve tutumlarının artması beklenir bir durumdur.

Araştırmamızda ekonomik durumuna göre HHKTÖ puanları incelendiğinde hasta haklarını kullanma tutumu puanlarının ekonomik duruma göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (*Tablo 6*). Bulgularımız literatürü destekler niteliktedir.²⁰ Katılımcılardan geliri giderine eşit ve geliri giderinden yüksek olan katılımcıların personeli seçme, değiştirme ve kayıtları inceleme, ziyaretçi, refakatçi, güvenlik ve şikâyet, hakkını kullanmaya ilişkin tutum puanları geliri giderinden düşük katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (*Tablo 6*). Bu durum geliri az olan bireylerin sosyokültürel yaşantıları ile ilişkili olabilir. Düşük gelirlili bireyler haklarına yönelik girişimde

bulduklarında sağlık çalışanları ile sıkıntı yaşayacaklarını ve bu sebeple sağlık bakım hizmetinden yeterli düzeyde yararlanamayacaklarını düşünüyor olabilirler. Yine bu bireyler hasta hakları konusunda herhangi bir nedenle şikâyetle bulduklarında şikâyet sürecinde maddi kayıp yaşayacaklarını düşünüyor olabilir.

Araştırmamızda ikamet yerine göre HHKTÖ puanları incelendiğinde; hasta haklarını kullanma tutumu puanlarının ikamet yerine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir (*Tablo 6*). Ölçek alt boyutları ve ikamet yeri arasındaki ilişki incelendiğinde; il merkezinde ikamet eden katılımcıların bilgi ve saygılı hizmet alma hakkını kullanmaya ilişkin tutum puanları, personelin tıbbi gereklere uygun hizmet alma ve yasaklara uymasını isteme, tıbbi ve ilaç araştırmalarında rıza haklarını kullanmaya ilişkin tutum puanları ve hasta haklarını kullanma tutumu puanları daha yüksektir (*Tablo 6*). Bulgularımız literatür ile uyumludur.^{9,14} Bu durum il merkezinde yaşayan hastaların sağlık kuruluşları ve hasta haklarına ilişkin bilgi kaynaklarına ulaşmalarının il dışında yaşayan hastalara oranla daha kolay olmasına bağlanmıştır.

Ölçek ve Alt Boyut Puanlarının Hastaların Hasta Hakları İlişkin Özelliklerine Göre Tartışılması

Araştırmamızda hasta hakları konusunda bilgi sahibi olmaya göre HHKTÖ puanları incelendiğinde; hasta hakları konusunda bilgisi olan katılımcıların puanları hasta hakları konusunda bilgisi olmayan katılımcıların puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksektir (*Tablo 7*). Bulgularımız literatür ile uyumdur.^{10,19} Ancak literatürde bulgularımızdan farklı araştırmalara da rastlanmıştır. Zülfikar ve Ulusoy (2001)'un araştırmasında hastaların yalnızca %32'sinin, Tengilimoğlu, Kısa ve Dziegielewski (2000)'nin araştırmasında da %37'sinin hasta haklarından haberdar olduğu bildirilmektedir.^{19,24} İlgili araştırmaların bu şekilde sonuçlanmış olmasının nedeni 2004 yılı hasta hakları yönetmeliğinin yürürlüğe girmeden önce yapılmış olması olabilir. Ülkemizde 2004 yılından sonra hasta haklarına ilişkin gerek yasal gerekse kamusal alanda yapılan çalışmalar artmaya başlamıştır. Ülke bazında 16 yıldır hasta haklarına ilişkin sürdürülen çalışmaların sonucunda ülkemizdeki insanların bu konuda bilinçlendiği ve hasta hakları kullanma tutumlarının yüksek olduğu düşünülmektedir. Hasta hakları konusunda bilgi sahibi olmaya ilişkin yabancı literatür tarandığında araştırma sonuçlarımızdan farklı sonuçlara ulaşılmış araştırmalara rastlanmıştır. Mira ve arkadaşlarının (2012) İspanya'da hasta haklarına ilişkin yürüttüğü bir araştırmada hastaların yaklaşık %20'sinin hasta hakları konusunda bilgi sahibi olduğu bildirilmiştir.¹⁶ Güney Mısırdaki Zeina ve arkadaşları

(2013) tarafından yapılan bir araştırmada hastaların dörtte üçünün, hasta haklarını bilmedikleri belirlenmiştir.²⁵ Araştırma sonuçlarımızın yurtdışında yapılan çalışmalardan farklı çıkmasının nedeni ülkelerin gelişmişlik düzeyi, bireylerin hasta hakları konusundaki farkındalığı ve ülke politikasında hasta haklarına verilen önem ile ilgili olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bir üniversite hastanesinin dâhili ve cerrahi kliniklerinde yatarak tedavi alan 18 yaş ve üstü 400 gönüllü hastanın katılımıyla sonlanan araştırmamızda bireylerin hasta haklarını kullanma tutumlarının genel olarak yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların ölçek alt boyutlarına göre tutumlarının yüksek olduğu ilk 3 madde; bilgi ve saygılı hizmet alma; personeli seçme/değiştirme ve kayıtları inceleme ziyaretçi; refakatçi, güvenlik ve şikâyet ile ilgili maddeler olmuştur.

Araştırmamızda hasta hakları kullanma tutumlarını etkileyen değişken incelendiğinde bunların cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, ikamet edilen yer, hasta hakları konusunda bilgi sahibi olma ve hasta hakları konusunda eğitim almak istenilen kişi olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular ışığında;

Kitlesele iletişim araçları vasıtasıyla hasta haklarına ilişkin bilgilerin düzenli aralıklarla paylaşılması,

Sağlık personellerinin hasta haklarına ilişkin bilgi düzeyi belirlenerek eksikliklerin giderilmesi,

Sağlık kurumları içindeki hasta hakları birim çalışanlarının sayılarının artırılması,

Hasta hakları birim çalışanlarının, hastaların sağlık kurumlarına başvuruları ile taburcu oldukları süre içerisinde onlarla iletişime geçerek bu konuda farkındalık yaratması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hasta Hakları Yönetmeliği <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=4847&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim Tarihi 1.5.2020
2. Erbil N. Hasta haklarını kullanma tutumu ölçeğinin geliştirilmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2009;6(1):835-8.
3. Eksen M, ve ark. Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2003;1303-34.

4. Topbaş M, ve ark. Doktorlar hasta haklarını ne kadar biliyorlar? Bir tıp fakültesindeki asistan ve intern doktorların bilgi düzeyleri. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2005;(3):81-90.
5. Soysal A, Kuşçu FN. Hasta Hakları: Üniversite Öğrencileri Üzerinde Bir Uygulama. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;7(1):102-11.
6. Dünyada Hasta Haklarının Gelişimi <https://diskapicah.saglik.gov.tr/TR,318085/hasta-a-haklari-tarihsel-gelisimi.html> Erişim Tarihi 3.5.2020
7. Hasta Hakları Uygulama Yönergesi https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&view=article&id=119:hasta-haklari-uygulama-yerges&catid=8:ygeler&Itemid=34 Erişim Tarihi 1.5.2020
8. Tanrıverdi H. Hastaların, Hasta Hakları Konusundaki Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi. *TSA* 2008;3(16):101-122.
9. Zaybak A, Eşer İ, Günay İsmailoğlu, E. Bir Üniversite Hastanesinde Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumunun İncelenmesi. *İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi* 2012; 20(2):106-8.
10. Büyükoztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel, F. Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 25. Baskı. Pegem Akademi; 2018.
11. Öztürk H.ve ark. Hekim, Hemşire ve Hastaların Hastanede Uygulanan Hasta Haklarını Değerlendirmeleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics* 2007;15(3):145-52.
12. Sosyal A, Mahanoğlu E. Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumlarının Belirlenmesi: Birinci Basamak Sağlık Kuruluşunda Bir Araştırma: (Hatay İli Örneği). *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2018; 30,138-158.
13. Erzincanlı S, Zaybak, A. Hastaların Hasta Hakları Kullanma Tutumlarının İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015;31(1):39-51.
14. Öztaş B, İyigün E. Kalp-Damar Cerrahisi Geçirmiş Hastaların Hasta Hakları Kullanma Tutumlarının Belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi* 2016;58(3):256-60.
15. Parsapoor A. ve ark. Necessity of Observing Patient's Rights: A Survey on the Attitudes of Patients, Nurses and Physicians. *J Med Ethics and Hist Med* 2012;5(2):1-9.
16. Mira JJ. Do Spaniards Know Their Rights As Patients? *International Journal for Quality in Health Care* 2012;24(4):365-70.
17. Keskin Y. Halk Polikliniğine Başvuran Hastaların Hasta Haklarını Kullanma Tutumları. *Maltepe Tıp Dergisi* 2011;3(1):41-53.
18. Günay O. Erciyes Üniversitesi Hastanesi'nde Yatan Hastaların Hasta Hakları Konusundaki Bilgi Düzeyi. *Erciyes Tıp Dergisi* 2007;29(4):303-11.
19. Zülfiyar F. Ulusoy MF. Are patient aware their rights? A Turkish Study. *Nursing Ethics* 2001;11(8):487-98.
20. Çelik H. Timur Taşhan Ş. Bireylerin Hasta Haklarını Kullanma Tutumlarının Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet Düşüncesiyle İlişkinin Belirlenmesi. *Sağlık Akademisi Dergisi* 2014;1(2):89-98.
21. Yaghobian M. Association between awareness of patient rights and patient's education, seeing bill, and age: a cross-sectional study. *Global journal of health science* 2017;6(3):55-64.
22. Mohammed ES. Seedhom AE. Ghazawy ER. Awareness and practice of patient rights from a patient perspective: an insight from Upper Egypt. *International Journal for Quality in Health Care* 2017;30(2):145-51.
23. Deveci E. Bir Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların Hasta Haklarının Farkında Olma Durumları. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics* 2005;13:174-8.
24. Tengilimoğlu D. Kısa A. Dziegielewska SF. What Patients Know About Their Rights in Turkey. *J Health Soc Policy* 2000;12,53- 69.
25. Zeina HA. ve ark. Patients' Rights: A Hospital Survey in South Egypt. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics* 2013;8(3):46-52.



Original Research / Özgün Araştırma

Evaluation of Anxiety Levels and Sleep Quality of Family Members Providing Home Care Services: A Case-Control Study

Evde Bakım Hizmeti Veren Aile Bireylerinin Anksiyete Düzeyleri ve Uyku Kalitesinin Değerlendirilmesi: Vaka-kontrol Çalışması

Nurcan Akbaş Güneş¹

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the sleep quality of individuals who provide home care services regarding their duration of care service and the status of full or semi-dependent patients who receive home care services. **Methods:** Our study was conducted with 73 home caregiver participants (group 1) and 73 healthy volunteers (group 2). A questionnaire form was formulated for the evaluation of the participants. Beck Anxiety Inventory (BAI) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) were applied to all participants. **Results:** When PSQI scores were evaluated between group 1 and group 2, statistically significant differences were detected ($p=0.011$). It was concluded that group 1 scores were higher than group 2 and sleep quality is worse. When the PSQI scores and the BAI scores were compared, statistically significant differences were detected ($p < 0.05$). It was found that while the PSQI scores increased, the BAI scores also increased. A statistically significant relationship was also found between BAI scores and the number of diseases (single or multiple diseases) of the home care patients ($p = 0.037$, $p < 0.05$). **Conclusion:** In conclusion, health expresses a state of complete physical, spiritual, and social well-being. We should evaluate the patient and caregiver in this context and respond to their needs. Sleep is a condition that affects human life entirely. If we want to see a healthy home care patient, we must first ensure that the caregiver is healthy.

Keywords: Home care, caregiver, sleep quality, anxiety

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, evde bakım hizmeti veren bireylerin uyku kalitelerini bakım hizmeti verme süreleri ve evde bakım hizmeti alan hastaların tam ya da yarı bağımlı olma durumlarına göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Çalışmamız evde bakım hizmeti veren 73 katılımcı (grup 1) ve 73 sağlıklı gönüllü (grup 2) ile gerçekleştirildi. Katılımcıların değerlendirilmesi için bir anket formu oluşturulmuştur. Ve tüm katılımcılara Beck Anksiyete Ölçeği (BAI) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Endeksi (PSQI) uygulandı. **Bulgular:** Grup 1 ile grup 2 arasında PSQI skorları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0.011$). Grup 1'in grup 2'den yüksek puan aldığı ve uyku kalitesinin daha kötü olduğu sonucuna varıldı. PSQI skorları ve BAI skorları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptandı ($p < 0.05$). PSQI skorları arttıkça BAI skorlarının da arttığı görülmüştür. Ayrıca evde bakım hastalarının hastalık sayısı (tek veya çoklu hastalıklar) ile bakım verenlerin BAI skorları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p = 0.037$, $p < 0.05$). **Sonuç:** Sonuç olarak sağlık, tam bir fiziksel, ruhsal ve sosyal refah durumunu ifade eder. Hastayı ve bakıcıyı bu bağlamda değerlendirmeli ve ihtiyaçlarına cevap vermeliyiz. Uyku, insan yaşamını tamamen etkileyen bir durumdur. Sağlıklı bir evde bakım hastası görmek istiyorsak, öncelikle bakıcının sağlıklı olmasını sağlamalıyız.

Anahtar kelimeler: Evde bakım, bakıcı, uyku kalitesi, anksiyete

Received / Geliş tarihi: 07.07.2020, Accepted / Kabul tarihi: 22.09.2020

¹ Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği A.D.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Nurcan Akbaş Güneş, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D. Bolu/TURKEY, E-mail: dnrurak@hotmail.com

Akbaş Güneş N. Evaluation of Anxiety Levels and Sleep Quality of Family Members Providing Home Care Services: A Case-Control Study. TJFMPC, 2020;14(4): 633-638.

DOI: 10.21763/tjfm.765490

INTRODUCTION

Home Care Services; is a service where the continuity of preventive treatment and rehabilitative care is tried to be ensured, and health and social services are provided at a professional level in the individual's own home or the environment to protect and increase the health and functions of individuals.¹ Clear definition in our country; It was created according to the "Regulation on Presentation of Home Care Services" published in the Official Gazette No. 25751 on March 10, 2005. According to this regulation, Home Care Services are defined as the provision of health care and health services to sick people in the environment where they live with their families, by the health team in a way to meet their medical needs, including rehabilitation, physiotherapy, nutrition and psychological treatment.²

Home care service provided by experts and persons is called "formal care", and home care service provided by the family or close environment is called "informal care". especially given the more informally by family members of home care services in elderly care in Turkey.³ Besides, home care services consist of two main services: home health care and home social support services. Home healthcare includes services aimed at improving and improving the health status of the patient, while home social support services include social services such as the patient's housework, housework, or personal care, day/night care.⁴

In addition to the home health services provided under hospitals or public health directorates, family physicians also regularly make home visits to these patients. The purpose of these visits is to increase the comfort of the patient and to inform the individual or individuals who provide care, and the measures to be taken for the current medical condition of the patients.⁵ This task has also been included in the regulation as the family physician's duties and responsibilities.⁶

Providing medical care and rehabilitation for the elderly or individuals requiring palliative care at home instead of existing care units in hospitals. Home medical care services are common practices in many countries, including our country, as it reduces the risks of hospital-acquired infections and healthcare costs. Many patients are cared by their families at home in this way.⁷ This situation brings additional responsibilities to caregivers in daily life and unfavorably affects their time, energy, and attention.⁸ High rates of stress and psychological illness are observed in family caregivers providing care services to patients requiring long-term home care.⁹ In a study performed, it was found that caregivers providing care often experience stress and

tension and have a 63% higher mortality risk than those who not home caregivers.¹⁰

Researches have demonstrated that there is a significant decrease in life welfare and quality of life in home care providers. In a study conducted with family caregivers of cancer patients, mental health problems, and impaired health-related quality of life were observed in family members who home caregivers.¹¹ In many studies evaluating psychiatric problems in family home caregivers, higher anxiety levels were revealed.⁹ In a research conducted on caregivers of advanced cancer patients, poor sleep quality was demonstrated in these individuals, and the quality of their sleep improved with the training and counseling services provided.¹² Limited number of studies have evaluated sleep disorders and sleep quality in caregivers.

In the literature, we did not encounter any study in which patients were evaluated as total or semi-dependent, duration of caregiving, and sleep quality of caregivers. In this study, we aimed to evaluate the sleep quality of individuals who provide home care services regarding to their duration of care service and the status of full or semi-dependent patients who receive home care services.

METHODS

Study Design

Required permissions for the study were obtained from the local ethics committee (30.04.2019/12). All participants signed the informed consent form. Our study was conducted in Family Medicine Outpatient Clinic with 73 home caregiver participants and 73 healthy volunteers.

The study was designed as a case-control study. The calculation of the sample size of our study was determined for independent groups in the G * Power 3.1.9.2 program. Accordingly, the moderate effect size was determined as $d = 0.50$, and the sample size required for the study at the 85% statistical power and 0.05 significance level was determined to be 146 in total, 73 participants in both groups. 73 participants were determined as "group 1" and 73 participants as "group 2" control group, a total of 146 participants. In our study, the participants providing home care services were determined as "Group 1". Home caregivers with additional diseases and a history of treatment with anti-depressant or different psychiatric medications within the previous year were excluded from the study. In the group 1, family members who provide formal care or work with home care service were also excluded from the study.

The control group consisting of healthy volunteers was determined as "Group 2". They

applied to our Family Health Center for employment or to get a medical report for different reasons, did not have any systemic health problems in the file archives, had no psychiatric problems in the last 1 year and did not have a history of any psychiatric medication including antidepressants, They were selected from those who did not provide home care services and agreed to participate in the study.

Data Collection Method

A questionnaire form was formulated for the evaluation of the participants. Group 1 participants were inquired about their age, gender, education level, the number of years they had been providing care, diseases of home care patient, status of home care patient as semi-dependent or fully dependent. Besides, Beck Anxiety Inventory (BAI) and Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) were applied to all participants.

BAI shows the level of anxiety symptoms experienced by the individual. The total score range is specified as 0-63. The 8-15-point range is considered to be the mild anxiety level, the 16-25-point range as the medium-level anxiety level, and the 26-63-point range as the severe anxiety level.¹³ In addition, a validity and reliability study was performed in Turkey.¹⁴

PSQI is a self-report scale and evaluates sleep quality and disturbance in the last month. The total score is in the range of 0-21 points. A score greater than 5 is expressed as "poor sleep quality".¹⁵ In addition, a validity and reliability study has been conducted in Turkey.¹⁶ The Cronbach alpha value of our study was found to be moderately reliable as 0.672.

Statistical Analysis

Numerical data were expressed as the mean \pm standard deviation and median (min-max), and the data specified as qualifications were expressed as percentages (%). In a comparison of the groups, Mann-Whitney U test and chi-square test were used. In addition, the relationship between BAI and PSQI scores in each group was also calculated by correlation analysis. $p < 0.05$ was considered statistically significant. The analysis was carried out using IBM SPSS v.21.

RESULTS

According to the number of diseases, 32 (43.8%) patients had one, and 41 (56.2%) patients had multiple chronic diseases. When we evaluated the dependency levels of the home care patients, 37 (50.7%) patients were semi-dependent and 36 (49.3%) patients were fully dependent. Mean age of the patients was 80.11 ± 10.91 (31-92) years. A statistically significant difference was detected between Groups 1 and 2 in terms of sleep efficiency and duration of sleep ($p = 0.004$, $p < 0.001$, respectively). It was observed that Group 2 had a longer sleep duration and higher sleep efficiency than Group 1. When PSQI scores were evaluated between Groups 1 and 2, a statistically significant relationship was found ($p=0.011$). It was concluded that Group 1 scores were higher than Group 2 and sleep quality was worse in Group 2. Besides, there was a statistically significant relationship between Groups 1 and 2 in terms of BAI scores ($p=0.002$). It was observed that the level of anxiety was higher in Group 1 than in Group 2 (**Table 1**).

Table 1. Statistical comparison data in terms of demographic characteristics, sleep time, BAI and PSQI scores between the control group and home caregiver participants.

	Home caregivers	Control group	P
Sleep efficiency (%) (median [min - max])	100 [71 - 100]	100 [92 - 100]	<i>0.005*</i>
Duration of sleep (hour) (median [min - max])	7 [5 - 8]	8 [6 - 9]	<i><0.001*</i>
BAI scores (median [min - max])	16 [4 - 39]	5 [0 - 7]	<i>0.002*</i>
No anxiety	11 (15.1)	73 (100.0)	<i>0.004**</i>
Mild-level anxiety	24 (32.9)	0 (0.0)	
Moderate-level anxiety	22 (30.1)	0 (0.0)	
Severe-level anxiety	16 (21.9)	0 (0.0)	
PSQI scores (median [min - max])	7 [3 - 14]	3 [1 - 7]	<i>0.011*</i>
Healthy sleep quality	27 (37.0)	58 (79.4)	<i>0.021**</i>
Bad sleep quality	46 (63.0)	15 (20.6)	
Educational Level			<i>>0.05**</i>
Primary school	48 (65.8%)	45 (61.6%)	
High school	25 (34.2%)	20 (27.4%)	
University	0	8 (11%)	
Gender			<i>>0.05**</i>
Male	3 (4.1%)	8 (10.9%)	
Female	70 (95.9%)	65 (89.1%)	
Age (mean\pm sd)	50.02 \pm 11.05	52.110 \pm 9.02	<i>>0.05**</i>

PSQI: Pittsburg sleep quality index BAI: Beck anxiety inventory *Mann-Whitney U test **Chi-square test

A statistically significant relationship was found between PSQI and BAI scores of the home care providers ($p < 0.001$). A positive correlation

was found between PSQI and BAI scores ($r = 0.623$) (**Figure 1**).

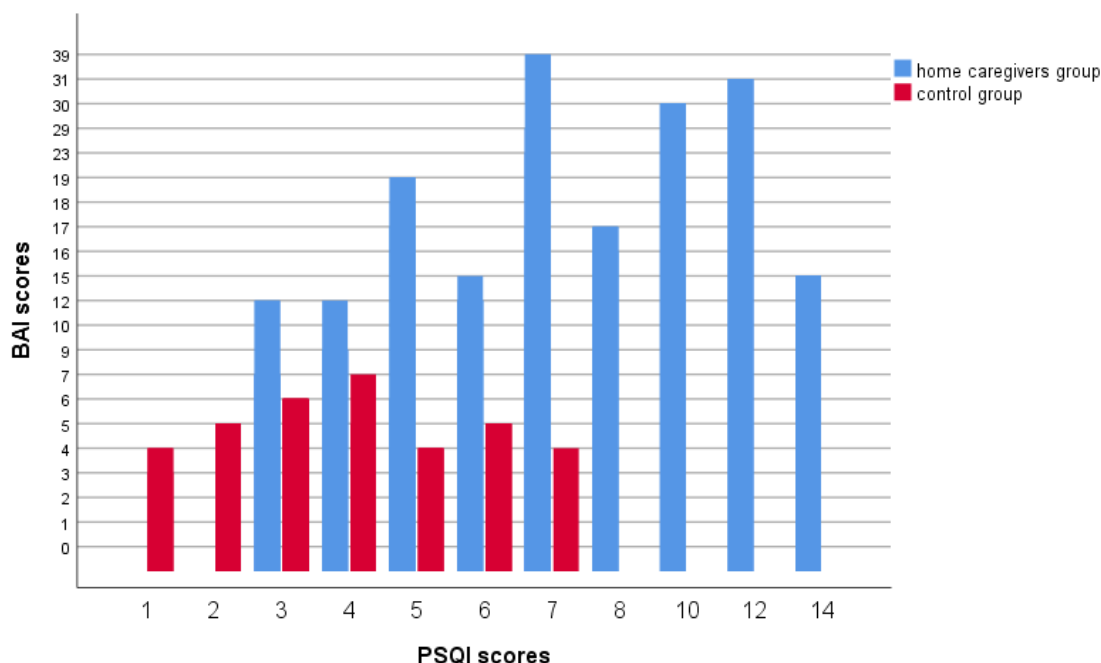


Figure 1. Mean BAI scores and PSQI scores of home caregiver participants and control group
PSQI: Pittsburg sleep quality index BAI: Beck anxiety inventory

No statistically significant differences were found between the duration of home care provided for the patients and their PSQI scores ($p > 0.05$). In the evaluation between duration of home care and BAI; any significant differences were not observed between those who provide home care for 1-2, and

3-4 years ($p > 0.050$). However, significant differences were found between those who provided home care for 1-2, and for 5 years or more, and also those who provided care for 3-4 years and for 5 years or more regarding BAI scores ($p = 0.016$, $p = 0.023$) ($p < 0.050$) (**Table 2**).

	N	PSQI scores (mean± sd)	BAI scores (mean± sd)
1-2 years ^a	21 (28.8%)	6.90±2.98	12.67±6.50
3-4 years ^b	18 (24.7%)	6.28±2.65	13.11±6.53
5 years and over ^c	34 (46.6%)	7.09±2.61	18.82±9.84
P*		>0.05	<u>0.016^{a-b}</u> <u>0.023^{b-c}</u>

PSQI: Pittsburg sleep quality index

BAI: Beck anxiety inventory

*Mann-Whitney U test

Any significant correlation was not found out between PSQI scores and the number of chronic diseases (single or multiple diseases) with home care patients. ($p = 0.730$, $p > 0.05$). When evaluated with BAI scores, a statistically significant relationship was detected ($p = 0.037$, $p < 0.05$). It was observed that if the home care patient had more than one disease, the caregiver's anxiety level increased. Any statistically significant relationship was not found between PSQI and BAI scores, and dependency levels of home care patients (fully or semi-dependent) ($p = 0.427$, $p = 0.440$) ($p > 0.05$).

DISCUSSION

In a study conducted in our country, the average age of home care patients was 74, while the average age of caregivers was 42 years.¹⁷ In a study conducted in

Singapore, the average age of the patients was 88, while the average age of the caregivers was 59 years.¹⁸ Our study results were similar to the results of other studies which shows us that both patients and those who care for them are not very young. Considering their age, many caregivers have additional illnesses and are both concerned with the care of the patient and also trying to protect their health. This fact also led to the conclusion that special attention should be paid to caregivers about their health.

In our study, 95.9% of the caregivers were women. Studies have shown that most of the caregivers were women.^{19, 20} We think that men are at the forefront of work outside the home, and they are in the background when it comes to home or patient care. It is also interesting that men do not feel

primary responsibility for the patient or elderly care and that our society welcomes this condition naturally. When we evaluate the education levels of caregivers, studies have shown that they are mostly primary and secondary school graduates.¹⁹ The results of our study are similar. University graduates or employees are often in the background for providing care and receive help from someone else, paid or unpaid. People place advertisements in job seekers column for patient care and contribute to family budgets by working both in our country and in the world recently.

Studies have shown that the wage increases of caregivers are higher than the general society. It has been emphasized that the higher wages are related to patient care being a difficult task and so every effort was made to retain the caregiver.²¹ In this study we conducted, caregivers were family members. We have not made a comparison between paid caregivers and family members.

In studies, stress is higher in caregivers as the duration of care increases.^{22,23} In a different study, it was found that BAI scores increased as the time to provide care increased.³ Similarly, in our study, as the time to provide care increased, the BAI scores were higher. However, care burden and stress were not evaluated in our study. It was observed that the burden and anxiety levels of the caregivers increased with increasing time. In a study, a strong positive correlation was detected between PSQI scores, anxiety, and depression in caregivers of cancer patients. However, the effects of time spent by individuals for home care time or whether the patient was full or semi-dependent were not investigated in this study.²⁴ In our study, a statistically significant difference was not detected in PSQI scores as the time of care increased. We have reached the conclusion that prolonging home care increases anxiety levels and has no significant effect on sleep. We can think that caregivers develop sleep tolerance and therefore prolonged home care does not affect sleep quality. We also think that this issue should be supported by other studies.

Ay et al. evaluated the patients' full or semi-dependent status and the caregivers' BAI scores and any significant relationship was not found.²⁵ In a study conducted in caregivers providing care for cancer patients, it was concluded that the risk of anxiety, and depression increased and sleep quality was affected.²⁴ Whether the patient was fully or partially dependent did not have an effect on anxiety levels in our study. However, when we evaluated in comparison with our control group who did not have home care patients, a significant relationship was found between them. The reason for this lack of correlation is that the presence of a patient in need of home care causes the caregiver to experience

anxiety. We think that whether the patient is fully or partially dependent did not effect the anxiety level of the caregiver. In our study, similarly when we evaluated the sleep quality of the caregiver, whether the patient is fully or partially dependent did not affect the sleep quality of the caregiver. However, when we evaluated our caregivers and the control group, we found out that sleep quality was significantly affected in the former group. Poor sleep quality of caregivers is a condition affecting both them and the patients. Healthcare professionals providing home care services should also focus on caregivers. We know that the primary duty of the health-care provider is home care patients. But we should not ignore the health of the caregiver.

Strengths and Limitations

We can say that the strength of our study is the evaluation of the patient's semi or full dependence and the sleep quality of the caregiver. The weaknesses of our study are that the socioeconomic levels of the caregivers and the status of relationship of the caregivers with the patient were not evaluated.

CONCLUSION

In conclusion, health expresses a state of complete physical, spiritual, and social well-being. Home care services generally focus on the patient. However, family physicians should evaluate the caregivers with the same sensitivity and respond to their needs. We found out that as the sleep quality of caregivers worsened, their anxiety levels increased. Poor sleep quality affects physical condition, work performance, and mood of an individual.

It is evident that it is difficult to look after a patient who has a chronic disease or needs care every day. If our goal as family physicians is to improve the quality of life of both the patient and the caregiver, sleep is another issue that we cannot ignore. One should be much more sensitive about sleep disorders, and early measures should be taken when necessary. In addition, caregivers should be guided and we should warn them to care about this issue.

Conflicts of interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Financial disclosures: None

Acknowledgements: We would like to thank Bolu Abant İzzet Baysal University, Faculty of Medicine, Scientific Research Support Unit for the statistical analysis of the study.

REFERENCES

1. Kurulu EBDY. Evde bakım tanımı, kapsamı, temel kavramlar ve ülkemizde mevcut durum. İstanbul; 2010.
2. Gazete R. Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik, 25751 sayılı kanun. 10.03.2005 (date of access: 18.09. 2019).
3. Kalıncara V, Kalaycı I. Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *YSAD-EIRJ*. 2017;10(2):19-39.
4. Altuntaş M, Yilmazer T, Güçlü Y, Öngel K. Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğitim Hast Derg*. 2010;20:153-8.
5. Guzel EÇ. Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. 2018; 10(5):15-9.
6. Bakanlık S. Sağlık bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından evde sağlık hizmetlerinin sunulmasına dair yönetmelik. Resmi Gazete, tarihi. 27.02.2015 (date of access: 30.05.2020).
7. Govina O, Kotronoulas G, Mystakidou K, Katsaragakis S, Vlachou E, Patiraki E. Effects of patient and personal demographic, clinical and psychosocial characteristics on the burden of family members caring for patients with advanced cancer in Greece. *Eur J Oncol Nurs*. 2015;19(1):81-8. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.06.009>
8. Leow MQH, Chan SWC. Factors affecting caregiver burden of terminally ill adults in the home setting-A systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2011;9(45):1883-916. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2011-104>
9. Yikilkan H, Aypak C, Gorpelioglu S. Depression, anxiety and quality of life in caregivers of long-term home care patients. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014;28(3):193-6. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.01.001>
10. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*. 1999;282(23):2215-9. <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>
11. Civi S, Kutlu R, Çelik HH. Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Gulhane Med J*. 2011;53:248-53.
12. Koc Z, Sağlam Z, Cinarlı T. Kanser Tanısı Almış Olan Bireylere Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Verme Yükü İle Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;1(1):99-116.
13. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893-7. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
14. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cogn Psychother*. 1998;12(2): 163-72.
15. Buysse DJ, Reynolds III CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):193-213. DOI: 10.1016/0165-1781(89)90047-4
16. Agargun M. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996;7:107-15.
17. Hamamcı M, Bozkurt G, Karaaslan Ö, Hacimusalar Y, Buyukkizmaz M, İnan LE. Demans hastalarına bakım verenlerin uyku kalitelerinin değerlendirilmesi. *Bozok Med J*. 2019;9(4):88-93. <https://doi.org/10.16919/bozoktip.571437>
18. Tay RY, Hum AYM, Ali NB, Leong IY, Wu HY, Chin JJ, et al. Comfort and satisfaction with care of home-dwelling dementia patients at the end of life. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59(5):1019-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2019.12.004>
19. Yesil T, Uslusoy EC, Korkmaz M. Examining Of The Life Quality And Care Burden Of Those Who Are Looking After The Patients Suffering From Chronic Diseases. *GUJHS*. 2016;5(4):54-66.
20. Lee A, Lin W. Association between sleep quality and physical fitness in female young adults. *J Sports Med Phys Fitness* 2007;47(4):462-7.
21. Howes C. Living wages and retention of homecare workers in San Francisco. *Industrial Relations*. 2005;44(1):139-63. <https://doi.org/10.1111/j.0019-8676.2004.00376.x>
22. Yılmaz TE, Ceyhan S, Yılmaz T, Kasım İ. Geriatrik hastalara bakım verenlerin kendi kronik hastalık durumları ve hastalıklarına yönelik tutum ve davranışları. *Ortadogu Med J*. 2019;11(3):244-51. <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.495692>
23. Selcuk KT, Avcı D. Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenler. *SDU Journal of Health Science Institute*. 2016;7(1):1-9.
24. Karabulutlu EY, Akyıl R, Karaman S, Karaca M. Investigation of sleep quality and psychological problems in cancer caregivers. *Turkish Journal of Oncology*. 2013;28(1):1-9. <https://doi.org/10.5505/tjoncol.2013.807>
25. Ay S, Unubol H, Ezer S, Omay O, Sayar GH. Yaşlı hastalara bakım verenlerin bakım verme yükleri ve başa çıkma biçimleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Fam Pract Palliat Care*. 2017;2(3):38-44. <https://doi.org/10.22391/920.335720>



Original Research / Özgün Araştırma

Nutrition, Health Behaviour Changes, and Eating Behaviours of Adults During the COVID 19 Pandemic Period

COVID 19 Pandemi Döneminde Yetişkinlerin Beslenme, Sağlık Davranışı Değişiklikleri ve Yeme Davranışları

Gülperi DEMİR¹

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to examine the changes in the health behaviours, food consumption, meal patterns and eating behaviours of adults during the COVID-19 pandemic, which globally poses a major public health threat. **Method:** The research designed as descriptive and cross-sectional type was conducted on 330 voluntary adults aged 20 and over, between May and July 2020 (mean age: 33.1±11.5 years). Data were collected through an online survey method. The questionnaire included questions to identify the changes in participants' health behaviours, food consumption, meal patterns, and an eating disorder rating scale to evaluate their eating behaviours. SPSS 21.0 software was used for the evaluation of the data. **Results:** During the pandemic period, while smoking ($p<.05$), alcohol ($p>.05$) consumption, physical activity ($p<.05$) rates decreased; sleep duration and body mass indexes increased ($p<.05$). During the pandemic, the rate of those consuming one main meal a day increased, while the rate of those consuming three main meals decreased ($p<.05$). In addition, the rate of eating at night increased during the pandemic ($p<.05$). During the pandemic period, the adults' consumption of cereals and sweets which are rich in carbohydrates, and their fat, tea, coffee consumptions increased, while their fish consumption decreased. The average global eating disorder rating scale score of adults during the pandemic period was 2.4±1.4, and it was determined that the risk of possible eating disorders was low. However, during the pandemic process, it was determined that they displayed negative behaviours such as consuming more food than usual, feeling losing control while eating, experiencing excessive eating attacks, and obsessive exercise. **Conclusion:** As a result of the study, it was revealed that the pandemic process negatively affected the nutrition and health behaviours of individuals in general. It is thought that adults should be made aware of the effects of nutrition and lifestyle on sensitivity to COVID-19 and recovery.

Keywords: COVID 19, nutrition, health, adult.

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, küresel boyutta önemli bir halk sağlık tehdidi oluşturan COVID-19 pandemisi sürecinde yetişkin bireylerin sağlık davranışları, besin tüketimleri, öğün düzenlerindeki değişimlerin ve yeme davranışlarının incelenmesidir. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipte tasarlanan bu araştırma, Mayıs-Temmuz 2020 tarihleri arasındaki 20 yaş ve üzeri 330 gönüllü yetişkin üzerinde yürütülmüştür (ortalama yaş: 33.1±11.5 yıl). Veriler, çevrimiçi anket yöntemiyle toplanmıştır. Anket formunda katılımcıların sağlık davranışları, besin tüketimleri, öğün düzenlerindeki değişimleri belirlemeye yönelik sorular ile yeme davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği yer almıştır. Verilerin analizinde SPSS 21.0 programı kullanılmıştır. **Bulgular:** Pandemi döneminde, yetişkinlerin sigara ($p<.05$), alkol ($p>.05$) tüketim oranları ve fiziksel aktivite ($p<.05$) yapma oranları düşmüştür; uyku süreleri ve beden kütle indeksleri artmıştır ($p<.05$). Pandemi süresince günde tek ana öğün tüketenlerin oranı artmış, üç ana öğün tüketenlerin oranı azalmıştır ($p<.05$). Ayrıca, pandemi sürecinde gece yeme oranı artmıştır ($p<.05$). Yetişkinlerin pandemi döneminde; karbonhidrat yönünden zengin besinler olan tahıllar, tatlı türleri ile katı yağ, çay, kahve, tüketimlerinin arttığı; balık tüketimlerinin azaldığı bulunmuştur. Yetişkinlerin yeme bozukluğu değerlendirme ölçeği ortalama puanı 2.4±1.4 olup pandemi döneminde, olası yeme bozukluğu riskinin düşük olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte pandemi sürecinde normalden daha fazla besin tüketme, yemek yerken kontrolü kaybetme hissine kapılma, aşırı yemek yeme nöbetleri yaşama, saplantılı biçimde egzersiz yapma gibi olumsuz davranışlar gösterdikleri belirlenmiştir. **Sonuç:** Araştırmanın sonucunda pandemi sürecinin genel olarak bireylerin beslenmelerini ve sağlık davranışlarını olumsuz şekilde etkilediği ortaya çıkmıştır. Yetişkinlerin, beslenme ve yaşam biçiminin COVID-19'a duyarlılık ve iyileşme üzerindeki etkileri hakkında bilgilendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

AnahtarKelimeler: COVID 19, beslenme, sağlık, yetişkin.

Received / Geliş tarihi: 09.09.2020, Accepted / Kabul tarihi: 04.10.2020

¹Selçuk University Faculty of Health Science, Department of Nutrition and Dietetics

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gülperi DEMİR, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Alaaddin Keykubat Kampüsü, 42250, Selçuklu, Konya – TURKEY, E-mail: gulperidemir@gmail.com

Demir G. Nutrition, Health Behaviour Changes, and Eating Behaviours of Adults During the COVID 19 Pandemic Period. TJFMPC, 2020;14(4): 639-645.

DOI: 10.21763/tjfm.792397

INTRODUCTION

Coronaviruses (CoV) are a large family of viruses that cause diseases ranging from common cold to more serious diseases such as Middle East Respiratory Syndrome (MERS-CoV) and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS-CoV). New Coronavirus (COVID-19) is a virus that causes respiratory infection. COVID-19, which is considered as a pandemic by the World Health Organization, poses a major public health threat in Turkey.¹ Having a strong immune system is the most important element of successful treatment in preventing viral diseases such as COVID-19. The immune system is directly related to nutritional status, and adequate and balanced nutrition is required for optimal functioning of immune cells.^{2,3} It has been reported that unhealthy diets and lifestyle behaviours can cause an increase that can worsen the picture of COVID-19.⁴ Globally, the treatment for COVID-19 has not yet been discovered and confirmed. However, nutrition is applied as an important part of acute and chronic treatment. During the Ebola virus epidemic that emerged in West Africa in 2014, emergency supportive care such as nutrition has been reported to significantly reduce case fatality rates.^{5,6} It is predicted that this will also be effective in combating the COVID-19 pandemic.⁷

There is a strong relationship between nutrition and mental health in adults.⁸ Studies show that nutrition has important effects on mood. Although the factors that determine mental health are complex, increasing evidence suggests a strong association between malnutrition and mood disorders.⁹ Individuals may tend to have an unhealthy diet in order to get away from increasing stress and problems and to get rid of the negative effects of these situations.¹⁰ It is necessary to address physical and mental health problems and to increase the awareness of individuals in terms of fighting against the COVID-19 pandemic. It is reported that all these will affect the pandemic directly and indirectly.¹¹

The aim of this study, planned in the light of this information, is to examine the changes in the health behaviour, food consumption, meal patterns of adults during the COVID-19 pandemic, and the eating behaviour in this process. It is thought that the results obtained from the study will contribute to the international literature by revealing the relationship between nutrition and the COVID-19 pandemic, a new phenomenon that has not yet been fully enlightened on a global scale.

METHOD

The descriptive and cross-sectional study was conducted between May and July 2020. The population consisted of individuals who were 20 years and over, living in Turkey. A sample size was not calculated for the study, and at the time of the study, 330 adults who were eligible and agreed to participate were included in the study. In order to carry out the study, scientific research permission was obtained from the Ministry of Health beforehand. In addition, ethics approval was obtained from Selcuk University Faculty of Health Sciences Ethics Committee to conduct the study (Decision number: 20/596). The subjects participated on a voluntary basis after being fully informed about the study. They signed an informed consent and filled in questionnaires, which adhered to the Declaration of Helsinki protocols (World Medical Association). Study data were obtained through online survey method. The questionnaire includes descriptive information of the participants, questions to determine their health behaviour, meal patterns, food consumption before and during the pandemic, and the Eating Disorder Rating Scale (EDE-Q) to determine the eating behaviours of the participants.¹² Participants' height and body weight information were recorded according to their own statements and body mass indexes (BMI) were calculated. BMIs were calculated as weight (kg) divided by height squared (m²). Then, BMI was classified as BMI <18.5 kg/m² "underweight", BMI:18.5-24.9 kg/m² "normal", BMI:25.0-29.9 kg/m² "overweight" BMI ≥30.0 kg/m² "obese" according to World Health Organization's classification.¹³

Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q)

The Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q), which was developed by Fairburn and Beglin (1994)¹⁴, is a scale that is scored between 0-6, consisting of 28 questions and five subscales, evaluating the possible disorder in eating behaviours, taking into account the eating behaviours of individuals during the last 28 days. Sub scales are Restraint Concern (RC) (Items 1, 2, 3, 4, 5), Binge Eating (BE) (Items 13, 14, 15, 16, 17, 18), Shape Concern (SC) (Items 6, 8, 10, 11, 23, 26, 27, 28), Eating Concern (EC) (Items 7, 9, 19, 20, 21) and Weight Concern (WC) (Items 8, 12, 22, 24, 25). Except for the binge eating subscale, the total score (global score) of the scale is obtained by summing the four subscale scores and dividing them by 4. Increasing scores indicate the presence of pathology. 4 and above was accepted as the cut-off point of the total score and subscale scores obtained from the scale as an indicator of clinical significance. The Turkish validity and reliability study of the scale was conducted by Yucel et al. (2011) and the internal consistency coefficient of

the scale was found to be .93 and test-retest reliability as .91.¹² The Cronbach alpha value for this study was found to be as 0.86.

Statistical Analysis

SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences) software was used for the evaluation of the data. The One Sample Kolmogorov-Smirnov test was used to determine whether outcome variables were normally distributed. Accordingly, number (n), percentage (%), mean±standard deviation (SD), median [inter-quartile range-IQR] were applied to evaluate the data, Wilcoxon Signed Rank test to analyse the changes in body weight and BMI during the pre-pandemic and pandemic periods, Mc Nemar test to analyze the changes in health behaviours and meal patterns. In all statistical tests, the range of reliability was accepted as 95.0% and evaluated at significance level of $p < .05$.

RESULTS

General Characteristics

Of the adults participating in the study, 73.9% were women and 26.1% were men. Their age ranged from 20 to 66, with an average of 33.1±11.5 years. Of them, 51.2% were married, 48.8% were single. 92.1% of them had nuclear family structure, 82.4% resided in the city centre and 17.6% in the district, 38.9% had 3000-6000 TL, 28.2% had >6000 TL, 21.5% had 1500-3000 TL, 11.5% had <1500 TL monthly income, 66.4% of the adults were associate/undergraduate, 15.4% post-graduate, 9.7% high school, 8.2% primary school graduates, 38.8% were civil servants, 26.7% were students, 12.1% were housewives, 12.1% were workers, 10.3% were health personnel, 20.3% of them had a chronic disease and 17.3% took medication regularly.

Health Status of Adults Before and During the COVID-19 Pandemic

		Pre-pandemic period n (%)	Pandemic Period n (%)	Statistics
Current smoking	Yes	89 (27.0)	82 (24.8)	$p:0.018^a$
	No	241 (73.0)	248 (75.2)	
Alcohol consumption	Yes	21 (6.4)	19 (5.8)	$p:0.500^a$
	No	309 (93.6)	311 (94.2)	
Regular Diet	Yes	77 (23.3)	55 (16.7)	$p:0.010^a$
	No	253 (76.7)	275 (83.3)	
Physical Activity	Yes	168 (50.9)	120 (36.4)	$p:0.000^a$
	No	162 (49.1)	210 (63.6)	
Sleep Duration (hour/day)	Median [IQR]	7.0 [1.0]	8.0 [2.0]	$p:0.000^b$

^aMcNemar Test

^bWilcoxon Signed Ranks Test

The proportion of the adults smoking before the pandemic (27.0%) decreased by 2.2% during the pandemic period ($p > 0.5$). Of those who consumed alcohol (6.4%) before the pandemic, 2 subjects (0.6%) were detected to quit alcohol ($p > .05$). The rate of those who followed a regular diet plan before the pandemic was 23.3%, while the rate of those who diet during the pandemic period is

16.7% ($p < .05$). The rate of those who reported that they were physically active before the pandemic was 50.9%, and this rate decreased to 36.4% during the pandemic ($p < .05$). Sleep duration of adults also increased during the pandemic, and the difference between the pre-pandemic and pandemic period was significant ($p < .05$).

	Mean±SD	Median [IQR]	Wilcoxon Signed Ranks Test
Pre-pandemic height (cm)	1.66±0.1	-	-
Pre-pandemic body weight (kg)	69.1±14.9	-	
Body weight during pandemic (kg)	70.1±15.1	-	
Pre-pandemic BMI (kg/m ²)	24.8±4.7	24.1 [6.7]	$p:0.000$
BMI during pandemic (kg/m ²)	25.2±4.7	24.3 [6.3]	

Average height of the adults was 1.66±0.1 cm, body weight before COVID-19 pandemic was 69.1±14.9 kg, body weight in COVID-19 pandemic period was 70.1±15.1 kg, average BMI was 24.8±4.7 kg/m² before pandemic and 25.2±4.7 kg/m² during pandemic period. An increase in BMI

of adults was determined during the pandemic. BMI changes before and during the pandemic were statistically significant ($p < .05$).

Nutritional Changes of Adults Before and During COVID-19 Pandemic

Table 3. Comparison of Adults' Meal Patterns Before and During COVID-19 Pandemic

		Pre-pandemic n (%)	Pandemic Period n (%)	McNemar Test
Number of main meals	One meal	1 (0.3)	10 (3.0)	p:0.000
	Two meals	173 (52.4)	201 (60.9)	
	Three meals	156 (47.3)	119 (36.1)	
Skipping main meal	Yes	174 (52.7)	211 (63.9)	p:0.001
	No	156 (47.3)	119 (36.1)	
The most frequently skipped main meal	Breakfast	97 (46.0)	41 (19.4)	p:0.000
	Lunch	104 (49.3)	162 (76.8)	
	Dinner	20 (4.7)	8 (3.8)	
Reason for skipping meal	Getting up late	121 (57.3)	99 (46.9)	p:0.002
	Lack of habit	43 (20.4)	31 (14.7)	
	Lack of appetite	36 (17.1)	62 (29.4)	
	Worrying about gaining weight	11 (5.2)	19 (9.0)	
Consuming snacks	Yes	197 (59.7)	208 (63.0)	p:0.260
	No	133 (40.3)	122 (37.0)	
The most frequently consumed snack	Mid-morning	21 (10.7)	13 (6.3)	p:0.201
	Afternoon	102 (51.8)	84 (40.4)	
	Night	74 (37.6)	111 (53.4)	
Night eating	Yes	153 (46.4)	205 (62.0)	p:0.000
	No	177 (53.6)	125 (38.0)	

Before and during the pandemic, adults consumed at most two main meals a day (52.4%, 60.9%, respectively). During the pandemic period, the rate of those consuming one meal a day increased, while the rate of those consuming three meals decreased ($p < .05$). Before the pandemic, 52.7% of the adults skipped the main meal, this rate increased during the pandemic period (63.9%, $p < .05$). The reason for skipping the main meal before and during the pandemic was getting up late with the highest rate (57.3%; 46.9%, $p < .05$, respectively). In the pandemic period, the snack consumption of adults also increased, and while the most frequently consumed snack was the afternoon snack (51.8%) before the pandemic, it was determined that adults consumed more snacks at night during the pandemic period ($p > .05$). When the night eating status of adults is examined, it is understood from Table 3 that the rate of night eating increased during the pandemic period too ($p < .05$).

Table 4. Changes in Food Consumption of Adults During the COVID-19 Pandemic

Foods	Increased n (%)	Decreased n (%)	Not changed n (%)
Milk and Dairy Products			
Milk, yoghurt, cheese, ayran, etc.	145(43.9)	17 (5.2)	168 (50.9)
Meat, poultry, fish, eggs, legumes, nuts			
Meat, poultry	148 (44.8)	17 (5.2)	165 (50.0)
Sausage, salami, etc.	80 (24.2)	47 (14.2)	203 (61.5)
Fish	34 (10.3)	86 (26.1)	210 (63.6)
Legumes	92 (27.9)	27 (8.2)	211 (63.9)
Egg	173 (52.4)	15 (4.5)	142 (43.0)
Nuts	124 (37.6)	33 (10.0)	173 (52.4)
Vegetables			
Green leafy vegetables	172 (52.1)	19 (5.8)	139 (42.1)

Other vegetables	114 (34.5)	15 (4.5)	201 (60.9)
Fruits			
Fruits	155 (47.0)	39 (11.8)	134 (40.6)
Grains			
Bread	103 (31.2)	71 (21.5)	156 (47.3)
Rice, bulghur, pasta, noodles, flour, etc.	142 (43.0)	28 (8.5)	160 (48.5)
Biscuits, crackers	131 (39.7)	69 (20.9)	130 (39.4)
Pastry, pies, cakes, cookies, etc.	163 (49.4)	46 (13.9)	121 (36.7)
Doner, kebab, pita, pizza, burger, etc.	27 (8.2)	165 (50.0)	138 (41.8)
Desserts			
Sugar, honey, jam, molasses	75 (22.7)	41 (12.4)	214 (64.8)
Turkish Delight, candy, chocolate	99 (30.0)	53 (16.1)	178 (53.9)
Fruity dessert	79 (23.9)	42 (12.7)	209 (63.3)
Milk dessert, ice-cream	171 (51.8)	19 (5.8)	140 (42.4)
Pastry dessert	146 (44.2)	50 (15.2)	134 (40.6)
Fats and Oils			
Olive oil	105 (31.8)	9 (2.7)	216 (65.5)
Other oils	53 (16.0)	37 (11.3)	240(72.7)
Butter	115 (34.8)	14 (4.2)	201 (60.9)
Margarine	25 (7.6)	53 (16.0)	252 (76.4)
Beverages			
Packaged fruit juices	38 (11.5)	101 (30.6)	191 (57.9)
Fresh fruit juices	90 (27.3)	34 (10.3)	206 (62.4)
Fizzy drinks	61 (18.6)	74 (22.4)	195 (59.0)
Mineral water	114 (34.6)	30 (9.0)	186 (56.4)
Coffee	125 (27.9)	51 (15.5)	154 (46.7)
Tea	184 (55.8)	25 (7.6)	121 (36.6)
Herbal tea	67 (20.3)	47 (14.2)	216 (65.5)

When the changes in the food preferences of adults during the pandemic period were examined, it was determined that they increased their consumption of milk and dairy products (43.9%), meat (44.8%), eggs (52.4%), oil seeds (37.6%), green leafy vegetables (52.1%), fruit (47.0%), cake, pastry, cookies, pies, etc. (49.4%),

milky desserts, ice cream (51.8%), pastry desserts (44.2%), butter (34.8%), olive oil (31.8%), tea (55.8%). On the other hand, it was determined that they reduced their consumption of fish (26.1%),

doner, kebab, pita, pizza, burger, etc. (50.0%) and ready-made fruit juices (30.6%).

	Mean±SD	Median [IQR]
Global Score	2.4±1.4	2.1 [2.1]
Restraint Concern- RC	2.5±1.9	2.0 [2.4]
Shape Concern-SC	2.7±1.7	2.4 [2.7]
Eating Concern-EC	2.0±1.6	1.4 [2.0]
Weight Concern-WC	2.3±1.5	2.0 [1.8]
Binge Eating- BE	-	-
Number of eating unusual amounts of food in the past 28 days	5.1±7.5	2.0 [7.0]
Number of having the feeling of losing control over eating in the past 28 days	3.7±5.6	2.0 [5.0]
Number of days when binge eating attack was experienced in the last 28 days	3.5±6.1	1.0 [5.0]
Number of self-induced vomiting to control body shape or weight in the past 28 days	0.6±5.8	0.0 [0.0]
Number of laxative use to control body shape or weight in the past 28 days	0.4±2.0	0.0 [0.0]
Number of times you have exercised "by losing yourself" or "obsessively" to control weight, shape or fat and burn calories in the past 28 days	1.0±3.3	0.0 [0.0]

The average global EDE-Q score of the adults was 2.4±1.4, RC score: 2.5±1.9, SC score: 2.7±1.7, EC score: 2.0±1.6, WC score: 2.3±1.5. When the binge eating behaviours of the adults in the last 4 weeks as of the date of the study were examined, it was determined that they consumed 5.1±7.5 times more food than usual, had a feeling of losing control while eating on average 3.7±5.6 times, had binge eating attacks on average 3.5±6.1 days, and exercised obsessively on average 1.0±3.3 times.

DISCUSSION

The COVID-19 pandemic significantly affects the lifestyles of people.¹⁶Negative effects have occurred on people's mental health and behaviours, especially with the effect of social isolation. It has been reported that these negative effects during the pandemic period may cause changes in the sleep and eating patterns of people, an increase in weight, smoking and alcohol consumption, and worsening of chronic health conditions.¹⁷⁻¹⁹ Elements of a healthy lifestyle are listed as adequate and balanced diet, regular sleep and physical activity, hygiene, avoidance of smoking and alcohol. These health behaviours are the factors that shape the health and well-being of individuals and societies.²⁰Therefore, in order for people to manage this period in the healthiest way, it is important that they show healthy lifestyle behaviours, especially social distance. When the health behaviours of adults participating in the study before and during the pandemic were examined, it was seen that the proportion of adults smoking decreased positively by 2.2% during the pandemic period ($p>0.5$). This result is good for health. However, the rate of those who followed a regular diet plan before the pandemic was 23.3%, while the rate of those who diet during the pandemic period was 16.7%

($p<.05$), the rate of those who were physically active before the pandemic was 50.9% and this rate decreased to 36.4% during the pandemic ($p<.05$).In addition, the sleep duration of adults increased during the pandemic ($p<.05$). These results pose a risk especially for the development of obesity. When the BMI changes of adults during the pandemic period were examined, it was determined that they gained weight during the pandemic process, so there was an increase in their BMI ($p<.05$). Adequate and balanced diet helps prevent and control diseases such as obesity, diabetes, hypertension, and regulates sleep and mood.¹⁷ Therefore, it is important for individuals to consume regular meals as 3 main meals a day and to make healthy food choices. When the changes in the meal patterns of adults during the pandemic period were examined, it was determined that the rate of those consuming 3 main meals decreased and the rate of those who skipped meals increased during the pandemic period ($p<.05$, Table 3). The most frequently skipped main meal during the pandemic period is lunch (76.8%, $p<.05$). The most frequently reported reason for skipping meals is getting up late (46.9%, $p<.05$).Therefore, these results are thought to be related to the increase in sleep duration of adults during the pandemic period. When the consumption of snacks in adults during the pandemic period was examined, it was determined that they mostly consumed snacks at night (53.4%, $p>.05$), and that the rates of night eating increased significantly during the pandemic period compared to the pre-pandemic period (62.0%, $p<.05$). A growing number of studies have shown that night eating was associated with poor diet quality, higher BMI and negative health outcomes.^{21,22} It would be helpful to inform adults about the importance of regular meals and sleep.

It is known that fear, anxiety, and depression symptoms increased during the pandemic period.¹⁸ People may show tendency to an unhealthy diet in order to get away from increased stress and problems.¹⁰ It is common to consume more food than normal in times of stress, and to prefer foods that are high in simple carbohydrates, easy to prepare and sweet.²³ In this study, it was found that cereals which are rich in carbohydrates, desserts, fat, tea and coffee consumption of adults increased during the pandemic period, while fish consumption decreased (Table 4). However, the positive findings of the study are that milk and dairy products, green leafy vegetables, fruits, oilseeds, olive oil consumption of adults increased and the consumption of ready-to-eat foods decreased (Table 4). The eating behaviours of the adults during the pandemic period were also examined, and as a result, the average global EDE-Q score was 2.4 ± 1.4 , and it was below 4 points, which is accepted as an indicator of clinical importance in the evaluation of the scale score; therefore, it can be said that the risk of possible eating disorder was low.¹⁵ However, when the scale items included in the scale but not included in the total scoring were examined, it was determined that the adults consumed on average 5.1 ± 7.5 times more food than normal in the last 4 weeks as of the date of the study, they had the feeling of losing control while eating on average 3.7 ± 5.6 times, they had binge eating attacks on average 3.5 ± 6.1 days and obsessively exercised on average 1.0 ± 3.3 times. These results can be evaluated as adults tended to develop negative eating behaviours during the pandemic period and the pandemic period had a negative effect on adults' nutrition and health behaviours. Recent studies report that unhealthy diets and lifestyle behaviours can adversely affect immunity and cause an increase that can worsen the picture of COVID-19.^{3,4} Therefore, during the pandemic period, it is recommended that individuals avoid eating foods high in saturated fat and simple carbohydrates and instead consume high amounts of fiber, whole grains, fish, unsaturated fats and antioxidants to increase immune function.²⁴

CONCLUSION

As a result, it has been revealed that the pandemic process negatively affects the nutritional and health behaviours of adults in general. It is thought that adults should be made aware of the consumption of inadequate and unbalanced diets and the impact of unhealthy living behaviours on susceptibility to COVID-19 and recovery. It is of great importance to follow a balanced diet rich in protein, fiber, vitamins, minerals and anti-oxidants in this period. In addition, it is recommended to avoid the consumption of substances such as cigarettes and alcohol, and to have regular sleep and physical

activity in order to be protected against the COVID-19 virus.

REFERENCES

1. T.C. Sağlık Bakanlığı. COVID 19. 2020. Available from: <https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr>. Accessed: 10.05.2020.
2. Childs CE, Calder PC, Miles EA. Diet and immune function. *Nutrients* 2019;11(8):1933. doi: 10.3390/nu11081933
3. Li X, Geng M, Peng Y, Meng L, Lu S. Molecular immune pathogenesis and diagnosis of COVID-19. *J Pharm Anal.* 2020; 10(2): 102-108. doi: 10.1016/j.jpha.2020.03.001
4. Butler MJ, Barrientos RM. The impact of nutrition on COVID-19 susceptibility and long-term consequences. *Brain Behav Immun.* 2020; 87: 53–54. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.040
5. Cohen J. Saving lives without new drugs. *Science* 2014; 346(6212):911. doi: 10.1126/science.346.6212.911
6. Bah EI, Lamah MC, Fletcher T, Jacob ST, Brett-Major DM, Sal AA, et al. Clinical presentation of patients with Ebola virus disease in Conakry, Guinea. *N Engl J Med.* 2015; 372:40–47. doi: 10.1056/NEJMoa1411249.
7. Laviano A, Koverech A, Zanetti M. Nutrition support in the time of SARS-CoV-2 (COVID-19). *Nutrition* 2020; 00, 110834. doi: 10.1016/j.nut.2020.110834.
8. Jacka FN. Nutritional Psychiatry: Where to Next? *EBio Medicine* 2017; 17:24–29. doi: 10.1016/j.ebiom.2017.02.020
9. Adan RAH, Beek der van EM, Buitelaar JK, Cryan JF, Hebebrand J, Higgs S et al. Nutritional psychiatry: Towards improving mental health by what you eat. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2019; 29(12): 1321-1332. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.10.011>
10. MacNeil L, Esposito-Smythers C, Mehlenbeck R, Weismore J. The effects of avoidance coping and coping self-efficacy on eating disorder attitudes and behaviours: A stress-diathesis model. *Eat Behav.* 2012; 13(4): 293-296. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.06.005>
11. Roy D, Tripathy S, Kar KS, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatr.* 2020; 51: 102083. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102083
12. Yücel B, Polat A, İkiz T, Pirim-Düşgör B, Yavuz AE, Sertel-Berk. The Turkish version of the Eating Disorder Examination

- Questionnaire: Reliability and validity in adolescents. *Eur Eat Disord Rev.* 2011; 19(6):509-511 doi: 10.1002/erv.1104
13. World Health Organization. WHO BMI Classification. 2019. Available from: https://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.htm. Accessed: 10.05.2020.
 14. Fairburn CG, Beglin SJ Assessment of eating disorders: Interview or selfreport questionnaire? *The Int J Eat Disord.* 1994; 16: 363–70. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(199412\)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199412)16:4<363::AID-EAT2260160405>3.0.CO;2-%23)
 15. Lavender JM, De Young KP, Anderson DA. Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q): Norms for undergraduate men. *Eat Behav.* 2010; 11(2), 119-121. doi: 10.1016/j.eatbeh.2009.09.005.
 16. Haleem A, Javaid M, Vaishya R. Effects of COVID 19 pandemic in daily life. *Current Medicine Research and Practice Curr Med Res Pract.* 2020; 10(2): 78–79. doi: 10.1016/j.cmrp.2020.03.011
 17. Coelho-Ravagnani CF, Corgosinho FC, Sanches FFZ, Prado CMM, Laviano A, Mota JF. Dietary recommendations during the COVID-19 pandemic. *Nutr Rev.* 2020; 0(0):1–14. doi: 10.1093/nutrit/nuaa067
 18. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395: 912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8.
 19. Muscogiuri G, Barrea L, Savastano S, Colao A. Nutritional recommendations for CoVID-19 quarantine. *Eur J Clin Nutr.* 2020;74:850–851. doi: 10.1038/s41430-020-0635-2.
 20. Short SE, Mollborn S. Social determinants and health behaviours: Conceptual frames and empirical advances. *Curr Opin Psychol.* 2015; 5: 78–84. doi:10.1016/j.copsyc.2015.05.002.
 21. Baron KG, Reid KJ, Kern AS, Zee PC. Role of sleep timing in caloric intake and BMI. *Obesity (Silver Spring)* 2011; 19:1374-1381. doi: 10.1038/oby.2011.100.
 22. Hernandez Emely, Kim M, Kim WG, Yoon J. Nutritional aspects of night eating and its association with weight status among Korean adolescents *Nutr Res Pract.* 2016; 10(e38). doi: 10.4162/nrp.2016.10.4.448
 23. Flaskerud JH. Mood and Food. *Issues Men Nurs.* 2015; 36:307–310. doi:10.3109/01612840.2014.962677.
 24. Connaughton RM, McMorrow AM, McGillicuddy FC, Lithander FE, Roche HM. Impact of anti-inflammatory nutrients on obesity-associated metabolic-inflammation from childhood through to adulthood. *Proc. Nutr. Soc.* 2016; 75: 115–124. <https://doi.org/10.1017/S0029665116000070>.



Evaluation of zona zoster cases occurring in cancer-diagnosed patients

Kanser tanısı almış hastalarda ortaya çıkan zona zoster vakalarının retrospektif değerlendirilmesi

Nagihan Yıldız Çeltik^{1*}, Ufuk Ünlü¹

ABSTRACT

Aim: Shingles is an infectious disease which is caused by varicella zoster virus, especially in elderly and immune compromised individuals. Our purpose in the study is to take attention to the importance of clinical and demographic valuation of shingles infections in patients with cancer and to emphasize that it should be included in the follow-up and prophylaxis protocols to be established in this group of patients. **Material and Methods:** Between October 2009 and July 2019, 100 patients diagnosed with shingles while receiving oncological treatment at Tokat Gaziosmanpaşa University Medical Faculty Hospital were included in the study. Data were obtained via analyzing patient files and information in the automation system retrospectively. In the calculations, ready statistical software was used. **Results:** The average of the cases included in the study was detected as 64,1±11,89, the mean cancer duration at the time of diagnosis was 23,24±22,5 months, 42% were female and 58% were male. Most common cancer types were colorectal (20%), lung (14%) and stomach (11%) malignancies. Regarding therapies, 28 patients received radiotherapy 72 patients did not, 53 patients received chemotherapy 47 patients did not. Frequency of shingles in men was found to be statistically significantly higher than women (p: 0,030). The seasons in which shingles are observed most frequently are autumn (30%) and winter (30%). Thoracic dermatome involvement was observed most commonly in our patients with a rate of 67%. The most preferred drug combination is systemic valacyclovir treatment, B12 vitamin replacement and topical creams and ointments (34%). Shingles recurred in 14% of patients, and postherpetic neuralgia developed in 8%. **Conclusion:** In patients with diseases affecting the immune system such as cancer, early diagnosis and treatment of shingles and frequent follow-up are extremely important. So, family physicians should be informed about the shingles lesions that can be seen frequently and they should be supported with the necessary trainings in terms of following the complications that may develop in these patients.

Key words: Herpes zoster, cancer, elderly, family physicians

ÖZET

Amaç: Zona, varicella zoster virüsünün sorumlu tutulduğu, özellikle yaşlı ve immün sistemi baskılanmış bireylerde görülen enfeksiyöz bir hastalıktır. Çalışmadaki amacımız kanser tanılı hastada zona enfeksiyonlarını klinik ve demografik açıdan değerlendirerek önemine dikkat çekmek ve bu grup hastalarda takip ve profilaksinin oluşturulacak protokollerde yer alması gerektiğini vurgulamaktır. **Gereç ve yöntem:** Ekim 2009-Temmuz 2019 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde onkolojik tedavi görmekte iken zona tanısı alan 100 hasta çalışmaya alındı. Hasta dosyaları ve otomasyon sistemindeki bilgiler retrospektif olarak incelenerek veriler elde edildi. Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı kullanıldı. **Bulgular:** Araştırmaya dahil edilen vakaların yaş ortalaması 64,1±11,89, tanı anında ortalama kanser süresi 23,24±22,5 ay, %42'si kadın ve %58'i erkek cinsiyet olarak bulunmuştur. Hastalarda kolorektal kanser %20, akciğer kanseri %14 ve mide kanseri %11 oranları ile en sık saptanan türler olmuştur. Radyoterapi alan 28, almayan 72 kişi iken, kemoterapi alan 53, almayan 47 kişidir. Erkeklerde zona görülme sıklığı kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p:0,030). Zona vakalarının en sık gözlemlendiği mevsimler sonbahar (%30) ve kış (%30) olarak saptanmıştır. Hastalarımızda %67 oranı ile en sık torakal dermatom tutulumu gözlenmiştir. Tedavide en sık tercih edilen ilaç kombinasyonu sistemik valasiklovir tedavisi, B12 vitamini takviyesi ve topikal olarak önerilen krem veya merhemlerdir(%34). Hastaların %14'ünde zona nüks etmiş, %8'inde postherpetik nevralkji gelişmiştir. **Sonuç:** Kanser gibi immün sistemi etkileyen hastalığı bulunan bireylerde zonanın erken tanı ve tedavisi, hastanın sık aralıklarla takip edilmesi son derece önemlidir. Bunun için aile hekimleri sık görülebilen zona lezyonları hakkında bilgilendirilmeli ve bu hastalarda gelişebilecek komplikasyonları takip açısından gerekli eğitimlerle desteklenmelidirler.

Anahtar kelimeler: Herpes zoster, kanser, yaşlı, aile hekimleri

Received / Geliş tarihi: 09.07.2020, Accepted / Kabul tarihi: 11.10.2020

¹Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, TOKAT

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, TOKAT -TÜRKİYE
E-mail: nagieltek@yahoo.com.tr

Yıldız Çeltik N, Ünlü U. Kanser tanısı almış hastalarda ortaya çıkan zona zoster vakalarının retrospektif değerlendirilmesi. TJFMPC, 2020;14(4): 646-650.

DOI: 10.21763/tjfm.766986

GİRİŞ

Varicella Zoster virüsü (VZV) herpes virüs ailesine mensup zarflı DNA virüsüdür.¹ İmmün sisteme rağmen primer enfeksiyondan sonra duyuşal nöronlarda bir ömür latent kalabilmektedir.² Bu nedenle birbirinden farklı enfeksiyöz hastalıklara neden olabilmektedir. Primer enfeksiyon olarak suçıçeği meydana gelirken rekürren enfeksiyonda zona meydana gelmektedir.³

Zona, varicella zoster virüsünün sorumlu tutulduğu, özellikle yaşı ve immün sistemi baskılanmış bireylerde görülen enfeksiyöz bir hastalıktır. Ağrılı veziküllerle seyretmesi ve bu veziküllerin komşu duyuşal dermatomları tutması tipik klinik özellikleridir.^{4,5} VZV enfeksiyonları immün sistemi baskılanmış bireylerde önemli mortalite nedenlerinden biri olmaktadır.⁵ Özellikle hüresel immünitenin savunmada rolünün büyük olması nedeniyle hüresel immüniteye zarar veren malignitelerde ve tedavi şekillerinde viral disseminasyon riski artmakta buna bağlı mortalite ve morbiditelere neden olmaktadır. İmmünsüpresyon süresinin uzaması, hastaların steroid kullanması, yoğun kemoterapi rejimleri, kök hücre transplantasyonları ve tedavinin gecikmesi mortalite ihtimalini arttırmaktadır.⁶ Bununla birlikte zamanında başlanılan antiviral tedavi mortalite ve morbidite riskini azaltmaktadır.⁷

Bu çalışmada Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde onkolojik hastalığı açısından tanı alıp takibi sürerken zona tanısı ve tedavisi alan hastaların dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastalar yaş, cinsiyet, kanser tanısı, eşlik eden hastalıklar, lezyonların lokalizasyonu, radyoterapi ve kemoterapi alma durumları, enfeksiyonun ortaya çıktığı mevsim, aldıkları tedavi ve gelişen komplikasyonlar yönünden değerlendirildi. Çalışmadaki amacımız kanser tanılı hastada zona enfeksiyonlarını klinik ve demografik açıdan değerlendirerek önemine dikkat çekmek ve bu grup hastalarda takip ve profilaksinin oluşturulacak protokollerde yer alması gerektiğini vurgulamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Ekim 2009-Temmuz 2019 tarihleri arasında Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde onkolojik tedavi görmekte iken zona tanısı alan 108 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmaya 18 yaş üstü kanser tanısı almış ve tanı sonrası zona geçirmiş hastalar dahil edilmiştir. 18 yaş altı bireyler ve kanser tanısı olmayanlar çalışma evreninin dışında bırakılmıştır. Bu kriterlere uymasına rağmen takip ve tedavi dosyalarında eksikler bulunan 8 hasta çalışma dışında bırakılmış, verileri tam olan 100 hasta

değerlendirmeye alınmıştır. Çalışma için Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (11.06-2020/20-KAEK-142).

İstatistiksel yöntem:

Çalışma gruplarının genel özellikleri hakkında bilgi vermek amacı ile tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama±standart sapma şeklinde; kategorik değişkenlere ilişkin veriler ise n (%) şeklinde verilmektedir. Nicel değişkenlerin gruplar arasındaki ortalamalarını karşılaştırırken iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmaktadır. Nitel değişkenler arasındaki ilişki olup olmadığını değerlendirmek için çapraz tablolardan ve ki-kare testlerinden yararlanılmaktadır. Çıkan p değerleri 0,05'den küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalarda hazır istatistik yazılımı kullanılmıştır (IBM SPSS Statistics 19, SPSS inc. an IBM Co. Somers, NY).

BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen vakaların yaş ortalaması 64,1±11,89, tanı anında ortalama kanser süresi 23,24±22,5 ay, %42'si kadın ve %58'i erkek cinsiyet olarak bulunmuştur. Hastalarda kolorektal kanser %20, akciğer kanseri %14 ve mide kanseri %11 oranları ile en sık saptanan türler olmuştur. Radyoterapi alan 28, almayan 72 kişi iken, kemoterapi alan 53, almayan 47 kişidir. Hastaların 24 tanesinde eşlik eden ek bir hastalık yok iken, hipertansiyon öyküsü 12 hasta ile en sık rastlanan yandaş hastalık olarak gözlenmiştir (Tablo 1).

Erkeklerde zona görölme sıklığı kadınlara göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p:0,030).

Zona vakalarının en sık gözlendiği mevsimler sonbahar (%30) ve kış (%30) olarak saptanmıştır ve bu mevsimlerde diğer mevsimlere göre daha sık gözlenmesi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (p:0,037).

Hastalarımızda %67 torakal, %8 servikal, %4 lomber, %5 trigeminal dermatom bölgesi tutulumu gözlenmiş, 16 hastada ise tutulan dermatom bölgesi kayıt altına alınmadığı için tespit edilememiştir.

Tanı ve tedavinin ilk yılında saptanan zona vakalarının oranı %45 iken bir yıldan sonra saptananların oranı %55'dir ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (p:0,968).

Tedavide en sık tercih edilen ilaç kombinasyonu sistemik valasiklovir tedavisi, B12 vitamini takviyesi ve topikal olarak önerilen krem veya merhemler olmuş (%34), ikinci sırada topikal olarak önerilen krem veya merhemler ve B12 vitamini takviyesi (%23) yer alırken, sadece topikal olarak önerilen krem veya merhemler %16 oranı ile üçüncü tercih olarak bulunmuştur.

Hastaların %6'sı ilk tanıyı takip eden bir yıl içinde tekrar zona tanısı almıştır, bir yıldan daha sonraki bir zaman diliminde tekrar tanı alan kişi sayısı ise 8'dir. Total nüks oranı %14 olarak bulunmuştur. Hastalardan 8 tanesi postherpetik nevralji tanısı ile nöroloji polikliniği tarafından uzun süre takip edilmiştir.

Tablo 1. Zonalı hastaların demografik verileri

Parametre		Sayı(n)	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	42	42
	Erkek	58	58
Malignansi Tipleri	Kolorektal kanser	20	20
	Akciğer kanseri	14	14
	Mide kanseri	11	11
	Meme kanseri	8	8
	Böbrek kanseri	5	5
	Prostat kanseri	5	5
	Mesane kanseri	5	5
	Diğer	32	32
Ek Hastalık	Hipertansiyon	12	12
	Diyabet	4	4
	Bening prostat hipertrofisi	4	4
	Astım	4	4
	Koroner arter hastalığı	3	3
	Yok	24	24
	Diğer	49	49
Mevsim	İlkbahar	22	22
	Yaz	18	18
	Sonbahar	30	30
	Kış	30	30
Dermatom tutulumu	Torakal	67	67
	Servikal	8	8
	Trigeminal	5	5
	Lumbar	4	4
	Belirtilmemiş	16	16

TARTIŞMA

Zona zoster enfeksiyonu, sağlıklı bireylerde %10-20 oranında görülebilirken enfeksiyonlar, romatolojik hastalıklar, pnömoni, kanser, radyoterapi, immünsüpresif tedaviler, yaşlanma, HIV, dengesiz beslenme ve yoğun stres gibi nedenlerle immün sistemi baskılanan bireylerde görülme oranı %30-50'lere kadar artabilmektedir.^{8,9} Kanser hastalarında zonanın daha yüksek oranda görülmesi, semptomlarının daha ağır seyretmesi, komplikasyonların daha fazla ortaya çıkması nedeniyle hastalığın erken teşhisi, tedavisi ve uygun

şekilde takibi son derece önemlidir. Biz çalışmamızda kanser tanılı hastalarda zona enfeksiyonunun erkek cinsiyette daha yüksek olduğunu, sonbahar ve kış aylarında daha fazla görüldüğünü, hastaların yaklaşık %80'inin radyoterapi veya kemoterapi almış olduğunu gözlemledik. Hastalarımızın sadece 2 tanesinde zonanın birden fazla dermatom bölgesinde ortaya çıktığını, yaklaşık her yedi kişiden birinde enfeksiyonun tekrarladığını, %8'inde postherpetik nevralji geliştiğini saptadık.

Zona enfeksiyonları her yaşta görülebilir ancak özellikle 50 yaş üstü bireylerde görülme sıklığı artar.¹⁰ Bizim hastalarımızın yaş ortalamasının 60'ın üzerinde olması literatür ile benzerdir. Yapılan çalışmalarda zona insidansı erkek cinsiyette daha yüksek bulunmuştur.^{8,11} Bizim çalışmamızda da benzer şekilde zona erkek cinsiyette daha fazla saptanmıştır.

Herpes zoster enfeksiyonlarının mevsimlere göre görülme sıklığının değiştiğini gösteren çok farklı çalışmalar mevcuttur. Ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda hastalığın sonbahar ve kış aylarında daha sık ortaya çıktığı saptanmıştır.¹²⁻¹⁴ Farklı iki çalışmada ise hastalığın yaz aylarında pik yaptığı gözlenmiştir.^{11,15} Özkol ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise vakalar en sık ilkbahar aylarında en az ise kış aylarında teşhis edilmiştir.⁸ Bizim çalışmamızda da vakalar en sık sonbahar ve kış aylarında tespit edilmiştir. Bu farklılıkta çalışmaların yapıldığı ülke ve illerin yerküredeki mevcut konumları ve ısı değişikliklerinin etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Herpes zoster enfeksiyonları dermatomlara yerleşir ve sıklıkla vücudun sadece tek bir tarafında tutulum gözlenir. En sık torakal dermatom etkilenir.^{8,16} Bölgemizde yaptığımız çalışmada biz de en sık torakal bölge lezyonlarını gözlemledik, teşhis konan vakaların hiçbirinde dissemine enfeksiyon saptanmadı.

Zona nadir de olsa nüks edebilen bir hastalıktır. Yawn ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada ilk geçirilen ataktan sonra 8 yıl içinde nüks oranı %6,2 bulunmuştur. Yine aynı çalışmada immün sistemi yetersiz kişilerde bu oranın %12'ye çıktığı gösterilmiştir.¹⁷ 60 yaş üzeri bireyleri kapsayan retrospektif bir çalışmada nüks oranı %13,6 olarak bulunmuştur.¹⁸ Bizim çalışmamızda nüks oranının literatüre göre biraz daha yüksek olmasının nedeni takip süresinin diğer çalışmalar göre daha uzun olması, örneklem grubunun ileri yaş ve kanser tanılı hastalardan seçilmesi olabilir.

Postherpetik nevralji zonanın en sık görülen komplikasyonlarından biridir. Literatürde görülme sıklığına dair %7-70 arasında değişen farklı oranlar mevcuttur. Yaşla birlikte görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir.^{9,10} Bizim çalışmamızda postherpetik

nevralji %8 oranında gözlenmiştir ve literatür ile uyumludur.

Yapılan pek çok çalışmada kanser ile zona arasında yakın ilişki olduğu gösterilmiştir. Hansson ve arkadaşları yaptıkları çalışmada hematolojik ve solid kanser vakalarında zona görülme oranının arttığını saptamışlardır.¹⁹ Özellikle gastrointestinal sistem ve akciğer kanserlerinde zona olasılığı artmaktadır.²⁰ Ülkemizde radyoterapi gören kanser hastaları ile yapılan bir çalışmada zona erkeklerde en sık akciğer kanserli hastalarda kadınlarda ise meme kanserli hastalarda gözlenmiştir.⁹ Bizim çalışmamızda da literatüre benzer şekilde en sık GIS ve akciğer kanserli vakalarda zona gözlenmiştir.

SONUÇ

Zona hastalığı immünsüprese olan hastalarda daha ağır seyredebilir, komplikasyonları daha fazla görülebilir ve iyileşme süresi uzayabilir. Bu nedenle kanser gibi immün sistemi etkileyen hastalığı bulunan bireylerde zonanın erken dönemde teşhis edilmesi, uygun tedavinin başlanması ve hastanın sık aralıklarla takip edilmesi son derece önemlidir.

Aile hekimleri bireylerin kolaylıkla ulaşabilecekleri bir yerde bulunan, ilk başvuracakları, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, birinci basamak tanı ve tedavi hizmeti vermekle yükümlü tabiplerdir. Hastaların erken tanı ve tedavisi için aile hekimleri 50 yaş üzeri hastalarda ve özellikle kanser hastalarında sık görülebilen zona lezyonları hakkında bilgilendirilmeli ve bu hastalarda gelişebilecek komplikasyonları takip açısından gerekli eğitimlerle desteklenmelidirler.

Bağışıklama işlemleri koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir bölümünü oluşturan ve aile hekimleri tarafından sunulan bir hizmettir. Zoster aşısı pek çok ülkede hastalığı ve komplikasyonları azalttığı için rutin bağışıklama programları içinde yer almaktadır. 60 yaş üzeri bireylerin aşı hakkında bilgilendirilmesi ve eşlik eden kronik hastalığı olan bireylere aşı danışmanlığı verilmesi aile hekimliği düzeyinde organize edilerek ve izlenerek sürdürülebilir. Gerekli görülen hastalarda bağışıklama ilgili hekim tarafından yapılabilir.

KAYNAKLAR

1. Azap A, Kurt H. VarisellaZoster Virüs Enfeksiyonları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası.2001;54(4):357-370.
2. Mahalingam R, Wellish M, WolfW, Ducland AN, Cohrs R, Vafai A et al. Latent varicella zoster viral DNA in human trigeminal and thoracic ganglia. N Engl J Med. 1990; 323:627-31.
3. Straus SE. Introduction to Herpes viridae. In Mandell GL, Douglas RG, Bennet JE, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. Fifth Edition. New York: Churchill Livingstone, 2000. p. 1557-64.
4. Arvin AM. Varicella-Zoster Virus. Clinical Microbiology Reviews, July 1996:361- 381.
5. Whitley RJ. Varicella-ZosterVirus. In Mandell GL, Bennet JE, Dolin R, eds.Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. Sixth Edition. Vol.2. Elsevier: Churchill Livingstone, 2005.p. 1780-86.
6. Han CS, Miller W, Hake R, et al. Varicella zoster infection after bone marrow transplantation: incidence, risk factors, and complications. Bone Marrow Transplant. 1994; 13(3):277-83.
7. Arvin AM. Antiviral therapy for varicella and herpes zoster. Semin Pediatr Infect Dis. 2002 Jan; 13(1): 12-21.
8. Özkol HU, Bilgili SG,Karadağ AS,Altun F,Çalka Ö. Türkiye'nin doğusundaki Herpes Zoster tanılı 115 hastanın klinik ve demografik özelliklerinin değerlendirilmesi.Turk J Dermatol. 2013; 7: 201-5.
9. Benderli Cihan Y, Turasan A.Kanserli hastalarda radyoterapi sonrası herpes zoster.Türkderm. 2013; 47: 170-5.
10. Güven M, Bozkurt EÇ. Çocukluk Döneminde Herpes Zoster Enfeksiyonu:24 Olgunun Değerlendirilmesi. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2017;11(4): 233 – 238.
11. Zak-Prelich M, Borkowski JL, Alexander F, et al. The role of solar ultraviolet irradiation in zoster. Epidemiol Infect. 2002;129:593-7.
12. Sacar T, Sacar H. Seboreik dermatit, HerpesZoster ve Pitriyazis Rozea'nın mevsimlere göre dağılımının karşılaştırılması. Turkderm. 2010;44:65-8.
13. Çölgeçen E, Küçük O, Balcı M. Clinical features of Herpes Zoster infections in childhood. Turkderm. 2012;46:26-8.
14. Çelik U, Alhan E, Aksaray N, ve ark. Malignensili Cocuklarda Varisella-Zoster Virus Enfeksiyonu. Çocuk Enf Derg. 2008;3:105-8.
15. Küçükçakır O, Aliğaoğlu C, Turan H, ve ark. 1999–2010 yılları arasında kliniğimizde takip edilen Herpes Zoster olgularının retrospektif değerlendirilmesi. Turkderm. 2012;46:186-90.
16. Habif TP. Warts, Herpes Simplex, and other viral infections. In Clinical Dermatology. 5th Edition.Mosby –Elsevier, 2010.p.479-90.
17. Yawn BP, Wollan PC, Kurland MJ, SauverJL,Saddier P.Herpes Zoster recurrences more frequent than previously reported. Mayo ClinProc. February 2011;86(2):88-93.
18. Bowsher D. The lifetime occurrence of Herpes zoster and prevalence of post-herpetic neuralgia: a retrospective survey in an elderly population. Eur J Pain. 1999;3(4):335-342.
19. Hansson E, Forbes HJ, Langan SM, Smeeth L, BhaskaranK. Herpes zoster risk after 21 specific cancers: population-based case–control study.
20. Yavaşoğlu İ, Arslan E, Gök M, Kurna R. Erişkin Zona: Olgu Serisi ve Derleme. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008;34 (3):123-125.



Relation Between the Characteristics of the Mother, The Gestation and The Prenatal Attachment

Anne Özellikleri, Gebelik ve Doğum Öncesi Bağlanma Arasındaki İlişki

Satı GÜL KAPISIZ^{1*}, Esra ÇALIK VAR², Veli DUYAN³

ABSTRACT

Introduction: Pregnancy is one of the most important periods in which psycho-physiological changes occur in a woman's life. There are significant interactions between the age of mother, years of marriage, the number of pregnancies, the number of alive children, gestational week, the education level of the mother, the foetus gender, the status of planned pregnancy, and the thoughts of pregnancy termination. The aim of the study is to explore the relationship between socio-demographic, family, pregnancy determinants, and prenatal attachment. **Method:** This study examines the mother-foetus relations on 295 expectant mothers in Turkey. The Prenatal Attachment Inventory (PAI) was used as a data collecting instrument. The results are discussed on the matter of prenatal attachment, infant abandonment and other variables. **Results:** According to the results, age of mother, years of marriage, the number of pregnancies, and the number of alive children are correlated negatively with PAI points. Moreover gestational weeks are positively correlated with PAI points. Other results of the study display significant differences among the education level of the mother, the foetus gender, the status of planned pregnancy, and the thoughts of pregnancy termination. However, there are no significant differences between PAI points and employment status, income levels, social security status, type of family, type of marriage, miscarriage, curettage, and medical assisted pregnancy. **Discussion:** Low level of prenatal attachment may cause a high risk of abandonment/the termination of pregnancy. Therefore, the results of the study may be useful for professionals who want to develop proactive parental education programs to assist couples during and after pregnancy, taking into account the level of prenatal attachment.

Key words: Prenatal attachment, pregnancy, mother-fetus relationship, abandonment

ÖZET

Giriş: Gebelik, bir kadının hayatında psiko-fizyolojik değişikliklerin meydana geldiği en önemli dönemlerden biridir. Annenin yaşı, evlilik yılı, gebelik sayısı, canlı çocuk sayısı, gebelik haftası, annenin eğitim düzeyi, fetüsün cinsiyeti, planlanan hamilelik ve gebeliği sonlandırma düşüncesi arasında önemli etkileşimler vardır. Bu çalışmanın amacı sosyo-demografik, aile, gebelik belirleyicileri ve doğum öncesi bağlanma arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. **Yöntem:** Bu çalışmada Türkiye'deki 295 anne adayının anne-fetus ilişkileri incelenmiştir. Veri toplama aracı olarak Prenatal Bağlanma Envanteri (PAI) kullanılmıştır. Sonuçlar doğum öncesi bağlanma, bebek bırakma ve diğer değişkenler üzerine tartışılmaktadır. **Bulgular:** Sonuçlara göre, annenin yaşı, evlilik yılı, gebelik sayısı ve canlı çocuk sayısı PAI puanları ile negatif korelasyon göstermektedir. Ayrıca gebelik haftası PAI puanları ile pozitif korelasyon göstermektedir. Çalışmanın diğer sonuçları, annenin eğitim düzeyi, fetüsün cinsiyeti, planlanan hamilelik ve hamileliğin sonlandırılması düşüncesi arasındaki önemli farklılıklar göstermektedir. Bununla birlikte, PAI puanları ile çalışma durumu, gelir, sosyal güvenlik durumu, aile tipi, evlilik tipi, düşük yapma, kürtaj ve tedavi gebeliği olup olmadığı arasında anlamlı bir fark yoktur. **Sonuç:** Düşük doğum öncesi bağlanma düzeyi, yüksek terk etme/gebeliği sonlandırma riskine neden olabilir. Bu nedenle çalışmanın sonuçları, doğum öncesi bağlanma düzeyini dikkate alarak, hamilelik sırasında ve doğumdan sonra çiftlere yardımcı olmak için proaktif ebeveyn eğitimi programları geliştirmek isteyen profesyoneller için yararlı olabilir.

Anahtar kelimeler: Doğum öncesi bağlanma, gebelik, anne-fetus ilişkisi, terk etme

Received / Geliş tarihi: 19.05.2020, Accepted / Kabul tarihi: 11.10.2020

¹Ankara City Hospital, Department of Social Work, ANKARA

²Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Health Sciences, Department of Social Work, ANKARA

³Ankara University, Faculty of Health Sciences, Department of Social Work, ANKARA

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ankara City Hospital, Department of Social Work, Üniversiteler Mahallesi 1604. Cadde No: 9 Çankaya / ANKARA-TÜRKİYE.

E-mail: satikapisiz@gmail.com

Kapisiz SG, Var CE, Duyan V. Relation Between the Characteristics of the Mother, The Gestation and The Prenatal Attachment. TJFMPC, 2020;14(4): 651-656.

DOI: 10.21763/tjfm.739981

INTRODUCTION

The relationship between mother and child has been investigated for a long time; especially Bowlby's attachment theory focused on the child and mother relationship. However, little attention has been given to the prenatal attachment.¹ Studies state that maternal attachment begins during pregnancy.² Firstly, Condon tried to describe women's emotions to the foetus.³ Kennell et al. observed the deep grief of mothers whose children died during or before the birth and they started to study the concept of prenatal attachment.⁴ Lastly, Cranley defined prenatal attachment as women's behaviours that represent an affiliation and interactive relation with the foetus and also developed six-dimensional scale for prenatal attachment.² Cranley stated that the moment of birth is not the first emotional scene for the mother, she has committed to her child before the birth.² Muller defined prenatal attachment unique, affectionate relationship between mother and foetus.⁵

Demonstrating care and commitment to baby, focusing on healthy nurturance, comforting, preparing to meet the baby are specific tasks for prenatal attachment.⁶ Researchers have investigated the antecedents and consequences of prenatal attachment. As a result, several factors were found related with prenatal attachment, such as social support, the number of fetuses, using ultrasonic imaging, disorders of the fetus⁷, the number of pregnancies⁸, feeling the fetus movements, mothers' attachment styles⁷, early parenting experiences of mothers, the imagination of the fetus, personality characteristics, risks about the period of the pregnancy, age, education, and socio-economic level.⁹

One of the most important consequences of low prenatal attachment is abandonment. Most of the studies focused on the importance of mother and infant attachment and the first touch after birth to prevent abandonment.¹⁰

Prenatal attachment is a good predictor of risky behaviours of mothers during pregnancy.¹¹ Maternal factors can influence the child's physical, intellectual growth.¹² On the other hand, the evidence shows that if there is a negative early bonding process, it may also harm the regulatory functions of the child's brain, engendering maladaptive infant mental health.¹³ Furthermore, some researchers have demonstrated that persistence in risky behaviours in pregnancy (smoking, taking drugs, etc.) shows the low level of prenatal attachment and high risk for abandonment and leads to negative results for the fetus.¹⁴

There is not a clear agreement on the classification and dimension of prenatal attachment,

for this reason, there are different measurement tools. Prenatal attachment is described as a multi-dimensional structure named cognitive, emotional, and behavioural components.¹⁵ One of the earliest was the Maternal-Fetal Attachment Scale which assessed the extent to women engage in a variety of behaviours within the five domains that indicate the interaction and affiliation with their fetus.³ Then Muller developed the PAI that was used in a number of studies and by researchers to measure the concept in one dimension.⁵

The aim of the study is to examine the relationship between socio-demographic and family characteristics which are the age of mother, education level of the mother, years of marriage, style of marriage, the number of pregnancies, planned pregnancy, risk of abandonment, gestational weeks, foetus gender, the idea of pregnancy termination, employment status, income, social insurance secure, type of family, miscarriage, curettage, having a death in childbirth, and prenatal attachment level of 295 pregnant women in Turkey.

METHOD

This study is a descriptive and cross-sectional study patterned in a correlational survey model. The research was carried out on pregnant women who applied to Ankara Doctor Zekai Tahir Burak Women Health Education and Research Hospital for pregnancy examination between November and December 2013. The participants were selected according to the Maximum Diversity Method for purposeful sampling. The Maximum Diversity Method aims to discover and define the main themes that cover many differences related to the event or phenomenon under study.¹⁶ In the research, the data were collected using face to face interview method. Prenatal Attachment Inventory (PAI) was used as a data collection tool. According to the sampling method, pregnant women were selected from different socio-economic status (low, medium, and high). The age of the women ranged from 18 to 43 (median = 28.41 years); gestational week ranged from 2 to 40 weeks; had a high school degree (41.1%); and were non-employed (80.7%). The independent ethics committee of Ankara Doctor Zekai Tahir Burak Women Health and Research Hospital has approved the study with a decision number of 30.

Instruments

PAI and knowledge form were administered to pregnant women. PAI was adapted to Turkish by Duyan, Gül-Kapısız and Yakut.¹⁷ PAI has 21 self-report items. It is a 4-point response scale and takes approximately 5-10 minutes to complete. It has one dimension and It's Cronbach $\alpha = 0.81$.⁷ Other one

studies using the PAI achieved an alpha score of 0.85 and higher.¹¹ Adaption form of PAI has one dimension explaining. Total variability was 34.528% and has 0.78 Cronbach α point.¹⁸

Data analysis

All data were analysed using SPSS 20. Independent samples t-test was performed to the results obtained with the help of PAI in order to determine whether there were quantitative differences among pregnant women scores and their presence of social

insurance, planned pregnancy, employment status, the idea of pregnancy termination, type of marriage, type of family, miscarriage, curettage and treatment of pregnancy. The analysis of variance was conducted to explore the effects of pregnant's income, education level and sex of the foetus, and LSD test was used for Post-hoc comparisons to the mean scores of PSR. Correlation analysis was performed using Pearson's correlation test with the age of mother, the years of marriage, the number of pregnancies, the number of alive children, the gestational weeks. The alpha level of significance was established at 0.05.

Table I. Comparisons between the Characteristics of the Participants and the PAI scores

		N	M	SD	t	P
Planned pregnancy	No	97	62.26	13.01	-2.35	.019*
	Yes	197	65.63	10.76		
Employment status	Yes	55	66.71	11.32	1.55	.120
	No	240	64.01	11.65		
Idea of pregnancy termination	Yes	10	54.60	9.64	2.776	.006*
	No	285	64.86	11.54		
Social insurance	Yes	265	64.68	11.74	-.735	.463
	No	30	63,03	10,57		
Miscarriage	Yes	78	63.04	12.52	1,308	.192
	No	217	65.04	11.26		
Type of marriage	Arranged	116	62.49	11.52	2,425	.16
	Love	179	65.82	11.52		
Type of family	Extended	94	63.87	12.66	-,548	.584
	Nuclear	198	64.67	11.14		
Curettage	Yes	58	63.93	12.90	,424	.672
	No	237	64.65	11.31		

* p < .05

Table 2. Result of Variance Analysis

Variable	Source	Sum of Squares	df	MS	F	Sig.
Level of education	Between Groups	1265,43	3	421,81	3.19	.024*
	Within Groups	38406,27	291	131,98		
	Total	39671,70	294			
Income	Between Groups	171,092	2	85,54	0.63	.532
	Within Groups	39500,6	292	135,27		
	Total	39671,70	294			
Sex of fetus	Between Groups	1119,41	2	559,70	4.23	.015*
	Within Groups	38552,29	292	132,02		
	Total	39671,70	294			

* p < .05

RESULTS

The results of Independent samples t-test are shown in table 1.

Analysis of variance was conducted to explore the effects of educational levels categorized as primary school, middle school, high school, undergraduate education, income level of pregnant women categorized as low, medium, high and sex of foetus categorized as boy, girl, and unknown. The results of the analysis are shown in table 2.

There was a significant effect of educational level on the points of PAI and LSD test. This indicates that the mean score for the undergraduate degree (M = 69.14, SD = 8.44) was significantly different from the others. Taken together, these results suggest that high levels of education affect points of PAI. Moreover, there was a significant effect of the sex of foetus on the points of PAI. The Pregnant women whose foetus were a boy (M =66.63, SD = 9,53) took higher scores than the others. There were no significant differences between PAI points and income.

A pearson product-moment correlation coefficient was computed to assess the relationship between the age of mother, the years of marriage, the number of pregnancy, the number of alive children. There was a negative correlation among the age of mother (r =-0.150, n = 295, p = 0.010), the years of marriage (r = - .204, n = 295, p = 0.000), the number of pregnancy (r= - 0.152, n = 295, p = 0.009), and PAI points. Overall, there was

a positive correlation between the gestational week (r = 0.123, n = 295, p =0.035), and the PAI points

DISCUSSION

The results of this study provide new points and determine the significant factors for discussions on prenatal attachment. According to the results of this study, older mothers had a lower attachment to their fetus as indicated by Laxton-Kane and Slade¹⁸ and Berryman & Windridge.⁸ However, Alhusen¹⁴ stated that age was conflicting in the concept of prenatal attachment.

Several studies focused on the gestational weeks as an independent variable for prenatal attachment and found a significant relationship.^{8,9-18} In this study, there was a positive correlation between prenatal attachment and increasing of the gestational week. Former researches indicated that prenatal attachment was a developing process and, in this process, mothers' perception of foetal movement adaptation to motherhood was developing positively.

According to one of the results obtained in this study, the number of pregnancies and the number of alive children had a negative correlation on prenatal attachment. Yilmaz and Beji¹⁹ found the same results in Turkey. According to Yilmaz and Beji¹⁹, pregnant women who 35 years old and over, they have lower levels of education, unemployed, having an unplanned pregnancy and multiparous have lower prenatal attachment score.

It is known that fertilization dramatically increases and many women suffer from these problems and they can demonstrate higher

attachment.¹⁴In this study there were no differences between being pregnant with treatment and prenatal was no significant difference between PAI points and miscarriage.

There were no significant differences among income, occupational status, social insurance, and prenatal attachment. However, Yilmaz and Beji¹⁹ stated that non-occupied pregnancies have the low prenatal attachment. Besides, they also could not find any significant differences between family income, social influences, and prenatal attachment. According to this result, it can be stated that economic status and other economic factors are inefficient attachment to the foetus.

There were significant differences between educational level and prenatal attachment in favor of pregnant having an undergraduate degree. Also, Yilmaz and Biji¹⁹ found that primary school graduate pregnant had lower prenatal attachment points and they stated that less-educated pregnant women choose different coping strategies.

Unplanned pregnancies can be the reason for termination, whereas the unplanned pregnancy cannot explain all terminations such as prenatal abnormalities.¹⁴ As a result of this study, having the idea of pregnancy termination and unplanned pregnancy had significant differences in prenatal attachment. Consequently, the low level of prenatal attachment can be helpful in recognizing the risk of abandonment and making provisions to protect mother and child. On the other hand, Yilmaz and Beji¹⁹ could not find any differences between the idea of termination and prenatal attachment and they discussed the finding as the result of the Turkish law system and adapting to the idea of being a mother after learning she is pregnant.

The type of marriage which is named arranged or love marriage may represent the quality and intimacy of the relationship. The type of

attachment. Similarly, the result showed that there marriage had significant differences in favour of love marriage pregnancy because of the relationship quality.

Also, in this study knowing the foetus gender and expecting a boy had a significant effect on prenatal attachment. These differences can be explained in the perspective of childcare traditions of Turkish culture giving boys a higher value than girls and it is perceived that having a boy brings higher social status and acceptance according to the rest of the family.

Strengths and Limitations

This study is important because there are a few studies in Turkey about maternal characteristics affecting prenatal attachment. The study produced significant results, but the following could be mentioned in regard to limitations. One of the limitations of the current study is that the study was a descriptive and cross-sectional study patterned in a correlational survey model. Therefore no cause-effect relationship could be concluded. This study points to the implications for future studies and clinical intervention programs. Also, the relation between abandonment and prenatal attachment can be investigated to make provision and develop social policies.

Conclusion

In light of these results, proficiencies can develop proactive parental training programs by taking into account the level of prenatal attachment, older pregnant women, being married for more than a few years, having a lower level of education, having an unplanned pregnancy and intention on termination to prevent abandonment.

REFERENCES

1. Wu JHL, Eichmann MA. Fetal sex identification and prenatal bonding. *Psychological Reports*, 1988;63(1):199-202.
2. Cranley MS. Development of a tool for the measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 1981;30(5):281-284.
3. Condon, J. T. The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 1993; 66: 167-183.
4. Kennell JH, Slyter H, Klaus MH. The mourning response of parents to the death of a newborn infant. *New England Journal of Medicine*, 1970; 283:344-349.
5. Muller ME. Development of the Prenatal Attachment Inventory. *Western Journal of Nursing Research*, 1993; 15 (2): 199-215
6. Yarcheski, A., Mahon, N.E., Yarcheski, T.J., Hank, M.M. & Cannella, B.L. A Metaanalytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *Int Journal of Nursing Studies*, 2009; 46(5):708-15.
7. Elkin, N. Gebelerin Prenatal Bağlanma Düzeyleri ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2015;24(6):230-237.
8. Berryman J.C, Windridge KC. Pregnancy after 35 and attachment to the fetus. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 1996; 14: 133-143.
9. Canella BL. Maternal-Fetal Attachment: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 2005;50:60-68.
10. Lvoff, N. M., Lvoff, V., Klaus, M. H. Effect of the baby-friendly initiative on infant abandonment in a Russian hospital. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2000; 154(5):474-477.
11. Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 1991;62, 891-905.
12. Gillibrand R, Lam V, O'Donnell V. *Developmental Psychology*:300. Pearson, 2013.
13. Patock-Peckham JA, Morgan-Lopez, AA. Direct and mediational links between parental bonds and neglect, antisocial personality, reasons for drinking, alcohol use, and alcohol problems. *Journal of Studies On Alcohol And Drugs*, 2010;71 (1):95-104.
14. Alhusen JL. A literature update on maternal-fetal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2008; 37(3):315-328.
15. Doan H, Zimmerman A. Prenatal Attachment: A developmental Model. *Int. J. Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 2008;20 (1-2):20-28.
16. Neuman, L. W. (2014). *Social Research Methods: Qualitative And Quantitative Approaches* (Seventh Ed.). Essex: Pearson Education Limited.
17. Duyan V, Kapısız SG and Yakut Hİ. (2013). The Adaptation of Fetal Attachment Inventory to Turkish with a Group of Pregnant Women. *The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology*, 2013;10(39): 1609-1614.
18. Laxton-Kane M, Slade P. The role of maternal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2002; 20, 253-266.
19. Yılmaz SD, Beji NK. Levels of coping with stress, depression and prenatal attachment and affecting factors of pregnant women. *Journal of General Medicine*, 2010;20(3):99- 108.



Original Research / Özgün Araştırma

Physicians' antibiotic prescription behaviors in patients with sore throat: a comparison of family physicians and ENT doctors

Boğaz ağrılı hastalarda hekimlerin antibiyotik yazma davranışları: Aile hekimleriyle KBB hekimlerinin karşılaştırılması

Yeşim Başal¹, H. Sema Başak^{*1}, Aylin Eryılmaz¹, Ceren Günel¹, Okay Başak²

ABSTRACT

Objective: The aim of the study was to investigate the antibiotic prescription behaviors of the physicians and their perceptions of antibiotic expectations of the patients presenting to ear-nose-throat specialists, and family physicians with the primary complaint of sore throat and related factors. **Methods:** A prospective descriptive study was conducted at Adnan Menderes University Hospital, Outpatient Clinics of Otorhinolaryngology, together with family physicians practicing in affiliation with Family Medicine Outpatient Clinics, between February 2014 and February 2015. The study population consisted of 384 patients with the main complaint of sore throat and 26 physicians. Patient and physician questionnaires were applied to the participants. For statistical evaluation, t-test, Chi-square test and multiple logistic regression analysis were used. **Results:** Ten percent of the patients with sore throat had an expectation of antibiotic. The physicians perceived an expectation for antibiotics in 48.4% of the patients and 53.4% of them prescribed antibiotics to their patients. The patients' expectations for antibiotics were not effective on physicians' perceptions of patients' antibiotic expectations or their antibiotic prescription behavior. The less experienced physicians (10.6 fold), family physicians (7.0 fold) and physicians who perceived expectation of their patients for antibiotics (5.8 fold) prescribed more antibiotics; patients living in urban areas were prescribed more antibiotics (3.2 fold). **Conclusion:** Antibiotic expectation of the patients with a sore throat is very low. Being a family physician, physician's perception of patient's antibiotic expectation, lack of professional experience, and living in urban area are the factors effective on physician's antibiotic prescribing behavior.

Key words: patients' antibiotic expectations; prescribing behavior; family physician; ENT specialist

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, kulak-burun-boğaz uzmanları ve aile hekimlerinin, boğaz ağrısı yakınmasıyla kendilerine başvuran hastalarda antibiyotik beklentisi algıları ve antibiyotik yazma davranışlarıyla bunlarla ilişkili etkenleri araştırmaktır. **Yöntem:** Şubat 2014 ve Şubat 2015 tarihleri arasında Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesi Kulak Burun Boğaz Hastalıkları polikliniğinde ve Aile Hekimliği polikliniği ile afiliye çalışan aile hekimleriyle ileriye dönük tanımlayıcı bir çalışma yapıldı. Başlıca yakınması boğaz ağrısı olan 384 hasta ve 26 hekim çalışma nüfusunu oluşturdu. Katılımcılara hasta ve hekim anketleri uygulandı. İstatistiksel değerlendirme için t testi, Ki-kare testi ve çoklu lojistik regresyon analizi kullanıldı. **Bulgular:** Boğaz ağrısı olan hastaların %10'unda antibiyotik beklentisi vardı. Hekimler hastaların %48,4'ünde antibiyotik beklentisi algıladı ve %53,4'ü hastalarına antibiyotik yazdı. Hastalardaki antibiyotik beklentisi, hekimlerin hastalardaki antibiyotik beklentilerine ilişkin algısı ve antibiyotik yazma davranışı üzerinde etkili değildi. Daha az deneyimli hekimler (10,6 kat), aile hekimleri (7,0 kat) ve hastalarında antibiyotik beklentisi algılayan hekimler (5,8 kat) daha çok antibiyotik yazmıştı; kentsel bölgelerde yaşayan hastalara daha çok antibiyotik yazılmıştı (3,2 kat). **Sonuç:** Boğaz ağrılı hastaların antibiyotik beklentileri oldukça düşüktür. Aile hekimi olma, hekimin hastasında antibiyotik beklentisi algılaması, mesleki deneyim eksikliği ve kentsel bölgede yaşama, hekimlerin antibiyotik yazma davranışı üzerinde etkili faktörlerdir.

Anahtar kelimeler: Hastaların antibiyotik beklentisi; reçete etme davranışı; aile hekimi; KBB uzmanı

Received / Geliş tarihi: 27.05.2020, Accepted / Kabul tarihi: 18.10.2020

¹ Department of Otorhinolaryngology, Faculty of Medicine, Adnan Menderes University, Aydın, TURKEY.

² Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Adnan Menderes University, Aydın, TURKEY.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: H.Sema Başak, Department of Otorhinolaryngology, Adnan Menderes University, Aydın, TURKEY.

E-mail: haticesemabasak@gmail.com

Başal Y, Başak HS, Eryılmaz A, Günel C, Başak O. Physicians' antibiotic prescription behaviors in patients with sore throat: a comparison of family physicians and ENT doctors. TJFMPC, 2020;14(4): 657-665.

DOI: 10.21763/tjfm.743319

INTRODUCTION

Sore throat is one of the most common reasons for encounter in primary care. It is generally self-limiting and raises concern about an increase in workload, costs, and antibiotic-resistant bacteria.^{1, 2} Studies have shown that the antibiotic prescription rates of the countries are closely related to the resistance rates and as the rates of inappropriate antibiotic prescription decrease, the resistance rates decrease, as well.³⁻⁵

Making a decision to prescribe antibiotics in patients with sore throat is a troublesome situation for family physicians and ENT doctors. Although it has long been known that it does not change the course of the disease, antibiotics are frequently prescribed for these patients.⁶ The prescription rate particularly increases when the patients are in drug expectation.^{2, 7-10} It has been determined that when the expectations and concerns of the patients are questioned in detail and then evaluated, higher levels of patient satisfaction would be achieved.¹¹

It has long been known that the prescription rate of physicians increases when they perceive drug expectation of their patients.⁷ There are many studies investigating the factors that affect the prescription behaviors of family physicians; they have suggested that the perception of physicians in terms of patient expectations are the most powerful determinant for writing prescription.^{7,9,10} Physicians over-perceive the antibiotic expectations of their patients and when they perceive the antibiotic expectation, they prescribe more antibiotics for various reasons.^{2, 7, 9,12}

Studies related to drug and antibiotic use for sore throat and upper respiratory system infections have mostly been conducted at the primary care level and by family physicians. No study is available regarding ENT doctors, which is another group of physicians frequently encountering such clinical conditions. Although the interest has been focused more on the primary care level in terms of the increases observed in antibiotic-resistant bacteria and costs, the contribution of ENT doctors to the problem and comparison with the family physicians may be significant.

Antibiotics are the most commonly used drugs in our country.¹³ However, the irrational use of antibiotics occurs with a rate of 40-60%.^{14, 15} According to the results of various studies, the antibiotic prescription rate of primary care physicians in upper respiratory tract infections ranges between 74-95%.¹⁶⁻¹⁸ However, in our

country, studies investigating the factors affecting antibiotic prescription behaviors of physicians are limited and no study on the effects of patient expectations and physicians' perceptions for patients' antibiotic expectations on the antibiotic prescription of behaviors has been found.¹⁹⁻²¹ The opinions and behaviors of family physicians might be affected by various groups, socially and culturally.²²⁻²⁴ Therefore, in order to establish appropriate initiatives in terms of reducing inappropriate antibiotic use, determining the underlying factors for physician behaviors might be helpful.

The aim of the study was to investigate the antibiotic prescription behaviors of ENT doctors, and family physicians and their perceptions of antibiotic expectations of the patients with the main complaint of sore throat.

METHODS

This study was designed as a prospective survey and took place between February 2014 and February 2015 in Aydın, Turkey. The main outcome measures of the study were whether the practitioner physicians prescribed antibiotics for patients with sore throat and whether they perceived that the patients expected an antibiotic. The study covered a target population of ENT doctors working in the Outpatient Clinics of Otorhinolaryngology at Adnan Menderes University Hospital, together with family physicians practicing in primary care family health centers in affiliation with the Family Medicine Department at the University. Eligible patients presenting with a sore throat to each consenting physician was asked to participate in the study. Patients older than 18 years of age, able to read and write Turkish, and not too ill to complete questionnaires were included in the study. Patients having causes of sore throat other than infection, who was seriously ill, who had the suspicion of rheumatic fever, who had more than five episodes of tonsillitis per year, who had serious local complications, and who were pregnant, were excluded from the study.

Consenting patients were asked to complete a questionnaire before the consultation, with face-to-face interviews. A questionnaire was given to the participating physicians for each patient in order to fill out at the end of the consultation. The verbal consents of physicians and patients, who participated in the study, were obtained.

Two questionnaires were used in the study. Most of the questions were adapted from the questionnaires of the other studies in the literature.

The questionnaire for patients involved questions querying their sociodemographic data and general expectations. The patients were also asked for a description of their symptoms, any prior self-treatment, their expectations for a prescription of any medications or antibiotics, whether they thought they would benefit from an antibiotic, their views about whether antibiotics were necessary, and their satisfaction with the consultation.

The questionnaire, prepared for physicians, included questions inquiring physicians' perceptions of their patients' antibiotic expectations during the consultation together with their antibiotic prescription status and related variables, in addition to their demographic and occupational characteristics.

Within the study period, 480 patient interviews were performed by 26 physicians, six of whom were ENT physicians (4 trainees, 2 faculty members) and 20 of whom were family physicians. There were 384 physician surveys, which were filled and returned by physicians, and were matched with the patient surveys (240 from ENT Outpatient Clinics and 144 from Family Medicine Outpatient Clinics). Ninety-six survey sheets were found as inadequate or inappropriate and were not taken into consideration.

Permissions for the study were received from Adnan Menderes University, School of Medicine, the Ethics Committee for Non-interventional Clinical Research, and the local health authorities.

The analysis was conducted using the statistical software package, SPSS (SPSS Turkey, SPSS Software, Training & Consultancy Trade Limited Company, Istanbul). For statistical evaluation, in addition to descriptive statistics, t-test was used for continuous variables and Chi-square and Fisher's exact tests were used for

categorical variables for determination of the relationship between each independent variable and the main outputs. To determine the relations between the variables having significance in univariate tests, multiple logistic regression tests were used; Odds ratios and 95% confidence intervals were given for the final model. $P < 0.05$ was considered as the significance level.

FINDINGS

Twenty-six physicians (six ENT doctors and 20 family physicians) participated in the study, with 384 patients (240 patients from ENT Outpatient Clinics and 144 patients from family health centers). On average, 40 survey forms returned from ENT physicians and 7.2 survey forms from family physicians.

Patient characteristics

The average age of patients was 39.2 ± 14.9 years (range 2-89 years), 62.5% (n = 240) were female, 27.3% (n = 105) were housewife, 54.9% (n = 211) were educated for 9 years and over, and 89.3% (n = 343) were settled in urban areas. Patients presented to the ENT doctors and family physicians were similar in terms of age and gender ($p > 0.05$).

Patient Expectations

Of patients included in the study, 302 (78.6%) expected a prescription of any drug and 38 (9.9%) a prescription of an antibiotic. Two hundred seventeen patients (56.5%) thought that they would benefit from an antibiotic for their current illness, while 53 patients (13.8%) explicitly requested an antibiotic from their physicians. The opinions and expectations of patients presenting to family physicians and ear-nose-throat physicians in terms of prescription of drugs and antibiotics have comparatively been given in Table 1.

Opinions and expectations of patients	ENT* physicians	Family physicians	Total	Statistics [†]
	n (%)	n (%)	n (%)	
The patient has an expectation for prescription of a drug	159/240 (66.3%)	143/144 (99.3%)	302/384 (78.6%)	$\chi^2=58.556$ (p<0.001)
The patient has an expectation for prescription of an antibiotic	11/240 (4.6%)	27/144 (18.8%)	38/384 (9.9%)	$\chi^2=20.257$ (p<0.001)
The patient considered that antibiotic would be beneficial	93/240 (38.8%)	124/144 (86.1%)	217/384 (56.5%)	$\chi^2=82.143$ (p<0.001)
The patient explicitly requested antibiotic prescription	25/240 (10.4%)	28/144 (19.4%)	53/384 (13.8%)	$\chi^2=10.543$ (p<0.001)

* ENT: ear-nose-throat, [†] Chi-squared test

Physician characteristics

The mean age of physicians was 37.1 ± 8.7 and 14 (53.8%) physicians were male. Taking all patient interviews into consideration, the professional experience of family physicians (80.6%, 6 years and over) was higher ($\chi^2 = 205.237, p < 0.001$) when compared to ENT physicians (8.3%, 6 years and over).

Perceptions of antibiotic expectation and antibiotic prescription behaviors of the physicians

The participating physicians perceived an expectation of antibiotics for 186 patients (48.4%)

and 205 patients (53.4%) were prescribed antibiotics by their physicians. Among physicians who prescribed antibiotics, 86% (177/205) of them were sure about prescribing antibiotics and 44.9% (92/205) stated that expectations of their patients had no impact on their decisions of prescribing antibiotics. The comparative data of two physician groups for variables related to physicians' perceptions for patients' antibiotic expectations and the antibiotic prescription rates have been shown in Table 2. The patients' expectations for antibiotics were not effective on physicians' perceptions of patients' antibiotic expectations or their antibiotic prescription rates ($p > 0.05$).

Table 2. The comparative data of variables related to physicians' perceptions for patients' antibiotic expectations and antibiotic prescription rates between two physician groups

Variables	ENT* physicians	Family physicians	Total	Statistics [†]
	n (%)	n (%)	n (%)	
Perceived the antibiotic expectation of the patient	85/240 (35.4%)	101/144 (70.1%)	186/384 (48.4%)	$\chi^2=43.445$ (p<0.001)
Prescribed antibiotics	91/240 (37.9%)	114/144 (79.2%)	205/384 (53.4%)	$\chi^2=61.538$ (p<0.001)
Sure about the antibiotic prescription	86/91 (94.5%)	91/114 (79.8%)	177/205 (86.3%)	$\chi^2=8.046$ (p=0.005)
Considered that patient's expectation was effective on antibiotic prescription	56/91 (61.5%)	57/114 (50.0%)	113/205 (55.1%)	(p>0.05)

* ENT: ear-nose-throat, [†] Chi-squared test

Factors affecting antibiotic prescribing behaviors of the physicians

The relationships of the dependent variable (physician's antibiotic prescription) with the independent variables were evaluated by univariate analysis.

The antibiotic prescription rates of the participating physicians were higher for patients with the educational level of nine years and over (62.1%), when compared to patients with an educational period less than nine years (42.8%) ($p < 0.001$); for patients living in urban areas (56.9%) than patients living in rural areas (24.5%) ($p < 0.001$); for patients expecting to be prescribed (57.0%) when compared to patients who did not have any expectation of prescription (40.2%) ($p = 0.007$); for patients who felt that antibiotics would be beneficial (64.1%) when compared to patients who did not have such an opinion (39.5%) ($p < 0.001$). The antibiotic prescription rates were higher for physicians who perceived antibiotic expectation of their patients (75.8%) than those who did not have such a perception (32.3%)

($p < 0.001$); for physicians having professional experience six years and over (69.9%) than those with professional experience less than six years (44.5%) ($p < 0.001$), for family physicians (79.2%) when compared to ENT doctors (38.0%) ($p < 0.001$). The physicians who prescribed antibiotics (34.3 ± 7.3) were older than the physicians who did not prescribe any antibiotics (31.0 ± 4.7) ($p < 0.001$).

Multiple logistic regression analysis was performed to determine the degree of influence of independent variables on antibiotic prescription rates of the physicians. Accordingly, physicians with less than six years of experience prescribed antibiotics 10.6 times more, with family physicians 7.0 times more, and physicians who perceived the expectation of their patients for antibiotics 5.8 times more. Patients living in urban areas were prescribed antibiotics 3.2 times more.

The results of multiple logistic regression analysis involving the factors that influence the antibiotic prescription rates of physicians have been shown in Table 3.

Table 3. The results of multiple logistic regression model for factors that influenced the antibiotic prescription status of the physicians

Dependent variable: Physician's antibiotic prescription						
Independent variables in the model		Beta	Standard error	p	Odds ratio[†]	95% confidence interval
Type of settlement	Urban	1.162	.435	.008	3.196	1.330 -2.589
	Rural				1 (reference)	
Professional experience of the physician	Having experience less than six years	-2.361	.666	.000	10.638	2.873 -38.461
	Having experience of six years and over				1 (reference)	
Perception of antibiotic expectation	Yes	1.765	.256	.000	5.839	3.533 -9.651
	No				1 (reference)	
Physician to whom the patient presented	Family physician	1.948	.427	.000	7.014	3.040 -16.186
	ENT* physician				1 (reference)	
Constant		-6.123	1.381	.000	.002	

* ENT: ear-nose-throat, † Multiple logistic regression test

Factors affecting the perception of the patient's antibiotic expectation by the physician

The independent variables, which were effective on the physician's perception of patient's antibiotic expectation was evaluated by univariate analysis. Accordingly, physicians perceived increased antibiotic expectation of patients who were educated for nine years and over (59.7%, p=0.00), who had an expectation of prescription of any medication (52.6%, p=0.002), who had an opinion that antibiotic would be beneficial (63.1%, p=0.000), who considered that their illness was less serious (64.6%, p=0.001), and in younger patients (p=0.033). Family physicians (70.1%, p=0.000), physicians with professional experience of six years and over (64.7%, p=0.000), female physicians (60.8%, p=0.014), physicians with older ages (p=0.002) and physicians who considered

their clinical knowledge and patient management skills to be partially sufficient (59.2%, p=0.036) perceived increased antibiotic expectation of their patients.

To determine the degree of influence of independent variables' on physicians' perceptions of their patients' antibiotic expectations, multivariate logistic regression analysis was performed. Accordingly, family physicians perceived antibiotic expectations 3.6 times more. Moreover, physicians perceived antibiotic expectation 2.7 times more in patients who felt that antibiotics would be beneficial and 2.1 times more in patients whose educational level was nine years and over. The results of multivariate logistic regression analysis involving factors that influence physician's perception of patient's antibiotic expectations have been shown in Table 4.

Table 4. The results of multivariate logistic regression analysis for factors that influence physician's perception status of patient's antibiotic expectation

Dependent variable: Physician's perception of patient's antibiotic expectation						
Independent variables in the model		Beta	Standard error	p	Odds ratio[†]	95% confidence interval
The physician to whom the patient presented	Family physicians	1.270	.323	.000	3.561	1.891 -6.706
	ENT* physicians				1 (reference)	
The patient's feeling that antibiotic would be beneficial	Yes	0.985	.249	.000	2.678	1.644 -4.362
	No				1 (reference)	
The educational level of the patient	Educated for 9 years and over	0.753	0.231	0.001	2.123	1.349 - 3.340
	Educated for less than 9 years				1 (reference)	
Constant		-0.080	.699	.909	.924	

* ENT: ear-nose-throat, † Multiple logistic regression test

DISCUSSION

This study supports the results of previous studies, which have investigated the effects of physicians' perceptions of patients' expectations on their prescribing behavior. No study related to the expectations of patients with sore throat and their effects on the physicians' practices have been conducted in our country. The major results of this study, in which two physician groups practicing according to different job descriptions in different settings have been compared, is the patients' greater any drug and antibiotic expectation from family physicians and family physicians' greater perception of their patients' antibiotic expectations when compared to ENT physicians. Family physicians and physicians who perceive their patients' antibiotic expectations prescribe antibiotics more frequently.

It is well known that inappropriate antibiotic use is the most important cause of increased resistance against antibiotics.²⁵ There are many reasons for the desire of patients to use antibiotics. The patients may express their desires directly or indirectly to their physicians. It is known that these requests are effective in physicians' antibiotic prescribing behaviors.²⁶ Initiatives to change this complex behavior necessitate an understanding of patients' and physicians' perceptions. Our study is the first study conducted with ENT physicians on this subject.

Patient expectations for antibiotic

In our study, the drug and antibiotic expectations of patients have shown various features. The proportion of patients with drug expectations from their physicians is quite high (79%). However, although more than half of the patients have felt that antibiotics would be beneficial for their current illness, the number of patients with the antibiotic expectations from their physicians is very low (10%). On the other hand, more than the patients having antibiotic expectations before the consultation directly requested antibiotics from their physicians during the consultation. It appears that, before the consultation, patients are likely to concentrate their expectations on any drug, and although they feel that antibiotics may be beneficial, they do not specify their expectations for antibiotics.

While almost all patients are in expectation for any drug from their family physicians, the proportion of patients expecting drugs from ENT physicians is reduced to two-thirds. Patients, who present to family physicians, have more expectation for antibiotics, have more felt that antibiotics might be beneficial, or have more asked actually the doctor for an antibiotic than those presenting to ENT physicians. The roles of physicians within the

healthcare system might have been effective on these results. In our country, family physicians working in the primary care level of healthcare system are perceived by people as physicians who mostly write or repeat prescriptions. That the patients, because they see ENT physicians as experts in their field, have more confidence in ENT physicians and expect some intervention other than drugs from them might also have had effect on this. In a study that has compared family physicians with nurses who are authorized to prescribe antibiotics, the drug expectations of patients who present with complaints of sore throat or cough have been found to be similar in both groups.⁹

Physician's perception of antibiotic expectation in the patient and related factors

Among variables affecting physicians' antibiotic prescribing behaviors in cases of sore throat, the one that is most discussed and investigated is the physician's perception of the patient's antibiotic expectation. Despite the low expectations of the patients for antibiotic, the physicians' perception of patients' antibiotic expectations is high. Nearly half of the physicians who have participated in the study have perceived antibiotic expectations in their patients. Physicians' perception of their patients' antibiotic expectations is almost fivefold of the antibiotic expectation reported by the patients. It has long been known that physicians perceive antibiotic expectations more than their actual status.²⁷ However, the effects of patients' drug or antibiotic expectations on physicians' perceptions of their patients' antibiotic expectations show variations among studies. In the study conducted by Lado et al., no correlation has been found between patients' antibiotic expectations and physicians' perceptions of their patients' antibiotic expectations.²⁸ In a survey study by Weiss et al., on the other hand, family physicians have been found to perceive antibiotic expectation in patients who expected a prescription.⁹

According to our study results, family physicians (3.6 fold) perceive more antibiotic expectation in patients who feel that antibiotics would be beneficial (2.7 fold), and in more educated patients (2.1 fold). The patient's expectations for drug or an antibiotic prescription does not seem to be effective on the physician's perception of antibiotic expectation in his/her patient. However, it is possible that the patient, who feels that an antibiotic would be beneficial, would let the family physician perceive his/her feeling even indirectly, during the consultation. Even so, it is hard to tell that expectations of patients for drug or antibiotic prescription lead to family physicians' perception of their patients' antibiotic expectations and prescribing antibiotics, relatedly. The greater possibility is that the general expectancy for writing and repeating

prescriptions from the family physicians working at the primary care level of the healthcare system has led to the family physicians' perception that they are expected to write prescriptions. On the other hand, physicians might have been asserting patients' expectations for antibiotics to rationalize their own decisions.²

Physician's antibiotic prescribing behavior and related factors

The influence of both patient expectations and physicians' perceptions of patients' antibiotic expectations on physician's antibiotic prescribing behavior have formed the basis of our study. According to our results, the most effective variable on physician's antibiotic prescribing behavior seems to be the professional experience of the physician. Although univariate analysis determined the opposite, according to our regression model, physicians having less professional experience prescribes antibiotics 10 times more frequently. It is known that the problem-solving skills of the physicians evolve as the number of patients they see increases.²⁹ On the other hand, physicians who are new in the profession and are less experienced may have been building a security zone by prescribing antibiotics in serious cases of sore throat.

The effect of physicians' perception of patient's antibiotic expectation on the antibiotic prescribing behavior is also obvious; physicians who perceive antibiotic expectation prescribes antibiotics 5.8 times more. In this regard, our results are consistent with other research results that have found that doctors' perception of patient expectations has a major influence on the prescribing decision of them.^{2,7,28} Cockburn and Pit, in their study, have determined that drugs are prescribed three times more for patients having drug expectation and that those physicians who have perceived drug expectation of their patients prescribe drugs ten times more frequently.⁷

The effect of the physician's perception of the patient's antibiotic expectation on physician's antibiotic prescribing behavior is more obvious in family physicians. Family physicians perceive more antibiotic expectations of their patients and prescribe antibiotics more. In the regression analysis model also, when the effects of all other variables are eliminated, family physicians have been found to prescribe antibiotics seven times more, compared to ENT physicians.

Numerous reasons affecting the antibiotic prescribing behavior of physicians have been reported in the literature. In a qualitative study, some reasons for antibiotics being prescribed such as physicians' desire for sustaining good relationships

with their patients, possible patient benefit outweighing the theoretical community risk from resistant bacteria, workload, encouraging patients for their self-care, and not taking patient expectations into consideration, have been determined.² Failure to meet patients' expectations might be considered as a conflict area; in terms of protecting good relationship or willing to do something to help the patient, drugs might be prescribed.²² In addition to the differences in approaches of family physicians to patient satisfaction, the perception of risk for losing patients to other physicians, especially in groups that cultural and monetary impulses are particularly effective, has been suggested to be important.^{23,24} Previous negative experiences of family physicians, their lack of experience in the management of complex cases, their lack of knowledge on the management of sore throat and associated uncertainty are also effective.²²

However, patient satisfaction does not necessarily seem to be related to receiving antibiotics. It has long been known that patients want to be informed and feel confident, more than prescription of an antibiotic.²⁷ Asking for and talking about the expectations of the patient, even if they are not met, may improve the relationship.²² In another study, patients have not directly related their satisfactions to antibiotic prescriptions and most of them seek reassurance, further information, and pain relief.²

Limitations of the study

Because the number of trainees is limited at the university department, few ENT doctors have been participated in the study. This limitation should be taken into consideration while evaluating the results of the study.

CONCLUSION

This study, which has been conducted with participants of family physicians and ENT physicians, has revealed some specific results as well as known facts related to the antibiotic prescription behaviors of physicians. Although the drug expectation is quite high in patients having the complaint of sore throat, specification of this expectation to antibiotics remains relatively low. In this regard, the expectations of the patients from family physicians are higher when compared to ENT physicians.

More than half of the physicians perceive the antibiotic expectation of their patients. Although the family physicians' perceptions of their patients' antibiotic expectations are more frequent, the expectations of patients for drug or antibiotic prescriptions are not effective on physicians' perceptions of their patients' expectation for an antibiotic in both groups of physicians. Besides

family physicians, patients feeling that antibiotics would be beneficial and being more educated are the most important factors influencing physicians' perceptions of their patients' antibiotic expectations.

Physician's perception of patient's antibiotic expectation, being a family physician and lack of professional experience are the other factors effective on physician's antibiotic prescribing behavior.

REFERENCES

1. Little P, Williamson I. Sore throat management in general practice. *Fam Pract* 1996; 13: 317-21.
2. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998; 317: 637-42.
3. Seppala H, Klaukka T, Vuopio-Varkila J, et al. The effect of changes in the consumption of macrolide antibiotics on erythromycin resistance in group A streptococci in Finland. *N Engl J Med* 1997; 337: 441-6.
4. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M, ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet* 2005; 365:548-9.
5. Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010; 340: c2096. doi: 10.1136/bmj.c2096.
6. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; 2: CD000023.
7. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients expectations-a questionnaire study. *Br Med J* 1997; 315:520-3.
8. Miller E, MacKeigan LD, Rosser W, Marshman J. Effects of perceived patient demand on prescribing anti-infective drugs. *CMAJ* 1999; 161: 139-42.
9. Weiss MC, Deave T, Peters TJ, Salisbury C. Perceptions of patient expectation for an antibiotic: a comparison of walk-in centre nurses and GPs. *Fam Pract* 2004; 21: 492-9.
10. Britten N, Okoumunne O. The influence of patients' hopes of receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe: a questionnaire survey. *Br Med J* 1997; 315: 1506-10.
11. Yoon JP, Oh JH, Min WK, Kim JW, Jeong WJ, Lee HJ. What Do the Patients Want and Worry in Korean Patients Who Undergo Arthroscopic Rotator Cuff Surgery? *Clin Orthop Surg* 2012; 4: 278-83.
12. Arch G, Mainows III, Zoorob RJ, Oler M, Hayned DM. Patient knowledge of upper respiratory infections: implications for antibiotic expectations and unnecessary utilisation. *J Fam Pract* 1997; 45: 75-82.
13. Tunger Ö, Karakaya Y, Çetin B, Dinç G, Borand H. Rational antibiotic use. [Article in Turkish] *J Infect Dev Ctries* 2009; 3: 88-93.
14. Erbay A, Colpan A, Bodur H, Cevik MA, Samore MH, Ergonul O. Evaluation of antibiotic use in a hospital with an antibiotic restriction policy. [Article in Turkish] *Int J Antimicrob Agents* 2003; 21: 308-12.
15. Buke C, Hosgor-Limoncu M, Ermertcan S, et al. Irrational use of antibiotics among university students. [Article in Turkish] *J Infect* 2005; 51: 135-9.
16. Akıcı A, Uğurlu MÜ, Kalaça S, Akıcı NG, Oktay Ş. Evaluation of the drug choice of general practitioners in the treatment of upper respiratory tract infections. [Article in Turkish] *STED* 2004; 13: 263-7.
17. Leblebicioglu H, Canbaz S, Peksen Y, Gunaydin M. Physicians' antibiotic prescribing habits for upper respiratory tract infections in Turkey. [Article in Turkish] *J Chemother* 2002; 14: 181-4.
18. Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MU, Oktay Ş. Prescribing habits of general practitioners in the treatment of childhood respiratory-tract infections. [Article in Turkish] *Eur J Clin Pharmacol.* 2004; 60: 211-6.
19. Karabay O, Özdemir D, Güçlü E, et al. Attitudes and behaviors of family physicians regarding use of antibiotics. [Article in Turkish] *J Microbiol Infect Dis* 2011; 1: 53-7.
20. Mollahaliloğlu S, Alkan A, Donertas B, Ozgulcu S, Akıcı A. (2013) Prescribing practices of physicians at different health care institutions. [Article in Turkish] *Eurasian J Med* 2013; 45: 92-8.
21. Çöplü N, İlhan MN, Ciliv FE, Şenlik ZB, Ertek M. Rational prescription of antibiotics among family physicians and specialists: attitudes and demands. [Article in Turkish] *Turk Hij Den Biyol Derg* 2014; 71: 19-26.
22. Tonkin-Crine S, Yardley L, Little P. Antibiotic prescribing for acute respiratory tract infections in primary care: a systematic review and meta-etnography. *J Antimicrob Chemother* 2011; 66: 2215-23.
23. Bjornsdottir I, Hansen EH. Intentions, strategies and uncertainty inherent in antibiotic prescribing. *Eur J Gen Pract* 2002; 8: 18-24.
24. Petursson P. GPs' reasons for "non-pharmacological" prescribing of antibiotics. A phenomenological study. *Scand J Prim Health Care* 2005; 23: 120-5.
25. Barriere SL. Clinical, economic and societal impact of antibiotic resistance. *Expert Opin Pharmacother* 2015; 16: 151-3.
26. Webb S, Lloyd M. Prescribing and referral in general practice: a study of patients' expectations and doctors' actions. *Br J Gen Pract* 1994; 44: 165-9.

27. Howie JG, Foggo BA. Antibiotics, sore throats and rheumatic fever. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 223-4.

28. Lado E, Vacariza M, Fernandez-Gonzalez C, Gestal-Otero JJ, Figueiras A. Influence exerted on drug prescribing by patients' attitudes and

expectations and by doctors' perception of such expectations: a cohort and nested case-control study. *J Eval Clin Pract* 2008; 14: 453-9.

29. Schmidt HG, Norman GR, Boshuizen HPA. A cognitive perspective on medical expertise: theory and implications. *Acad Med* 1990; 65: 611-21.



Original Research / Özgün Araştırma

Evaluation of Contraceptive Methods Used by Married Women of Reproductive Age

Üreme Çağındaki Evli Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin Değerlendirilmesi

Meltem Uğurlu¹, Bediye Öztaş², Gönül Kurt³

ABSTRACT

Purpose: The aim of the study was to determine the contraceptive methods used by married women in reproductive age and their reasons for preference. **Materials and Methods:** This descriptive and cross-sectional study was conducted online. The sample of the study consisted of 510 women of reproductive age whom there researchers could reach easily with their personal connections. Data collection form was transferred to the electronic environment via and the link was shared with women. The "Data Collection Form" created by there searchers was used for data collection and the data were collected electronically. For descriptive statistics; number, percent age and mean \pm standard deviation; for comparing discrete data Chi-Square test was used. **Results:**In the study, 81.6% of the women were found to use a contraceptive method, 62.5% of them were using modern methods and 19.2% traditional methods. The most common modern contraceptive methods used by women were condoms (32%) and intra-uterine devices (IUD) (23.1%), and the most common traditional method was with drawal (20.9%). More than half of the women (54.3%) stated that they did not receive family planning consultancy. Women's use of modern and traditional contraceptive methods was found to be significantly different according to their education level, working status, family income level and receiving family planning counseling. It was determined that the women who is secondary school graduates, not working, income is equivalent to expenses and receive Professional family planning counseling have used higher rates of modern family planning methods ($p<0.05$). **Conclusion:**Healthcare professionals should make positive contributions to the improvement of maternal and child health by facilitating Access to quality family planning and counseling services for women of reproductive age and increasing women's conscious choice of contraceptive methods and effective modern methods.

Key words: Family planning services, contraception, woman

ÖZET

Amaç: Bu araştırma ile üreme çağındaki evli kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlerin ve tercih etme nedenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma çevrimiçi olarak yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, araştırmacıların kişisel bağlantıları aracılığıyla kolayca örneklem yöntemi ile ulaşabildikleri ve üreme çağındaki olan 510 kadın oluşturmuştur. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan "Veri Toplama Formu" ile elektronik ortamda toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde ve ortalama±standart sapma; kesikli verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırma kapsamındaki kadınların %81.6'sı herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmaktadır. Kadınların %62.5'inin modern yöntemleri, %19.2'sinin ise geleneksel kontraseptif yöntemleri kullandığı belirlenmiştir. Kadınların en yüksek oranda kullandıkları modern kontraseptif yöntemlerin prezervatif (%32) ve rahim içi araç (RİA) (%23.1), geleneksel yöntemin ise geri çekme (%20.9) olduğu saptanmıştır. Kadınların %54.3'ü aile planlaması danışmanlığı almadığını belirtmiştir. Kadınların modern veya geleneksel kontraseptif yöntem kullanma durumları eğitim düzeyi, çalışma durumu, hane gelir düzeyi ve aile planlaması danışmanlığı alma durumlarına göre anlamlı derecede farklı bulunmuştur. Buna göre, ortaöğretim mezunu olan, çalışmayan, geliri giderine denk olan, aile planlaması danışmanlığı alan kadınların daha yüksek oranda modern kontraseptif yöntem kullandıkları belirlenmiştir ($p<0.05$). **Sonuç:** Üreme çağındaki kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlerin ve yöntem seçimlerini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, aile planlaması hizmetlerinin planlanmasında yol gösterici olacak, etkili aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasına, kaliteli aile planlaması hizmet sunumuna, anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesine ve dolayısıyla toplum sağlığına katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Aile planlaması, kontrasepsiyon, kadın

Received / Geliş tarihi: 25.08.2020, Accepted / Kabul tarihi: 29.10.2020

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Ankara-TÜRKİYE.

² Ankara Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara-TÜRKİYE.

³ Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Sakarya-TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Meltem Uğurlu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Külliyesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Emrah Mah. 06018 Etilik/Keçiören/Ankara-TÜRKİYE.

E-mail: meltemugurlu17@gmail.com

Uğurlu M, Öztaş B, Kurt G. Üreme Çağındaki Evli Kadınların Kullandıkları Kontraseptif Yöntemlerin Değerlendirilmesi. TJFMPC, 2020;14(4): 666-675.

DOI: 10.21763/tjfm.785577

GİRİŞ

Kontrasepsiyon ovulasyon, fertilizasyon ve implantasyonun engellenmesi yoluyla gebeliğin önlenmesidir. Kontraseptif yöntem kullanımı ile her yıl yaklaşık 230 milyon doğumun önlenildiği bildirilmektedir.¹Günümüzde kontrasepsiyonun sağlanmasında; kadın ve erkek kondomu, oral kontraseptif, rahim içi araç (RİA), kadın ve erkek sterilizasyonu (tüp ligasyon ve vazektomi), enjeksiyon, deri altı implant, diyafram ve acil kontrasepsiyon gibi çeşitli modern yöntemler yer almaktadır.^{1,2}Bu yöntemler dışında takvim yöntemi, geri çekme, emzirme ile korunma gibi geleneksel yöntemler de bulunmaktadır.^{2,3}

Aile planlaması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde birincil strateji olup, anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi ve kontrollü nüfus artışının sağlanması açısından önemlidir. Bu kapsamda 1994 yılında Kahire’de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda kadın sağlığının iyileştirilmesi için aile planlamasının önemi vurgulanmış ve anne ölümleri üzerine olan etkilerinin fark edilmesiyle aile planlaması daha fazla kabul görmeye başlamıştır.³⁻⁵Aile planlaması, çiftlerin istenmeyen gebeliklerden kaçınmalarını, iki gebelik arasındaki süreyi planlamalarını, yaşları ve sosyoekonomik koşulları doğrultusunda sahip olmak istedikleri çocuk sayısına karar vermelerini sağlayan bir uygulamadır.⁶Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 yılı verilerine göre; 15-49 yaş arasındaki halen evli kadınların %49’u modern aile planlaması yöntemlerini, %21’i ise geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. TNSA 2018 yılı verilerinde, TNSA 2013 yılı verilerine göre modern yöntem kullanımında artış, geleneksel yöntem kullanımında azalma olmasına rağmen, halen aile planlaması yöntemi kullanmayanların oranının %30 olduğu belirlenmiştir. Kadınların %12’sinin ise doğumları sonlandırmak veya iki doğum arasındaki süreyi uzatmak istediği halde herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadığı belirtilmiştir.^{7,8}

Gelişmekte olan ve aile planlaması yöntemlerini etkili bir şekilde kullanmayan ülkelerde aşırı doğurganlık, riskli gebelikler, anne ve çocuk sağlığına ilişkin sorunlar daha yüksek oranda görülmektedir.⁴Kanıtlar iki yıldan daha kısa aralıklarla doğan çocuklarda yaşamın ilk yılındaki ölüm riskinin, iki yıl aradan sonra doğan çocuklara göre iki kat daha fazla olduğunu göstermektedir.⁹ Her yıl gebe kalan yaklaşık 190 milyon kadından 50 milyonu istenmeyen gebelikleri sonlandırmak için kürtaj yaptırmaktadır. Kürtaja bağlı gelişen komplikasyonlar ise anne ölümlerinin yaklaşık %13’ünün oluşturmaktadır. Yalnızca kontraseptif yöntem kullanımı ile anne ölümlerinin %44’ünün azaltılabileceği gösterilmiştir.⁵Bu sebeplerden

dolayı anne ve çocuk sağlığını geliştirmek ve dolaylı olarak toplum sağlığına katkı sağlamak için etkili bir aile planlaması yöntemi tercih edilmesi ve kullanılması önem taşımaktadır.^{3,10}

Kadınların kontraseptif yöntem ihtiyaçları ve tercihleri üreme çağı boyunca değişiklik göstermektedir. Bu tercihleri, gelecekteki gebelik planı, sağlık problemleri, yöntemin sağlığı açısından risk oluşturma durumu, yan etkileri, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyuculuğu ve yöntemi bıraktığında doğurganlığın geri dönüş hızı gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir.¹⁰⁻¹²Kadınların modern yöntem tercih etme durumlarının ise ailenin ekonomik durumu, eğitim düzeyi, dini inançları, yaşayan çocuk sayısı, hizmet alımı ve içeriği gibi sosyodemografik ve sosyoekonomik faktörlerden etkilendiği bildirilmektedir.^{1,2,4}

Bu veriler ışığında üreme çağındaki kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemler ve tercih etme nedenlerinin periyodik olarak belirlenmesi, sağlık profesyonellerinin kaliteli ve etkin aile planlaması hizmeti sunması, etkili yöntem kullanımının yaygınlaştırılması, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi, anne ve çocuk sağlığının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu araştırma ile üreme çağındaki evli kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemler, tercih etme nedenlerinin belirlenmesi ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla yapılan çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

1. Üreme çağındaki evli kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemler ve tercih etme nedenleri nelerdir?
2. Üreme çağındaki evli kadınların kontraseptif yöntem kullanma durumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma 15 Mayıs-15 Temmuz 2020 tarihleri arasında çevrimiçi olarak yürütülmüştür. Araştırmanın örneklem grubunu bu tarihler arasında araştırmacıların kişisel bağlantıları ile ülke genelinde ulaşabildikleri, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan toplam 510 kadın oluşturmuştur. Kolayda ve kartopu örnekleme yöntemlerinin birlikte kullanıldığı çalışmada, katılımcılardan dahil edilme kriterlerine uyan tanıdıkları diğer kişileri de çalışmaya davet etmeleri istenmiştir. Veri toplama formunun ilk açılışında katılımcılara çalışma ile ilgili bilgi verilmiş ve formu doldurmalarının çalışmaya katılmayı kabul ettikleri anlamına geldiği belirtilmiştir. Araştırmaya, 18-49 yaş arası üreme çağındaki, evli olan ve çalışmaya katılmaya gönüllü kadınlar dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan veri toplama formu kullanılmıştır.^{6,12,13} Veri toplama formu, iki bölüm ve toplam 15 sorudan oluşmaktadır. Formun birinci bölümü kadınların yaşı, kendisinin ve eşinin eğitim durumu, çalışma durumu, hane gelir düzeyi, kronik hastalık durumu ve sigara içme durumu gibi sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik 8 sorudan oluşmaktadır. Formun ikinci bölümü ise kadınların kontraseptif yöntem kullanma durumları, kullandıkları kontraseptif yöntem, bu yöntemi tercih etme nedenleri, kullandığı yönteme ilişkin bilgi düzeyi, yöntem kullanmıyor ise nedenleri ve aile planlaması danışmanlığı alma durumlarını değerlendirmeye yönelik toplam 7 sorudan oluşmaktadır.

Veri Toplama

Uygulama öncesi veri toplama formunun anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla 10 kadın ile ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda veri toplama formunda yer alan iki sorunun anlaşılabilirliğini sağlamak için kelime düzeltmesi yapılmış ve forma son şekli verilmiştir. Ön uygulama yapılan kadınlar örneklem kapsamında değerlendirilmemiştir.

Araştırma verileri, veri toplama formu Google Form aracılığıyla oluşturulduktan sonra bağlantı adresinin katılımcılar ile paylaşılmasıyla toplanmıştır. Çalışmaya katılmaya gönüllü katılımcılar formu doldurmuştur. Her bir katılımcının formu doldurması ortalama 5-10 dakika sürmüştür.

Etik İlkeler

Araştırmaya başlamadan önce etik kurul onayı (Sayı:74791132-109/332, Tarih:13.05.2020) alınan çalışma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür. Formun ilk bölümünde araştırmacının amacı ile ilgili hazırlanan açıklayıcı bilgiler verildikten sonra çalışmaya devam etmek isteyen katılımcıların “çalışmaya katılmayı kabul ediyorum” seçeneğini işaretlemeleri istenmiştir. Bu seçeneği işaretleyerek formu tamamlayan katılımcıların çalışmaya katılmaya gönüllü olduğu kabul edilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Google Form aracılığı ile elde edilen veriler Microsoft Excell programına indirildikten sonra

SPSS (IBM Corporation, Armonk, New York, ABD) veri analizi programına aktararak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler için sayı, yüzde ve ortalama±standart sapma kullanılmıştır. Kesikli verilerin istatistiksel açıdan karşılaştırılması için ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

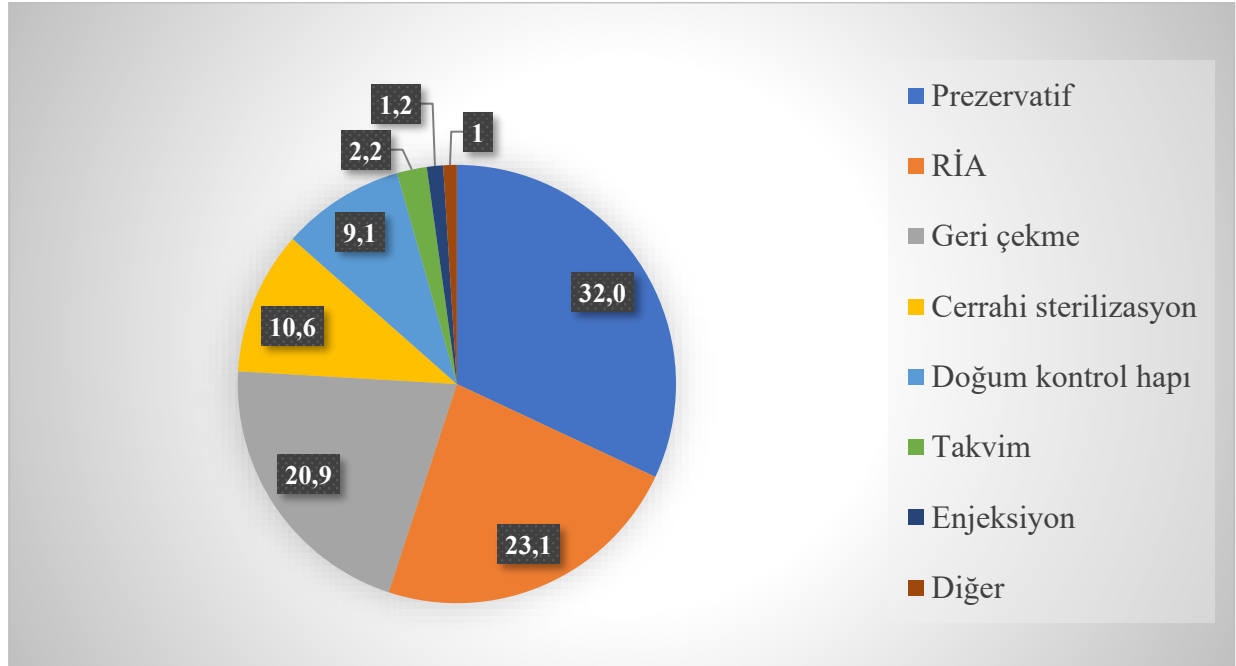
Kadınların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1’de verilmiştir. Kadınların yaş ortalaması 36.36 ± 7.50 olup, %56.7’si 35 yaş ve üzerindedir. Kadınların %39.6’sı ve eşlerinin %48.3’ü üniversite ve üzeri eğitim düzeyindedir. Kadınların %54.1’inin çalışmadığı ve %73.5’inin gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir. Kadınların %82.4’ünün kronik bir hastalığının bulunmadığı ve %71.4’ünün sigara içmediği belirlenmiştir (Tablo 1).

Kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemler Grafik 1’de verilmiştir. Kontraseptif yöntem olarak kadınların %32’si prezervatif, %23.1’i RİA, %20.9’u geri çekme, %10.6’sı cerrahi sterilizasyon, %9.1’i doğum kontrol hapsi, %2.2’si takvim yöntemi ve %1.2’si enjeksiyon kullandıklarını belirtmiştir (Grafik 1).

Kadınların kontraseptif yöntem kullanma durumları, kullandıkları yöntem, tercih nedenleri ve aile planlaması danışmanlığı alma durumlarına ilişkin bulgular Tablo 2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %62.4’ünün modern kontraseptif yöntem, %19.2’sinin geleneksel yöntem kullandığı ve %18.4’ünün herhangi bir kontraseptif yöntem kullanmadığı saptanmıştır. Modern kontraseptif yöntem kullanan kadınların %41.8’i prezervatif, %30.2’si RİA kullandığını belirtmiştir. Geleneksel kontraseptif yöntem kullanan kadınların %88.8’inin geri çekme yöntemini kullandığı belirlenmiştir. Kadınların %39.4’ü gebelik planladığı, %19.1’i gebe olduğu için kontraseptif bir yöntem kullanmadığını ifade etmiştir. Kadınların %45.7’sinin aile planlaması danışmanlığı aldığı ve bu kadınların %48.1’inin danışmanlık hizmetini aile sağlığı merkezinde aldığı belirlenmiştir. Kadınların en son kullandıkları yönteme ilişkin bilgi düzeyi puan ortalaması 10 puan üzerinden 7.79 ± 1.95 olarak hesaplanmıştır (Tablo 2).

Tablo 1. Kadınların sosyodemografik özellikleri (n=510)			
		n	%
Yaş	35 yaş altı	221	43.3
	35 yaş ve üzeri	289	56.7
	Ortalama±SS	36.36±7.50	
Eğitim durumu	İlköğretim	177	34.7
	Lise	131	25.7
	Üniversite ve üzeri	202	39.6
Kadınların eşlerinin eğitim durumu	İlköğretim	142	27.8
	Lise	122	23.9
	Üniversite ve üzeri	246	48.3
Çalışma durumu	Çalışan	234	45.9
	Çalışmayan	276	54.1
Hane gelir düzeyi	Gelir giderden az	58	11.4
	Gelir gidere denk	375	73.5
	Gelir giderden fazla	77	15.1
Kronik hastalık durumu	Var	90	17.6
	Yok	420	82.4
Mevcut kronik hastalıklar (n=90)*	Hipertansiyon	33	36.7
	Diyabetes mellitus	7	7,8
	Astım	12	13.3
	KOAH	9	10,0
	Hipotiroidi	7	7,8
	Diğer (Multiple skleroz, akdeniz ateşi, epilepsi, romatizma, migren, sedef, allerji)	22	24,4
Sigara içme durumu	İçiyor	146	28.6
	İçmiyor	364	71.4

*Yüzdeler “n” üzerinden hesaplanmıştır.



Grafik 1. Kadınların kullanmakta olduğu kontraseptif yöntemler

Tablo 2. Kadınların kontraseptif yöntem kullanma durumları, kullandıkları yöntem, tercih nedenleri ve aile planlaması danışmanlığı alma durumları

		n	%
Kontraseptif yöntem kullanma durumu	Modern yöntem kullanan	318	62.4
	Geleneksel yöntem kullanan	98	19.2
	Yöntem kullanmayan	94	18.4
Kullanılan modern kontraseptif yöntemler (n=318)*	Prezervatif	133	41.8
	RİA	96	30.2
	Hap	38	12.0
	Cerrahi sterilizasyon	44	13.8
	Enjeksiyon	5	1.6
	İmplant	2	0.6
Kullanılan geleneksel kontraseptif yöntemler (n=98)*	Geri çekme	87	88.8
	Takvim	9	9.2
	Emzirme	2	2.0
Kontraseptif yöntem kullanmama nedenleri (n=94)*	Gebelik planlaması	37	39.4
	Menopoz	16	17.0
	Gebe olma	18	19.1
	İnfertilite	14	14.9
	Diğer (Ameliyat, tedavi görme, cinsel ilişki yaşamaması veya az sayıda cinsel ilişki yaşamaması)	9	9.6
	Aile planlaması danışmanlığı alma durumu (n=510)	Alan	233
Almayan		277	54.3
Aile planlaması danışmanlığı alınan yer (n=233)*	Hastane/aile planlaması birimi	100	42.9
	Aile sağlığı merkezi	112	48.1
	Lisans eğitimi sırasında	21	9.0
Kullanmakta olduğu kontraseptif yönteme ilişkin bilgi düzeyi puan ortalaması (n=510)		7.79±1.95	(min:0,max:10)

*Yüzdeler "n" üzerinden hesaplanmıştır

Kadınların kullanmakta oldukları kontraseptif yöntemleri tercih etme nedenleri ve kullanma süreleri Tablo 3'de verilmiştir. Prezervatif kullanan kadınlar bu yöntemi tercih etme nedenlerini koruyuculuğuna güvenme (%49.6), sağlık açısından risk oluşturmaması (%48.1) ve kullanımının rahat/kolay olması (%38.3) olarak belirtmişlerdir. RİA kullanan kadınlar ise; %75'i koruyuculuğuna güvendiği, %45.8'i kullanımı rahat/kolay olduğu için bu yöntemi tercih ettiğini belirtmiştir. Oral kontraseptif kullanan kadınların %57.9'unun koruyuculuğuna güvendiği, %52.6'sının kullanımı rahat/kolay olduğu, %42.1'inin ise menstrüel siklusu düzenlediği için bu yöntemi tercih ettiğini belirtmiştir. Cerrahi sterilizasyon kullanan kadınların %97.7'si koruyuculuğuna güvendiği için, geri çekme yöntemi kullanan kadınların %52.9'u eşi istediği için ve takvim yöntemini kullanan kadınların %44.4'ü sağlık açısından herhangi bir risk oluşturmadığı için kullandıkları yöntemi tercih ettiklerini belirtmiştir. Kadınların kullanmakta oldukları kontraseptif yöntemleri sırasıyla prezervatif:5.79±4.93, RİA: 6.01±5.50, oral kontraseptif: 3.32±3.39, cerrahi sterilizasyon: 7.02±5.78, geri çekme: 5.22±3.69, takvim yöntemi:

5.11±5.60 yıldır kullandıkları saptanmıştır (Tablo 3).

Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre modern ve geleneksel kontraseptif yöntem kullanma durumları arasındaki ilişki Tablo 4'te verilmiştir. Ortaöğretim mezunu olan ($\chi^2=6.147$, $p=0.046$), çalışmayan ($\chi^2=8.336$, $p=0.004$), geliri giderine denk olan ($\chi^2=8.335$, $p=0.015$), aile planlaması danışmanlığı alan ($\chi^2=10.762$, $p=0.001$) kadınların daha yüksek oranda modern kontraseptif yöntem kullandıkları belirlenmiştir. Kadınların yaş, eşinin eğitim düzeyi, kronik hastalık ve sigara içme durumuna göre modern veya geleneksel kontraseptif yöntem kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$; Tablo 4).

Tablo 3. Kadınların kullanmakta oldukları kontraseptif yöntemleri tercih etme nedenleri ve kullanma süreleri

	Prezervatif		RİA		Oral Kontraseptif		Cerrahi Sterilizasyon		Geri çekme yöntemi		Takvim yöntemi	
	(n=133)		(n=96)		(n=38)		(n=44)		(n=87)		(n=9)	
Tercih etme nedenleri	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hemen bırakılabilmesi	19	14.3	13	13.5	11	28.9	-	-	8	9.2	3	33.3
Temiz ve hijyenik olması	31	23.3	3	3.1	3	7.9	-	-	7	8.0	-	-
Ekonomik ve kolay ulaşılabilir olması	33	24.8	11	11.5	3	7.9	-	-	16	18.4	2	22.2
Sağlık açısından risk oluşturmaması	64	48.1	19	19.8	6	15.8	9	20.5	34	39.1	4	44.4
Eşin istemesi	22	16.5	7	7.3	2	5.3	5	11.4	46	52.9	-	-
Menstrüel siklusu düzenlemesi	-	-	9	9.4	16	42.1	-	-	-	-	-	-
Koruyuculuğuna güvenme	66	49.6	72	75.0	22	57.9	43	97.7	18	20.7	3	33.3
Kendine daha uygun olduğunu düşünme	19	14.3	20	20.8	12	31.6	4	9.1	10	11.5	-	-
Kullanımının rahat/kolay olması	51	38.3	44	45.8	20	52.6	17	38.6	15	17.2	1	11.1
İlişkiyi kesintiye uğratmaması	-	-	12	12.5	10	26.3	9	20.5	5	5.7	-	-
Kontraseptif yöntem kullanma süresi (yıl)	5.79±4.93		6.01±5.50		3.32±3.39		7.02±5.78		5.22±3.69		5.11±5.60	

RİA: Rahim içi araç

Katılımcılar birden fazla yanıt verdiği için n katlanmıştır.

Tablo 4. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre modern ve geleneksel kontraseptif yöntem kullanmadurumlarının karşılaştırması

Sosyodemografik değişkenler		Geleneksel yöntem (n=98)		Modern yöntem (n=318)		χ^2	p
		n	%	n	%		
Yaş	< 35 yaş	35	19.5	145	80.5	2.981	0.084
	≥ 35 yaş	63	26.7	173	73.3		
Eğitim durumu	Ortaöğretim	28	18.2	126	81.8	6.147	0.046
	Lise	22	21.8	79	78.2		
	Üniversite ve üstü	48	29.8	113	70.2		
Kadının eşinin eğitim durumu	Ortaöğretim	23	19.0	98	81.0	5.428	0.066
	Lise	19	19.0	81	81.0		
	Üniversite ve üstü	56	28.7	139	71.3		
Kadının çalışma durumu	Çalışan	56	30.3	129	69.7	8.336	0.004
	Çalışmayan	42	18.2	189	81.8		
Gelir durumu	Gelir giderden az	17	32.7	35	67.3	8.335	0.015
	Gelir gidere denk	60	19.9	242	80.1		
	Gelir giderden fazla	21	33.8	41	66.2		
Kronik hastalık	Var	13	17.1	63	82.9	2.150	0.143
	Yok	85	25.0	255	75.0		
Sigara içme durumu	İçiyor	34	27.6	89	72.4	1.618	0.203
	İçmiyor	64	21.8	229	78.2		
Aile planlaması danışmanlığı alma durumu	Alan	32	16.3	164	83.7	10.762	0.001
	Almayan	66	30.0	154	70.0		

χ^2 : Ki-kare testi

TARTIŞMA

Bu çalışmada kadınların %81.6'sı kontraseptif bir yöntem kullanmakta olup, %62.5'i modern yöntemleri ve %19.2'si geleneksel yöntemleri kullanmaktadır. Ülkemizde TNSA verilerine göre 15-49 yaş arası kontraseptif yöntem kullanan kadınların oranı 2013 yılına kadar önemli bir artış göstererek %74'e ulaşmış, ancak bu oran 2018 yılında %70'e düşmüştür. Modern yöntemlerin kullanımı ise son 30 yılda sürekli artış göstererek %49'a yükselirken, geleneksel yöntem kullanımı ise %21'e düşmüştür.^{7,8}Konya, Erzurum ve Çorum'da yapılan benzer çalışmalarda kadınların kontraseptif yöntem kullanımının %52.5-84.9 arasında olduğu, modern yöntem kullanımının %48.2-71.4 ve geleneksel yöntem kullanımının %13.5-29.5 arasında olduğu belirlenmiştir.^{6,12,14}Şantaş ve ark.'nın 1993-2013 yıllarını arasında gerçekleştirilen TNSA verilerini incelediği çalışmada, Türkiye'de modern yöntem kullanım oranının yıllara göre giderek arttığı ve bu artışta sağlıkta dönüşüm programı ve temel sağlık hizmetleri kapsamında sunulan aile hekimliği sistemi uygulamasının etkili olduğu belirtilmiştir.¹⁵Dünya Bankasının 2017 yılı verilerine göre dünyada 15-49 yaş arası kadınların kontraseptif yöntem kullanma oranı %59.8'dir.¹⁶Mısır'da ve Suudi Arabistan'da yapılan çalışmalarda ise kadınların kontraseptif yöntem

kullanma oranı %38.3 ve %45 olarak belirlenmiştir.^{17,18}Kanada'da üreme çağındaki kadınların %60.4'ünün her zaman kontraseptif yöntem kullandığı saptanmıştır.¹⁹Kuzey Avrupa ülkelerinde gerçekleştirilen bir çalışmada ise en yüksek oranda kontraseptif yöntem kullanımının sırasıyla Danimarka (%42), İsveç (%41) ve Finlandiya'da (%40) olduğu belirlenmiştir.²⁰Bu bulgular doğrultusunda ülkemizde kadınların kontraseptif yöntem kullanma oranının dünya genelinden yüksek olduğu görülmektedir. Çalışma bulgularımız bu sonucu destekler niteliktedir. Bu durumun ülkemizde aile planlaması hizmetlerini iyileştirmeye yönelik düzenlenen yasalar, aile planlaması hizmetlerinin ücretsiz ve erişilebilir olması, toplumun kontraseptif yöntemler hakkında özellikle birinci basamak sağlık hizmeti verilen kuruluşlardaki sağlık personeli tarafından bilgilendirilmesi ve danışmanlık verilmesinden kaynaklandığı değerlendirilmektedir. Bu çalışmada aynı zamanda kadınların modern kontraseptif yöntem kullanma oranlarının ülke genelinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu sonuç kadın sağlığının iyileştirilmesi açısından önemli bir bulgu olup, bu durumun araştırma kapsamındaki kadınların sosyodemografik ve kültürel özelliklerinden ve bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

TNSA 2013 yılı verilerine göre yöntem kullanmayan kadınların oranı %27 iken, bu oran TNSA 2018 yılı verilerine göre %30'a yükselmiştir.^{7,8} Araştırmamızda ise yöntem kullanmayan kadınların oranı %19.2 olarak belirlenmiştir. Konya'da yapılan bir çalışmada yöntem kullanmayan kadınların oranı %15.1, Nijerya'da ve Suudi Arabistan'da yapılan çalışmalarda ise sırasıyla %22.8 ve %45.5 olarak belirlenmiştir.^{12,18,21} Araştırmamızda kadınlar yöntem kullanmama nedenlerini en yüksek oranda çocuk isteği, gebelik, menopoz ve infertilite olarak belirtmiştir. Kutlu ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların yöntem kullanmama nedenlerinin benzer olduğu görülmüştür.¹² Kadınlar yöntem kullanmama nedenlerini Nijerya'da yapılan bir çalışmada en yüksek oranda yöntem hakkında yeterince bilgi verilmemesi ve yan etkileri nedeniyle, Çorum'da yapılan bir çalışmada ise ihmal/önemsememe ve eşinin istememesi olarak belirtmişlerdir.^{14,21} Bu sonuçlar doğrultusunda, çalışmamızda yöntem kullanmayan kadınların gerekçe olarak bilgi eksikliği veya ihmal gibi nedenler yerine gebelik ve menopoz gibi kontraseptif yöntem kullanımına gereksinim duyulmayan fizyolojik sebepleri belirtmeleri olumlu olarak değerlendirilmektedir.

Çalışmamızda kadınların en yüksek oranda kullandıkları modern kontraseptif yöntemler prezervatif ve RİA, geleneksel yöntem ise geri çekme olarak belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan TNSA sonuçları ve farklı bölgelerde yapılan araştırma sonuçlarına göre kadınların en çok kullandıkları modern yöntemler prezervatif ve RİA, en sık kullandıkları geleneksel yöntem ise geri çekme olarak saptanmıştır.^{6,8,12,13,22,23} Suudi Arabistan, Etiyopya ve Mısır'da konu ile ilgili yapılan çalışmalarda kadınların en sık kullandıkları modern yöntemlerin başında enjeksiyon, implant, doğum kontrol hapı ve RİA geldiği görülmüştür.^{4,17,21} Ülkemizde en sık kullanılan modern yöntemlerin diğer ülkelerden farklılık göstermesinin nedenlerinin; ülkelerin aile planlaması yöntemleri hakkında izlediği politikalar, bölgesel ve kültürel farklılıklar, dini inançlar ve sosyoekonomik faktörlerden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.^{2,6,24}

Araştırmamıza katılan kadınlar kullandıkları kontraseptif yöntemlere ilişkin bilgi düzeylerini yeterli olarak değerlendirmelerine rağmen, bu kadınların yarısından fazlasının aile planlaması danışmanlığı almadıkları belirlenmiştir. Çalışma bulgumuzun aksine ülkemizdeki aile planlaması yöntemleri hakkında kadınların bilgi düzeylerinin değerlendirildiği sistematik bir derlemede kadınların bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve aile planlaması yöntemlerini etkili bir şekilde kullanmadıkları belirtilmiştir.¹⁰ Kadınların konuya ilişkin bilgi düzeylerini yeterli olarak değerlendirmeleri, profesyonel aile planlaması danışmanlığı hizmeti almaları konusunda bir engel olarak değerlendirilebilir. Kadınların aile planlaması hizmetlerine ulaşımının kolaylaştırılması ve bu hizmet kapsamında, teknolojinin

bilgiye ulaşım konusunda getirdiği avantaj ve dezavantajlar göz önünde bulundurularak doğru ve güvenli bilgi erişim kaynaklarına nasıl ulaşılacağı konusuna da değinilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda modern yöntemlerden prezervatif, RİA, oral kontraseptif, cerrahi sterilizasyon yöntemlerini kullanan kadınlar bu yöntemleri en sık tercih etme nedenlerini, "koruyuculuğuna güvenme" ve "kullanımının kolay/rahat olması" şeklinde belirtmiştir. Geri çekme yöntemi ile korunan kadınlar ise bu yöntemi en sık tercih etme nedenlerini, "eşinin bu yöntemi kullanmak istemesi" ve "sağlığı açısından risk oluşturmaması" olarak belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda çoğunlukla benzer sonuçlar elde edilmiştir.^{12,21} Aile planlaması danışmanlığı hizmetleri verilirken kadınların yöntem seçiminde en çok güvenilir (gebe kalma riski olmayan), kullanımı rahat/kolay ve sağlığı açısından risk oluşturmayan yöntemleri tercih ettikleri göz önünde bulundurulmalıdır. Aynı zamanda eşlerin de danışmanlık sürecine dahil edilmesi modern ve etkili yöntemlerin kullanımının artırılmasında etkili olacaktır.

Bu çalışmada kadınların eğitim düzeyine ve çalışma durumuna göre yöntem seçimleri arasında anlamlı ilişki olduğu ve buna göre, ortaöğretim mezunu olan ve çalışmayan kadınların daha yüksek oranda modern kontraseptif yöntem kullandıkları belirlenmiştir. Dinç ve arkadaşları 40 yaş üstü kadınlar ile yaptıkları çalışmada ileri analiz sonucunda ortaöğretim mezunu olmanın modern aile planlaması yöntemi kullanma durumunu üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğunu belirlemiştir.²⁵ TNSA sonuçları ile farklı bölgelerde ve ülkelerde yapılan çeşitli çalışmalarda eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte modern yöntem kullanımının olumlu yönde etkilendiği belirlenmiştir.^{2,6,8,12,17,26} Yapılan çalışmalarda çalışan kadınların modern kontraseptif yöntem kullanımının çalışmayan kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.^{2,6,17,25,26} Çalışmamızda ortaöğretim mezunlarında ve çalışmayan kadınlarda literatürden farklı olarak modern yöntem kullanımının daha yüksek olmasının nedeni; bilgiye ulaşım kaynaklarının çeşitliliği ve kolaylığı veya fazla sayıda çocuk sahibi olmanın getireceği ekonomik yükü azaltmak için olabileceği düşünülmektedir.

Kadınların hane gelir düzeyine göre yöntem seçimleri arasında anlamlı ilişki olduğu ve buna göre; geliri giderine denk olan kadınların daha yüksek oranda modern kontraseptif yöntem kullandıkları belirlenmiştir. TNSA 2018 verilerine göre hane refah düzeyi arttıkça modern yöntem kullanımı artmaktadır.⁸ Asresie ve arkadaşları ile Abdel-Salam ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmalarda kadınların gelir durumu ile yöntem kullanma durumları arasında ilişki olduğu, gelir düzeyi arttıkça yöntem kullanma oranının arttığı belirlenirken, Çalikoğlu ve arkadaşlarının çalışmasında gelir düzeyi yüksek olan kadınların modern yöntem kullanma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır.^{4,6,18} Kutlu ve

arkadaşları ise ekonomik statü ile modern yöntem kullanımı arasında ilişki saptamamıştır.¹² Literatürde konuya ilişkin farklı sonuçlar yer almaktadır.

Kadınların profesyonel aile planlaması danışmanlığı alma durumuna göre yöntem seçimleri arasında anlamlı ilişki olduğu, buna göre aile planlaması danışmanlığı alan kadınların daha yüksek oranda modern kontraseptif yöntem kullandıkları belirlenmiştir. Asresie ve arkadaşları yaptıkları çalışmada kadınların bir sağlık kuruluşuna başvurma durumları ile yöntem kullanma durumları arasında ilişki olduğu ve sağlık kuruluşuna başvuranların daha fazla kontraseptif yöntem kullandığı belirlenmiştir.⁴ Aile planlamasına ilişkin danışmanlık olarak tüm yöntemler hakkında bilgi sahibi olan bireylerin modern yöntem kullanımındaki artış beklenen bir sonuçtur.

Kadınların yaşı, eşinin eğitim düzeyi, kronik hastalık ve sigara içme durumuna göre yöntem seçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Yapılan bazı çalışmalarda sonuçlarımıza benzer şekilde kadınların yaşı ile yöntem tercih etme durumları arasında ilişki olmadığı belirlenmiştir.^{4,6,12} Ancak sonuçlarımızdan farklı olarak bazı çalışmalarda eşin eğitim düzeyi arttıkça modern yöntem kullanımında artış olduğunu belirleyen çalışmalar yer almaktadır.^{2,12} Sonuçlar arasındaki farklılıkların örneklem gruplarının sosyodemografik ve kültürel özelliklerinden kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir.

SONUÇ

Çalışmada kapsamındaki yaklaşık her beş kadından dördünün herhangi bir kontraseptif yöntem kullandığı ve bu kadınların en yüksek oranda modern kontraseptif yöntemleri kullandıkları saptanmıştır. Kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemleri tercih etme nedenleri en yüksek oranda koruyuculuğuna güvenme, sağlık açısından risk oluşturmaması ve kullanımının rahat/kolay olmasıdır. Kontraseptif yöntem kullanma durumunu, aile planlaması danışmanlığı alma, eğitim, çalışma durumu ve hane geliri gibi değişkenlerin etkilediği belirlenmiştir.

Üreme çağındaki kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemlerin sağlık çalışanları tarafından belirlenmesi, kullanılan yöntemin etkin bir yöntem olup olmadığının tespit edilmesi ve bu doğrultuda etkili bir eğitim ve danışmanlık hizmetinin duruma özgü planlanarak sunulması açısından önemlidir. Böylelikle kadınların etkin/modern kontraseptif yöntem kullanma oranlarında artış sağlanabilir. Bu durum ise istenmeyen ve riskli gebeliklerin azalmasına, aşırı doğurganlığın önlenmesine ve buna bağlı olarak gelişebilecek sağlık sorunlarının azaltılmasına katkı sağlayacaktır. Aynı zamanda aşırı doğurganlık ve riskli gebeliklerin anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin önlenmesi

ile anne-çocuk sağlığının geliştirilmesi ve dolaylı olarak toplum sağlığının iyileştirilmesine sağlanmış olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Lasong J, Zhang Y, Gebremedhin SA, Opoku S, Abaidoo CS, Mkandawire T et al. Determinants of modern contraceptive use among married women of reproductive age: a cross-sectional study in rural Zambia. *BMJ open*, 2020;10(3):e030980.
2. Şantaş G, Eryurt MA. Gebeliği önleyici modern yöntem kullanımının iç göç, sosyodemografik ve sosyoekonomik faktörler ile ilişkisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Health Sciences*, 2020;5(1):46-55.
3. Uçtu AK; Karakoç H, Özerdoğan N. Evlendirme dairesine başvuran kadınların aile planlaması yöntem kullanımı ve hizmet alımına ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 2018;7(1):12-21.
4. Asresie MB, Fekadu GA, Dagnev GW. Contraceptive use among women with no fertility intention in Ethiopia. *PloS ONE*, 2020;15(6):e0234474.
5. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *The Lancet*, 2012;380:111-125.
6. Çalikoğlu, EO, Yerli EB, Kavuncuoğlu D, Yılmaz S, Koşan Z, Aras A. Use of family planning methods and influencing factors among women in Erzurum. *MedSci Monit*, 2018;24:5027-34.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. T.C. Kalkınma Bakanlığı ve Tübitak. Ankara, Türkiye. 2014. p.75-94. [cited 2020 August 10] Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve Tübitak. Ankara, Türkiye. 2019. p.84-90. [cited 2020 August 12] http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
9. Fotso JC, Cleland J, Mberu B, Mutua M, Elungata P. Birth spacing and child mortality: an analysis of prospective data from the Nairobi urban health and demography surveillance system. *Journal of Biosocial Science*, 2013;45(6):779-98.
10. Gavas E, İnal S. Türkiye’de kadınların aile planlaması yöntemleri kullanma durumları ve tutumları: sistematik derleme. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 2019;1(2):37-43.
11. Toptaş B, Aksu H. Contraceptive use in perimenopausal women. *Journal of Human Sciences*, 2020;17(2):548-57.
12. Kutlu R, Kılıçaslan AÖ. Bir aile planlaması polikliniğine başvuran kadınların rahim içi aracı terk

- etme nedenleri. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 2014;18(3):149-55.
13. Balcıoğlu H, Göker N. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi aile planlaması merkezine başvuran hastaların tercih ettikleri doğum kontrol yöntemi dağılımı, Eurasian Journal Of Family Medicine. 2016;5(1):41-5.
 14. Koçak DY, Büyükkayacı Duman N, Topuz Ş, Yılmazel G, Güngör T, Başçı AB. Üreme çağındaki kadınların acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları, Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2016;13(3):112-16.
 15. Şantaş F, Çelik Y. Türkiye’de gebeliği önleyici modern yöntem kullanımı. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2018;9(3):255-265.
 16. The World Bank. Contraceptive prevalence, any methods (% of women ages 15-49). 2017. [cited 2020 August 12] <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CON.U.ZS>
 17. Dakhly DMR, Bassiouny YA, Bayoumi YA, Gouda HM, Hassan AA, Hassan AA et al. Current contraceptive trends among married Egyptian women: a cross-sectional survey. Eur J Contracept Reprod Health Care, 2018;23(5):351-56.
 18. Abdel-Salam DM, Albahlol IA, Almusayyab RB, Alruwaili NF, Aljared MY, Alruwaili MS et al. Prevalence, correlates, and barriers of contraceptive use among women attending primary health centers in Aljouf Region, Saudi Arabia. Int J Environ Res Public Health, 2020;17(10):3552.
 19. Black A, Rouhani S, Cook J. Adherence to contraceptive use among Canadian women of reproductive age: results of a national survey. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2019;41(5):712.
 20. Lindh I, Skjeldestad FE, Gemzell-Danielsson K, Heikinheimo O, Hognert H, Milsom I, et al. Contraceptive use in the Nordic countries. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2017;96(1):19-28.
 21. Akintayo-Usman NO, Fatunmbi OJ, Usman SO, Edet-Utan O, Oluberu AO, Omeonu CA et al. Birth control plans and affecting factors among women in Western Nigeria. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 2017;11(1):4-9.
 22. Ertop NG, Altay B. 15-49 yaş arası evli kadınların kullandıkları aile planlaması yönteminin eş uyumuna etkisinin incelenmesi. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012;14(3):1-8.
 23. Haliloğlu S, Gündoğdu YP, Evcimen TS, Çivilibal M. Aile Planlaması Polikliniğine Başvuran Hastalarda Gebelikten Korunma Yöntemlerinin Değerlendirilmesi. Eurasian Journal Of Family Medicine, 2013;2(2):70-6.
 24. Sağlık Bakanlığı. Cinsel sağlık ve üreme sağlığı ulusal stratejiler ve eylem planı (2005-2015). 2010. p.13-48. [cited 2020 August 12] Retrieved from <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap9.pdf>
 25. Dinç A. 40 yaş üzeri evli kadınların kontraseptif tercihlerinin incelenmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 2018;49(3):251-55.
 26. Nyarko SH. Spatial variations and socioeconomic determinants of modern contraceptive use in Ghana: A Bayesian multilevel analysis. PlosOne, 2020;15(39):e0230139.



Review Article / Derleme

Examination of the menopausal period according to Meleis' Theory of Transition

Menopozal dönemin Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre incelenmesi

Aslıhan Öztürk Eyimaya^{1*}, Ayfer Tezel²

ABSTRACT

There are many transitional periods in the normal flow of growth and development in human life. The phase, which is one of the most important developmental stages in women's life and defined as the transition from the reproductive age to the period in which the reproductive ability is lost, is called the menopausal period. During this period, not only biological changes, but also social and psychological changes occur in the life of the woman. In order to ensure a successful transition in the menopausal period, planning and implementing initiatives under the guidance of theories is important in achieving more effective health outcomes. While explaining the Transition Theory, Meleis emphasizes the importance of helping individuals with various transitions, supporting individuals in developmental, situational, health / illness and organizational transitions. Health professionals should support the individual, family and community during the transition process, improve symptoms, improve health, and support coping with self-care activities. Using theories to understand the transition process, identify the needs and risks of the individual, and plan effective interventions to improve well-being will facilitate success. In this review, it is aimed to examine the menopausal transition of women in menopausal period according to Meleis' Transition Theory.

Key words: Menopause, menopausal transition, Meleis' Transition Theory

ÖZET

İnsan hayatında büyüme ve gelişmenin normal akışı içinde pek çok geçiş dönemi vardır. Kadın hayatındaki gelişimsel evrelerin en önemlilerinden biri olan ve üreme çağından, üreme yeteneğinin kaybolduğu döneme geçiş olarak tanımlanan evreye menopozal dönem denir. Bu dönemde kadının hayatında sadece biyolojik değişimler olmaz, aynı zamanda sosyal ve psikolojik değişimler de meydana gelir. Menopozal dönemde başarılı bir geçişin sağlanması için teoriler rehberliğinde girişimlerin planlanması ve uygulanması daha etkili sağlık çıktılarına ulaşmada önemlidir. Meleis Geçiş Teorisi'ni açıklarken çeşitli geçişler yaşayan bireylere yardım etmenin, bireylerin gelişimsel, durumsal, sağlık/hastalık ve kurumsal geçişlerde desteklenmesinin önemini vurgulamaktadır. Sağlık profesyonelleri geçiş sürecinde birey, aile ve toplumu desteklemeli, semptomları iyileştirmeli, sağlığı geliştirmeli ve öz bakım aktivitelerini destekleyerek geçiş ile baş etmeye yardım etmelidir. Yaşanan geçiş sürecini anlamak, bireyin ihtiyaçlarını ve karşılaşılabileceği riskleri belirlemek ve iyilik halini yükseltmeye yönelik etkili girişimler planlamak için teoriler kullanılması başarıya ulaşmayı kolaylaştıracaktır. Bu derlemede menopozal dönemdeki kadınların menopozal geçişlerinin Meleis'in Geçiş Teorisine göre incelenmesi amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Menopoz, menopozal geçiş, Meleis'in Geçiş Teorisi

Received / Geliş tarihi: 20.04.2020, Accepted / Kabul tarihi: 10.08.2020

¹Ankara Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, ANKARA

²Ankara Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, ANKARA

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Şükürüye Mah. Plevne Cad. Aktaş Kavşağı No:5 PK: 06340 Altındağ, ANKARA, TÜRKİYE

E-mail: asliozturk@ankara.edu.tr

Öztürk Eyimaya A., Tezel A. Menopozal dönemin Meleis'in Geçiş Teorisi'ne göre incelenmesi. TJFMPC, 2020;14(4): 676-685.

DOI: 10.21763/tjfm.723892

GİRİŞ

Menopozal dönem kadınların üreme çağından üreme yeteneğinin kaybolduğu çağa geçtiği dönemdir. Bu geçişte en belirgin olay menstruasyonun kesilmesidir. Menopozal dönem menopozdan önceki 2-6 yıllık süreyi kapsayan premenopozal dönemden, son adetten sonra geçen 12 aylık süreyi kapsayan perimenopozal dönemden ve perimenopozal dönemden sonraki 6-8 yıllık süreyi kapsayan postmenopozal dönemden oluşmaktadır.^{1,2} Menopozal dönemde ortaya çıkan östrojen eksikliği biyolojik, psikolojik, cinsel ve sosyal değişimlere neden olmaktadır. Bu değişimler sonucu ortaya çıkan sıcak basması, terleme, huzursuzluk, depresyon, cinsellikten kaçınma, uyku sorunları gibi yakınmalar menopozal dönemdeki kadınları olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca bu dönemdeki kadınlar yaşlanma ile ilgili endişeler, beden imajında değişimler ve sağlık sorunları yaşamaktadırlar.^{3,4}

Geçiş bir yaşam evresinden, durumundan ya da statüsünden diğerine geçmek anlamına gelir. Geçiş uzun dönemli bir süreçtir, yeni rol ve duruma adaptasyon gerektirir.⁵ Yeni role geçiş, ilişkilerde, beklentilerde ve yeteneklerde değişim anlamına gelmektedir. Rol geçişi bireyin yeni bilgiler edinmesini, davranışlarını değiştirmesini ve kendini yeniden tanımlamasını gerektirir.⁶ Menopozal geçiş, yaşlanmaya, orta yaşa ve rol değişikliklerine bağlı, sosyal ve kültürel olarak yönlendirilen anlamlarla çevrili gelişimsel bir geçiştir. Menopozun nasıl algılandığı ve kişinin hayatındaki olası etkisi kadınların menopozal geçişe atfedeceği anlamları tanımlar. Farklı anlamlar kadınların tepkilerini ve davranışlarını şekillendirebilir. Tarihsel olarak menopoz mitlerle ve geleneksel davranışlarla yüküldür. Menopozdaki kadınlar ezilmiş, ihmal edilmiş ve görmezden gelinmiştir. Menopoz, bazı kadınların sağlık bakım ihtiyaçlarının göz ardı edildiği, gizlilik ve sessizlikle örtüldüğü bir tabu olarak kabul edilmiştir.⁵ Menopozal dönemdeki kadınların menopozal geçişi olumlu bir şekilde yaşamaları için teoriler rehberliğinde yaklaşımlarının planlanması ve uygulanması daha etkili sağlık çıktılarına ulaşmada önemlidir. Teoriler, bilgi ve uygulamaları sistematize etmeyi sağlar.⁷ Meleis, Geçiş Teorisi'nde sağlık profesyonellerinin en önemli görevinin, hayatı boyunca çeşitli geçişler yaşayan bireylere yardım etmek, sağlıklı geçişleri sağlamak ve sağlıksız geçişleri en aza indirmek olduğunu vurgulamıştır.⁵ Menopozal dönem geçişi yaşayan kadınlara yardımda bulunmak, menopozal dönemdeki şikayetleri ile baş edebilmeleri konusunda onlara destek sağlayacaktır. Böylece menopozal geçiş yaşayan kadınların geçiş süreci kolaylıkla tamamlanacak bu süreçte çevre ile uyum sağlamaları kolaylaşacaktır.^{5,8}

Bu çalışmada menopozal dönemdeki kadınların menopozal geçişlerinin Meleis'in Geçiş Teorisine göre incelenmesi amaçlanmıştır.

Meleis'in Geçiş Teorisi

Kuramsal çerçeveler kavramsal bir bakış açısı yaratır. Bulguları yorumlamayı ve bilgi gelişimini sağlar.⁹ Meleis, Geçiş Teorisi'nin teorik gelişimini yaşamın devamlılığı boyunca ortaya çıkan rollerin değişim süreci olarak tanımlamış ve teorinin ana kavramlarını Şekil 1'deki gibi belirlemiştir.⁵

Meleis'in Geçiş Teorisi'nin kavramları menopozal dönemdeki kadınların geçiş dönemi ile ilişkilendirilerek aşağıda sunulmuştur.

Geçişin Doğası

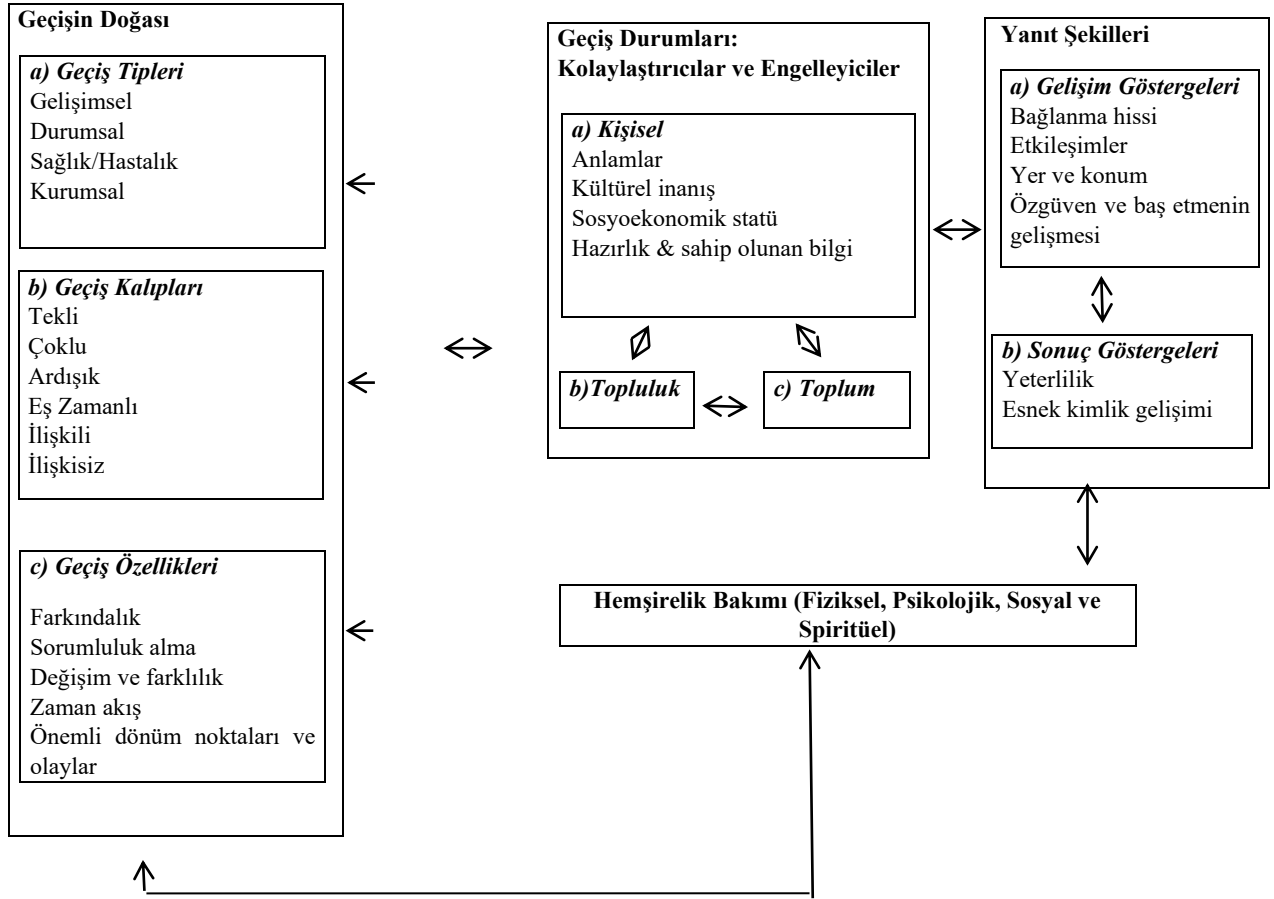
a. Geçiş Tipleri

Meleis rol geçişini kişinin kendini ve sosyal durumunu yeniden tanımlamasını gerektiren, beklenen veya doğal süreçlerden kaynaklanan değişiklik gerektiren durum olarak ifade etmiştir. Örneğin anne olmak, baba olmak, çocuk olmak, bakım verici olmak veya bakım alan olmak gibi. Her rol zamanla gelişir ve yeniden yapılır veya başkalarıyla etkileşim yoluyla yeniden tanımlanır. Bu nedenle ya zaman içinde doğal olarak gelişen ya da beklenmedik biçimde bir yöne doğru itilen geçiş zamanları vardır.⁵

Meleis'in Geçiş Teorisi'nde gelişimsel, durumsal, sağlık/hastalık ve kurumsal olmak üzere dört tür geçiş tanımlamıştır. Menopozal geçiş yaşayan kadınlar geçiş süreci boyunca bu geçiş türlerini eş zamanlı olarak yaşayabilirler.

Gelişimsel Geçişler

Gelişimsel geçişler, büyüme döngüsünün doğal sürecinde meydana gelen geçişlerdir. Ergenlik, yetişkinlik, orta yaş, yaşlılık, gebelik ve menopoz bunlar arasında sayılabilir.^{5,10} Literatürde menopozal döneme geçiş¹¹⁻¹³, ergenlikten yetişkinliğe geçiş¹⁴, ya da ebeveynliğe geçiş¹⁵ gibi rol geçişleri ile ilgili yapılan birçok çalışma mevcuttur. Menopoz gelişimsel geçişler arasında yer almaktadır. Menopoz tahmin edilen, beklenen bir durum olabilir ya da tam tersi beklenmeyen ve hazırlıklı olunmayan bir durum da olabilir. Menopozal geçiş kadın hayatının evrelerindeki en büyük gelişimsel yaşam olaylarından biridir. Menopozal geçiş yeni anlamlar elde etmek için hedef, davranış ve sorumlulukları yeniden anlamlandırmayı gerektirir.⁵



Şekil 1. Meleis'in Geçiş Teorisinin Kavram Özeti (Kaynak: Meleis AI. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in nursing research and practice. New York, Springer Publishing Company, 2010).

Durumsal Geçişler

Meleis durumsal geçişi, bireyin kişisel görüşlerini, inançlarını, eylemlerini, tepkilerini yönlendireceği bir değişim yaşamayı, hayatına özel rol üstlenen birinin girmesi veya çıkması şeklinde açıklamıştır. Örneğin bekarlıktan evliliğe geçiş, boşanma, dul kalma ya da bir aile üyesinin ölümü durumsal geçiştir. Diğer durumsal geçiş örnekleri göç veya emeklilik gibi planlı ve planlanmamış olayları içerebilir.⁵ Yaşamları boyunca insanlar, kimliklerini, beklentilerini, davranışlarını ve rollerini değiştiren yeni olaylar ve durumlar yaşamaktadır. Yaşam geçişleri, ister içsel ister dışsal ilişkilerden kaynaklanıyor olsun, ilişkiler üzerinde önemli etkilere sahiptir.¹⁶ Durumsal geçişlerle ilgili literatürde iş değişikliği¹⁷, emeklilik¹⁸, evlilik¹⁹ ve eğitim geçişleri²⁰ olarak örneklendirilebilecek araştırmalar mevcuttur.

Sağlık/Hastalık Geçiş

Sağlık/hastalık geçişi, hastalıktan sağlığa, sağlıktan hastalığa geçiş veya kronik bir hastalıktan

kaynaklanan dalgalanmalı geçişlerdir.⁵ Literatürde sağlık ve hastalık geçişleri, hastane ortamında bir tedaviden sonra iyileşme, hastaneden taburcu olma veya yeni bir hastalık teşhisi konma gibi örneklerle ifade edilmektedir.²¹ Bu tür geçişler sürekli bir uyum süreci gerektirir. İm ve arkadaşları çalışmalarında kadınların durumsal bir geçiş olan göçü yaşadıklarını ve aynı zamanda birçoğunun gelişimsel bir geçiş olan menopoza geçişi ve diyabet, hipertansiyon, kronik hastalık gibi sağlık/hastalık geçişi de yaşadıklarını belirtmişlerdir.²²

Kurumsal Geçişler

Kurumsal geçişler yeni politikaların benimsenmesi, rol değişimleri, yeni modellerin veya yeni teknolojilerin uygulamaya konulması gibi sosyal, politik veya ekonomik değişimlerle ilgili çevredeki değişiklikleri temsil etmektedir.²³ Kurumsal geçiş örnekleri, uygulamalarda yeni yetkinlikler geliştirmeyi, çalışan birey için kurum değiştirmeyi veya hastane yöneticilerindeki değişiklikleri içerebilir.²⁴

b. Geçiş Kalıpları

Tekli, Çoklu, Ardışık, Eş zamanlı, İlişkili, İlişkisiz Geçişler

Meleis'e göre geçiş kalıpları kişisel ve profesyonel yaşamın üst üste gelebileceği potansiyel alanlardır. Bir kişinin kendi kişisel yaşamında bir kimlik değişikliği geçirmesi gerekiyorsa, günlük yaşamının diğer yönlerini etkileyebilir. Bu geçişler, tekli, çoklu, ardışık, eşzamanlı olarak ortaya çıkabilir ve bunlar birbiri ile ilişkili veya ilişkisiz geçişler olabilir.⁵ Menopoz, kadın hayatında önemli bir geçiştir ve emeklilik, menopozla ilgili olmayan sağlık kaybı, medeni durum değişiklikleri ve çocukların evden ayrılması gibi diğer önemli geçişlerle eşzamanlı olarak gerçekleşebilir. Çoklu geçişler menopoz deneyimi yaşayan kadınlar için ek bir stres yaratır.²⁵ Çoklu geçişlerde, geçişin sayısı, ciddiyeti ve algılanan önceliği önemlidir.^{6,26} Bu nedenle sadece belirli bir geçiş türüne odaklanmaktan çok tüm geçişler dikkate alınmalıdır.

c. Geçiş Özellikleri

Geçişler karmaşık ve çok boyutludur, ancak geçiş deneyimlerinin bazı temel özellikleri tanımlanmıştır. Bunlar; farkındalık, sorumluluk alma, değişim ve farklılık, zaman akışı/geçisi, önemli dönüm noktaları ve olaylar olarak sıralanır. Bu özellikler ayrı ayrı olmak zorunda değildir. Çünkü bu özellikler karmaşık bir sürecin birbiriyle ilişkili özellikleridir.⁵

Farkındalık

Farkındalık, geçiş deneyimi yaşayan bireyin algısı, bilgisi ve geçişi kabulü ile ilgilidir.^{5,6} Meleis farkındalık eksikliğinin önemli bir faktör olduğunu, ancak geçişi engellemediğini belirtmiştir.⁵ Farkındalık eksik olduğunda birey geçiş için hazır değildir. Geçiş yaşayan bireyin kendi geçişinin farkında olması gerekir. Bu durum geçiş süreci başlamadan önce değişimi kabul etmek gerektiğini ifade eder.¹⁰ Im ve Meleis çalışmasında Koreli kadınların bir kısmının, menopoz geçişi yaşadıklarını fark etmediklerini, diğerlerinin ise yalnızca menstruasyonu sona erdiğinde fark ettiklerini saptamışlardır.¹¹ Skarsater ve arkadaşları çalışmalarında geçiş yaşayan bireylerin geçişlerinin farkında olmalarının, onların durumlarını ciddiye almalarında, karar verme, seçim yapma ve kendi istekleri hakkında konuşmaları konusunda etkili olduğunu ifade etmişlerdir.²⁷ Bu durum geçiş yaşayan bireyin öz güvenini artırır. Geçiş yaşayan bireyler, bunun farkında olurlarsa nasıl baş edeceklerini bilmeseler de, yaşadıkları sorunları dile getirebilir.²⁷ Sorunlar dile getirildiğinde problemler tanımlanabilir ve bireyselleştirilmiş

bakım planı hazırlanabilir. Bireyin farkındalığı, yaşama olan uyumunu yeniden kazanmada önemli bir adımdır. Farkındalık başarılı bir geçiş için işbirliği yapmayı sağlar.

Sorumluluk Alma

Sorumluluk farkındalık düzeyiyle ilişkilidir. Eğer bir kişi yaşadığı geçişin farkında değilse sorumluluk alamaz. Geçiş sürecine katılım geçiş sürecini kolaylaştırabilir veya engelleyebilir. Sorumluluk alma örnekleri arasında aktif olarak bilgiyi aramak, geçiş için hazırlık yapmak, rol modellerini kullanmak, aktivitelere aktif olarak katılmak yer alır. Farkındalık düzeyi geçiş sürecine katılımı etkiler ancak katılım farkındalık olmadan da gerçekleşebilir. Fiziksel, duygusal, sosyal veya çevresel değişikliklerin farkında olan bir bireyin katılım düzeyi, bu değişikliklerden habersiz olandan daha farklı olacaktır.⁶

Değişim ve Farklılık

Tüm geçişler değişiklik içerir, ancak tüm değişiklikler geçişle ilgili değildir. Değişim ve farklılık terimi her ne kadar geçiş terimleri ile benzer olsa da geçişle eş anlamlı kullanılamaz. Geçişler değişime yol açar. Bir geçiş sürecini tam olarak anlamak için, ilgili değişikliklerin etkilerini ve anlamlarını ortaya çıkarmak ve tanımlamak gerekir. Değişim, eleştirel olaylarla, ilişkilerde ve rutindeki aksaklıklarla veya fikir, algı ve kimliklerle ilgili olabilir. Farklılık, farklı olma algısını ya da çevreyi farklı şekillerde görmeyi ifade eder.⁶ Değişim ve farklılık, bir bireyin cevap şekli, bir görevin başarıma şekli veya bir bireyin bir davranışı değiştirdiği zaman yaşadığı rol geçişi olarak tanımlanır. Bir kayıp ani değişiklik yaratabilir, geçiş süreci zor olabilir ve yeni bir durumun yaratılması için uzun süre geçebilir.²¹

Zaman Akışı

Zaman akışı yeni bir başlangıca doğru olan harekettir.⁵ Geçişin daha istikrarlı hale gelmesi, rutinlerin oluşması ve değişimin yeni halinin şekillenmesidir. Geçişler herhangi bir özel zaman yörüngesini takip etmez, zaman içinde hareket ve değişkenlik ile karakterizedir. Meleis ve arkadaşları belirli geçiş deneyimlerinde zaman aralığı sınırı koymanın zor, hatta imkansız olabileceğini ifade etmişlerdir.⁶ Menopoz geçişi yaşayan kadınlar bir zaman akışı yaşar. Menopoz semptomları belirli fiziksel ve psikolojik değişikliklerle başlar ve devam eder. Bazı kadınlar için menopoz geçişi semptomların şiddetine ve kadınların semptomlara karşı tutumlarına bağlı olarak değişir. Menopoz semptomlarının belirli bir bitiş noktası olabilir veya bazı kadınlar için bitiş noktası belirsiz olabilir.²⁸

Önemli Dönüm Noktaları ve Olaylar

Bazı geçişler doğum, ölüm, menstruasyonun kesilmesi veya bir hastalığın teşhisi gibi tanımlanabilir bir olayla ilişkilendirilir. Bazı geçişlerde ise olaylar belirgin değildir. Önemli dönüm noktaları yeni rutinlerde, becerilerde, yaşam tarzlarında ve kişisel bakım faaliyetlerinde bir istikrar duygusu ile karakterizedir.⁶ Önemli noktalar genellikle bireylerin kişisel bakım ve belirsizlikle mücadele etmek zorunda oldukları artan savunmasızlık ile ilgilidir. Günlük yaşamla başa çıkmanın yeni yollarını bulmak için eski tutumların ve kökleşmiş rollerin değiştirildiği, yeni becerilerin kazanıldığı noktalar.²⁷ Önemli dönüm noktaları ve olaylarda artan kırılabilirlik, duygusal sıkıntı ve belirsizlik olabileceği gibi bir dengeye ulaşma ya da benliğin istikrara kavuşması gibi olumlu bir geçiş dönemi de olabilir.⁵ Geçiş ile ilgili ortaya çıkan belirsizlik dönemlerinde geçişin niteliğine bağlı olarak oluşan bir takım önemli noktalar vardır. Her önemli nokta sağlık profesyonelinin dikkatini, bilgisini ve deneyimini farklı şekillerde kullanmasını gerektirir.

Geçiş Durumları: Kolaylaştırıcılar ve Engelleyciler

Geçiş durumları geçiş sürecini etkileyecek olaylara atfedilen anlam olarak tanımlanmaktadır. Sağlıklı bir geçişin sağlanmasında içinde bulunulan koşullar geçiş sürecini ve geçişin sonuçlarını kolaylaştırabilir ya da engelleyebilir.⁶ Menopoz geçişinde de kadınları olumlu ve olumsuz yönde etkileyen koşullar vardır. Sağlık profesyonelleri, menopoz geçişi yaşayan kadınların sağlık açısından savunmasız olduğu zamanları veya noktaları öngörebilmelidir.²⁹ Im ve Meleis çalışmalarında Koreli göçmen kadınların, menopoz hakkında konuşmaya veya tartışmaya değmeyen bir biyolojik zorunluluk olduğunu belirttiklerini, aile üyelerinin ihtiyaçları olduğu sürece kendi ihtiyaçlarını, sağlıklarını, menopoz geçişlerini görmezden geldiklerini saptamışlardır. Ayrıca kadınların menopoz geçişi sırasında görülen semptomları normalleştirdiğini, göz ardı ettiğini ve semptomların yaşam olayları (emeklilik, yaşlanma, evden ayrılan çocuklar, eşin ölümü vb.) ile ilişkili olduğu için normal olarak algılandığını saptamışlardır. Koreli göçmen kadınların kültürleri ve göçmenlik deneyimleri menopoz geçişini “görünmez” hale getirmiş ve normalleştirmiştir.¹¹ Menopoz semptomlarının algılanması ve menopoz atfedilen anlam etnik kökenlerden etkilenmektedir.²⁸ Sağlıklı bir geçişin gerçekleşmesi için koşulları anlamak gerekir. Bu koşullar kişisel, topluluk veya toplum koşulları olabilir.⁶

a. Kişisel

Geçiş sürecinde anlamlar, kültürel inançlar ve tutumlar, sosyo-ekonomik statü, hazırlık ve bilgi olarak tanımlanan kolaylaştırıcı ve engelleyici olarak belirtilen bir dizi kişisel koşul vardır. Yetersiz destek, istenmeyen ya da olumsuz öneriler, güvenilir olmayan ya da çelişkili bilgi, çevreden gelen olumsuz tutumlar, bireyselliğin göz ardı edilmesi zorlaştırıcılar olarak sıralanabilir.⁵

Anlamlar

Anlamlar yaşam olaylarında geçişin öznel değerlendirilme yöntemidir. Anlamlar pozitif, negatif veya tarafsız olabilir.⁵ Bir geçişe atfedilen anlamlar, sağlıklı geçişleri kolaylaştırabilir veya engelleyebilir. Im ve Meleis çalışmalarındaki kadınların menopozal geçişe yükledikleri anlamın, çalışmak zorunda kalma ve iş bulmaya verdikleri anlamdan daha az olduğunu saptamışlardır. Kadınlar menopozu normalleştirmişler, ihmal ve göz ardı etmişlerdir.²⁶

Kültürel İnanışlar

Kültürel inançlar, gelenekleri, görenekleri, dışa dönük ifadeyi veya damgalanmayı içine alır.⁵ Örneğin acı bir olay karşısında duygularını dışa vurma şekli kültürel inanç ve tutumlara göre değişir. Başka bir örnek menopoz gibi bir geçiş deneyimine damgalanma eklendiğinde, geçişle ilgili duygusal durumların ifadesi engellenebilir. Kadınlar menopoz hakkında konuşmayı utanç verici olarak kabul ettikleri için, menopozal geçişlerini sessizce kendi başlarına deneyimleyebilirler. Bu nedenle menopoz semptomları duygusal durumlarına atfedilir.⁶ Menopoz, bir kadının hayatındaki gelişimsel bir geçiş dönemidir. Doğal yaşlanma süreçleri, over fonksiyonlarının azalması ve anatomik değişiklikler ile ilişkilidir. Menopozda farklı semptomlar eşlik eder ve sosyal rollerde meydana gelen değişiklikler ve kültürel özellikler bu dönemde önemli etkiye sahiptir.³⁰ Im ve Meleis çalışmalarında menopozun kültürel ve gizli bir deneyim olduğunu saptamışlardır. Çalışmalarındaki kadınlar menopoz hakkında konuşmayı tabu olarak görmüş, onlar için menopoz doğurganlığın sona ermesi anlamına gelmiştir. Özellikle erkek çocukları olmayan kadınlar için menopoz daha olumsuz anlamlar taşımıştır.¹¹

Sosyoekonomik Statü

Sağlıklı geçiş için düşük sosyoekonomik statü engelleyici bir durumdur. Sosyoekonomik durumu düşük bireylerin psikolojik semptomlarının olma ihtimali de yüksektir.⁶ Skarsater çalışmasında geçiş yaşayan bazı kadınların özel bir tür psikoterapi veya tamamlayıcı tedavi yöntemleri istediklerini ancak bunu ekonomik olarak karşılayamadıklarını

belirtmiştir.²⁷ Im ve Meleis çalışmalarında Koreli göçmen kadınların menoz geçişlerini görmezden gelme sebeplerinin ekonomik sıkıntılarla uğraşmaktan kaynaklandığını saptamışlardır. Menozal semptomlara kayıtsız kalan kadınların sosyoekonomik statülerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir.¹¹ Bu nedenle sosyoekonomik faktörler göz önünde bulundurulmadan menoz geçişi yeterince açıklanamaz veya anlaşılabilir.

Hazırlık/Sahip Olunan Bilgi

Geçişe ilişkin hazırlık ve sahip olunan bilgi düzeyi geçişi etkiler.²³ Geçişin önemli bir yönü yeni bilgi ve beceri geliştirmeye ihtiyaç duyulmasıdır. Bir geçiş için hazırlık yapılmaması geçiş sürecini engellemektedir. Hazırlık bir geçiş sırasında neler beklenmesi gerektiği ve geçişi yönetmede hangi stratejilerin yardımcı olabileceği hakkında bilgi sahibi olmaktır.⁶ Örneğin göç yaşayanlar coğrafya, dil ve kültürle ilgili sınırlı bilgileri nedeniyle kültürel, fiziksel ve duygusal olarak şok yaşarlar. Menozla ilgili bilgi eksikliğinin menozal geçişi zorlaştırması da örnek olarak verilebilir. Bilgiden yoksun olan kadınlar, menstrüasyonundaki değişiklikler nedeniyle doktora başvurabilir.⁶ Hazırlıkla ilgili başka bir örnek olarak; Meleis, ölümcül hastalığı olan birinin ölüm gibi bir durumu öngörmesinin teselli getiremeyeceğini, ancak geçiş sürecini kolaylaştırabileceğini ifade etmiştir. Ancak, sevilen birinin beklenmedik veya ani ölümünün kaos ve karışıklığa neden olacağını belirtmiştir.⁵ Menozal geçiş yaşayan kadınların geçişlerindeki bireysel zorlayıcılar fiziksel sağlıkta bozulma, vazomotor yakınmalar, uyku sorunları, psikolojik sağlıkta bozulma, üriner sistemde görülen semptomlar olarak sıralanabilir.³¹⁻³⁶

b. Topluluk

Topluluk koşulları geçişleri kolaylaştırabilir veya zorlaştırabilir. Topluluk ve toplum arasındaki fark terimlerin kapsamıdır. Toplulukta bireyler birbirleriyle yakından ilişkilidir.⁶ Meleis aile, akraba, arkadaş, rol modelleri, sağlık profesyonellerini topluluk olarak tanımlamıştır.⁵ Bir topluluk değerlerini, ilgi alanlarını ve ortak özelliklerini paylaşır. Geçiş yaşayan bireyler, aile, arkadaş ve sağlık profesyonellerinden geçişi kolaylaştırmak için bilgi ve destek alır. Geçiş yaşayan bireyin topluluk üyeleri ile pozitif ilişkiler kurması ve destek alması başarılı geçişlerinin sağlanması için önemlidir.⁶ Menozal dönemdeki kadınlarda sosyal ilişkilerde bozulma, yetersiz eş, arkadaş, akraba desteği, ergenlik çağındaki çocuklarla yaşanan tartışmalar, yaşlı ebeveynin bakımı, iş yaşamındaki değişimler ya da işsizlik, emeklilik, evlilikteki olumsuzluklar ve sevilen bir

yakının kaybı menozal geçişi zorlaştıran topluluk özellikleri arasında sıralanabilir.^{31,34}

c. Toplum

Toplum belirli yasaları, gelenek ve göreneklere olan bir bölgede bütünsel bir bakış açısını kapsamaktadır. Toplumdaki kolaylaştırıcılar inanç sistemleri, dini destek ve arkadaşlar arasındaki iletişimle örneklendirilebilir. Meleis toplumun geçiş sürecini, belirli bir popülasyonun damgalanma, stereotipleme ya da durumsal geçiş sürecine girerken marjinalleştirilmesi yoluyla engelleyebileceğine işaret etmiştir.⁵ Örneğin, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, bir kadının menoz geçişini etkileyen toplumsal düzeyde bir kısıtlamadır. Toplumun menoz girmiş kadınlara yönelik olumsuz bakış açısı, olumsuz kültür özellikleri ve toplumun kadına verdiği değerin düşük olması menozal geçiş yaşayan kadınların geçişlerindeki toplumsal zorlayıcılardır.³⁷⁻³⁹

Yanıt Şekilleri

Yanıt şekilleri gelişim ve sonuç göstergelerinden oluşur. Gelişim göstergeleri bireylerin geçişin getirdiği sınırlamalarda ve geçiş sürecinde var olan kaynakların en iyi nasıl kullanılacağını ve baş etme stratejilerinin nasıl geliştirileceğini gösterir. Geçişler zamanla ortaya çıktığı için, geçiş yaşayan bireyler ya sağlık yönünde ya da tam tersi yönde gelişim gösterir.⁵ Sağlık profesyonelleri, sağlıklı sonuçlara ulaşmak için erken değerlendirme ve müdahaleler yapmalıdır. Gelişim göstergeleri arasında bağlanma hissi, etkileşim, yer ve konum, özgüven ve baş etmenin gelişmesi vardır. Sonuç göstergeleri yeterlilik ve esnek kimlik gelişimini içerir. Sonuç göstergeleri bir geçişin ne zaman tamamlandığını gösterebilir.

a. Gelişim Göstergeleri

Gelişim göstergeleri ya geçiş deneyimini kolaylaştırır ya da bireyleri savunmasızlığa veya riske maruz bırakır.⁴⁰ Sağlıklı bir geçiş pozitif gelişim göstergelerini içerir. Menoz geçişi yaşayan kadınlar yeterli bilgi ve desteğe sahip olursa, pozitif bir bağlanma hissi ve etkileşimde bulunmuş olurlar. Böylece menoz geçişleri ile baş edebileceklerine dair güvenleri gelişir.²⁸

Bağlanma Hissi

Bağlanma hissi birçok geçişte önemlidir. Geçiş yaşayan menozal dönemdeki bir kadın için sorularına cevap verebilecek, güvenerek destek alıp bağlanabilecekleri birine bağlı hissetmek olumlu geçiş deneyiminin önemli bir göstergesidir. Bu dönemde aile ve arkadaşlar ile olumlu ilişkileri

sürdürmek ve destek alabilecekleri sağlık profesyonelinin varlığı önemlidir. Örneğin göç geçişi deneyimleyenler için yeni temaslar kurmak, aile ve arkadaşlarla ilişkilerini sürdürmek önemli bir durumdur. Göç deneyimleyenler barınma, ulaşım, istihdam ve sosyal destek kaynağı olarak sosyal ilişkilerini ve akrabalık ağlarını kullanmaktadırlar.⁶

Etkileşim

Geçiş yaşayan bireylerin başkalarıyla nasıl ve ne zaman etkileşime girdiklerine dair soru sormak, gelişim göstergelerinin önemli bir boyutudur.²⁶ Meleis'e göre, etkileşim ile geçişin anlamı ve bakımın içeriği açıklanabilir ve netleştirilebilir.⁵ Menopozal dönemdeki kadın etkileşim ile, içinde bulunduğu geçişin anlamını ve geçişe tepki olarak geliştirdiği davranışları açıklığa kavuşturabilir.

Yer ve Konum

Yer (fiziksel veya coğrafi) ve konum (zaman, mekan ve ilişkiler) gelişim göstergeleri arasında yer almaktadır. Yer değiştirme göç gibi geçişlerde daha belirgindir. Örneğin göçmenler hayatlarını, deneyimlerini, uygulamalarını, tutumlarını göç ettikleri yerle sürekli karşılaştırma sürecine girerler.⁶ Çoğu geçiş tecrübesi için konum, yalnızca bir yerden diğerine geçiş değil aynı zamanda kendi içinde ve ilişkilerinde hareket etmek açısından büyük önem taşır. Geçiş yaşayan bireyler için geçiş dönemi ile başa çıkmak zor olsa da, onlara yeni bir bakış açısı getirdiği ve farklı şekilde hareket etmelerine izin verdiği için önemlidir.²⁷ Bireyler geçiş öncesi ve sonrası yaşamları arasında karşılaştırmalar yaptıkları zaman kendilerini "zaman, mekan ve ilişkiler" olarak konumlandırılır.⁶ Örneğin bir evlilik geçişinden dolayı ilişkideki değişikliklerin kabul edilmesi, bireylerin yeni rutinler ve yeni ilişkiler içinde kendini konumlandırmalarına olanak verebilir.⁴¹ Menopozal dönemde de kadın, bu dönemde ortaya çıkan fiziksel, psikolojik, cinsel ve sosyal değişiklikleri kabul etmeli, yeni rutinlerine göre kendini konumlandırmalı, kendi içinde ve ilişkilerinde değişiklikler yapmalıdır.

Özgüven ve Baş Etmenin Gelişmesi

Geçiş sürecinin niteliğini yansıtan bir başka nokta da bireylerin özgüven ve baş etme düzeylerinde artış yaşamalarıdır.⁶ Özgüven ve baş etmenin gelişmesi ile geçişe yardımcı olabilecek kaynaklar ve geçişi yönetmek için gerekli olan stratejiler kavramsal olarak ortaya çıkar.^{41,42} Özgüveni ve baş etme becerisi yüksek olan menopozal dönemdeki kadınlar, bu dönemde ortaya çıkan değişiklikler ile daha kolay baş edebilirler.

b. Sonuç Göstergeleri

Sonuç göstergeleri geçiş sürecinde oluşan yeni becerilerin ustalığını gösterir. Sonuç göstergelerinin seviyesi geçiş yaşayanların yaşam kalitesini yansıtabilir. Bir geçişin ne zaman tamamlanacağını belirlenmesi geçişin türüne, niteliğine, modeline, geçişi başlatan olaya bağlı olarak esnek ve değişkendir. Yeterlilik ve esnek kimlik duygusuna sahip olmak geçiş sürecinin sağlıklı sonuçlarını yansıtır.⁶ Tüm geçişlerde, bir dengeye ulaşmak bireysel olarak farklı şekilde gerçekleşir. İm kadınların menopoz semptomlarının belirtilerinin ve şiddetinin farklı olduğunu ifade etmiştir. Örneğin Asya ülkelerindeki kadınlar menopoz geçişinde daha çok sırt, kas, omuz ve eklem ağrılarında yakınırken, vazomotor bozukluklardan daha az yakınmaktadırlar.²⁸

Yeterlilik

Başarılı bir geçişin sonunda olumsuz duyguların yerini refah duygusu alır. Yeterlilik bilgi, bilişsel beceri ve kendine güven içerir. Bir geçişin sağlıklı bir şekilde tamamlanması, bireylerin yeni durumlarını veya ortamlarını yönetmek için ihtiyaç duydukları beceri ve davranışların ustalığını gösterdikleri ölçüde belirlenir.²³ Yeterlilik deneyimle ve zamanla gelişir. Yeterliliğin bir geçiş deneyiminde erken görülmesi olası değildir. Geçiş tamamlandığında yeterlilik düzeyi yüksekse bu durum sağlıklı bir geçişin yaşandığını gösterecektir.⁶ Tüm geçişlerde önemli olan süreci yönetme yeteneğidir. Sağlık profesyonelleri, geçiş yaşayan bireylerin kendi yeteneklerini kullanabilmek için karar vermelerini desteklemelidir. Yeterlilik duygusu olan kadınlar, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçları ile uyumlu ortamlar yaratırlar. Bu kadınlar geçişlerle ilişkili değişiklikleri yönetme konusunda kendilerini daha güvende hissederler.⁴³ Menopozal dönemde olan kadınlar zamanla yeterlilik kazanarak fiziksel, psikolojik, cinsel ve sosyal ihtiyaçlarını yönetme konusunda daha başarılı olabilirler.

Esnek Kimlik Gelişimi

Meleis ve arkadaşları tüm geçişlerde kişinin hayatında bir denge hissine ulaşmanın öznel bir unsur olduğunu belirtmişlerdir. Geçişin sonunun belirlenmesinin esnek kalması gerektiğini, değişimin türüne veya geçişin doğası ve düzenine neyin yol açtığına bağlı olduğunu ifade etmişlerdir.⁶ Örneğin menopoz geçişi yaşayan kadınlar için yeni kimlik gelişim özelliklerinden biri, artık üreme çağından üreme yeteneğinin kaybolduğu döneme geçmeleridir.

Hemşirelik Bakımı (Fiziksel, Psikolojik, Sosyal ve Spiritüel)

Hemşirelik bakımının temel dayanağı başarılı bir geçişin gerçekleşmesi için bireylere destek olmaktır.⁴⁰ Meleis'in Geçiş Teorisi'nde hemşirelik bakımı detaylı bir şekilde ele alınmamış sadece kavramsallaştırılmıştır.²⁷ İlk kavram, geçişe hazır oluş durumunun değerlendirilmesidir. Hazır oluşun değerlendirilmesi, bireyin kapsamlı bir şekilde anlaşılmasını sağlayan multidisipliner bir çaba gerektirir. Geçiş teorisinde yer alan geçiş durumlarının her biri, bireyin geçiş için hazır olduğunun bir profilini oluşturmak ve geçiş deneyiminin kalıplarını belirlemek için değerlendirilmelidir. İkinci önemli kavram eğitimidir. Eğitim, geçişe hazırlık yapmak ve geçiş için en uygun koşulları yaratmak için birincil yöntemdir. Üçüncü kavram rol desteğidir.^{5,21} Geçiş teorisinde hemşirelik bakımı daha fazla genişletilmemiştir. Hemşirelik bakımının geliştirilebilmesi için teoriye dayalı müdahale araştırmalarından elde edilen kanıtlarla desteklenmesinin gerekli olduğunu ifade etmiştir.⁴⁴ Bu nedenle teoride hemşirelik bakımı çalışmalarla tanımlanmalı, açıklığa kavuşturulmalı, geliştirilmeli, test edilmeli ve değerlendirilmelidir.

SONUÇ

Geçiş desteklemeye yönelik girişimlerin geliştirilmesi, başarılı geçişlerin özelliklerinin, koşullarının ve göstergelerinin dikkate alınması gerekir. Sağlıklı bir geçiş sürecini kolaylaştırmak için birinci basamak yaklaşımları oldukça önemlidir. Birinci basamak sağlık ekibi geçiş sırasında hastalara bakım ve destek vererek, süreci daha sağlıklı geçirmelerine yardımcı olur. Menopozal dönem birçok geçişin aynı anda yaşandığı bir dönemdir. Doğal ve fizyolojik olan menopozal dönemde sağlık eğitiminin, gözlem, destek, bakım ve tedavinin önemi büyüktür. Menopozal dönemde kadınların yaşadıkları fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimleri anlayarak yaklaşımlarda bulunulmalıdır. Bu yaklaşımların gerçekleştirilmesinde teorilerden yararlanılmasının önemi yadsınmaz. Birinci basamak sağlık çalışanları hayatının yaklaşık üçte birlik bölümünü menopozal dönemde geçirecek olan kadınlara, iyi bir yaşam kalitesi sunmak için menopozal dönem hakkında bilgilendirme eğitimleri yapmalıdır. Kadınların bu dönemi sağlıklı geçirebilmeleri için özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonellerine konu ile ilgili farkındalıklarının geliştirilmesi için hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Perry SE, Lowdermilk DL. Maternity and Womens Health Care, Eighth Edition. USA, Mosby,2004;205-350.
2. Hotun Şahin N. Klimakteryum Dönemi ve Menopoz. (Ed. Kızılkaya Beji). Kadın sağlığı ve hastalıkları. İstanbul, Nobel kitapevleri, 2015;1-650.
3. Bener A, Falah A. A measurement specific quality of life satisfaction during premenopause, perimenopause and postmenopause in Arabian Qatari women. J Midlife Health.2014;5:126-134.
4. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. XIII. Baskı. Ankara, Reaksiyon matbaacılık, 2016.1-562.
5. Meleis AI. Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in nursing research and practice. New York, Springer Publishing Company, 2010;16-616.
6. Meleis AI, Sawyer LM, Im EO, Hilfinger M, Deanne K, Schumacher K. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. Advances in NursingScience. 2000;23:12-28.
7. Bekmezci H, Hamlacı Y, Özerdoğan N. Meleis'in geçiş kuramına dayalı postpartum dönemde bakım. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.2016;5(4):101-106.
8. Ertem, G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2010;7(1):469-483.
9. Reed PG, Shearer NBC. Perspectives on nursingtheory (6th ed.). Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 2012;1-250.
10. Munck B, Björklund A, Jansson I, Lundberg K, Wagman P. Adulthood transitions in health and welfare; a literature review. Nursing open.2018;5(3):254-260.
11. Im EO, Meleis AI. A situation-specific theory of Korean immigrant women's menopausal transition. Journal of Nursing Scholarship.1999;31(4):333-338.
12. Greendale GA, Ishii S, Huang MH, Karlamangla AS. Predicting the timeline to the final menstrual period: The study of women's health across the nation. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 2013;98(4):1483-1491.
13. Mitchell ES, Woods NF. Correlates of urinary incontinence during the menopausal transition and early postmenopause: Observations from the Seattle midlife women's health study. Climacteric. 2013;16(6):653-662.
14. Allen T, Williams LD. An approach to life skills group work with youth in transition to independent living: Theoretical, practice and operational considerations. Residential Treatment for Children&Youth, 2012;29(4): 324-342.

15. Wardrop A, Popadiuk N. Women's experiences with postpartum anxiety: Expectations, relationships and sociocultural influences. *Qualitative Report*.2013;28(3):1-24.
16. Fegran L, Hall EO, Uhrenfeldt L, Aagaard H, Ludvigsen MS. Adolescents' and young adults' transition experiences when transferring from paediatric to adult care: a qualitativemetasynthesis. *International Journal of NursingStudies*.2014;51(1):123-135.
17. Butterworth P, Leach LS, Strazdins L, Olesen SC, Rodgers B, Broom DH. The psychosocial quality of work determines whether employment has benefits for mental health: Results from a longitudinal national household panel survey. *Occupational and Environmental Medicine*. 2011;68(11): 806-812.
18. Calvo E, Sarkisian N, Tamborini CR. Causal effects of retirement timing on subjective physical and emotional health. *Journals of Gerontology*. 2013;68(1): 73-84.
19. Hewitt B, Turrell G, Giskes K. Maritalloss, mental health and the role of perceived social support: Findings from six waves of an Australian population based panel study. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2012; 66(4): 308-314.
20. Salmela-Aro K. Academic expectations and well-being from school to work during the economic downturn. *New Dir Youth Dev*. 2012;135: 57-64.
21. Im EO, Meleis AI: *TransitionTheory*. InAlligood MR, Torry AM. (Eds.) *Nursing theorists and their work*. 6th ed., Mosby-Elsevier. Philadelphia, 2006;378-395.
22. Im EO, Young K, Chee E, Chee W. A cluster analysis on midlife women's sleep-related symptoms: racial/ethnic differences. *Menopause*. 2015;22(11): 1182-1189.
23. Schumacher K, Meleis AI. Transitions: A centralconcept in nursing.*Journal of NursingScholarship*. 1994;26(2):119-127.
24. Coleman DA. The lived experience of nurses transitioning from personal bereavement to providers of compassionate nursing care. *Doctor of Philosophy in Nursing, Azusa Pacific University, California*,2016;18-25.
25. Will CI, Fowles W. Woman to woman: complementary therapy use in menopause. *Journal of Holistic Nursing*. 2003;21(4): 368-382.
26. Im EO, Meleis AI. Meanings of Menopause to Korean Immigrant Women. *Western Journal of Nursing Research*. 2000;22(1): 84-102.
27. Skarsater I, Willman A. The recovery process in major depression an analysis employing Meleis' Transition Frame work for deeper understanding as a foundation for nursing interventions. *Advances in NursingScience*.2006;29(3):245-259.
28. Im EO. A situation-specific theory of Asian immigrant women's menopausal symptom experience in the U.S. *ANS AdvNursSci*. 2010;33(2):143-157.
29. Lenz B. The Transition from adolescence to young adulthood: A theoretical perspective. *The Journal of School Nursing*. 2001;17(6):300-306.
30. Rotem M, Kushnir T, Levine R, Ehrenfeld M. A psycho-educational program for improving women's attitudes and coping with menopause symptoms. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & NeonatalNursing*. 2005;34(2): 233-240.
31. Ertekin Pınar Ş, Yıldırım G, Duran Aksoy Ö, Cesur B. A problem peculiar to women: Mental health in menopause. *International Journal of Human Sciences*. 2015;12(2): 787-798.
32. Karakoç H, Özerdoğan N, Kul Uçtu A. Menopozla ilgili genitoüriner sendrom. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2017;14(3): 122-126.
33. Gözüyeşil E, Başer M. Menopozal dönemde yaşanan vazomotor yakınmaların günlük yaşam aktiviteleri üzerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*.2016;19(4): 261-268.
34. Özer Ü, Gözükara F. Şanlıurfa'da kadınların menopozla ilgili yaşadıkları sorunların, baş etme yollarının ve bakış açılarının belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*.2016;16-26.
35. Eftekhar T, Dashti M, Shariat M, Haghollahi F, Raisi F, Ghahghaei-Nezamabadi A. Female sexual function during the menopausal transition in a group of Iranian women. *Journal of Family&Reproductive Health*; 2016; 10(2):52-58.
36. Höbek Akarsu R, Kuş B. Menapozal sıcak basması kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *GÜSBSD*.2017;6(2):104-112.
37. Uludağ A, Çakır Güngör AN, Gencer M, Şahin EM, Coşar E. Kadınların hayatındaki başka bir dönem: Menopoz ve menopozun yaşam kalitesine etkisi. *Türk Aile Hek Dergi*. 2014;18(1): 25-30.
38. Irmak Vural P, Balcı Yaygın H. Menopoz algısı: Türk ve Alman kadınların karşılaştırılması. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;5(3): 7-15.
39. Zıvıdır P, Sohbet R. Menopozdaki kadınların suçluluk ve utanç duygularının yaşam kalitesine etkisi. *Medical Sciences*. 2017;12(1):1-9.
40. Ramsay P, Huby G, Thompson A, Walsh T. Intensive care survivors' experiences of ward-basedcare: Meleis' theory of nursing transitions and role development among critical

- care outreach services. *Journal of Clinical Nursing*. 2014;23(5-6):605-615.
41. Brisini KSC, Solomon DH, Nussbaum J. Transitions in marriage: Types, turbulence, and transition processing activities. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2018;35(6): 831-853.
 42. Meleis AI. *Theoretical Nursing Development and Progress*. Fifth Edition. Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins. 2012;407-426.
 43. Smith-Dijulio K, Woods NF, Mitchell ES. Well-being during the menopausal transition and early postmenopause a within-stage analysis. *Women's Health Issues*. 2008;18:310-318.
 44. Im EO. Situation-specific theories from the middle-range transitions theory. *Advances in Nursing Science*. 2014;37(1):19-31.



Review Article / Derleme Makale

The Importance and Use of Spirituality in Family Counseling

Aile Danışmanlığında Tinselliğin Önemi ve Kullanımı

Fulya Akgül Gök^{*1}

ABSTRACT

The importance of spirituality and the use of spirituality in family counseling is discussed in this study. Spirituality is a field that exists in every individual. Elements such as culture, individual's temperament, society and family values, beliefs, life style affect the spiritual field of the individual. Spirituality is a protective factor and a coping tool that increases the individual's optimism, hope, and endurance. Spirituality, often paired with religion, is a broader and more comprehensive concept that includes religion. Recognizing and discovering the spiritual field also enables the individual to become aware of his own self and life. Considering that spirituality affects the social and family relationships of the individual, it is very important to use spirituality in the family counseling process. In the counseling process, it is considered as a factor that strengthens the counseling process to help raise awareness of the family members about the spiritual field and to evaluate the reflection of the spiritual field on the family relations.

Key words: Spirituality, family, counseling process

ÖZET

Bu çalışmada tinselliğin ve aile danışmanlığında tinselliğin kullanımının önemi ele alınmaktadır. Tinsellik, her bireyde var olan bir alandır. Bireyin tinsel alanına, kültür, bireyin mizacı, toplum ve aile değerleri, inançları, yaşayış biçimi gibi unsurlar etki etmektedir. Tinsellik, bireyin iyimserliğini, umudunu ve dayanıklılığını artıran koruyucu bir faktör ve bir baş etme aracıdır. Çoğunlukla din ile eşleştirilen tinsellik, dini de içerisine alan daha geniş ve kapsamlı bir kavramdır. Tinsel alanın farkına varma ve bu alanı keşfetme, aynı zamanda bireyin kendi benliğinin ve yaşamın farkına varmasını sağlamaktadır. Tinselliğin, bireyin sosyal ve aile ilişkilerini etkilediği düşünüldüğünde aile danışmanlığı sürecinde tinselliğin kullanılması oldukça önemlidir. Danışmanlık sürecinde aile üyelerinin tinsel alan ile ilgili farkındalığının artmasına yardım etmek ve tinsel alanın aile ilişkilerine yansımaları değerlendirmek danışmanlık sürecini güçlendiren bir unsur olarak düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Tinsellik, aile, danışmanlık süreci

Received / Geliş tarihi: 12.06.2020, **Accepted / Kabul tarihi:** 18.08.2020

¹ Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Ankara –TÜRKİYE.

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Fulya Akgül Gök, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, Tepebaşı, Fatih Cd. No:197/A, PK:06290 Keçiören/ Ankara –TÜRKİYE.

E-mail: fullyagok@gmail.com

Akgül Gök F. Aile Danışmanlığında Tinselliğin Önemi ve Kullanımı. TJFMPC,2020;14(4):686-694.

DOI: 10.21763/tjfmpe.751910

GİRİŞ

Aile danışmanlığında tinselliğin kullanımına ilişkin yurt içi literatürde neredeyse hiç çalışma yer almamasına rağmen; yurt dışı literatürde tinselliğin kullanımının aile danışmanlığı sürecindeki önemine yer veren çalışmalar bulunmaktadır^{1,2,3,4,5}

Tinsellik, bireyin yaşamında önemli bir rol oynamaktadır⁶. Danışmanlar, danışanların tinsel alanlarının, inançlarının değişim için nasıl bir kaynak oluşturduğunu keşfetme sorumluluğuna sahiptir^{7,8}. Danışmanların bunu yapabilmesi için tinsellik ile ilgili bilgi sahibi olması ve kendi tinsel alanını fark etmesi gerekmektedir. Tinsel alan her bireyde bulunan ancak çoğunlukla fark edilmeyen bir alandır. Bireyin kendi benliğine, yaşama, yaşamdaki olaylara ilişkin sorgulamaları, anlamlandırmaları; yaşamdaki amaçları, inanç ve değer sistemleri tinsel alanın bir parçasını oluşturmaktadır. Bu anlamda bireyin tinsel alanı, yaşamını yönlendiren, ilişkilerini ve aile sistemini etkileyen önemli bir alan olarak nitelendirilebilir. Tinsellik alanında çalışma yapan bazı yazarlar, tinselliğin aile danışmanlığı sürecine entegre edilmesinin önemine vurgu yapmıştır^{9,7}.

Bu derleme çalışmasında öncelikle tinsellik kavramıyla ilgili bilgilere yer verilmiştir. Sonrasında aile danışmanlığı sürecinde tinselliğin kullanımının önemine ve tinsel değerlendirmeye vurgu yapılmıştır.

Tinsellik Kavramı

Bireylerin içsel alanında yaşamını ve kendisini sorgulaması aynı zamanda tinsel alanına yaptığı bir yolculuk olarak düşünülebilmektedir. Ayrıca bireyler inançları, herhangi bir “şeye” olan bağlılıkları ve atfettikleri kutsiyet ile yaşadığı zorluklarla mücadele edebilmektedir.

Tinsellik danışmanlık sürecinde en çok göz ardı edilen alanlardan biridir. Tinsellik bireyin dünyayla ve kendisiyle olan bağlantıları, kabul ve idealizm duygusu, transandantal ve kutsalın takdiri, yaşamda bir anlam ve amaç duygusu, bilinçlilik ve iyilik halinin en yüksek seviyesi gibi amaçların gerçekleştirilmesi yönünde insan gelişiminin önemli bir sürecidir. Bu tanımlamaya göre her bireyin tinsel bir yönü vardır. Tinsellik, bireyin gizli kalmış yönünü keşfetmeyi de kapsamaktadır. Tinsel gelişimin bir diğer yönü, ruhun derinliklerine, karanlığa ve gölgeye doğru bir yolculuğu da içermektedir¹⁰.

Tinsellik, Latince kökenli bir kelimedir ve spiritus, spirit (ruh) kelimelerinden türemiştir¹¹. Ruh (spirit, spiritus) insanları harekete geçiren, güdüleyen hayati bir güçtür. Bu güç bireyin

hayatını, sağlığını, davranışını ve ilişkilerini etkilemektedir¹².

Tinsellik iyileşme, baş etme, dayanıklılık ve iyilik halinde oldukça etkilidir. Özellikle 20. yy sonlarına doğru terapötik değişim, insanın potansiyeli, kişisel büyüme ve iyilik hali gibi konularda sıklıkla adı geçmeye başlamıştır¹⁴. Tinsellik ve din gündelik yaşamla ilişkili ve önemli bir alandır. Her ne kadar tinsellik ve din birbiriyle ilişkili kavramlar olsa da birbirinden farklıdır¹⁵. Çünkü bir insan herhangi bir dini inanışa sahip olmasa ve dini pratiği yerine getirmese de her kişinin tinsel alanı mevcuttur¹⁶. Yani tinsellik hem inananları hem de inanmayanları kapsayan bir kavramdır. Anderson ve Worthen tinselliğin bireyin daha kişisel ve öznel bir deneyimine atıfta bulunduğunu; oysa dinin grup etkileşimlerine, ritüellere atıfta bulunduğunu belirtmiştir¹⁷. Martens ise tinsel ve dini meselelerin her bir yapıyı tanımlarken bazı örtüşmeler sergilemesine rağmen, tinsellik kavramının dinden önemli ölçüde farklı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca tinselliğin, her bireyin kendi değerlerini ve inançlarını yansıtan iç dünyasına atıfta bulunduğunu öne sürmüştür¹⁸.

Çoğu kültürde tinsellik ve din önemli rol oynamaktadır. Bazı bireyler için kültürel ve dini inançlar iç içedir ve günlük yaşam rutinini, davranışları ve düşünceleri etkilemektedir¹⁹. Bazı danışanlar ve danışmanlar tinselliği, kişinin davranışlarının, kendilik algısının, kişisel kimliklerinin, kişiliklerinin, dünya görüşünün ve inançlarının bir parçası olarak tanımlamaktadır¹⁴.

Tinsellik, bireyin ruh sağlığıyla, yaşamdaki işlevselliğiyle ve yaşam kalitesiyle ilişkilidir. Araştırmacılar tinsellikle, ruh sağlığı, psikolojik iyilik hali ve fiziksel sağlık arasında ilişki olduğunu belirtmiştir^{20,21}. Ayrıca tinsel uygulamalar, stres, madde kullanımı, depresyon, intihar, travma, kayıp, üzüntü, hastalık ve kronik acıyı azaltmada pozitif etkiye sahiptir²⁰. Danışanlar, enerji çalışmaları, sanat, müzik, çeşitli ritüeller, tinsel okumalar, meditasyon ve dua gibi geleneksel ya da geleneksel olmayan çeşitli pratiklerle fiziksel ve ruhsal problemlerle baş edebilmekte ve kişisel değişimi sağlayabilmektedir¹⁴.

Bireyin tinsel alanını keşfetmesi, kendi benliğini ve özünü daha iyi tanımasını sağlamaktadır. Dolayısıyla danışmanlık sürecinde tinselliğin kullanımı, danışanın kendisine ve sorunlarına ilişkin farkındalığını da artırmaktadır.

Danışmanlık Süreci

Danışmanlık, bireyin ve ailelerin yaşadığı çeşitli sorunlar bağlamında profesyonel bir meslek

elemanından aldığı hizmet olarak tanımlanabilir. Danışmanlık sürecinde ailelerin yaşadığı birtakım sorunların çözümüne yönelik çalışmalar yapılmakta ve profesyonel bir destekle aile üyelerinin farkındalık sağlaması amaçlanmaktadır.

Danışmanlık, sağlık, ilişki, bireysel büyüme, kariyer gelişimi, ruh sağlığı ve psikolojik hastalık gibi konuları kapsamaktadır. Danışmanlık süreci, bilişsel, duyuşsal, somatik, tinsel, gelişimsel, davranışsal, öğrenme ve sistemik ilkelere başvurulmasıyla karakterize edilmektedir. Danışmanlar, farklı teorik yönelimlere bağlı kalabilir ya da kariyer danışmanlığı, yas, çocuk, aile, gençlik, evlilik, krize müdahale, stres, travma, ruh sağlığı, yeme bozuklukları ve bağımlılık gibi spesifik alanlarda uzmanlaşabilirler²².

Danışmanlık kültürler arası deneyim olarak tanımlanabilir çünkü her birey farklı bir deneyime, kültüre, dine ya da tinsel inançlara, yaşam deneyimlerine ve dünya görüşüne sahiptir¹⁹. Danışmanlık süreci kültürel yetkinliği de içinde barındıran bir süreçtir. Sue ve Sue, danışmanlık sürecinde danışmanın kendi varsayımlarına, değerlerine ve ön yargılarına ilişkin farkındalığının, kültürel olarak farklı olan danışanların dünya görüşüne ilişkin bilginin ve anlayışın, farklılaşan toplum yapısına göre uygun müdahale ve teknikleri geliştirme becerisine sahip olmanın son derece önemli olduğunu belirtmektedirler¹⁹.

Danışmanlık sürecinde danışman ve danışan arasındaki olumlu ilişki, sürecin gidişatını da olumlu yönde etkileyebilmektedir. Bazı yazarlar danışman ve danışan arasındaki bu ilişkinin, danışanın yeni davranışları denemesi, karar vermesi, bakış açısı kazanması, risk alması, alternatifleri düşünmesi, hissetmesi ve yansıtması için danışana güvenli bir alan sağladığını belirtmiştir. Danışman ve danışan arasındaki böyle bir ilişki, danışanın iyileşme kapasitesine ve motivasyonuna odaklanan, destekleyici, teşvik edici bir kaynaktır. Dolayısıyla terapötik ilişkinin özellikleri, danışmanın danışanı kabulünü, sıcaklığını ve ilgisini içermelidir²³.

Bireylerin ve ailelerin, yaşadığı sorunlara ilişkin olarak nitelikli bir danışmanlık sürecinden geçmeleri, yaşadığı zorluklarla baş etmelerini kolaylaştırmakta ve belli birtakım konularda farkındalık kazanmalarına yardımcı olmaktadır.

Terapötik İlişki

Danışmanlık sürecinde danışman ve danışan arasındaki terapötik ilişki aile danışmanlığı açısından ele alınması gereken önemli konulardan bir tanesidir. Young ve arkadaşları, teorik olarak iyi desteklenmiş bir terapötik ilişkinin danışmanlığın

kalbi olduğunu belirtmişlerdir²⁴. Terapötik ilişkide danışman ve danışan arasında güven ilişkisi kurmak oldukça önemlidir. Bu anlamda danışmanın danışanı kültürel geçmişi, inançları ve değerleri ile tam anlamıyla kabul etmesi; içten ve samimi olması gerekmektedir. Danışmanın danışanı anlayabilmesi ve kabul edebilmesi için kendi tinsel alanının farkında olması son derece önemlidir. Gockel, kendi tinsel alanının farkına varmış danışmanların, danışanın tinsel alanına daha duyarlı olabileceğini belirtmiştir¹⁴. Danışmanın tinsel gelişimi, danışanla tinsel alan hakkında konuşulduğunda danışanla kurulan ilişkinin niteliğini de artırmaktadır. Bu bağlamda danışman-danışan arasındaki güven ve anlayış artarak, danışmanın ön yargısı da engellenmektedir. Dolayısıyla tinsel alana ilişkin farkındalığın, danışanın öz farkındalığını artırdığı, danışmanlık sürecinde uyumu sağladığı ve terapötik ilişkiyi sağlamlaştırdığı söylenebilmektedir.

Danışmanlık süreci, danışman sürece hazır olduğunda ve danışanla uyum içinde olduğunda derin bir kişisel ilişkiye dönüşmektedir²⁵. Danışmanın, danışanın sürece getirdiği her şeyle ilgili öğrenme isteği, danışana karşı açıklığı, danışana saygı duyması ve danışanı anlamaya istekli olduğunu göstermesi oldukça önemlidir²⁶. Güven yaratan uygun terapötik bir ortam sağlandığında, danışanlar da kendilerini dürüst, açık ve istekli şekilde ifade edebilmektedir¹⁴. Bunlar dışında terapötik ilişkinin gelişimi, danışmanın bazı terapötik teknikleri kullanmasıyla da ilişkilidir. Bunlar temel birtakım danışmanlık becerilerini, empatiyi, uyumu ve koşulsuz olumlu kabulü içermektedir²⁴. Bunlara ek olarak danışmanlık sürecinde danışmanın öz farkındalığı, duyarlılığı ve alçak gönüllüğü de son derece önemlidir²⁵.

Danışmanlık sürecinin temel amaçları arasında bireyin veya ailenin sorunlarına ilişkin farkındalığın artırılması, sorun alanlarının tespit edilmesi ve çözüme kavuşturulması yer almaktadır. Oldukça ciddi ve karmaşık bir süreç olan danışmanlık sürecinin etkili bir şekilde ilerleyebilmesi danışman ve danışan arasındaki ilişkinin niteliği ile de ilgilidir. Bu anlamda danışmanın bilgi temelini ve danışmanlık becerilerinin güçlü olması oldukça önemlidir. Biraz daha detaylandırmak gerekirse, danışmanın iletişim becerileri, kendi benliğine ilişkin güçlü bir farkındalığının olması, kendi kültürünün, değerlerinin ve tüm bunların danışmanlık süreci üzerindeki etkilerinin farkında olması ve benzer şekilde danışanın kültürüne, değerlerine de duyarlı olması gerekmektedir. Bireyin tinsel alanının tüm bu unsurlar tarafından şekillendiği düşünüldüğünde danışmanın tinsel alanını keşfetmesi ve aynı zamanda danışanın tinsel alanına ilişkin de

değerlendirmeler yapması, danışmanlık sürecinin etkililiği açısından son derece önemlidir. Dolayısıyla danışmanlık sürecinde tinselliğin kullanılması, danışana ve danışanın yaşamına ilişkin daha derin bir anlayış oluşturmaya yardım etmektedir.

Danışmanlık Sürecinde Tinselliğin Kullanımı

Çoğu literatür tinselliği, aile gelenekleri, ritüeller, felsefe ve dinden kaynaklanan çeşitli tanımlamaları ve düşünceleri içeren öznel ve karmaşık bir alan olarak tanımlamıştır^{27,28,29}. Tarihsel olarak, “insan yaşamının öznel, ölçülemez, gizemli yönleri çoğu zaman göz ardı edilmiştir”²⁹. Sonuç olarak tinsellik oldukça yakın zamana kadar terapötik ortama sokulmamıştır. Sonunda birçok teorisyen, tinselliğin bireye faydalı bir kavram olduğu inancını kabul etmeye başlamış ve bunu terapistler izlemiştir²⁸. Myers ve Williard, tinselliği, insani büyüme ve gelişmenin diğer birçok yönüyle bağlantılı olan doğal bir gelişimsel süreç olarak tanımlayarak bu görüşü desteklemişlerdir²⁸. Tinsellik danışanın yaşamında oldukça önemlidir ve danışmanlar danışanın tinsel inançlarının nasıl bir değişim kaynağı olduğunu keşfetme sorumluluğuna sahiptirler. Danışanların terapi süreciyle tinselliği bütünleştirmeleri oldukça önemlidir^{9,7,8}.

Tinsellik iyilik halinin artırılmasında ve iyileşmede önemli bir role sahiptir. Danışmanlık sürecinde de oldukça etkilidir. Tinsellik, danışmanlık sürecinin önemli bileşenlerini oluşturur çünkü umut, dayanıklılık, kabul, bağışlama ve yaratıcılık ile ilişkilidir. Bu alan, terapötik ilişkide hem danışana hem de danışmana yardımcı olmakta ve yol göstermektedir. Danışman danışanı anlayabilmek için yaşamı hakkında sorular sorar ve keşif yapar. Bu noktada danışanın tinsel alanı hakkında bilgi edinmesi son derece önemlidir²².

Tinselliğin danışanın iyimserliğini, umudunu ve dayanıklılığını artıran koruyucu bir faktör olduğu düşünülmektedir¹⁴. Tinsellik, bireyin karşılaştığı zorlukların üstesinden gelmesinde travma ve stresle başa çıkmasında bireye yardımcı olmaktadır. Ayrıca tinsellik, çoğu kişinin yaşamında büyük bir anlam, güvenlik, güç ve huzur kaynağıdır¹³.

Yüzyıllardır birçok psikoloji teorisi, bütüncül bir sağlık ve iyilik hali görüşünü benimsemiştir. Wilber, iyilik hali ve sağlığın, fiziksel, ruhsal, duyuşsal ve tinsel alanların bütüncüllüğüne dikkat çekmiştir³⁰. Çünkü travma, acı, kayıp, umutsuzluk ve krizler psikolojik, fiziksel, sosyal ve tinsel olarak bireyi etkilemektedir²⁶.

Daha önce de belirtildiği gibi tinsel alan, bireyin yaşamında önemli bir yere sahiptir ve bireyin kendisini tanımasını, bir nevi yaşamını “fark etmesini” sağlamaktadır. Danışmanlık sürecinde tinselliğin kullanılması, danışanın kendisine ve yaşamına ilişkin bir içgörü kazanmasını, sorunlarının çözümünde tinsel baş etme kaynaklarından yararlanmasını sağlamaktadır. Bu anlamda danışmanlık sürecinde danışanın kültürel geçmesine, değerlerine, inançlarına ve yaşamına ilişkin bilgilerin elde edilmesi, danışmanın tüm bu yönleriyle danışanı kabul etmesi ve süreçte bu bilgilerden danışanın yararına olacak şekilde faydalanması oldukça önemlidir.

Bir bireyin dünya görüşü, toplumdan, kültürden, dinden, ırktan, etnisiteden, aileden, sosyo-ekonomik statüden etkilenmekte ve bu bağlamda davranışlar, inançlar, düşünceler, değerler tutumlar oluşmaktadır. Birey, kendisini diğerlerini ve dış dünyayı dünya görüşü ile anlamlı kılmaktadır. Bu doğrultuda tinsellik, psiko-sosyal işlevselliği büyük oranda etkilemektedir²⁴. Dolayısıyla danışmanlar, danışanın dinine, tinsel alanına, kültürel inançlarına, pratiklerine, geleneklerine saygılı ve duyarlı olmalıdır.

Aile danışmanlığı ile ilgili literatürde, klinik çalışmalarda tinselliğin yer alması gerektiğine ilişkin önemli argümanlar yer almaktadır. Tinsellik danışmanlık sürecinin yönünü belirlemektedir çünkü insan yaşamı üzerinde oldukça önemli etkilere sahiptir³. İnsanlar yaşam olaylarını ve yaşamlarındaki zorlukları anlamlandırmak için tinsel inanç sistemlerini sıklıkla kullanmaktadırlar⁸. Ailelere yardım etme odağında tinsellik ve danışmanlık, danışanın yaşamına rehberlik eden inanç ve değerleri biçimlendirmektedir. Aynı zamanda tinsellik danışanın kültürel birikiminin önemli bir yönünü de temsil etmektedir⁸. Aile sistemi de aile üyelerinin tinsel alanından etkilenmektedir. Bu anlamda ailenin ve aile üyelerinin işlevselliğini de etkilemektedir¹. Bu bağlamda danışmanlık sürecinde, danışanların tinsel alanına yönelmesinin ve tinsel alanını fark etmesinin sağlanması sürecin etkililiğini de arttırabilmektedir.

Danışmanlık sürecinde tinselliğin kullanılabilmesi için danışanın kendi tinsel alanının farkında olması gerekmektedir. Tinsellik kavramıyla ilgili bilgi sahibi olmayan ve kendi tinsel yolculuğuna çıkmamış olan danışanın, danışmanlık sürecinde tinselliğe vurgu yapması beklenemez. Haug, terapi sürecinde danışmanın kendi tinselliğinin farkında olmasının oldukça önemli olduğunu, bunun danışan-danışman arasındaki ilişkiyi de etkileyeceğini belirtmiştir⁹. Ayrıca terapistin tinsel konulara karşı olan hassasiyeti ve kabul düzeyi, danışanın terapiye

kendi tinsel alanını açığa vurup vurmayacağını da belirlemektedir. Myers ve Willard, tinselliği ele alırken danışanın endişelerini hafifletmeye yardımcı olmak için, danışmanların tinsellik ile ilgili kavramlar, teoriler, tinsel sağlık modelleri ve terapötik müdahalelerin uygulanması hakkında bilgi sahibi olmalarının son derece önemli olduğunu belirtmişlerdir²⁸. Anderson ve Worthen de danışmanın, kendi manevi değerlerinin ve inançlarının farkında olarak, danışmanlık sürecinde danışanları daha verimli ve etkili bir şekilde yönlendirebileceğini belirtmişlerdir¹⁷.

Tinselliğin danışmanlık sürecinde kullanılabilmesi için önemli olan unsurlardan biri de danışmanın tinselliğe özgü bir dil kullanmasıdır. Griffith ve Griffith, danışmanın tinselliğe özgü dili kullanmasıyla danışanların tinsel alanına yönelebileceğini ve bu şekilde danışanlarla ilgili birtakım ipuçları da elde edebileceğini ifade etmişlerdir³¹. Bunun dışında danışmanların, tinselliğin aile yapısını nasıl etkilediğinin de farkında olması gerekmektedir. Tinsellik konularını ele almak, tinsellik ve din konusunda farklı görüşlere sahip aile üyeleriyle çalışırken daha da karmaşıklaşabilmektedir. Bu nedenle danışmanların, tinselliğin danışma ortamına dahil edilmesi için bu konuların etkili ve verimli bir şekilde nasıl ele alınacağını farkında olması gerekmektedir³².

Danışmanlık sürecinde tinselliğin kullanımı yaygın bir şekilde görülmemektedir³³. Bu anlamda danışmanların tinsellik alanı ve danışmanlık sürecinde tinselliğin nasıl kullanılacağına ilişkin derin bir bilgiye sahip olması gerekmektedir. Bu anlamda her bir aile üyesi için tinselliğin ne anlam ifade ettiğinin öğrenilmesi oldukça önemlidir. Başka bir deyişle danışmanlık sürecinde tinsellik konularına değinilirken, her bir aile üyesinin tinselliği nasıl tanımladığı danışman tarafından dikkate alınmalıdır³². Çünkü tinsellik aynı zamanda danışanın kültürel bağlamının bir parçasıdır. Dolayısıyla danışmanın, aile içinde farklılaşan değerlerin, inançların ve bakış açılarının ailede nasıl bir anlaşmazlık veya çatışma yaratabileceğini değerlendirmesi gerekmektedir.

Aile Danışmanlığında Tinsel Değerlendirme

Aileler ve çiftler tinsel ve dini inançlar tarafından şekillenebilmektedirler. Aile değerleri bu değerlerden büyük ölçüde etkilenmektedir. Bu inançlar farklı düzeylerde davranışı ve bilişsel süreçleri etkileyebilir². Haug tinselliğin bilişsel, duyuşsal, davranışsal ve gelişimsel boyutlarla ilişkili olduğunu belirtmiştir^{9,35}. Bu anlamda bilişsel boyut, şimdiki veya geçmiş zamanla ilgili kişisel düşünceleri veya varsayımları içerir.

Duyuşsal boyut, bakım, değer verme, sevilme, güvende ve umutlu hissetme gibi duyguları içerir. Davranışsal boyut, ilişkilerde davranışı yönlendiren ve bireylere yol gösteren ahlaki bir çerçeve sağlar. Gelişimsel boyut ise bireyin yaşam deneyimleriyle büyüyerek ve olgunlaşarak biçimlenen tinsel inançlarını kapsamaktadır.

Danışanlar geleneklerine ve dini inanışlarına saygı duyulmasını isterler. Bununla birlikte bu geleneklerin ve inanışların bir sonucu olarak bu değerlerin aileye nasıl yansıdığını danışmanlar keşfetmelidir. Bu gelenekler ve inanışlar bazı aile üyelerine zarar verebilir ve bireylerin insan hakkını ihlal edebilir (şiddet tehdidi, toplumsal cinsiyet rolleri, sosyal tecrit tehdidi, tıbbi bakımı yasaklama gibi)⁹. Danışmanlık sürecinde tüm bu unsurların değerlendirilmesi gerekmektedir.

Tinsellik, bazı insanlar için bir baş etme mekanizmasıdır ve iyileşme aracıdır⁶. Ancak kimi zaman bireyler bunun farkında bile değildiler. Aile ilişkileri açısından ele alındığında da ilişkileri düzenleyici bir işlev görebilir.

Danışmanlık sürecinde tinsel konuları ele almak, her bir üyenin tinsel konularda farklı görüşlere sahip olduğu ailelerle çalışırken daha da karmaşık hale gelebilir. Bu nedenle danışmanın tinsellik ile ilgili konuları nasıl ele alacağını bilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, çiftler arasında veya bir aile yapısı içinde tinsellik konularına değinirken, her aile üyesinin tinselliği nasıl tanımladığı danışman tarafından dikkate alınmalıdır³².

Değerlendirmenin amacı müracaatçının güçlü yönlerini, kaynaklarını belirlemek, danışmanlık sürecinin önündeki engelleri belirlemek, danışanlarla ilgili ayrıntılı bilgileri toplamak ve bir plan geliştirmektir^{34,26}. Danışanlara ilişkin bilgi toplamak formal ve informal olarak gerçekleştirilebilir³⁴. İnfomel olarak danışman danışana sorular sorarak, danışanın davranışlarını gözlemleyerek, danışanın sözel ve sözel olmayan ifadelerine dikkat çekerek gerçekleştirilir. Genel olarak danışman, danışanın hayatının çeşitli boyutlarıyla ilgili bilgileri bir araya getirir. Örneğin, danışanın ailesi, yaşam durumu, sosyal destek ağları, ekonomik durumu, dini inançları, eğitimi, çalışma durumu, boş zaman aktiviteleri, sağlık durumu gibi³⁴. Çünkü danışanların dünya görüşü, inançları, değerleri, deneyimleri, sağlık, gelişim, iyilik hali ve baş etme üzerinde oldukça etkilidir. Bununla birlikte danışanın farklılıklarını anlamak da son derece önemlidir²⁶.

Ailenin değerlendirilmesi sürecinde, tinsel değerlerin aile tarihini keşfetmek ve bunun için tinsel bir genogram oluşturmak gerekmektedir.

Bununla birlikte tinsellik ile ilişkili fikirlerin aile içindeki her bir durumu nasıl etkilediğinin de belirlenmesi oldukça önemlidir⁹. Bu bağlamda danışmanın temel danışmanlık becerilerine vurgu yapmak gerekmektedir. Young'a göre temel danışmanlık becerileri, aktif dinlemeyi, gözlem becerisini, yansıtmayı, soru sormayı, özetlemeyi, yeniden ifade etmeyi, araştırmayı, sessizliğin kullanımını içermektedir²⁴. Ayrıca danışanın sözel ve sözel olmayan ifadelerini dikkate almak ve danışanın deneyimlerini derinlemesine bir şekilde anlamak da son derece önemlidir.

Pargament, danışmanlık sürecinde değerlendirmenin örtük ve açık bir şekilde yapılabileceğini belirtir. Danışman, görüşme sürecinde tinsel alana işaret eden danışanın konuşması, baş etme deneyimleri, duyguları, inançları ve kaynakları hakkındaki ipuçlarını toplar. Danışanın kişisel, kültürel ve aile geçmişini anlamada tüm bunlar danışmana yardımcı olabilir. Açık bir şekilde değerlendirmede ise danışman ölçme araçları kullanabilir. Bunun dışında dini inançlarını, tanrı inancını, değerlerini, baş etme biçimlerini, pratiklerini sorgulayabilir. Aile birliği, dini sistemlerden ve tinsellikten etkilendiği için değerlendirme sürecinde bu alanlara ilişkin değerlendirmeler yapmak oldukça anlamlıdır¹.

Tinselliği ele alırken, danışan-danışman endişelerini hafifletmek için, danışmanların tinsellik ile ilgili kavramları, teorileri, tinsel sağlık modelleri hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir²⁸.

Coffey, değerlendirme sürecinde danışana tinsellik ile bağlantılı şu soruları sormanın önemli olduğunu belirtmiştir: Buraya gelmeden önce problemi farklı açıdan görmeyi nasıl başardınız? Birlikte yaptığımız çalışma boyunca size ne umut verdi?³⁶ Sonuç olarak tinsel değerlendirme danışmanın, güçlü bir bilgi, beceri ve değer temelinde danışanların tinsel alanını keşfetmesine ve tinsel alanın danışanların aile ilişkileri üzerindeki etkisini belirlemesine yardımcı olmaktadır.

Terapötik Atmosferde Tinsellik

Terapötik ortamda danışanların tinsel alanına vurgu yapılması önemlidir. Danışan bunu hissederse kişisel konularını daha rahat bir şekilde danışmana açabilecektir. Terapötik ortamın, ailenin tinsel değerleri hakkındaki duygu ve düşüncelerini özgür bir şekilde ifade etmesine olanak sağlaması gerekmektedir². Eğer danışan, danışmanlık sürecinde kendisini rahatsız hissederse bu durum terapötik sürece zarar verebilmektedir. Bu anlamda danışmanın danışanla olan ilişkisi başarılı bir terapi sürecini de etkilemektedir⁹.

Danışmanlık sürecinde, danışanın danışmanlık sürecine getirdiği her şey göz önünde bulundurulmalıdır. Örneğin, danışanın güçleri, motivasyonları, inançları, deneyimleri, değerleri, kişisel sorumlulukları, becerileri, terapiye yönelik tutumları, kaynakları ve sosyal destekleri. Bunların yanı sıra danışmanlık sürecinde önemli olan unsurlar terapötik kazanç, danışman ve danışan arasındaki etkileşimdir².

Danışmanlık sürecinde danışman, danışanın hikayesini anlatması için danışanı teşvik etmelidir. Böylelikle danışman, danışanın kişisel konularını ve sorunlarını daha iyi bir şekilde anlayabilir. Danışanın tinsel alanının keşfedilmesine yönelik danışana birtakım sorular yönlendirilebilir²:

- Tinsel alanınız hayatınızı nasıl etkilemektedir?
- Tinsellik sizin için ne ifade ediyor?
- Tinselliği nasıl tanımlıyorsunuz?

Tinsel alan içerisinde yer alan din de danışanların yaşamını önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Bu bağlamda danışanın kutsalliyet atfettiği din veya Tanrı hakkında da danışana şu şekilde sorular sorulabilir²:

- Tanrı hakkındaki en eski hafızanız nedir?
- Dindar bir ailede büyüdünüz mü? Eğer öyleyse, nasıldı?
- Ailenizin dini görüşleri ve inançları nelerdir?
- Çocukken/gençken Tanrı'yı nasıl tarif ederdiniz?
- Bugün Tanrı'yı nasıl tarif edersiniz?
- Çocuk/ergen olarak inancınız nasıldı?
- Çocukken/gençken maneviyatınızı en çok ne etkiledi?
- Çocuk/genç olarak manevi hayatınız nasıldı?
- En kötü ruhsal veya dini deneyiminiz neydi?
- En iyi manevi veya dini deneyiminiz neydi?
- Çocuk/ergen olarak maneviyatınızla nasıl bağlantı kurduğunuzu açıklar mısınız?
- İhtiyaç duyduğunuz zamanlarda, Tanrı'da rahatlık veya anlayışınızın daha yüksek bir gücünü bulabiliyor musunuz?
- Dua ederken rahatlık buluyor musunuz?
- Maneviyat veya din tanımınız nedir?

Danışmanın, danışana soracağı bu soruları kendisine de sorması gerekmektedir. Eğer danışman, tinsel alanının danışmanlık sürecindeki gücüne inanmazsa danışanla terapötik ilişki kurma anlamında sorunlar yaşanabilecektir.

Aile ile çalışan ve aileye yönelik müdahalelerde bulunan bazı meslek grupları vardır. Bu meslekler arasında sosyal hizmet ve aile hekimliği de yer almaktadır. Bir sonraki bölümde aile danışmanlığı, tinsellik ve sosyal hizmet ile aile danışmanlığı, tinsellik ve aile hekimliği arasındaki bağlantıya yer verilmiştir.

Aile Danışmanlığı ve Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet, mikro, mezzo ve makro düzeyde uygulamalar yapan, bu bağlamda birey, aile, grup ve toplum ile çalışan bir meslektir. Sosyal hizmetin çalışma alanlarından biri de ailedir. Aile danışmanlığı, sosyal hizmet alanında aile hizmetleri olarak tanımlanmaktadır.

George ve Ukpond'a göre danışmanlık bireyin hayatının her aşamasında gelişimsel, önleyici ve iyileştirici bir işleve sahiptir. Aile toplumun kalbidir. Bu yüzden iyi bir şekilde anlaşılması ve ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir. Ailede yaşanan krizler, toplumun temellerini ve değerlerini de olumsuz yönde etkileyebilmektedir³⁷. Sürekli gelişim ve değişim gösterme potansiyeline sahip olan aile, kimi zaman çevresel ve kişisel faktörlerden olumsuz bir şekilde etkilenir. Bu bağlamda ailenin ve aile üyelerinin sorunlarının bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi ve aileye uygun müdahalenin gerçekleştirilmesi sosyal hizmet mesleğinin rol ve sorumlulukları arasındadır.

Sosyal hizmet, risk altındaki ailelerle çalışan, bu ailelere yönelik koruyucu, önleyici ve rehabilite edici çalışmalar gerçekleştiren bir meslektir. Ailelerle sosyal hizmet müdahalesinin amaçları arasında aile üyelerinin fiziksel, sosyal, bilişsel, duyuşsal ve tinsel alanlarda yaşadığı sorunların belirlenmesi ve bu bağlamda gereksinimlerinin karşılanması, işlevselliğinin artırılması, güçlü yönlerinin desteklenmesi yer almaktadır. Bu doğrultuda ailelerle sosyal hizmet müdahalesinde planlı müdahale aşamasına göre ailenin bütüncül değerlendirilmesi yapılmakta ve aileye uygun bir müdahale planı belirlenmektedir. Yedi aşamadan oluşan planlı müdahale süreci şu başlıkları içermektedir: tanışma/bağlantı kurma; ön değerlendirme; planlama; uygulama; son değerlendirme; sonlandırma ve izleme.³⁸

Bireylerle çalışmaya göre aile çalışmaları daha karmaşık bir süreci içermektedir. Ailelerle sosyal hizmet çalışmalarında, tüm aile birlikte görülebilir veya aile üleriyle ayrı ayrı görüşmeler gerçekleştirilebilir. İlk aşamada ailenin bir arada görülmesi, aile içindeki etkileşim kalıplarının ve aile dinamiklerinin anlaşılmasını kolaylaştırabilir.³⁹

Ailelerle çalışma odağında sosyal hizmet uzmanlarının müdahale ve danışmanlık sürecinde tinselliği kullanması oldukça önemlidir. Daha önce de belirtildiği gibi tinsellik, içinde kültürü, değerleri, yaşam biçimini, inanç sistemlerini, bağlılığı, kutsaliyeti barındıran bir kavramdır. Hem müracaatçının hem de sosyal hizmet uzmanının tinseline yönelik farkındalığı müdahale sürecinde oldukça anlamlı ve değerlidir.¹³ Sosyal hizmet uzmanının müdahale sürecinde tinsel yöntemler kullanması, müracaatçının tinsel alanını keşfetmesine yardım etmesi oldukça önemlidir.

Aile Danışmanlığı ve Aile Hekimliği

Aile, toplumla etkileşim içerisinde olan bir yapıdır. Toplumun ve ailenin işlevselliği karşılıklı olarak birbirini etkilemektedir. Ailenin işlevselliğinde önemli rol oynayan meslek gruplarından biri de aile hekimliğidir. Aile danışmanlığı uygulamalarında yer alan aile hekimleri “kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda vermekle yükümlüdür.”⁴⁰

Aile hekimleri ailelerin sağlık sorunlarına yönelik müdahaleler gerçekleştirirler. Aile hekimlerine başvuran hastaların çoğunluğu fiziksel, psikolojik, sosyal ve mental sorunlar yaşamaktadır.⁴¹ Bu bağlamda aile hekimleri hastaların biyo-psiko-sosyal değerlendirmesini de yapabilmektedirler.⁴² Bu değerlendirme aynı zamanda ailenin bütüncül değerlendirmesini de içermektedir. Yaman ve Akdeniz, sistemik aile hekimliği yaklaşımında sorunların bir bütün olarak değerlendirilmesine vurgu yapmış; sistemik aile hekimliğinde aile içindeki rollerin, kuralların, sınırların anlaşılmasının bireyi değerlendirmede hekime önemli veri sağladığını belirtmişlerdir. Birincil bakım hekimi bir aile terapisti olmamakla birlikte hasta ve ailesiyle bir güven ilişkisi oluşturur ve bu şekilde hem bireyi hem de ailesini daha iyi bir şekilde değerlendirme olanağına sahip olur.⁴² Aile hekimlerinin birçoğunun psikososyal birtakım konuların değerlendirilmesinde, yönetiminde ve desteklenmesinde yardıma ihtiyaç duyduğu bildirilmekte ve bu sorunların etkili bir şekilde çözümlenebilmesi için sosyal hizmet uzmanlarının birinci basamak ekibine dahil edilmesi gerekliliğinden bahsedilmektedir.⁴¹ Ayrıca psikosomatik hastalıklarda aile içi ilişkiler önemli bir rol oynamaktadır. Kimi zaman ailedeki bireyler rahatsızlık yaratan davranışın farkında olmayabilirler. Bu bağlamda aile hekimi aileye yönelik bütüncül bir yaklaşım ile ailedeki sorunların yönetiminde neler yapılabileceğini belirleyebilir.⁴² Aile danışmanlığında sosyal hizmet

uzmanları ve aile hekimleri işbirliği içerisinde çalışmalar yürütebilirler.⁴¹

Aile hekimleri, birey ve aile ile çalışmada tinsel tekniklerden faydalanabilirler. Gardner, Tan ve Rumbold hastanedeki hastaların ve ailelerin tinsel deneyimlerine odaklanan bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Araştırma sonucunda tinsel tekniklerinin kullanımının hastaların ve ailelerin iyileşmesine ve güçlenmesine olumlu katkıda bulunduğu görülmüştür.⁴³ Aileyle çalışan meslek gruplarının, ailenin değerlendirilmesi sürecinde ve aileye yönelik gerçekleştirilecek müdahalelerde tinselliği kullanmaları, tinsel tekniklerden yararlanmaları müdahalenin etkililiğini artırmaya yardımcı olan önemli bir unsur olarak düşünülebilir.

SONUÇ

Danışmanlık sürecinde tinselliğin kullanımı, danışanla etkili bir terapötik ilişkinin kurulmasını kolaylaştırmaktadır. Tinsellik, insan yaşamının önemli bir parçasıdır ve bireyin yaşamını büyük ölçüde etkileyebilmektedir. Aynı zamanda tinsellik, danışmanın ve danışanın içsel güç unsurlarını keşfetmesini ve kendi benliğini daha iyi bir şekilde tanımasını da sağlamaktadır. Bireyin değerleri, inançları, bakış açıları, kültürel geçmişi ve bilgi birikimi de tinsellik çerçevesinde keşfedilmesi gereken alanları oluşturmaktadır. Tüm bu unsurlar bireyin yaşamında, evlilik ilişkisinde, sorunlara bakış açısında bireyi ve bireyin çevresini etkileyebilmektedir. Bu anlamda danışmanlık sürecinde tinselliğin kullanılması, danışanın kendisini keşfetmesine, sorunlarına farklı pencerelerden bakabilmesine ve yaşamına ilişkin farkındalık kazanmasına olanak sağlamaktadır. Danışmanlık sürecinde oldukça önemli bir yere sahip olan tinsellik ilgili çalışmaların artırılması ve danışmanlık sürecinde danışmanların tinsel konulara yer vermesi öneriler arasında yer almaktadır. Ayrıca sosyal hizmet uzmanı ve aile hekimlerinin aileyle çalışmada tinsel uygulamalardan ve müdahalelerden yararlanması gerektiği düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

1. Griffith BA, Rotter JC. Families and spirituality: Therapists as facilitators. *The Family Journal* 1999; 7(2): 161-164.
2. Hoogestraat T, Trammel J. Spiritual and religious discussions in family therapy: Activities to promote dialogue. *The American Journal of Family Therapy* 2003; 31(5): 413-426.
3. Grams WA, Carlson TS, McGeorge CR. Integrating spirituality into family therapy training: An exploration of faculty members'

beliefs. *Contemporary Family Therapy* 2007; 29(3): 147-161.

4. Carlson TS, McGeorge CR, Anderson A. The importance of spirituality in couple and family therapy: A comparative study of therapists' and educators' beliefs. *Contemporary Family Therapy* 2011; 33(1): 3-16.
5. Coyle SM. Integrating spirituality in marriage and family therapy training. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy* 2017; 38(1): 142-155.
6. Akgül Gök F, Duyan V. 'I wanted my child dead'—Physical, social, cognitive, emotional and spiritual life stories of Turkish parents who give care to their children with schizophrenia: A qualitative analysis based on empowerment approach. *Int J Soc Psychiatry* 2020; 66(3): 249-258.
7. Moules NJ. Postmodernism and the sacred: Reclaiming connection in our greater-than-human worlds. *J Marital Fam Ther* 2000; 26(2): 229-240.
8. Walsh F. Opening Family Therapy to Spirituality. In: F. Walsh (Ed.), *Spiritual Resources in Family Therapy*. New York: The Guilford Press; 1999, p.28-58.
9. Haug IE. Including a spiritual dimension in family therapy: Ethical considerations. *Contemporary Family Therapy* 1998; 20(2): 181-194.
10. Derezotes DS. *Advanced Generalist Social Work Practice*. Sage Publications; 2000, p.215-216.
11. Piles CL. Providing spiritual care. *Nurse Educator* 1990; 15: 36-41.
12. Stuart EM, Deckreo JP, Mandle CL. Spirituality in health and healing: a clinical program. *Holistic Nursing Practice* 1989; 3: 35-46.
13. Akgül Gök FA, Arslan Özdemir EA. Sosyal hizmet uygulamalarında beden-zihin-ruh (tin) müdahaleleri. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi* 2020; 9(1), 398-416.
14. Gockel A. Client perspectives on spirituality in the therapeutic relationship. *The Humanistic Psychologist* 2011; 39: 154-168.
15. Plante TG, Sherman AC. Research on faith and health: New approaches to old questions. In T. G. Plante, & A. C. Sherman (Eds.), *Faith and health: Psychological perspectives* (p. 1-12). New York; 2001.
16. Wolf CT, Stevens P. Integrating religion and spirituality in marriage and family therapy. *Counseling and Values* 2001; 46: 66-75.
17. Anderson DA, Worthen D. Exploring a fourth dimension: Spirituality as a resource for the couple therapist. *J Marital Fam Ther* 1997; 23(1): 3-12.
18. Martens WHJ. Spiritual psychotherapy for antisocial and psychopathic personalities: some theoretical building blocks. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 2003; 33(3): 205-218.

19. Sue DW, Sue D. *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice*. John Wiley & Sons; 2008, p.21-27.
20. Golsworthy R, Coyle A. Practitioners' accounts of religious and spiritual dimensions in bereavement therapy. *Counseling Psychology Quarterly* 2001; 14(3): 183-202.
21. Larsen KM. How spiritual are social workers? an exploration of social work practitioners' personal spiritual beliefs, attitudes, and practices. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought* 2011; 30(1): 17-33.
22. Mclellan TM. *Spirituality in Counseling: What Helps and Hinders Therapists in Integrating Spirituality into Their Counseling Practice?*, Doctoral Dissertation, Adler School of Professional Psychology; 2016, p.12-20.
23. Wampold BE. *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 2001, p. 222-229.
24. Young JS, Wiggins-Frame M, Caswell CS. Spirituality and counselor competence: A national survey of American Counseling Association members. *Journal of Counseling & Development* 2007; 85(1): 47-52.
25. Geller SM, Greenberg LS. *Therapeutic Presence: A Mindful Approach to Effective Therapy*. American Psychological Association; 2012, p.51-70.
26. Pargament KI. *Spiritually Integrated Psychotherapy*. New York, NY: The Guildford Press; 2007, p.3-29.
27. Bloch DP. Spirituality, complexity and career counseling. *Professional School Counseling* 2004; 7: 343-350.
28. Myers JE, Williard K. Integrating spirituality into counsellor preparation: A developmental wellness approach. *Counseling & Values* 2003; 47: 142-155.
29. Frame MW. A social constructionist approach to counseling religious couples. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 1996; 4(4): 299-307.
30. Wilber K. *Integral Psychology: Consciousness, Spirit, Psychology, Therapy*. Shambhala Publications; 2000, p.143-174.
31. Griffith JL, Griffith ME. *Encountering the Sacred in Psychotherapy: How to Talk with People about Their Spiritual Lives*. New York: Guilford Press; 2002, p.56-60.
32. Giovannelli LM. *The Usefulness of Spirituality Concepts as Perceived by Marriage and Family Therapist and Couples*, Doctoral Dissertation, University of Akron; 2011, p.19-36.
33. Berenson D. A systemic view of spirituality: God and twelve step programs as resources in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies* 1990; 9(1): 59-70.
34. Morrison JQ, Clutter SM, Pritchett EM, Demmitt A. Perceptions of clients and counseling professionals regarding spirituality in counseling. *Counseling and Values* 2009; 53(3): 183-194.
35. Haug IE. Spirituality as a dimension of family therapists' clinical training. *Contemporary Family Therapy* 1998; 20: 471-483.
36. Coffey AD. Spirituality: Lives and relationships in family-therapy concepts and practices. *Journal of Family Psychotherapy* 2002; 13(1-2): 29-52.
37. George IN, Ukpong DE. Combating the 21st century family challenges in Nigeria for social stability through family counselling services. *Developing Country Studies* 2013; 3(4), 52-58.
38. Duyan V. *Sosyal hizmet: temelleri, yaklaşımları, müdahale yöntemleri*. Ankara: Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Yayın No: 20; 2012, p.263-290.
39. Mavili Aktaş A, Ben ve ailem. 1. baskı. Konya: Atlas Akademi; 2013, p. 115-117.
40. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği (Madde 3/1-a). 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmî Gazete.
41. Özcan S. Aile hekimliği uygulamalarında sosyal hizmetlerin önemi. *Turkish Journal of Medicine and Primary Care* 2013;7(4):65-68.
42. Yaman H, Akdeniz M. Sistemik aile hekimliği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2011; 15(2):77-80.
43. Gardner F, Tan H, Rumbold B. What spirituality means for patients and families in health care. *Journal of Religion and Health* 2020; 59(1), 195-203.